

ZORG



Kwaliteitskader Verantwoorde zorg

Een operationalisering van de visiedocumenten 'Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg' en 'Normen voor Verantwoorde zorg Thuis' in een indicatorenset en een sturingsmodel voor langdurige en/of complexe zorg



Oktober 2007

ActiZ, organisatie van zorgondernemers
V&VN, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
LOC, Landelijke Organisatie Cliëntenraden
NVVA, Beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters
Sting, Landelijke Beroepsvereniging Verzorging
IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg
VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZN, Zorgverzekeraars Nederland

Kwaliteitskader Verantwoorde zorg

Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis
(langdurige en/of complexe zorg)

*Een operationalisering van de visiedocumenten
'Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg'
en 'Normen voor Verantwoorde zorg Thuis'
in een indicatorenset en een sturingsmodel
voor langdurige en/of complexe zorg*

Hierbij treft u het herziene geïntegreerde Kwaliteitskader Verantwoorde zorg 2007 aan voor de sector Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (langdurige en/of complexe zorg). Dit kader geeft een exacte omschrijving van alle zorginhoudelijke en cliëntgebonden indicatoren voor verantwoorde zorg, en een sturingsmodel dat beschrijft hoe met de indicatoren gewerkt wordt.

Het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg 2007 is gebaseerd op het in 2006 vastgestelde Toetsingskader Verantwoorde zorg. De naam is aangepast in Kwaliteitskader Verantwoorde zorg om duidelijk te maken dat we hier met name een kwaliteitsslag maken en om de eenheid van taal in de zorgsector te bevorderen: ook in de gehandicaptensector spreekt men van een Kwaliteitskader. In een pilot onder 120 organisaties is het Toetsingskader van 2006 uitgetest. Dit heeft geleid tot aanscherping van de indicatoren. Het instrumentarium om te kunnen vaststellen hoe de kwaliteit van zorg er voorstaat is nu gereed voor implementatie: vanaf mei 2007 wordt het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg sectorbreed gehanteerd.

De kracht van het Kwaliteitskader is de intensieve betrokkenheid van alle partijen in de sector. Met het Kwaliteitskader wordt daardoor informatie verzameld voor meerdere doelen: interne sturingsinformatie voor management, professionals en cliëntenraad, externe verantwoordingsinformatie voor IGZ en zorgkantoor en keuze informatie voor de consument. De eenheid van taal leidt tot een uniformering en stroomlijning van informatie. Onnodige dubbeling in gegevensstromen wordt daarmee voorkomen.

Het Kwaliteitskader is vastgesteld door de Stuurgroep Verantwoorde zorg, bestaande uit cliëntenorganisatie LOC, de beroepsorganisaties NVVA, V&VN en Sting, brancheorganisatie ActiZ, IGZ, Zorgverzekeraars Nederland en VWS. De Stuurgroep staat onder voorzitterschap van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en is ondersteund door Plexus Medical Group en het Bureau Zorgbrede Transparantie Kwaliteit (ZbTk).

Voorzitter Stuurgroep Verantwoorde zorg,

Drs. J.A.H. van Veen
Hoofdinspecteur verpleging en chronische zorg
Inspectie voor de Gezondheidszorg

1	Inleiding	5
1.1	Normen Verantwoorde zorg	5
1.2	Implementatie	5
1.3	Toetsingskader 2005	5
1.4	Pilot Verantwoorde zorg	5
1.5	Kwaliteitskader Verantwoorde zorg	6
1.6	Doorontwikkeling	6
2	Uitgangspunten bij de indicatorenset	7
2.1	Proces of uitkomst	7
2.2	Indicator of norm	7
2.3	Ervaringen	8
3	De indicatoren voor Verantwoorde zorg	9
3.1	Thema's	9
3.2	Soorten indicatoren	9
3.3	Achtergronden van de indicatoren	10
3.4	Gelaagde opbouw	11
3.5	Het meten	11
4	Het sturingsmodel: werken aan kwaliteit	12
4.1	Het gebruik van de informatie uit het kwaliteitskader	12
4.2	Kwaliteitskader voor interne aansturing en kwaliteitsbeleid	12
4.3	Kwaliteitskader en Cliëntenraad	13
4.4	Kwaliteitskader en het gelaagd en gefaseerd toezicht	13
4.5	Kwaliteitskader en zorgcontractering door zorgkantoren	13
4.6	Samenhang tussen interne aansturing en extern toezicht	14
5	Onderhoud Kwaliteitskader	15
6	Slot	16
	Referenties	17
	Bijlagen	
1.	Toelichting op de thema's Verantwoorde zorg VVT	18
2.	Indicatorenset voor Verantwoorde zorg VVT	21
	I. Toelichting Indicatorenset Verantwoorde zorg	21
	II. Indicatorenset Verantwoorde zorg	27
3.	Overzicht Indicatoren voor Verantwoorde zorg VVT	70

1 Inleiding

1.1 Normen Verantwoorde zorg

Op 8 juni 2005 hebben de brancheorganisatie Actiz (voorheen Arcares en Z-org), de cliëntenorganisatie LOC, en de beroepsorganisaties AVVV (nu V&VN), NVVA en Sting gezamenlijk het visiedocument *'Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg'* (zie referentie 1) aan de Staatssecretaris aangeboden. Met dit visiedocument, tot stand gekomen in afstemming met IGZ, VWS en ZN, ontstond een gedeeld beeld van verantwoorde zorg in de intramurale verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg. Ook voor de langdurige en/of complexe zorg thuis werd door de brancheorganisaties (Arcares, Z-org, BTN), cliëntenorganisatie (LOC) en beroepsorganisaties (AVVV, NVVA, Sting), wederom in afstemming met IGZ, VWS en ZN, een visie op verantwoorde zorg neergezet in het document *'Normen voor Verantwoorde zorg Thuis'* (zie referentie 2). Verantwoorde zorg is zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig, veilig en patiëntgericht verleend wordt en die is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. In de visiedocumenten tonen alle partijen zich bereid tot een uiterste inspanning om de doelstellingen van de normen voor Verantwoorde zorg te realiseren.

1.2 Implementatie

Om organisaties te helpen om deze 'verantwoorde zorg' te leveren, onderneemt iedere partij activiteiten naar de eigen achterban op basis van gemeenschappelijk gedragen thema's. Voor de uitvoering daarvan wordt grotendeels aangesloten bij het in gang gezette Programma 'Zorg voor beter', dat in opdracht van VWS door ZonMw wordt uitgevoerd (zie www.zorgvoorbeter.nl). Organisaties die op onderdelen goed presteren, worden via dit programma in staat gesteld hun ervaring en expertise over te dragen.

1.3 Toetsingskader 2005

De genoemde beroeps-, branche- en cliëntenorganisaties stellen in de visiedocumenten dat de geleverde zorg straks moet voldoen aan veld- en beroepsnormen en gewaarborgd moet zijn door een werkend kwaliteitssysteem. Daarmee wordt geborgd dat informatie over kwaliteit systematisch wordt gemonitord en waar nodig wordt vertaald naar structurele kwaliteitverbetering. Zij achten het verder van het grootste belang dat getoetst wordt in welke mate zorgorganisaties aan de norm voor Verantwoorde zorg voldoen. Daarom wil men inzetten op een adequate en samenhangende toetsingspraktijk gericht op het bieden van handvatten voor kwaliteitsverbetering. Deze toetsingspraktijk is in november 2005 voor de intramurale verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg ontwikkeld in de vorm van het *'Toetsingskader voor Verantwoorde zorg'* (zie referentie 3) en voor de Zorg Thuis verder uitgewerkt begin 2006 (concept, niet gepubliceerd). De indicatoren uit deze Toetsingskaders vormden de operationalisering van wat in de visiedocumenten omschreven is als 'verantwoorde zorg'. Er werd bewust gekozen voor het meten op *uitkomsten* en het benoemen van indicatoren met een *relatieve* norm en niet voor absolute (minimum)normen (zie hoofdstuk 2).

1.4 Pilot Verantwoorde zorg

Op basis van deze Toetsingskaders is een instrumentarium ontwikkeld. Enerzijds werd met ondersteuning van Plexus Medical Group een set registratievragen vervaardigd die het instrument vormen voor een zelfevaluatie van zorgorganisaties. Hiermee worden de zogenaamde *zorginhoudelijke prestatie-indicatoren* gemeten. Anderzijds werd door het NIVEL een set CQ-Index vragenlijsten vervaardigd voor een cliëntenraadpleging, waarmee de zogenaamde *cliëntgebonden prestatie-indicatoren* in kaart worden gebracht.

In een pilot in de zomer van 2006 zijn de Toetsingskaders en bijbehorend instrumentarium onder

120 organisaties uitgetest (zie referentie 4,5). Uit de pilot werd geconcludeerd dat het instrumentarium bruikbare kwaliteitsinformatie oplevert voor diverse doeleinden. De gegevens die worden gegeneerd passen in de beleidscontext van een terugtrekkende overheid en bieden voor overige veldpartijen uitstekende uitgangspunten voor transparantie, kwaliteitsverbetering, toezicht en zorginkoop. De pilotresultaten gaven wel aanleiding tot aanscherping van de indicatoren en de bijbehorende registratie- en vragenlijsten en hebben geleid tot het huidige bijgestelde Kwaliteitskader.

1.5 Kwaliteitskader Verantwoorde zorg

Het *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg* bevat de normen voor Verantwoorde zorg in een op basis van de ervaringen in de pilot bijgestelde, 'SMART' ¹ geformuleerde set prestatie-indicatoren, en een zogenaamd 'sturingsmodel' bij het kwaliteitskader met een duidelijke rolverdeling voor de betrokken partijen. Het bijbehorende instrumentarium (CQ-Index VVT vragenlijsten, Registratieformulieren, Richtlijnen, Toelichting) en andere informatie die van belang is voor het meten van de indicatoren vindt u op of via de website Zorg voor Beter (www.zorgvoorbeter.nl). Het instrumentarium om te kunnen vaststellen hoe de kwaliteit van zorg er voorstaat is hiermee gereed voor implementatie: vanaf mei 2007 wordt het 'Kwaliteitskader Verantwoorde zorg Verpleging Verzorging en Zorg Thuis' sectorbreed gehanteerd.

1.6 Doorontwikkeling

Better done than perfect

De stuurgroep Verantwoorde zorg gaat uit van een groeimodel. Dit betekent onder andere dat er niet direct een technisch perfect gevalideerd en 100% betrouwbaar meetinstrument wordt gerealiseerd. Ook zal niet overal meteen optimaal voor alle relevante factoren kunnen worden gecorrigeerd. Haalbaarheid en efficiëntie vormen zoals gezegd een belangrijk uitgangspunt naast de zeggingskracht van de indicatoren. "Better done than perfect" is een goede samenvatting van dit uitgangspunt.

Verbreiding en verdieping

Een groeimodel betekent ook dat het kader waar nodig verbreed of verdiept kan worden. Er is in het huidige kwaliteitskader nog geen aandacht voor specifieke categorieën cliënten, zoals revalidatiecliënten, cliënten met niet-aangeboren hersenletsel, of psychogeriatrische cliënten. Een dergelijke focus op doelgroepen (of 'zorgproducten') is mogelijk wel wenselijk om de normen voor Verantwoorde zorg uiteindelijk nog bruikbaar te maken voor alle betrokken partijen. Cliënten die thuis alleen huishoudelijke verzorging en/of Ondersteunende of Activerende begeleiding krijgen, worden in het huidige Kwaliteitskader overigens niet meegenomen. In samenwerking met onder andere de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) wordt een apart kwaliteitskader voor huishoudelijke verzorging ontwikkeld. Tevens vindt er vanuit IGZ, VWS, brancheorganisatie ActiZ en diverse organisaties van werknemers en cliënten een oriëntatie plaats op de mogelijkheden tot ontwikkeling van een kwaliteitskader verantwoorde kraamzorg.

Evaluatie

Tenslotte dienen de meetinstrumenten en het sturingsmodel na het eerste implementatiejaar grondig geëvalueerd te worden om te bezien in hoeverre ze daadwerkelijk een samenhangend, betrouwbaar en valide beeld geven van de kwaliteit van zorg. Dit kan weer aanleiding geven tot aanpassing. Het streven daarbij is wel om de set niet groter te maken, maar om bepaalde indicatoren, indien daar aanleiding voor is, te vervangen voor andere. In de evaluatie en eventuele bijstelling van de CQ-Index speelt het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ) een belangrijke rol. Het CKZ beheert de merknaam CQ-Index en stelt daarmee bepaalde eisen aan het meetproces en het meetinstrument zelf.

2 Uitgangspunten bij de indicatorenset

De betrokken partijen hebben bij de ontwikkeling van het Toetsings-/Kwaliteitskader een aantal uitgangspunten gehanteerd. Deze kunt u nalezen in het Toetsingskader Verantwoorde zorg van november 2005 (zie referentie 3). De belangrijkste lichten we hier nogmaals uit.

2.1 Proces of uitkomst

Bij het meten van kwaliteit of prestaties wordt onderscheid gemaakt tussen het meten van structuuraspecten (m.b.v. structuurindicatoren), procesaspecten (m.b.v. procesindicatoren) of uitkomsten (m.b.v. uitkomstindicatoren) (zie referentie 6). Structuuraspecten zijn bijvoorbeeld (infra)structurele kenmerken van de zorg, zoals de beschikbaarheid van materialen ter voorkoming van decubitus. Procesaspecten zijn in dit voorbeeld het wel of niet werken volgens een decubitusrichtlijn. Een uitkomst is in dit geval het percentage cliënten met doorligwonden in een bepaalde graad, op een bepaald moment. Uitgangspunt van het Kwaliteitskader bij de normen voor Verantwoorde zorg is dat zoveel mogelijk op uitkomsten gemeten wordt. Gedachte hierachter is dat niet tot in detail vastgelegd zou moeten worden hoe zorgprofessionals en organisaties de zorg verlenen, maar dat bepaalde resultaten worden gerealiseerd. Daar waar geen uitkomstindicatoren beschikbaar zijn (of moeilijk meetbaar) kunnen structuur- of procesindicatoren die een directe relatie hebben met de te monitoren uitkomst worden ingezet.

2.2 Indicator of norm

Bij de operationalisering van de normen voor Verantwoorde zorg zijn indicatoren vastgesteld die belangrijke gebieden van de normen voor Verantwoorde zorg dekken. Daarbij beschouwen wij de indicator als 'de meetlat' waarmee een indicatie van de kwaliteit van zorg kan worden verkregen. Ze zegt daarmee nog niet wat goede zorg is. Daarvoor dient een norm aan de indicator te worden gekoppeld. Wij stellen echter nadrukkelijk voor om geen minimum- of bodemnormen te formuleren. Hieraan is namelijk een aantal grote nadelen verbonden:

- Minimumnormen fungeren in praktijk vaak als 'maximum norm' (bijvoorbeeld in discussies over financiering), hetgeen vervolgens weer doorwerkt in de interne sturing;
- Minimumnormen zetten een rem op verbetering en innovatie;
- Minimumnormen genereren heilloze discussies: "Wat is een maximaal acceptabel decubitus percentage?";
- Discussies over minimumnormen schaden het imago van de sector;
- Minimumnormen, en al de genoemde effecten daarvan, werken buitengewoon demotiverend voor professionals en organisaties.

Daarom heeft het Kwaliteitskader 'relatieve normen' gekoppeld aan het aangeven van 'best practices'. De scores van zorgaanbieders (daar waar relevant gecorrigeerd) worden bijvoorbeeld ingedeeld in percentielen of kwartielen per indicator. Hieruit wordt per indicator een gemiddelde zichtbaar en een best practice. Aan deze best practice, of een best practice uit de literatuur, kan vervolgens een streef-norm worden verbonden. Het vergelijken van iedere organisatorische eenheid met de best practice genereert een krachtige verbeterimpuls. Bovendien is het streven naar optimale kwaliteit beter voor het imago van de sector en doet recht aan het werk van professionals.

2.3 Ervaringen

Het grootste gedeelte van de normen kan worden getoetst door cliënten zelf te vragen naar hun ervaringen (dus niet alleen naar tevredenheid). Dit is ten eerste een principiële keuze: als er één sector in de zorg is waar cliëntervaringen de meetlat dienen te zijn voor het bepalen van de kwaliteit van de geleverde zorg dan is het in de langdurige zorg. Bovendien wijst de literatuur uit dat het vragen naar cliëntervaringen een zeer betrouwbaar beeld oplevert van de kwaliteit van zorg. Tenslotte houdt deze werkwijze de administratieve belasting voor de organisaties beperkt.

3 De indicatoren voor Verantwoorde zorg

3.1 Thema's

Op basis van beide visiedocumenten (zie referentie 1,2) is één indeling in thema's ² gemaakt:

Thema's voor verantwoorde zorg	
1. Zorg(behandel)-/leefplan	6. Participatie en sociale redzaamheid
2. Communicatie en informatie	7. Mentaal welbevinden
3. Lichamelijk welbevinden	8. Veiligheid wonen/verblijf
4. Zorginhoudelijke veiligheid	9. Voldoende en bekwaam personeel
5. Woon- en leefomstandigheden	10. Samenhang in zorg

In Bijlage 1 *Toelichting op de thema's Verantwoorde zorg VVT* is verwoord wat de inhoud van de thema's is. Per veld is een korte toelichting weergegeven. Deze uitleg is niet uitputtend, maar geeft de essentie weer van deze thema's volgens de Stuurgroep Verantwoorde zorg.

