

Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg

*Een operationalisatie van het Visiedocument
Normen voor Verantwoorde zorg in een
indicatorenset en een sturingsmodel
voor de V&V*

november 2005

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
1.1	Aanleiding	5
1.2	Opdracht	6
1.3	Leeswijzer	6
2	Aanpak	7
2.1	Individuele gespreksrondes	7
2.2	Plenaire bijeenkomsten	7
2.3	Raadpleging bestaande instrumenten, literatuur en experts	7
3	Uitgangspunten bij de indicatorenset	9
3.1	Inleiding	9
3.2	Visiedocument of uitsnede	9
3.3	Zeggingskracht versus haalbaarheid en efficiëntie	9
3.4	Intern of extern	9
3.5	Proces of uitkomst	10
3.6	Indicator of norm	10
3.7	Groeimodel	12
4	De indicatoren voor verantwoorde Zorg	13
4.1	Een analyse van de Normen voor Verantwoorde Zorg	13
4.2	Indicatoren bij de kwaliteitsthema's	13
5	Het sturingsmodel: werken met de indicatoren	14
5.1	Inleiding	14
5.2	Hoe meten?	14
5.3	Ontwikkeling en doorontwikkeling meetinstrumenten	15
5.4	Inzicht in kwaliteit: informatiestromen, rollen en verantwoordelijkheden	16
5.5	Implementatie sturingsmodel: korte termijn agenda	17
5.6	Sturen op kwaliteit: slotopmerkingen	18

1 Inleiding

Voor u ligt het gezamenlijke "Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg" van Arcares, AVVV, LOC, NVVA, Sting en Z-Org. Dit toetsingskader is tot stand gekomen na een periode van intensief overleg tussen de genoemde organisaties en IGZ, VWS en ZN. Het is bedoeld als nadere operationalisatie van het visiedocument "Op weg naar Normen voor Verantwoorde Zorg", dat in juni 2005 door de genoemde partijen werd opgesteld. Het toetsingskader bevat een set indicatoren¹ en een sturingsmodel, waarmee de komende tijd inzichtelijk kan worden gemaakt in hoeverre instellingen in de Verpleging en Verzorging verantwoorde zorg leveren.

1.1 Aanleiding

Op 8 juni j.l. boden Arcares, de AVVV, de LOC, de NVVA en Sting gezamenlijk het visiedocument "Norm Verantwoorde zorg" aan de staatssecretaris, mevrouw Ross-Van Dorp aan. Met dit visiedocument ontstond een gedeeld beeld van verantwoorde zorg in de intramurale verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg. Verantwoorde zorg is "zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig, veilig een patiëntgericht verleend wordt en die is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt" (Norm Verantwoorde zorg, juni 2005, p. 4).

In het visiedocument tonen alle partijen zich bereid tot een uiterste inspanning om de doelstelling van de norm voor Verantwoorde zorg te realiseren. Om instellingen daarbij te helpen, is een zogenaamd Deltaplan opgesteld, waarin iedere partij activiteiten onderneemt naar de eigen achterban op basis van gemeenschappelijk gedragen thema's. Voor de uitvoering daarvan wordt in 2005/2006 aangesloten bij het in gang gezette programma 'Zorg voor beter', dat momenteel door ZonMw, in opdracht van VWS wordt uitgevoerd. Organisaties die op onderdelen goed presteren, worden via dit programma in staat gesteld hun ervaring en expertise over te dragen.

De genoemde beroeps-, branche- en cliëntenorganisaties stellen in het visiedocument dat de geleverde zorg straks moet "voldoen aan veld- en beroepsnormen en gewaarborgd is door een werkend kwaliteitssysteem. Daarmee wordt bedoeld dat informatie over kwaliteit systematisch wordt geregistreerd en waar nodig wordt vertaald naar structurele kwaliteitverbetering" (p. 4). Zij "achten het verder van het grootste belang dat getoetst wordt in welke mate zorgorganisaties aan de norm voor Verantwoorde zorg voldoen" (p.7). Daarom wil men inzetten op een "adequate toetsingspraktijk, gericht op het bieden van handvatten voor kwaliteitsverbetering" (p.8).

Tegelijkertijd constateren de betrokken partijen dat de normen voor een deel nog niet meetbaar zijn geformuleerd. "Als vervolg op het visiedocument vindt daarom de ontwikkeling plaats van een samenhangend toetsingskader. In dit kader moeten de normen S.M.A.R.T. (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en van een tijdslijmiet voorzien) worden geformuleerd" (p. 6).

¹ De indicatoren vormen de operationalisatie van wat in het visiedocument omschreven is als 'verantwoorde zorg'. Er is bewust gekozen voor het benoemen van indicatoren met een *relatieve* norm en niet voor minimum normen. Enige uitzondering hierop vormen enkele veiligheidsnormen. Zie voor uitleg hierover hoofdstuk 3, paragraaf 6.

1.2 Opdracht

Om een dergelijk toetsingskader te realiseren, heeft het Ministerie van VWS namens de betrokken partijen aan Plexus Medical Group het volgende gevraagd:

1. Operationaliseer de Normen voor Verantwoorde Zorg in een S.M.A.R.T. geformuleerde set prestatie-indicatoren;
2. Doe voorstellen voor de wijze waarop deze indicatoren gemeten zouden kunnen worden;
3. Doe een voorstel voor een sturingsmodel bij het toetsingskader met een duidelijke rolverdeling voor de betrokken partijen.

1.3 Leeswijzer

Het doel van dit document is tweeledig: het doet enerzijds verslag van de ontwikkeling van het toetsingskader bij het visiedocument "Normen voor Verantwoorde Zorg". Anderzijds geeft het een omschrijving van de indicatoren die deze normen operationaliseren en het sturingsmodel waarbinnen de indicatoren straks gemeten gaan worden. Daartoe bevat het de volgende onderdelen:

Tabel 1.1: Hoofdstukindeling

HOOFDSTUK	PAGINA
Inleiding	5
Aanpak	7
Uitgangspunten	9
Indicatoren	13
Sturingsmodel	14
Bijlage I: De indicatorenset	18
Bijlage II: Omschrijving en onderbouwing indicatoren	24

2 Aanpak

2.1 Individuele gespreksrondes

Met vertegenwoordigers van alle betrokken partijen is afzonderlijk gesproken over de normen voor verantwoorde zorg en de totstandkoming daarvan, mogelijke concrete invullingen van die normen en eventueel beschikbare kwaliteitscriteria, -indicatoren of meetinstrumenten. Er is gesproken met vertegenwoordigers van:

- Arcares, De Zorgbranche
- Z-Org, organisatie van zorgondernemers
- Landelijke Organisatie Cliëntenraden, LOC
- Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen, NVVA
- Sting, beroepsvereniging van verzorgenden
- AVVV, Algemene Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden
- Zorgverzekeraars Nederland, ZN
- Inspectie voor de Gezondheidszorg, IGZ

2.2 Plenaire bijeenkomsten

Op drie momenten is vergaderd met vertegenwoordigers van de genoemde organisaties en van het ministerie van VWS. De eerste vergadering stond in het teken van de uitgangspunten voor het toetsingskader en het sturingsmodel. Tijdens de tweede bijeenkomst werd de ontwerpset indicatoren bediscussieerd. In de derde en laatste bijeenkomst werd consensus bereikt over het totale toetsingskader.

2.3 Raadpleging bestaande instrumenten, literatuur en experts

Uit het visiedocument "Normen voor Verantwoorde Zorg" zijn de thema's gedestilleerd die de basis vormen voor de indicatorenset (zie 4.1). In bestaande en sets van kwaliteitscriteria, -indicatoren en meetinstrumenten (van de betrokken partijen) is gezocht naar operationalisaties van de "Normen voor Verantwoorde Zorg" (zie tabel 2.1).

Tabel 2.1 Geraadpleegde bronnen van bestaande kwaliteitscriteria en –indicatoren²:

BRON:	AUTEUR / EIGENAAR:
Verantwoorde Zorg. Verpleeghuizen en verzorgingshuizen vanuit cliëntenperspectief Onderzoek naar de kwaliteit van zorg- en dienstverlening. (Gebruikt document: Alles naar wens? 2004).	LOC Stichting Cliënt & Kwaliteit
HKZ certificatieschema V&V	HKZ
Inspectieformulier 2005 VVT	IGZ
- NVVA Richtlijn Influenza Preventie in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. - Tripartiete multidisciplinaire richtlijn Samenwerking en Logistiek rond Decubitus (SALODE)	NVVA
Prestatie indicatoren voor verpleegkundigen en verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen.	AVVV
Kijk op Kwaliteit. Een visie op de kwaliteit van de verzorging.	STING
Zicht op Eigen Leven. Meetinstrument voor de kwaliteit van Leven.	Arcares
Zorginhoudelijke Kwaliteitsindicatoren (ZIKI)	
Kwaliteit van de Thuiszorg. Cliëntenraadpleging Thuiszorg 2004.	Z-Org
Kwaliteitsindicatoren RAIView	NedRAI
Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen	Universiteit Maastricht

² Vermeld zijn de gebruikte bestaande sets van kwaliteitscriteria en –indicatoren in de VV&T. Bij de totstandkoming van het Toetsingskader (sturingsmodel + indicatorenset) is gebruik gemaakt van veel meer literatuur en achtergrondinformatie. Verwijzingen hiernaar zijn opgenomen in de Literatuurlijst.

Voor thema's die niet bestreken worden door bestaande instrumenten en ter onderbouwing van de indicatorenset is heel gericht gebruik gemaakt van literatuur en inzichten van experts.

Literatuur is hoofdzakelijk gezocht via websites van nationale en internationale instanties op het gebied van (kwaliteit van) (V&V) zorg en via PubMed.

Op advies van de betrokken partijen zijn diverse experts op dit terrein geraadpleegd³: Dr. R. Halfens, Universiteit Maastricht; Dr. J. Schols, Vivre-Groep; Prof. Dr. H.J.M. Cools, LUMC; Dr. D. Freijters, UvA/Prismant; Dr. W. Achterberg, verpleeghuis Roosendaal; Dr. T. Kool, Prismant.

³ Met de genoemde deskundigen zijn conceptversies van het toetsingskader besproken. Het staat daarom niet vast dat zij ook het document in zijn huidige vorm onderschrijven.

3 Uitgangspunten bij de indicatorenset

3.1 Inleiding

Met de betrokken partijen is een aantal uitgangspunten afgesproken met betrekking tot de ontwikkeling van het toetsingskader, aangaande de indicatoren en het sturingsmodel en over de periode na vaststelling van dit alles.

3.2 Visiedocument of uitsnede

Tijdens de individuele gespreksronde bleek er niet alleen een visiedocument met de normen voor verantwoorde zorg te bestaan, maar ook nog een 'uitsnede' daarvan. De vraag ontstond hoe de 'uitsnede' en het visiedocument zich tot elkaar verhouden en welke van die beiden het uitgangspunt moet vormen voor het toetsingskader.

Met de betrokken partijen is besloten de *indeling* van de 'uitsnede' te hanteren vanwege de eenvoud en logica ervan. Qua *inhoud* van het toetsingskader gaan wordt daarentegen uitgegaan van het meer volledige visiedocument.

3.3 Zeggingskracht versus haalbaarheid en efficiëntie

De indicatoren in het toetsingskader moeten Specifiek, Meetbaar, Aceptabel (voor alle partijen), Realistisch en Tijdgebonden (S.M.A.R.T.) geformuleerd worden. Het gaat hierbij altijd om het maken van afwegingen: technisch uitstekende indicatorensets (perfect valide en betrouwbaar) hebben vaak als nadeel dat zij in de praktijk moeilijk zijn te vullen met gegevens⁴. In de operationalisatie van de Normen voor Verantwoorde Zorg hanteren de betrokken partijen als uitgangspunt dat er sprake moet zijn van een goede mix tussen zeggingskracht enerzijds en efficiëntie en haalbaarheid van de indicatoren anderzijds.

Om de zeggingskracht te vergroten zal voor het eerst voor een aantal zorginhoudelijke indicatoren gecorrigeerd kunnen gaan worden op zorgzwaarte. Dit maakt een meer objectieve vergelijking tussen gerealiseerde prestaties mogelijk (zie ook 5.2).

3.4 Intern of extern

Bij het gebruik van indicatoren wordt vaak onderscheid gemaakt tussen *intern* gebruik (voor de interne kwaliteitsverbetering) en *extern* gebruik (voor externe verantwoording)⁵.

Uitgangspunt voor het toetsingskader is dat extern gebruik van de indicatoren prioriteit heeft. Dit betekent onder meer dat de prestaties op alle (hoofd- en sub) indicatoren, geaggregeerd op het niveau van de organisatorische eenheid, publiek inzichtelijk zullen zijn. Vanzelfsprekend wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met de behoefte van partijen om ook interne stuurinformatie te verkrijgen. Hierop wordt nader ingegaan in hoofdstuk over het sturingsmodel van de Normen voor Verantwoorde Zorg.

⁴ Powell AE, Davies HT, Thomson RG. *Using routine comparative data to assess the quality of health care: understanding and avoiding common pitfalls*. Qual Saf Health Care. 2003 Apr; 12(2): 122-8.

⁵ Solberg, L.I., G. Mosser & S. McDonald 1997. "The three faces of performance measurement: Improvement, Accountability and Research". Journal on Quality Improvement. 1997; 23 (3):135-147

3.5 Proces of uitkomst

Bij het meten van kwaliteit of prestaties wordt wel onderscheid gemaakt tussen het meten van structuuraspecten (m.b.v. structuurindicatoren), procesaspecten (m.b.v. procesindicatoren) of uitkomsten (m.b.v. uitkomstindicatoren)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 toetsingskader 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 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.

Uitzonderingen op dit uitgangspunt zijn onwenselijke 'hoog risico gebeurtenissen' die weinig voorkomen (zogenoeten 'Sentinel Events'). Daarvan het wenselijker te meten of er maatregelen getroffen zijn ter voorkoming ervan.

3.6 Indicator of norm

Bij de operationalisatie van de Normen voor Verantwoorde Zorg stellen wij indicatoren vast die alle 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.

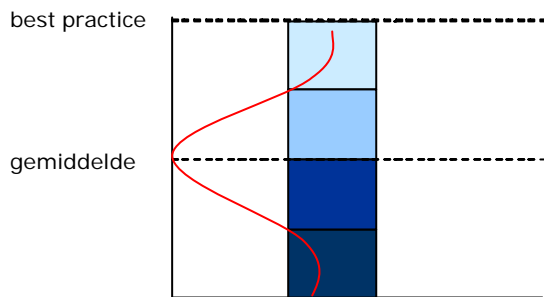
Wij stellen echter nadrukkelijk voor om geen minimum of bodem normen te formuleren. Hieraan is namelijk een aantal grote nadelen verbonden:

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

Daarom stellen wij een toetsingskader voor met een 'relatieve norm', gekoppeld aan het aangeven van 'best practices'. De scores van zorgaanbieders (daar waar relevant gecorrigeerd voor zorgzwaarte) worden 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 streefnorm 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 het recht aan het werk van professionals.

