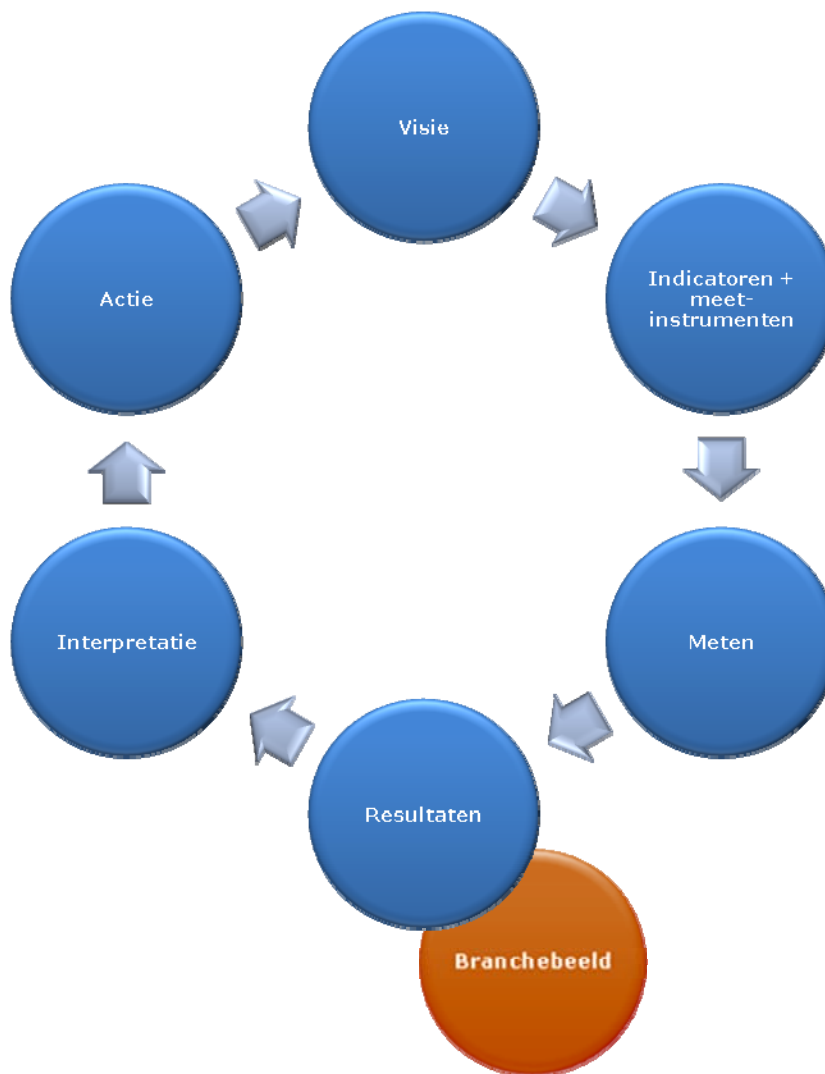


# De toon gezet: één taal voor kwaliteit

*Rapport van de Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde zorg  
Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (VV&T)*



## Een trots woord van dank

Meten is weten. En weten is verbeteren. Met dat doel in ons achterhoofd sloegen we in 2005 de handen ineen om samen te werken aan het transparant maken van de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VV&T). We wilden een goed beeld krijgen van de kwaliteit van deze sector, voor onszelf, maar ook ten behoeve van alle betrokken partijen. Vervolgens moeten er op basis van de resultaten verbeteracties mogelijk gemaakt worden. Het gaat er nu om alle betrokkenen tot deze verbetermaatregelen te stimuleren. Want wie 'A' zegt, moet ook 'B' zeggen.

De taak die de Stuurgroep zichzelf heeft gesteld was voor mij een persoonlijke uitdaging: een kwalitatief hoogwaardige VV&T-sector is mij veel waard. Dat heeft enerzijds te maken met mijn vroegere werkzaamheden in de zorg en anderzijds met mijn huidige functie als Hoofdinspecteur van deze sector. Ik probeer vanuit mijn positie voortdurend (toezichts)prikkels te geven om op die manier de sector te stimuleren zich continu te verbeteren.

Transparantie is een onmisbare voorwaarde voor kwaliteitsverbetering. Verborgen agenda's leiden tot niets. Uitsluitend op basis van betrouwbare informatie over de aangeboden en geleverde kwaliteit van zorg kunnen instellingen nu beoordelen hoe ze ervoor staan en kunnen consumenten, toezichthouders en beleidsmakers tot een oordeel over de instellingen komen. Het doel voor alle partijen moet daarbij zijn: de kwaliteit van zorg verder te verbeteren. In instellingen zelf worden actiepunten geformuleerd. Soms zijn hiervoor externe prikkels nodig, bijvoorbeeld door landelijke vergelijkingen of benchmarkonderzoek. De kracht van verantwoorde zorg ligt met andere woorden in het samenvloeien van eisen die een instelling aan zichzelf stelt en in de verwachtingen die externe partijen hebben ten aanzien van de instelling.

Omdat de inhoud centraal staat, zijn alle Stuurgroeppartijen intensief betrokken geweest bij de werkzaamheden. Het gaat om een zeer complex proces waarbij vooral de flexibiliteit van de zorgaanbieders op proef werd gesteld. Ik ben hen daar zeer erkentelijk voor. Want zonder de enorme inzet en betrokkenheid van deze instellingen had de Stuurgroep deze eerste presentatie van gegevens uit Verantwoorde zorg nooit kunnen realiseren.

'Better done than perfect!' En daarvoor petje af! Op die manier kijk ik terug op drie jaren van hard werken, veel praten en vooral veel doen. Want er zijn echt enorme stappen gezet. De VV&T-sector is de eerste sector die bijna volledig transparant is en waarbij kwaliteitsinformatie op een unieke wijze is verzameld (indicatoren) en bewerkt (casemixcorrectie). Een prestatie waarvoor ook internationaal gezien veel aandacht is.

Maar we zijn er nog lang niet. Het systeem van meten, registreren, bewerken en presenteren moet verder ontwikkeld worden, vooral op operationeel en technisch gebied. Om die reden zijn de eerste uitkomsten die nu openbaar worden (via Jaardocument zorg, [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl), de continue Benchmark van ActiZ en via dit rapport), een eerste proeve van de mogelijkheden die het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg kan bieden. De berekening van de uitkomsten (weergegeven in sterren), maar ook de beschikbare informatie wordt daarom uitvoerig geëvalueerd. Om in de toekomst over kwaliteitsgegevens te kunnen beschikken die aan de kwaliteitseisen van de Stuurgroeppartijen en gebruikers kunnen voldoen.

Tot slot een woord van dank aan de Projectgroep, het bureau Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit, en alle externe partijen die een onmisbare bijdrage hebben geleverd aan de implementatiefase. Het is mijn innige wens, dat zij, met in hun gereedschapskoffer de geleerde lessen uit deze eerste ronde, op de ingeslagen weg doorgaan.

Veel dank, en succes met de volgende ronde!

Jenneke van Veen, voorzitter Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde zorg

## Leeswijzer

### Doel van dit rapport

Dit rapport hoort bij het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg VV&T. Het is een belangrijke mijlpaal in het proces naar een goedwerkend Kwaliteitskader. Want na inrichting van het kader en de uitvoering daarvan in de eerste meting is het nu van belang de resultaten daarvan in de juiste context te plaatsen.

Met dit rapport wil de Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde zorg verschillende belanghebbenden, bijvoorbeeld verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorgaanbieders, de politiek en de media, handreikingen bieden om de cijfers op eenduidige wijze te interpreteren. Bovendien wil het rapport laten zien waar de kwaliteit van zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen en in de zorg thuis, kan verbeteren door een eerste branchebeeld te presenteren op basis van de nieuwe gegevens.

### Inhoud van het rapport

Het rapport bestaat uit vier samenhangende onderdelen:

#### *Deel I: Over kwaliteitsverbetering en transparantie*

Een verhalend deel met achtergrondinformatie over het Kwaliteitskader en de implementatie ervan. Over dat proces, maar ook over de eerste resultaten daarvan, geven Stuurgroepleden een reflectie.

#### *Deel II: Branchebeeld*

Een overzicht van de (meet)resultaten van de metingen uit het verantwoordingsjaar 2007. Een eerste beeld dat u een indruk geeft van de mogelijkheden van de kwaliteitsgegevens uit Verantwoorde zorg. En u voor nu een indruk geeft van de stand van zaken (nulmeting) in de verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg.

#### *Deel III: Interpretatieregels en ordeningsmodel*

De uitkomsten van de metingen met het instrumentarium van het Kwaliteitskader zijn met grote zorgvuldigheid berekend, na een gedegen proces van schoning en validering. Om u te helpen met een juiste interpretatie daarvan en/of een juist gebruik, biedt de Stuurgroep u een set inhoudelijke interpretatieregels bij de uitkomsten van de indicatoren (scores in sterren). Tevens biedt de Stuurgroep u een ordeningsmodel op basis van de interpretatieregels.

#### *Deel IV: Acties voor de sector*

Uit het eerste (verslag)jaar van meten, registreren, bewerken en presenteren, kan veel geleerd worden. En veel verbeterd. Soms kan dat snel, maar vaak is ook onderzoek nodig om verstandige keuzes te kunnen maken. Deel vier van dit rapport geeft een overzicht van geleerde lessen en de acties die daaruit zouden moeten voortvloeien.

## **Afzender van het rapport**

De Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde zorg, die tevens verantwoordelijk is geweest voor vaststelling van het Kwaliteitskader in 2007, is afzender van dit rapport. In deze Stuurgroep worden de onderstaande organisaties door de daarbij genoemde personen vertegenwoordigd:

- LOC-LPR, cliëntenorganisatie, mevr. drs. Yvonne van Gilse, directeur/bestuurder.
- NVVA, beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters, mevr. drs. Wineke Weeder, bestuurder.
- V&VN, beroepsvereniging van zorgprofessionals, mevr. drs. Marie-José Willemse, directeur.
- Sting, landelijke beroepsvereniging verzorging & zorgprojecten, mevr. drs. Betsy Albers, directeur.
- ActiZ, brancheorganisatie van zorgondernemers, tot 1 januari 2008, mevr. drs. Mariëlle Rompa, daarna mevr. drs. Karin Lieber, bestuurslid.
- Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN), mevr. drs. Diana van Langerak, bestuurssecretaris.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), mevr. dr. Corry Ketelaars, programmaleider ouderenzorg.
- Zorgverzekeraars Nederland, tot 1 juli 2008, drs. Jan Coolen, coördinator AWBZ.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), mevr. drs. Anja Jonkers.

Het creëren van bestuurlijk draagvlak is de belangrijkste verantwoordelijkheid van de Stuurgroep. Jenneke van Veen, hoofdinspecteur Verpleging en Chronische zorg, Inspectie voor de Gezondheidszorg, zit de Stuurgroep op persoonlijke titel voor. De Stuurgroep wordt inhoudelijk geadviseerd door de Projectgroep, die ook de uitvoerende werkzaamheden voor haar rekening neemt.

Het secretariaat van de Stuurgroep is in handen van het bureau Zichtbare zorg (voorheen Zorgbrede transparantie van kwaliteit). Dit bureau ondersteunt alle sectoren in de zorg bij de ambitie om de kwaliteit van de geleverde zorg inzichtelijk te maken. Daarnaast zet het bureau zich in om te waarborgen dat de gepubliceerde informatie valide, betrouwbaar en daadwerkelijk verkrijgbaar is.

## Inhoudsopgave

|  |           |
|--|-----------|
| Een trots woord van dank   | 1         |
| Leeswijzer   | 2         |
| Inhoudsopgave  | 4         |
| Algemene bijlage I: Afkortingenlijst   | 7         |
| Algemene bijlage II: Bronnen   | 8         |
| <b>DEEL I: OVER KWALITEITSVERBETERING EN TRANSPARANTIE</b>                             | <b>11</b> |
| 1 Naar een Kwaliteitskader Verantwoorde zorg   | 12        |
| 1.1 Inleiding  | 12        |
| 1.2 Kwaliteitskader Verantwoorde zorg: wat en waarom                                   | 12        |
| 1.3 Het Kwaliteitskader maakt visie op Verantwoorde zorg zichtbaar                     | 13        |
| 1.4 Naar een Kwaliteitskader: het proces   | 15        |
| 1.4.1 Visieontwikkeling: kwaliteitsverbetering en transparantie                        | 15        |
| 1.4.2 Toetsingskaders en indicatoren   | 16        |
| 1.4.3 Pilot  | 17        |
| 1.4.4 Een definitief Kwaliteitskader Verantwoorde zorg                                 | 17        |
| 1.4.5 Doorontwikkeling   | 18        |
| 1.4.6 Stuurgroep   | 18        |
| 2 Meten = weten = verbeteren   | 20        |
| 2.1 Inleiding  | 20        |
| 2.2 Uitgangspunten bij de ontwikkeling van het Kwaliteitskader                         | 21        |
| 2.2.1 Keuze voor uitkomstindicatoren   | 21        |
| 2.2.2 Indicatoren of normen  | 21        |
| 2.2.3 Ervaringen   | 21        |
| 2.3 Indicatoren van Verantwoorde zorg  | 21        |
| 2.4 Meetproces   | 24        |
| 2.4.1 De CQ-index: methodiek om cliëntervaringen te meten                              | 24        |
| 2.4.2 Onafhankelijke meting door een (geaccrediteerd) meetbureau                       | 25        |
| 2.4.3 CQ in de praktijk: van ruwe meetresultaten tot cliënteninformatie                | 25        |
| 2.4.4 Zorginhoudelijke metingen op organisatieniveau en cliëntniveau                   | 25        |
| 2.4.5 Technische database Verantwoorde zorg VVT: spin in het web                       | 26        |
| 2.4.6 Van (meet)resultaten tot uitkomsten: de casemixcorrectie                         | 27        |
| 3 Reflectie van de stuurgroeppartners op het branchebeeld                              | 28        |
| 3.1 LOC-LPR: 'het branchebeeld is een eerste foto'                                     | 28        |
| 3.2 NVVA: 'Nadere analyse en vergelijkend onderzoek zijn nodig'                        | 28        |
| 3.3 V&VN: 'Branchebeeld is geen papieren tijger, maar een concreet werkdocument'       | 29        |
| 3.4 Sting: 'Het branchebeeld biedt instellingen een instrument om aan de slag te gaan' | 30        |
| 3.5 ActiZ: 'Het gaat ons om de kwaliteit van leven'                                    | 31        |
| 3.6 BTN: 'Met het branchebeeld kunnen instellingen van elkaar leren'                   | 32        |
| 3.7 IGZ: 'Branchebeeld biedt aangrijpingspunten bij de uitoefening van onze taak'      | 32        |
| 4 Het proces naar kwaliteitsverbetering en transparantie                               | 34        |

|  |   |           |
|--|---|-----------|
| <b>DEEL II: BRANCHEBEELD</b>                               |   | <b>37</b> |
| 1  | Inleiding   | 38        |
|  | 1.1 Voorbehoud ten aanzien van de data                            | 38        |
|  | 1.2 Niet verwarren met sterren                                    | 38        |
| 2  | De data op hoofdlijnen  | 39        |
|  | 2.1 Overall beeld verpleging, verzorging en thuiszorg             | 39        |
| 3  | Uitleg weergave resultaten  | 43        |
|  | 3.1 Grafieken: resultaten in één oogopslag                        | 43        |
|  | 3.2 Spreiding: de kleuren   | 43        |
|  | 3.3 Schaal  | 43        |
|  | 3.4 Gemiddelde  | 43        |
|  | 3.5 Mediaan   | 44        |
|  | 3.6 Minimum, maximum  | 44        |
|  | 3.7 Drie soorten grafieken  | 44        |
| 4  | Overzicht resultaten  | 46        |
| 5  | Resultaten op indicatorniveau                                     | 52        |
|  | 5.1 Zorg(behandel)-/leefplan                                      | 52        |
|  | 5.2 Communicatie en informatie                                    | 54        |
|  | 5.3 Lichamelijk welbevinden                                       | 56        |
|  | 5.4 Zorginhoudelijke veiligheid                                   | 57        |
|  | 5.5 Woon- en leefomstandigheden                                   | 72        |
|  | 5.6 Participatie en sociale redzaamheid                           | 74        |
|  | 5.7 Mentaal welbevinden   | 75        |
|  | 5.8 Veiligheid wonen/verblijf                                     | 77        |
|  | 5.9 Voldoende en bekwaam personeel                                | 79        |
|  | 5.10 Samenhang in zorg  | 81        |
|  | Bijlage I: Kengetallen per indicator                              | 82        |
| <b>DEEL III: INTERPRETATIEREGELS EN EEN ORDENINGSMODEL</b> |   | <b>86</b> |
| 1  | Inleiding   | 87        |
|  | 1.1 Doel interpretatieregels                                      | 87        |
|  | 1.2 Gehanteerde aanpak en methoden                                | 87        |
|  | 1.2.1 Afstemming met IGZ Onderzoek & Implementatie (O&I)          | 87        |
|  | 1.2.2 Interviews met leden van de Stuurgroep Kwaliteitskader      |           |
|  | Verantwoorde zorg   | 88        |
|  | 1.2.3 Wetenschappelijke toets                                     | 88        |
|  | 1.2.4 Brondata  | 88        |
|  | 1.2.5 Methoden per onderdeel                                      | 88        |
|  | 1.3 Opbouw van dit deel   | 88        |
| 2  | Zeggingskracht gepubliceerde gegevens                             | 89        |
|  | 2.1 Better done than perfect                                      | 89        |
|  | 2.2 Kanttekeningen bij (te) vroegtijdig gebruik prestatiegegevens | 89        |
|  | 2.3 Niet stilzitten   | 90        |
|  | 2.4 Waarom interpretatieregels en een ordeningsmodel?             | 91        |

|       |  |            |
|-------|--|------------|
| 3     | Interpretatieregels                          | 92         |
| 3.1   | Indicatoren waarbij behoefte is aan nuance   | 92         |
| 3.1.1 | Zorginhoudelijke veiligheid                  | 94         |
| 3.1.2 | Woon- en leefomstandigheden                  | 95         |
| 3.1.3 | Mentaal welbevinden                          | 95         |
| 3.2   | Samenhang                                    | 96         |
| 3.2.1 | Methoden                                     | 96         |
| 3.2.2 | Uitkomsten samenhang tussen indicatoren      | 96         |
| 4     | Een ordeningsmodel                           | 99         |
| 4.1   | Uitgangspunten                               | 99         |
| 4.2   | De werking van het ordeningsmodel            | 99         |
|       | Bijlage I: Correlatiecoëfficiënt en P-waarde | 105        |
|       | Bijlage II: Stergrenzen                      | 106        |
|       | <b>DEEL IV: ACTIES</b>                       | <b>111</b> |

## Algemene bijlage I: Afkortingenlijst

---

### Afkortingenlijst

---

|              |   |
|--------------|---|
| CQ-indicator | Cliëntervaringsindicator (Consumer Quality)                   |
| IGZ          | Inspectie voor de Gezondheidszorg                             |
| LPZ          | Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen                    |
| NVVA         | Beroepsvereniging van Verpleeghuisartsen en Sociaal Geriaters |
| OE           | Organisatorische eenheid                                      |
| PG           | Psychogeriatrische zorg                                       |
| Sting        | Landelijke beroepsvereniging verzorging & zorgprojecten       |
| VV&T         | Verpleging, Verzorging & Thuiszorg                            |
| V&V          | Verpleging & Verzorging                                       |
| V&VN         | Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland                     |
| VWS          | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport              |
| WTZi         | Wet toelating zorginstellingen                                |
| ZI-indicator | Zorginhoudelijke indicator                                    |
| ZT           | Zorg Thuis  |

---



## Algemene bijlage II: Bronnen

---

### Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde zorg

---

| <i>Organisatie</i>  | <i>Functionaris</i>  |
|---|--|
| Onafhankelijk voorzitter  | mevr. drs. Jenneke van Veen  |
| Onafhankelijk adviseur tot 1 september 2008                           | drs. Henk Kouwenhoven<br>directeur kwaliteit en innovatie bij Cordaan  |
| LOC-LPR<br>Cliëntenorganisatie  | mevr. drs. Yvonne van Gilse<br>directeur/bestuurder  |
| NVVA<br>beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters | mevr. drs. Wineke Weeder<br>bestuurder   |
| V&VN  | mevr. drs. Marie-José Willemse<br>directeur  |
| Sting<br>landelijke beroepsvereniging verzorging & zorgprojecten      | mevr. drs. Betsy Albers<br>directeur   |
| ActiZ<br>brancheorganisatie van zorgondernemers                       | mevr. drs. Mariëlle Rompa,<br>directeur tot 1 januari 2008,<br>daarna<br>mevr. drs. Karin Lieber,<br>bestuurslid   |
| Branchebelang Thuiszorg Nederland<br>(BTN)                            | mevr. drs. Diana van Langerak<br>bestuurssecretaris  |
| Inspectie voor de Gezondheidszorg<br>(IGZ)                            | mevr. dr. Corry Ketelaars<br>coördinerend inspecteur   |
| Zorgverzekeraars Nederland<br>(ZN)                                    | drs. Jan Coolen<br>coördinator AWBZ tot 1 juli 2008  |
| Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport<br>(VWS)             | mevr. drs. Anja Jonkers,<br>senior beleidsmedewerker   |
| Programmabureau Zichtbare zorg<br>(ZbTK)                              | mevr. drs. H.E.M Rodenburg-van Dieten<br>secretaris, tot en met juli 2008<br>mevr. mr. K.I.M. Schoen<br>secretaris |

---

---

## Wetenschappelijke adviesraad

---

dr. Xander Koolman, universitair docent Erasmus Universiteit Rotterdam

mevr. dr. Diana Delnoij, Directeur Centrum Klantervaring Zorg

prof. dr. Jos Schols, Universiteit Tilburg en Stichting Vivre Maastricht

dr. Dinnus Frijters, Vrije Universiteit en Prismant

dr. Jules Ellis, Radboud Universiteit Nijmegen.