Hoewel gekozen is om een indeling in thema's te maken, willen de betrokken partijen het belang benadrukken van de samenhang tussen de losse thema's en indicatoren onderling. Ook toetsing van indicatoren en publieke presentatie van prestaties dienen straks nadrukkelijk in samenhang te geschieden. Zo kan een indicator 'valincidenten' bijvoorbeeld niet los gezien worden van een indicator 'vrijheidsbeperkende maatregelen'.

3.2 Soorten indicatoren

Per thema is één of een aantal indicatoren benoemd. In Bijlage 2 *Indicatorenset Verantwoorde zorg VVT* worden de indicatoren uitgebreid beschreven. Er worden drie soorten indicatoren onderscheiden:

1. **cliëntgebonden indicatoren** die gemeten worden met een cliëntenraadpleging (CQ-Index), door een onafhankelijk bureau
2. **a. zorginhoudelijke indicatoren op organisatieniveau**, die gemeten worden door de organisatie zelf
b. zorginhoudelijke indicatoren op cliëntniveau, die gemeten worden door de organisatie zelf

² De verbijzonderingen en aanvullingen die voor de extramurale/thuiszorg zijn gemaakt zijn, zijn met name op indicator- en item-niveau terug te vinden. Ten opzichte van eerdere indelingen is thema 11, Kwaliteitszorg, verdwenen uit het Kwaliteitskader omdat hiervoor uiteindelijk geen indicatoren zijn benoemd.

		Wijze van meten		
Thema		Cliëntenraadpleging (1)	Zelfmonitoring organisatie	
			organisatieniveau (2a)	cliëntniveau (2b)
1.	Zorg(behandel)-/leefplan	x		
2.	Communicatie en informatie	x		
3.	Lichamelijk welbevinden	x		
4.	Zorginhoudelijke veiligheid	x	x	x
5.	Woon- en leefomstandigheden	x		
6.	Participatie en sociale redzaamheid	x		
7.	Mentaal welbevinden	x		x
8.	Veiligheid wonen/verblijf	x	x	
9.	Voldoende en bekwaam personeel	x	x	
10.	Samenhang in zorg	x		

Tabel 3.1 Wijze van meten van de indicatoren per thema

Bijlage 3 *Overzicht Indicatoren Verantwoorde zorg VVT* bevat een overzicht van de indicatoren, waarin per indicator de manier van meten en de relevantie voor de verschillende settings snel te zien is. De gegevens verzameld met de cliëntenraadpleging resulteren in 15 tot 18 *cliëntgebonden indicatoren* (het aantal is afhankelijk van de doelgroep). De gegevens die gemeten worden door de organisatie zelf (2a en b) vormen samen de *zorginhoudelijke indicatoren*. Dit zijn voor de Verpleeg- en Verzorgingshuiszorg 18 en voor de Zorg Thuis 10 indicatoren.

3.3 Achtergronden van de indicatoren

De indicatoren zijn met zorg door de Stuurgroep Verantwoorde zorg samengesteld en bijgesteld op basis van de ervaringen uit de pilot.

Cliëntenraadpleging

Voor het raadplegen van cliënten is in de periode april 2006 tot april 2007 de CQ-Index Verpleging Verzorging & Thuiszorg ontwikkeld. Deze bestaat uit drie vragenlijsten voor de langdurige en/of complexe zorg: één voor bewoners in een verpleeg- of verzorgingshuis, één voor vertegenwoordigers van psychogeriatrische bewoners, en één voor thuiswonende cliënten. CQ-Index is een geregistreerd merk, eigenaar van het merk is het Centrum Klantervaring Zorg. Het Centrum Klantervaring Zorg stelt eisen aan de CQ-Index-meetinstrumenten en het meetproces en accrediteert meetbureaus die ermee werken. Organisaties laten eens per twee jaar een meting uitvoeren met de CQ-Index VVT door een geaccrediteerd meetbureau. CQ-Index-vragenlijsten, richtlijnen en informatie over accreditatie zijn te vinden op www.centrumklantervaringzorg.nl.

Zorginhoudelijke metingen op organisatieniveau

Ook voor het formuleren van de zorginhoudelijke registratievragen op organisatieniveau is gebruik gemaakt van verschillende bronnen. Een aantal vragen van het Inspectieformulier 2003-2006 werd overgenomen (Beleid vrijheidsbeperkende maatregelen, Instructie tilliften, Bekwaamheid voorbehouden handelingen), maar ook werd gebruik gemaakt van recente literatuur (Vaccinatiegraad medewerkers). De indicatoren met betrekking tot de beschikbaarheid van verpleegkundige en arts zijn op basis van consensus in de Stuurgroep Verantwoorde zorg tot stand gekomen.

Zorginhoudelijke metingen op cliëntniveau

Voor de zorginhoudelijke metingen op cliëntniveau zijn registratievragen geformuleerd, waarvoor gebruik is gemaakt van verschillende bronnen zoals de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen, RaiView, CBO-richtlijnen, en expertise vanuit verbetertrajecten van Zorg voor beter. In bijlage 1 worden de bronnen per indicator aangegeven.

Prevalentie

Bij een groot aantal van de indicatoren wordt de prevalentie van een bepaald zorgprobleem gemeten, het aantal cliënten waarbij een bepaald zorgprobleem zich voordoet op één bepaald moment. Het kan zijn dat een incidentiecijfer wellicht beter benadert wat we willen weten. Incidentie wil zeggen het aantal (nieuwe) cliënten met het zorgprobleem gedurende een bepaalde periode. Omdat een prevalentiemeting echter relatief beperktere administratieve belasting en een hogere mate van betrouwbaarheid van de gegevens met zich meebrengt is hiervoor gekozen. Op termijn kan bekeken worden voor welke indicatoren incidentiemeting wellicht beter is.

Zorgzwaarte

Op de registratieformulieren is ook een schaal opgenomen waarmee zorgzwaarte kan worden gemeten, de Care Dependency Scale (zie referentie 7). Het is van groot belang om bij een aantal indicatoren te corrigeren voor zorgzwaarte, zodat eerlijke vergelijkingen plaatsvinden tussen organisaties. Onderzocht wordt of de Zorgzwaartescorelijst, die ontwikkeld is voor de ZorgZwaartePakketten (ZZP's), hiervoor in de toekomst benut kan worden.

3.4 Gelaagde opbouw

De indicatorenset kent een gelaagde opbouw. De eerste laag bestaat uit de tien thema's zoals Zorg-(behandel)-leefplan, Communicatie en informatie, et cetera. De tweede laag wordt gevormd door de indicatoren zelf (bijvoorbeeld Ervaren bejegening, Beschikbaarheid arts, Decubitus). Bij de cliëntgebonden indicatoren op basis van de cliëntenraadpleging is er ook een derde laag, die bestaat uit de losse items van de CQ-Index-vragenlijst.

De eerste twee lagen zullen - indien methodologisch verantwoord - ook terugkomen in de publieke presentatie van de prestaties van organisaties, te weten het Jaardocument Maatschappelijke verantwoording en www.kiesbeter.nl. Er moet geen 'overkill' aan informatie ontstaan, maar belangstellenden moeten de mogelijkheid hebben om inzicht te verwerven in de prestaties op alle drie de genoemde lagen. Ten aanzien van de derde laag (de individuele CQ-Index-items) geldt dat openbaarheid niet gewenst is. Er kunnen geen conclusies worden getrokken op basis van één geïsoleerde CQ-Index-vraag, en het geeft bovendien het risico op schade voor individuele cliënten.

3.5 Het meten

De cliëntgebonden indicatoren worden in kaart gebracht bij een *steekproef* uit de cliëntenpopulatie. Per vragenlijst (bewoners in een verpleeg- of verzorgingshuis, vertegenwoordigers van psychogeriatrische bewoners, en thuiswonende cliënten) is aangegeven welke cliënten worden uitgesloten van deelname en hoe groot de steekproef moet zijn.

De zorginhoudelijke indicatoren worden intramuraal gemeten bij *alle* cliënten die binnen de selectiecriteria vallen, in de zorg thuis wordt een *steekproef* getrokken.

Voor zowel de cliëntenraadpleging als voor de zorginhoudelijke indicatoren zijn richtlijnen ontwikkeld voor de steekproeftrekking, wijze van meten, interpreteren van de vragen, et cetera. Ook zijn er diverse documenten en instrumenten voorhanden ter ondersteuning. Zie ook bijlage 3 *Indicatorenset* en www.zorgvoorbeter.nl.

4 Het sturingsmodel: werken aan kwaliteit

4.1 Het gebruik van de informatie uit het kwaliteitskader

Het kwaliteitskader VVT brengt in beeld in welke mate een zorgorganisatie in staat is om verantwoorde zorg in de praktijk te realiseren. Het kwaliteitskader dient diverse doelen, de uitkomsten in de vorm van prestatie-indicatoren worden voor diverse doeleinden benut. Eénmaal meten voor verschillende doeleinden leidt tot een aanmerkelijke reductie van administratieve lasten. Hieronder een schets van de functies van het kwaliteitskader VVT en de betrokkenheid van de verschillende partijen.

4.2 Kwaliteitskader voor interne aansturing en kwaliteitsbeleid

De zorgorganisatie is primair verantwoordelijk voor het realiseren van kwalitatief verantwoorde zorg. Het kwaliteitskader VVT biedt hierbij belangrijke sturingsinformatie voor het management en Raden van Toezicht. Daarnaast vormt het een belangrijke inspiratiebron voor medewerkers binnen teams en afdelingen.

Management

Het kwaliteitskader biedt het management belangrijke sturingsinformatie. Die informatie berust op twee bronnen.

- Met de uitkomsten op de cliëntgebonden prestatie-indicatoren kan het management op cruciale onderwerpen zien welke aspecten goed door cliënten beoordeeld worden en waar verbetermogelijkheden liggen.
- Met de uitkomsten op de zorginhoudelijke prestatie-indicatoren krijgt de organisatie ook handvatten voor een op verbetering gericht kwaliteitsbeleid.

De zorgorganisatie legt, door middel van het opnemen van de prestatie-indicatoren in het Jaardocument Maatschappelijke verantwoording Zorg, publieke verantwoording af over het gevoerde kwaliteitsbeleid. Daarnaast plaatsen organisaties de uitkomsten op de prestatie-indicatoren op www.kiesbeter.nl voor eerlijke publieksinformatie en voor inhoudelijke profilering van de zorgorganisatie.

Professionals

De professionals die werken op afdelingen en in teams spelen binnen het kwaliteitskader een doorslaggevende rol. Zij zijn actief betrokken bij de voorbereiding en de uitvoering van metingen. Cruciaal is dat het kwaliteitskader een onderdeel vormt van het primaire proces en niet als extra last wordt gezien. Het vormt een belangrijk onderdeel van het reguliere werk en sluit aan bij de professionele ambitie van medewerkers om goede zorg te leveren. De gemeten uitkomsten inspireren en maken het mogelijk het werk nog beter te kunnen doen.

Uitkomsten uit het kwaliteitskader bieden de basis voor nadere bespreking met professionals. Met name daar kunnen uitkomsten direct vertaald worden naar concrete verbeteringen en aanpassingen in programma's en werkwijzen. Ook de Verpleegkundigen en Verzorgenden Adviesraden (VAR's) kunnen hierbij een belangrijke rol vervullen.

Raad van Toezicht

Het kwaliteitskader biedt Raden van Toezicht de mogelijkheid te toetsen of de Raad van Bestuur 'in control' is inzake kwaliteit en verantwoorde zorg. Op basis van de uitkomsten vanuit verantwoorde zorg kunnen Raden van Toezicht met het management het gesprek aangaan over de wijze waarop

uitkomsten vertaald worden naar kwaliteitsbeleid en –verbeteringen, de maatregelen die worden getroffen en de mate waarin deze verbeteringen daadwerkelijk gerealiseerd worden. Ook volgt de Raad van Toezicht of de cliëntenraad en de professionals systematisch betrokken zijn bij het uitwerken van verbetertrajecten.

4.3 Kwaliteitskader en Cliëntenraad

De cliëntenraad speelt inzake verantwoorde zorg een prominente rol. De cliëntenraad vertegenwoordigt de bewoners en cliënten inzake het kwaliteitsbeleid. Deze rol ligt wettelijk verankerd. Zo heeft de cliëntenraad verzwaard adviesrecht over het te voeren kwaliteitsbeleid, en daarmee de wijze waarop de cliëntenraadpleging wordt uitgevoerd. Ook ligt vast dat de cliëntenraad kan beschikken over de uitkomsten van de cliëntenraadpleging en kwaliteitstoetsingen.

Dialogoog belangrijk

De integrale rapportage over de cliëntenraadpleging en ook de uitkomsten uit de zelfevaluatie die de instelling doet, worden beschikbaar gesteld aan de cliëntenraad. Het bestuur van de zorgorganisatie vraagt altijd advies aan de cliëntenraad over hun inzichten en voorkeuren met betrekking tot de noodzakelijke kwaliteitsverbeteringen.

De dialoog tussen management en cliëntenraad vormt een belangrijke bouwsteen van het Kwaliteitskader verantwoorde zorg. De cliëntenraad is bij uitstek de partij om namens cliënten aan te geven op welke onderdelen kwaliteitsverbeteringen zouden moeten plaatsvinden.

Ondersteuning cliëntenraad

Een groot deel van de cliëntenraden is lid van de LOC en heeft daarmee de mogelijkheid ondersteund te worden door een LOC-adviseur. Indien dit het geval is, wordt de adviseur vooraf tijdig door het management of de cliëntenraad op de hoogte gesteld van het voornemen om een cliëntenraadpleging uit te voeren en geeft het management de adviseur na uitvoering de beschikking over de uitkomsten van cliëntenraadpleging en de zelfmonitoring. Daarmee kan de adviseur op een goede wijze de cliëntenraad ondersteunen bij de dialoog met het management over de uitkomsten van het kwaliteitskader.

4.4 Kwaliteitskader en het gelaagd en gefaseerd toezicht

De IGZ is verantwoordelijk voor toezicht op de kwaliteit van zorg. Daartoe benut zij de informatie die organisaties leveren op basis van het kwaliteitskader Verantwoorde zorg. De IGZ gebruikt uitkomsten uit het Kwaliteitskader voor haar oordeel over veilige, effectieve en kwalitatief verantwoorde zorg. In de werkwijze bij het toezicht staat het Gelaagd en Gefaseerd Toezicht (GGT) centraal. Dat betekent het volgende:

- Voor fase 1: (het bepalen van het risico op onverantwoorde zorg) worden, naast signalen en meldingen, alle indicatoren op basis van de metingen en cliëntenraadpleging zoals vastgesteld in het kwaliteitskader meegenomen.
- Jaarlijks wordt een percentage vastgesteld dat voor een inspectiebezoek in fase 2 van het GGT in aanmerking komt. Daarbij gaat het niet alleen om de risico-organisaties maar ook om een selectie uit de middengroep en best-practice-organisaties. Zonodig kan de IGZ na het inspectiebezoek besluiten verscherpt toezicht in te stellen of over te gaan tot nadere handhaving (fase 3).
- Ten slotte verricht de IGZ aanvullend thematisch onderzoek. De thema's hiervoor worden jaarlijks vastgesteld.

4.5 Kwaliteitskader en zorgcontractering door zorgkantoren

Kwaliteit vormt voor zorgkantoren één van de bouwstenen van het contracteerbeleid.

En kwaliteit wordt vooral afgelezen aan de prestatie-indicatoren uit het kwaliteitskader.

Bij de contractering stellen de zorgkantoren als vereiste dat de organisatie een werkend kwaliteitsstelsel heeft, zoals ook is omschreven in de kwaliteitswet. Dat kwaliteitsstelsel kenmerkt zich door de volgende aspecten:

- De tien inhoudelijke thema's uit Verantwoorde zorg staan centraal
- Er is sprake van een adequaat uitgevoerde, jaarlijkse zelfevaluatie op deze thema's, door middel van de monitoring van de zorginhoudelijke indicatoren
- Er is sprake van een klantervaringsonderzoek eens per twee jaar met behulp van het landelijk aanvaard instrument, de CQ-Index
- De bevindingen uit beiden vormen de grondslag voor een interne verbetercyclus, waarbij de prioriteiten in nauwe dialoog met de cliëntenraad worden vastgesteld.

Voor 2008 hebben de zorgkantoren aangegeven belang te hechten aan een externe audit (leidend tot een certificaat) op het werkend kwaliteitsstelsel, mede omdat de externe audit bijdraagt tot een robuuste zelfevaluatie en betrouwbare informatie. Bovendien maakt een externe audit alert op de vertaling van uitkomsten op prestatie-indicatoren naar verbetering van werkprocessen. De zorgkantoren vinden dat elk kwaliteitsstelsel naadloos de landelijk vastgestelde set indicatoren moet overnemen. Op grond van voortschrijdende inzichten zal in 2009 – wanneer voor alle instellingen de uitkomsten op prestatie-indicatoren bekend zijn – nader worden bezien wat de externe audit moet inhouden.