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.

Figuur 3.1 Een relatieve norm



Van het principe van de relatieve norm wordt slechts afgeweken waar het gaat om indicatoren over de veiligheid van de zorg. Hier moeten cliënten(raden) en instellingen namelijk concrete handvatten hebben voor het bieden en borgen van veilige zorg. In dat geval kan er een absolute norm in een indicator worden opgenomen. Bijvoorbeeld: De tijd die mag verstrijken voordat er hulp komt nadat een bewoner de alarmbel heeft gebruikt, bedraagt maximaal 5 minuten.

Voor de best practices gelden twee randvoorwaarden:

- 1) de best practice moet realiseerbaar zijn binnen de reguliere financiële en personele kaders die in de Nederlandse zorg gangbaar zijn
- 2) het realiseren van de best practice moet niet ten koste gaan van het functioneren van een instelling op andere kwaliteitsaspecten

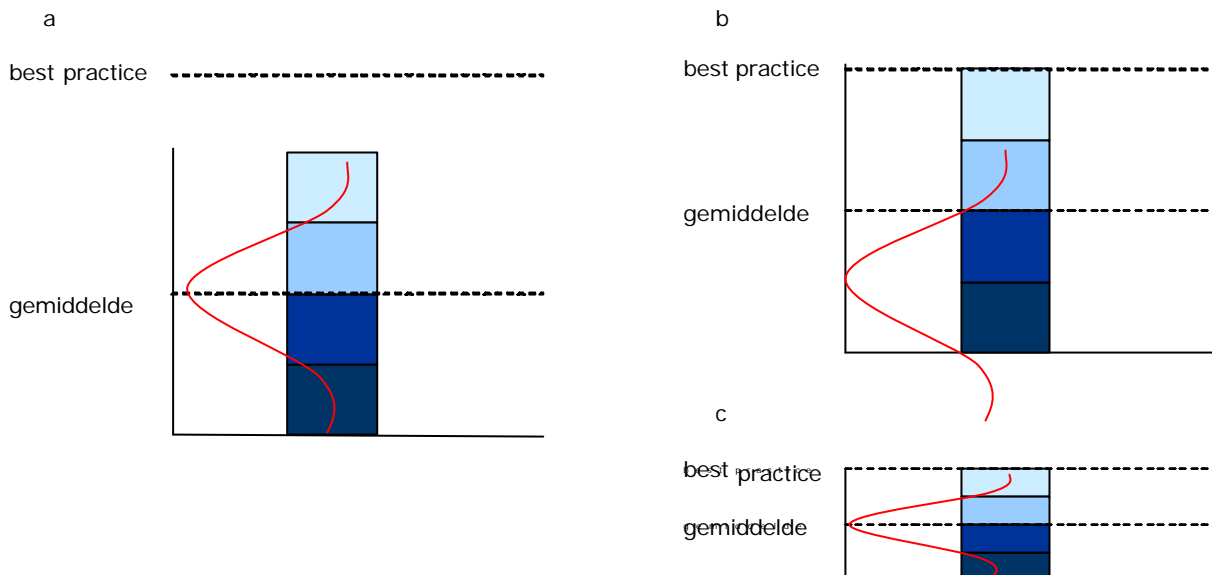
Dit betekent dat deze best practices geen vrijblijvende 'ideale situaties' beschrijven, maar op concreet haalbare werkwijzen berusten, die in principe voor elke instelling te realiseren dienen te zijn.

Hieruit volgen nog twee belangrijke overwegingen. Ten eerste is het mogelijk dat er voor een bepaalde indicator geen best practice in Nederland te vinden is, terwijl uit de literatuur dergelijke best practices wel bekend zijn (figuur 3a). In een dergelijk geval *kan* dit een signaal zijn van objectieve 'verschraling' van de zorg: het zou kunnen zijn dat met de bestaande financiële randvoorwaarden sommige kwaliteit eenvoudigweg niet geleverd *kan* worden. Dit hoeft niet zo te zijn: het kan ook zo zijn dat er andere redenen zijn waarom geen enkele instelling tot op heden deze best practice heeft gerealiseerd. Maar de discussie over eventueel bestaande verschraling kan op deze wijze in ieder geval op een meer objectieve wijze worden gevoerd.

Ten tweede is met deze werkwijze de mate van spreiding van de gerealiseerde kwaliteit relevant. Indien de in Nederland gerealiseerde kwaliteit op een indicator een grote spreiding vertoont (figuur 3b) dan is daar meer reden tot zorg dan indien in Nederland de spreiding slechts gering is, en dicht om de best practice is gegroepeerd (figuur 3c). Gegeven de verschillende aard van de kwaliteitsindicatoren is het weinig zinvol om hier *a priori* normen over af te spreken (over bijvoorbeeld maximaal acceptabele spreiding). Het zal duidelijk zijn dat steeds forse aandacht van IGZ, verzekeraars/zorgkantoren alsook cliëntenraden uit zal gaan naar die instellingen die relatief ver van het best practice niveau functioneren. Na enige tijd, als de indicatoren verder zijn ontwikkeld,

instellingen tijd hebben gehad om hun functioneren waar nodig te verbeteren, en verzekeraars/zorgkantoren en IGZ de wegen hebben gevonden tot optimale stimulering van gerealiseerde kwaliteit, kan alsnog worden bezien of het wellicht zinvol is om gezamenlijk afspraken te maken over bijvoorbeeld maximaal acceptabele spreiding.

Fig. 3a t/m 3c Spreiding van best practices in binnen- en buitenland



3.7 Groeimodel

Het zesde en laatste uitgangspunt bij het toetsingskader en de indicatorenset is dat we als partijen uitgaan 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 zorgzwaarte kunnen worden gecorrigeerd. Haalbaarheid en efficiëntie vormen zoals gezegd een belangrijk uitgangspunt naast de zeggenschap van de indicatoren. "Better done than perfect" is een goede samenvatting van dit uitgangspunt.

Een groeimodel betekent ook dat in eerste instantie wordt gewerkt aan een toetsingskader voor het intramurale deel van de V&V. Wenkend perspectief is wel om op termijn de normen te vertalen en verbreden naar een normenset plus bijbehorend toetsingskader voor extramurale zorg (bijvoorbeeld chronische zorg thuis).

Bovendien is er in het huidige toetsingskader nog geen aandacht voor specifieke categorieën patiënten, zoals revalidatie patiënten, niet-aangeboren hersenletsel, of PG. Een dergelijke focus op doelgroepen (of 'zorgproducten') is wel noodzakelijk om de normen voor verantwoorde zorg uiteindelijk nog bruikbaar te maken voor alle betrokken partijen.

Tenslotte dienen de meetinstrumenten en het sturingsmodel na implementatie 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.

4 De indicatoren voor verantwoorde Zorg

4.1 Een analyse van de Normen voor Verantwoorde Zorg

Een inhoudsanalyse van het visiedocument Normen voor Verantwoorde Zorg levert de volgende indeling in kwaliteitsthema's op:

Tabel 4.1 Thema's voor verantwoorde zorg

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. Zorg- en leefplan / behandelplan | 7. Mentaal welbevinden |
| 2. Communicatie en informatie | 8. Veiligheid tijdens verblijf (w.o. toezicht) |
| 3. Lichamelijk welbevinden | 9. Voldoende bekwaam personeel |
| 4. Zorginhoudelijke veiligheid | 10. Ketenzorg |
| 5. Woon- en leefomstandigheden | 11. Kwaliteitszorg |
| 6. Participatie en dagstructurering | |

Hierin is weer een driedeling mogelijk: thema's inzake de kwaliteit van leven (1-3; 5-7), de veiligheid van de zorg (4 en 8) en de kwaliteit van de organisatie (9-11). Deze indeling is belangrijk, omdat zij nauw samenhangt met de manier waarop gegevens gemeten (kunnen) worden (zie 5.2).

Ondanks de noodzakelijke indeling in thema's, benadrukken de betrokken partijen het belang van de samenhang van deze gebieden en vooral ook van de indicatoren. 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'.

4.2 Indicatoren bij de kwaliteitsthema's

Per thema is één of een aantal indicatoren benoemd. De indicatoren zijn grotendeels afkomstig uit bestaande instrumenten, aangevuld met evidence based indicatoren uit de literatuur (zie 2.3)⁷.

De indicatoren zelf en hun onderbouwing zijn opgenomen in Bijlage I. De indicatorenset kent een gelaagde opbouw. De eerste laag betreft de (hoofd)indicatoren op de bovengenoemde 11 gebieden, ingedeeld in structuur-, proces- en uitkomstindicatoren. Deze indicatoren worden daarna uitgewerkt en onderbouwd. In deze onderbouwing bevindt zich de tweede laag: de subthema's binnen de indicator. De derde laag wordt gevormd door de items die minimaal gemeten zouden moeten worden per indicator / subthema's.

De drie lagen zullen ook terugkomen in de publieke presentatie van de prestaties van instellingen. Er moet geen 'overkill' aan informatie ontstaan, maar belangstellenden moeten mogelijkheid hebben inzicht te verwerven in de prestaties op alle drie de genoemde lagen⁸ (zie verder hoofdstuk 5).

⁷ Vermeldenswaardig is op deze plaats het Australische "Public Sector Residential Aged Care / Quality of Care Performance Indicator Project". In juni 2004 werd in de Australische staat Victoria een indicatorenset voor de V&V-sector ontwikkeld, waarin vergelijkbare indicatoren werden benoemd als in dit toetsingskader. http://www.health.vic.gov.au/agedcare/downloads/public_sector.pdf

⁸ T.a.v. de derde laag (de individuele CAHPS-items) geldt de voorwaarde dat openbaarheid methodologisch verantwoord is (dus geen conclusies op basis van één geïsoleerde CAHPS-vraag) en niet ten onrechte schade wordt toegebracht aan individuen.

5 Het sturingsmodel: werken met de indicatoren

5.1 Inleiding

De tweede en derde opdracht c.q. onderzoeksvraag betreffen de vragen: 2) Hoe kunnen de indicatoren voor Verantwoorde Zorg worden gemeten? En 3) Wie vraagt en levert straks welke informatie aan wie? Het sturingsmodel zoals in dit hoofdstuk uiteengezet schetst welke instrumenten voor de toetsing worden ingezet, hoe deze instrumenten dienen te worden (door)ontwikkeld en onderhouden, en hoe vervolgens de informatiestromen op basis van deze instrumenten worden georganiseerd.

Dit sturingsmodel is gericht op:

- het zo optimaal mogelijk realiseren van de doelstelling van het toetsingskader; optimaal inzicht in en stimulering van de geleverde kwaliteit van zorg, waarbij alle betrokken partijen zo optimaal mogelijk hun stimulerende (en waar nodig corrigerende) rol kunnen spelen;
- het zo efficiënt (in termen van administratieve lastendruk en daarmee gepaard gaande kosten) mogelijk inrichten van de informatiestromen (geen dubbele informatievragen, enzovoort)

5.2 Hoe meten?

Het visiedocument Normen voor Verantwoorde Zorg bevat zowel uitspraken over de zorginhoudelijke kwaliteit van de zorg als de (ervaren) kwaliteit van leven van cliënten (zie 4.1). Wij stellen voor om de *zorginhoudelijke* kwaliteitsaspecten zoveel mogelijk te toetsen via het Gelaagd en Gefaseerd Toezicht (GGT) van de IGZ. Het Inspectieformulier (2005) biedt hiervoor een goed uitgangspunt en kan aangepast worden aan de Normen voor Verantwoorde Zorg.

Daarnaast kan het grootste gedeelte van de Normen 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 instellingen beperkt. Wij stellen voor om aan te sluiten bij de zorgbrede ontwikkelingen op het gebied van cliëntraadplegingen in Nederland en een instrument te ontwikkelen dat behoort tot de familie van de CAHPS (Consumer Assessment of Health Plans Survey). Het bestaande meetinstrument van Stichting Cliënt en Kwaliteit (C&K) is hiervoor een goed uitgangspunt.

Voor de gebieden decubitus, vocht- en voedselvoorziening en incontinentie (binnen thema 4: Zorginhoudelijke veiligheid) geldt dat wordt aangesloten bij de meetmethode van het onderzoek Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) van de Universiteit Maastricht. Hiertoe wordt een selectie van dit instrument in het GGT Inspectieformulier geïntegreerd. Het voordeel van prevalentiemeting is de relatief beperkte administratieve belasting en de hoge mate van betrouwbaarheid van de gegevens. Daarnaast maakt de LPZ het mogelijk te corrigeren voor zorgzwaarte, zodat recht gedaan wordt aan verschillen tussen instellingen en locaties. Met de invoering van het nieuwe

meetinstrumentarium (CAHPS en GGT) wordt deze correctie niet alleen toegepast op decubitus, voeding en incontinentie, maar worden ook de mogelijkheden bezien voor toepassing op andere indicatoren die voor correctie in aanmerking komen.

Voor enkele andere indicatoren in thema 4, wordt voorlopig de bestaande formulering en meetmethode van het IGZ formulier aangehouden, in het besef dat deze soms nog niet optimaal zijn. Ook dit is onderdeel van het groeimodel.

Op de wat langere termijn zou een instrument als RAIView van NedRAI geschikt kunnen zijn. Dit instrument is gericht op het ondersteunen van het werkproces van de professionals rondom de cliënt. Het ondersteunt het zorgproces, maar geeft bovendien veel informatie terug aan de betrokken professionals en managers over de kwaliteit en zorgzwaarte van de geleverde zorg. Externe rapportage aan bijvoorbeeld het Jaardocument Zorg is hier eenvoudig uit af te leiden. RAIView is daarmee ook een relatief ingrijpend instrument. Voor een sector-brede keuze voor RAIView is het daarom nog te vroeg.

Instellingen die met RAIView werken, alsook instellingen die werken met de Zorginhoudelijke Kwaliteitsindicatoren van de Benchmark (ZIKI), of de Zorgzwaarte meting van Arcares (ZOZ) krijgen aangereikt hoe de gegevens uit deze instrumenten met zo min mogelijk additionele inspanning 'geconverteerd' kunnen worden naar de gevraagde informatie ten behoeve van het Toetsingskader.