---

## Projectgroep

---

| <i>Organisatie</i>  | <i>Functionaris</i>  |
|---|--|
| LOC-LPR<br>cliëntenorganisatie  | drs. Marthijn Laterveer<br>plaatsvervangend directeur bij LOC-LPR  |
| NVVA<br>beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters | mevr. drs. Astria Rühl<br>coördinator kwaliteitsbeleid bij de NVVA |
| V&VN  | mevr. drs. Francis Bolle<br>beleidsmedewerker                      |
| Sting   | mevr. drs. Marjorie de Been<br>beleidsmedewerker                   |
| ActiZ<br>brancheorganisatie van zorgondernemers                       | mevr. dr. Ivette Heesbeen<br>senior beleidsmedewerker bij ActiZ    |
| Inspectie voor de Gezondheidszorg<br>(IGZ)                            | dr. Thijs Melchior<br>coördinerend inspecteur ouderenzorg          |
| Zorgverzekeraars Nederland<br>(ZN)                                    | drs. Jan Coolen<br>coördinator AWBZ tot 1 juli 2008                |
| Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport<br>(VWS)             | mevr. drs. Anja Jonkers<br>senior beleidsmedewerker                |
| Plexus Medical group  | drs. Stef Groenewoud<br>adviseur                                   |
| Programmabureau Zichtbare zorg (ZbTK)                                 | mevr. mr. Kim Schoen<br>voorzitter                                 |

---

## Colofon

Dit is een uitgave van de Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde zorg, september 2008



Deze uitgave is mede tot stand gekomen door het Programmabureau Zichtbare zorg (ZbTK). Het bureau draagt zorg voor het secretariaat van de Stuurgroep.



Postbus 20350 ,2500 EJ Den Haag  
Parnassusplein 5, Den Haag  
070 3406900  
E: [helpdesk@zichtbarezorg.nl](mailto:helpdesk@zichtbarezorg.nl)  
[www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl)

Het branchebeeld, de interpretatieregels en het ordeningsmodel zijn, in opdracht van de Stuurgroep, opgesteld door Plexus Medical Group.



Plexus Medical Group  
H.J.E. Wenckebachweg 200  
1096 AS Amsterdam  
020 3010800  
[www.plexus.nl](http://www.plexus.nl)

Samenstelling en eindredactie zijn verzorgd door **toelis** tekst|communicatie.

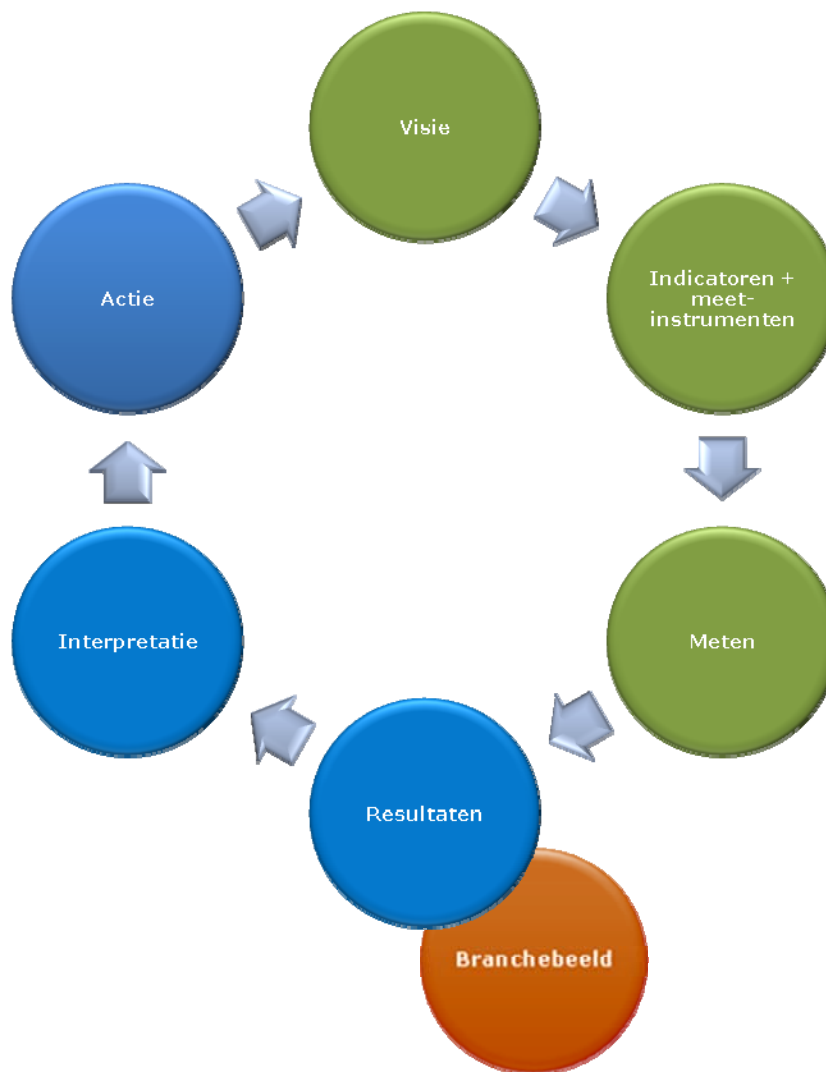


**toelis** tekst|communicatie  
Koningin Emmakade 172  
2518 JN De Haag  
070 3122040  
[www.toelis.nl](http://www.toelis.nl)

# De toon gezet: één taal voor kwaliteit

*Rapport van de Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde zorg  
Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (VV&T)*

## Deel I: Over kwaliteitsverbetering en transparantie



# 1 Naar een Kwaliteitskader Verantwoorde zorg

## 1.1 Inleiding

Wat is een Kwaliteitskader? Wat betekent het? Belangrijker nog: waarom hebben de partners in de Stuurgroep zich hieraan verbonden?

Op deze en legio andere vragen, wil de Stuurgroep u in de volgende hoofdstukken een antwoord geven. Het Kwaliteitskader is een traject van jaren geweest, met veel bestuurlijke overleggen en inhoudelijke keuzes. Daarbij is de persoonlijke inzet van vertegenwoordigers van de verschillende organisaties onmisbaar geweest. De complexiteit van het traject en de persoonlijke betrokkenheid van de deelnemende organisaties leest u in de volgende hoofdstukken.

## 1.2 Kwaliteitskader Verantwoorde zorg: wat en waarom

Het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (VV&T) is een handboek met indicatoren, die gecombineerd een set vormen waarmee de kwaliteit van de geleverde zorg kan worden gemeten. Het Kwaliteitskader is gebaseerd op het in 2006 vastgestelde toetsingskader Verantwoorde zorg.

Het Kwaliteitskader dient een aantal doelen. Allereerst bieden de uitkomsten van de metingen informatie voor organisaties ten behoeve van interne sturing en verbetering van de kwaliteit van zorg. Ten tweede bieden de uitkomsten informatie voor externe verantwoording en transparantie over de kwaliteit van zorg. Bijvoorbeeld voor de toezichthouder en/of de zorgkantoren. Zo kan de toezichthouder, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, met de verkregen informatie het toezicht effectief en gericht uitoefenen en kunnen zorgverzekeraars op basis van de informatie zorg voor hun verzekerden inkopen. Tot slot kunnen cliënten de uit de metingen verkregen informatie gebruiken bij het maken van keuzes (keuze-informatie).

### **Ambities**

De oorspronkelijke ambities waren voor alle partners, vertegenwoordigd in de Stuurgroep Verantwoorde zorg, dezelfde: verbetering en transparantie van de geboden kwaliteit van zorg.

Elke partner benaderde die ambities wel vanuit eigen perspectief. Zo wilden zorgorganisaties met elkaar formuleren wat ze onder verantwoorde zorg verstonden, wat het kwaliteitsniveau zou moeten zijn en waaraan de zorg in Nederland ten minste zou moeten voldoen.

Vanuit cliëntenperspectief was de ambitie te komen tot een duidelijker focus op normen en prestaties. Daarnaast leefde de wens een systeem te ontwikkelen waarbij de onderlinge vergelijkbaarheid van zorgorganisaties - met als effect het verbeteren van de kwaliteit - mogelijk zou zijn.

Ook zorgprofessionals hadden hun eigen belang. Door het meten van de indicatoren zouden zij de door hun geleverde kwaliteit kunnen vergelijken met die van andere zorgprofessionals. Met die informatie zouden ze vervolgens verbeteringen kunnen doorvoeren, op afdeling, organisatie- en landelijk niveau.

### **Voorgeschiedenis**

De ambities om tot een Kwaliteitskader te komen, ontstonden na de hectiek over ontoereikende zorg op basis van inspectierapporten in 2004 en 2005. In de jaren 2000-2001 verschenen er rapporten over de sector

vanwege personeelstekort gedurende de zomervakantie. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft daarop het veld opgeroepen ondergrens-indicatoren vast te stellen, de zogenoemde tien alarmbellen.

Uit toezicht door de Inspectie in de jaren 2004-2005 bleek dat circa 80% van de verpleeg- en verzorgingshuizen die ondergrens niet haalde. Dat had veel negatieve publiciteit tot gevolg. Bij het verschijnen van het Inspectierapport 'Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet' in september 2004, gaven verschillende partijen aan dat de toen gehanteerde indicatoren (tien alarmbellen) niet de goede waren. Er ontstond discussie in het veld over het hanteren van een ondergrens in de zorg. Vanaf dat moment is er een versnelde start gemaakt om te komen tot normen voor verantwoorde zorg. Het gaat om relatieve normen waarbij het uitgangspunt een onderlinge vergelijking tussen instellingen is. Het is nooit de bedoeling geweest om minimumgrenzen te bepalen.

Hoewel de grote aandacht van media en politiek voor de tekorten in de zorg wellicht de directe aanleiding vormden om tot een Kwaliteitskader Verantwoorde zorg te komen, is er een diepere aanleiding. In de Kwaliteitswet zorginstellingen is namelijk vastgelegd dat er verantwoorde zorg moet worden geleverd. Maar wat is verantwoorde zorg? Er bleek niet één perspectief te zijn, maar meer perspectieven die verenigbaar zijn. Het was dus nodig om met elkaar om de tafel te gaan om vast te stellen wat verantwoorde zorg is.

### 1.3 Het Kwaliteitskader maakt visie op Verantwoorde zorg zichtbaar

De afgelopen jaren hebben zorgorganisaties, professionals, cliëntenorganisaties, zorgverzekeraars en de Inspectie voor de Gezondheidszorg samengewerkt aan het transparant maken van de kwaliteit van de geleverde zorg. Het zichtbaar maken van deze kwaliteit door middel van een Kwaliteitskader is essentieel voor de goede werking van het nieuwe zorgstelsel. Uitgangspunt van dat stelsel is namelijk dat cliënten een keuze kunnen maken op basis van objectieve, betrouwbare en vergelijkbare informatie over de prestaties van zorgaanbieders. De in de Stuurgroep samenwerkende partners hebben gezamenlijk vastgesteld over welk zorgaanbod de kwaliteit zichtbaar moest worden (zie hoofdstuk 2). Bovendien hebben ze afgesproken erop toe te zien dat dit daadwerkelijk gebeurt.

Zoals al eerder opgemerkt zijn niet alleen cliënten gebaat bij objectieve kwaliteitsinformatie. Zorgaanbieders en -professionals kunnen de informatie gebruiken voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg en van hun werkwijze. De Inspectie voor de Gezondheidszorg kan met de informatie gericht toezicht houden. De overheid kan de informatie gebruiken om de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg te beoordelen in relatie tot het gevoerde beleid.

De zorgverzekeraars hebben zich gecommitteerd aan de afspraken in de Stuurgroep. Zij kunnen bij inkoop van zorg het Kwaliteitskader als richtsnoer voor kwaliteit van de zorg hanteren. Tot nu toe hanteerden zij hun eigen kwaliteitssystemen, vragenlijsten, certificaten en keurmerken.

#### **Verantwoording**

Het Kwaliteitskader is een instrument waarmee zorgorganisaties intern verantwoording kunnen afleggen aan hun Raad van Toezicht en aan de cliëntenraad. De uit het kader voortkomende informatie geeft immers weer welke zorgkwaliteit de instellingen leveren. Die informatie kan vervolgens worden gebruikt om de kwaliteit te verbeteren.

Met het Kwaliteitskader leggen zorgorganisaties ook extern verantwoording af. Dat gebeurt jaarlijks met het op te leveren Jaardocument Zorg. Daartoe zijn zorgorganisaties wettelijk verplicht (WTZi). Dit betekent dat zorgorganisatie toe moeten werken naar continue registratie en een continue meetproces van kwaliteit van zorg.

De Stuurgroepleden spraken af dat de CQ-index, een methodiek om cliëntervaringen te meten, eenmaal per twee jaar wordt afgenomen. Zorginhoudelijke indicatoren worden jaarlijks gemeten.

### **Meerwaarde**

De meerwaarde van het Kwaliteitskader zit in de gezamenlijke in de Stuurgroep gemaakte afspraken. Bijvoorbeeld over de definitie van kwaliteit. 'Die hebben we vastgesteld', zegt een beleidsmedewerker van het ministerie van VWS. 'Daarover is geen discussie meer. Daardoor kunnen we een debat over kwaliteit gaan voeren in plaats van over de definitie daarvan. Die helderheid zorgt voor een krachtig handvat om kwaliteit van de zorg openbaar en transparant te maken.'

Ook Jan Coolen, Stuurgroep lid namens Zorgverzekeraars Nederland, ziet in de 'eenheid van taal' de belangrijkste meerwaarde. 'We hebben gekozen voor een benadering van tien thema's voor verantwoorde zorg, waarbij de cliënt centraal staat. Een simpele benadering waar alle instellingen zich aan houden. Daarmee hebben we een basis gelegd om op termijn te kunnen vergelijken.'

Een ander belangrijk voordeel van het Kwaliteitskader is het gebruik van één meting voor verschillende doelen. Ivette Heesbeen, Projectgroeplid namens de brancheorganisatie van zorgondernemers ActiZ: 'Het Kwaliteitskader levert informatie op, waarmee we verscheidene partijen kunnen bedienen. De resultaten van de metingen zullen alle partijen prikkels geven om de kwaliteit van zorg gericht te verbeteren. Bovendien biedt het Kwaliteitskader transparantie van de geboden kwaliteit van zorg. Daarmee laat de branche een positief geluid horen en werken we aan ons imago.'

### **Kwaliteitsverbetering**

In de visie van de Stuurgroep op Verantwoorde zorg speelt kwaliteitsverbetering van de zorg een belangrijke rol. 'Het gaat om verbetering van de kwaliteit van leven van mensen die op zorg zijn aangewezen. Dat is een proces, waaraan we werken in samenspraak met de cliëntenraden', zegt Projectgroeplid namens de cliëntenorganisatie LOC-LPR Marthijn Laterveer. 'Cliëntenraden zijn de vertegenwoordigers van cliënten in een zorgorganisatie. Het management van een organisatorische eenheid kan na een toetsing overleggen met de cliëntenraad waar verbeterprioriteiten moeten plaatsvinden.'

### **Transparantie**

Transparantie ten aanzien van de kwaliteit van zorg is daarnaast een voorwaarde voor marktwerking. 'De wens van transparantie is er al heel lang. De cliënt wil weten wat hij kiest. Transparantie leidt tot verbetering. Maar er is wel discussie, zeker in dit kabinet, in welke mate er in de AWBZ-zorg marktwerking moet zijn', aldus het ministerie van VWS.

Transparantie leidt er niet alleen toe dat cliënten met de kwaliteitsinformatie beter kunnen kiezen van wie zij welke zorg willen afnemen. Het is vooral een middel om de kwaliteit te verbeteren. Adviseur van de Stuurgroep Henk Kouwenhoven: 'Transparantie draagt er met name toe bij dat instellingen verantwoording afleggen aan de samenleving. En dat moet ook. Ze werken immers met collectieve middelen. Bovendien

kunnen cliënten met de kwaliteitsinformatie druk uitoefenen op instellingen om hun kwaliteit te verbeteren. Dát is het kwaliteitsopdrijvende effect van het kader.'

Voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg levert transparantie voordelen op. Projectgroeplid namens de Inspectie voor Gezondheidszorg Thijs Melchior zegt daarover: 'We kunnen onze inspectiecapaciteit efficiënt inzetten, weten in de toekomst welke organisatorische eenheden op welke indicatoren slecht scoren en waar dus een inspectiebezoek moet plaatsvinden.'

## 1.4 Naar een Kwaliteitskader: het proces

### 1.4.1 Visieontwikkeling: kwaliteitsverbetering en transparantie

De eerste stap die de Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde zorg heeft genomen is het ontwikkelen van een gemeenschappelijke visie op langdurige en/of complexe zorg, zowel extramuraal (zorg thuis) als intramuraal (verpleeg- en verzorgingshuizen). In juni 2005 verscheen het eerste visiedocument 'Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg'. Een jaar later, in juni 2006, verscheen het tweede visiedocument 'Normen voor Verantwoorde zorg thuis'.

In de visiedocumenten staat verantwoorde zorg voor zorg van goed niveau. Dat betekent dat de zorg die een professionele organisatie levert, effectief, efficiënt, cliëntgericht en veilig is. De geleverde zorg moet volgens de visiedocumenten voldoen aan veld- en beroepsnormen en gewaarborgd zijn in een kwaliteitssysteem. Op die manier kan informatie over de kwaliteit systematisch worden onderzocht. Bovendien kan waar nodig de kwaliteit structureel worden verbeterd. Daarbij spelen de Stuurgroep met de diverse partners ook een rol.

'De visiedocumenten vatten de visie van de Stuurgroep op Verantwoorde zorg samen', aldus Marthijn Laterveer. 'Er staat in beschreven waar wij naar streven: kwaliteitsverbetering en transparantie. Het Kwaliteitskader is het middel waarmee je kunt toetsen of onze visie in praktijk wordt gebracht, of de instellingen verantwoorde zorg leveren.'

#### **Eén lijn**

De afzonderlijke Stuurgroepleden hadden elk hun eigen invalshoeken. Om tot concrete resultaten te komen was het noodzakelijk om op één lijn te komen. 'Dat de diverse Stuurgroepleden verschillende perspectieven hadden, merkte je bij de visieontwikkeling', zegt Jenneke van Veen. 'In de Stuurgroep is in de loop van de tijd een harmonie ontstaan die er niet van meet af aan was. Cliëntenorganisaties, beroepsbeoefenaren en zorgondernemers bleken steeds meer bereid om naar elkaar te luisteren.'

Dat er overeenstemming bereikt moest worden, bevestigt een beleidsmedewerker van het ministerie van VWS: 'De leden van de Stuurgroep leverden vanuit hun visie elk een eigen bijdrage. Dat betekende compromissen sluiten, maar leidde snel tot een compleet beeld en een breed gedragen indicatorenset. De visieontwikkeling was dus een relatief vlot proces van een paar maanden.'

Ook Jan Coolen en Henk Kouwenhoven kunnen zich dat proces herinneren: 'Het ging er inderdaad om de verschillende werelden bij elkaar te brengen en één taal te laten spreken: het comprimeren van verschillende benaderingen tot tien thema's. De samenwerking in de Stuurgroep was voorbeeldig. Dat we elkaar hebben weten te vinden, is de grote verdienste van de voorzitter van de Stuurgroep, die daarbij met geduld, wijsheid en bindend vermogen een fenomenale rol heeft gespeeld.'



De Projectgroep bekeek de visieontwikkeling inhoudelijk, bijvoorbeeld vanuit het perspectief van de professionaliteit van de zorgverlener en de wijze waarop je die professionaliteit meet. Projectgroeplid namens de beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters NVVA Astraia Rühl legt uit: 'We hebben bijvoorbeeld beoordeeld of de indicatoren valide en betrouwbaar waren en of we op basis van de uitkomsten van de metingen de indicatoren zouden kunnen aanscherpen of uitbreiden.'

Inhoudelijk leverde dit proces een aantal gemeenschappelijke uitgangspunten op. Zo waren alle partijen het er bij de visieontwikkeling over eens dat de te ontwikkelen normen individueel moeten zijn: de wens van de cliënt staat centraal.

Dat de cliënt centraal staat illustreert het uitgangspunt dat de kwaliteit van leven van cliënten een bepalende plek heeft gekregen. Dit betekent een verschuiving ten opzichte van de voorheen meer dominerende 'medische benadering' van cliënten. Toch werd ook over dit onderwerp discussie gevoerd. Vooral over de uitvoering van de metingen op basis van het Kwaliteitskader. Maar ook hier vonden de partijen uiteindelijk een inhoudelijk compromis, waarbij voor de CQ-vragenlijsten expliciet ook aandacht aan kwaliteit van leven werd besteed. Centraal in de metingen van cliëntervaringen bleef echter de bijdrage die een zorgorganisatie levert aan die kwaliteit van leven.

Een laatste inhoudelijk punt betrof de discussie over het vraagstuk van absolute versus relatieve normen. Enkele partijen noemden als bezwaar voor een absolute norm dat deze vaak leidt tot een minimum- of streefnorm. Omdat het proces van kwaliteitsverbetering voor alle partijen centraal stond, koos de Stuurgroep bij de introductie van dit nieuwe instrument voor relatieve normen, waarbij de prestatie van de organisatie gerelateerd wordt aan de prestaties van de rest van Nederland.

#### 1.4.2 Toetsingskaders en indicatoren

Er zijn aparte toetsingskaders voor extra- en intramurale zorg ontwikkeld. In die toetsingskaders zijn indicatoren opgenomen, die de basis vormen waarmee kan worden gemeten in hoeverre een organisatie verantwoorde zorg levert.

Dit instrumentarium biedt vragenlijsten waarmee zorgorganisaties en -professionals de geleverde zorg zelf kunnen registreren, de zogenoemde zorginhoudelijke indicatoren. Daarnaast biedt het instrumentarium vragenlijsten voor een cliëntenraadpleging, de zogenoemde cliëntgebonden indicatoren.

Hoofdstuk 2 gaat verder in op de uitgangspunten bij de ontwikkeling van het Kwaliteitskader, de indicatoren van Verantwoorde zorg en het meetproces.

#### Discussie

Over de ontwikkeling van de toetsingskaders en de indicatoren is uitgebreid beraadslaagd. Belangrijk uitgangspunt was dat de indicatorenset de gehele lading van de zorg in verpleeg- verzorgingshuizen en zorg thuis zou dekken, zonder dat daarvoor een oneindige lijst van indicatoren nodig is.

Ivette Heesbeen herinnert zich een heftige tijd. 'Over elke indicator kun je discussiëren en wetenschappelijk gezien zal die de discussie altijd doorgaan. Maar op één moment zijn er keuzes gemaakt voor indicatoren die de mooiste middenweg vormden tussen de wetenschap en de praktijk. De indicatoren moeten immers ook haalbaar zijn voor organisaties.'