4.6 Samenhang tussen interne aansturing en extern toezicht

In bovenstaande is aangegeven op welke wijze en vanuit welke verantwoordelijkheden de verschillende partijen gebruik maken van hetzelfde kwaliteitskader. Cruciaal is dat deze partijen elkaar versterken en dat alle interventies bijdragen aan kwaliteitsverbetering.

Daarbij hanteert de Stuurgroep de volgende uitgangspunten voor het sturingsmodel:

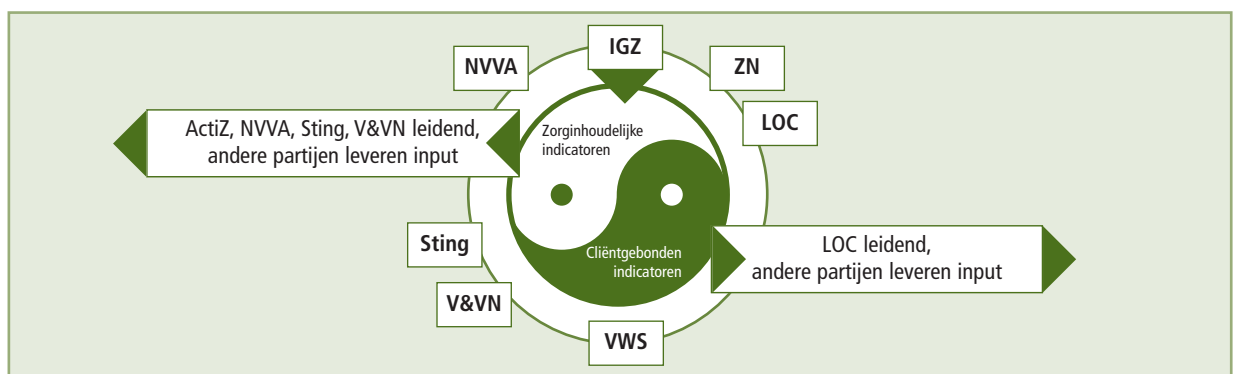
- Het management bespreekt uitkomsten met de cliëntenraad en professionals en maakt afspraken over verbetertrajecten en –doelstellingen. Daarbij wordt eveneens aangegeven op welke wijze lessen worden getrokken uit best practices en doorbraakprojecten van het programma Zorg voor Beter.
- Doelstellingen en verbeteracties worden desgevraagd voorgelegd aan de IGZ. De IGZ beoordeelt deze in het kader van haar toezichthoudende taken en kijkt daarbij in het bijzonder naar veiligheid en gezondheidsrisico's.
- IGZ legt inspectiebezoeken af met name daar waar risico's in het geding zijn en houdt toezicht op daadwerkelijke verbeteringen. De rapportage van de IGZ is openbaar en wordt opgenomen op www.kiesbeter.nl
- De zorgorganisatie rapporteert over de uitkomsten en verbeteractiviteiten in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording Zorg.
- Het zorgkantoor laat de uitkomsten uit het kwaliteitskader meewegen bij het contracteringsbeleid. Hiervoor maakt het zorgkantoor gebruik van beschikbare kwaliteitsinformatie en voorgestane verbetertrajecten uit het jaardocument zorg, omdat de gerealiseerde kwaliteit uiteindelijk gevolgen kan hebben voor de afspraken over zorgproductie (volume en/of prijs).

5 Onderhoud Kwaliteitskader

De indicatoren voor Verantwoorde zorg en het instrumentarium om deze te meten zijn op basis van de pilot bijgesteld en voor het meetjaar april 2007- april 2008 vastgesteld door de Stuurgroep Verantwoorde zorg. Het is van belang dat de instrumenten ook worden onderhouden en waar nodig worden verbeterd, aangepast en verfijnd. Continue aanpassing aan nieuwe inzichten uit wetenschap, aan ontwikkelingen in het veld, en aan veranderende wensen en percepties van cliënten zijn eigen aan een Kwaliteitskader zoals hier geformuleerd.

Voor het onderhoud van de meetinstrumenten is 'gezamenlijkheid' het uitgangspunt. Dit betekent dat betrokken partijen de instrumenten uiteindelijk steeds gezamenlijk vaststellen. De achtergrond hierbij is dat de normen voor Verantwoorde zorg een collectieve verantwoordelijkheid zijn. Om aan deze samenhang recht te doen worden de verantwoordelijkheden als volgt verdeeld:

- Voorstellen voor verdere ontwikkeling en verbetering van de *indicatoren* worden gedaan door een Projectgroep waarin alle relevante partijen vertegenwoordigd zijn;
- *Vaststelling* van de voorstellen vindt plaats in de Stuurgroep;
- Bij de verdere ontwikkeling en verbetering van de *zorginhoudelijke indicatoren* (metingen door de organisaties) zijn de professionals en organisaties 'in the lead'; alle andere partijen zien toe en leveren input;
- Bij de verdere ontwikkeling en verbetering van de *cliëntgebonden indicatoren* (CQ-Index) is de cliëntenorganisatie 'in the lead'; alle andere partijen zien toe en leveren input;
- *Vaststelling* van de vernieuwde instrumenten is steeds een gezamenlijke verantwoordelijkheid en vindt plaats in de Stuurgroep;
- De IGZ heeft in dit alles een bijzondere positie. Publieke beschikbaarheid van prestatiegegevens per organisatorische eenheid (idealiter op doelgroepniveau) is een *conditio sine qua non* voor het functioneren van het nieuwe zorgstelsel. De IGZ heeft de taak om a) te zorgen dat deze informatie ook daadwerkelijk beschikbaar is en b) toezicht te houden op de geleverde kwaliteitsprestaties van zorgaanbieders. Gegeven deze functie is de IGZ in bovenstaande gepositioneerd als *regisseur*. Zij bewaakt de gezamenlijkheid van het ontwikkeltraject, en ziet er op toe dat het toetsingskader daadwerkelijk wordt gerealiseerd en verder wordt ontwikkeld. Op basis van haar wettelijke bevoegdheden kan de IGZ, indien partijen *niet* tot gezamenlijke overeenstemming komen, altijd zelf aandachtspunten en indicatoren aan het Kwaliteitskader toevoegen. Hierbij zal zij wel altijd aansluiten bij professionele standaarden en bestaande literatuur. Bovendien kan de IGZ, indien er sprake is van een ontoereikend Kwaliteitskader (beoordeeld vanuit de hierboven genoemde dubbele taakstelling van de IGZ) ook zelfstandig om aanvullende informatie van aanbieders verzoeken.



Figuur 5.1 Rolverdeling bij het onderhouden en verbeteren van de zorginhoudelijke en cliëntgebonden indicatoren en bijbehorende instrumentarium

Vanaf mei 2007 wordt het hier beschreven Kwaliteitskader Verantwoorde zorg bij alle instellingen voor verpleging, verzorging en thuiszorg geïmplementeerd. Dat betekent dat zij jaarlijks een eigen registratie uitvoeren op de inhoudelijke indicatoren en iedere twee jaar een cliëntenraadpleging laten uitvoeren met behulp van de CQ-Index. In het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording Zorg over 2007 maken alle zorgorganisaties uit de sector V & VT zich voor het eerst transparant op de in dit document beschreven prestatie-indicatoren.

Inmiddels is gebleken (onder meer uit de pilot onder 120 zorgorganisaties) dat het kwaliteitskader een forse verruiming betekent van de mogelijkheden om op kwaliteit te kunnen sturen. Voor de instellingen zelf (inclusief de Raden van Toezicht) en de daar werkzame professionals geeft het kwaliteitskader veel informatie over wat er goed loopt en waar kwaliteitsverbetering noodzakelijk is. Cliëntenraden kunnen op basis van de beschikbare informatie goede adviezen geven over voor hen belangrijke kwaliteitsverbeteringen. Cliënten krijgen vergelijkbare informatie om zelf een keuze te maken voor een goede voorziening.

IGZ en verzekeraars krijgen inzicht op de daadwerkelijk geleverde prestaties van zorgorganisaties en kunnen op basis hiervan op een veel gedifferentieerder niveau dan nu kwaliteit stimuleren, belonen en bewaken. De balans tussen kwaliteitsverbetering en externe verantwoording is daarbij cruciaal gebleken.

Implementatie van Verantwoorde zorg is een proces dat met grote zorgvuldigheid wordt begeleid. In 2009, na implementatie bij alle zorgorganisaties, zal uitgebreide evaluatie plaatsvinden. Dit kan leiden tot verdere aanpassing van de indicatorenset. Nieuwe indicatoren kunnen daarbij de plaats innemen van oude indicatoren. Daarnaast zullen voor specifieke doelgroepen aanvullende indicatoren ontwikkeld worden.

Een en ander betekent dat de normen voor verantwoorde zorg en het kwaliteitskader verantwoorde zorg 'levende concepten' blijven, afgestemd op ontwikkelingen binnen de zorg en gericht op de informatiebehoefte van het management en Raden van Toezicht van zorgorganisaties, cliëntenraden, medewerkers, cliënten, IGZ en zorgverzekeraars. Dit alles met maar één doel: een permanente verbetering van de kwaliteit van zorg!

Referenties

- (1) Arcares, AVVV, LOC, NVVA, Sting, in afstemming met IGZ, VWS en ZN (2005). *Op weg naar normen voor verantwoorde zorg; een ontwikkelingsmodel voor verpleeg- en verzorgingshuizen opgesteld door organisaties van cliënten, aanbieders, beroepsgroepen*. Utrecht: Stuurgroep Verantwoorde zorg.
- (2) Arcares, Z-org, BTN, AVVV, LOC, NVVA, Sting, IGZ, VWS, ZN (2006). *Normen voor Verantwoorde Zorg Thuis; een model voor langdurige en/of complexe thuiszorg en voor langdurige en/of complexe extra-murale zorg vanuit verpleeg- en verzorgingshuizen opgesteld door Arcares, Z-org, BTN, AVVV, LOC, NVVA en Sting en in afstemming met IGZ, VWS en ZN*. Utrecht: Stuurgroep Verantwoorde zorg.
- (3) Arcares, AVVV, LOC, NVVA, Sting, Z-org, IGZ, VWS, ZN (2005). *Toetsingskader voor Verantwoorde zorg; Een operationalisatie van het visiedocument 'Op weg naar normen voor verantwoorde zorg' in een indicatorenset en een sturingsmodel voor de V&V sector*. Utrecht: Stuurgroep Verantwoorde zorg.
- (4) Wiegers, T.A., Stubbe, J.H. en A.H.M. Triemstra (2007). *Ontwikkeling van een CQ-Index voor verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg; Kwaliteit van zorg volgens bewoners, vertegenwoordigers en cliënten*. Utrecht: NIVEL.
- (5) Plexus Medical Care (2007). *Evaluatie normen voor verantwoorde zorg; Evaluatie van de pilot Normen voor verantwoorde zorg in de verpleging, verzorging en thuiszorg (01/01/06 – 30/11/06)*. Amsterdam: Plexus Medical Group
- (6) Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring (vol 1). The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, p.79 ev.
- (7) Dijkstra, A., Buist, G.A.H., Dassen, T.W.N en W.J.A. van den Heuvel (1999). *ZorgAfhankelijkheidsSchaal / Care Dependency Scale (CDS); een handleiding*. Groningen: Noordelijk centrum voor gezondheidsvraagstukken Rijksuniversiteit Groningen.

Bijlage 1: Toelichting op de thema's Verantwoorde zorg VVT

Het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg VVT is verdeeld in tien thema's. In deze bijlage wordt aangegeven wat de inhoud van de thema's is. Per thema is een korte toelichting weergegeven. Deze uitleg is niet uitputtend, maar geeft de essentie weer van deze thema's volgens de Stuurgroep Verantwoorde zorg. Een uitgebreidere toelichting vindt u in de visiedocumenten 'Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg' en 'Verantwoorde zorg Thuis'.

1 Zorg(behandel)-/leefplan

In essentie:

- heeft iedere cliënt een indicatiebesluit, een zorgovereenkomst en een zorg(behandel)-/leefplan;
- zijn cliënten betrokken bij het opstellen, evalueren en bijstellen van het zorg(behandel)-/leefplan;
- komen de vier domeinen verantwoorde zorg terug in het zorg(behandel)-/leefplan;
- geeft het zorg(behandel)-/leefplan een beeld van zorgvraag, zorgbehoefte en indicatie;
- zijn rechten en plichten van cliënt en zorgorganisatie, ondersteuning van cliënten bij het opstellen van het zorg(behandel)-/leefplan en afspraken met derden (zoals de huisarts) vastgelegd;
- sluit de zorgovereenkomst aan bij de indicatie.

2 Communicatie en informatie

In essentie:

- is de communicatie open en maakt de zorgorganisatie werk van verbeterwensen van cliënten;
- ontvangen de cliënten duidelijke en begrijpelijke informatie over onder andere de rechten, het zorg (behandel)-/leefplan en de zorgovereenkomst, de eigen bijdragen, de mogelijkheden om te klagen en de cliëntenraad;
- hebben cliënten een vaste contactpersoon bij de zorgorganisatie;
- is de bejegening van cliënten in orde;
- is de telefonische bereikbaarheid voor vertegenwoordigers en thuiswonende cliënten goed.

3 Lichamelijk welbevinden

In essentie:

- biedt de zorgorganisatie passende hulp bij onder andere: wassen/douchen, gebitsverzorging, nagelverzorging, toiletgang, gebruik van incontinentiemateriaal;
- zijn cliënten tevreden over het tijdstip van de zorg en de manier waarop de zorg wordt geleverd;
- smaken bij bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen de maaltijden goed, is er voldoende hulp bij het eten en is de ambiance gezellig.

4 Zorginhoudelijke veiligheid

In essentie:

- levert de zorgorganisatie veilige zorg;
 - Onderwerpen die daarbij aan de orde komen zijn: decubitus, onbedoelde gewichtsafname, valincidenten, incontinentie, verblijfskatheter en de ervaren professionaliteit/veiligheid van zorgverleners;
 - Daarnaast komen specifiek in verpleeg- en verzorgingshuizen aan de orde komen zijn: fixatie, probleemgedrag, vaccinatie, medicijnincidenten, ondervoeding en psychofarmaca
 - In de thuiszorgorganisatie is specifiek aandacht voor het beleid op het gebied van vrijheidsbeperkende maatregelen.

5 Woon- en leefomstandigheden

In essentie:

- respecteert de zorgorganisatie de privacy en de eigen levensfeer van cliënten;
- is in verpleeg- en verzorgingshuizen de woonruimte aangenaam, is de schoonmaak van de appartementen goed en bestaat de mogelijkheid om de woonruimte met eigen spullen in te richten;
- is de sfeer van het gebouw aangenaam en zijn er mogelijkheden voor onderling contact tussen de bewoners.

6 Participatie en sociale redzaamheid

In essentie:

- hebben cliënten genoeg mogelijkheden voor activiteiten en sociale contacten;
- is er voldoende hulp om ergens heen te gaan;
- worden er voor bewoners kwalitatief en kwantitatief voldoende activiteiten georganiseerd;
- is in de thuissituatie aandacht voor de ondersteuning bij regelwerk (zoals formulieren invullen) en het vinden van activiteiten;
- bevordert de zorgorganisatie zelfstandigheid en autonomie. Onderwerpen daarbij zijn onder andere: zelf de dagindeling bepalen en het tijdstip waarop de zorg wordt verleend.

7 Mentaal welbevinden

In essentie:

- hebben de zorgverleners aandacht voor de ondersteuning van cliënten bij hun persoonlijke ontwikkeling, levenskeuzen en zingeving;
- is er voldoende aandacht voor cliënten die eenzaam zijn of depressief;
- is er voor bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen voldoende geestelijke verzorging aanwezig;
- worden in de thuissituatie veranderingen in het mentaal welbevinden gesignaleerd en doorgegeven.

8 Veiligheid wonen/verblijf

In essentie:

- is de veiligheid van de woon- en leefomgeving in orde, zoals toezicht voor psychogeriatrische bewoners en de vraag of bewoners weten wat zij moeten doen bij calamiteiten;
- voelen cliënten zich veilig;
- signaleren zorgverleners bij thuiswonende cliënten onveilige situaties en reageren zij daar vervolgens passend op;
- zijn zorgverleners betrouwbaar en gaan zij zorgvuldig om met persoonlijke eigendommen;
- zijn zorgverleners voldoende geïnstrueerd hoe met apparatuur (zoals tilliften) moet worden gewerkt.

9 Voldoende en bekwaam personeel

In essentie:

- is er voldoende personeel beschikbaar;
- wordt voldoende tijd aan cliënten besteed;
- zijn zorgverleners bekwaam en worden voorbehouden handelingen alleen door daartoe bevoegde medewerkers verricht;
- is er aandacht voor het aantal verschillende zorgverleners dat in de thuissituatie komt en voor hoe vervanging van personeel is geregeld;
- is er bij de functie behandeling een verpleegkundige aanwezig en een arts beschikbaar.