5.3 De ontwikkeling en doorontwikkeling van de meetinstrumenten

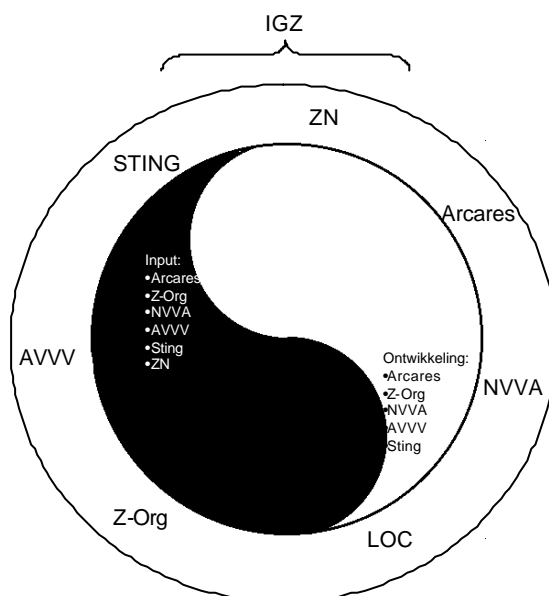
De in deze notitie voorgestelde operationalisatie in een CAHPS instrument en een bijgesteld GGT instrument, kan binnen zes maanden zijn afgerond. Aansluitend dienen deze instrumenten te worden onderhouden en waar nodig te worden verbeterd, aangepast en verfijnd. Continue aanpassing aan nieuwe inzichten uit wetenschap, aan ontwikkelingen in het veld, en aan veranderende wensen en percepties van cliënten zijn eigen aan een toetsingskader zoals hier geformuleerd.

Voor de ontwikkeling 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. Een 'norm' dient te worden geleverd door instellingen en professionals, betaald door verzekeraars en overheid, 'ervaren' door cliënten, enzovoort. Tegelijkertijd hebben bijvoorbeeld de cliëntenorganisaties bij de (ontwikkeling van) de cliëntenraadpleging natuurlijk wel een bijzondere positie. Om aan deze samenhang recht te doen stellen wij de volgende taak- en verantwoordelijkheidsverdeling voor:

- Bij de verdere ontwikkeling en verbetering van het GGT instrument zijn de professionals en instellingen 'in de lead'; alle andere partijen zien toe en leveren input.
- Bij de verdere ontwikkeling en verbetering van het CAHPS instrument zijn de cliëntenorganisaties 'in de lead'; alle andere partijen zien toe en leveren input
- Vaststelling van de hernieuwde instrumenten is steeds een gezamenlijke verantwoordelijkheid

- De IGZ heeft in dit alles een bijzondere positie. Publieke beschikbaarheid van prestatiegegevens per organisatorische eenheid (idealiter op doelgroepsniveau) 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 toetsingskader toevoegen. Bovendien kan de IGZ, indien er sprake is van een ontoereikend toetsingskader (beoordeeld vanuit de hierboven genoemde dubbele taakstelling van de IGZ), ook zelfstandig om aanvullende informatie van aanbieders verzoeken.

Figuur 5.1: rolverdeling bij de ontwikkeling van GGT en CAHPS



5.4 Inzicht in kwaliteit: informatiestromen, rollen en verantwoordelijkheden

Ook bij de daadwerkelijke verzameling en rapportage van de gegevens is het cruciaal om de rollen en verantwoordelijkheden duidelijk te omschrijven. In lijn met de in de vorige paragraaf beschreven uitgangspunten komen wij tot de volgende rol- en verantwoordelijkheidsverdeling met betrekking tot de externe informatiestromen:

- De IGZ verplicht de aanbieders jaarlijks inzicht te geven in hun prestaties op basis van het GGT en de CAHPS;
- De IGZ monitort en beoordeelt de prestaties van zorgaanbieders door het *integraal* beoordelen van zowel de uitkomsten van het GGT en de CAHPS.
- Zorgkantoren (of andere partijen) laten zich in hun contractering daar waar het gaat over geleverde kwaliteit primair door deze prestaties leiden. Weigering tot deelname aan de CAHPS, bijvoorbeeld, is een grond om niet te contracteren.

- Instellingen laten tweejaarlijks (in het geval van langdurige zorg) of jaarlijks (in het geval van bijv. revalidatie) een cliëntenraadpleging uitvoeren door een daartoe geaccrediteerde marktpartij (dit kan C&K zijn). Deze accreditatie procedure wordt gerealiseerd door de op dit moment in oprichting zijnde landelijke CAHPS organisatie.
- Instellingen presenteren hun gegevens zelf aan het publiek, bijvoorbeeld via hun website. Van belang is dat instellingen per indicator een toelichting kunnen geven.
- Instellingen leveren hun gegevens (inclusief toelichtingen) aan aan één ontvangende instantie (CIBG).
- Op grond van de contractuele relatie met het zorgkantoor informeert de instelling het betreffende zorgkantoor over de bevindingen en de verbetertrajecten welke in afstemming met de cliëntenraden zijn ingezet.
- De ontvangende partij zorgt voor verdere verspreiding van informatie naar alle andere informatievragers (bijv. www.kiesbeter.nl).
- Er wordt op dit moment een protocol ontwikkeld voor het gebruik van de gegevens ten behoeve van onderzoek en meta-analyses (voor identificatie van best practices en innovaties).
- In het contracteerbeleid van zorgverzekeraars zijn in 2006 twee hoofdlijnen ingebracht:
 - *Cliëntenmonitoring over de ervaren kwaliteit van zorg.* Deze zal – zodra beschikbaar – worden ingevuld met het hier beschreven CAHPS instrument.
 - *(Sobere) externe audit op kwaliteit van kern organisatieprocessen.* Voor zorgkantoren – conform beleid van de Staatssecretaris – vormt een dergelijke audit een onderdeel van een integraal kwaliteitssysteem.

Op grond van voorschrijdende ervaringen en evaluatie zullen de betrokken partijen medio 2006 bezien hoe deze twee onderdelen geïntegreerd kunnen worden.

5.5 Implementatie sturingsmodel: korte termijn agenda

Uitgangspunt van partijen is dat het nieuwe sturingsmodel zo spoedig mogelijk operationeel zal moeten worden. Daartoe is echter een aantal stappen nodig die tijd (en ook aanvullende middelen) kosten:

- 2006 moet worden beschouwd als een overgangsjaar;
- Er wordt gewerkt aan de nieuwe CAHPS cliëntenraadpleging en aan het nieuwe Inspectieformulier. Deze kunnen medio 2006 gereed zijn;
- Gedurende 2006 zal dus nog deels gewerkt worden met de huidige C&K cliëntenraadpleging, het bestaande GGT formulier van de IGZ en met sobere vormen van visitatie;
- Vanaf 2007 kan het nieuwe instrumentarium ten volle worden ingezet zodat het sturingsmodel operationeel wordt.
- Aan het einde van het overgangsjaar 2006 dient de werking van het complete toetsingskader te worden geëvalueerd. Hierbij staan onder andere de volgende vragen centraal: hoe valide, betrouwbaar en samenhangend zijn de indicatoren en de meetinstrumenten? Beantwoorden het CAHPS en GGT instrument in voldoende mate de informatiebehoefte van alle partijen (IGZ, Zorgkantoren, VWS, cliënten, etc.)? Kan het toetsingskader worden geïntegreerd met de externe audits? Wat betekent de nieuwe toetsingspraktijk voor de administratieve lastendruk?

5.6 Sturen op kwaliteit: slotopmerkingen

Het hier beschreven sturingsmodel realiseert een forse verruiming van de mogelijkheden van de betrokken partijen om te sturen op kwaliteit. Voor de instellingen zelf (inclusief de Raden van Toezicht) en de daar werkzame professionals geeft jaarlijks beschikbare kwaliteitsinformatie op de domeinen van de Normen voor Verantwoorde Zorg veel stuurinformatie. Omdat de prestaties publiek zijn, is vergelijking met prestaties van andere instellingen én met de best practices mogelijk, hetgeen zeer stimulerend werkt. Cliëntenraden en cliëntenorganisaties krijgen veel meer dan voorheen vergelijkbare informatie over hun instellingen, waarmee toetsing en stimulering van de geleverde kwaliteit veel beter en objectiever mogelijk wordt.

De combinatie van relatieve normen met best practices en – indien vanuit veiligheidsoverwegingen noodzakelijk – absolute normen, maakt het ook voor de IGZ en verzekeraars mogelijk om veel gedifferentieerder dan nu het geval is kwaliteit van zorg te stimuleren, belonen en bewaken.

Bijlage I. Indicatoren voor Verantwoorde Zorg

	Structuur	Proces	Uitkomst
1. ZORG- EN LEEFPLAN / BEHANDELPLAN			
Zorg- en leefplan / behandelplan		1.1 De mate waarin een organisatorische eenheid * adequaat werkt met zorg -, leef-, en behandelplannen	1.2 % cliënten bij wie zorg niet conform zorgplan wordt geboden
2. COMMUNICATIE EN INFORMATIE			
Communicatie			2.1 De mate waarin de organisatorische eenheid adequaat met cliënten en familie communiceert
Informatie			2.2 De mate waarin de organisatorische eenheid adequaat cliënten en familie informeert
Bejegening			2.3 De mate waarin cliënten een adequate bejegening door personeel ervaren.
3. LICHAAMELIJK WELBEVINDEN EN GEZONDHEID			
Schoon en verzorgd lichaam			3.1 De mate waarin cliënten zich als schoon en verzorgd ervaren
Smakelijke maaltijden, hapjes en drankjes			3.2 De mate waarin de organisatorische eenheid zorgt voor smakelijke maaltijden, hapjes en drankjes

* **NB.** In de praktijk wordt de werkwijze van de IGZ gevolgd bij het vaststellen van het juiste aggregatieniveau: "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 GGT, 2005).

4. ZORGINHOUDELIJKE VEILIGHEID			
Decubitus(preventie)			4.1 prevalentie decubitus graad 2 t/m 4 bij risicopatiënten, in de organisatorische eenheid ontstaan
Adequate verzorging inzake vocht- en voedselvoorziening			4.2 % intramuraal verblijvende cliënten waarbij sprake is van gewichtsafname van >3 kg in de laatste maand of >6 kg in de afgelopen 6 maand
Vallen (valpreventie)			4.3 % intramuraal verblijvende cliënten dat in jaar x te maken had met valincident
Verantwoord medicijngebruik		4.4 % intramuraal verblijvende cliënten dat meer dan 9 verschillende medicijnen per dag gebruikt	
Preventie en behandeling van infecties: Influenza	4.5 Vaccinatiegraad tegen Influenza a) Vaccinatiegraad bewoners (streefnorm: >90%) b) Vaccinatiegraad medewerkers (streefnorm: >50%)		
Incontinentie		4.6 % incontinentiegevallen waarbij bij de diagnose incontinentie een arts of incontinentieverpleegkundige betrokken is	4.7 prevalentie urine-incontinentie 4.8 % cliënten met een verblijfskatheter
Minimale vrijheidsbeperkende maatregelen	4.9 Mate waarin organisatorische eenheid werkt met 'zachte domotica' zoals een belmat, een lus met chips etc		4.10 De mate waarin rechten van cliënten m.b.t. vrijheidsbeperking worden gerespecteerd 4.11 % cliënten dat in jaar x verbaal of fysiek agressief of gewelddadig gedrag vertoonden

			<p>4.12 % intramuraal verblijvende psychogeriatrische cliënten waarbij in jaar x met instemming (van cliënt of vertegenwoordiger) fixatie toegepast is met onrustband, tafelblad en/of diepe stoel</p> <p>4.13 % fixaties waarbij intramuraal verblijvende psychogeriatrische patiënten lichamelijk letsel hebben opgelopen</p>
passende aandacht en adequate zorg voor individuele gezondheidsklachten en pijn			4.14 % cliënten dat aangeeft dat bij pijn en/of ziekte adequate maatregelen worden genomen
passende aandacht voor individuele beperkingen en mogelijkheden			4.15 % cliënten dat aangeeft dat organisatorische eenheid goed inspeelt op zijn/haar beperkingen of mogelijkheden
5. WOON- EN LEEFOMSTANDIGHEDEN			
Wooncomfort	5.1 De mate waarin een organisatorische eenheid comfortabele woonruimte biedt		5.2 De mate waarin cliënten zich thuis voelen
Privacy in de (woon)ruimten			5.3 De mate van privacy in de (woon)ruimten
Bewegingsvrijheid en -mogelijkheid			5.4 De mate van bewegingsvrijheid en –mogelijkheid in de (woon)ruimten
6. PARTICIPATIE EN DAGSTRUCTURERING			
Participatie			6.1 De mate waarin de

			organisatorische eenheid cliënten in staat stelt te participeren in de samenleving
Dagbesteding en –structurering			6.2 De mate waarin de organisatorische eenheid cliënten mogelijkheden biedt voor dagbesteding en -structurering
7. MENTAAL WELBEVINDEN			
Aandacht			7.1 De mate waarin de organisatorische eenheid cliënten aandacht en ondersteuning geeft aan de eigen identiteit en levensinvulling
Ondersteuning bij depressies en stemmingsstoornissen			7.2 % cliënten met minstens 2 gediagnosticeerde symptomen van depressie
8. VEILIGHEID WONEN EN VERBLIJF			
Alarmopvolging	8.1 De mate waarin een organisatorische eenheid een adequaat systeem van alarmering en alarmopvolging heeft		
Gebruik hulpmiddelen / inventaris	8.2 De organisatorische eenheid kan wel/niet aantonen periodiek onderhoud te verrichten aan tilliften		
Preventie	8.3 De mate waarin de organisatorische eenheid een adequaat systeem van brand-, inbraak-, en calamiteitenpreventie heeft		
Toezicht	8.4 De mate waarin de organisatorische eenheid een		

	adequate vorm van toezicht heeft georganiseerd		
9. VOLDOENDE EN BEKWAAM PERSONEEL			
Beschikbare capaciteit en deskundigheid	<p>9.1 Er is in de organisatorische eenheid voor cliënten met een indicatie verblijf en verpleging of behandeling wel / niet 7 x 24u een verpleegkundige binnen 10 minuten ter plaatse.</p> <p>9.3 Er is in de organisatorische eenheid voor cliënten met een indicatie verblijf en verpleging of behandeling wel / niet 7 x 24u een arts bereikbaar en oproepbaar. Deze arts reageert binnen 10 minuten en is binnen 30 minuten ter plaatse.</p> <ul style="list-style-type: none"> - In een verpleeghuis betreft dit een verpleeghuisarts - In een verzorgingshuis betreft dit een gekwalificeerde arts en - Op een verpleegunit in een verzorgingshuis geldt dat de gekwalificeerde arts ondersteund wordt door een verpleeghuisarts via een achterwachtconstructie <p>9.5 Locatie werkt wel / niet met capaciteitsplanningsinstrument waarin relatie wordt gelegd tussen</p>	<p>9.2 De mate waarin cliënten de aanwezigheid van voldoende en bekwaam personeel ervaren.</p> <p>9.4 De mate waarin het personeel bekwaam is in het uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen</p>	

	cliëntenpopulatie, hun zorgbehoeften, zorgzwaartes en de daarvoor benodigde omvang, aard, deskundigheid van personeelsformatie		
Medewerkerraadpleging	9.6 De organisatorische eenheid houdt wel/niet regelmatig een medewerkerraadpleging.		
10. KETENZORG			
Samenwerking en afstemming met ketenpartners			10.1 De mate waarin cliënten goede samenwerking en afstemming met ketenpartners ervaren
11. KWALITEITZORG			
Een in de zorgorganisatie ingebed kwaliteitssysteem	-	-	-