Ook Thijs Melchior meent dat het concretiseren van de visie in een indicatorenset geen eenvoudige opgave was. 'Iedere in de Stuurgroep participerende organisatie vond weer andere zaken belangrijk. We hebben keuzes moeten maken.'

Jan Coolen noemt het een spanningsveld: 'Enerzijds deden zich telkens nieuwe vragen voor. Anderzijds wilden we het kader sober houden. We hebben gezocht naar de juiste balans.'

#### 1.4.3 Pilot

In de zomer van 2006 zijn de toetsingskaders in 120 zorgorganisaties getest. Doel van de pilot was het toetsen van de bruikbaarheid van de indicatorenset en bijbehorend instrumentarium. Uit de pilot bleek dat de indicatoren bruikbare kwaliteitsinformatie voor de diverse doeleinden van het Kwaliteitskader opleverde. Bovendien gaven de resultaten uit de pilot aanleiding tot aanscherping van de indicatoren.

Circa 80% van de indicatoren werd na de pilot gehandhaafd. Sommige indicatoren zijn komen te vervallen. Bijvoorbeeld de indicator voor medicatieveiligheid, die naar polyfarmacie vroeg. Het bleek lastig te zijn om te bepalen wat wel en wat niet onder medicatie wordt verstaan.

Door voortschrijdend inzicht van de Stuurgroep is ook een aantal structuurindicatoren komen te vervallen. Immers, dit soort indicatoren zegt weliswaar iets over het kwaliteitssysteem van een zorginstelling, maar niets over de kwaliteit van de geleverde zorg aan cliënten.

Uit de pilot bleek tevens dat er geen relatie is tussen het bezitten van een certificaat of keurmerk en de uitkomsten van de metingen. Jenneke van Veen: 'Daaruit concludeerde de Stuurgroep dat het vasthouden van zorgkantoren aan hun eigen kwaliteitssysteem, zoals het bronzen keurmerk, door gebruik van de uitkomsten van het Kwaliteitskader overbodig was geworden.'

#### Betrokkenheid

Onder zorgorganisaties bleek er grote betrokkenheid te zijn. Terugblikkend op de pilot zegt Henk Kouwenhoven: 'Tientallen instellingen meldden zich aan voor de pilot. Dat zei ons wel iets over het draagvlak voor en het belang van het kader. De winst van de pilot zat 'm verder in de overstap van theorie naar praktijk. We konden de instellingen eindelijk laten zien: "dit moet je doen en dat levert het op".'

Verpleeghuisartsen zijn met name via conferenties over de pilot geïnformeerd. Met de uitkomsten van de metingen zullen verpleeghuisartsen en de beroepsvereniging ongetwijfeld aan de slag gaan.

#### Voorlichting

De pilot leverde volgens Thijs Melchior ook nog andere inzichten op. 'Op het gebied van instructie aan zorgorganisaties en de presentatie van de cijfers bleek dat we er nog niet waren. Deze inzichten heeft de Projectgroep gebruikt bij het nemen van initiatieven om zorgorganisaties zo goed mogelijk bij de metingen van dienst te zijn.'

#### 1.4.4 Een definitief Kwaliteitskader Verantwoorde zorg

Met het proces van visieontwikkeling naar het opstellen van een toetsingskader met indicatoren en het toetsen hiervan in een pilot was een Kwaliteitskader Verantwoorde zorg Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis voorhanden. Een instrumentarium dat informatie oplevert over de kwaliteit van zorg en zorgaanbieders. En dat gereed is voor implementatie. Vanaf mei 2007 is het Kwaliteitskader sectorbreed gehanteerd.

Het was een lang proces, wat volgens Ivette Heesbeen alles te maken had met de lastige materie en de politieke complexiteit van dit onderwerp. 'Maar we kunnen tevreden zijn over het Kwaliteitskader, zoals dat er nu staat.'

#### 1.4.5 Doorontwikkeling

Het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg is een groeimodel, waarbij niet alleen zal worden gekeken naar verbetering van de kwaliteit van het bestaande model, maar ook naar de doorontwikkeling van het instrumentarium. Het ontwikkelen van een betrouwbaar en valide meetinstrument vereist grote zorgvuldigheid en - dankzij nieuwe inzichten - voortdurende aanpassingen. Waar nodig zal het Kwaliteitskader verbreed en verdiept worden, bijvoorbeeld met indicatoren voor specifieke categorieën cliënten. De evaluatie na het eerste implementatiejaar moet duidelijk maken in hoeverre het Kwaliteitskader een betrouwbaar beeld geeft van de kwaliteit van de zorg. Vanzelfsprekend zullen de uitkomsten van de evaluatie aanleiding geven tot aanpassingen.

Nu komt het erop aan met de opgeleverde informatie aan de slag te gaan en het systeem verder te ontwikkelen. Het Kwaliteitskader moet daarbij hét instrument voor kwaliteit worden. Volgens het ministerie van VWS leveren de uitkomsten van de metingen ook belangrijke informatie op voor bijvoorbeeld zorginkopers: 'Ze hebben zich gebonden aan het Kwaliteitskader, kunnen deze leidraad volgen en hoeven er geen eigen vragenlijsten en andere keurmerken meer op na te houden.'

#### Groeimodel

Groekansen voor het Kwaliteitskader zijn er volgens Henk Kouwenhoven ook in de richting van andere sectoren. 'Het kader kan zich sectoroverstijgend ontwikkelen. Nu gaat het over verpleging, verzorging en thuiszorg. Straks ook over ketens met andere zorgsectoren. Bovendien vind ik dat het kader nog verfijnd moet worden. We hebben bijvoorbeeld gekozen voor informatie over een organisatorische eenheid. Het is de vraag of dat de juiste maat is voor het uitvragen van deze informatie. Het blijft lastig, zeker als het om kleine eenheden van vijftien bewoners gaat. Daar zullen we in het komend jaar knopen over moeten doorhakken.'

#### Stabiliteit

Jan Coolen wijst echter ook op het belang van stabiliteit: 'Rust vind ik nu van belang. Laten we ervoor zorgen dat we de komende jaren met deze set van indicatoren aan de slag gaan. En laten we erop letten dat de sociale thema's, zoals zinvolle dagbesteding, niet ondersneeuwen ten opzichte van de zorginhoudelijke thema's.' De Stuurgroep onderschrijft het belang van een gedegen evaluatie, zowel inhoudelijk als operationeel. Zeker op dat laatste vlak zijn veel verbeteringen mogelijk: het proces van meten, registreren en bewerken kende veel kinderziektes in dit eerste jaar.

#### 1.4.6 Stuurgroep

De belangrijkste verantwoordelijkheid van de Stuurgroep was het creëren van bestuurlijk draagvlak. De in de Stuurgroep verenigde partners hadden er, ieder vanuit hun optiek, belang bij dat er kwaliteitsinformatie beschikbaar zou komen: cliënten om betere keuzes te kunnen maken, zorgverzekeraars om de beste zorg in te kopen, zorgorganisaties en -professionals om hun kwaliteit en werkwijze te verbeteren, de Inspectie voor de Gezondheidszorg om gericht toezicht te houden en de overheid om de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg te monitoren. Daarin schilde voor de verschillende partijen de meerwaarde van het Kwaliteitskader.

### **Juiste taal, goede modus**

Problemen niet uit de weg gaan, maar bespreekbaar maken. Werken aan een gezamenlijk doel en zoeken naar de juiste taal en de goede modus. Dat waren de uitgangspunten van Jenneke van Veen als onafhankelijk voorzitter van de Stuurgroep. De leden hebben de samenwerking als constructief ervaren.

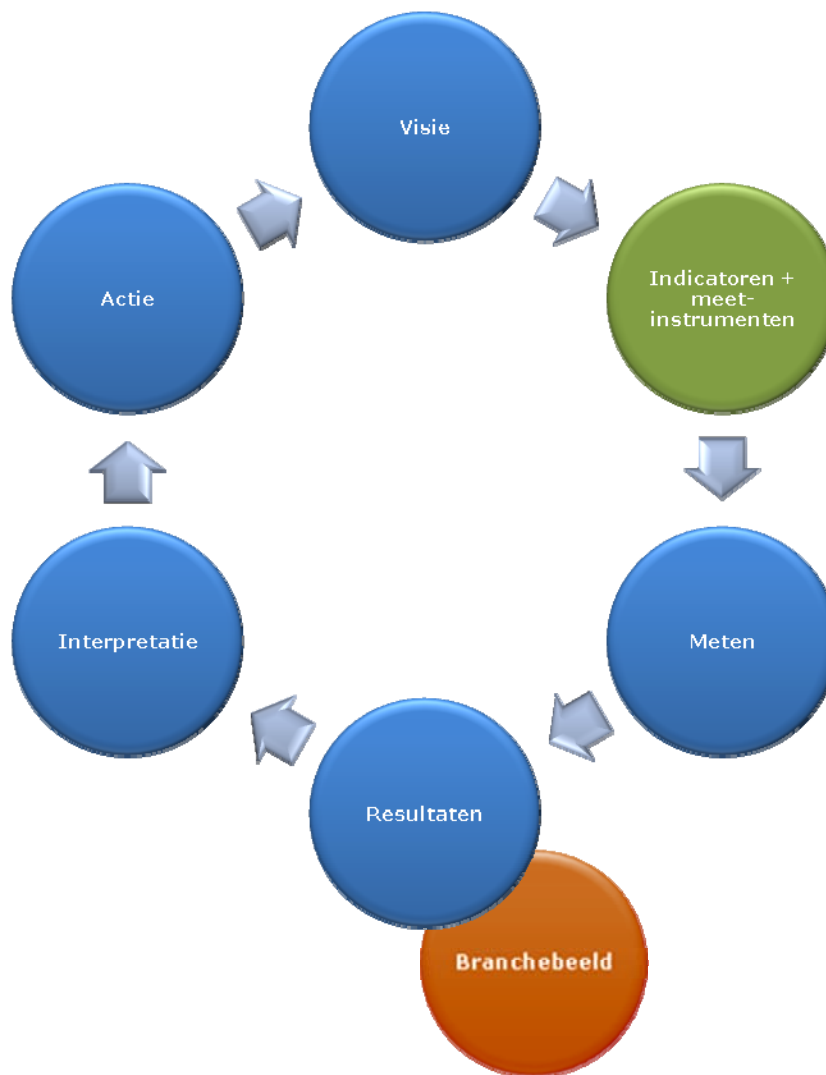
‘Overeenstemming over de indicatoren en de meetbaarheid daarvan waren voor ons de belangrijkste uitgangspunten’, zegt Thijs Melchior. Astraia Rühl voegt toe: ‘We hebben het systeem op basis van gelijkwaardigheid ontwikkeld. Alle perspectieven zijn voldoende aan bod gekomen. Wel heb ik een spanningsveld ervaren tussen het onderzoek naar de betrouwbaarheid van de indicatoren en de implementatie. Wat mij betreft hadden we wat langer getest.’

‘In de Stuurgroep hebben we elkaar leren kennen, waarderen en vertrouwen. Er is in de loop der jaren iets moois gegroeid: begrip voor andere perspectieven en de wil om er met elkaar uit te komen’, zegt Marthijn Laterveer.

## 2 Meten = weten = verbeteren

### 2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat over de indicatoren, het meetinstrumentarium en het -proces. Het staat stil bij de uitgangspunten die gehanteerd zijn bij de ontwikkeling van het Kwaliteitskader, en geeft een uitleg over het onderscheid tussen cliëntgebonden en zorginhoudelijke indicatoren. Tevens komen de tien thema's voor verantwoorde zorg aan de orde, zoals de Stuurgroep die heeft gedefinieerd, en wordt de wijze van meten per thema verduidelijkt. Tot slot staan we stil bij het meetproces, dat verloopt door middel van cliëntenraadplegingen en zorginhoudelijke metingen, en bij het unieke bewerkingsproces dat van de ruwe meetgegevens landelijke vergelijkbare uitkomsten (scores) maakt.



## 2.2 Uitgangspunten bij de ontwikkeling van het Kwaliteitskader

Bij de ontwikkeling van het Kwaliteitskader heeft de Stuurgroep onder meer de volgende uitgangspunten gehanteerd:

### 2.2.1 Keuze voor uitkomstindicatoren

Er wordt bij ontwikkeling van indicatoren in het algemeen onderscheid gemaakt tussen:

- procesindicatoren: het meten van structuuraspecten (infrastructurele kenmerken van de zorg, zoals de beschikbaarheid van materialen),
- procesaspecten: wordt er bijvoorbeeld wel of niet gewerkt volgens een richtlijn? en
- uitkomstindicatoren: het percentage cliënten met bepaalde verschijnselen in een bepaalde graad op een bepaald moment.

In het Kwaliteitskader is ervoor gekozen om zoveel mogelijk te meten op uitkomsten, vanuit de gedachte dat er bepaalde resultaten moeten worden gerealiseerd waar de cliënt wat van moet merken.

### 2.2.2 Indicatoren of normen

De vastgestelde indicatoren vormen meetlatten, waarmee een indicatie van de kwaliteit van de zorg kan worden verkregen. Daarmee kunnen ze nog niet aangeven wat goede zorg is. Dan moet er namelijk eerst een absolute norm aan de indicator worden gekoppeld. De Stuurgroep heeft op dit moment ervoor gekozen om geen absolute minimum- of bodemnormen te formuleren, omdat daar een aantal nadelen aan verbonden is (zo fungeren minimumnormen in de praktijk vaak als maximumnormen en vertragen ze verbetering en innovatie). Het Kwaliteitskader hanteert daarom relatieve normen, waarbij de prestatie van de organisatie gerelateerd wordt aan de prestaties van de rest van Nederland. Daarnaast wordt per indicator een 'beste praktijk' zichtbaar. Elke organisatorische eenheid kan zichzelf vergelijken met de beter presterende organisatorische eenheid en krijgt op die manier een verbeterimpuls.

### 2.2.3 Ervaringen

De helft van de normen wordt getoetst door cliënten te vragen naar hun ervaringen. Hiervoor heeft de Stuurgroep een principiële keuze gemaakt. Als er immers één sector in de zorg is waar cliënten de meetlat dienen te zijn voor het bepalen van de kwaliteit van de geleverde zorg, dan is het de langdurige zorg. Onderzoek wijst bovendien uit dat het vragen naar cliëntervaringen een zeer betrouwbaar beeld oplevert van de kwaliteit van zorg. Deze werkwijze houdt ten slotte de administratieve belasting voor zorgorganisaties beperkt. Het werkveld en de politiek beschouwen cliëntervaringen dan ook als de belangrijkste bron van kwaliteitsinformatie. Daarnaast is er een zorginhoudelijke toetsing, waarmee zorgorganisaties zelf feitelijk de geleverde zorg kunnen meten.

## 2.3 Indicatoren van Verantwoorde zorg

### Indicatoren

Mede op basis van de ervaringen uit de pilot heeft de Stuurgroep per thema één of meer indicatoren vastgesteld. Er wordt bij de uitvoering van de metingen onderscheid gemaakt tussen drie soorten indicatoren:

#### 1 *Cliëntgebonden indicatoren*

Deze indicatoren geven aan hoe de zorg door de cliënt zelf ervaren wordt. Hoe wordt hij bijvoorbeeld

bejegend? Wat vindt hij van de kwaliteit van het personeel? Heeft hij inspraak?

2 *Zorginhoudelijke indicatoren op organisatieniveau*

Deze indicatoren hebben bijvoorbeeld betrekking op het beleid op het voorkomen van vrijheidsbeperkende maatregelen, op de beschikbaarheid en bereikbaarheid van een verpleegkundige en/of arts, op de vaccinatiegraad van de medewerkers of op samenwerking tussen instellingen.

3 *Zorginhoudelijke indicatoren op cliëntniveau*

Deze indicatoren geven een beeld van bijvoorbeeld het aantal valincidenten of het aantal gevallen van decubitus.

De indeling van de zorg in tien thema's (zie kader) is een heldere keuze van de Stuurgroep geweest. Binnen die thema's zijn indicatoren geformuleerd, die een weerslag vormen van de verschillende visies van de verschillende partners.

Voor deze fase, waarin het Kwaliteitskader voor het eerst op grote schaal wordt toegepast, volstaat het instrumentarium.

### Thema's van Verantwoorde zorg

De Stuurgroep heeft tien thema's van verantwoorde zorg gedefinieerd. Leidend bij de keuze van de thema's was de vraag of ze een goede weerspiegeling van de kwaliteit van de zorgpraktijk vormden. Hieronder wordt elk thema genoemd met een korte toelichting:

1 *Zorg(behandel)/leefplan*

Heeft elke cliënt een indicatiebesluit, een zorgovereenkomst en een zorg(behandel)-/leefplan en is hij/zij betrokken bij het opstellen, evalueren en bijstellen van het zorg(behandel)-/leefplan?

2 *Communicatie en informatie*

Is de communicatie open en maakt de zorginstelling werk van verbeterwensen van cliënten? Ontvangen de cliënten duidelijke en begrijpelijke informatie? Is de bejegening van de cliënten in orde?

3 *Lichamelijk welbevinden*

Biedt de zorginstelling passende hulp bij onder meer wassen/douchen, gebitsverzorging, nagelverzorging, toiletgang, gebruik van incontinentiemateriaal? Smaken de maaltijden de bewoners goed? Is de ambiance gezellig?

4 *Zorginhoudelijke veiligheid*

Levert de zorginstelling veilige zorg? Denk daarbij aan decubitus, valincidenten, incontinentie, vaccinatie en fixatie.

5 *Woon- en leefomstandigheden*

Respecteert de zorginstelling de privacy en de eigen levenssfeer van cliënten? Zijn de woonruimte en de sfeer van het gebouw aangenaam?

6 *Participatie en sociale redzaamheid*

Hebben cliënten genoeg mogelijkheden voor activiteiten en sociale contacten? Is er voldoende hulp om ergens heen te gaan? Bevordert de zorgorganisatie zelfstandigheid en autonomie?

7 *Mentaal welbevinden*

Heeft de zorginstelling aandacht voor de ondersteuning van cliënten bij hun persoonlijke ontwikkeling, levenskeuzen en zingeving? Is er voldoende aandacht voor eenzame of depressieve cliënten? Is er voldoende geestelijke verzorging aanwezig?

8 *Veiligheid wonen/verblijf*

Is de veiligheid van de woon- en leefomgeving in orde? Weten de bewoners wat ze moeten doen bij calamiteiten? Voelen cliënten zich veilig? Gaan zorgverleners zorgvuldig om met persoonlijke eigendommen?

9 *Voldoende en bekwaam personeel*

Is er voldoende personeel beschikbaar en wordt er voldoende tijd aan cliënten besteed? Zijn de zorgverleners bekwaam?

10 *Samenhang in de zorg*

Vindt er afstemming plaats met andere (zorg)instellingen en zorgverleners?

*Tabel 1: Wijze van meten van de indicatoren per thema*

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

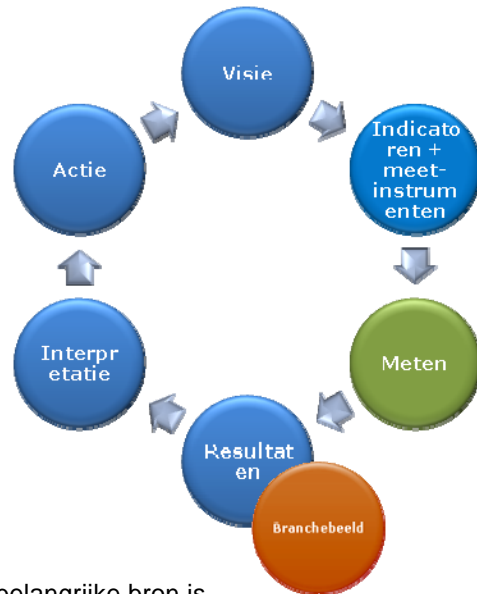


## 2.4 Meetproces

### 2.4.1 De CQ-index: methodiek om cliëntervaringen te meten

In het nieuwe zorgstelsel, waarbij toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg centraal staan, wordt van zorgconsumenten een actieve en bewuste rol verwacht. De gedachte is dat goede, betrouwbare informatie over kwaliteit van zorg zorgconsumenten zal aanzetten te kiezen voor kwalitatief goede zorg tegen een scherpe prijs. En dat zorgaanbieders op die manier gestimuleerd worden tot betere prestaties.

Valide, betrouwbare en landelijk vergelijkbare informatie over de kwaliteit van zorg is dan onmisbaar. Waarbij de ervaringen van cliënten voor velen een belangrijke bron is.



Om te komen de informatie over cliëntervaringen te vergelijken, is de CQ-index ontwikkeld. CQ-index staat voor 'Consumer Quality Index'. Het is een familie van meetinstrumenten die de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van consumenten meet. In de CQ-index staan de concrete ervaringen van consumenten centraal en het belang dat zij hechten aan verschillende kwaliteitsaspecten. De methodiek is deels gebaseerd op de Nederlandse QUOTE vragenlijsten (QUality Of care Through the patients' Eyes; [www.nivel.nl/quote](http://www.nivel.nl/quote)) en deels op de Amerikaanse CAHPS vragenlijsten (Consumer Assessment of Health care Providers and Systems; [www.cahps.ahrq.gov](http://www.cahps.ahrq.gov)). Als hoeder van de CQ-index wil het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ) zorgen voor de ontwikkeling, wetenschappelijke waarborging, implementatie en bewaking van de methodiek <sup>1</sup>.

De CQ-index bestaat niet alleen uit meetinstrumenten, maar omvat ook diverse richtlijnen. Bijvoorbeeld over het ontwikkelen van vragenlijsten, uitvoeren van steekproeven, verzamelen van data en analyseren van de meetgegevens. Alle richtlijnen zijn vastgelegd in het Handboek CQI Meetinstrumenten<sup>2</sup>. Het CKZ, dat in december 2006 is opgericht, coördineert de ontwikkeling van CQ-meetinstrumenten en stelt deze vast. Ook houdt deze organisatie toezicht op het meetproces en maakt zij de ruwe meetresultaten landelijk vergelijkbaar door een bewerkingsproces (casemixcorrectie).

De CQ-index is dan ook een geregistreerd merk dat als keurmerk gebruikt wordt. Het keurmerk staat borg voor betrouwbare gegevens die op een valide manier gemeten zijn. Tevens staat het keurmerk voor een eerlijke vergelijking tussen prestaties van zorgaanbieders, waarbij rekening is gehouden met verschillen in cliëntenpopulaties.

Alleen informatie voorzien van het keurmerk CQ-index, wordt gepubliceerd op de openbare site voor de kiezende consument: [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl).