10 Samenhang in zorg

In essentie:

- vindt er afstemming plaats met andere (zorg)organisaties en zorgverleners.

Dit veld is nog in ontwikkeling. Doel is te komen tot goede afspraken tussen de zorgorganisatie en andere zorgorganisaties/zorgverleners, zodat de cliënt geen last heeft van schotten in de zorg en aanpalende sectoren.

Bijlage 2: Indicatorenset Verantwoorde zorg VVT

Inhoud

I. Toelichting Indicatorenset Verantwoorde zorg	21
1. In vogelvlucht	21
2. Organisatorische eenheden	22
3. Meten en registreren	
3.1 Cliëntgebonden indicatoren	22
3.2 Zorginhoudelijke indicatoren	24
4. Technische database	26
5. Publicatie van prestaties	26
6. Technische database	26
II. Indicatorenset Verantwoorde zorg	27

I. Toelichting Indicatorenset Verantwoorde zorg

1. In vogelvlucht

De Indicatorenset behorend bij het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg bestaat uit twee delen: de cliëntgebonden indicatoren, die een zorgorganisatie ('organisatorische eenheid') laat meten met een cliëntenraadpleging, en de zorginhoudelijke indicatoren, die door de organisatorische eenheid zelf worden gemeten, deels op cliëntniveau en deels op organisatieniveau.

De cliëntenraadpleging moet eens per twee jaar worden uitgevoerd door een geaccrediteerd meetbureau. Hiervoor zijn CQ-index-VVT vragenlijsten en -richtlijnen ontwikkeld. De zorginhoudelijke indicatoren worden elk jaar gemeten aan de hand van vastgestelde Registratievragen. De zorginhoudelijke gegevens kunnen op verschillende manieren geregistreerd worden: met de ActiZ Registratietool VZ, de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ), RaiView, of een registratiesysteem of ECD van de zorgorganisatie zelf.

Via de meetbureaus en registratiesystemen komen de gegevens landelijk samen in een technische database. Hier worden de gegevens voor relevante cliëntkenmerken (zoals zorgzwaarte), gecorrigeerd en omgezet in vergelijkbare prestatiescores. Deze worden teruggekoppeld aan de organisatorische eenheid in de vorm van een rapportage, bedoeld voor interne verbetering. Bovendien worden de prestaties zodanig teruggekoppeld dat deze op een gebruiksvriendelijke manier aangeleverd kunnen worden voor verantwoording in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording, en als consumenteninformatie aan www.kiesbeter.nl.

2. Organisatorische eenheden

In het kader van het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg moet elke organisatorische eenheid¹ (OE) de indicatoren Verantwoorde zorg in kaart brengen. Er is gekozen voor de term en definitie van 'organisatorische eenheid' zoals de IGZ deze hanteert voor het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. In de intramurale zorg is dat vaak een locatie, in de thuiszorg betreft het meestal een regio. De organisatorische eenheid wordt vastgesteld door de IGZ. De IGZ beheert een lijst met organisatorische eenheden en de bijbehorende Organisatorische-Eenheid-codes (OE-codes). Deze is toegankelijk via www.zorgvoorbeter.nl. Zowel de cliëntenraadpleging als de zorginhoudelijke metingen door de organisatie zelf moeten op het niveau van de organisatorische eenheid worden uitgevoerd.

3. Meten en registreren

Het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg kent tien thema's:

1.	Zorg(behandel)-leefplan	6.	Participatie en sociale redzaamheid
2.	Communicatie en informatie	7.	Mentaal welbevinden
3.	Lichamelijk welbevinden	8.	Veiligheid wonen/verblijf
4.	Zorginhoudelijke veiligheid	9.	Voldoende en bekwaam personeel
5.	Woon- en leefomstandigheden	10.	Samenhang in zorg

Per thema is één of zijn een aantal indicatoren benoemd. Er worden verschillende soorten indicatoren onderscheiden:

1. **Cliëntgebonden indicatoren** die gemeten worden met een cliëntenraadpleging (CQ-Index), door een onafhankelijk bureau
- 2a. **Zorginhoudelijke indicatoren op cliëntniveau**, die gemeten worden door de organisatie zelf (4.1, 4.2a, 4.2b, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6a, 4.7a, 4.7b, 4.8, 4.9, 4.10, 7.2)
- 2b. **Zorginhoudelijke indicatoren op organisatieniveau**, die gemeten worden door de organisatie zelf (4.6b, 4.11, 8.3, 9.2, 9.3, 9.4)

De indicatoren worden in deze bijlage uitgebreid beschreven. Deze bijlage bevat achterin tevens een overzicht van de indicatoren, waarin per indicator de manier van meten en de relevantie voor de verschillende settings snel te zien is. De gegevens verzameld met de cliëntenraadpleging (1) resulteren in 15 tot 18 *cliëntgebonden indicatoren*. Dit aantal is afhankelijk van de betreffende doelgroep. De gegevens die gemeten worden door de organisatie zelf (2a en 2b) vormen samen de *zorginhoudelijke indicatoren*. Dit zijn voor de Verpleging en Verzorging 18 (5+13) en voor de Zorg Thuis 10 (3+7) indicatoren.

3.1 Cliëntgebonden indicatoren

Centrum Klantervaring Zorg

Het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ) werd opgericht op 6 december 2006. Deze organisatie zorgt ervoor dat de ervaringen van de consument met de gezondheidszorg de komende jaren systematisch

¹ 'Een organisatorische eenheid is een organisatorisch verband dat onderdeel uitmaakt van een houder (zorgaanbieder) die juridisch verantwoordelijk is voor de zorgaanbieding. Dit kan bijvoorbeeld een verpleeghuis, een verzorgingshuis of een werkgebied zijn. Een organisatorische eenheid kan zorg leveren op meerdere locaties. Een locatie is een vestiging als onderdeel van de organisatorische eenheid. De organisatorische eenheid is (financieel) verantwoordelijk voor de zorg die in de locatie wordt verleend' (IGZ formulier Gelaagd en Gefaseerd Toezicht, 2005).

in kaart worden gebracht en op een betrouwbare wijze worden gemeten en openbaar gemaakt. Hierbij geldt een landelijke meetstandaard, de CQ-index. Op basis van deze meetstandaard wordt een omvangrijke familie van vragenlijsten ontwikkeld. Metingen met de CQ-index leveren onder meer input voor de website www.kiesbeter.nl, een site die de consument helpt een afgewogen keuze te maken uit verschillende zorgaanbieders.

Voor de sector VVT is een CQ-index ontwikkeld en het CKZ houdt toezicht op het gebruik en de toekomstige ontwikkeling van deze vragenlijsten. Om te voldoen aan de norm voor Verantwoorde zorg dient elke organisatorische eenheid om de twee jaar een cliëntenraadpleging met de CQ-index VVT te laten uitvoeren door een geaccrediteerd meetbureau, dat werkt volgens de richtlijnen die vastgesteld zijn door het CKZ. Deze richtlijnen vindt u op www.centrumklantervaringzorg.nl.

Doelgroepen

De CQ-index Verpleging Verzorging & Thuiszorg bestaat uit drie vragenlijsten met bijbehorende doelgroepen:

- 1) *CQ-index Ervaringen met de zorg in een verpleeg- of verzorgingshuis; vragenlijst voor interviews met bewoners*; deze lijst is gericht op cliënten die langer dan één maand in een verpleeg- of verzorgingshuis verblijven en met wie een interview kan worden gehouden. De lijst is niet bedoeld voor reactivering- of revalidatiecliënten.
- 2) *CQ-index Ervaringen met de zorg in een verpleeg- of verzorgingshuis; vragenlijst voor vertegenwoordigers van bewoners*; deze lijst is gericht op vertegenwoordigers van psychogeriatrische cliënten die langer dan één maand in een verpleeg- of verzorgingshuis verblijven. De lijst is niet bedoeld voor cliënten met kortdurend verblijf, respijtzorg e.d.
- 3) *CQ-index Ervaringen met de zorg thuis; vragenlijst voor thuiswonende cliënten van thuiszorgorganisaties of zorgorganisaties*; deze lijst is gericht op thuiswonende cliënten van 18 jaar en ouder, die thuis (eventueel in een aanleunwoning) gedurende een periode van minimaal zes maanden Persoonlijke verzorging en/of Verpleging ontvangen van thuiszorgorganisaties of zorginstellingen. Deze lijst is niet bedoeld voor cliënten met alleen huishoudelijke verzorging en/of Ondersteunende of Activerende Begeleiding.

De CQ-Index vragenlijsten zijn te downloaden op www.centrumklantervaringzorg.nl.

Moment van meten

De cliëntenraadpleging wordt in opdracht van de zorgorganisaties uitgevoerd op een door hen zelf vast te stellen tijdstip, doch minimaal eens per twee jaar. Aanbevolen wordt om de zorginhoudelijke metingen en de cliëntenraadpleging in eenzelfde periode uit te voeren. Dit voorkomt lege velden in de kwaliteitskaart op www.kiesbeter.nl en geeft betere mogelijkheden om de metingen met elkaar in verband te brengen omdat ze in dezelfde periode hebben plaatsgevonden.

Investering

De organisatorische eenheid laat een meting met de CQ-index VVT uitvoeren door een onafhankelijk meetbureau. De kosten hiervan komen voor rekening van de OE.

Om de metingen op een goede manier te laten verlopen wordt verwacht van de OE dat deze een contactpersoon in de organisatie aanwijst voor afstemming (niet de coördinatie) van onder andere de planning en periode van onderzoek, de informatie voor bewoners en medewerkers (informatiebijeenkomst, folders/brieven), het aanleveren van digitale bewonerslijsten voor de steekproeftrekking, en de benadering van bewoners of hun vertegenwoordigers.

3.2 Zorginhoudelijke indicatoren

Registratieformulieren

Op www.zorgvoorbeter.nl zijn registratieformulieren voor Verpleeg- & Verzorgingshuiszorg (V&V) en voor Zorg Thuis (ZT) te downloaden. Er zijn aparte registratieformulieren voor de V&V en de ZT, en voor zowel de V&V als de ZT is er een registratieformulier op organisatieniveau en een registratieformulier op cliënt-niveau. De registratieformulieren op cliëntniveau bevatten tevens de benodigde factoren die nodig zijn voor correcties, zodat de prestaties vergelijkbaar worden.

Doelgroepen

De groep cliënten waarbij gemeten wordt verschilt voor de Verpleeg- & Verzorgingshuiszorg (V&V) en Zorg Thuis.

- **V&V**

Meting van de zorginhoudelijke indicatoren op cliëntniveau gebeurt bij de V&V bij alle cliënten, met uitzondering van:

- cliënten die korter dan 30 dagen in zorg zijn;
- cliënten die revalidatiezorg, enkel dagactiviteiten, respijtzorg e.d. ontvangen;
- specifieke groepen cliënten die de betreffende indicator vermeldt;
- cliënten die niet onderzocht willen worden (zie 'afzien van onderzoek')

- **ZT**

Meting van de zorginhoudelijke indicatoren op cliëntniveau gebeurt in de ZT bij een representatieve steekproef uit de cliëntenpopulatie, met uitzondering van:

- cliënten die korter dan 30 dagen in zorg zijn;
- cliënten die jonger dan 18 jaar zijn.
- cliënten die gebruik maken van alleen huishoudelijke verzorging en/of Ondersteunende of Activerende Begeleiding;

Vervolgens geldt ook in de Zorg thuis dat niet wordt gemeten bij:

- specifieke groepen cliënten die de betreffende indicator vermeldt.
- cliënten die niet onderzocht willen worden (zie 'afzien van onderzoek')

Voor de steekproef geldt een specifieke sleutel. Zie tabel 1 voor een indicatie van de grootte van de steekproef bij verschillende aantallen cliënten. Op www.zorgvoorbeter.nl is een eenvoudige tool te vinden waarmee u uw steekproefgrootte exact kunt berekenen.

Aantal cliënten	<50	100	200	300	500	750	1000
Steekproefgrootte	alle	83	141	184	244	291	322

Tabel 1 Indicatie van de steekproefgrootte voor de zorginhoudelijke indicatoren op cliëntniveau in de Zorg thuis

Afzien van onderzoek

Bij zorginhoudelijke indicatoren op cliëntniveau waarvoor onderzoek nodig is (bijvoorbeeld decubitus, probleemgedrag, depressie) bestaat de mogelijkheid dat cliënten niet onderzocht willen worden.

Dit kan twee situaties inhouden:

- in de zorgovereenkomst of in het zorg(behandel)-/leefplan is in overleg met cliënt vastgelegd dat van systematisch onderzoek op dit onderwerp ten behoeve van het Kwaliteitskader wordt afgezien;
- de cliënt kan (bijvoorbeeld door ziekte) of wil op de meetdag/ in de meetweek alsnog niet onderzocht worden;

Bovenstaande impliceert dat de werkwijze van de indicatoren voor verantwoorde zorg (met name het periodiek meten op deze indicatoren) met iedere cliënt die van de organisatorische eenheid zorg ontvangt wordt besproken en dat wordt vastgelegd in de zorgovereenkomst of in het zorg(behandel)-/leefplan of de cliënt al dan niet instemt met periodiek onderzoek op de betreffende indicatoren ten behoeve van het Kwaliteitskader. Mocht een cliënt afzien van periodieke screening op een bepaald onderwerp ten behoeve van het Kwaliteitskader, dan wordt dit gemotiveerd vastgelegd. Afspraken hieromtrent dienen regelmatig geëvalueerd te worden.

Voor bepaalde indicatoren op cliëntniveau, te weten valincidenten (4.3), medicijnincidenten (4.4), psycho-farmaca (4.5), vaccinatiegraad cliënten (4.6a), verblijfskatheter (4.8), fixatie (4.10) is deze instemming niet van toepassing.

Moment van meten

De registratievragen worden ingevuld in door de Stuurgroep vastgestelde meetweken. Informatie over de meetweken vindt u op www.zorgvoorbeter.nl.

Registratiesystemen

LPZ en Rai-View

Organisaties die deelnemen aan de module Normen Verantwoorde zorg (3N) van de Landelijke Prevalentie-meting Zorgproblemen (LPZ), of organisaties die werken met Rai-View kunnen via die weg ook de zorginhoudelijke indicatoren voor verantwoorde zorg meten (zowel de indicatoren op organisatie- als cliëntniveau). Organisaties moeten hierbij wel alert zijn op de definitie van 'organisatorische eenheid' (zie paragraaf 1), zodat de gegevens op het juiste organisatieniveau verzameld worden.

Eigen registratie / ECD

Op de lange termijn is een meer continue registratie van de zorginhoudelijke indicatoren wenselijk. De gegevens die worden verzameld geven veel informatie aan de betrokken professionals en managers over de zorgzwaarte van de cliënten en de kwaliteit van de geleverde zorg. Als dit op regelmatige basis wordt gedaan, levert dit veel sturingsinformatie op. Een instrument als Rai-View doet dit bijvoorbeeld. Ook een Elektronische Cliënten Dossier (ECD) kan zo worden ingericht dat bepaalde metingen in het dagelijkse werkproces worden geïntegreerd. Dat is de situatie waar we idealiter naar toe willen.

Organisaties die al in staat zijn om de zorginhoudelijke indicatoren in een ECD of via een eigen continu registratiesysteem te verzamelen kunnen dan ook zeker met hun systeem aansluiten bij Verantwoorde zorg. Voor deze organisaties en hun ICT-leveranciers wordt geformuleerd aan welke eisen de aanvoer van gegevens moet voldoen om opgenomen te kunnen worden in de landelijke database.

Registratietool VZ

Organisaties die de zorginhoudelijke indicatoren voor Verantwoorde zorg nog niet uit hun huidige zorgregistraties kunnen halen, kunnen gebruikmaken van de gratis ActiZ Registratietool Verantwoorde zorg. Dit is een voorziening waarmee organisaties de zorginhoudelijke indicatoren op cliënt- en organisatieniveau in een meetweek kunnen registreren en aanleveren voor Verantwoorde zorg. Deze voorziening is bedoeld voor een jaarlijkse meting en niet geschikt om continue registraties bij te houden. De registratietool is de komende drie jaar te gebruiken, daarna worden organisaties geacht zelf een ECD of ander eigen, meer continu registratiesysteem te hebben dat geïntegreerd is in de dagelijkse werkprocessen en -registraties.

Investering

Uit de pilot Verantwoorde zorg is gebleken dat het verzamelen van de gegevens op cliëntniveau circa 10 tot 15 minuten per cliënt kost. Om de metingen op een goede manier te laten verlopen is een coördinator in de zorgorganisatie nodig die zorgdraagt voor de coördinatie van onder andere de instructie van verzorgenden, de planning van de metingen op cliëntniveau, het verzamelen van de gegevens op organisatieniveau, de verspreiding van formulieren, de gegevensinvoer, et cetera.