Bijlage II Omschrijving en onderbouwing indicatoren

1.1 De mate waarin een organisatorische eenheid adequaat werkt met zorg- en behandelplannen

<i>Waarom</i> <i>Kwaliteitsindicator</i>	De regie over het eigen leven op basis van een zorg(behandel)- / leefplan is een van de twee pijlers waarop verantwoorde zorg rust (p. 11 en 20 Visiedocument Normen voor Verantwoorde Zorg).
<i>Beschrijving</i>	Deze indicator omvat de volgende subthema's: <ul style="list-style-type: none"> • iedere cliënt heeft er een (wordt bewerkstelligd door organisatie); • het geeft invulling aan de 4 domeinen (lichamelijk welbevinden / gezondheid, woon- en leefomstandigheden, participatie, mentaal welbevinden); • geeft beeld van gezondheidssituatie, prognoses, gezondheidsrisico's en evt. professionele maatregelen • het komt in samenspraak met cliënt tot stand; • wordt cyclisch in samenspraak met cliënt / vertegenwoordiger geëvalueerd en evt. bijgesteld; • in cliëntenbesprekingen en/of multidisciplinair overleg tussen relevante disciplines • evaluaties en aanpassingen worden gedocumenteerd • bij overleg erover wordt cliënt / vertegenwoordiger ondersteuning geboden <p>En:</p> <ul style="list-style-type: none"> • er wordt palliatief terminale zorg geboden • er is een duidelijk beleid met betrekking tot medisch ethische vraagstukken rond het levenseinde en op basis daarvan worden afspraken gemaakt met de cliënt en/of diens familie over de zorg rond het levenseinde
<i>Teller</i>	Aantal cliënten dat bevestigend op deze onderdelen reageert
<i>Noemer</i>	Alle geraadpleegde cliënten
<i>Exclusie</i>	nvt
<i>Type indicator</i>	Proces
<i>Rapportage</i>	Geaggregeerde score uit de CAHPS vragen xx tot en met xx.
<i>Toelichting</i>	De indicator geeft een geaggregeerde score weer. Voor geïnteresseerden zijn de scores op de afzonderlijke vragen inzichtelijk.
<i>Best Practice</i>	Nog in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	nvt.

Thema's voor CAHPS vragenlijst:

Ter specificatie van de genoemde subthema's dienen de volgende items in de vragenlijst aan bod komen. Deze items zijn afkomstig uit de bestaande vragenlijst van Cliënt en Kwaliteit.

1. Is cliënt in het bezit van een zorgplan dat:

- door beide partijen ondertekend is
- gaat over: de lichamelijke gezondheid, woon- en leefomstandigheden, participatie en dagstructurering, mentaal welbevinden, de gezondheidssituatie, vooruitzichten, gezondheidsrisico's en evt. maatregelen.
- duidelijk vermeldt welke zorg de cliënt krijgt, met welk doel en op welk tijdstip

2. Geeft cliënt aan dat:

- zorg(leef)/-behandelplan in overleg met hem/haar of familie tot stand is gekomen,
- daarbij zoveel mogelijk rekening is gehouden met wensen en behoeften van de cliënt
- het zorgplan minstens 2x per jaar wordt besproken (of vaker als de cliënt dat wil en/of als de zorgbehoefte wijzigt). (Ook vaker voor revalidanten).
- eventuele wijzigingen in het zorgplan worden vastgelegd
- hij / zij evaluaties en overleggen over het zorgplan goed kan voeren en daar eventueel ondersteuning bij krijgt

1.2 % cliënten bij wie zorg niet conform zorg-, leef- of behandelplan wordt geboden

<i>Waarom</i> <i>Kwaliteitsindicator</i>	De regie over het eigen leven op basis van een zorg(behandel)- / leefplan is een van de twee pijlers waarop verantwoorde zorg rust. Bladzijde 20 van de Visiedocument Normen voor Verantwoorde Zorg stelt: "structurele afwijkingen en verbeteringen van het zorgplan worden aantoonbaar besproken en vastgelegd".
<i>Beschrijving</i>	Om een zo betrouwbaar mogelijk inzicht te krijgen, is gekozen voor een tweeledige indicator: a) Het percentage zoals gemeld door de organisatorische eenheid; b) Het percentage dat blijkt uit een cliëntenraadpleging.
<i>Teller</i>	a) Aantal cliënten in jaar x aan wie niet de in het zorg- leef- of behandelplan vermelde zorg is verleend b) Aantal cliënten dat meldt dat zorg volgens het zorg-, leef-, of behandelplan wordt geboden
<i>Noemer</i>	a) Totaal aantal cliënten aan wie in jaar x zorg is verleend b) Totaal aantal geraadpleegde cliënten
<i>Exclusie</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Rapportage</i>	a) score op vraag 30 IGZ formulier GGT, 2005 b) Geaggregeerde score uit de CAHPS vragen xx tot xx.
<i>Toelichting</i>	Het gaat om structurele (dwz niet-incidentele afwijkingen van het met de cliënt of diens vertegenwoordiger besproken, individueel zorg-, leef-, of behandelplan, bijvoorbeeld m.b.t. de persoonlijke verzorging, voeding en vochtvoorziening, toiletgang, dagindeling, therapieën en individuele activiteiten. Ook concessies t.a.v. het individuele zorgplan m.b.t.. risicovolle en/of gezondheidsbedreigende situaties (bijvoorbeeld decubitus, incontinentie, mobiliteit) vallen hieronder (IGZ, formulier GGT, 2005 vr. 29, 30).
<i>Best Practice</i>	Nog in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

Thema's voor CAHPS vragenlijst:

Ter specificatie van de genoemde subthema's dienen de volgende items in de vragenlijst aan bod komen.

De cliënt zou t.a.v. specifieke, cruciale onderdelen van het zorg-, leef- en behandelplan (persoonlijke verzorging, dagritme, hulp bij voeding) gevraagd moeten worden:

- a) wat er met de cliënt is afgesproken
- b) of de afspraken worden nagekomen
 - op de manier zoals de cliënt het wil
 - op het tijdstip waarop de cliënt het wil

2.1 De mate waarin de organisatorische eenheid adequaat met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger communiceert.

<i>Waarom Kwaliteitsindicator</i>	Goede communicatie en informatie tussen de instelling / hulpverleners en de cliënt en diens naasten cruciaal is in de ervaren kwaliteit van zorg.
<i>Beschrijving</i>	Deze indicator omvat de volgende subthema's: <ul style="list-style-type: none"> • met cliënt wordt open en naar behoefte gecommuniceerd • cliënt heeft vaste contactpersoon als aanspreekpunt • bij aanvang van de zorg en/of opname wordt bijzondere aandacht besteed aan kennismaken en thuis voelen • cliënt wordt uitgenodigd verbeterwensen te uiten bij medewerkers, vertrouwenspersoon of klachtenfunctionaris. Cliënt wordt op de hoogte gebracht van wat er met wensen gebeurt
<i>Teller</i>	Aantal cliënten dat positief oordeelt over de communicatie tussen de organisatorische eenheid en henzelf
<i>Noemer</i>	Totaal aantal geraadpleegde cliënten
<i>Exclusie</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Rapportage</i>	Geaggregeerde score uit de CAHPS vragen xx tot en met xx.
<i>Toelichting</i>	De indicator geeft een geaggregeerde score weer. Voor geïnteresseerden zijn de scores op de afzonderlijke vragen inzichtelijk.
<i>Best Practice</i>	Nog in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	nvt.

Thema's voor CAHPS vragenlijst:

Ter specificatie van de genoemde subthema's dienen de volgende items in de vragenlijst aan bod komen. Deze items zijn afkomstig uit de bestaande vragenlijst van Cliënt en Kwaliteit.

Gevraagd dient te worden of cliënten en/of hun vertegenwoordigers ervaren dat:

- ze goed op de hoogte te worden gehouden van alles wat in huis gebeurt
- ze goed op de hoogte te worden gehouden van de activiteiten
- ze vast contactpersoon als aanspreekpunt te hebben (bijvoorbeeld EVV-er)
- het personeel meer aandacht zou moeten hebben voor nieuwe bewoners
- - Medewerkers op- en aanmerkingen serieus nemen
- Als er iets is, zij daar met verzorgenden goed over kunnen praten.
- als ze medewerkers wat vragen, ze zelden een goed antwoord krijgen
- als ze medewerkers iets vragen, ze hen wel eens het gevoel geven tot last te zijn.

2.2 De mate waarin de organisatorische eenheid de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger adequaat informeert

<i>Waarom</i> <i>Kwaliteitsindicator</i>	Goede communicatie en informatie tussen de instelling / hulpverleners en de cliënt en diens naasten cruciaal is in de ervaren kwaliteit van zorg.
<i>Beschrijving</i>	Deze indicator omvat de volgende subthema's: De cliënt wordt bij opname en tijdens het verblijf op adequate manier, zowel mondeling als schriftelijk geïnformeerd over: <ul style="list-style-type: none"> • Opnameprocedure • aanbod van zorg, diensten en service (leveringsvoorwaarden) • de zorgovereenkomst, rechten, plichten • financiën (w.o. kosten die voor eigen rekening zijn) • zorg - behandel- en leefplansysteem en de keuzevrijheid en autonomie van de cliënt daarbij • communicatie • cliëntenraad • huisregels (w.o. regels over huisdieren) • veiligheid • ethische aangelegenheden (bijv. levenseinde) • klachtenproedure, patiënt vertrouwenspersoon • ontslag en overplaatsing
<i>Teller</i>	Aantal cliënten dat positief oordeelt over de informatievoorziening op elk van bovengenoemde punten
<i>Noemer</i>	Totaal aantal geraadpleegde cliënten
<i>Exclusie</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Rapportage</i>	Geaggregeerde score uit de CAHPS vragen xx tot en met xx.
<i>Toelichting</i>	De indicator geeft een geaggregeerde score weer. Voor geïnteresseerden zijn de scores op de afzonderlijke vragen inzichtelijk.
<i>Best Practice</i>	Nog in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

2.3 De mate waarin cliënten een goede bejegening door personeel ervaren

<i>Waarom</i>	Adequate bejegening is een van de meest belangrijke randvoorwaarden voor
<i>Kwaliteitsindicator</i>	goede zorg- en dienstverlening aan cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen.
<i>Beschrijving</i>	De mate waarin cliënten een goede bejegening door personeel ervaren
<i>Teller</i>	Aantal cliënten dat positief oordeelt over de informatievoorziening op elk van bovengenoemde punten
<i>Noemer</i>	Totaal aantal geraadpleegde cliënten
<i>Exclusie</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Rapportage</i>	Geaggregeerde score uit de CAHPS vragen xx tot en met xx.
<i>Toelichting</i>	De indicator geeft een geaggregeerde score weer. Voor geïnteresseerden zijn de scores op de afzonderlijke vragen inzichtelijk.
<i>Best Practice</i>	Nog in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

Thema's voor CAHPS vragenlijst:

Ter specificatie van de genoemde subthema's dienen onder andere de volgende items in de vragenlijst aan bod komen. Het is een selectie van items, afkomstig uit de bestaande vragenlijst van Cliënt en Kwaliteit. Deze lijst bevat echter nog meer items over bejegening die evengoed in aanmerking kunnen komen.

- hebben de verantwoordelijkheid voor een goede communicatie en dialoog met cliënten over hun ervaringen, wensen en voorkeuren
- respecteren de eigen levenssfeer van cliënten en dragen zorg voor goede bejegening
- Niet ongevraagd tutoyeren
- Niet over de cliënt praten maar met de cliënt.

3.1 De mate waarin cliënten zich als schoon en verzorgd ervaren

<i>Waarom</i> <i>Kwaliteitsindicator</i>	Het visiedocument Normen voor Verantwoorde Zorg stelt op p. 14 dat cliënten mogen rekenen op een schoon en verzorgd lichaam.
<i>Beschrijving</i>	Deze indicator omvat de volgende subthema's: <ul style="list-style-type: none"> • passende hulp bij wassen/douchen (dagelijks, op afspraak) • passende hulp bij gebitsverzorging 's ochtends en 's avonds • passende hulp bij nagelverzorging • passende hulp bij toiletgang (naar behoefte, op afroep) • passend gebruik van adequaat incontinentiemateriaal (alleen indien nodig, op tijd verschoond en verzorgd) • passende hulp bij aan- en uitkleden (op afspraak) • verzorgd gekleed zijn
<i>Teller</i>	Aantal cliënten dat positief oordeelt over de bovengenoemde punten
<i>Noemer</i>	Totaal aantal geraadpleegde cliënten
<i>Exclusie</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Rapportage</i>	Geaggregeerde score uit de CAHPS vragen xx tot en met xx.
<i>Toelichting</i>	De indicator geeft een geaggregeerde score weer. Voor geïnteresseerden zijn de scores op de afzonderlijke vragen inzichtelijk.
<i>Best Practice</i>	Nog in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

Thema's voor CAHPS vragenlijst:

Ter specificatie van de genoemde subthema's dienen de volgende items in de vragenlijst aan bod komen. Deze items zijn afkomstig uit de bestaande vragenlijst van Cliënt en Kwaliteit.