<sup>1</sup> Jaarrapportage Klantervaringen in de Zorg 2007 ([www.centrumklantervaringzorg.nl/publicaties/jaarrapportage-klantervaringen-in-de-zorg.html](http://www.centrumklantervaringzorg.nl/publicaties/jaarrapportage-klantervaringen-in-de-zorg.html))

<sup>2</sup> Sixma en Delnoij, Nivel 2007 ([www.centrumklantervaringzorg.nl/procedures/handleiding.html](http://www.centrumklantervaringzorg.nl/procedures/handleiding.html))

#### 2.4.2 Onafhankelijke meting door een (geaccrediteerd) meetbureau

Zorgorganisaties meten de ervaringen van hun cliënten niet zelf. De richtlijnen van het CKZ schrijven voor dat alleen een onafhankelijk, geaccrediteerd meetbureau de metingen mag uitvoeren.

In 2007 waren echter nog niet alle meetbureaus geaccrediteerd: tot en met juni 2008 was er een overgangsregeling waarbij ook niet-gecertificeerde bureaus de CQ-index mochten afnemen.

#### 2.4.3 CQ in de praktijk: van ruwe meetresultaten tot cliënteninformatie

In mei 2007 werd gestart met de landelijke CQ-meting in deze sector. Met de sector is afgesproken dat een uitgebreide CQ-index slechts eenmaal per twee jaar hoeft te worden afgenomen.

De ruwe meetresultaten worden door de verschillende meetbureaus aangeleverd aan de zogenoemde Technische database. Deze database is een centrale database die door een beheerorganisatie (Prismant) wordt beheerd. De beheerorganisatie schoont deze data op basis van protocollen die samen met het CKZ ontwikkeld zijn. De geschoonde data worden vervolgens door het CKZ bewerkt (landelijk vergelijkbaar gemaakt door een casemixcorrectie) tot consumentinformatie.

Zorgorganisaties ontvangen op verschillende momenten terugkoppeling van de metingen die in hun opdracht zijn uitgevoerd. Het betreft immers hun meetgegevens. Allereerst ontvangen de zorgorganisaties rapportages van de meetbureaus. In dit eerste meetjaar was de vorm van terugkoppeling door de meetbureaus vormvrij: elk meetbureau koppelde dan ook terug op zijn eigen manier. Het CKZ heeft verschillen in terugkoppeling geanalyseerd en wil ook over dit onderwerp richtlijnen in haar handboek opnemen.

Na aanlevering van de ruwe meetgegevens door de meetbureaus aan de Technische database is er intensief contact tussen deze twee partijen. Om op die manier de schoning zo zuiver mogelijk te laten verlopen en om meetbureaus de kans te geven zoveel mogelijk valide en betrouwbare gegevens te laten registreren.

Na registratie en schoning worden de gegevens bewerkt tot consumenteninformatie: scores in sterren. Over het eindresultaat ontvangen de zorgorganisaties van de beheerorganisatie een eindrapportage. Deze eindrapportage, ook wel 'controledocument' genoemd, informeert organisaties over hun scores zodat zij deze kunnen goedkeuren (herkennen en erkennen) voor openbare publicatie.

Meer informatie over het unieke bewerkingsproces is te vinden in de meetverantwoording die het CKZ bij de metingen met Verantwoorde zorg heeft opgesteld. Een rapportage is te vinden op de website van het CKZ: [www.centrumklantervaringzorg.nl](http://www.centrumklantervaringzorg.nl).

#### 2.4.4 Zorginhoudelijke metingen op organisatieniveau en cliëntniveau

De zorgorganisaties meten de zorginhoudelijke indicatoren zelf. Ze kunnen meerdere keren per jaar meten en de ruwe meetgegevens bij de Technische database op verschillende manieren aanleveren.

Om organisaties zo veel mogelijk te helpen met uitvoering van dit nieuwe proces, heeft de Stuurgroep, in zeer nauwe samenwerking met ActiZ het 'Handboek voor het Meten van de zorginhoudelijke indicatoren' opgesteld. Het handboek geeft instructies over het meetproces, licht de vragenlijsten toe en biedt organisaties hulpmiddelen om de meting uit te voeren. Om het handboek toe te lichten en gerichte vragen van organisaties te beantwoorden, organiseerde ActiZ zes informatiebijeenkomsten en werd een eerste en tweedelijns helpdesk ingericht.

De eerste metingen werden uitgevoerd in april 2007, in het kader van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ), gevolgd door drie zogenoemde meetweken. Via de website [www.zorgvoorbeter.nl](http://www.zorgvoorbeter.nl) werden diverse hulpmiddelen aangeboden om de metingen en het aanleverproces zo goed mogelijk te laten verlopen. Zo is op deze website een hulpmiddel aangeboden waarmee de juiste steekproef berekend kan worden.

Zorgorganisaties konden op verschillende manieren hun ruwe meetgegevens aan de Technische database aanbieden: via de registratietool Verantwoorde zorg, vanuit de LPZ-metingen, via ginoRAI, RAI of RAI-view of vanuit hun elektronische cliëntendossier. Voor al deze 'aanlevervarianten' zijn speciale conversieregels opgesteld.

#### **2.4.5 Technische database Verantwoorde Zorg VVT: spin in het web**

Om zorgorganisaties - de eigenaren van de kwaliteitsgegevens - te garanderen dat hun kwaliteitsgegevens op een betrouwbare en veilige manier worden geregistreerd, bewerkt en doorgeleverd, is een zogenoemde beheerorganisatie opgericht.

Deze beheerorganisatie (voor het verslagjaar 2007 en 2008 is deze functie belegd bij Prismant) zorgt voor inrichting en exploitatie van de centrale database 'Kwaliteitskader Verantwoorde zorg', kortweg de Technische database. De Technische database is een afgeschermd, beveiligde omgeving die niet zomaar voor derden toegankelijk is. Een dataprotocol en een reglement 'toegang voor derden' beschrijft op welke manier gegevens worden geregistreerd en wie daarover mag beschikken.

Meetbureaus en zorgorganisaties leveren ruwe meetgegevens aan bij Technische database (proces 1). Voordat registratie plaatsvindt, worden de meetgegevens geschoond. Dat wil zeggen dat opvallende meetwaarden eruit gefilterd worden en/of dat missende gegevens worden aangevuld. Na dit proces van 'schooning' worden gegevens in de centrale database geregistreerd.

Na registratie in de database vindt een uniek bewerkingsproces plaats: gemiddelden worden berekend en er vindt een zogenoemde casemixcorrectie plaats. Door toepassing van dit proces worden meetgegevens bewerkt tot uitkomsten (scores) en kunnen sterren worden toegekend.

Zorgorganisaties ontvangen van dit bewerkingsproces een rapportage met zowel de ruwe meetresultaten, de gemiddelde en de berekende uitkomsten, het eerder genoemde 'Controledocument'. Deze rapportage heeft twee functies: op basis van de gegevens kunnen verbeteracties worden benoemd en kunnen gegevens goedgekeurd worden voor openbare publicatie. Meer informatie over dit 'Controledocument' vindt u in de leeswijzer bij het Controledocument. Deze leeswijzer kunt u downloaden op [www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl).

Om zorgorganisaties te ontlasten, biedt de Technische database instellingen de mogelijkheid om de uitkomsten automatisch door te leveren aan de registraties van het Jaardocument zorg en kiesbeter.nl (kwaliteitskaarten met consumenteninformatie). Instellingen hoeven op deze manier niet zelf kwaliteitsgegevens aan te leveren, ze hoeven deze enkel goed te keuren. Ook maakte de Technische database afspraken met de uitvoerders van de continue Benchmark van ActiZ: in opdracht van de deelnemende organisaties levert de Technische database kwaliteitsgegevens aan de Benchmark.

Goedkeuring van gegevens is essentieel om deze openbaar te kunnen publiceren: zonder toestemming van de zorgorganisaties zijn kwaliteitsgegevens niet openbaar beschikbaar. Goedkeuring voor publicatie in het Jaardocument zorg geschiedt in de webapplicatie van het Jaardocument zorg: DIGIMV.

Om publicatie op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) mogelijk te maken, heeft bureau ZbTK de applicatie 'Zichtbare zorg' ingericht, kortweg 'Zizo'. De 'zizo-applicatie' beschikt over een identificatie- en een goedkeuringsmodule. Ook biedt de 'zizo-applicatie' de mogelijkheid om een toelichting op de gegevens te geven. Vanaf eind 2008 is deze applicatie continue beschikbaar om op dit manier nieuwe kwaliteitskaarten op [kiesbeter.nl](http://kiesbeter.nl) mogelijk te maken.

#### **2.4.6 Van (meet)resultaten tot uitkomsten: de casemixcorrectie**

Een van de voorwaarden om gegevens landelijk te vergelijken is dat de meetresultaten worden gecorrigeerd voor zogenoemde 'versturende factoren'. Versturende factoren kunnen het eenvoudigst worden omschreven als 'externe factoren' waar een zorgorganisatie geen invloed op heeft. Denk aan variabelen als leeftijd en mobiliteit.

Om een goede casemixcorrectie uit te voeren, zijn verschillende expertbijeenkomsten georganiseerd. Ook heeft ActiZ een ledenraadpleging georganiseerd voor de zorginhoudelijke casemixmethodiek.

Meer informatie over het bewerkingsproces van zorginhoudelijke indicatoren vindt u in het rapport 'Standaardisatie zorginhoudelijke indicatoren verpleging, verzorging en zorg thuis' van dr. X. Koolman of in de leeswijzer bij het Controledocument. Beide rapporten kunt u downloaden op [www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl).

### 3 Reflectie van de Stuurgroeppartners op het branchebeeld

Wat waren de eerste indrukken van de leden van de Stuurgroep op het branchebeeld? Wat zijn de opvallendste uitkomsten? Leidt het branchebeeld tot meer transparantie van geleverde kwaliteit van zorg? Wat gaan de partners met de uitkomsten doen? Hoe gaan ze dat doen? En wat betekent het branchebeeld voor de verdere ontwikkeling van het Kwaliteitskader? Deze en andere vragen werden naar aanleiding van het verschijnen van het branchebeeld voorgelegd aan de leden van de Stuurgroep. Hieronder leest u hun reflecties.

#### 3.1 LOC-LPR: 'Het branchebeeld is een eerste foto'

'Een ingewikkeld proces heeft geleid tot dit branchebeeld. Daarmee hebben we een goede stap gezet', reageert Yvonne van Gilse, directeur/bestuurder van cliëntenorganisatie LOC-LPR. 'Als ik naar de uitkomsten kijk, valt er op een aantal onderdelen wel wat te verbeteren. Zo zijn ervaren inspraak en overleg voor verbetering vatbaar, hetgeen ook uit andere onderzoeken naar voren komt.'

##### **0-meting**

Maar Van Gilse realiseert zich terdege dat het om een eerste meting gaat. 'In die zin kijk ik neutraal naar de uitkomsten. Ik beschouw het branchebeeld als een 0-meting. Het instrument gaat zich eigenlijk pas bewijzen als je over een paar jaar resultaten met elkaar kunt vergelijken. Bovendien realiseer ik mij dat er geen harde normen worden gehanteerd, waardoor je moeilijk kunt zeggen of een behaald resultaat goed of slecht is. Over een paar jaar kun je wellicht voor een aantal indicatoren een absolute norm stellen.'

Niettemin wil LOC-LPR met de uitkomsten aan de slag. 'We hebben al gezien dat de uitkomsten op een aantal thema's overeenkomen met de resultaten van andere onderzoeken. We zullen opvallende uitkomsten van specifieke indicatoren nader analyseren om te beoordelen of we er iets mee kunnen doen en wat. Vervolgens adviseren we onze cliëntenraden wat zij met de uitkomsten kunnen doen en ondersteunen wij hen bij verbetertrajecten bij hun eigen instellingen.'

##### **Ontwikkeling Kwaliteitskader**

'Als ik kijk naar dit branchebeeld, kan ik mij voorstellen dat het instrumentarium op termijn wordt uitgebreid met indicatoren voor specifieke doelgroepen. Voor dementie-patiënten. Of voor mensen die lijden aan de ziekte van Huntington. Zo voorkom je dat je een woud aan meetinstrumenten krijgt. Die specifieke indicatoren kun je als een addendum aan de meting toevoegen', blikt Van Gilse vooruit.

#### 3.2 NVVA: 'Nadere analyse en vergelijkend onderzoek zijn nodig'

'Op landelijk niveau kunnen we nog niet zoveel zeggen. Daarvoor zijn de data nog erg ruw. Diverse patiëntengroepen (somatiek en psychogeriatric) zijn nog samen genomen; ook is er geen onderscheid gemaakt tussen verpleeg- en verzorgingshuizen. Een nadere analyse van de uitkomsten en vergelijkend onderzoek zijn dan ook noodzakelijk', reageert Wineke Weeder, bestuurder van de NVVA, de beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters, op het branchebeeld. 'Het percentage incontinentie-prevalentie (en -diagnostiek) lijkt hoog, maar ik kan niet beoordelen of het werkelijk hoog is. We kunnen pas vergelijken als we een paar jaar achter elkaar hebben gemeten.'

Weeder vervolgt: 'Niettemin is het al met al een nuttige oefening geweest. We hebben belangrijke stappen gezet. De partners hebben overeenstemming bereikt over de indicatoren. Het kader biedt perspectief voor zorgorganisaties, professionals en cliënten. We kunnen hiermee systematischer werken aan verantwoorde zorg. Maar we zijn er nog lang niet. We zullen dit de komende jaren moeten voortzetten.'

### **Toegevoegde waarde**

De toegevoegde waarde van het branchebeeld is dat er nu een startpunt ligt. 'Bovendien komen er gegevens beschikbaar op het niveau van de organisatorische eenheid, het niveau waarop is gemeten. Deze organisatorische eenheden krijgen ook de uitkomsten voor hun eenheid. Door deze te vergelijken met de landelijke scores kunnen ze zien of en waar ze afwijken. Bij negatieve uitschieters kunnen zij de oorzaken analyseren en hierop zondig verbeteracties inzetten.'

Vanuit de NVVA vindt Weeder vooral de scores op het gebied van psychose en depressie relevant. 'We hadden dit vermoeden ook al uit ander onderzoek. Op dit moment zijn we bezig met een verbetertraject 'probleemgedrag'. Bovendien herzien we de medicatieparagraaf bij een eerder door de NVVA uitgebrachte richtlijn. We hopen dat de resultaten hiervan in volgende metingen zichtbaar worden. Voor de toekomst willen we in kaart brengen voor welke thema's verder onderzoek noodzakelijk is om de zorg aan kwetsbare ouderen beter wetenschappelijk te onderbouwen. De uitkomsten van dit onderzoek krijgen via richtlijnen een vertaling naar het professionele handelen. Voor onze sector moeten we hierin een belangrijke inhaalslag maken.'

### **3.3 V&VN: 'Branchebeeld is geen papieren tijger, maar een concreet werkdocument'**

Marie-José Willemse, directeur van de V&VN, de beroepsvereniging van zorgprofessionals, vindt het niet eenvoudig om een eerste indruk van het branchebeeld te geven: 'De vraag is of we op grond van dit branchebeeld weten wat de stand van zaken is. De gegevens zijn nog ruw, we staan aan het begin van een proces, de methode heeft kinderziektes en moet zich gaandeweg uitkristalliseren en verbeteren. Over een paar jaar kan de methode dan een beeld geven van de trends.'

'In het algemeen vind ik het beeld niet somber. En we zien duidelijk waar er verbeteringen mogelijk zijn.' Willemse is bovendien trots dat het branchebeeld er nu is: 'We zijn voortvarend te werk gegaan. De branche heeft als eerste in Nederland, vóór de ziekenhuizen, vóór de gehandicaptenzorg en de GGZ, zijn nek uitgestoken. Ook in vergelijking met het buitenland lopen we voorop.'

### **Vertaalslag**

Volgens Willemse is er goed naar de cliëntervaringen gekeken. In die zin is het geen papieren of technocratische exercitie geweest. 'Grote winst van het branchebeeld is dat instellingen ermee aan de slag kunnen: elke organisatie kan precies zien waar ze prioriteit moet leggen. Overigens denk ik wel dat het branchebeeld toegankelijk gemaakt moet worden voor de 'werkvloer'. Op die manier blijft het rapport niet op het bureau van de directeur liggen en betrek je verpleegkundigen en verzorgenden bij het doorvoeren van verbeteringen', aldus Willemse.

### **Opvallende uitkomsten**

'Vanuit mijn positie heb ik vooral gekeken naar de zorginhoudelijke indicatoren. Er zijn een paar uitkomsten waar we echt iets mee moeten doen. Kijk eens naar val- en medicijnincidenten. Of naar de hoge percentages bij incontinentie, probleemgedrag en het vóórkomen van het gebruik van middelen als anti-psychotica. Die

uitkomsten zeggen mij dat je niet kunt inboeten op de kwaliteit van verzorgenden en onderstrepen het belang van de beschikbaarheid van verpleegkundige expertise', licht Willemse toe.

Om de kwaliteit te verbeteren heeft V&VN een Kwaliteitsregister in het leven geroepen. Willemse: 'Het is een digitaal systeem, waarin verpleegkundigen en verzorgenden bijhouden wat ze aan deskundigheidsbevordering doen. Daarnaast investeren wij in concrete scholingen en trainingen. We organiseren bijvoorbeeld praktijkbijeenkomsten, waarin we verzorgenden uitleggen hoe je medicijnincidenten kunt voorkomen.'

### **Aandacht**

Ten slotte zal Willemse met het branchebeeld bij de staatssecretaris aandacht vragen voor investering in deskundigheidsbevordering: 'Onze organisatie staat immers voor de professionalisering van verpleegkundigen en verzorgenden en is de spreekbuis naar bestuur en politiek.'

## **3.4 Sting: 'Het branchebeeld biedt instellingen een instrument om aan de slag te gaan'**

'Het branchebeeld geeft een eerste indruk. Voor het eerst hebben we op deze wijze een meting uitgevoerd. Door het ontbreken van harde normen is het moeilijk te beoordelen wat goed en niet goed is. En sommige vragen zullen verder uitgewerkt moeten worden. Eén en ander betekent dat we goed moeten uitleggen hoe en waarom wij tot dit beeld zijn gekomen', reflecteert Betsy Albers, directeur van Sting, de landelijke beroepsvereniging verzorging & zorgprojecten.

'De winst is dat we met elkaar hebben vastgesteld wat relevante thema's zijn. Die vormen de kapstok waarmee zorgorganisaties aan kwaliteit kunnen werken. Wat dat betreft zijn we verder dan ooit. Voorheen gaf iedereen een eigen draai aan zorgkwaliteit. Nu vormt het Kwaliteitskader een goed uitgangspunt.'

### **Instellingsniveau**

Volgens Albers moet er vooral op instellingsniveau naar de uitkomsten worden gekeken. 'Elke afdeling, elk team kan zien hoe ze het heeft gedaan, of ze zich herkent in de uitkomsten en wat ze met de uitkomsten kan doen. Daar ligt voor zorgorganisaties de uitdaging. Het branchebeeld is een instrument waarmee ze aan de slag kunnen.'

### **Zorg-/leefplan**

Voor Sting is vooral het zorg(behandel)-/leefplan van belang. 'Een maatplan voor elke individuele cliënt, waarin alle aspecten van de zorg én de kwaliteit van leven van de cliënt aan de orde komen, is een goed uitgangspunt voor zorgkwaliteit', legt Albers uit. 'De cliënt heeft keuzevrijheid. Denk aan de cliënt die de voorkeur heeft voor een bepaalde inrichting van zijn of haar leefruimte en bereid is een risico op vallen te nemen, omdat hij niet wil worden vastgebonden. Sting wil dat de beroepsgroep zich verantwoordelijker gaat voelen voor en zich verdiept in de individuele zorg-/leefplannen.'

Sting ondersteunt zorgorganisaties bij het implementeren van het zorg-/leefplan. Albers: 'Op praktische wijze bekijken we hoe ver instellingen zijn, wat ze nodig hebben en hoe we verzorgenden meer kunnen betrekken. Uiteindelijk doel is dat de cliënt een optimale kwaliteit van leven heeft.'

### 3.5 ActiZ: 'Het gaat ons om de kwaliteit van leven'

'Het gaat ons niet alleen om de zorginhoud, maar ook om wat er omheen gebeurt. Denk aan bejegening, mentaal welbevinden, woonomgeving. Het gaat ons kortom om de kwaliteit van het leven van de cliënt', zegt Aad Koster, directeur van ActiZ. 'Het is mooi dat de geboden kwaliteit nu in de breedte inzichtelijk wordt. Het is voor alle partners in de Stuurgroep én voor onze leden een hele inspanning geweest, maar het resultaat mag er zijn: we bieden als eerste branche in de zorg transparantie over de zorgkwaliteit.'

ActiZ beschouwt, net als de andere partners in de Stuurgroep, het branchebeeld als een 0-meting. 'Als je met een zekere nuance naar de uitkomsten kijkt, kun je wel een waardeoordeel geven. Over de zorginhoudelijke uitkomsten, die redelijk overeenkomen met de uitkomsten van andere onderzoeken, ben ik niet ontevreden. Ook de resultaten uit de cliëntenraadpleging zijn niet slecht. Bejegening bijvoorbeeld wordt in het algemeen hoog gewaardeerd, evenals ervaren professionaliteit en veiligheid', aldus Koster. 'Dat is een compliment waard aan de medewerkers in de branche.'

Aan de andere kant scoren beschikbaarheid van personeel en ervaren inspraak en overleg laag. Koster: 'Dat zijn voor ons belangrijke aandachtspunten. Onze achterban wil immers vraaggericht werken. Dat betekent dat je moet overleggen met cliënten en dat de zorg wordt afgestemd op hun wensen. Via het Zorgleefplan, dat gebaseerd is op de normen Verantwoorde zorg, bieden we de leden een handreiking voor dat overleg met de cliënt.'

Koster waarschuwt er wel voor dat de resultaten, vooral in de media, niet te absoluut moeten worden gehanteerd. Het gaat nu immers om een 0-meting, een eerste meting met huidige instrumentarium. Er zijn geen absolute normen, en de resultaten staan ook niet op zichzelf, maar moeten in de context van de organisatie worden gezien.