4. Technische database

De gegevens vanuit de zorginhoudelijke indicatoren en cliëntgebonden indicatoren worden in twee verschillende 'technische databases' opgenomen. De zorginhoudelijke registraties worden via één van de eerder genoemde registratiemogelijkheden (LPZ, RAI-View, ECD/eigen registratie, of ActiZ-registratietool VZ) aangeleverd. Gegevens uit de cliëntenraadpleging worden door de meetbureaus aangeleverd op basis van een vast format. In de technische databases worden de gegevens op 'case-mix', dat wil zeggen voor relevante cliëntkenmerken (zoals zorgzwaarte), gecorrigeerd en omgezet in vergelijkbare prestatiescores. Voor elke indicator ontstaat zo een prestatiescore die de verhouding aangeeft tussen de score, verwacht op basis van de cliëntenpopulatie, en de daadwerkelijke score van de organisatie.

De vergelijkbare prestaties worden binnen twee maanden teruggekoppeld aan de organisatorische eenheid (OE). In de eerste plaats gebeurt dit in de vorm van een rapportage voor intern gebruik. Dit betreft zowel de ruwe, ongecorrigeerde resultaten op alle registratievragen, als de vergelijkbare prestatiescores op de indicatoren. In de tweede plaats worden de vergelijkbare prestatiescores op de indicatoren zodanig teruggekoppeld, dat deze door de OE op een gebruiksvriendelijke manier aangeleverd kunnen worden voor verantwoording (Jaardocument, Kiesbeter) en indien van toepassing voor de 'Continue Benchmark' (ActiZ). Er gaan uitsluitend gegevens naar derden met toestemming van de OE en de OE houdt altijd zicht op de inhoud van de gegevens die eventueel rechtstreeks vanuit de technische database naar derden gaan.

5. Publicatie van prestaties

Elke organisatorische eenheid geeft openbaarheid over haar prestaties op de indicatoren voor Verantwoorde zorg via het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (CIBG) en via de Kwaliteitskaart op www.kiesbeter.nl (RIVM). Daarnaast worden de prestaties op geaggregeerd, geanonimiseerd niveau opgenomen in een jaarlijkse, landelijke rapportage van de stuurgroep.

6. Ondersteuning

In de loop van 2007 wordt de ondersteuning bij het meten van de zorginhoudelijke indicatoren steeds verder uitgebouwd. Op de website www.zorgvoorbeter.nl worden onder 'Kwaliteitskader' alle informatie, visiedocumenten, instrumenten, formulieren en handreikingen ontsloten. Er is een Helpdesk Verantwoorde Zorg opgericht (verantwoordezorg@prismant.nl, 030 - 2345 800) en per tranche vinden instructiebijeenkomsten plaats.

II. Indicatorenset Verantwoorde zorg

1.	Zorg(behandel)-/leefplan	29
1.1	Ervaringen met zorg(behandel)-/leefplan en evaluatie	29
1.2	Ervaren inspraak en overleg	30
2.	Communicatie en informatie	31
2.1	Ervaren bejegening	31
2.2	Ervaren informatie	32
2.3	Ervaren telefonische bereikbaarheid (en communicatie)	33
3.	Lichamelijk welbevinden	34
3.1	Ervaringen met lichamelijke verzorging	34
3.2	Ervaringen met maaltijden	35
4.	Zorginhoudelijke veiligheid	36
4.1	Decubitus	36
4.2	Voedingstoestand	37
4.2a	Voedingstoestand - wegen	37
4.2b	Voedingstoestand – navraag	39
4.3	Valincidenten	41
4.4	Medicijnincidenten	42
4.5	Psychofarmaca	43
4.6	Vaccinatiegraad	44
4.6a	Vaccinatiegraad - cliënten	44
4.6b	Vaccinatiegraad - medewerkers	44
4.7	Incontinentie	45
4.7a	Incontinentie - prevalentie	45
4.7b	Incontinentie - diagnose	46
4.8	Verblijfskatheter	47
4.9	Probleemgedrag	48
4.10	Fixatie	49
4.11	Beleid vrijheidsbeperkende maatregelen	50
4.12	Ervaren professionaliteit en veiligheid zorgverlening	51
4.13	Ervaren respectering rechten vrijheidsbeperkingen	53
5.	Woon- en leefomstandigheden	54
5.1	Ervaren wooncomfort	54
5.2	Ervaren sfeer	55
5.3	Ervaren privacy (en woonruimte)	56
6.	Participatie en sociale redzaamheid	57
6.1	Ervaringen met dagbesteding en participatie	57
6.2	Ervaren zelfstandigheid / autonomie	58

7.	Mentaal welbevinden	59
7.1	Ervaringen op het gebied van mentaal welbevinden	59
7.2	Depressie	60
8.	Veiligheid wonen/verblijf	62
8.1	Ervaren veiligheid woon-leefomgeving	62
8.2	Ervaren betrouwbaarheid zorgverleners	63
8.3	Instructie tilliften	64
9.	Voldoende en bekwaam personeel	65
9.1	Ervaren beschikbaarheid personeel	65
9.2	Beschikbaarheid verpleegkundige	66
9.3	Beschikbaarheid arts	67
9.4	Bekwaamheid voorbehouden handelingen	68
10.	Samenhang in zorg	69
10.1	Samenhang in zorg	69

1. Zorg(behandel)-/leefplan

1.1 Ervaringen met zorg(behandel)-/leefplan en evaluatie

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers een goed zorgplan en een goede evaluatie daarvan ervaren
CQ-index lijst	Bewoners Vertegenwoordigers Thuiswonende cliënten
CQ-index vragen	Bewoners 27. Zijn er schriftelijke afspraken met u gemaakt over de zorg die u krijgt van het verpleeg-/ verzorgingshuis? (over welke zorg en activiteiten, hoe vaak, op welke dagen/tijden, enz.) 31. Heeft u in de afgelopen 12 maanden een evaluatiegesprek gehad met iemand van het verpleeg-/ verzorgingshuis over hoe de zorg u bevalt? 38. Heeft u een vaste contactpersoon (zorgverlener/leidinggevende) als aanspreekpunt in het huis?
	Vertegenwoordigers van bewoners 11. Zijn er schriftelijke afspraken met u gemaakt over de zorg die de bewoner krijgt van de zorginstelling? (welke zorg en activiteiten, hoe vaak, op welke dagen/tijden, enz.) 15. Heeft u in de afgelopen 12 maanden een evaluatiegesprek gehad met iemand van de zorginstelling over hoe de zorg voor de bewoner verloopt? 22. Heeft u een vaste contactpersoon (zorgverlener of leidinggevende) als aanspreekpunt in de zorginstelling?
	Thuiswonende cliënten 11. Zijn er schriftelijke afspraken met u gemaakt over de zorg die u van de zorginstelling krijgt? (welke zorg, per wanneer, van wie, hoe vaak, op welke dagen/tijden, enz.) 13. Wordt uw zorgmap/-dossier of logboek goed gebruikt voor uitwisseling van informatie? (bijv. door uw huisarts of uw naasten) 17. Heeft u in de afgelopen 12 maanden een evaluatiegesprek gehad met iemand van de zorginstelling over hoe de zorg u bevalt? 24. Heeft u een vaste contactpersoon als aanspreekpunt bij de zorginstelling?

1.2 Ervaren inspraak en overleg

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goede inspraak en goed overleg ervaren
CQ-index lijst	Bewoners Vertegenwoordigers Thuiswonende cliënten
CQ-index vragen	Bewoners 29. Hoe vaak beslist u mee over de verzorging of behandeling die u krijgt? (over wat voor zorg of hulp) 30. Hoe vaak beslist u mee over de tijdstippen en dagen waarop u verzorging of behandeling krijgt? 39. Staat het verpleeg-/verzorgingshuis open voor uw wensen? 40. Hoe vaak reageert de leiding of directie naar uw mening goed op uw vragen, suggesties of klachten? 43. Hoe vaak overleggen de zorgverleners met u over wat er moet gebeuren? Vertegenwoordigers van bewoners 13. Hoe vaak beslist u mee over de verzorging of behandeling die de bewoner krijgt (over wat voor zorg/hulp)? 14. Hoe vaak beslist u mee over de tijdstippen en dagen waarop de bewoner verzorging of behandeling krijgt? 25. Staat de zorginstelling open voor uw wensen? 26. Hoe vaak reageert de leiding of directie naar uw mening goed op uw vragen, suggesties of klachten? 30. Overleggen de verzorgenden en verpleegkundigen met u over wat er moet gebeuren? Thuiswonende cliënten 14. Hoe vaak beslist u mee over de inhoud van de thuiszorg die u krijgt? (over de soort taken en werkzaamheden) 15. Hoe vaak beslist u mee over de tijdstippen en dagen waarop u thuiszorg krijgt? 16. Hoe vaak beslist u mee over van wie (welke zorgverlener) u thuiszorg krijgt? 25. Staat de zorginstelling voldoende open voor uw wensen? 26. Hoe vaak reageert de zorginstelling (de leidinggevende of directie) naar uw mening goed op uw vragen, suggesties of klachten? 27. Hoe vaak overleggen uw zorgverleners met u over wat er moet gebeuren? 28. Hoe vaak vragen uw zorgverleners of de zorg naar wens verloopt?

2. Communicatie en informatie

2.1 Ervaren bejegening

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers een goede bejegening ervaren
CQ-index lijst	Bewoners Vertegenwoordigers Thuiswonende cliënten
CQ-index vragen	Bewoners 41. Hoe vaak behandelen de zorgverleners u beleefd? 44. Zijn de zorgverleners bereid met u te praten over zaken die naar uw mening niet goed zijn gegaan? 45. Hoe vaak luisteren zorgverleners aandachtig naar u? 46. Hoe vaak geven de zorgverleners goed antwoord op uw vragen?
	Vertegenwoordigers van bewoners 28. Zijn verzorgenden en verpleegkundigen bereid met u te praten over zaken die naar uw mening niet goed zijn gegaan? 29. Geven de verzorgenden en verpleegkundigen goed antwoord op uw vragen? 31. Behandelen de zorgverleners de bewoner beleefd?
	Thuiswonende cliënten 29. Hoe vaak zijn uw zorgverleners bereid met u te praten over zaken die naar uw mening niet goed zijn gegaan? 30. Hoe vaak geven uw zorgverleners goed antwoord op uw vragen? 47. Behandelen de zorgverleners u beleefd? 49. Luisteren de zorgverleners aandachtig naar u?

2.2 Ervaren informatie

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goede informatie ervaren
CQ-index lijst	Bewoners Vertegenwoordigers Thuiswonende cliënten
CQ-index vragen	Bewoners 32. Heeft u voldoende informatie gekregen over wat de zorginstelling u kan bieden? (over de mogelijkheden van het wonen, de zorg, de activiteiten, enz.) 33. Heeft u voldoende informatie gekregen over uw rechten? (bijv. uw recht om mee te beslissen over de zorg en behandelingen, en uw recht om te klagen) 34. Heeft u voldoende informatie gekregen over wat er van u wordt verwacht? (over huisregels, uw kosten/ eigen bijdragen, enz.) 35. Heeft u voldoende informatie gekregen over het beleid van de zorginstelling als het gaat om beslissingen over de zorg rond het levenseinde? 36. Heeft u voldoende informatie gekregen over de cliëntenraad? (over wat de cliëntenraad doet, hun bereikbaarheid, enz.) 37. Weet u bij wie u met uw vragen, problemen en eventuele klachten terecht kunt in het verpleeg-/ verzorgingshuis? Vertegenwoordigers van bewoners 16. Heeft u voldoende informatie gekregen over wat de zorginstelling kan bieden? (de woonsituatie, de mogelijkheden voor zorg en behandeling, de activiteiten, enz.) 17. Heeft u voldoende informatie gekregen over de rechten van de bewoner? (het recht om mee te beslissen over de zorg, recht op inzage in zorg-/behandelplan, recht om te klagen, enz.) 18. Heeft u voldoende informatie gekregen over wat er van u wordt verwacht? (bezoektijden, kosten/ bijdragen, enz.) 19. Heeft u van de zorginstelling voldoende informatie gekregen over het beleid van de zorginstelling als het gaat om beslissingen over de zorg rond het levenseinde? 20. Heeft u van de zorginstelling voldoende informatie gekregen over de cliëntenraad? (functie, werkzaamheden, bereikbaarheid, enz.) 21. Weet u bij wie u met vragen, problemen en eventuele klachten terecht kunt in de zorginstelling? Thuiswonende cliënten 18. Heeft u van de zorginstelling voldoende informatie gekregen over wat de zorginstelling voor u kan doen? (de mogelijkheden voor zorg thuis, het dienstenpakket, enz.) 19. Heeft u van de zorginstelling voldoende informatie gekregen over uw rechten? (bijv. uw recht om mee te beslissen over de zorg en uw recht om te klagen) 20. Heeft u van de zorginstelling voldoende informatie gekregen over wat er van u wordt verwacht? (het materiaal dat u in huis moet hebben, uw eigen bijdrage, enz.) 21. Heeft u van de zorginstelling voldoende informatie gekregen over de cliëntenraad? (functie, werkzaamheden, bereikbaarheid, enz.) 22. Zijn de brieven en brochures of folders van de zorginstelling voor u goed te begrijpen? 23. Weet u bij wie u met uw vragen, problemen en eventuele klachten terecht kunt bij de zorginstelling?

2.3 Ervaren telefonische bereikbaarheid (en communicatie)

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers een goede telefonische bereikbaarheid (en communicatie) ervaren
CQ-index lijst	Vertegenwoordigers Thuiswonende cliënten
CQ-index vragen	Vertegenwoordigers van bewoners <i>(telefonische bereikbaarheid en communicatie)</i> 23. Is de leidinggevende of uw contactpersoon van de zorginstelling telefonisch goed te bereiken? 24. Als er iets met de bewoner aan de hand is, wordt u dan snel op de hoogte gesteld? 27. Heeft u goed contact met de zorgverleners? Thuiswonende cliënten <i>(telefonische bereikbaarheid)</i> 31. Hoe vaak is de zorginstelling overdag (van 9 tot 17 uur) telefonisch goed te bereiken? 32. Hoe vaak is de zorginstelling buiten kantooruren ('s avonds, 's nachts, in het weekeinde) goed te bereiken? 33. Weet u hoe en wanneer uw contactpersoon bij de zorginstelling, of diens vervanger, telefonisch bereikbaar is? 34. Als u uw contactpersoon of diens vervanger niet direct telefonisch kunt bereiken en u laat een bericht achter, wordt u dan binnen één werkdag teruggebeld?

3. Lichamelijk welbevinden

3.1 Ervaringen met lichamelijke verzorging

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers een goede lichamelijke verzorging ervaren
CQ-index lijst	Bewoners Vertegenwoordigers Thuiswonende cliënten
CQ-index vragen	Bewoners 10. Gebeurt uw verzorging op de momenten waarop u dat wilt? 11. Gebeurt uw verzorging op de manier zoals u dat wilt? 17. Wordt incontinentiemateriaal tijdig verschoond?
	Vertegenwoordigers van bewoners 34. Gebeurt de verzorging op de juiste momenten en zo vaak als nodig is? 35. Gebeurt de verzorging op een manier die bij de bewoner past? 36. Ziet de bewoner er schoon en verzorgd uit? 39. Wordt incontinentiemateriaal tijdig verschoond? 40. Wordt het gebit van de bewoner goed verzorgd?
	Thuiswonende cliënten 56. Gebeurt uw persoonlijke verzorging (zoals hulp bij douchen/wassen, aankleden, haren kammen, enz.) op de momenten waarop u dat wilt? 57. Gebeurt uw verzorging op de manier zoals u dat wilt?

3.2 Ervaringen met maaltijden

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goede maaltijden ervaren
CQ-index lijst	Bewoners Vertegenwoordigers
CQ-index vragen	Bewoners 74. Zien de warme maaltijden er verzorgd uit? 75. Zijn de maaltijden lekker? 76. Hoe vaak kunt u kiezen wat u eet? 77. Kunt u kiezen wanneer u de warme maaltijd nuttigt ('s middags of 's avonds)? 78. Kunt u kiezen waar u eet (in de eetzaal/huiskamer of uw eigen kamer/appartement)?
	Vertegenwoordigers van bewoners 67. Zien de warme maaltijden er verzorgd uit? 68. Is er voldoende hulp bij het eten? 69. Is er voldoende tijd om te eten? 70. Zijn de maaltijden voldoende gespreid over de dag? (met tussenpozen van 3 uur)

4. Zorginhoudelijke veiligheid

4.1 Decubitus

Indicator	Percentage cliënten met decubitus graad 2 t/m 4 die in de organisatorische eenheid (V&V) / tijdens de zorgperiode thuis (ZT) is ontstaan
V&V / ZT	Verpleeg- & Verzorgingshuiszorg en Zorg Thuis
Teller	Het aantal cliënten met decubitus graad 2 t/m 4 (in de organisatorische eenheid / tijdens de zorgperiode thuis ontstaan) op de meetdag/ in de meetweek
Noemer	Het aantal cliënten waarbij op de meetdag/ in de meetweek is gemeten
Niet meten bij	• Cliënten die op de meetdag/ in de meetweek voor dit doel niet op decubitus onderzocht willen of kunnen worden • Cliënten waarbij in de zorgovereenkomst of in het zorg(behandel-)/leefplan in overleg met hen is vastgelegd dat wordt afgezien van systematisch onderzoek op decubitus t.b.v. het kwaliteitskader • Bij Zorg Thuis: Cliënten die niet voor de functie verpleging en/of persoonlijke verzorging zijn geïndiceerd (dus alleen meten als de cliënt voor de functie verpleging en/of persoonlijke verzorging is geïndiceerd)
Voorbeeld Registratievragen	<i>Heeft de cliënt decubitus?</i> ☐ Ja, van de volgende graad: ☐ Graad 1 ☐ Graad 2 ☐ Graad 3 ☐ Graad 4 ☐ Nee ☐ Onbekend: ☐ cliënt wenst niet op decubitus onderzocht te worden ☐ om andere reden onbekend <i>Zo ja: is de decubitus in de organisatorische eenheid / tijdens de zorgperiode thuis ontstaan?</i> ☐ Ja ☐ Nee ☐ Onbekend
Toelichting	• Het gaat om decubitus graad 2 t/m 4 zoals gedefinieerd door het CBO (http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/folder20021023121843/decubituskaart.pdf/view). Zie het instructiemateriaal op Zorgvoorbeter.nl voor dit onderscheid in de graden http://www.zorgvoorbeter.nl/goede-voorbeelden/decubitus/. • In het Toetsingskader van november 2005 wordt gesproken over risico-clieñten. Dit wordt nog steeds meegenomen. Of iemand een risicocliënt is wordt achteraf bepaald bij de correctie voor zorgzwaarte. Dit gegeven wordt gebruikt bij de risicocorrectie.