Gevraagd dient te worden of cliënten en/of hun vertegenwoordigers ervaren dat:

- er voldoende privacy is tijdens wassen / douchen
- dagelijks en op afspraak gewassen en/ of gedoucht te worden
- zij zelf schoon zijn
- hun (kunst)gebit goed wordt verzorgd
- ze het eigen kunstgebit wel eens ongewild niet in hebben of niet (meer) passen
- ze goed en tijdig (binnen 10 min) geholpen worden als ze naar het toilet moeten
- er voldoende privacy is tijdens de toiletgang
- ze wel eens incontinentiemateriaal te moeten dragen terwijl men niet incontinent is
- incontinentiemateriaal tijdig wordt verschoond
- ze zich wel eens niet (helemaal) kunnen aankleden omdat er geen hulp is
- ze kunnen opstaan en naar bed kunnen gaan wanneer zij dat wensen
- ze wel eens besmeurde, onwelriekende of kapotte kleding, dan wel kleding van een andere cliënt te dragen krijgen
- met de was er te vaak dingen kwijtraken
- dat de was altijd goed schoon terugkomt uit de wasserij
- ze een goede uiterlijke verzorging te krijgen (haren kammen, scheren)
- ze de bril wel eens niet op hebben of dat glazen niet meer op sterkte zijn
- ze het gehoorapparaat wel eens niet in hebben terwijl men dat wel wil of dat gehoorapparaat het niet doet

3.2 De mate waarin de organisatorische eenheid zorgt voor smakelijke maaltijden, hapjes en drankjes

<i>Waarom Kwaliteitsindicator</i>	Visiedocument Normen voor Verantwoorde Zorg p. 14
<i>Beschrijving</i>	Deze indicator omvat de volgende subthema's: <ul style="list-style-type: none"> • passende hulp bij en voldoende tijd voor eten en drinken • keuzemogelijkheden die recht doen aan smaak van cliënten • maaltijden goed gespreid over de dag en passend bij het dagritme van de cliënt • prettige ambiance, waarbij aandacht wordt besteed aan eetlustbevorderende sfeer en omgeving
<i>Teller</i>	Aantal cliënten dat positief oordeelt over de bovengenoemde punten
<i>Noemer</i>	Totaal aantal geraadpleegde cliënten
<i>Exclusie</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Rapportage</i>	Geaggregeerde score uit de CAHPS vragen xx tot en met xx.
<i>Toelichting</i>	De indicator geeft een geaggregeerde score weer. Voor geïnteresseerden zijn de scores op de afzonderlijke vragen inzichtelijk.
<i>Best Practice</i>	Nog in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

Thema's voor CAHPS vragenlijst:

Ter specificatie van de genoemde subthema's dienen de volgende items in de vragenlijst aan bod komen. Deze items zijn afkomstig uit de bestaande vragenlijst van Cliënt en Kwaliteit.

Gevraagd dient te worden of cliënten en/of hun vertegenwoordigers ervaren dat:

- de maaltijden goed smaken
- ze genoeg hulp te krijgen bij het eten
- ze voldoende tijd te krijgen om te eten
- ze zelf variatie in de maaltijden te kunnen aanbrengen
- ze tussen de maaltijden tussenpozen zitten van 3 uur
- ze kunnen eten en drinken wanneer zij willen (geldt voor verzorgingshuis nog nadrukkelijker dan in verpleeghuis, hoewel het ritme van maaltijden etc. hier ook met cliëntenraad besproken kan worden)
- er tijdens de maaltijden een goede sfeer is

4.1 Prevalentie decubitus graad 2 t/m 4 bij risicocliënten, in de organisatorische eenheid ontstaan

Waarom Kwaliteitsindicator	Ouderen in instellingen hebben een significant risico voor het ontwikkelen van doorligwonden (decubitus), in het bijzonder als ze bedlegerig en immobiel zijn. Zo'n 60% van de verpleeghuiscliënten loopt kans om decubitus te krijgen en als dit zich manifesteert, is de behandeling tijdrovend en kostbaar. Cliënten die ooit decubitus hebben gehad, hebben een grotere kans het weer te krijgen en dit kan leiden tot een langere hersteltijd en significant meer pijn en ongemak. Infecties, slechte voeding, ondervoeding en incontinentie kunnen het probleem nog ingewikkelder maken. Het opsporen /identificeren van cliënten die de kans hebben decubitus te ontwikkelen is van het allergrootste belang om het optreden ervan te voorkomen (ZIKI, Benchmark Arcares, 2004). Omdat door goede zorg decubitus voorkomen en eventueel behandeld kan worden, geeft het prevalentiecijfer van decubitus een indicatie van de kwaliteit van de verpleging en verzorging in een instelling (Basisset Prestatie-indicatoren Ziekenhuizen 2005; NIVEL, Brink&Muinen, 2004).
Beschrijving	Prevalentie decubitus graad 2 t/m 4 bij risicocliënten, in de organisatorische eenheid ontstaan
Teller	Aantal risico-cliënten met decubitus graad 2 t/m 4 op tijdstip T
Noemer	Alle risico-cliënten in de organisatorische eenheid op tijdstip T
Exclusie	Cliënten die bij opname reeds decubitus hadden
Type indicator	Uitkomst
Rapportage	Via IGZ formulier GGT
Toelichting	<ul style="list-style-type: none"> Het gaat om decubitus graad 2 t/m 4 zoals gedefinieerd door het CBO. Een cliënt is een risico-cliënt op basis van zijn risico -score op de Braden schaal (zie hieronder), de ZIKI-lijst (zie hieronder) of zijn zorgzwaarte. <p>Dit wordt in de instelling gemeten door deelname aan het onderzoek Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) van de Universiteit Maastricht</p>
Best Practice	Nog in te vullen
Risk - Adjustment	<p>Door alleen het prevalentiecijfer van risico patiënten te nemen, wordt het prevalentiecijfer vergelijkbaar tussen instellingen.</p> <p>Het LPZ-instrument van de Universiteit Maastricht gebruikt hiervoor de Bradenschaal. Deze kent cliënten een risico-score toe o.b.v. zintuiglijke waarneming, vocht, activiteit, mobiliteit, voeding, schuif- en wrijvingskrachten.</p>

4.2 % intramuraal verblijvende cliënten waarbij sprake is van gewichtsafname van >3 kg in de laatste maand of >6 kg in de afgelopen 6 maand

<i>Waarom Kwaliteitsindicator</i>	Zwakke verzorgings- en verpleeghuiscliënten hebben een verhoogde kans op gewichtsverlies ten gevolge van een tekort aan voeding(stoffen), bijwerking en interactie van medicijnen en allerlei aandoeningen. Gewichtsverlies en een te laag gewicht blijken bij oudere verpleeghuiscliënten verband te houden met niet genoeg eten (door de mond), afhankelijkheid van hulp bij eten, decubitus en kauwproblemen. Bovendien hebben depressieve cliënten en degenen met meervoudige chronische aandoeningen een verhoogde kans op significant gewichtsverlies. Het zorgen voor een goede voeding bij deze cliënten kan een probleem zijn voor de medewerkers. Cliënten met een depressie en/of cognitieve beperkingen kunnen eten en drinken weigeren, hetgeen de problemen vergroot. Het aanmoedigen om zelfstandig te eten en aanpassing van de voeding en de omgeving waarin gegeten en gedronken wordt, kunnen helpen om gewichtsverlies bij verpleeghuis- en verzorgingshuiscliënten te voorkomen (ZIKI Benchmark Arcares). Gewichtsafname, zoals omschreven in de indicator kan dus iets zeggen over de mate waarin goede hulp bij eten en drinken wordt gegeven (NIVEL, Brink&Muinen, 2004).
<i>Beschrijving</i>	% intramuraal verblijvende cliënten waarbij sprake is van gewichtsafname van >3 kg in de laatste maand of >6 kg in de afgelopen 6 maand
<i>Teller</i>	Aantal intramuraal verblijvende cliënten waarbij op moment T sprake is van gewichtsafname van >3 kg in de laatste maand of >6 kg in de afgelopen 6 maand
<i>Noemer</i>	Totaal aantal cliënten op moment T
<i>Exclusie</i>	Cliënten met kanker, terminale cliënten
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Rapportage</i>	Via IGZ formulier GGT
<i>Toelichting</i>	Voor de meting van deze indicator wordt aangesloten bij de LPZ van de Universiteit Maastricht. Het IGZ formulier GGT vraagt naar gewichtsafname van 5% in de afgelopen maand. Dit staat bij benadering gelijk aan 3 kg. Voor de eenvoud (niet hoeven denken in procenten) is hier gekozen voor de 3kg, resp. 6 kg norm.
<i>Best Practice</i>	Nog in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	Kanker / Terminale ziekte

4.3 % intramuraal verblijvende cliënten dat in jaar x te maken had met valincident

<i>Waarom</i> <i>Kwaliteitsindicator</i>	<p>Valpartijen zijn een belangrijk geriatrisch syndroom, niet alleen vanwege het vaak voorkomen, ermee gepaard gaande morbiditeit en sterfte, maar ook omdat ze het “topje van de ijsberg” kunnen zijn van een wezenlijke maar nog niet onderkende ziekte. Valpartijen geven een kans om nog niet gediagnosticeerde ziekten en beperkingen op te merken die, wanneer ze worden aangepakt, een naderende functionele achteruitgang kunnen stoppen.</p> <p>Elk jaar valt een derde of meer van de verpleeg- en verzorgingshuiscliënten en de helft daarvan meer dan eens. Het risico van valpartijen neemt met leeftijd toe, evenals die van morbiditeit en sterfte. Tot 5% van de valpartijen resulteert in botbreuken, waarvan die van de heup een van de ernstigste is. Aanzienlijke weefselwonden komt in ongeveer 10% van de valpartijen voor.</p> <p>Angst is een belangrijk gevolg van vallen, wat gewoonlijk het terugschroeven van activiteiten tot gevolg heeft. Valangst wordt als kenmerk van 40% of meer van degenen die vallen gemeld. In sommige gevallen kan één enkele oorzakelijke factor de val verklaren, vaker kunnen meerdere factoren worden vastgesteld (ZIKI Benchmark Arcares).</p> <p>Preventief werken val-risico-analyses, evaluatie van een valincident, oefenprogramma's, het aanpassen van de omgeving, voldoende toezicht in huiskamers, aanwezigheid van voldoende personeel en controle van hulpmiddelen. Op basis daarvan geeft het percentage valincidenten een indicatie van de mate waarin dergelijke preventieve maatregelen in een instelling worden genomen (Nivel, Brink Muinen, 2004).</p>
<i>Beschrijving</i>	% intramuraal verblijvende cliënten dat in jaar x te maken had met valincident
<i>Teller</i>	Het aantal intramuraal verblijvende cliënten dat in jaar x te maken had met valincident
<i>Noemer</i>	Totaal aantal intramuraal verblijvende cliënten in jaar x
<i>Exclusie</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Rapportage</i>	Via IGZ formulier GGT
<i>Toelichting</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Het aantal valincidenten kan door instellingen achterhaald worden via de MIP/FONA registratie. 2. Ook de ZIKI van de Benchmark Arcares meten het percentage valincidenten, zij het over de laatste 30 dagen.
<i>Best Practice</i>	Nog in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	Leeftijd, slechte ADL/mobiliteit, cognitieve beperking (Nivel Brink Muinen, 2004)

4.4 % intramuraal verblijvende cliënten dat meer dan 9 verschillende medicijnen per dag gebruikt

<i>Waarom</i> <i>Kwaliteitsindicator</i>	Ouderen hebben een grotere kans op medicijnbijwerkingen omdat zij vaak lijden aan een aantal gelijktijdige aandoeningen die farmaceutische interventie vereisen. Polyfarmacie (of het voorschrijven van meervoudige medicatie voor de behandeling van een aantal gelijktijdig bestaande aandoeningen) is steeds meer gebruikelijk in verpleeg- en verzorgingshuizen, waarbij in 89% van de gevallen irrationele combinaties voorkomen (Nivel, Brink&Muinen). Het gebruik van meervoudige medicatie kan tot een aantal schadelijke gevolgen leiden, in het uiterste geval zelfs tot mogelijk dodelijke interacties tussen medicijnen; of tot het risico van vallen en verwonding/schade door bijwerkingen van de medicatie, zoals sufheid en verwardheid. De uitscheiding of het opruimen door het lichaam van bepaalde medicijnen kan bij ouderen van die bij jongeren verschillen en kan in individuele situaties leiden tot een verhoogde kans op schadelijke interacties. Het verbeteren van de communicatie tussen verzorgend personeel, patiënt en familie kan bijdragen aan de vermindering van de negatieve gevolgen van polyfarmacie
<i>Beschrijving</i>	% intramuraal verblijvende cliënten dat meer dan 9 verschillende medicijnen per dag gebruikt
<i>Teller</i>	Aantal cliënten op tijdstip T dat meer dan 9 verschillende medicijnen per dag gebruikte
<i>Noemer</i>	Totaal aantal cliënten aan wie op tijdstip T zorg werd verleend
<i>Exclusie</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Procesindicator
<i>Rapportage</i>	Via IGZ formulier GGT
<i>Toelichting</i>	Ook via de ZIKI, Benchmark Arcares kan deze indicator worden gemeten, zij het dat dit instrument het percentage over de laatste 7 dagen vaststelt
<i>Best Practice</i>	Nader in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

4.5 Vaccinatiegraad onder bewoners en medewerkers

<i>Waarom Kwaliteitsindicator</i>	Ter beperking van de kans op een influenza-uitbraak wordt een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad onder vooral de zorgverleners, maar ook onder de patiënten bereikt. Geen enkele vaccinatiegraad bewerkstelligt evenwel voldoende groepsimmunitet om een influenza-uitbraak te voorkomen. Het vaccineren van de zorgverleners beperkt hun rol als verspreider van ziekte en vermindert de kans op ziekte tijdens en door het werk (NVVA Richtlijn Influenza-preventie).
<i>Beschrijving</i>	Omdat zowel de vaccinatiegraad onder cliënten, als die onder zorgverleners zo hoog mogelijk moet zijn, bestaat deze indicator uit twee delen: a) De vaccinatiegraad onder bewoners b) De vaccinatiegraad onder medewerkers
<i>Teller</i>	Ad a) Aantal cliënten dat aan het einde van de eerste week van november gevaccineerd is tegen influenza Ad b) Aantal medewerkers dat aan het einde van de eerste week van november gevaccineerd is tegen influenza
<i>Noemer</i>	Ad a) Totaal aantal cliënten in de organisatorische eenheid op moment T Ad b) Totaal aantal medewerkers in de organisatorische eenheid op moment T
<i>Exclusie</i>	Onderscheid kan gemaakt worden in personeel dat direct contact heeft met de cliënt en personeel dat indirect of geen contact heeft met de cliënt. Dit moet nog nader worden uitgezocht.
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Rapportage</i>	Via nieuwe IGZ formulier GGT
<i>Toelichting</i>	In de richtlijn wordt gesproken over een streefnorm van 50% voor medewerkers en 90 % voor bewoners.
<i>Best Practice</i>	Nader vast te stellen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

4.6 % incontinentiegevallen waarbij bij de diagnose incontinentie een arts of incontinentieverpl k. betrokken is

<i>Waarom Kwaliteitsindicator</i>	Te vaak en te gemakkelijk worden cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen als incontinent bestempeld en voorzien van incontinentiemateriaal. Het percentage incontinentiegevallen waarbij een arts betrokken is bij de indicatiestelling kan iets zeggen over de mate waarin een instelling / organisatorische eenheid serieus werk maakt van het voorkomen / de behandeling van incontinentie.
<i>Beschrijving</i>	% incontinentiegevallen waarbij bij de diagnose incontinentie een arts betrokken is
<i>Teller</i>	Aantal incontinentiegevallen in de organisatorische eenheid op tijdstip T waarbij een arts betrokken was bij de diagnose
<i>Noemer</i>	Totaal aantal incontinentiegevallen in de organisatorische eenheid op tijdstip T
<i>Exclusie</i>	Vooralsnog n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Proces
<i>Rapportage</i>	Via IGZ formulier GGT
<i>Toelichting</i>	Incontinentieverpleegkundige: zie beroepsdeelprofiel AVVV. Te meten via de module `Incontinentie` van het onderzoek Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) van de Universiteit Maastricht. Dit instrument differentieert tussen diverse disciplines die bij de diagnose betrokken kunnen zijn (diverse artsen maar ook verpleegkundigen).
<i>Best Practice</i>	Nog in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