#### **Wetenschap**

ActiZ werkt samen met de Universiteit van Maastricht om de uitkomsten te analyseren en verder onderzoek te doen naar Verantwoorde zorg. Wat zijn opvallende uitkomsten? Hoe komt dat? En hoe kun je verbeteringen doorvoeren? 'Daarnaast helpen wij onze leden zich bewuster te worden van Verantwoorde zorg. We bekijken bijvoorbeeld bij welke instellingen welke methoden en technieken succesvol zijn en proberen die te ontsluiten voor andere instellingen', legt Koster uit. 'Belangrijke doelstelling van het meten is immers ook om te werken aan verbetering van de kwaliteit.'

Voor de verdere ontwikkeling van het Kwaliteitskader zal ActiZ samen met de Stuurgroep het instrument en het proces evalueren. Koster zegt: 'Wat heeft het hele proces opgeleverd? Waar zijn we tegenaan gelopen? En hoewel het uitgangspunt is dat er op de korte termijn zo min mogelijk wordt veranderd, zal het instrumentarium naar aanleiding van die evaluatie ongetwijfeld op onderdelen worden bijgeschaafd.'

#### **Cliëntgerichtheid**

Voor ActiZ zal daarbij de relatie tussen cliënt en professional centraal staan. Koster besluit: 'Wij zijn voorstander van een cliëntgerichte benadering. De cliënt moet zelf kunnen bepalen waar hij zorg inkoop. Wat heeft hij daarvoor nodig? Inzicht in de kwaliteit van de zorg die professionals en zorgorganisaties kunnen bieden.'



### 3.6 BTN: 'Met het branchebeeld kunnen instellingen van elkaar leren'

'Laat ik voorop stellen dat het lastig is een oordeel te geven over dit branchebeeld. We kunnen nog geen vergelijking maken met de resultaten van andere jaren en er is geen absolute norm. Wat is goed en wat is slecht? Ik mis dus nog een scherp referentiekader', reageert Diana van Langerak, bestuurssecretaris van Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN). 'Maar als ik naar de thuiszorg kijk, heb ik het gevoel dat die er niet slecht voorstaat. Op een aantal ja/nee-indicatoren had de thuiszorg mogelijk wel beter kunnen scoren, en bijvoorbeeld op het gebied van ervaren bereikbaarheid en communicatie. Daar kunnen instellingen verbeteringen doorvoeren.'

#### Leren

BTN meent dat verantwoorde zorg primair de verantwoordelijkheid van de zorgorganisaties zelf is. 'Mocht het branchebeeld afwijken van geldende normen, dan zullen wij daarover zeker met onze leden in gesprek gaan. Ik kan mij voorstellen dat we met BTN bijeenkomsten organiseren, waarbij we bepaalde thema's uit het branchebeeld lichten en daar extra aandacht aan besteden. Met de terugkoppeling van onze achterban kunnen we onderzoeken waar de knelpunten liggen en verbetertrajecten formuleren. En mogelijk kunnen instellingen van elkaar leren', legt Van Langerak de rol van BTN uit.

De leden van BTN hebben allen een certificaat van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorg (HKZ). 'Wij zullen het branchebeeld naast dat keurmerk leggen. Dat betekent dat bij de jaarlijkse HKZ-audit ook zal worden bekeken wat er met de uitkomsten van het branchebeeld is gedaan en welke verbetertrajecten zijn uitgezet', aldus Van Langerak.

Vanuit haar achterban was er in eerste instantie enige weerstand tegen het Kwaliteitskader, beaamt Van Langerak. 'Maar met het branchebeeld is de kwaliteit van zorgorganisaties tastbaar geworden. Het gaat leven, het wordt geaccepteerd en je kunt concreet gaan werken aan het onderhoud van je kwaliteitssysteem.'

#### Nuttige exercitie

Door het branchebeeld wordt de zorgkwaliteit voor meer partijen zichtbaar. Van Langerak: 'Voorheen waren er enkel inspecties. De uitkomsten daarvan werden niet altijd even transparant naar het veld geuit. Als onze branche hoge risico's liep, werden we als branche daarvan op de hoogte gesteld. Nu hebben alle partijen zicht op de knel- en verbeterpunten: cliënten, zorgorganisaties en andere partijen. Het is al met al een nuttige exercitie geweest.'

En over de toekomst: 'We zullen de indicatoren goed volgen. Als alle instellingen gedurende een paar jaar goed scoren op een bepaalde indicator, moet je je afvragen of dat bepaalde risico nog wel aanwezig is. En door allerlei ontwikkelingen kunnen er nieuwe risico's ontstaan, waarvoor we nieuwe indicatoren zullen moeten implementeren. Het Kwaliteitskader is dus geen statisch geheel en zal met zijn tijd moeten meegaan', besluit Van Langerak.

### 3.7 IGZ: 'Branchebeeld biedt aangrijpingspunten bij de uitoefening van onze taak'

'We zijn blij met dit branchebeeld. Het is de eerste keer dat we op basis van gezamenlijk gedragen indicatoren een aardig en transparant beeld van de hele sector hebben gekregen. Natuurlijk, er zijn schoonheidsfoutjes. Maar als je kijkt naar de grote hoeveelheid verzamelde data is het fantastisch dat we dit

voor elkaar hebben gekregen', zegt Corry Ketelaars, coördinerend inspecteur en programmaleider Ouderenzorg bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

### **Uitkomsten**

'Wat opvalt is dat er onder cliënten zelden heel negatief wordt gescoord, gemiddeld rondom de 2,5 à 3 op een schaal van 1 tot en met 4. Ook zijn er maar weinig instellingen die heel slecht scoren. Het totaalbeeld van de branche valt dus niet tegen. Natuurlijk zijn er verbeterpunten. Kijk bijvoorbeeld naar de cliëntindicator ervaren inspraak en overleg, waar de uitkomst tegenvalt. Inspraak en overleg hebben de zorgorganisaties zelf in de hand, dat kunnen ze verbeteren.'

'Het beeld van de thuiszorg verbaast mij niet. Cliënten in de thuiszorg hebben vaak betere ervaringen met de zorg. Dat beeld sluit goed aan bij de uitkomsten van klanttevredenheidsmetingen die in de thuiszorg vanuit kwaliteitsbewustzijn al een aantal jaren worden gedaan', zegt Jan van Berlo, programmaleider Zorg Thuis.

### **IGZ**

'Voor IGZ zijn de uitschieters interessant', aldus Ketelaars. 'Sommige indicatoren scoren uitstekend, andere laten een grote spreiding zien. Het branchebeeld biedt ons aangrijpingspunten om onze taak uit te oefenen: op de uitschieterende indicatoren, in negatieve én positieve zin, zullen wij de nadruk leggen.'

Jenneke van Veen, hoofdinspecteur, maakt daarbij enkele relativerende opmerkingen: 'Gelet op de onderbouwing van het branchebeeld en het voorbehoud dat in dit rapport ten aanzien van de data wordt gemaakt, kun je pas echt spreken over risico's voor cliënten als we bij de zorginstelling zijn geweest. De scores per indicator geven ons signalen - een indicatie - dat een aantal aspecten van zorg meer aandacht nodig hebben. Dat is input voor onze lijst van instellingen die we gaan bezoeken. We betrekken daarbij ook andere signalen, klachten, meldingen en ervaringen van eerdere bezoeken bij die instellingen. Verder is het ontwikkelen van indicatoren en het verzamelen van betrouwbare gegevens een kwestie van lange adem. Metingen en verbeteringen kosten nu eenmaal veel tijd.'

### **Toekomst**

Volgens Ketelaars is met dit branchebeeld de basis gelegd. 'Volgend jaar zullen de zorgorganisaties opnieuw een meting uitvoeren en zal de respons nog hoger zijn. Verder zullen we in de Stuurgroep de indicatoren komend jaar evalueren en aanpassingen voor de meting van 2010 doorvoeren. Aanpassingen betreffen niet alleen het proces - denk aan meetbaarheid en interpretatie - maar ook de inhoud. De wetenschap schrijdt voort. Er wordt bijvoorbeeld steeds meer bekend over het gebruik van antidepressiva.' Van Veen vult aan: 'Ook de wetenschappelijke onderbouwing van de indicatorenset zal goed geëvalueerd moeten worden. Het gaat immers om de zeggingskracht van een indicator.'

Het aantal cliënten in de thuiszorg - waarin de afgelopen jaren flink is bezuinigd - zal in de nabije toekomst aanzienlijk stijgen. Van Berlo: 'Marktwerking en transparantie gaan een steeds belangrijker rol spelen. Instellingen willen goed scoren. We zullen de kwaliteit van de thuiszorg goed moeten volgen. Te zijner tijd kunnen we dan daar ook iets over trends zeggen.'

## 4 Het proces naar kwaliteitsverbetering en transparantie

Het rapport 'De toon gezet: één taal voor kwaliteit' van de Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde zorg voor de sector Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (VV&T) is een mijlpaal in het proces naar een goedwerkend Kwaliteitskader. De leden van de Stuurgroep hebben het streven naar verbetering en transparantie van de geleverde kwaliteit van zorg en het verschaffen van inzicht voor zorginkoop elk vanuit hun eigen perspectief benaderd. Vanuit een gezamenlijke visie kon zich een breed gedragen indicatorenset ontwikkelen.

### **Gezamenlijke visie en breed gedragen indicatorenset**

Ondanks de verschillende invalshoeken van de afzonderlijke Stuurgroepleden, is er een harmonie ontstaan, waardoor zich een gezamenlijke visie en een breed gedragen indicatorenset heeft kunnen ontwikkelen. Alle partners zijn 'binnen boord' gebleven. Daaruit mag worden geconcludeerd dat de Stuurgroepleden constructief hebben samengewerkt, wat veel goeds belooft voor de toekomst.

### **Gezamenlijke afspraken staan vast**

De gezamenlijk in de Stuurgroep gemaakte afspraken - zoals de gezamenlijke vaststelling van de definitie van kwaliteit of over welk zorgaanbod de kwaliteit zichtbaar moest worden gemaakt - hebben in belangrijke mate de meerwaarde van het Kwaliteitskader bepaald. Bovendien gaan zorgkantoren het Kwaliteitskader gebruiken voor toetsing van kwaliteit voor de inkoop van zorg.

### **Eén meting met meer doelen**

Een ander belangrijk winstpunt is één meting voor verschillende doelen: het Kwaliteitskader levert informatie op waarmee diverse partijen - cliënten, professionals, zorgorganisaties, zorginkopers en de Inspectie - zich kunnen bedienen. Met de kwaliteitsinformatie kunnen zorgorganisaties verbetertrajecten inzetten, cliënten betere keuzes maken, verzekeraars de beste zorg inkopen en de Inspectie voor de Gezondheidszorg gericht toezicht houden. Dat betekent volgens de Stuurgroep een duidelijke omslag naar meer cliëntgerichtheid.

### **Transparantie in zicht**

Het Kwaliteitskader biedt transparantie van geboden zorgkwaliteit, hetgeen een gunstig effect zal hebben op het opdrijven van de kwaliteit en op het verbeteren van het imago van de branche. Dat proces van transparantie is een feit: organisaties hebben zich dit jaar voor de eerste keer op deze wijze verantwoord. Het komt er nu op aan de slag te maken naar verbetering van de kwaliteit van zorg, zeker als het gaat om cliëntervaringen.

### **Betrokkenheid veld groot**

Gedurende de pilot bleek de grote betrokkenheid onder zorgorganisaties. Ondanks enige scepsis her en der erkenden de zorgorganisaties in het algemeen het belang van het kader en waren ze blij met het streven naar één Kwaliteitskader met bijbehorend instrumentarium voor kwaliteitsmeting, waardoor ze efficiënter kunnen werken.

### **Complex traject**

Achteraf beschouwd was het wellicht beter geweest wat meer een groeimodel te hanteren: kleiner beginnen, fasegewijze opbouw, langzame uitbouw. De Stuurgroep heeft de complexiteit van het logistieke proces onderschat. Zorgorganisaties waren niet altijd even gelukkig met de procedures, de tijddruk en de problemen met de Technische database.

Niettemin kijkt de Stuurgroep met een zekere tevredenheid terug op het hele proces. Ze is erin geslaagd kwaliteitsinformatie geschikt en bereikbaar te maken voor diverse partijen die daarbij belang hebben. Bovendien lijkt het instrumentarium voor deze fase, waarin het Kwaliteitskader voor het eerst op grote schaal is toegepast, te volstaan.

### **0-meting**

Alle partners in de Stuurgroep zien het eerste meetjaar als een '0-meting', waarmee toekomstige metingen kunnen worden vergeleken. Op die manier kunnen veranderingen in de kwaliteit van geleverde zorg worden gevolgd.

#### *Bruikbaarheid resultaten*

De reflecties op het branchebeeld laten zien dat de partners van de Stuurgroep de resultaten van de eerste meting gebruiken om bij hun achterban - indien nodig - de kwaliteit van zorg te verbeteren en daartoe handreikingen aanbieden. De uitkomsten van de meting zijn direct toepasbaar in de verbetertrajecten van het programma 'Zorg voor Beter' van VWS. Zorg voor Beter wil bewerkstelligen dat de kwaliteit van zorg het niveau van het Kwaliteitskader bereikt. De onderwerpen uit de indicatoren zijn tevens verwerkt in de verbetertrajecten. Kortom, zorginstellingen kunnen met hun uitkomsten bepalen aan welk verbetertraject van Zorg voor Beter ze de komende periode willen deelnemen.

#### *Over het eerste meetproces*

Volgens de Stuurgroep hadden zorgorganisaties grote behoefte aan informatie en ondersteuning. Een beleidsmedewerker van het ministerie van VWS zegt dat er natuurlijk zorgorganisaties zijn geweest die de meting ingewikkeld vonden en zich hebben afgevraagd hoe ze dat meetproces moesten inrichten. 'Wat ook een rol speelt zijn de eigen vragenlijsten van zorgkantoren, die, ondanks het feit dat ze zich in de Stuurgroep hebben gecommitteerd aan het afzien van eigen lijsten, daarmee toch doorgaan. Dat zorgorganisaties daardoor verschillende lijsten moeten invullen om de kwaliteit van de zorg te meten, roept natuurlijk weerstand op en leidt tot procesmatige problemen en spanning op de werkvloer.'

### **Ondersteuning**

Vanuit ActiZ zijn er diverse initiatieven genomen om de leden, zorgondernemers, zo goed mogelijk bij de eerste meting te helpen. Er zijn regionale instructiebijeenkomsten georganiseerd, waar praktijkdeskundigen en leden van de Stuurgroep aan het woord kwamen. Er is een handboek ontwikkeld en een helpdesk opgericht. De leden van ActiZ reageren in het algemeen enthousiast en zijn blij met het streven naar één instrument voor kwaliteitsmeting. Maar er is ook scepsis: men ziet het Kwaliteitskader soms als bureaucratisch meetinstrument dat te weinig sturingsinformatie oplevert.

### **Complex meetproces**

De grote impact van het immense meetproces - meten, terugkoppelen, data verzamelen en laten controleren door de instellingen zelf - heeft de Stuurgroep niet kunnen overzien. Daar zijn lessen uit te leren. Het meetproces kan geoptimaliseerd worden door in een eerder stadium ICT-specialisten erbij te betrekken. Ook verdienen de lange doorlooptijden van het meetproces en de daardoor soms verschuivende deadlines aandacht. Het proces is een omvangrijke, logistieke operatie die voor de eerste keer wordt uitgevoerd. Het draagvlak bij de zorgorganisaties komt onder spanning te staan als de resultaten van de metingen te lang uitblijven.

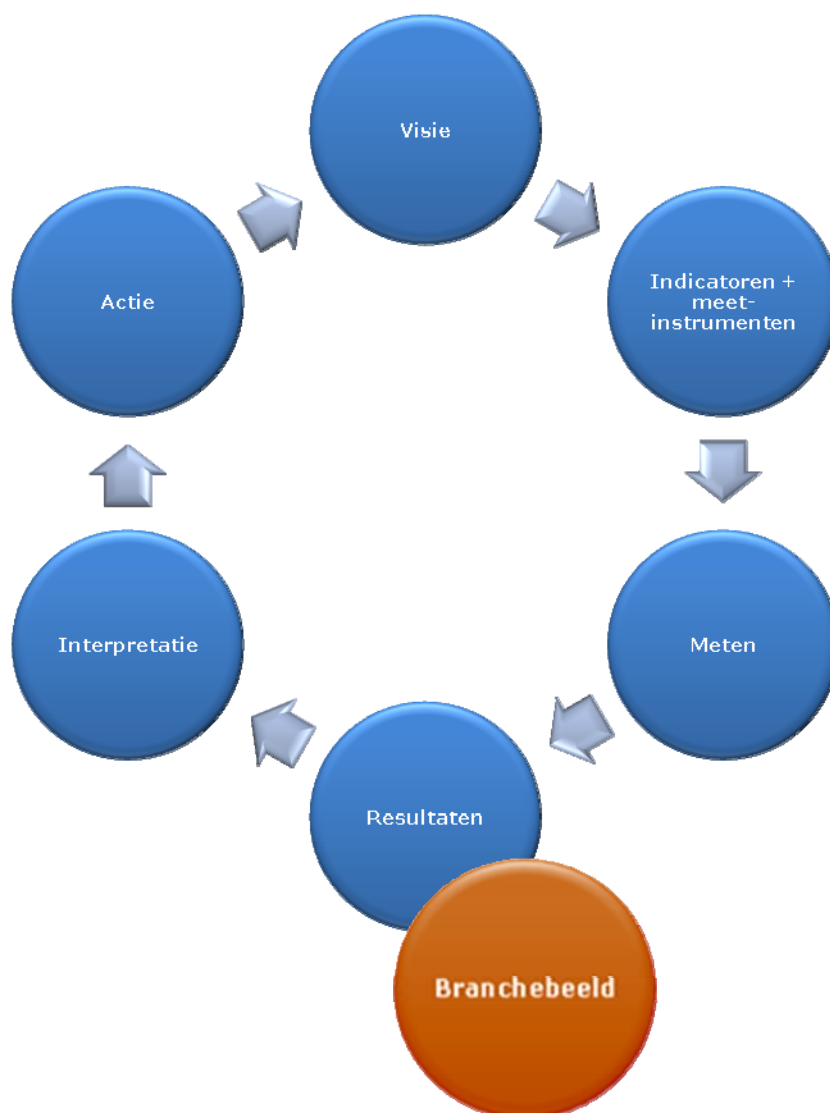
Daarom wordt in opdracht van de Stuurgroep een evaluatie uitgevoerd. Deze evaluatie is inhoudelijk, maar zeker ook procesmatig van aard en zal zeker aanleiding geven tot aanpassingen in het systeem.

## De toon gezet: één taal voor kwaliteit

*Rapport van de Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde zorg  
Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (VV&T)*

### Deel II: Branchebeeld

De resultaten van metingen over verslagjaar 2007



# 1 Inleiding

Dit onderdeel van het rapport is het branchebeeld van de Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (VV&T). Het geeft een beknopt overzicht van de resultaten van vier tranches van metingen met de kwaliteitsindicatoren. Dit branchebeeld is bedoeld om een indruk te geven van de stand van zaken in de VV&T.

## 1.1 Voorbehoud ten aanzien van de data

Bij het lezen en interpreteren van het branchebeeld is het nodig om steeds voor ogen te houden dat het gebaseerd is op data van de eerste jaarcyclus van metingen met het Kwaliteitskader VV&T. Aangezien het Kwaliteitskader altijd bestempeld is als 'groei- of ontwikkelmodel', dienen ook de nu beschikbare data als zodanig beschouwd te worden. Bij het bespreken van de indicatoren (onder 4) blijkt dat er (soms aanzienlijke) verschillen zijn tussen de resultaten op basis van de indicatoren in het Kwaliteitskader en de resultaten uit landelijke metingen van voorgaande jaren. De precieze verklaring van deze verschillen nodigt uit tot evaluatieonderzoek. Dergelijk onderzoek moet helderheid verschaffen over de oorzaken voor deze verschillen. Een oorzaak kan zijn dat metingen, databewerkingen en –analyses in dit stadium nog niet goed genoeg zijn. Daarom moeten deze punten in de komende jaarcycli nog verder ontwikkeld en verbeterd worden.

## 1.2 Niet verwarren met sterren

Het branchebeeld is gebaseerd op ruwe meetresultaten. Bovendien is in het branchebeeld gebruik gemaakt van gegevens op cliëntniveau. En dus niet op de uitkomsten ofwel de scores in sterren zoals deze in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording of op [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl) staan. De gegevens in het Jaardocument zijn bewerkt en gecorrigeerd met behulp van casemix correctie. De resultaten in dit branchebeeld mogen niet verward worden met de sterren die aan individuele organisatorische eenheden toegekend zijn voor het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording en de Kwaliteitskaart op [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl). In het Jaardocument en de Kwaliteitskaart worden organisatorische eenheden met elkaar vergeleken.

## 2 De data op hoofdlijnen

In vier tranches zijn in 2007 en 2008 in vrijwel alle organisatorische eenheden (OE's) in de VV&T metingen gedaan met behulp van de indicatoren in het Kwaliteitskader. De zorginhoudelijke indicatoren (ZI) zijn in 1.797 OE's gemeten. Daarnaast hebben 855 OE's in deze periode een cliëntenraadpleging uitgevoerd met behulp van de CQ-index (CQ) (zie tabel 1.1).

*Tabel 1:* Aantal OE's per deelsector waarin met ZI- en CQ-indicatoren is gemeten

| Deelsector      | ZI: aantal OE's | CQ: aantal OE's |
|-----------------|-----------------|-----------------|
| V&V             | 1.106           | 312             |
| ZT              | 224             | 51              |
| PG              |                 | 138             |
| V&V en ZT       | 467             | 37              |
| V&V en PG       |                 | 256             |
| ZT en PG        |                 | 4               |
| V&V en PG en ZT |                 | 57              |

In totaal zijn de ZI-indicatoren gemeten bij 138.736 cliënten in de Verpleging en Verzorging (V&V) en bij 53.726 cliënten in de Zorg Thuis (ZT). De CQ-indicatoren zijn gemeten bij 16.894 cliënten in de V&V, bij 10.187 cliënten in de ZT en bij 7.788 vertegenwoordigers van Psychogeriatrische (PG) cliënten. De resultaten van de ZI-indicatoren werden in de V&V per OE op gemiddeld 88 cliënten gebaseerd. Dit is gemiddeld<sup>1</sup> 78% van de cliënten in een OE. In de ZT werden de resultaten van de zorginhoudelijke indicatoren gebaseerd op gemiddeld 61 cliënten per OE. Gemiddeld is dit 16% van de cliënten in een OE<sup>2 3</sup>. De resultaten van de CQ-indicatoren werden in de V&V per OE op gemiddeld 22 cliënten gebaseerd en in de PG op gemiddeld 24 cliëntenvertegenwoordigers. In de ZT werden de resultaten van de CQ-indicatoren gebaseerd op gemiddeld 29 cliënten per OE.