4.2 Voedingstoestand

4.2a Voedingstoestand - wegen

Indicator	Percentage cliënten met een onbedoelde en niet binnen het afgesproken behandelbeleid passende gewichtsafname van meer dan 3 kg in de laatste maand of meer dan 6 kg in de afgelopen zes maanden
V&V / ZT	Verpleeg- & Verzorgingshuiszorg
Teller	Het aantal cliënten waarbij op de meetdag/ in de meetweek sprake is van een onbedoelde en niet binnen het afgesproken behandelbeleid passende gewicht afname van meer dan 3 kg in de laatste maand of meer dan 6 kg in de afgelopen zes maanden.
Noemer	Het aantal cliënten waarbij op de meetdag/ in de meetweek is gemeten
Niet meten bij	• Cliënten die terminale zorg ontvangen • Cliënten met kanker • Cliënten die op de meetdag/ in de meetweek voor dit doel niet gewogen willen of kunnen worden • Cliënten waarbij in de zorgovereenkomst of in het zorg(behandel-)/leefplan in overleg met hen is vastgelegd dat wordt afgezien van systematisch wegen t.b.v. het kwaliteitskader • Bij V&V: Cliënten die niet voor de functie verblijf én behandeling zijn geïndiceerd (dus alleen meten als verblijf én behandeling zijn geïndiceerd)
Voorbeeld Registratievragen	<i>Is bij de cliënt sprake van een onbedoelde gewichtsafname van meer dan 3 kg in de laatste maand of meer dan 6 kg in de afgelopen 6 maanden?</i> ☐ Ja: ☐ Dit past binnen het afgesproken behandelbeleid ☐ Dit past niet binnen het afgesproken behandelbeleid ☐ Nee ☐ Onbekend: ☐ cliënt wenst niet op gewichtsverlies onderzocht te worden ☐ om andere reden onbekend
Toelichting	• Deze indicator wordt gemeten door middel van het wegen van de cliënt. • Als de cliënt aangeeft dat hij of zij niet gewogen wil worden wordt gevraagd of de mondelinge vragen over gewichtsafname (indicator 4.1b) gesteld mogen worden. • Soms is er sprake van onbedoeld gewichtsverlies dat wel past bij het behandelbeleid, bijvoorbeeld een bijwerking van bepaalde medicatie. In deze gevallen wordt de cliënt niet meegenomen in de teller.

Lees verder op pagina 38.

Vervolg van pagina 37.

Toelichting

Referenties:

- Kruizenga, H.M., J.C. Seidellb, H.C.W. de Vetc, N.J. Wierdsmaa, M.A.E. van Bokhorst-de van der Schueren, 2005. *Development and validation of a hospital screening tool for malnutrition: the short nutritional assessment questionnaire (SNAQ)*. Clinical Nutrition 2005, 24, 75-82
- Kruizenga, H.M., Maurtis W van Tulder, Jaap C Seidell, Abel Thijs, Herman J Ader and Marian AE Van Bokhorst-de van der Schueren, 2005. *Effectiveness and cost-effectiveness of early screening and treatment of malnourished patients*. The American Journal of Clinical Nutrition, 2005, 82, 1082-9
- http://www.snellerbeter.nl/fileadmin/snellerbeter/documenten/Indicatoren/Basisset_Prestatie-indicatoren_2007.pdf
- Elia, M., L Zellipour, RJ Strattton. 2005. *To Screen or not to screen for adult malnutrition?* Clinical Nutrition, 2005, 24, 867-884
<http://www.snellerbeter.nl/programmasb1/ondervoeding/>
Project 'Vroege herkenning en behandeling van ondervoeding in Nederlandse ziekenhuizen'

4.2b Voedingstoestand - navraag

Indicator	Percentage cliënten met een onbedoelde gewichtsafname van meer dan 3 kg in de laatste maand of meer dan 6 kg in de afgelopen zes maanden
V&V / ZT	Verpleeg- & Verzorgingshuiszorg en Zorg Thuis
Teller	Het aantal cliënten waarbij op de meetdag/ in de meetweek sprake is van een onbedoelde gewichtsafname van meer dan 3 kg in de laatste maand of meer dan 6 kg in de afgelopen zes maanden.
Noemer	Het aantal cliënten waarbij op de meetdag/ in de meetweek is gemeten
Niet meten bij	• Cliënten die terminale zorg ontvangen en cliënten met kanker • Cliënten waarbij de onbedoelde gewichtsafname al is gemeten door middel van wegen (indicator 4.1a) • Cliënten die op de meetdag/ in de meetweek voor dit doel niet bevraagd willen of kunnen worden • Cliënten waarbij in de zorgovereenkomst of in het zorg(behandel-)/leefplan in overleg met hen is vastgelegd dat wordt afgezien van systematisch onderzoek op het gebied van gewichtsafname t.b.v. het kwaliteitskader
Voorbeeld Registratievragen	<i>Bent u onbedoeld afgevallen?</i> ☐ Ja: ☐ Meer dan 6 kilo in de afgelopen zes maanden of meer dan 3 kilo in de afgelopen maand ----> 1 punt ☐ Minder dan bovengenoemd ☐ Nee ☐ Onbekend: ☐ cliënt wenst niet op gewichtsverlies onderzocht te worden ☐ om andere reden onbekend <i>Had u afgelopen maand een verminderde eetlust?</i> ☐ Ja ----> 1 punt ☐ Nee ☐ Onbekend: ☐ cliënt wenst niet op gewichtsverlies onderzocht te worden ☐ om andere reden onbekend <i>Gebruikte u de afgelopen maand drinkvoeding of sondevoeding?</i> ☐ Ja ----> 1 punt ☐ Nee ☐ Onbekend: ☐ cliënt wenst niet op gewichtsverlies onderzocht te worden ☐ om andere reden onbekend <i>Score van de cliënt: 0 / 1 / 2 / 3</i>

Lees verder op pagina 40.

Vervolg van pagina 39.

Toelichting	• Deze indicator wordt gemeten door middel van navraag bij de cliënt. • De vragen vormen samen de SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionnaire). • Referenties: zie indicator 4.2a
Opmerkingen	Ter overweging teller: het aantal cliënten met een score van 2 of meer op de gekozen voedingstoestandsschaal; noemer: het aantal cliënten waarbij op de meetdag/ in de meetweek is gemeten

4.3 Valincidenten

Indicator	Percentage cliënten dat de afgelopen 30 dagen te maken had met een valincident
V&V / ZT	Verpleeg- & Verzorgingshuiszorg en Zorg Thuis
Teller	Het aantal cliënten dat de afgelopen 30 dagen te maken had met een valincident
Noemer	Het aantal cliënten waarbij op de meetdag/ in de meetweek is gemeten
Niet meten bij	Niet van toepassing
Voorbeeld Registratievragen	<i>Had de cliënt de afgelopen 30 dagen te maken met een valincident?</i> ☐ Ja ☐ Nee ☐ Onbekend
Toelichting	- Bij het beantwoorden van deze vraag worden bij voorkeur diverse bronnen tegelijk gebruikt: het cliëntendossier, het geheugen van de verzorgende en de cliënt en de MIC registratie. - Onder een val wordt verstaan: het uit verticale of horizontale positie plotseling en onvrijwillig op de grond terechtkomen. Of iets een val is of niet, wordt dus niet bepaald door het feit of er wel of geen letsel is opgetreden. Ook door de cliënt zelf gemelde valincidenten moeten worden meegenomen. - Achtergronden: zie http://www.zorgverbeter.nl/goede-voorbeelden/valpreventie/

4.4 Medicijnincidenten

Indicator	Percentage cliënten dat de afgelopen 30 dagen te maken had met een medicijnincident
V&V / ZT	Verpleeg & Verzorgingshuiszorg
Teller	Het aantal cliënten dat de afgelopen 30 dagen te maken had met een medicijnincident
Noemer	Het aantal cliënten waarbij op de meetdag/ in de meetweek is gemeten
Niet meten bij	Cliënten die de medicatie in eigen beheer hebben
Voorbeeld Registratievragen	<i>Had de cliënt de afgelopen 30 dagen te maken met een medicijnincident?</i> ☐ Ja: ☐ Medicijn niet gegeven ☐ Verkeerde dosering gegeven ☐ Medicijn op verkeerd tijdstip gegeven ☐ Cliënt heeft medicijn niet ingenomen ☐ Verkeerd medicijn gegeven ☐ Overig ☐ Nee ☐ Onbekend: ☐ Cliënt heeft medicatie in eigen beheer ☐ Om een andere reden onbekend
Toelichting	• Bij het beantwoorden van deze vraag worden bij voorkeur diverse bronnen tegelijk gebruikt: het cliëntendossier, het geheugen van de verzorgende en de cliënt en de MIC registratie. • Onder medicijnincidenten wordt verstaan één of meer van de situaties genoemd bij de registratievraag. • Achtergronden: - http://www.zorgvoorbeter.nl/goede-voorbeelden/medicatieveiligheid/ - Richtlijn Medicatieveiligheid ActiZ

4.5 Psychofarmaca

Indicator	a) Percentage cliënten dat de afgelopen zeven dagen één dag of vaker antipsychotica, anxiolytica of hypnotica gebruikte b) Percentage cliënten dat de afgelopen zeven dagen één dag of vaker antidepressiva gebruikte
V&V / ZT	Verpleeg & Verzorgingshuiszorg
Teller	a) Het aantal cliënten dat de afgelopen zeven dagen één dag of vaker antipsychotica, anxiolytica of hypnotica gebruikte b) Het aantal cliënten dat de afgelopen zeven dagen één dag of vaker antidepressiva gebruikte
Noemer	Het aantal cliënten waarbij op de meetdag/ in de meetweek is gemeten
Niet meten bij	Cliënten die de medicatie in eigen beheer hebben
Voorbeeld Registratievragen	<i>Hoeveel dagen in de afgelopen week zijn door de cliënt de volgende medicijnen ontvangen?</i> Wijze van scoren: vul 0 in bij geen; vul het aantal werkzame dagen in als medicijnen langer dan één dag werken (met een maximum van zeven dagen) ☐ Antipsychotica ... dagen ☐ Anxiolytica ... dagen ☐ Hypnotica ... dagen ☐ Antidepressiva ... dagen ☐ Onbekend: ☐ Cliënt heeft medicatie in eigen beheer ☐ Om een andere reden onbekend
Toelichting	- Het gebruik van antidepressiva zal worden gezien in relatie tot de prevalentie van depressie onder cliënten. - Indien degenen die de meting uitvoeren niet voldoende op de hoogte zijn van de stofnamen van medicijnen, verdient het aanbeveling om met de apotheek afspraken te maken over het aanleveren van lijstjes met merknamen en stofnamen. - Achtergonden: http://www.zorgvoorbeter.nl/goede-voorbeelden/medicatieveiligheid/ - Minimum Data Set Resident Assessment Instrument (RAI), versie intramuraal en extramuraal
Opmerkingen	In de toekomst moeten teller en noemer bij indicator b) worden: teller: aantal cliënten dat antidepressiva gebruikte; noemer: aantal cliënten dat drie of meer punten scoorde op de depressieschaal (indicator 7.2)

4.6 Vaccinatiegraad

4.6a Vaccinatiegraad - cliënten

4.6b Vaccinatiegraad - medewerkers

Indicator	a) Percentage cliënten en b) percentage medewerkers dat het afgelopen jaar tussen de tweede week van september en de tweede week van november gevaccineerd is tegen influenza
V&V / ZT	Verpleeg & Verzorgingshuiszorg
Teller	a) Het aantal cliënten dat het afgelopen jaar tussen de tweede week van september en de tweede week van november gevaccineerd is tegen influenza b) Het aantal medewerkers dat het afgelopen jaar tussen de tweede week van september en de tweede week van november gevaccineerd is tegen influenza
Noemer	a) Het aantal cliënten waarbij op de meetdag/ in de meetweek werd gemeten b) Het aantal medewerkers dat aan het einde van de eerste week van november in dienst was.
Niet meten bij	Niet van toepassing
Voorbeeld Registratievragen	a) <i>Is de cliënt het afgelopen jaar tussen de tweede week van september en de tweede week van november gevaccineerd tegen influenza?</i> ☐ Ja ☐ Nee: ☐ Cliënt wilde dit niet ☐ Om andere reden ☐ Onbekend b) <i>Hoeveel medewerkers had de organisatorische eenheid in de periode tussen de tweede week van september en de tweede week van november in (vaste of tijdelijke) dienst?</i> <i>Hoeveel medewerkers zijn tussen de tweede week van september en de tweede week van november gevaccineerd tegen influenza?</i>
Toelichting	- Voor de definitie van influenza: zie de richtlijn influenzapreventie van de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen - Zie ook RIVM, 2002, http://www.rivm.nl

4.7 Incontinentie

4.7a Incontinentie - prevalentie

Indicator	Percentage cliënten dat een paar keer per week of elke dag incontinent is van urine
V&V / ZT	Verpleeg- & Verzorgingshuiszorg en Zorg Thuis
Teller	Het aantal cliënten dat een paar keer per week of elke dag incontinent is van urine (inclusief cliënten met een katheter)
Noemer	Het aantal cliënten waarbij op de meetdag/ in de meetweek is gemeten
Niet meten bij	• Cliënten die op de meetdag/ in de meetweek voor dit doel niet op urine-incontinentie onderzocht willen of kunnen worden • Cliënten waarbij in de zorgovereenkomst of in het zorg(behandel-)/leefplan in overleg met hen is vastgelegd dat wordt afgezien van systematisch onderzoek op urine-incontinentie t.b.v. het kwaliteitskader • Bij Zorg Thuis: Cliënten die niet voor de functie verpleging en/of persoonlijke verzorging zijn geïndiceerd (dus alleen meten als de cliënt voor de functie verpleging en/of persoonlijke verzorging is geïndiceerd)
Voorbeeld Registratievragen	<i>Hoe vaak is de cliënt incontinent van urine?</i> ☐ Cliënt heeft een katheter ☐ Nooit ☐ Drie of vier maal per maand ☐ Een paar keer per week ☐ Elke dag ☐ Onbekend: ☐ cliënt wenst niet op incontinentie onderzocht te worden ☐ om andere reden onbekend
Toelichting	• Onder urine-incontinentie wordt verstaan: iedere vorm van onvrijwillig urineverlies. Urine-retentie is dus geen incontinentie. • Indien een cliënt een katheter heeft, moet dit bij de registratievraag worden aangegeven. Deze cliënten worden voor deze indicator wel beschouwd als incontinent, en tellen dus mee in de teller. • Deze indicator sluit aan bij de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) Universiteit Maastricht

4.7b Incontinentie - diagnose

Indicator	Percentage cliënten met incontinentie op de meetdag/ in de meetweek waarbij een arts of incontinentieverpleegkundige betrokken was bij de diagnose
V&V / ZT	Verpleeg- & Verzorgingshuiszorg en Zorg Thuis
Teller	Het aantal cliënten met incontinentie op de meetdag/ in de meetweek waarbij een arts of incontinentieverpleegkundige betrokken was bij de diagnose
Noemer	Het aantal cliënten met incontinentie op de meetdag/ in de meetweek (zie 4.7a)
Niet meten bij	• Cliënten die niet (een paar keer per week of elke dag) incontinent zijn (dus alleen meten als de cliënt incontinent is, zie 4.7a) • Cliënten die op de meetdag/ in de meetweek voor dit doel niet op urine-incontinentie onderzocht willen of kunnen worden • Cliënten waarbij in de zorgovereenkomst of in het zorg(behandel-)/leefplan in overleg met hen is vastgelegd dat wordt afgezien van systematisch onderzoek op urine-incontinentie t.b.v. het kwaliteitskader • Bij Zorg Thuis: Cliënten die niet voor de functie verpleging en/of persoonlijke verzorging zijn geïndiceerd (dus alleen meten als de cliënt voor de functie verpleging en/of persoonlijke verzorging is geïndiceerd)
Voorbeeld Registratievragen	<i>Door wie is de diagnose incontinentie gesteld?</i> ☐ Huisarts ☐ Verpleeghuisarts ☐ Uroloog ☐ Incontinentieverpleegkundige ☐ Diagnose niet gesteld ☐ Onbekend
Toelichting	• Onder urine-incontinentie wordt verstaan: iedere vorm van onvrijwillig urineverlies. Urine-retentie is dus geen incontinentie. • Cliënten met een katheter worden voor deze indicator beschouwd als incontinent. • Deze indicator sluit aan bij de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) Universiteit Maastricht