4.7 prevalentie urine-incontinentie

<i>Waarom</i> <i>Kwaliteitsindicator</i>	Te vaak en te gemakkelijk worden cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen als incontinent bestempeld en voorzien van incontinentiemateriaal. Genoeg tijdige hulp en sommige oefeningen kunnen dit voorkomen. Het percentage incontinentiegevallen in een organisatorische eenheid kan daarom iets zeggen over de mate waarin deze zorg geleverd wordt.
<i>Beschrijving</i>	% cliënten waarbij sprake is van urine-incontinentie
<i>Teller</i>	Aantal cliënten dat op tijdstip T incontinent is van urine
<i>Noemer</i>	Totaal aantal cliënten dat op tijdstip T zorg ontvangt in de organisatorische eenheid
<i>Exclusie</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Rapportage</i>	Via IGZ formulier GGT
<i>Toelichting</i>	Te meten via de module `Incontinentie` van het onderzoek Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) van de Universiteit Maastricht
<i>Best Practice</i>	Nader in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

4.8 % cliënten met een verblijfskatheter

<i>Waarom</i> <i>Kwaliteitsindicator</i>	Te vaak en te gemakkelijk worden cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen als incontinent bestempeld en voorzien van incontinentiemateriaal, waaronder verblijfskatheters. Langdurig gebruik van dergelijke katheters verhogen de kans op infecties en de kans dat de cliënt incontinent blijft.
<i>Beschrijving</i>	% cliënten met een verblijfskatheter
<i>Teller</i>	Aantal cliënten in de organisatorische eenheid dat op tijdstip T een verblijfskatheter heeft
<i>Noemer</i>	Totaal aantal cliënten dat op tijdstip T zorg ontvangt in de organisatorische eenheid
<i>Exclusie</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Rapportage</i>	Via IGZ formulier GGT
<i>Toelichting</i>	Te meten via de module `Incontinentie` van het onderzoek Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) van de Universiteit Maastricht
<i>Best Practice</i>	Nog vast te stellen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

4.9 **Mate waarin een organisatorische eenheid werkt met zachte domotica zoals een belmat, een lus met chip etc.**

<i>Waarom</i> <i>Kwaliteitsindicator</i>	Het is de bedoeling dat veiligheidsbevorderende maatregelen zo weinig mogelijk ingrijpen in de vrijheidsbeleving van de cliënt en pas als laatste middel worden ingezet (p. 18 en 22 Normen voor Verantwoorde Zorg). Door te werken met zogeheten 'zachte domotica' laten instellingen / organisatorische eenheids zien dat ze op een innovatieve manier met dit onderwerp bezig zijn.
<i>Beschrijving</i>	De mate waarin een organisatorische eenheid werkt met zachte domotica
<i>Teller</i>	n.v.t.
<i>Noemer</i>	n.v.t.
<i>Exclusie</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Rapportage</i>	Via IGZ formulier GGT
<i>Toelichting</i>	-
<i>Best Practice</i>	Nog vast te stellen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

4.10 **De mate waarin rechten van cliënten m.b.t. vrijheidsbeperking worden gerespecteerd**

<i>Waarom</i> <i>Kwaliteitsindicator</i>	Bij toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen dient te worden voldaan aan de wet BOPZ. De rechten van cliënten moeten worden meegedeeld en gerespecteerd. Bovendien mogen vrijheidsbeperkende maatregelen pas als laatste middel, met toestemming van / na overleg met de cliënt worden toegepast.
<i>Beschrijving</i>	De indicator bestaat uit twee delen: a) de rechten m.b.t. vrijheidsbeperkende maatregelen zijn met de cliënt besproken en worden gerespecteerd b) vrijheidsbeperkende maatregelen worden niet toegepast zonder toestemming van of overleg met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger
<i>Teller</i>	Ad a) % cliënten dat aangeeft dat hun rechten mbt vrijheidsbeperkende maatregelen zijn besproken en worden gerespecteerd Ad b) % cliënten / vertegenwoordigers dat aangeeft dat vrijheidsbeperkende maatregelen wel eens zonder toestemming of overleg worden toegepast.
<i>Noemer</i>	Ad a) Totaal aantal bevroagde cliënten Ad b) Totaal aantal bevroagde cliënten
<i>Exclusie</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Rapportage</i>	Geaggregeerde score uit de CAHPS vragen xx tot en met xx.
<i>Toelichting</i>	De indicator geeft een geaggregeerde score weer. Voor geïnteresseerden zijn de scores op de afzonderlijke vragen inzichtelijk.
<i>Best Practice</i>	Nog in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

4.11 % cliënten dat in jaar x verbaal of fysiek agressief of gewelddadig gedrag vertoonde

<i>Waarom Kwaliteitsindicator</i>	<p>Agressief gedrag van cliënten bedreigt de veiligheid en het welbevinden van het personeel en andere cliënten. De definitie van agressief gedrag is niet eenduidig in de literatuur. Hier wordt eronder verstaan elk bedreigend verbaal of fysiek gedrag gericht tegen anderen. Dit kan bestaan uit schreeuwen, vloeken, vernielen van eigendommen, bedreigen en vechten. Mogelijke gevolgen zijn verwondingen en psychische problemen, zoals verdere afzondering bij o.a. de ziekte van Alzheimer.</p> <p>In 74% van de gevallen is de agressie gericht op het personeel; agressie komt vaak voort uit onvoldoende communicatie en omgevingsfactoren, naast (verergering van) psychopathologie en weinig expressieve communicatievaardigheden. Interactionele factoren zijn o.a.: niet luisteren naar de cliënt, geen aandacht geven, niet serieus nemen, en afzondering. Omgevingsfactoren zijn bijv. gebrek aan privacy en veel cliënten op een afdeling. Het relatieve risico neemt toe als er minder verzorgenden aanwezig zijn, er meer cliënten zijn die aanzetten tot geweld, gedesoriënteerd zijn of gedwongen zijn opgenomen, en als afzondering vaker voorkomt. Het begrijpen van de aard en de oorzaak van agressief gedrag en het effectief aanpakken ervan kan de kwaliteit van het leven van de cliënt, diens medebewoners en het personeel verbeteren. Training van personeel in omgaan met agressie in de gehandicaptenzorg verminderde agressief gedrag. Feedback kan bijdragen aan de preventie van agressie, evenals psychosociale training van cliënten. Een duidelijk beleid voor agressiepreventie en -behandeling is gewenst (Nivel, Brink Muinen, 2004).</p>
<i>Beschrijving</i>	% cliënten dat in jaar x verbaal of fysiek agressief of gewelddadig gedrag vertoonde
<i>Teller</i>	Aantal cliënten in jaar x dat verbaal of fysiek agressief of gewelddadig gedrag vertoonde tegenover medewerkers en/of andere cliënten
<i>Noemer</i>	Totaal aantal cliënten aan wie in jaar x in de organisatorische eenheid zorg werd verleend
<i>Exclusie</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Rapportage</i>	Via IGZ formulier GGT
<i>Toelichting</i>	-
<i>Best Practice</i>	Nog vast te stellen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

4.12 % intramuraal verblijvende psychogeriatrische cliënten waarbij in jaar x met instemming fixatie toegepast is met onrustband, tafelblad en of diepe stoel

<i>Waarom Kwaliteitsindicator</i>	Het is de bedoeling dat veiligheidsbevorderende maatregelen zo weinig mogelijk ingrijpen in de vrijheidsbeleving van de cliënt en pas als laatste middel worden ingezet (p. 18 en 22 Normen voor Verantwoorde Zorg). Als er voldoende capaciteit en toezicht is, kunnen veel vrijheidsbeperkende maatregelen worden voorkomen.
<i>Beschrijving</i>	% intramuraal verblijvende psychogeriatrische cliënten waarbij in jaar x met instemming fixatie toegepast is met a) onrustband b) tafelblad c) diepe stoel
<i>Teller</i>	Aantal intramurale psychogeriatrische cliënten die in jaar x wel eens gefixeerd zijn met a) onrustband, b) tafelblad of c) diepe stoel
<i>Noemer</i>	Totaal aantal psychogeriatrische cliënten in jaar x
<i>Exclusie</i>	Deze indicator geldt alleen voor intramurale psychogeriatrische cliënten
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Rapportage</i>	Via IGZ formulier GGT
<i>Toelichting</i>	De fixatie moet met instemming zijn toegepast. Dat betekent dat de cliënt ofwel zelf heeft ingestemd met de fixatie, ofwel zich niet heeft verzet tegen de fixatie waarvoor de vertegenwoordiger toestemming heeft gegeven.
<i>Best Practice</i>	Nog vast te stellen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

4.13 % fixaties waarbij intraamuraal verblijvende psychogeriatrische cliënten lichamelijk letsel hebben opgelopen

<i>Waarom</i> <i>Kwaliteitsindicator</i>	Soms ontstaan door vrijheidsbeperkende maatregelen (zonder en met toestemming) lichamelijke letsels. Door terughoudende en voorzichtigte toepassing kunnen veel van deze letsels voorkomen worden.
<i>Beschrijving</i>	% fixaties waarbij intraamuraal verblijvende psychogeriatrische cliënten lichamelijk letsel hebben opgelopen
<i>Teller</i>	Aantal fixaties in jaar x bij intramuraal verblijvende psychogeriatrische cliënten waarbij lichamelijk letsel optrad
<i>Noemer</i>	Totaal aantal fixaties in jaar x bij intramuraal verblijvende psychogeriatrische cliënten
<i>Exclusie</i>	Deze indicator geldt alleen voor intramurale psychogeriatrische cliënten
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Rapportage</i>	Via IGZ formulier GGT
<i>Toelichting</i>	Lichamelijk letsel is blijvend of niet-blijvend letsel, zoals een blauwe plek of schaafwond, dat minimaal 24 uur na het oplopen ervan nog zichtbaar is.
<i>Best Practice</i>	Nog vast te stellen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

4.14 % cliënten dat aangeeft dat bij pijn en ziekte adequate maatregelen genomen worden

<i>Waarom Kwaliteitsindicator</i>	Het visiedocument Normen voor Verantwoorde Zorg benoemt aandacht voor individuele gezondheidsklachten (ziekte) en pijn als specifiek element van een goede gezondheidsbescherming en –bevordering (p. 13).
<i>Beschrijving</i>	Deze indicator bevat de volgende subthema's: a) Passende aandacht en adequate zorg voor ziekte b) Passende aandacht en adequate zorg voor pijn
<i>Teller</i>	Ad a) aantal cliënten dat positieve ervaringen meldt t.a.v. zorg voor ziekte Ad b) aantal cliënten dat positieve ervaringen meldt t.a.v. zorg voor pijn
<i>Noemer</i>	Totaal aantal geraadpleegde cliënten
<i>Exclusie</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Rapportage</i>	Geaggregeerde score uit de CAHPS vragen xx tot en met xx.
<i>Toelichting</i>	De indicator geeft een geaggregeerde score weer. Voor geïnteresseerden zijn de scores op de afzonderlijke vragen inzichtelijk.
<i>Best Practice</i>	Nog in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

4.15 % cliënten dat aangeeft dat organisatorische eenheid goed inspeelt op zijn/haar beperkingen of mogelijkheden

<i>Waarom</i> <i>Kwaliteitsindicator</i>	Het visiedocument Normen voor Verantwoorde Zorg benoemt aandacht voor individuele beperkingen en mogelijkheden als specifiek element van een goede gezondheidsbescherming en –bevordering (p. 13).
<i>Beschrijving</i>	% cliënten dat aangeeft dat organisatorische eenheid goed inspeelt op hun beperkingen of mogelijkheden
<i>Teller</i>	Aantal cliënten dat in raadpleging positieve ervaringen meldt t.a.v. bovengenoemd thema
<i>Noemer</i>	Totaal aantal geraadpleegde cliënten
<i>Exclusie</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Rapportage</i>	Geaggregeerde score uit de CAHPS vragen xx tot en met xx.
<i>Toelichting</i>	De indicator geeft een geaggregeerde score weer. Voor geïnteresseerden zijn de scores op de afzonderlijke vragen inzichtelijk.
<i>Best Practice</i>	Nog in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

5.1 De mate waarin een organisatorische eenheid comfortabele woonruimte biedt

<i>Waarom Kwaliteitsindicator</i>	De Normen voor Verantwoorde zorg stellen dat cliënten mogen rekenen op woonruimte waar deze zich thuis kan voelen en waar deze veilig is (p. 14). Het wooncomfort is hiervan een aspect.
<i>Beschrijving</i>	De indicator 'mate waarin een organisatorische eenheid comfortabele woonruimte biedt', bevat de volgende subthema's: <ul style="list-style-type: none"> • een woon- / leefklimaat dat de eigen levenssfeer en leefpatronen van de cliënt respecteert en actief ondersteunt • schone, comfortabele woonruimte
<i>Teller</i>	Aantal cliënten dat op de bovengenoemde thema's positieve ervaringen meldt
<i>Noemer</i>	Totaal aantal geraadpleegde cliënten
<i>Exclusie</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Rapportage</i>	Geaggregeerde score uit de CAHPS vragen xx tot en met xx.
<i>Toelichting</i>	De indicator geeft een geaggregeerde score weer. Voor geïnteresseerden zijn de scores op de afzonderlijke vragen inzichtelijk.
<i>Best Practice</i>	Nog in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

Thema's voor CAHPS vragenlijst:

Ter specificatie van de genoemde subthema's dienen de volgende items in de vragenlijst aan bod komen. Deze items zijn afkomstig uit de bestaande vragenlijst van Cliënt en Kwaliteit.