### 2.1 Overall beeld Verpleging, Verzorging en Thuiszorg

Een logische vraag die naar aanleiding van de presentatie van dit branchebeeld gesteld zal worden, is: *“Hoe staat de Nederlandse VV&T er nu voor als het gaat om de kwaliteit van zorg?”*

1 Gewogen gemiddelde: er is dus rekening gehouden met het aantal cliënten per OE

2 In de V&V wordt bij alle cliënten gemeten. Ter beperking van de administratieve lastendruk (cliënten wonen verspreid over de regio) wordt in de Zorg Thuis bij een representatieve steekproef van cliënten gemeten, waardoor het percentage lager ligt.

3 De genoemde percentages 'cliënten waarop de resultaten zijn gebaseerd' wisselen per indicator (zie Bijlage I). Hoe kleiner het percentage is, hoe kleiner de zeggingskracht van de indicator is. Als de zeggingskracht klein is, dan is de kans groter dat de resultaten afwijkend zijn ten opzichte van de werkelijkheid. Dit kan een verklaring zijn voor afwijkende resultaten ten opzichte van de resultaten uit eerdere metingen door de IGZ, de Landelijke Prevalentie Zorgproblemen van de Universiteit van Maastricht of internationale cijfers. In de bespreking van de resultaten per indicator (paragraaf 5) wordt aan dit probleem aandacht besteed als er sprake is van zowel afwijkende resultaten als een laag percentage 'bemeten' cliënten.



### *Slagen om de arm*

Voor antwoorden op deze vraag moeten we wel de nodige slagen om de arm houden. Het gaat hier om een meting die voor de eerste keer in deze omvang en op deze wijze is verricht. Het hele proces van dataverzameling, -analyse en -interpretatie heeft tijd nodig om nog verder ingebed te raken in de procedures van instellingen, meetbureaus, databeheerders en -analisten. Het systeem heeft, zagezegd, tijd nodig om door te ontwikkelen tot een goed werkende, 'geoliede machine'. Omdat het de eerste keer is dat deze meting is verricht, zijn er bovendien nog geen vergelijkbare historische data. Trenduitspraken, zoals "gaat het beter of gaat het juist minder goed?" kunnen dus nog niet worden gedaan. Ook vergelijkingen met andere metingen, of met internationale gegevens, zijn ingewikkeld. Vaak is er sprake van definitieverschillen, waardoor meetresultaten zich moeilijk laten vergelijken. Wordt dezelfde definitie van 'decubitus' gehanteerd? Zijn de populaties wel goed vergelijkbaar? Vaak is het antwoord op dergelijke vragen dat dit nog onbekend is. Bij de onderstaande bespreking van indicatoren moeten deze nuancerings van de vergelijkingen scherp in acht worden genomen.

### *Beeld zorginhoudelijke indicatoren*

Toch zijn enkele lijnen te schetsen bij indicatoren die – vergeleken met andere nationale en internationale data – of een opvallend positief beeld laten zien, of benoemd kunnen worden als verbeter- en aandachtspunt.

Tabel 2: Samenvatting van de resultaten van de zorginhoudelijke indicatoren

| <b>ZI</b>                  | <b>V&amp;V</b>                   | <b>ZT</b>                       |
|----------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| Positief beeld             | 4.1 Decubitus                    | 4.1 Decubitus                   |
|                            | 4.2c Voedingstoestand            | 4.2b Voedingstoestand – navraag |
|                            | 4.6a Vaccinatiegraad cliënten    | 4.8 Verblijfskatheter           |
|                            |                                  | 7.2 Depressie                   |
| Verbeter- en aandachtspunt | 4.3 Valincidenten                | 4.3 Valincidenten               |
|                            | 4.6b Vaccinatiegraad medewerkers | 4.7b Incontinentie-diagnose     |
|                            | 4.7a Incontinentie – prevalentie |                                 |
|                            | 4.7b Incontinentie – diagnose    |                                 |
|                            | 7.2 Depressie                    |                                 |

- In de V&V zijn vooral de resultaten bij de zorgproblemen decubitus (2,8%) en ondervoeding (voedingstoestand-wegen: 3,2%) opvallend positief te noemen ten opzichte van wat elders (nationaal en internationaal) wordt gemeten. Daarnaast is de vaccinatiegraad cliënten opvallend hoog te noemen: 95,3%. Zaken die hoog op de verbeteragenda van de V&V zouden moeten staan, zijn: valincidenten (10,7%), incontinentie, zowel de prevalentie ervan (61%), als het adequaat stellen van de diagnose (56%), de vaccinatiegraad bij (direct zorggebonden) medewerkers (16%) en de prevalentie van depressie (24%).
- In de ZT is positief te noemen dat het percentage cliënten met decubitus (1,1%) lager ligt dan elders gemeten, slechts 4% van de cliënten een verblijfskatheter heeft die 14 dagen of langer aanwezig is, depressie nauwelijks vaker voorkomt dan onder de 'gewone' Nederlandse bevolking (16,3% ten opzichte van 15%), en cliënten minder vaak dan elders gerapporteerd, aangeven onbedoeld te veel te zijn afgevallen (5,1%). Aandachtspunten zijn hier de prevalentie van valincidenten (12,2%) en het

feit dat in slechts 56% van de gerapporteerde incontinentiegevallen een adequate diagnose is gesteld door een arts of incontinentieverpleegkundige.

### *Beeld cliënt-ervaringsindicatoren*

Voor wat betreft de CQ-indicatoren kunnen hardere uitspraken worden gedaan over de gevonden resultaten. Alle CQ-indicatoren zijn op eenzelfde schaal gescoord (1 t/m 4), waardoor de resultaten tussen indicatoren kunnen worden vergeleken. Hierdoor ontstaat inzicht in positieve en minder positieve resultaten. Zo blijken cliënten in de thuiszorg vaak iets betere ervaringen te hebben met de zorg dan vertegenwoordigers van PG-cliënten en blijken vertegenwoordigers van PG-cliënten op hun beurt weer betere ervaringen te hebben dan cliënten in de V&V zelf. Per deelsector is verder te zien dat er voor bepaalde indicatoren goede ervaringen gerapporteerd worden en dat er voor andere nog wat te verbeteren valt (zie ook tabel 1.3):

- In de V&V rapporteren cliënten over het algemeen goede ervaringen met zowel de professionaliteit en veiligheid van de zorgverlening, de privacy in de woonruimte<sup>4</sup>, als de veiligheid van de woon-/leefomgeving. Cliënten hebben de minst goede ervaringen met inspraak en overleg, met de verstrekte informatie en met maaltijden.
- Vertegenwoordigers van PG-cliënten zeggen goede ervaringen te hebben met bejegening en privacy in de woonruimte. Ook met het respecteren van rechten bij vrijheidsbeperkingen zijn over het algemeen goede ervaringen. Echter, de spreiding in het onderste kwartiel, is hier groot. Minder goede ervaringen worden genoemd als het gaat om de geboden mogelijkheden tot inspraak en overleg, de informatie en de veiligheid van de woon- en leefomgeving.
- In de Zorg Thuis valt op dat de ervaringen met het zorgbehandel- of het leefplan en de evaluatie daarvan over het algemeen positief zijn. Over de ervaringen met lichamelijke verzorging zijn cliënten ook positief, wat ook geldt voor ervaren betrouwbaarheid van zorgverleners. Op ervaren inspraak en overleg wordt in de ZT minder goed gescoord. Ook over ervaringen met dagbesteding en participatie zijn cliënten minder positief. Ten slotte hebben zij minder goede ervaringen met samenhang in zorg.

---

<sup>4</sup> De interpretatieregels zeggen over deze indicator dat er door fouten in de meting geen consequenties zouden mogen worden verbonden aan uitkomsten op OE-niveau. Voor de berekening van het branchebeeld zijn de verkeerd berekende OE's echter achterwege gelaten, zodat toch een betrouwbaar branchebeeld voor deze indicator kan worden gegeven.

Tabel 3: Samenvatting van de resultaten van de cliënt-ervaringsindicatoren

| CQ                         | V&V  | PG  | ZT   |
|----------------------------|--|---|--|
| Positief beeld             | 4.12 Ervaren professionaliteit en veiligheid zorgverlening | 2.1 Ervaren bejegening                                  | 1.1 Ervaringen met zorg(behandel-)/leefplan en evaluatie |
|                            | 5.3 Ervaren privacy (en woonruimte)                        | 4.13 Ervaren respectering rechten vrijheidsbeperkingen* | 3.1 Ervaringen met lichamelijke verzorging               |
|                            | 8.1 Ervaren veiligheid woon-/leefomgeving                  | 5.3 Ervaren privacy (en woonruimte)                     | 8.2 Ervaren betrouwbaarheid van zorgverleners            |
| Verbeter- en aandachtspunt | 1.2 Ervaren inspraak en overleg                            | 1.2 Ervaren inspraak en overleg                         | 1.2 Ervaren inspraak en overleg                          |
|                            | 2.2 Ervaren informatie                                     | 2.2 Ervaren informatie                                  | 6.1 Ervaringen met dagbesteding en participatie          |
|                            | 3.2 Ervaringen met maaltijden                              | 8.1 Ervaren veiligheid woon-/leefomgeving               | 10.1 Ervaringen met samenhang in zorg                    |

\*De spreiding in het onderste kwartiel is groot

### *Ten slotte*

Zoals deze en komende paragrafen laten zien, zijn nog veel vragen onbeantwoord. Het verdient daarom aanbeveling dat er grondig evaluatieonderzoek plaatsvindt naar de bestaande indicatorenset en de bijbehorende meetinstrumenten, de interpretatie van de indicatoren door instellingen, de meetmethoden, de procedure van data-aanlevering, de toegepaste schoningsregels en de gebruikte methoden voor casemixcorrectie. Het hoofdstuk over de interpretatieregels en het ordeningsmodel gaat hierop dieper in.

## 3 Uitleg weergave resultaten

### 3.1 Grafieken: resultaten in één oogopslag

In dit rapport wordt gewerkt met grafieken, waarbij één grafiek per indicator de stand van zaken laat zien. Een grafiek bevat de belangrijkste kenmerken van de resultaten:

- spreiding
- schaal
- gemiddelde
- mediaan
- minimum en maximum.

### 3.2 Spreiding: de kleuren

Iedere grafiek loopt van lichtblauw naar donkerblauw, of andersom. Dit houdt het volgende in:

- lichtblauw (de 25% laagste scores)
- 1 tint donkerder lichtblauw (de daarop volgende 25%)
- middentint blauw (de 25% daarop volgende scores)
- donkerblauw (de 25% hoogste scores).

Deze vier groepen noemen we *kwartielen*. De breedte van een kwartiel zegt iets over de spreiding van de resultaten. Hoe langer een kwartiel, hoe meer spreiding. Hoe korter, hoe dichter de resultaten bij elkaar liggen. In sommige gevallen liggen de resultaten zo dicht bij elkaar dat het niet mogelijk is om twee kwartielen te onderscheiden. In dat geval zijn de kleuren in de balk niet duidelijk te onderscheiden.

De kleuren zeggen dus niet of de gemeten kwaliteit op het betreffende onderdeel absoluut goed of slecht is. Het is geen waardeoordeel, maar zegt iets over de ligging van de resultaten ten opzichte van elkaar (de 25% laagste scores tot en met de 25% hoogst gemeten scores).

Ten slotte kan er een wit vlak te zien zijn aan de onderkant en/of de bovenkant van de grafiek. Dit is het gebied tussen de mogelijke onder- /bovengrens en het gemeten minimum/maximum. Bij ja/nee-indicatoren worden maar twee kleuren onderscheiden: donkerblauw (% ja) en lichtblauw (% nee).

### 3.3 Schaal

Iedere grafiek kent een schaal waarbinnen resultaten kunnen voorkomen. Voor ZI-indicatoren geldt een schaal van 0% t/m 100%, voor CQ-indicatoren een schaal van 1 t/m 4 (1: minst positieve ervaringen, 4: meest positieve ervaringen). Voor de ja/nee indicatoren geldt dat 'ja' plus 'nee' 100% is.

### 3.4 Gemiddelde

De stippellijn toont het gemiddelde op de indicator. Dit gemiddelde is een 'gewogen' gemiddelde. Dat wil zeggen dat rekening is gehouden met het aantal cliënten in een OE. OE's met veel/weinig cliënten kunnen zodoende niet het totaalbeeld vertekenen.

### 3.5 Mediaan

De doorgetrokken lijn geeft de mediaan weer. De mediaan is het midden van een verdeling, dat wil zeggen dat 50% van de getallen onder de mediaan ligt en 50% erboven. Je kunt ook zeggen: de mediaan is het middelste getal als je de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Bij een oneven aantal getallen kan dat, maar bij een even aantal is het lastiger. In dat geval nemen we als mediaan het rekenkundig gemiddelde van de twee middelste getallen. Het voordeel van het bekijken van de mediaan ten opzichte van het gemiddelde is dat uitschieters (naar boven of beneden) buiten beschouwing worden gelaten.

### 3.6 Minimum, maximum

De laagst gemeten score (links) en de hoogst gemeten score (rechts).

### 3.7 Drie soorten grafieken

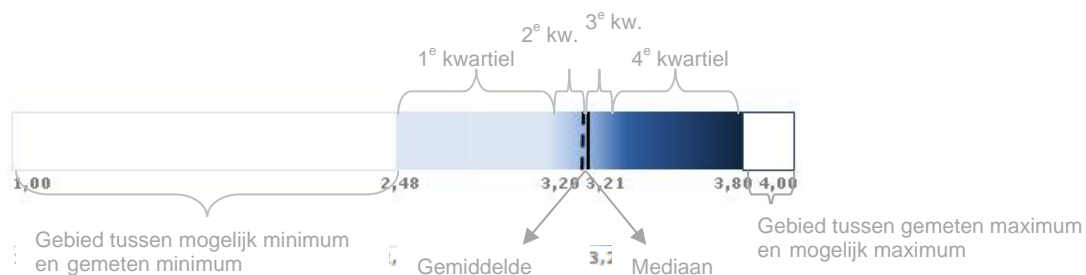
Er zijn drie soorten grafieken:

- 1 Een positief gestelde indicator
- 2 Een negatief gestelde indicator
- 3 Ja/nee indicator.

Ad 1.

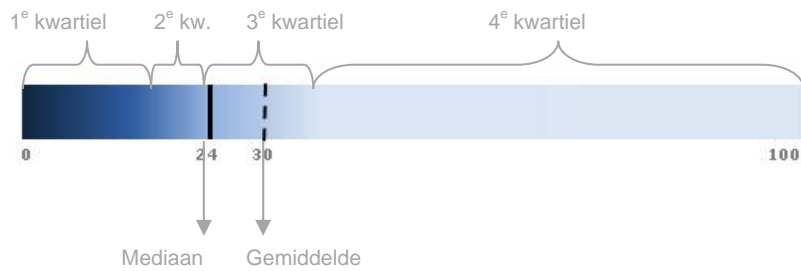
Een positief gestelde indicator is bijvoorbeeld 'de ervaringen van cliënten op het gebied van mentaal welbevinden'. Bij een positief gestelde indicator geldt: hoe hoger de score, hoe beter. Hieronder staat de grafiek voor deze positief geformuleerde indicator met daarin de schaal (1-4), de laagst gemeten score (2,48), de hoogst gemeten score (3,80), het gemiddelde (3,20), en de mediaan (3,21).

Voorbeeld positief gestelde indicator 'ervaringen op het gebied van mentaal welbevinden'.



Ad 2.

Een negatief gestelde indicator is bijvoorbeeld 'probleemgedrag'. Bij een negatief gestelde indicator geldt: hoe lager de score, hoe beter. Het eerste, beste, donkerblauw gekleurde kwartiel bevindt zich uiterst links in plaats van rechts. Hieronder staat de grafiek met daarin de schaal (0%-100%), de laagst gemeten waarde (0%), de hoogst gemeten waarde (100%), het gemiddelde (30%), en de mediaan (24%).

Voorbeeld negatief gestelde indicator 'Probleemgedrag'.

## Ad 3.

Een voorbeeld van een ja/nee indicator is bijvoorbeeld: “De organisatorische eenheid kan aantonen dat voor de functie Verblijf gecombineerd met Verpleging en/of Behandeling zeven maal 24 uur een verpleegkundige bereikbaar is die binnen tien minuten ter plaatse kan zijn”. Bij een ja/nee indicator wordt het percentage OE's dat 'ja' antwoordt, met donkerblauw weergegeven en het percentage OE's dat 'nee' antwoordt, met lichtblauw. Hieronder staat de grafiek:

Voorbeeld ja/nee indicator 'Beschikbaarheid verpleegkundige'.









## 4 Overzicht resultaten

In de overzichten 1, 2 en 3 op blz. 47 t/m 51 staat per deelsector weergegeven wat de resultaten zijn. De resultaten staan per indicator in een grafiek. In overzicht 1 staan de resultaten van de deelsector Verpleging & Verzorging. In dit overzicht zijn in de grafieken van de zorginhoudelijke indicatoren, de resultaten van de Psychogeriatrische Zorg meegenomen. De resultaten van de CQ-indicatoren in de Psychogeriatrische Zorg staan daarnaast apart in overzicht 2. Ten slotte laat overzicht 3 de resultaten van de indicatoren in de deelsector Zorg Thuis zien.

Overzicht 1: In dit overzicht zijn voor de Verpleging & Verzorging (V&V), per indicator de resultaten weergegeven in een grafiek. De resultaten van de zorginhoudelijke indicatoren zijn inclusief Psychogeriatrische zorg (PG). De kengetallen van de resultaten van de indicatoren staan in een tabel in de bijlage. Meer informatie over de inhoud van de indicatoren staat in het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg.

| Overzicht 1: Verpleging en Verzorging                      |           |
|--|-----------|
| Thema's en indicatoren                                     | Grafieken |
| <b>1 Zorg(behandel-)/leefplan</b>                          |           |
| 1.1 Ervaringen met zorg(behandel-)/leefplan en evaluatie   |           |
| 1.2 Ervaren inspraak en overleg                            |           |
| <b>2 Communicatie en informatie</b>                        |           |
| 2.1 Ervaren bejegening                                     |           |
| 2.2 Ervaren informatie                                     |           |
| <b>3 Lichamelijk welbevinden</b>                           |           |
| 3.1 Ervaringen met lichamelijke verzorging                 |           |
| 3.2 Ervaringen met maaltijden                              |           |
| <b>4 Zorginhoudelijke veiligheid</b>                       |           |
| 4.1 Decubitus  |           |
| 4.2c Voedingstoestand                                      |           |
| 4.3 Valincidenten  |           |
| 4.4 Medicijnincidenten                                     |           |
| 4.5a Antipsychotica, anxiolytica en hypnotica              |           |
| 4.5b Antidepressiva  |           |
| 4.6a Vaccinatiegraad - cliënten                            |           |
| 4.6b Vaccinatiegraad - medewerkers                         |           |
| 4.7a Incontinentie - prevalentie                           |           |
| 4.7b Incontinentie - diagnose                              |           |
| 4.8 Verblijfskatheter                                      |           |
| 4.9 Probleemgedrag   |           |
| 4.10 Fixatie   |           |
| 4.12 Ervaren professionaliteit en veiligheid zorgverlening |           |
| <b>5 Woon- en leefomstandigheden</b>                       |           |
| 5.1 Ervaren wooncomfort                                    |           |
| 5.2 Ervaren sfeer  |           |
| 5.3 Ervaren privacy (en woonruimte)                        |           |
| <b>6 Participatie en sociale redzaamheid</b>               |           |
| 6.1 Ervaringen met dagbesteding en participatie            |           |
| 6.2 Ervaren zelfstandigheid/autonomie                      |           |
| <b>CQ-indicatoren</b>                                      |           |
| <b>Zorginhoudelijke indicatoren</b>                        |           |



| Vervolg overzicht 1: Verpleging en Verzorging        |  |
|--|--|
| Thema's en indicatoren                               | Grafieken  |
| <b>7 Mentaal welbevinden</b>                         |  |
| 7.1 Ervaringen op het gebied van mentaal welbevinden |  |
| 7.2 Depressie  |  |
| <b>8 Veiligheid wonen/verblijf</b>                   |  |
| 8.1 Ervaren veiligheid woon-/leefomgeving            |  |
| 8.3 Instructie tilliften                             |  |
| <b>9 Voldoende en bekwaam personeel</b>              |  |
| 9.1 Ervaren beschikbaarheid personeel                |  |
| 9.2 Beschikbaarheid verpleegkundige                  |  |
| 9.3 Beschikbaarheid arts                             |  |
| 9.4 Bekwaamheid voorbehouden handelingen             |  |
| <b>CQ-indicatoren</b>                                |  |
| Zorginhoudelijke indicatoren                         |  |

Overzicht 2: In dit overzicht zijn voor de Psychogeriatrische zorg (PG), per CQ-indicator de resultaten weergegeven in een grafiek. De resultaten van de zorginhoudelijke indicatoren in de PG zijn meegenomen in overzicht 1. De kengetallen van de resultaten van de indicatoren staan in een tabel in de bijlage. Meer informatie over de inhoud van de indicatoren staat in het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg.