4.8 Verblijfskatheter

Indicator	Percentage cliënten met een verblijfskatheter die langer dan 14 dagen geleden werd ingebracht
V&V / ZT	Verpleeg- & Verzorgingshuiszorg en Zorg Thuis
Teller	Het aantal cliënten dat op de meetdag/ in de meetweek een verblijfskatheter heeft die langer dan 14 dagen geleden werd ingebracht
Noemer	Het aantal cliënten waarbij op de meetdag/ in de meetweek is gemeten
Niet meten bij	Bij Zorg Thuis: Cliënten die niet voor de functie verpleging en/of persoonlijke verzorging zijn geïndiceerd (dus alleen meten als de cliënt voor de functie verpleging en/of persoonlijke verzorging is geïndiceerd)
Voorbeeld Registratievragen	<i>Heeft de cliënt een verblijfskatheter?</i> ☐ Ja: ☐ De katheter is wel in de organisatorische eenheid ingebracht ☐ De katheter is niet in de organisatorische eenheid ingebracht ☐ De katheter is langer dan 14 dagen geleden ingebracht ☐ De katheter is 14 dagen of korter geleden ingebracht ☐ Nee
Toelichting	- Bij de registratievraag moet ook worden aangegeven of de katheter in de organisatorische eenheid is aangebracht. Dit geeft de mogelijkheid om de cliënten waarbij het katheter al aanwezig was toen de cliënt in zorg kwam buiten beschouwing te laten. - Deze indicator sluit aan bij de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) Universiteit Maastricht

4.9 Probleemgedrag

Indicator	Percentage cliënten dat in de afgelopen zeven dagen probleemgedrag vertoonde tegenover medewerkers en/of andere cliënten
V&V / ZT	Verpleeg- & Verzorgingshuiszorg
Teller	Het aantal cliënten dat op de meetdag/ in de meetweek in de laatste zeven dagen één of meer van de genoemde symptomen van probleemgedrag vertoonde tegenover medewerkers en/of andere cliënten
Noemer	Het aantal cliënten waarbij op de meetdag/ in de meetweek is gemeten
Niet meten bij	• Cliënten die op de meetdag/ in de meetweek voor dit doel niet op probleemgedrag onderzocht willen of kunnen worden • Cliënten waarbij in de zorgovereenkomst of in het zorg(behandel-)/leefplan in overleg met hen is vastgelegd dat wordt afgezien van systematisch onderzoek op probleemgedrag t.b.v. het kwaliteitskader
Voorbeeld Registratievragen	<i>Vertoonde de cliënt in de afgelopen zeven dagen deze gedragssymptomen?</i> ☐ Ja, en wel de volgende: ☐ Verbaal probleemgedrag, omschrijving: cliënt bedreigt, schreeuwt naar of vloekt op anderen ☐ Fysiek probleemgedrag, omschrijving: cliënt slaat, duwt, krabt of intimideert (seksueel) anderen ☐ Sociaal onacceptabel of storend gedrag, omschrijving: cliënt maakt storende geluiden, is luidruchtig, schreeuwt, mishandelt zichzelf, vertoont seksueel of exhibitionistisch gedrag, smeert of gooit met voedsel of faeces, hamstert of snuffelt door andermans eigendommen ☐ Weigeren van zorg, omschrijving: cliënt weigert het innemen van medicijnen of injecties, hulp bij dagelijkse activiteiten of eten ☐ Nee ☐ Onbekend: ☐ cliënt wenst niet op probleemgedrag onderzocht te worden ☐ om andere reden onbekend
Toelichting	Deze indicator sluit aan bij de Minimum Data Set Resident Assessment Instrument (RAI), versie intramuraal en extramuraal

4.10 Fixatie

Indicator	Percentage cliënten waarbij in de afgelopen zeven dagen fixatie is toegepast
V&V / ZT	Verpleeg- & Verzorgingshuiszorg
Teller	Het aantal cliënten waarbij op de meetdag/ in de meetweek in de laatste zeven dagen fixatie is toegepast met een onrustband (bijvoorbeeld Zweedse band), een diepe stoel of een tafelblad
Noemer	Het aantal cliënten waarbij op de meetdag/ in de meetweek is gemeten
Niet meten bij	-
Voorbeeld Registratievragen	<i>Is bij de cliënt in de afgelopen zeven dagen fixatie toegepast met een onrustband (zoals een Zweedse band), een diepe stoel of een tafelblad?</i> ☐ Ja ☐ Nee ☐ Onbekend
Toelichting	Deze indicator sluit aan bij de IGZ Formulieren 2003-2006

4.11 Beleid vrijheidsbeperkende maatregelen

Indicator	De organisatorische eenheid kan aantonen dat zij een aantoonbaar beleid heeft op het voorkomen van vrijheidsbeperkende maatregelen
V&V / ZT	Zorg Thuis
Voorbeeld Registratievragen	<i>Kunt u aantonen dat u een beleid heeft op het voorkómen van vrijheidsbeperkende maatregelen?</i> ☐ Ja ☐ Nee
Toelichting	• Het is de bedoeling dat de organisatorische eenheid dit kan aantonen vanuit een eigen registratie • Deze indicator sluit aan bij de IGZ Formulieren 2003-2006a

4.12 Ervaren professionaliteit en veiligheid zorgverlening

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers een goede professionaliteit (en veiligheid) in de zorgverlening ervaren
CQ-index lijst	Bewoners Vertegenwoordigers Thuiswonende cliënten
CQ-index vragen	Bewoners 18 Werken de verzorgenden en verpleegkundigen vakkundig? 19 Worden verpleegkundige handelingen goed verricht? (bijv. injecteren, wonden/stoma verzorgen) 20. Stemmen de verschillende zorgverleners uw verzorging en behandeling goed op elkaar af? 22. Zijn uw zorgverleners goed op de hoogte van uw ziekte(n) of gezondheidsproblemen? 23. Houden de verzorgenden en verpleegkundigen rekening met wat u zelf wel en niet kunt? 24. Worden uw gezondheidsklachten serieus genomen door de zorgverleners? (door de verzorgenden, verpleegkundigen, arts, fysiotherapeut, enz.) 26. Krijgt u goede informatie over medicijnen als u een middel krijgt dat u nog niet eerder heeft gebruikt? (over de naam, werking en eventuele bijwerkingen) 28. Komt het verpleeg-/verzorgingshuis de afspraken over uw verzorging en behandeling goed na? Vertegenwoordigers van bewoners 12. Komt de zorginstelling de afspraken over de verzorging en behandeling van de bewoner goed na? 42. Werken de verzorgenden en verpleegkundigen vakkundig? 43. Worden verpleegkundige handelingen goed verricht? (bijv. injecteren, wonden/stoma verzorgen) 44. Stemmen de verschillende zorgverleners (de verzorgenden, verpleegkundigen, arts, fysiotherapeut, enz.) de zorg voor de bewoner goed op elkaar af? 46. Kunnen de verzorgenden en verpleegkundigen goed omgaan met de bewoners? 47. Zijn de zorgverleners (verzorgenden, verpleegkundigen, arts, fysiotherapeut, enz.) goed op de hoogte van de ziekte(n) of gezondheidsproblemen van de bewoner? 48. Houden de verzorgenden en verpleegkundigen voldoende rekening met wat de bewoner zelf wel en niet kan? 49. Worden de gezondheidsklachten van de bewoner serieus genomen door de zorgverleners (verzorgenden, verpleegkundigen, arts, fysiotherapeut enz.)? 51. Krijgt u goede informatie over medicijnen (de naam, werking, eventuele bijwerkingen) als de bewoner een middel krijgt dat hij/zij nog niet eerder heeft gebruikt?

Lees verder op pag. 52.

Vervolg van pagina 51.

CQ-index vragen	Thuiswonende cliënten 12. Komt de zorginstelling de afspraken over de zorg goed na? 37. Stemmen de verschillende zorgverleners uw thuiszorg goed op elkaar af? 41. Werken de zorgverleners vakkundig? 42. Gaan de zorgverleners zelfstandig te werk? (weten ze wat er gedaan moet worden) 43. Maken de zorgverleners goed schoon? 44. Kunnen de zorgverleners verpleegkundige handelingen goed verrichten? (bijvoorbeeld injecteren, wonden/stoma verzorgen) 45. Zijn de zorgverleners goed op de hoogte van uw ziekte(n) of gezondheidsproblemen? 50. Werken de zorgverleners op uw manier? (zoals u graag wilt dat dingen worden gedaan) 58. Houden uw zorgverleners voldoende rekening met wat u zelf wel en niet kunt? 59. Letten of wijzen uw zorgverleners op veranderingen in uw gezondheid? 60. Letten of wijzen uw zorgverleners op een juist medicijngebruik? (dat u voorgeschreven medicijnen op de juiste tijd en manier inneemt) 61. Worden uw gezondheidsklachten serieus genomen door de zorgverleners?
------------------------	---

4.13 Ervaren respectering rechten vrijheidsbeperkingen

Indicator	De mate waarin vertegenwoordigers een goede respectering van de rechten met betrekking tot vrijheidsbeperkingen ervaren
CQ-index lijst	Vertegenwoordigers
CQ-index vragen	Vertegenwoordigers van bewoners 52. Is met u besproken wat de rechten van de bewoner zijn met betrekking tot het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen (zoals een onrustband, bedhekje, tafelblad, of verdiepte stoel)? 53. Wordt voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen (zoals een onrustband, bedhekje, tafelblad, of verdiepte stoel) uw toestemming gevraagd?

5. Woon- en leefomstandigheden

5.1 Ervaren wooncomfort

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goed wooncomfort ervaren
CQ-index lijst	Bewoners Vertegenwoordigers
CQ-index vragen	Bewoners 51. Is de temperatuur in uw woonruimte aangenaam? 52. Wordt uw woonruimte (uw woon-/ slaapkamer, toilet en douche/ badkamer) goed schoongehouden?
	Vertegenwoordigers van bewoners 54. Is de temperatuur in de woonruimte aangenaam? 55. Wordt de woonruimte (woon-/ slaapkamer, toilet en douche/badkamer) goed schoongehouden?

5.2 Ervaren sfeer

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goede sfeer ervaren
CQ-index lijst	Bewoners Vertegenwoordigers
CQ-index vragen	Bewoners 53. Zijn de algemene ruimten zoals huiskamer, gang en hal, aangenaam om in te verblijven? (comfortabel, schoon, prettige geur) 54. Gaan de bewoners prettig met elkaar om? 72. Biedt het huis voldoende mogelijkheden voor contact met anderen (medebewoners, buurtgenoten, enz.)? 79. Is de sfeer tijdens de maaltijden goed? Vertegenwoordigers van bewoners 56. Zijn de algemene ruimten, zoals huiskamer, gang en hal, aangenaam om in te verblijven? (comfortabel, schoon, prettige geur) 58. Gaan de bewoners prettig met elkaar om? 65. Biedt het huis voldoende gezelligheid en mogelijkheden voor contact met anderen?

5.3 Ervaren privacy (en woonruimte)

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goede privacy (en woonruimte) ervaren
CQ-index lijst	Bewoners Vertegenwoordigers Thuiswonende cliënten
CQ-index vragen	Bewoners <i>(privacy en woonruimte)</i> 15. Heeft u voldoende privacy tijdens de toiletgang? 56. Heeft u voldoende woonruimte? 57. Kunt u zelf bepalen hoe uw kamer of woonruimte is ingericht? (met eigen spullen, enz.) (NB: deze vraag geldt ook bij gedeelde woonruimte) 58. Kunt u zich met bezoek op een rustige plek terugtrekken? 59. Heeft u voldoende gelegenheid om alleen te zijn? 60. Laten de verzorgenden en medewerkers u met rust als u dat wilt? Vertegenwoordigers van bewoners <i>(privacy en woonruimte)</i> 59. Heeft de bewoner voldoende woonruimte? 60. Kan de bewoner zich met bezoek op een rustige plek terugtrekken? 61. Geeft de zorginstelling de bewoner de mogelijkheid om zelf te bepalen hoe de eigen kamer of woonruimte is ingericht? (met eigen spullen, enz.) Thuiswonende cliënten <i>(privacy)</i> 68. Is thuiszorg, door de zorgverleners die bij u over de vloer komen, een inbreuk op uw dagelijks leven (uw privacy, dagritme en activiteiten)?

6. Participatie en sociale redzaamheid

6.1 Ervaringen met dagbesteding en participatie

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goede mogelijkheden voor dagbesteding en participatie aan de samenleving ervaren
CQ-index lijst	Bewoners Vertegenwoordigers Thuiswonende cliënten
CQ-index vragen	Bewoners 68. Heeft u voldoende mogelijkheden voor activiteiten en dagelijkse bezigheden? 69. Wordt u goed op de hoogte gehouden van de activiteiten in huis? 70. Worden er genoeg activiteiten door het huis georganiseerd? 71. Bevallen de activiteiten die georganiseerd worden u? 73. Is er hulp van verzorgenden, vrijwilligers of naasten als u ergens naar toe wilt? (naar buiten, bezoek aan anderen, uitstapjes, activiteiten, enz.) Vertegenwoordigers van bewoners 62. Heeft de bewoner voldoende mogelijkheden voor activiteiten en dagelijkse bezigheden? 63. Worden er genoeg activiteiten door het huis georganiseerd? 64. Sluiten de georganiseerde activiteiten aan op wat de bewoner leuk vindt? 66. Is er hulp voor de bewoner om naar buiten te gaan of uitstapjes te maken? (hulp van zorgverleners, vrijwilligers en naasten) Thuiswonende cliënten 77. Is er hulp van zorgverleners, vrijwilligers of naasten als u ergens naar toe wilt? (naar buiten, bezoek aan anderen, uitstapjes, activiteiten, enz.) 78. Biedt uw zorgverlener voldoende ondersteuning bij het vinden van mogelijkheden voor dagbesteding, sociale contacten en activiteiten? 79. Biedt uw zorgverlener voldoende praktische ondersteuning bij regelzaken? (telefoneren, formulieren invullen, regelen van hulp(middelen) of financiële zaken, enz.)

6.2 Ervaren zelfstandigheid / autonomie

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goede zelfstandigheid / autonomie ervaren
CQ-index lijst	Bewoners Vertegenwoordigers Thuiswonende cliënten
CQ-index vragen	Bewoners 12. Kunt u opstaan en naar bed gaan wanneer u dat wilt? 61. Kunt u zelf bepalen hoe uw dag eruit ziet? 62. Kunt u komen waar u wilt in het verpleeg-/ verzorgingshuis? 63. Kunt u komen waar u wilt buitenshuis?
	Vertegenwoordigers van bewoners 37. Kan de bewoner opstaan en naar bed gaan op tijden die bij hem/haar passen?
	Thuiswonende cliënten 69. Kunt u zich met thuiszorg goed redden in het dagelijks leven? 70. Kunt u zelf bepalen hoe uw dag eruit ziet? 71. Kunt u opstaan en naar bed gaan wanneer u dat wilt? 72. Schikken de tijdstippen en dagen waarop u thuiszorg krijgt? 74. Kunt u de dingen doen die u belangrijk vindt? 75. Kunt u komen waar u wilt in huis? 76. Kunt u komen waar u wilt buitenshuis?

7. Mentaal welbevinden

7.1 Ervaringen op het gebied van mentaal welbevinden

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goede mentale ondersteuning ervaren
CQ-index lijst	Bewoners Vertegenwoordigers Thuiswonende cliënten
CQ-index vragen	Bewoners 47. Hebben de verzorgenden en verpleegkundigen voldoende aandacht voor hoe het met u gaat? 48. Hoe vaak bent u ongerust? 49. Voelt u zich eenzaam? 50. Kunt u bij een geestelijk verzorger in het huis terecht? (bijv. een dominee/pastor, humanistisch raadsman/-vrouw of maatschappelijk werker) 55. Voelt u zich hier thuis?
	Vertegenwoordigers van bewoners 33. Hebben de zorgverleners voldoende aandacht voor hoe het met de bewoner gaat?
	Thuiswonende cliënten 66. Voelt u zich thuis in uw eigen woning? 80. Hoe vaak bent u ongerust? 81. Voelt u zich eenzaam? 82. Heeft uw zorgverlener voldoende aandacht voor hoe het met u gaat? 83. Biedt uw zorgverlener voldoende emotionele ondersteuning als gesprekspartner of luisterend oor?