Gevraagd dient te worden of cliënten en/of hun vertegenwoordigers ervaren dat:

- de algemene ruimten comfortabel zijn
- zij voldoende woonruimte te hebben;
- de temperatuur in hun woonruimte altijd aangenaam is
- de kasten in de woonruimte goed bereikbaar zijn
- hun woon- en slaapkamer goed worden schoongehouden
- hun toilet en douche vaker moeten worden schoongemaakt

5.2 De mate waarin cliënten zich thuis voelen

<i>Waarom Kwaliteitsindicator</i>	De Normen voor Verantwoorde Zorg zijn zo gedefinieerd dat alle normen op het gebied van woon- en leefomstandigheden ertoe moeten leiden dat (naast veiligheid) cliënten zich thuis voelen (p. 14)
<i>Beschrijving</i>	% cliënten dat aangeeft zich thuis te voelen in de instelling / organisatorische eenheid
<i>Teller</i>	Aantal cliënten dat desgevraagd aangeeft zich over het geheel genomen thuis te voelen in de instelling / organisatorische eenheid
<i>Noemer</i>	Totaal aantal geraadpleegde cliënten
<i>Exclusie</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Rapportage</i>	Geaggregeerde score uit de CAHPS vragen xx tot en met xx.
<i>Toelichting</i>	De indicator geeft een geaggregeerde score weer. Voor geïnteresseerden zijn de scores op de afzonderlijke vragen inzichtelijk.
<i>Best Practice</i>	Nog in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

5.3 De mate van privacy in de (woon)ruimte(n)

<i>Waarom</i> <i>Kwaliteitsindicator</i>	De Normen voor Verantwoorde zorg stellen dat cliënten woonruimte moeten hebben die privacy biedt (p.14). Zeker in geval van langdurig verblijf, wat meestal het geval is in de V&V setting, is privacy een belangrijk element van kwaliteit van de woon- en leefomstandigheden.
<i>Beschrijving</i>	Deze indicator omvat de volgende subthema's: <ul style="list-style-type: none"> • mogelijkheden zich ongestoord terug te kunnen trekken • woonruimte die privacy biedt en mogelijkheden tot het creëren van een eigen sfeer
<i>Teller</i>	Aantal cliënten dat positieve ervaringen meldt t.a.v. bovenstaande subthema's
<i>Noemer</i>	Totaal aantal geraadpleegde cliënten
<i>Exclusie</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Rapportage</i>	Geaggregeerde score uit de CAHPS vragen xx tot en met xx.
<i>Toelichting</i>	De indicator geeft een geaggregeerde score weer. Voor geïnteresseerden zijn de scores op de afzonderlijke vragen inzichtelijk.
<i>Best Practice</i>	Nog in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

Thema's voor CAHPS vragenlijst:

Ter specificatie van de genoemde subthema's dienen de volgende items in de vragenlijst aan bod komen. Deze items zijn afkomstig uit de bestaande vragenlijst van Cliënt en Kwaliteit.

Gevraagd dient te worden of cliënten en/of hun vertegenwoordigers ervaren dat:

- ze de woonruimte met eigen spullen kunnen inrichten
- ze goede mogelijkheden hebben alleen te zijn (met gasten)
- ze in privacy hun post kunnen lezen of laten voorlezen. Idem telefoneren
- medewerkers wel eens binnenkomen terwijl zij dat niet willen

5.5 De mate van bewegingsvrijheid en –mogelijkheden in de (woon)ruimte(n)

<i>Waarom</i> <i>Kwaliteitsindicator</i>	De bewegingsvrijheid van cliënten in het huis en in de eigen woning / kamer is eveneens een belangrijk onderdeel van de kwaliteit van de woon- en leefomstandigheden. Actueel zijn de berichten over te kleine (sanitaire) voorzieningen, onder ander voor cliënten in een rolstoel.
<i>Beschrijving</i>	De mate van bewegingsvrijheid en –mogelijkheden (eventueel binnen een gesloten woonareaal)
<i>Teller</i>	Aantal cliënten / vertegenwoordigers dat goede bewegingsvrijheid en – mogelijkheden ervaart
<i>Noemer</i>	Totaal aantal geraadpleegde cliënten
<i>Exclusie</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Rapportage</i>	Geaggregeerde score uit de CAHPS vragen xx tot en met xx.
<i>Toelichting</i>	De indicator geeft een geaggregeerde score weer. Voor geïnteresseerden zijn de scores op de afzonderlijke vragen inzichtelijk.
<i>Best Practice</i>	Nog in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

Thema's voor CAHPS vragenlijst:

Ter specificatie van de genoemde subthema's dienen de volgende items in de vragenlijst aan bod komen. Deze items zijn afkomstig uit de bestaande vragenlijst van Cliënt en Kwaliteit.

Gevraagd dient te worden of cliënten en/of hun vertegenwoordigers ervaren dat:

- Ze goed de weg kunnen vinden in het huis (voor PG cliënten: % familieleden dat aangeeft dat instelling ervoor zorgt dat cliënten zich kunnen oriënteren (bordjes, kleuren etc.))
- Ze het huis (ook met rolstoel) en buitenshuis kunnen komen waar hij/zij wil

6.1 De mate waarin de organisatorische eenheid cliënten in staat stelt te participeren in de samenleving

<i>Waarom Kwaliteitsindicator</i>	Volgens de Normen voor Verantwoorde Zorg mag de cliënt rekenen op aantrekkelijke mogelijkheden voor dagbesteding waarmee hij/zij invulling kan geven aan persoonlijke interesses, hobby's en een sociaal leven, en <i>contacten kan houden met de samenleving</i> (p. 15).
<i>Beschrijving</i>	Deze indicator bestaat uit een aantal subthema's: <ul style="list-style-type: none"> • woon- en leefomgeving waar wat te beleven is en uitnodigt tot intermenselijk contact en ondernemen van activiteiten • passende hulp bij mobiliteit • een klimaat van gastvrijheid: faciliteiten zijn ook uitnodigend voor verwanten, bezoekers buurtbewoners, contacten • humor en menselijke warmte zijn voelbaar • ondersteuning bij zoeken/vinden en gebruikmaken van eigen dagbestedingsmogelijkheden
<i>Teller</i>	Aantal geraadpleegde cliënten dat positieve ervaringen meldt t.a.v. bovenstaande subthema's
<i>Noemer</i>	Totaal aantal geraadpleegde cliënten
<i>Exclusie</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Rapportage</i>	Geaggregeerde score uit de CAHPS vragen xx tot en met xx.
<i>Toelichting</i>	De indicator geeft een geaggregeerde score weer. Voor geïnteresseerden zijn de scores op de afzonderlijke vragen inzichtelijk.
<i>Best Practice</i>	Nog in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

Thema's voor CAHPS vragenlijst:

Ter specificatie van de genoemde subthema's dienen de volgende items in de vragenlijst aan bod komen. Deze items zijn afkomstig uit de bestaande vragenlijst van Cliënt en Kwaliteit.

Gevraagd dient te worden of cliënten en/of hun vertegenwoordigers ervaren dat:

- ze de activiteiten die worden georganiseerd leuk vinden
- er te weinig activiteiten georganiseerd worden (bijv. in het weekend / 's avonds)
- medewerkers rekening houden met de wensen van bewoners bij het organiseren van activiteiten
- ze soms niet naar buiten kunnen omdat hulp ontbreekt
- ze bezoek op passende wijze kunnen ontvangen
- ze zich eenzaam te voelen
- ze warmte en genegenheid voelen in de contacten met mensen om hen heen

6.2 De mate waarin de organisatorische eenheid cliënten mogelijkheden biedt voor dagbesteding en – structurering

<i>Waarom Kwaliteitsindicator</i>	Volgens de Normen voor Verantwoorde Zorg mag de cliënt rekenen op aantrekkelijke mogelijkheden voor dagbesteding waarmee hij/zij invulling kan geven aan persoonlijke interesses, hobby's en een sociaal leven, en <i>contacten kan houden met de samenleving</i> (p. 15).
<i>Beschrijving</i>	Deze indicator bestaat uit de volgende subthema's: <ul style="list-style-type: none"> • woon- en leefomgeving waar wat te beleven is • een aanbod van (op beweging gerichte) activiteiten • ontspanningsaanbod • mogelijkheden voor dagbesteding, passend bij de cliënt (gewoontes interesses etc.) • ondersteuning bij zoeken/vinden en gebruikmaken van eigen dagbestedingsmogelijkheden
<i>Teller</i>	Aantal geraadpleegde cliënten dat positieve ervaringen meldt t.a.v. bovenstaande subthema's
<i>Noemer</i>	Totaal aantal geraadpleegde cliënten
<i>Exclusie</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Rapportage</i>	Geaggregeerde score uit de CAHPS vragen xx tot en met xx.
<i>Toelichting</i>	De indicator geeft een geaggregeerde score weer. Voor geïnteresseerden zijn de scores op de afzonderlijke vragen inzichtelijk.
<i>Best Practice</i>	Nog in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

Thema's voor CAHPS vragenlijst:

Ter specificatie van de genoemde subthema's dienen de volgende items in de vragenlijst aan bod komen. Deze items zijn afkomstig uit de bestaande vragenlijst van Cliënt en Kwaliteit.

Gevraagd dient te worden of cliënten en/of hun vertegenwoordigers ervaren dat:

- zich te vervelen
- wordt gehaald en gebracht als ze niet zelf naar de activiteiten toe kunnen

7.1 De mate waarin de organisatorische eenheid cliënten aandacht en ondersteuning geeft aan de eigen identiteit en levensinvulling

<i>Waarom Kwaliteitsindicator</i>	Het is een bekend verschijnsel dat veel ouderen in een intramurale setting mentale gezondheidsklachten hebben / krijgen. Het is de taak van de instelling / organisatorische eenheid aandacht en ondersteuning te bieden aan de identiteit en levensinvulling van mensen.
<i>Beschrijving</i>	Deze indicator bestaat uit enkele subthema's: <ul style="list-style-type: none"> – aandacht voor het eigen leven en de persoonlijke waarde die daaraan toegekend en ontleend wordt – aandacht voor en ondersteuning van mogelijkheden om te sturen op het eigen leven – aandacht voor en ondersteuning van levensfase gerelateerde persoonlijke ontwikkeling, levenskeuzen en zingeving – beschikbaarheid van geestelijke verzorging
<i>Teller</i>	Aantal geraadpleegde cliënten dat positieve ervaringen meldt t.a.v. bovenstaande subthema's
<i>Noemer</i>	Totaal aantal geraadpleegde cliënten
<i>Exclusie</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Rapportage</i>	Geaggregeerde score uit de CAHPS vragen xx tot en met xx.
<i>Toelichting</i>	De indicator geeft een geaggregeerde score weer. Voor geïnteresseerden zijn de scores op de afzonderlijke vragen inzichtelijk.
<i>Best Practice</i>	Nog in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

Thema's voor CAHPS vragenlijst:

Ter specificatie van de genoemde subthema's dienen de volgende items in de vragenlijst aan bod komen. Deze items zijn afkomstig uit de bestaande vragenlijst van Cliënt en Kwaliteit en deels uit het instrument 'Zicht op eigen leven' van Arcares.

Gevraagd dient te worden of cliënten en/of hun vertegenwoordigers ervaren dat:

- zij tevreden zijn met zichzelf, zoals hij/zij is als mens
- zij nieuwe dingen van zichzelf blijven ontdekken
- het aanbod van geestelijke verzorging aansluit bij hun behoefte

7.2 % cliënten dat in jaar op tijdstip T tenminste twee gediagnosticeerde symptomen van depressie had

<i>Waarom</i> <i>Kwaliteitsindicator</i>	Cliënten met depressieve gevoelens kunnen dientengevolge te maken krijgen met functionele achteruitgang en sociale isolatie, o.a. door minder (of niet) deelnemen aan activiteiten, en eventueel sterfte. Risicoverhogende factoren kunnen bijv. zijn slechte lichamelijke toestand, pijn, geheugenverlies, slaapstoornissen, verlies van partner en eerdere depressies. Nieuwe cliënten van een instelling zijn ook vaker depressief, o.a. omdat ze geconfronteerd worden met verlies van autonomie en een veranderde leefomgeving gepaard gaande met meer sociale isolatie. Depressieve gevoelens worden vaak ondergediagnostiseerd, reden waarom screening m.b.v. speciale meetinstrumenten belangrijk is, zoals de Geriatric Depression Scale (GDS) of de MDS Depression Rating Scale (MDS-DRS). Ook van belang is de arts te informeren over een risicocliënt bij signalering van depressieve gevoelens. Als therapieën worden, naast medicatie en cognitieve gedragstherapie, ook genoemd: lichttherapie, muziek, oefeningen om de ADL te verhogen, snoezelen, recreatieve activiteiten, de mogelijkheid tot expressie, spiritualiteit, deelnemen aan religieuze activiteiten, en het hebben van een huisdier. Daarnaast zou het vertellen van het levensverhaal door een cliënt aanknopingspunten kunnen geven ter behandeling van de depressieve gevoelens. Richtlijnen en een protocol zijn belangrijk, evenals deskundig personeel (Nivel, Brink&Muinen, 2004).
<i>Beschrijving</i>	% cliënten dat op tijdstip T tenminste twee gediagnosticeerde symptomen van depressie had
<i>Teller</i>	Aantal cliënten op tijdstip T met tenminste twee gediagnosticeerde symptomen van depressie
<i>Noemer</i>	Totaal aantal cliënten aan wie in jaar x zorg werd verleend in de organisatorische eenheid
<i>Exclusie</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Rapportage</i>	Via IGZ formulier GGT
<i>Toelichting</i>	Deze indicator is ook te meten via de ZIKI indicatoren van de Benchmark V&V van Arcares
<i>Best Practice</i>	Nog in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	Nieuwe cliënten, cognitief vermogen

8.1 De mate waarin een organisatorische eenheid een adequaat systeem van alarmering en alarmopvolging heeft

<i>Waarom</i> <i>Kwaliteitsindicator</i>	Een goed systeem van alarmering en alarmopvolging is cruciaal voor de veiligheid tijdens het wonen / verblijf (Normen voor Verantwoorde zorg p. 22).
<i>Beschrijving</i>	Deze indicator bestaat uit twee sub-thema's: <ul style="list-style-type: none"> - er is altijd een bel onder handbereik voor cliënten - er wordt door hulpverleners binnen vijf minuten gereageerd / ter plaatse gekomen nadat er is gebeld
<i>Teller</i>	Aantal cliënten dat bovenstaande sub-thema's bevestigt
<i>Noemer</i>	Totaal aantal geraadpleegde cliënten
<i>Exclusie</i>	Voor verpleeghuizen zou kunnen gelden dat er binnen 5 minuten een hulpverlener ter plaatse moet zijn. Voor verzorgingshuizen dat er binnen 5 minuten gereageerd moet worden.
<i>Type indicator</i>	Structuur, proces
<i>Rapportage</i>	Geaggregeerde score uit de CAHPS vragen xx tot en met xx.
<i>Toelichting</i>	De indicator geeft een geaggregeerde score weer. Voor geïnteresseerden zijn de scores op de afzonderlijke vragen inzichtelijk.
<i>Best Practice</i>	Nog in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

8.2 De instelling kan wel/ niet aantonen dat periodiek onderhoud plaatsvindt aan patiënten- tilliften o.b.v. een vastgesteld onderhoudsschema