| Overzicht 2: Psychogeriatrische Zorg                       |           |
|--|-----------|
| Thema's en indicatoren                                     | Grafieken |
| <b>1 Zorg(behandel-)/leefplan</b>                          |           |
| 1.1 Ervaringen met zorg(behandel-)/leefplan en evaluatie   |           |
| 1.2 Ervaren inspraak en overleg                            |           |
| <b>2 Communicatie en informatie</b>                        |           |
| 2.1 Ervaren bejegening                                     |           |
| 2.2 Ervaren informatie                                     |           |
| 2.3 Ervaren telefonische bereikbaarheid (en communicatie)  |           |
| <b>3 Lichamelijk welbevinden</b>                           |           |
| 3.1 Ervaringen met lichamelijke verzorging                 |           |
| 3.2 Ervaringen met maaltijden                              |           |
| <b>4 Zorginhoudelijke veiligheid</b>                       |           |
| 4.12 Ervaren professionaliteit en veiligheid zorgverlening |           |
| 4.13 Ervaren respectering rechten vrijheidsbeperkingen     |           |
| <b>5 Woon- en leefomstandigheden</b>                       |           |
| 5.1 Ervaren wooncomfort                                    |           |
| 5.2 Ervaren sfeer  |           |
| 5.3 Ervaren privacy (en woonruimte)                        |           |
| <b>6 Participatie en sociale redzaamheid</b>               |           |
| 6.1 Ervaringen met dagbesteding en participatie            |           |
| 6.2 Ervaren zelfstandigheid/autonomie                      |           |
| <b>7 Mentaal welbevinden</b>                               |           |
| 7.1 Ervaringen op het gebied van mentaal welbevinden       |           |
| <b>8 Veiligheid wonen/verblijf</b>                         |           |
| 8.1 Ervaren veiligheid woon-/leefomgeving                  |           |
| 8.2 Ervaren betrouwbaarheid zorgverleners                  |           |
| <b>9 Voldoende en bekwaam personeel</b>                    |           |
| 9.1 Ervaren beschikbaarheid personeel                      |           |
| <b>CQ-indicatoren</b>                                      |           |

**Overzicht 3:** In dit overzicht zijn voor de Zorg Thuis (ZT), per indicator de resultaten weergegeven in een grafiek. De kengetallen van de resultaten van de indicatoren staan in een tabel in de bijlage. Meer informatie over de inhoud van de indicatoren staat in het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg.

| Thema's en indicatoren                                     | Grafieken |
|--|-----------|
| <b>1 Zorg(behandel-)/leefplan</b>                          |           |
| 1.1 Ervaringen met zorg(behandel-)/leefplan en evaluatie   |           |
| 1.2 Ervaren inspraak en overleg                            |           |
| <b>2 Communicatie en informatie</b>                        |           |
| 2.1 Ervaren bejegening                                     |           |
| 2.2 Ervaren informatie                                     |           |
| 2.3 Ervaren telefonische bereikbaarheid (en communicatie)  |           |
| <b>3 Lichamelijk welbevinden</b>                           |           |
| 3.1 Ervaringen met lichamelijke verzorging                 |           |
| <b>4 Zorginhoudelijke veiligheid</b>                       |           |
| 4.1 Decubitus  |           |
| 4.2b Voedingstoestand - navraag                            |           |
| 4.3 Valincidenten  |           |
| 4.7a Incontinentie - prevalentie                           |           |
| 4.7b Incontinentie - diagnose                              |           |
| 4.8 Verblijfskatheter                                      |           |
| 4.11 Beleid vrijheidsbeperkende maatregelen                |           |
| 4.12 Ervaren professionaliteit en veiligheid zorgverlening |           |
| <b>5 Woon- en leefomstandigheden</b>                       |           |
| 5.3 Ervaren privacy (en woonruimte)                        |           |
| <b>6 Participatie en sociale redzaamheid</b>               |           |
| 6.1 Ervaringen met dagbesteding en participatie            |           |
| 6.2 Ervaren zelfstandigheid/autonomie                      |           |
| <b>7 Mentaal welbevinden</b>                               |           |
| 7.1 Ervaringen op het gebied van mentaal welbevinden       |           |
| 7.2 Depressie  |           |
| <b>8 Veiligheid wonen/verblijf</b>                         |           |
| 8.1 Ervaren veiligheid woon-/leefomgeving                  |           |
| 8.2 Ervaren betrouwbaarheid zorgverleners                  |           |
| 8.3 Instructie tilliften                                   |           |
| <b>CQ-indicatoren</b>                                      |           |
| <b>Zorginhoudelijke indicatoren</b>                        |           |

| Vervolg overzicht 3: Zorg Thuis          |                                      |
|--|--------------------------------------|
| Thema's en indicatoren                   | Grafieken                            |
| <b>9 Voldoende en bekwaam personeel</b>  |                                      |
| 9.1 Ervaren beschikbaarheid personeel    | <p>1,00 2,72 3,31 3,33 3,84 4,00</p> |
| 9.4 Bekwaamheid voorbehouden handelingen | <p>82% 18%</p>                       |
| <b>10 Samenhang in zorg</b>              |                                      |
| 10.1 Ervaringen met ketenzorg            | <p>1,00 1,75 3,05 3,08 4,00</p>      |
| <b>CQ-indicatoren</b>                    |                                      |
| <b>Zorginhoudelijke indicatoren</b>      |                                      |

## 5 Resultaten op indicatorniveau

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de metingen per indicator besproken.

Per thema en per indicator worden steeds eerst de resultaten van de Verpleging & Verzorging (V&V) besproken. Eerst wordt de grafiek getoond. Vervolgens wordt deze uitgelegd. Als het gaat om een zorginhoudelijke (ZI-) indicator, zijn de V&V-resultaten inclusief de resultaten van de Psychogeriatrische zorg (PG). Als het gaat om een cliëntervarings(CQ-)indicator worden eerst de resultaten van de V&V genoemd en vervolgens die van de PG. Ten slotte volgt steeds een bespreking van de resultaten van de Zorg Thuis (ZT). Alle (overige) kengetallen staan in een tabel in de bijlage.

De zorginhoudelijke indicatoren worden, waar mogelijk, gespiegeld aan nationale en internationale data uit een vergelijkende studie die in 2006 werd verricht in opdracht van de IGZ<sup>5</sup>; gegevens uit de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ)<sup>6</sup> en een 'quick scan' van de internationale literatuur. Voor dit laatste is advies ingewonnen bij de Universiteit Maastricht<sup>7</sup>.

### 5.1 Zorg(behandel)-/leefplan

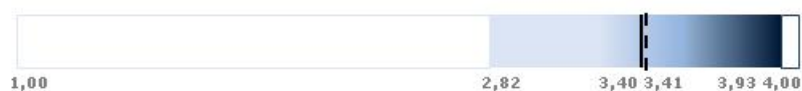
#### Indicator 1 Ervaringen met zorg(behandel)-/leefplan en evaluatie

##### V&V



De gemiddelde score op ervaringen met zorg(behandel)-/leefplan is 3,2 op een schaal van 1 t/m 4. Hierbij is 2 de minimumscore en 4 het maximum. Dit betekent dat de cliënten in de V&V een gemiddelde score hebben van 3,2 als het gaat om de mate waarin zij een goed zorgplan en een goede evaluatie daarvan ervaren. De mediaan is bijna gelijk aan het gemiddelde. Dit duidt op een redelijk gelijke verdeling over de kwartielen. Uit de kleurovergangen in de grafiek, blijkt dat de grootste spreiding in het eerste kwartiel zit, dus dat er uitschieters naar beneden zijn.

##### PG



Vertegenwoordigers van cliënten in de PG hebben op deze indicator een gemiddelde score van 3,4 op een schaal van 2,8 t/m 3,9. Hierbij is 2,8 de minimumscore en 3,9 het maximum. Dit betekent dat in de PG gemiddeld 3,4 wordt gescoord als het gaat om de mate waarin vertegenwoordigers van cliënten een goed zorgplan en een goede evaluatie daarvan ervaren. De mediaan is bijna gelijk aan het gemiddelde. De kleurovergangen in de grafiek laten een normale verdeling zien.

5 Achtergrondstudie, gepresenteerd als bijlage bij de resultaten van de IGZ-indicatoren, rapport 2006.

6 Uitgevoerd door de Universiteit Maastricht, 2007.

7 Onderzoeksprogramma Innovaties in de Zorg voor Ouderen, School for Public Health & Primary Care.

**ZT**

De gemiddelde score op ervaringen met zorg(behandel)-/leefplan is 3,6 op een schaal van 1 t/m 4. Cliënten in de ZT hebben dus een gemiddelde score van 3,6 op deze indicator. De mediaan is bijna gelijk aan het gemiddelde. Uit de kleurovergangen blijkt dat de grootste spreiding in het eerste kwartiel zit, dus dat er uitschieters naar beneden zijn. Deze indicator is één van de drie indicatoren in de ZT, waarop het best gescoord wordt (zie tabel 1.3).

**Indicator 2 Ervaren inspraak en overleg****V&V**

In de V&V hebben cliënten een gemiddelde score van 2,7 op een schaal van 1 t/m 4 als het gaat om de mate waarin zij goede inspraak en goed overleg ervaren. 1,3 is de minimumscore en 4 het maximum. De mediaan ligt op 2,6. De kleurovergangen in de grafiek laten een vrij normale verdeling zien. Deze indicator is één van de drie indicatoren in de V&V, waarop het minst goed gescoord wordt (zie tabel 1.3).

**PG**

Als het gaat om de mate waarin zij goede inspraak en goed overleg ervaren, wordt in de PG gemiddeld 2,8 gescoord op een schaal van 1 t/m 4. De minimumscore is 2 en het maximum is 3,4. De mediaan is bijna gelijk aan het gemiddelde. Zoals de kleurovergangen aangeven, is er sprake van een bijna normale verdeling, met een licht grotere spreiding in het laagste kwartiel ('de onderkant'). Deze indicator is één van de drie indicatoren in de PG, waarop het minst goed gescoord wordt (zie tabel 1.3).

**ZT**

De gemiddelde score op ervaren inspraak en overleg is 3 op een schaal van 1 t/m 4 in de ZT. Hierbij is 2,3 de minimumscore en 3,6 het maximum. Dit betekent dat de cliënten in de Zorg Thuis een gemiddelde score hebben van 3 als het gaat om de mate waarin zij goede inspraak en goed overleg ervaren. De kleurovergangen laten een normale verdeling zien. Deze indicator is één van de drie indicatoren in de ZT, waarop het minst goed gescoord wordt (zie tabel 1.3).

Geconcludeerd kan worden dat inspraak en overleg een indicator is waarop niet goed wordt gescoord. Dit zou er op kunnen wijzen dat de sector er nog onvoldoende in geslaagd is de zorg af te stemmen op de wensen van de cliënten.

## 5.2 Communicatie en informatie

### Indicator 1 Ervaren bejegening

V&V



De ervaren bejegening wordt door zorggebruikers in de V&V gemiddeld gescoord op 3,4 op een schaal van 1 t/m 4. Hierbij is 2,3 de minimumscore en 4 het maximum. De mediaan ligt op 3,4. De kleurovergangen laten een scheve verdeling zien. De spreiding naar beneden is groter is dan die naar boven, doordat er uitschieters naar beneden zijn.

PG



De gemiddelde score op de door de PG ervaren bejegening is 3,5 op een schaal van 1 tot 4. Het minimum is 2,9 en het maximum is 3,9. De mediaan ligt ook op 3,5. De kleurovergangen laten een bijna normale verdeling zien. Deze indicator is één van de drie indicatoren in de PG, waarop het best gescoord wordt (zie tabel 1.3).

ZT



De gemiddelde score op ervaren bejegening in de ZT is 3,6 op een schaal van 1 t/m 4. Hierbij is 3 de minimumscore en 3,9 het maximum. Omdat de mediaan bijna gelijk is aan het gemiddelde, laat de grafiek een weinig scheve verdeling zien. Er zijn uitschieters naar beneden.

### Indicator 2 Ervaren informatie

V&V



Cliënten in de V&V hebben een gemiddelde score van 2,8 op een schaal van 1 t/m 4 als het gaat om de mate waarin zij – of hun vertegenwoordigers – goede informatie ervaren. 1,6 is de minimumscore en 4 het maximum. De mediaan is bijna gelijk aan het gemiddelde, wat betekent dat er een enkele uitschieter naar beneden is. Verder laat de grafiek een redelijk normale verdeling zien. Deze indicator is één van de drie indicatoren in de V&V, waarop het minst goed gescoord wordt (zie tabel 1.3).

### PG



In de grafiek is te zien dat voor de PG de gemiddelde score op ervaren informatie 3,3 is op een schaal van 1 t/m 4. De minimumscore is 2,2 en het maximum is 4. De mediaan ligt op 3,3. De grafiek laat een bijna normale verdeling zien. Deze indicator is één van de drie indicatoren in de PG, waarop het minst goed gescoord wordt (zie tabel 1.3).

### ZT



De gemiddelde score op ervaren informatie in de ZT is 3,2 op een schaal van 1 t/m 4. Hierbij is 2,6 de minimumscore en 3,8 het maximum. De mediaan is bijna gelijk aan het gemiddelde. De grafiek laat een scheve verdeling zien.

## Indicator 3 Ervaren telefonische bereikbaarheid (en communicatie)

### V&V

Deze indicator geldt niet voor de V&V.

### PG



In de PG wordt aan de ervaringen met telefonische bereikbaarheid (en communicatie) een gemiddelde score gegeven van 3,4 op een schaal van 1 t/m 4. Het minimum is 2,3 en het maximum is 4. De mediaan ligt ook op 3,4. De kleurovergangen in de grafiek laten een scheve verdeling zien. Er zijn uitschieters naar beneden.

### ZT





De gemiddelde ervaring met telefonische bereikbaarheid (en communicatie) is 3,3 op een schaal van 1 t/m 4. Hierbij is 2,3 de minimumscore en 4 het maximum. De mediaan ligt dichtbij het gemiddelde. Het gemiddelde wordt dus enigszins vertekend door uitschieters naar beneden. Dit is ook zichtbaar in het relatief grote onderste kwartiel.

### 5.3 Lichamelijk welbevinden

#### Indicator 1 Ervaringen met lichamelijke verzorging

##### V&V



De gemiddelde score op ervaren lichamelijke verzorging is in de V&V 3,4 op een schaal van 1 t/m 4. Hierbij is 2,5 de minimumscore en 3,9 het maximum. De mediaan is bijna gelijk aan het gemiddelde. De kleurovergangen laten een enigszins scheve verdeling zien: de spreiding naar beneden is wat groter. Er zijn dus uitschieters naar beneden.

##### PG



In de PG is de gemiddelde score op ervaringen met lichamelijke verzorging 3,2 op een schaal van 1 t/m 4. 2,4 is de minimumscore en 3,8 het maximum. De mediaan ligt dichtbij het gemiddelde. De grafiek laat een bijna normale verdeling zien.

##### ZT



De gemiddelde score in de ZT op ervaringen met lichamelijke verzorging is 3,5 op een schaal van 1 t/m 4. Hierbij is 2,6 de minimumscore en 4 het maximum. De mediaan ligt niet ver van het gemiddelde, wat wijst op een bijna normale verdeling. Deze indicator is één van de drie indicatoren in de ZT, waarop het best gescoord wordt (zie tabel 1.3).

## Indicator 2 Ervaringen met maaltijden

### V&V



In de V&V ligt de gemiddelde score op ervaringen met maaltijden op 3, op een schaal van 1 t/m 4. 1,7 is de minimumscore en 3,9 het maximum. De mediaan ligt ook op 3. De grafiek laat dan ook een weinig scheve verdeling zien. De spreiding naar beneden is iets groter, dus er zijn uitschieters naar beneden. Deze indicator is één van de drie indicatoren in de V&V, waarop het minst goed gescoord wordt (zie tabel 1.3).

### PG



In de PG geeft men de ervaringen met maaltijden een gemiddelde score van 3,5 op een schaal van 1 t/m 4. De minimumscore is 2 en 4 is het maximum. De mediaan ligt op 3,5. De kleurovergangen laten een scheve verdeling zien: de spreiding naar beneden is groter. Dit betekent dus dat er uitschieters naar beneden zijn.

### ZT

Deze indicator geldt niet voor de ZT.

## 5.4 Zorginhoudelijke veiligheid

### Indicator 1 Decubitus

#### V&V en PG



De gemiddelde score op decubitus is 3% in de V&V. Dit betekent dat gemiddeld 3% van de cliënten in de V&V en PG decubitus graad 2 t/m 4 heeft, die in de instelling is ontstaan. De minimumscore is 0% en het maximum 32%. De mediaan is 2%. De grafiek toont een grote spreiding in het hoogste (hier 'slechtste') kwartiel, wat wordt veroorzaakt door uitschieters met een opvallend hoog decubituspercentage. Deze indicator is één van de drie indicatoren in de V&V en PG, waarop het best gescoord wordt (zie tabel 1.2).

De LPZ van de Universiteit Maastricht meldt over het jaar 2007 een nosocomiale (in de instelling ontstane) prevalentie van 6% in verpleeghuizen en 3% in verzorgingshuizen<sup>8</sup>. Definities en meetmethoden komen overeen en de percentages liggen dus dicht bij elkaar.

Het verschil in percentages duidt wellicht op een lichte oververtegenwoordiging van cliënten van verzorgingshuizen. In ieder geval kan dit verschil op basis van de data niet verklaard worden door te stellen dat OE's in de V&V systematisch ondergerapporteerd hebben. De score op de indicator decubitus is gemiddeld gebaseerd op 85 cliënten: gemiddeld 81% van het aantal cliënten per OE. Het percentage gevallen waarin 'onbekend' werd aangegeven is 1,7. Internationaal gezien zijn er slechts in beperkte mate vergelijkbare gegevens beschikbaar over de prevalentie van decubitus in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en de thuiszorg. Daarnaast wordt in internationale studies niet altijd de prevalentie apart gepresenteerd voor graad 2 en hoger. Ook betreffen de gegevens meestal de gehele populatie en niet alleen de personen die de decubitus tijdens het verblijf/de zorgperiode hebben gekregen. Internationale cijfers laten zien dat de prevalentie van decubitus (alle graden) in verpleeghuizen en ziekenhuizen in 5 Europese landen varieert tussen de 8.3% (Italië) en 22.9% (Zweden)<sup>9</sup>. De grote verschillen tussen de landen kunnen o.a. verklaard worden door verschillen in definitie, meetinstrumenten en methodologie. In Duitsland worden vergelijkbare meetmethoden gebruikt als binnen het Kwaliteitskader en zijn ook gegevens bekend over decubitus graad 2 en hoger. In Duitsland blijkt de prevalentie van decubitus graad 2 en hoger op 3,5% te liggen in 2007<sup>10</sup>. Dit is hoger dan de cijfers voor de intramurale cliënten gemeten binnen het Kwaliteitskader (2.8%). Een goede vergelijking is echter niet mogelijk omdat a) binnen de gegevens van het Kwaliteitskader ook verzorgingshuizen zijn meegenomen en b) omdat in bij de Duitse gegevens alle cliënten zijn meegenomen (dus ook die cliënten die de klachten al voor opname/de zorgperiode hadden).

In Duitsland worden vergelijkbare meetmethoden gebruikt als binnen het Kwaliteitskader en zijn ook gegevens bekend over decubitus graad 2 en hoger. In Duitsland blijkt de prevalentie van decubitus graad 2 en hoger op 4% te liggen in 2007 [2]. Dit is hoger dan de cijfers voor de intramurale cliënten gemeten binnen het Kwaliteitskader (3%). Dit is echter geen eerlijke vergelijking omdat binnen de gegevens van het Kwaliteitskader ook verzorgingshuizen zijn meegenomen en in de Duitse gegevens alle cliënten zijn meegenomen. Met alle cliënten worden ook die cliënten bedoeld, die de klachten al voor opname / tijdens de zorgperiode hadden.

## ZT



Het gemiddelde decubituspercentage in de thuiszorg ligt op 1%. De minimumscore is 0% en het maximum is 100%. De mediaan ligt op 0%, wat erop duidt dat het prevalentiecijfer tot stand komt door 'uitschieters' in de negatieve zin van het woord. Geconcludeerd kan worden dat er zeer weinig decubitus in de thuiszorg voorkomt. De kleurovergangen in de grafiek laten een zeer scheve verdeling zien. Deze indicator is één van de vier indicatoren in de ZT, waarop het best gescoord wordt (zie tabel 1.2).

8 Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen, Universiteit Maastricht. 2007, p.31

9 Tannen A, Dassen T, et al. Differences in prevalence of pressure ulcers between the Netherlands and Germany – associations between risk, prevention and occurrence of pressure ulcers in hospitals and nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;1237-1244.

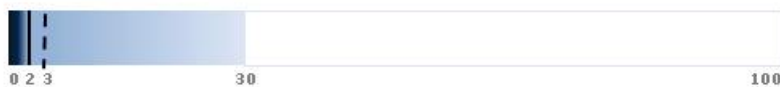
10 Pflege abhängigkeit Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus. Institut für Medizin-pflege Pädagogik und Pflegewissenschaft, 2007.

Het gemiddelde percentage komt bijna overeen met het prevalentiecijfer dat in 2007 door de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) van de Universiteit van Maastricht naar buiten kwam. Daar stelde men in de thuiszorg een nosocomiale (gedurende de zorgperiode ontstane) prevalentie vast van 2%<sup>11</sup>.

Onderzocht zou moeten worden in hoeverre het verschil verklaard wordt door het feit dat in de ZT slechts bij een deel van de cliënten gemeten is. De score op de indicator wordt gemiddeld gebaseerd op 68 cliënten per OE: gemiddeld 17% van het aantal cliënten in de OE. Het percentage 'onbekend' is 1%.

## Indicator 2b of c Voedingstoestand (wegen en/of navraag)

### V&V en PG (4.2.c wegen en/of navraag)



In de V&V is de gemiddelde score op voedingstoestand-wegen 3%. Dit houdt in dat gemiddeld 3% van de cliënten in de V&V en PG een onbedoelde en niet binnen het afgesproken behandelbeleid passende gewichtafname had van meer dan 3 kg in de laatste maand, of meer dan 6 kg in de afgelopen 6 maanden. De minimumscore is 0% en het maximum is 30%. De mediaan ligt op 2%. Dit houdt in dat bij 50% van de OE's, bij minder dan 2% van de cliënten, sprake is van genoemde gewicht afname. De scores tonen een zeer scheve verdeling. Dit betekent ook hier dat de spreiding naar boven groot is, dus dat er sterke uitschieters naar boven zijn. Deze indicator is één van de drie indicatoren in de V&V en PG, waarop het best gescoord wordt (zie tabel 1.2).

De LPZ meldt over het jaar 2007 een prevalentie van 8% en 4% voor onbedoeld gewichtsverlies in de afgelopen periode (maand of halfjaar)<sup>12</sup> voor verpleeg-, respectievelijk verzorgingshuizen. Als mogelijke verklaring voor het enigszins lager liggend percentage o.b.v. de metingen voor het Kwaliteitskader, noemt de Universiteit van Maastricht de toevoeging dat gewichtsverlies niet 'binnen het afgesproken behandelbeleid' moet vallen. Dit zorgt ervoor dat meer gevallen van gewichtsverlies als 'niet problematisch' kunnen worden beschouwd. De indicator 'onbedoeld gewichtsverlies' kon gemiddeld worden gebaseerd op 77 cliënten per OE, wat 73% van het totaal aantal cliënten per OE is. Onderzocht moet worden of dit percentage wordt veroorzaakt doordat meer cliënten door de OE werden uitgesloten, of doordat relatief veel cliënten werden uitgesloten door de schoning van de data of door casemix correctie. Het percentage gevallen waarin 'onbekend' werd aangegeven, ligt bij deze indicator ook hoger: op 4%.