7.2 Depressie

Indicator	Percentage cliënten dat in de afgelopen drie dagen symptomen van depressie vertoonde	
V&V / ZT	Verpleeg- & Verzorgingshuiszorg en Zorg Thuis	
Teller	Het aantal cliënten dat op de meetdag/ in de meetweek drie of meer punten scoorde op de depressieschaal	
Noemer	Het aantal cliënten waarbij op de meetdag/ in de meetweek is gemeten	
Niet meten bij	• Cliënten die op de meetdag/ in de meetweek voor dit doel niet op depressie onderzocht willen of kunnen worden • Cliënten waarbij in de zorgovereenkomst of in het zorg(behandel-)/leefplan in overleg met hen is vastgelegd dat wordt afgezien van systematisch onderzoek op depressie t.b.v. het kwaliteitskader • Bij Zorg Thuis: Cliënten die niet voor de functie verpleging en/of persoonlijke verzorging zijn geïndiceerd (dus alleen meten als de cliënt voor de functie verpleging en/of persoonlijke verzorging is geïndiceerd)	
Voorbeeld Registratievragen	<i>Hoe vaak vertoonde de cliënt in de afgelopen drie dagen (Zorg Thuis: in de laatste drie contacten) deze verschijnselen?</i> Wijze van scoren: 0: als het verschijnsel niet werd vertoond 1: als het verschijnsel op één of twee van de laatste drie dagen (ZT: contacten) werd vertoond 2: als het verschijnsel dagelijks (ZT: elke keer) in de laatste drie dagen (ZT; drie contacten) werd vertoond	
	Verschijnsel	Score (0, 1 of 2)
	☐ Negatieve uitspraken bijvoorbeeld: uitspraken als "Het doet er allemaal niet meer toe; Was ik maar dood; Wat voor zin heeft het; Het spijt me zo lang te hebben geleefd; Laat me doodgaan"	
	☐ Voortdurend boos zijn op zichzelf of anderen, bijvoorbeeld: laat zich gemakkelijk ergeren, boos op verblijf in de voorziening of boos op de ontvangen zorg	

Lees verder op pagina. 61.

Vervolg van pagina 60.

	☐ Uitingen (ook non-verbaal) van angst die niet reëel lijken bijvoorbeeld: bang om in de steek gelaten te worden; alleen te zijn; samen met anderen te zijn; intense angst voor specifieke voorwerpen of situaties	
	☐ Aldoor klagen over gezondheid bijvoorbeeld: om de dokter blijven vragen; obsessief bezorgd zijn over lichaamsfuncties	
	☐ Herhaald angstig klagen/bezorgd zijn, niet met gezondheid samenhangend bijvoorbeeld: zoekt steeds aandacht of geruststelling over dagindeling, maaltijden, de was, kleren, omgang met anderen	
	☐ Droevige, pijnlijke gelaatsuitdrukking bijvoorbeeld diepe rimpels; steeds wenkbrauwen fronsen	
	☐ Huilen, gemakkelijk in tranen uitbarsten	
	Totaalscore:	
	<i>Is de totaalscore hoger dan drie?</i> ☐ Ja ☐ Nee ☐ Onbekend: ☐ cliënt wenst niet op depressie onderzocht te worden ☐ om andere reden onbekend	
Toelichting	Deze indicator sluit aan bij de Minimum Data Set Resident Assessment Instrument (RAI), versie intramuraal en extramuraal	

8. Veiligheid wonen/verblijf

8.1 Ervaren veiligheid woon-leefomgeving

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers een veilige woon-leefomgeving ervaren
CQ-index lijst	Bewoners Vertegenwoordigers Thuiswonende cliënten
CQ-index vragen	Bewoners 64. Voelt u zich veilig in huis? 66. Maakt u zich zorgen over diefstal? 67. Weet u wat u bij brand moet doen?
	Vertegenwoordigers van bewoners 57. Is er voldoende toezicht (personeel dat alert is op eventuele onveilige situaties) in de huiskamer, gangen, liften, enz.?
	Thuiswonende cliënten 62. Hebben uw zorgverleners voldoende aandacht voor uw veiligheid en het voorkomen van ongelukken in en om het huis? (bijvoorbeeld door te letten op losliggende matjes/kleedjes) 63. Wijzen uw zorgverleners op mogelijkheden voor woningaanpassingen of hulpmiddelen? 64. Letten of wijzen uw zorgverleners op de houdbaarheid van voedingsmiddelen? (om voedselinfecties te voorkomen) 65. Heeft de zorginstelling met u afgesproken wat u in geval van nood moet doen? (welk telefoonnummer u kunt bellen, wanneer en hoe u de alarmering gebruikt, enz.)

8.2 Ervaren betrouwbaarheid zorgverleners

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers een goede betrouwbaarheid van de zorgverleners ervaren
CQ-index lijst	Vertegenwoordigers Thuiswonende cliënten
CQ-index vragen	Vertegenwoordigers van bewoners 41. Gaan de zorgverleners zorgvuldig met de persoonlijke eigendommen van de bewoner om? (bril, sieraden, kleding, gehoorapparaat, kunstgebit, enz.) Thuiswonende cliënten 51. Houden de zorgverleners zich goed aan de afgesproken werkzaamheden (komt het werk af)? 52. Houden de zorgverleners zich stipt aan de afgesproken tijden (komen op tijd, gaan niet te vroeg weg)? 53. Gaan de zorgverleners vertrouwelijk met uw persoonlijke gegevens en privé-zaken om? 54. Gaan de zorgverleners zorgvuldig met uw spullen om (meubels, servies, kleding enz.)? 55. Kunt u de zorgverleners volledig vertrouwen? 67. Voelt u zich veilig en op uw gemak in aanwezigheid van de zorgverlener(s)?

8.3 Instructie tilliften

Indicator	De organisatorische eenheid kan aantonen dat de medewerkers die werken met tilliften hiervoor geïnstrueerd zijn
V&V / ZT	Verpleeg- & Verzorgingshuiszorg en Zorg Thuis
Voorbeeld Registratievragen	<i>Kunt u aantonen dat de medewerkers die werken met tilliften hiervoor geïnstrueerd zijn?</i> ☐ Ja: ☐ De laatste instructie vond plaats in ... (jaar, maand) ☐ Nee ☐ Niet van toepassing, er wordt door ons niet gewerkt met tilliften
Toelichting	- Het is de bedoeling dat de organisatorische eenheid schriftelijk kan aantonen dat deze instructie heeft plaatsgevonden - De reden dat de indicator zich toespitst op het gebruik van één specifiek hulpmiddel (tilliften) is dat dit exemplarisch zal zijn voor hoe een organisatorische eenheid omgaat met de instructie en veiligheid op het gebied van ander materiaal en andere hulpmiddelen
	Deze indicator sluit aan bij de IGZ Formulieren 2003-2006

9. Voldoende en bekwaam personeel

9.1 Ervaren beschikbaarheid personeel

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers voldoende beschikbaarheid van personeel (en continuïteit) ervaren
CQ-index lijst	Bewoners Vertegenwoordigers Thuiswonende cliënten
CQ-index vragen	Bewoners <i>(beschikbaarheid personeel)</i> 14. Wordt u tijdig geholpen als u naar het toilet moet? 21. Is er voldoende personeel in huis? 25. Krijgt u snel hulp bij pijn of ziekte? 42. Besteden de zorgverleners voldoende tijd aan u? 65. Reageert een medewerker binnen vijf minuten als u belt?
	Vertegenwoordigers van bewoners <i>(beschikbaarheid personeel)</i> 32. Besteden de zorgverleners voldoende tijd aan de bewoner? 38. Wordt de bewoner tijdig geholpen wanneer hij/zij naar het toilet moet? 45. Is er voldoende personeel in huis? 50. Krijgt de bewoner snel hulp bij pijn of ziekte?
	Thuiswonende cliënten <i>(beschikbaarheid personeel en continuïteit)</i> 35. Hoeveel verschillende zorgverleners komen er doorgaans in één maand bij u over de vloer? (in een normale situatie, buiten de vakantieperiode) 36. Wat vindt u van dit aantal verschillende zorgverleners dat bij u langskomt? 38. Wordt u op tijd ingelicht als een zorgverlener op een ander moment komt of uitvalt wegens ziekte of vakantie? 39. Wordt vervanging goed geregeld als een zorgverlener ziek of vrij is? 40. Zijn de vervangende zorgverleners goed op de hoogte van de uit te voeren taken en werkzaamheden? 48. Besteden de zorgverleners voldoende tijd aan u? 73. Wordt de thuiszorg gemakkelijk aangepast als u de zorg op een ander tijdstip of een andere dag wenst of nodig heeft?

9.2 Beschikbaarheid verpleegkundige

Indicator	De organisatorische eenheid kan aantonen dat voor de functie Verblijf gecombineerd met Verpleging en/of Behandeling zeven maal 24 uur een verpleegkundige bereikbaar is die binnen tien minuten ter plaatse kan zijn
V&V / ZT	Verpleeg- & Verzorgingshuiszorg
Voorbeeld Registratievragen	<i>Kunt u aantonen dat voor de functie Verblijf gecombineerd met Verpleging en/of Behandeling zeven maal 24 uur een verpleegkundige bereikbaar is die binnen tien minuten ter plaatse kan zijn?</i> ☐ Ja ☐ Nee: ☐ Maar wij hebben een kleinschalige woonvorm waar wel binnen tien minuten telefonisch contact wordt gelegd met een verpleegkundige ☐ Dit kunnen wij niet aantonen
Toelichting	• Het is de bedoeling dat de organisatorische eenheid dit kan aantonen vanuit een eigen registratie • Voor kleinschalige woonvormen en in geval van lichte zorgzwaarte geldt dat het ook acceptabel is als binnen tien minuten telefonisch contact wordt gelegd met een verpleegkundige. Deze afwijking van de regel wordt in voorkomende gevallen gemotiveerd toegelicht. • Deze indicator is het resultaat van consensus tussen de veldpartijen van de Stuurgroep Verantwoorde Zorg VV&T

9.3 Beschikbaarheid arts

Indicator	De organisatorische eenheid kan aantonen dat voor de functie Verblijf gecombineerd met Verpleging en/of Behandeling zeven maal 24 uur een arts bereikbaar en oproepbaar is; deze arts reageert binnen tien minuten en kan binnen 30 minuten ter plaatse zijn.
V&V / ZT	Verpleeg- & Verzorgingshuiszorg
Voorbeeld Registratievragen	<i>Kunt u aantonen dat voor de functie Verblijf gecombineerd met Verpleging en/of Behandeling zeven maal 24 uur een arts bereikbaar is die binnen 30 minuten ter plaatse kan zijn?</i> ☐ Ja ☐ Nee
Toelichting	• Het is de bedoeling dat de organisatorische eenheid dit kan aantonen vanuit een eigen registratie • In een verpleeghuis betreft het een verpleeghuisarts • In een verzorgingshuis betreft het een gekwalificeerde arts • Op een verpleegunit in een verzorgingshuis geldt dat de gekwalificeerde arts ondersteund wordt door een verpleeghuisarts via een achterwacht-constructie • Deze indicator is het resultaat van consensus tussen de veldpartijen van de Stuurgroep Verantwoorde Zorg VV&T

9.4 Bekwaamheid voorbehouden handelingen

Indicator	De organisatorische eenheid kan aantonen dat in het afgelopen verslagjaar door middel van een 'praktijktoets' is getoetst of de medewerkers die voorbehouden en/of risicovolle handelingen uitvoeren hierin bekwaam zijn
V&V / ZT	Verpleeg- & Verzorgingshuiszorg en Zorg Thuis
Voorbeeld Registratievragen	<i>Kunt u aantonen dat door middel van een 'praktijktoets' is getoetst of de medewerkers die voorbehouden en/of risicovolle handelingen uitvoeren hierin bekwaam zijn?</i> ☐ Ja: ☐ De laatste praktijktoets vond plaats in - (maand, jaar) ☐ Nee
Toelichting	- Voorbehouden handelingen zijn handelingen die door niet-artsen alleen in opdracht van een arts uitgevoerd mogen worden. Deze handelingen zijn in de Wet BIG beschreven (hoofdstuk IV, artikel 35 tot en met 39). Risicovolle handelingen zijn handelingen, bijvoorbeeld met technische hulpmiddelen, die specifieke deskundigheid vereisen. - Bij een 'praktijktoets' wordt de voorbehouden handeling uitgevoerd in aanwezigheid van een deskundige. Dit kan een arts zijn, een gespecialiseerde verpleegkundige of een praktijkbegeleider. De deskundige bepaalt of de handeling juist is uitgevoerd en maakt hier aantekening van. Van belang is dat u met een document (verslag, registratie, etc.) kunt aantonen dat de bekwaamheid van het betreffende personeel op een dergelijke wijze is getoetst. - Deze indicator sluit aan bij de IGZ Formulieren 2003-2006

10. Samenhang in zorg

10.1 Samenhang in zorg

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goede samenhang in zorg ervaren
CQ-index lijst	Thuiswonende cliënten
CQ-index vragen	Thuiswonende cliënten 46. Werken de zorgverleners goed samen met andere hulpverleners, zoals de huisarts, een specialist, fysiotherapeut, of diëtiste?

Bijlage 3: Overzicht Indicatoren voor Verantwoorde zorg VVT

Thema's en indicatoren	Cliëntgebonden indicatoren			Zorginhoudelijke indicatoren			
	Cliëntenraadpleging CQ-Index			Zelfmonitoring organisatie - organisatieniveau		Zelfmonitoring organisatie - cliëntniveau	
	VV	PG	ZT	VV	ZT	VV	ZT
1. Zorg(behandel-)/leefplan							
1.1. Ervaren met zorg(behandel-)/leefplan en evaluatie	VV	PG	ZT				
1.2. Ervaren inspraak en overleg	VV	PG	ZT				
2. Communicatie en informatie							
2.1. Ervaren bejegening	VV	PG	ZT				
2.2. Ervaren informatie	VV	PG	ZT				
2.3. Ervaren telefonische bereikbaarheid (en communicatie)	-	PG	ZT				
3. Lichamelijk welbevinden							
3.1. Ervaren met lichamelijke verzorging	VV	PG	ZT				
3.2. Ervaren met maaltijden	VV	PG	-				
4. Zorginhoudelijke veiligheid							
4.1. Decubitus						VV	ZT
4.2. Voedingstoestand							
4.2a Voedingstoestand - wegen						VV	-
4.2b Voedingstoestand - navraag						VV	ZT
4.3. Valincidenten						VV	ZT
4.4. Medicijnincidenten						VV	-
4.5. Psychofarmaca						VV	-
4.6. Vaccinatiegraad							
4.6a Vaccinatiegraad - cliënten						VV	-
4.6b Vaccinatiegraad - medewerkers				VV	-		
4.7. Incontinentie							
4.7a Incontinentie - prevalentie						VV	ZT
4.7b Incontinentie - diagnose						VV	ZT
4.8. Verblijfskatheter						VV	ZT
4.9. Probleemgedrag						VV	-
4.10. Fixatie						VV	-
4.11. Beleid vrijheidsbeperkende maatregelen				-	ZT		
4.12. Ervaren professionaliteit en veiligheid zorgverlening	VV	PG	ZT				
4.13. Ervaren respectering rechten vrijheidsbeperkingen	-	PG	-				

	Clïëntgebonden indicatoren
	Zorginhoudelijke indicatoren

Thema's en indicatoren	Clïëntgebonden indicatoren			Zorginhoudelijke indicatoren			
	Clïëntenraadpleging CQ-Index			zelfmonitoring organisatie - organisatieniveau		zelfmonitoring organisatie - clïëntniveau	
	VV	PG	ZT	VV	ZT	VV	ZT
5. Woon- en leefomstandigheden							
5.1. Ervaren wooncomfort	VV	PG	-				
5.2. Ervaren sfeer	VV	PG	-				
5.3. Ervaren privacy (en woonruimte)	VV	PG	ZT				
6. Participatie en sociale redzaamheid							
6.1. Ervaringen met dagbesteding en participatie	VV	PG	ZT				
6.2. Ervaren zelfstandigheid / autonomie	VV	PG	ZT				
7. Mentaal welbevinden							
7.1. Ervaringen op het gebied van mentaal welbevinden	VV	PG	ZT				
7.2. Depressie						VV	ZT
8. Veiligheid wonen/verblijf							
8.1. Ervaren veiligheid woon-leefomgeving	VV	PG	ZT				
8.2. Ervaren betrouwbaarheid zorgverleners	-	PG	ZT				
8.3. Instructie tilliften				VV	ZT		
9. Voldoende en bekwaam personeel							
9.1. Ervaren beschikbaarheid personeel	VV	PG	ZT				
9.2. Beschikbaarheid verpleegkundige				VV	-		
9.3. Beschikbaarheid arts				VV	-		
9.4. Bekwaamheid voorbehouden handelingen				VV	ZT		
10. Samenhang in zorg							
10.1. Ervaringen met ketenzorg	-	-	ZT				
Aantal indicatoren	15	18	15	5	3	13	7

VV= Verpleging en Verzorging, PG= Vertegenwoordigers van psychogeriatrische bewoners, ZT= Zorg Thuis





Zorgverzekeraars Nederland



Ministerie van
Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