<i>Waarom</i> <i>Kwaliteitsindicator</i>	De veiligheid van materiaal en hulpmiddelen is cruciaal voor de veiligheid van cliënten tijdens het verblijf in een verpleeg- of verzorgingshuis. De reden dat de indicator zich toespitst op 1 specifiek hulpmiddel (tilliften) is dat dit exemplarisch zal zijn voor hoe een instelling / organisatorische eenheid omgaat met de veiligheid van ander materiaal en andere hulpmiddelen.
<i>Beschrijving</i>	De instelling kan wel/ niet aantonen dat periodiek onderhoud plaatsvindt aan patiënten- tilliften o.b.v. een vastgesteld onderhoudsschema
<i>Teller</i>	n.v.t.
<i>Noemer</i>	n.v.t.
<i>Exclusie</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Rapportage</i>	Via IGZ formulier GGT
<i>Toelichting</i>	Het gaat erom dat instellingen / organisatorische eenheids dit kunnen aantonen met een document (bijvoorbeeld onderhoudsschema, registratie). Periodiek onderhoud vindt plaats met een vaste frequentie en volgens plan.
<i>Best Practice</i>	Nog vast te stellen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

8.3 De mate waarin de organisatorische eenheid een adequaat systeem van brand- inbraak- en calamiteitenpreventie heeft

<i>Waarom</i> <i>Kwaliteitsindicator</i>	Brand-, inbraak- en calamiteitenpreventie zijn de 3 belangrijkste preventie-gebieden op het terrein van veiligheid in instellingen (p.22 Visiedocument Normen voor Verantwoorde Zorg).
<i>Beschrijving</i>	De indicator bestaat uit een aantal sub-indicatoren: <ul style="list-style-type: none"> - % cliënten dat weet wat te doen in geval van brand of calamiteit - % cliënten dat aan geven dat je in de organisatorische eenheid niet hoeft op te passen voor diefstal - % cliënten dat zich veilig voelt in de instelling
<i>Teller</i>	Aantal cliënten dat positief antwoordt op bovenstaande thema's
<i>Noemer</i>	Totaal aantal bevroegde cliënten
<i>Exclusie</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Rapportage</i>	Geaggregeerde score uit de CAHPS vragen xx tot en met xx.
<i>Toelichting</i>	De indicator geeft een geaggregeerde score weer. Voor geïnteresseerden zijn de scores op de afzonderlijke vragen inzichtelijk.
<i>Best Practice</i>	Nog in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

8.4 De mate waarin de organisatorische eenheid een adequate vorm van toezicht heeft georganiseerd

<i>Waarom Kwaliteitsindicator</i>	Bekend is dat personeelsbezetting, kleinschalige woon- en verblijfsvormen en de veiligheid van bewoners met elkaar strijden om aandacht. Toch is een adequaat toezicht in de woon- en leefruimte van psychogeriatrische cliënten, de gangen en de liften cruciaal voor de veiligheid van cliënten.
<i>Beschrijving</i>	<p>De indicator bestaat uit de volgende subthema's:</p> <ul style="list-style-type: none"> • In de woon- en leefruimte van psychogeriatrische cliënten, de gangen en de liften heerst een adequate vorm van toezicht en permanente alertheid op eventuele onveilige situaties • Er wordt 7x24u toezicht geboden door gekwalificeerd personeel of geïnstrueerde personen; in overleg met cliëntenraad zijn alternatieve vormen van toezicht mogelijk • Het toezicht is toegespitst op zorgzwaarte, individuele gezondheidsrisico's en specifieke situaties van cliënten en vastgelegd op zorg(behandel)-/leefplanniveau <p>Cliënten / naasten zal worden gevraagd in hoeverre zij adequaat toezicht ervaren door deskundig personeel.</p>
<i>Teller</i>	Aantal cliënten dat positief antwoordt op bovenstaande thema's
<i>Noemer</i>	Totaal aantal bevroagde cliënten
<i>Exclusie</i>	-
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Rapportage</i>	Geaggregeerde score uit de CAHPS vragen xx tot en met xx.
<i>Toelichting</i>	De indicator geeft een geaggregeerde score weer. Voor geïnteresseerden zijn de scores op de afzonderlijke vragen inzichtelijk.
<i>Best Practice</i>	Nog in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

9.1 **Er is in de organisatorische eenheid voor cliënten met een indicatie verblijf en verpleging of behandeling wel / niet 7x24 u een verpleegkundige binnen 10 minuten ter plaatse**

<i>Waarom Kwaliteitsindicator</i>	Normen voor Verantwoorde Zorg p. 21
<i>Beschrijving</i>	Er is in de organisatorische eenheid voor cliënten met een indicatie verblijf en verpleging of behandeling wel / niet 7x24 u een verpleegkundige binnen 10 minuten beschikbaar
<i>Teller</i>	n.v.t.
<i>Noemer</i>	n.v.t.
<i>Exclusie</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Rapportage</i>	Via IGZ formulier GGT
<i>Toelichting</i>	<p>De Normen voor Verantwoorde Zorg p. 21 spreken over de bereikbaarheid en oproepbaarheid van een verpleegkundige. Het IGZ formulier GGT 2005 spreekt echter over beschikbaarheid, wat betekent dat een verpleegkundige <i>ter plaatse</i> dient te zijn. Dit laatste is aangehouden m.b.t. de verpleegkundige.</p> <p>Er wordt vanuit gegaan dat de zorg zo georganiseerd wordt dat (ook al beschikt een organisatorische eenheid over meerdere locaties) een verpleegkundige binnen tien minuten ter plaatse moet kunnen zijn.</p> <p>Voor <i>kleinschalige zorgvormen en i.g.v. lichte zorgzwaarte</i> geldt dat het ook acceptabel is als binnen 10 minuten telefonisch contact wordt gelegd met een verpleegkundige. Deze afwijking van de regel wordt in voorkomende gevallen gemotiveerd toegelicht.</p>
<i>Best Practice</i>	Nog in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

9.2 De mate waarin cliënten de aanwezigheid van voldoende bekwaam personeel ervaren

<i>Waarom Kwaliteitsindicator</i>	Cliënten hebben vaak heel goed door of een hulpverlener wel bekwaam en deskundig is in de taken die hij/zij komt verrichten. Ook merkt een cliënt het al snel als er sprake is van onderbezetting.
<i>Beschrijving</i>	Deze indicatoren bestaat uit twee sub-indicatoren: <ul style="list-style-type: none"> • % cliënten dat aangeeft weleens zorg/hulp te krijgen van personeel dat daarvoor niet is opgeleid / niet deskundig is • % cliënten dat aangeeft dat de verzorging gehaast gebeurt • aantal verschillende gezichten dat cliënten op de afdeling zien (wisselingen)
<i>Teller</i>	Aantal cliënten dat positief antwoordt op bovenstaande thema's
<i>Noemer</i>	Totaal aantal bevraagde cliënten
<i>Exclusie</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Rapportage</i>	Geaggregeerde score uit de CAHPS vragen xx tot en met xx.
<i>Toelichting</i>	De indicator geeft een geaggregeerde score weer. Voor geïnteresseerden zijn de scores op de afzonderlijke vragen inzichtelijk.
<i>Best Practice</i>	Nog in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

9.3 Er is in de organisatorische eenheid voor cliënten met een indicatie verblijf en verpleging of behandeling wel / niet 7 x 24u een arts bereikbaar en oproepbaar. Deze arts reageert binnen 10 minuten en is binnen 30 minuten ter plaatse.

<i>Waarom</i> <i>Kwaliteitsindicator</i>	Normen voor Verantwoorde Zorg p. 21
<i>Beschrijving</i>	Er is in de organisatorische eenheid voor cliënten met een indicatie verblijf en verpleging of behandeling wel / niet 7 x 24u een arts bereikbaar en oproepbaar. Deze arts reageert binnen 10 minuten en is binnen 30 minuten ter plaatse. <ul style="list-style-type: none"> - In een verpleeghuis betreft dit een verpleeghuisarts - In een verzorgingshuis betreft dit een gekwalificeerde arts en - Op een verpleegunit in een verzorgingshuis geldt dat de gekwalificeerde arts ondersteund wordt door een verpleeghuisarts via een achterwachtconstructie
<i>Teller</i>	n.v.t.
<i>Noemer</i>	n.v.t.
<i>Exclusie</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Rapportage</i>	Via IGZ formulier GGT
<i>Toelichting</i>	<ul style="list-style-type: none"> - In een verpleeghuis betreft dit een verpleeghuisarts - In een verzorgingshuis betreft dit een gekwalificeerde arts en - Op een verpleegunit in een verzorgingshuis geldt dat de gekwalificeerde arts ondersteund wordt door een verpleeghuisarts via een achterwachtconstructie <p>Verzorgingshuizen en verpleegunits in een verzorgingshuis omschrijven welke deskundigheid zij precies hebben geregeld.</p>
<i>Best Practice</i>	Nog in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

9.4 **De mate waarin het personeel bekwaam is in het uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen**

<i>Waarom Kwaliteitsindicator</i>	Het meeste risico lopen patiënten bij voorbehouden en risicovolle handelingen. Daarom dient in ieder geval de deskundigheid van personeel op dit gebied gewaarborgd te zijn.
<i>Beschrijving</i>	Instelling kan wel/niet aantonen dat in jaar x door middel van een 'praktijktoets' is getoetst of medewerkers die voorbehouden handelingen uitvoeren bekwaam zijn in het uitvoeren van voor behouden en/of risicovolle handelingen.
<i>Teller</i>	n.v.t.
<i>Noemer</i>	n.v.t
<i>Exclusie</i>	n.v.t
<i>Type indicator</i>	structuur
<i>Rapportage</i>	Via IGZ formulier GGT
<i>Toelichting</i>	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 met een document aangetoond kan worden dat de bekwaamheid van het personeel op deze wijze is getoetst. Voorbehouden handelingen zijn handelingen die door niet-artsen alleen in opdracht van een arts uitgevoerd mogen worden. Deze handelingen zijn in de wet BIG omschreven. Risicovolle handelingen zijn handelingen, bijvoorbeeld met technische hulpmiddelen, die specifieke deskundigheid vereisen.
<i>Best Practice</i>	Nog in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

9.5 **Locatie werkt wel / niet met capaciteitsplanningsinstrument waarin relatie wordt gelegd tussen cliëntenpopulatie, hun zorgbehoeften, zorgzwaartes en de daarvoor benodigde omvang, aard, deskundigheid van personeelsformatie**

<i>Waarom</i> <i>Kwaliteitsindicator</i>	Het feit dat een instelling / locatie met een dergelijk instrument werkt zegt mogelijk al iets over de mate waarin er een goede balans is tussen de cliëntenpopulatie, hun zorgbehoeften en zorgzwaartes en de daarvoor benodigde omvang, aard en deskundigheid van de personeelsformatie.
<i>Beschrijving</i>	Locatie werkt wel/niet met instrument voor capaciteitsplanning waarin relatie wordt gelegd tussen de cliëntenpopulatie, hun zorgbehoeften en zorgzwaartes en de daarvoor benodigde omvang, aard en deskundigheid van de personeelsformatie
<i>Teller</i>	n.v.t.
<i>Noemer</i>	n.v.t.
<i>Exclusie</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Rapportage</i>	Via IGZ formulier GGT
<i>Toelichting</i>	-
<i>Best Practice</i>	Nog vast te stellen
<i>Risk - Adjustment</i>	N.v.t.

9.6 De organisatorische eenheid houdt wel/niet met enige regelmaat een Medewerkerraadpleging

<i>Waarom Kwaliteitsindicator</i>	Het visiedocument Normen voor Verantwoorde Zorg omschrijft de medewerkerraadpleging als belangrijk onderdeel van een organisatie die aan kwaliteitszorg doet.
<i>Beschrijving</i>	De organisatorische eenheid houdt wel/niet met enige regelmaat een medewerkerraadpleging
<i>Teller</i>	n.v.t.
<i>Noemer</i>	n.v.t
<i>Exclusie</i>	n.v.t
<i>Type indicator</i>	structuur
<i>Rapportage</i>	Via IGZ formulier GGT
<i>Toelichting</i>	<p>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 met een document aangetoond kan worden dat de bekwaamheid van het personeel op deze wijze is getoetst.</p> <p>Voorbehouden handelingen zijn handelingen die door niet-artsen alleen in opdracht van een arts uitgevoerd mogen worden. Deze handelingen zijn in de wet BIG omschreven. Risicovolle handelingen zijn handelingen, bijvoorbeeld met technische hulpmiddelen, die specifieke deskundigheid vereisen.</p>
<i>Best Practice</i>	Nog in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

10. De mate waarin cliënten een goede samenwerking en afstemming met ketenpartners ervaren.

<i>Waarom</i> <i>Kwaliteitsindicator</i>	Kwalitatief goede zorg houdt niet op bij de instellingsmuren. Van instellingen wordt tegenwoordig gevraagd dat zij een soepel ketentraject voor de cliënt organiseren. De cliënt mag er op zijn beurt op rekenen dat instellingsmuren niet langer betekenen dat de zorg hapert.
<i>Beschrijving</i>	De mate waarin cliënten een goede samenwerking en afstemming met ketenpartners ervaren
<i>Teller</i>	Aantal cliënten dat positief oordeelt over de informatievoorziening op elk van bovengenoemde punten
<i>Noemer</i>	Totaal aantal geraadpleegde cliënten
<i>Exclusie</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Rapportage</i>	Geaggregeerde score uit de CAHPS vragen xx tot en met xx.
<i>Toelichting</i>	De indicator geeft een geaggregeerde score weer. Voor geïnteresseerden zijn de scores op de afzonderlijke vragen inzichtelijk.
<i>Best Practice</i>	Nog in te vullen
<i>Risk - Adjustment</i>	n.v.t.

Thema's voor CAHPS vragenlijst:

Ter specificatie van de genoemde subthema's dienen onder andere de volgende items in de vragenlijst aan bod komen. Het is een selectie van items, afkomstig uit de bestaande vragenlijst van Cliënt en Kwaliteit. Deze lijst bevat echter nog meer items over bejegening die evengoed in aanmerking kunnen komen.

- moeten cliënten vaak hetzelfde verhaal vertellen bij binnenkomst
- is informatie op tijd aanwezig
- ...

11. Compleet Kwaliteitsysteem

<i>Waarom Kwaliteitsindicator</i>	Een kwaliteitsysteem is voorwaarde voor goed realiseren van uitkomsten. Deze indicatoren kunnen optimaal functioneren als ze ook in interne sturing worden meegenomen (BSC van organisatorische eenheidmanagent, etc etc). Omdat we hier naar uitkomsten kijken, is de vraag HOE instellingen deze uitkomsten realiseren echter niet meer relevant voor extern toezicht.
<i>Beschrijving</i>	
<i>Teller</i>	
<i>Noemer</i>	
<i>Exclusie</i>	
<i>Type indicator</i>	
<i>Rapportage</i>	
<i>Toelichting</i>	
<i>Best Practice</i>	
<i>Risk - Adjustment</i>	