Uit de internationale literatuur blijkt dat vergelijking van prevalentiecijfers met betrekking tot ongewild gewichtsverlies bemoeilijkt wordt door bijvoorbeeld verschillen in operationalisering, patiëntengroepen en setting waar het onderzoek heeft plaatsgevonden. Daarnaast zijn internationale studies waarin "wegen" of "navraag bij de cliënt" als meetmethode gebruikt wordt, niet gevonden. Wel worden studies gevonden die andere meetmethoden gebruikt hebben om ongewild gewichtsverlies te meten. Een voorbeeld hiervan is een studie<sup>13</sup>, die uitgevoerd is onder ouderen met dementie in 'long-term care settings' in Taiwan. In deze studie werd een prevalentie van 18% gevonden. Een andere studie, onder alle 'long-

11 Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen, Universiteit Maastricht. 2007, p.31

12 Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen, Universiteit Maastricht. 2007, p.88

13 Lou MF, Dai YT, Huang GS, Yu PJ. Nutritional status and health outcomes for older people with dementia living in institutions. *Journal of advanced nursing*. 2007;60(5):470-477.

term care hospitals' in Helsinki, geeft aan dat van de 1043 patiënten er 15,2% door de verpleegkundigen als ondervoed werden aangemerkt, terwijl volgens de MNA (Mini Nutritional Assessment) dit er 56,7% bleken te zijn<sup>14</sup>. Deze grote verschillen hebben onder andere te maken met de manier van meten. De studies kunnen moeilijk vergeleken worden.

#### ZT (4.2.b navraag)



De gemiddelde score op voedingstoestand-navraag in de ZT is 5%. Volgens de navraag bij cliënten zelf, heeft dus gemiddeld 5% van de cliënten een onbedoelde gewichtafname van meer dan 3 kg in de laatste maand of meer dan 6 kg in de afgelopen 6 maanden. De minimumscore is 0% en het maximum is 100%. De mediaan ligt op 3%, wat duidt op een scheve verdeling. Dit betekent ook hier dat de spreiding naar boven groot is, dus dat er sterke uitschieters naar boven zijn. Deze indicator is één van de vier indicatoren in de ZT, waarop het best gescoord wordt (zie bijlage 1.2).

De LPZ<sup>15</sup> laat over 2007 zien dat ca. 9% van de cliënten in de thuiszorg aangeeft in de afgelopen periode (1 maand of half jaar) onbedoeld te veel te zijn afgevallen. Als mogelijke verklaring voor het enigszins lager liggend percentage op basis van de metingen voor het Kwaliteitskader kan ook hier weer de exclusie van cliënten worden genoemd, waarbij wordt aangegeven dat afvallen wel binnen het afgesproken behandelbeleid valt. De score op de indicator wordt gemiddeld gebaseerd op 65 cliënten per OE: gemiddeld 17% van het aantal cliënten in de OE. Het percentage 'onbekend' is 7,8%. Onderzocht moet worden of afwijkingen ten opzichte van andere registraties veroorzaakt worden doordat cliënten door de OE werden uitgesloten, of doordat relatief veel cliënten werden uitgesloten door de schoning van de data of door casemix correctie.

In een studie onder thuiswonende patiënten werd een prevalentie van bijna 10% gevonden<sup>16</sup>. Dit betrof echter wel een populatie met patiënten die lijden aan kanker of andere chronische aandoeningen. Waarschijnlijk is deze populatie niet goed vergelijkbaar met de populatie van de metingen van het Kwaliteitskader. Ook zijn hier andere meetmethoden toegepast.

### Indicator 3 Valincidenten

#### V&V en PG



In de V&V is de gemiddelde score op valincidenten 11%. Dit houdt in dat gemiddeld 11% van de cliënten in de V&V en PG te maken had met een valincident in de afgelopen 30 dagen. De minimumscore is 0% en het maximum is 50%. De mediaan ligt op 10%. Dit betekent dat de spreiding naar boven wat groter is,

<sup>14</sup> Suominen MH, Sandelin E, Soini H, Pitkala KH. How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients= Eur J Clin Nutr 2007+Sep 19+doi±10.1038-sj.ejcn.1602916.

<sup>15</sup> Ibid.

<sup>16</sup> Edington J, Kon P, Martyn CN. Prevalence of malnutrition in general practice. Clinical Nutrition. 1996;15:60-63.

dus dat er uitschieters naar boven zijn. Deze indicator is één van de vijf indicatoren in de V&V en PG, waarop het minst goed gescoord wordt (zie tabel 1.2).

De LPZ<sup>17</sup> rapporteert over 2007 een percentage valincidenten van 8% in verpleeghuizen en 9% in verzorgingshuizen. Onduidelijk is waardoor dit lichte verschil wordt veroorzaakt. De indicator werd gemiddeld berekend op basis van metingen bij 86 cliënten per OE (gemiddeld 81% van de cliënten in een OE). Het percentage 'onbekend' lag op 2,1%.

Internationaal wordt de valincidentie vrijwel altijd per jaar gemeten. Hierdoor zijn de internationale gegevens niet goed te vergelijken met de gegevens die (voor dit branchebeeld) gemeten zijn. Binnen het Kwaliteitskader wordt namelijk de maandincidentie gemeten en niet de jaarincidentie. De internationale literatuur laat zien dat van de ouderen die in 'long-term care facilities' verblijven, 30% tot 70% jaarlijks minimaal 1 keer per jaar valt en 15% tot 40% 2 keer of vaker<sup>18 19</sup>. Er wordt meer gevallen op PG afdelingen dan op somatische afdelingen. Om toch een vergelijking te kunnen maken tussen de gegevens van het Kwaliteitskader en de internationale gegevens kan men een grove schatting maken op basis van de internationale cijfers. Als men ervan uitgaat dat van de 10% intramurale cliënten die maandelijks valt, ongeveer de helft eenmalig valt, dan zou dit kunnen wijzen op een jaarincidentie van ongeveer 60% (12 \* 5%). Dit percentage ligt ruim binnen de internationale range.

## ZT



De gemiddelde score op valincidenten in de Zorg Thuis is 12%. Dit betekent dat in de ZT gemiddeld door 12% van de cliënten gemeld werd dat zij de afgelopen 30 dagen te maken hadden gehad met een valincident. De minimumscore is 0% en het maximum is 60%. De mediaan ligt op 10%. De spreiding naar boven is groot, dus er zijn uitschieters naar boven. Deze indicator is één van de twee indicatoren in de ZT, waarop het minst goed gescoord wordt (zie tabel 1.2).

De LPZ<sup>20</sup> rapporteert over 2007 ook een percentage valincidenten van 12% in de thuiszorg.

Internationale gegevens laten zien dat van de zelfstandig wonende mensen van 65 jaar en ouder jaarlijks ongeveer 30% valt en 15% twee keer of vaker valt<sup>21</sup>. Op basis van deze gegevens kan een grove schatting gemaakt worden van de valincidentie gemeten binnen het Kwaliteitskader. Uitgaande van het feit dat van de 14% die maandelijks valt, ongeveer de helft voor de eerste keer valt, zou dit kunnen wijzen op een jaarincidentie van ongeveer 84% (7 x 12). Dit cijfer ligt ver boven het gemiddelde van zelfstandig wonende ouderen. Dit zou echter (deels) verklaard kunnen worden door het feit dat het hier uiteraard om een hoog-risicogroep gaat omdat het mensen zijn die zorg ontvangen van de thuiszorg (en niet om een dwarsdoorsnede van de thuiswonenden). Er kan echter wel voorzichtig geconcludeerd worden dat het percentage valincidenten bij de cliënten van zorg thuis tamelijk hoog is en daarmee aandacht behoeft.

17 Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen, Universiteit Maastricht. 2007, p.116

18 Richtlijnen preventie van valincidenten bij ouderen. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, Utrecht 2004.

19 Fall prevention in psychogeriatric nursing home resident. Neyens JC, Brecht. Belgium, 2007.

20 Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen, Universiteit Maastricht. 2007, p.116

21 Richtlijnen preventie van valincidenten bij ouderen. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, Utrecht 2004

## Indicator 4 Medicijnincidenten

### V&V en PG



De gemiddelde score in de V&V op medicijnincidenten is 8%. Gemiddeld had dus 8% van de cliënten in de V&V en PG de afgelopen 30 dagen te maken met een medicijnincident. De minimumscore is 0% en het maximum is 100%. De mediaan ligt op 6%. De grafiek laat een scheve verdeling zien. Dit betekent dat de spreiding naar boven groot is, dus dat er sterke uitschieters naar boven zijn. De indicator werd gemiddeld genomen berekend over 81 cliënten per OE (gemiddeld 77% van het aantal opgegeven cliënten). Het percentage 'onbekend' was 4,1%.

Vanwege de specifieke definities die gebruikt worden bij deze indicator, is het moeilijk deze resultaten te vergelijken met andere studies. Zo is vrij precies omschreven welke incidenten kunnen voorkomen: Medicijn niet gegeven; Verkeerde dosering gegeven; Medicijn op verkeerd tijdstip gegeven; Cliënt heeft medicijn niet ingenomen; Verkeerd medicijn gegeven; Overig. Ook de 30-dagen termijn is zeer specifiek en relatief kort ten opzichte van de meeste andere studies.

Toch is het percentage van 8% opvallend te noemen. Diverse internationale studies wijzen erop dat in verpleeghuizen tussen de 20% en de 30% van de cliënten te maken krijgt met fouten met geneesmiddelen<sup>22 23 24 25 26 27</sup>. In een studie waarin het aantal medicatie-incidenten is onderzocht, in een groot aantal verpleeghuizen in de USA, werd een prevalentie van 33% 'Potentially Inappropriate Drugs' gerapporteerd<sup>28</sup>. De definities in de verschillende studies zijn echter niet gelijk waardoor de resultaten van de studies niet goed te vergelijken zijn.

Onderzocht zal moeten worden of het lage gemeten percentage medicijnincidenten te maken heeft met de definities, de metingen of de toegepaste schonings- of casemixregels.

### ZT

Deze indicator geldt niet voor de ZT.

- 
- 22 Gurwitz, J.H., T.S. Field, J. Judge, P. Rochon, L.R. Harrold, C. Cadoret, M. Lee, K. White, J. Laprino, J. Erramuspe-Mainard, M. DeFlorio, L. Gavendo, J. Auger, D.W. Bates, 2005. The incidence of adverse drug events in two large academic long-term care facilities. *American Journal of Medicine*. 2005, 118 (3):251-8
- 23 Gurwitz, J.H., MT Sanchez-Cross, MA Eckler & J Matulis, 1994. The epidemiology of adverse and unexpected events in the long-term care setting. *J Am Geriatric Soc*. 1994, 42 (1):33-38
- 24 Briesacher, B., R Limcangco, L Simoni-Wastila, J Doshi, J. Gurwitz, 2005. Evaluation of nationally mandated drug use reviews to improve patient safety in nursing homes: a natural experiment. *J Am Geriatric Soc*. 2005, 52 (6):991-6
- 25 Piecoro, LT, Browning SR, Prince, TS, Ranz, TT, Scutchfield FD, 2000. A database analysis of potentially inappropriate drug use in an elderly Medicaid population. *Pharmacotherapy*, 2000, 20 (2):221-8
- 26 Lau DT, Kasper JD, Potter DE, Lyles A, Bennett RG. Hospitalization and death associated with potentially inappropriate medication. Prescriptions among elderly nursing home residents. *Arch Intern Med*. 2005 Jan 10;165(1):68-74.
- 27 Dhalla IA, Anderson GM, Mamdani MM, Bronskill SE, Sykora K, Rochon PA., 2002. Inappropriate prescribing before and after nursing home admission. *J Am Geriatr Soc*. 2002 Jun;50(6):995-1000.
- 28 Dhall J, Larrat EP, Lapane KL. Use of potentially inappropriate drugs in nursing homes. *Pharmacotherapy*. 2002;22(1):88-96.

## Indicator 5a Psychofarmaca – antipsychotica

### V&V en PG



De gemiddelde score op psychofarmaca-antipsychotica is 42%. Gemiddeld heeft dus 42% van de cliënten in de V&V en PG in de afgelopen 7 dagen één dag of vaker antipsychotica, anxiolytica of hypnotica gebruikt. De minimumscore is 0% en het maximum is 100%. De mediaan is bijna gelijk aan het gemiddelde. De resultaten vertonen een licht scheve verdeling. Het antipsychotica-, anxiolytica-, of hypnoticagebruik werd bepaald o.b.v. gemiddeld 79 cliënten per OE (gemiddeld 75% van het aantal door OE's opgegeven aantal cliënten). Het percentage 'onbekend' ligt bij deze indicator hoger dan bij de andere indicatoren, namelijk op 8,8%.

Internationaal lopen de cijfers over het gebruik van slaapmiddelen (hypnotica) in verpleeghuizen sterk uiteen. De prevalentie varieert van 7 tot 35%<sup>29 30 31 32</sup>. Ook wat betreft antipsychotica ("neuroleptics") is er veel variatie in de gerapporteerde cijfers: 20-50% van de verpleeghuisbewoners blijkt antipsychotica te slikken. Het percentage van 42% antipsychotica en/of slaapmiddel gebruikers zoals gemeten binnen het Kwaliteitskader, lijkt daarmee binnen de normale grenzen te liggen. Hierbij moet echter weer de kanttekening geplaatst worden dat de groepen niet goed vergelijkbaar zijn omdat er binnen het Kwaliteitskader ook verzorgingshuisbewoners zijn meegenomen.

### ZT

Deze indicator geldt niet voor de ZT.

## Indicator 5b Psychofarmaca – antidepressiva

### V&V en PG



De gemiddelde score op psychofarmaca-antidepressiva is 21%. Gemiddeld gebruikte dus 21% van de cliënten in de V&V en PG tijdens de meetperiode, in de afgelopen 7 dagen één dag of vaker antidepressiva. De minimumscore is 0% en het maximum is 83%. De mediaan ligt op 19%. Dit geeft aan dat de resultaten hier wat scheef verdeeld zijn. Deze indicator werd berekend op basis van gemiddeld 79 cliënten per OE (gemiddeld 75% van het aantal door OE's opgegeven aantal cliënten). Het percentage 'onbekend' ligt bij deze indicator hoger dan bij de andere indicatoren, namelijk op 8,8%.

29 Ruths S, Straand J, et al. Psychotropic drug use in nursing homes – diagnostic indications and variations between institutions. *Eur J Clin Pharmacol*, 2001;57:523-8.

30 Skoog J, Nilsson L, et al. Mental disorders and the use of psychoactive drugs in an 85-year-old urban population. *Int Psychogeriatr* 1993;5:33-48.

31 Furniss L, Lloyd Craig SK, et al. Review: medication use in nursing homes for elderly people. *Int J Geriatr Psychiatr* 1998;13:433-9.

32 Sorensen L, Foldspang A. Determinants for the use of psychotropics among nursing home residents. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16:147-154.



Internationaal gezien lopen de cijfers over het gebruik van antidepressiva in verpleeghuizen sterk uiteen (zie de vier laatste verwijzingen). De prevalentie varieert van 6 tot 47%. Het percentage van 21% gemeten bij de intramurale cliënten binnen het Kwaliteitskader lijkt daarmee internationaal gezien eerder aan de lage dan aan de hoge kant. Ook hier moet echter de kanttekening geplaatst worden dat de groepen niet goed vergelijkbaar zijn omdat er binnen het Kwaliteitskader ook verzorgingshuis bewoners zijn meegenomen.

### ZT

Deze indicator geldt niet voor de ZT.

## Indicator 6a Vaccinatiegraad-cliënten

### V&V en PG



De gemiddelde score in de V&V op vaccinatiegraad-cliënten is 95%. Dit betekent dat gemiddeld 95% van de cliënten in de V&V en PG het afgelopen jaar, tussen de tweede week van september en de tweede week van november, gevaccineerd is tegen influenza. De minimumscore is 0% en het maximum is 100%. De mediaan ligt op 99%, wat betekent dat het lagere gemiddelde wordt veroorzaakt door een beperkt aantal OE's met resultaten aan 'de onderkant'. Opvallend is hier wel dat het gemiddeld aantal cliënten per OE, waarop deze resultaten zijn gebaseerd, lager ligt dan bij andere indicatoren; namelijk op 70. Dit betreft gemiddeld 66% van het totaal aantal opgegeven cliënten. Deze indicator kent ook het hoogste percentage 'onbekend': 16,5%. Deze indicator is één van de drie indicatoren in de V&V en PG, waarop het best gescoord wordt (zie tabel 1.2).

De richtlijn Influenzapreventie schat het percentage tegen influenza gevaccineerde cliënten op 82%-86%<sup>33</sup>. Ten opzichte van deze schatting ligt het gemeten percentage ruim hoger. Onderzocht moet nog worden wat het relatief lage percentage cliënten en het hoge percentage 'onbekend' voor deze uitkomsten betekenen.

### ZT

Deze indicator geldt niet voor de ZT.

## Indicator 6b Vaccinatiegraad-medewerkers

### V&V en PG



De gemiddelde score op vaccinatiegraad-medewerkers is in de V&V 16%. Gemiddeld bleek dus 16% van de medewerkers in de V&V en de PG het afgelopen jaar, tussen de tweede week van september en de tweede week van november, gevaccineerd te zijn tegen influenza. De minimumscore is 0% en het

33 NVVA, 2004. Richtlijn Influenza Preventie in Verpleeghuizen en Verzorgingshuizen, p.10.  
[http://nvva.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE\\_6059\\_113\\_TICH\\_R158595219624451](http://nvva.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE_6059_113_TICH_R158595219624451)

maximum is 100%. De mediaan ligt op 13%. Dit geeft aan dat het gemiddelde is vertekend door enkele OE's waar een relatief hoog percentage van de medewerkers was gevaccineerd. Deze indicator is één van de vijf indicatoren in de V&V en PG, waarop het minst goed gescoord wordt (zie tabel 1.2).

De richtlijn Influenza Preventie van de NVVA<sup>34</sup> schat dat 5% tot 8% van de medewerkers zich laat vaccineren. Ten opzichte daarvan lijken de resultaten van het Kwaliteitskader betere resultaten te tonen. Uitgezocht moet nog worden in hoeverre de interpretatie van de indicator, de meetpraktijk en de schonings- en casemixregels invloed hebben op de resultaten.

In een artikel van De Jong uit 2007 wordt aangegeven dat in de VS de influenzavaccinatiegraad voor gezondheidswerkers op 36% ligt en in Europa onder de 25%<sup>35</sup>. Tevens wordt aangegeven dat voor Nederland geen gegevens beschikbaar zijn. Hierbij is gekeken naar gezondheidswerkers in de intramurale zorg (inclusief ziekenhuis).

## ZT

Deze indicator geldt niet voor de ZT.

## Indicator 7a Incontinentie-prevalentie

### V&V en PG



Het gemiddelde van de cliënten in de V&V op incontinentie-prevalentie is 61%. Dit betekent dat van de cliënten in de V&V en PG 61% een paar keer per week of elke dag incontinent is van urine. De minimumscore is 0% en het maximum is 100%. De mediaan ligt op 59%. De grafiek laat een licht scheve verdeling zien. Er is meer spreiding in het onderste dan in het hoogste kwartiel. Dit houdt in dat er iets sterkere uitschieters naar beneden zijn dan naar boven. Deze resultaten werden bepaald op basis van gemiddeld 83 cliënten (gemiddeld 79% van de door een OE opgegeven cliënten). Het percentage 'onbekend' was 4%. Deze indicator is één van de vijf indicatoren in de V&V en PG, waarop het minst goed gescoord wordt (zie tabel 1.2).

Het onderzoek LPZ van de Universiteit Maastricht<sup>36</sup> rapporteert over het jaar 2007 een prevalentiecijfer van 76,5% urine-incontinentie voor verpleeghuizen en 56% voor verzorgingshuizen. De door LPZ gehanteerde definitie is echter ruimer dan die van het Kwaliteitskader VV&T omdat zij spreekt over 'iedere vorm van onvrijwillig urineverlies' en geen vereisten stelt aan de frequentie van het verlies. Dit verklaart mogelijk de enigszins hogere percentages van de LPZ.

Internationaal wordt vaak dezelfde definitie gehanteerd als in het Kwaliteitskader VV&T; deze is immers afkomstig uit de Minimal Data Set van RAI. Buitenlands onderzoek leert dat het mogelijk moet zijn lagere prevalentiecijfers te realiseren. Zo werd al in 1997 onderzoek gedaan in verpleeg- en verzorgingshuizen

<sup>34</sup> ibid

<sup>35</sup> De Jong KC. Influenzavaccinatie van gezondheidswerkers: effectieve methode om de gevolgen van influenza bij zorggebruikers te verminderen. Ned Tijdschr Geneesk 2007;151:2143-6.

<sup>36</sup> Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen, Universiteit Maastricht. 2007, p.59

naar urine-incontinentie in zeven verschillende landen<sup>37</sup>. Hierbij werden dezelfde definities gehanteerd als het Kwaliteitskader voor de VV&T. De cijfers zijn weergegeven in onderstaande tabel:

| Land        | Denemarken | Frankrijk | IJsland | Italië | Japan | Zweden | VS    |
|-------------|------------|-----------|---------|--------|-------|--------|-------|
| Prevalentie | 52,2%      | 65,2%     | 56,5%   | 54,4%  | 42,9% | 61,6%  | 46,4% |

Recenter onderzoek toont aan dat de prevalentiecijfers van incontinentie binnen verpleeg- en verzorgingshuizen in het buitenland erg uiteen lopen. In Italië wordt bijvoorbeeld een prevalentie van 54,5% gemeten voor geïnstitutionaliseerde cliënten, in de VS een prevalentie van 50% tot 84%, in Australië 50% en in Japan 43%<sup>38</sup>. Bij de vergelijking van prevalentiecijfers van incontinentie moet echter rekening gehouden worden met het feit dat de studies qua opzet verschillend kunnen zijn. Dit kunnen bijvoorbeeld verschillen zijn wat betreft de definiëring van incontinentie, de wijze waarop is gemeten, en de periode waarover wordt gemeten.

## ZT



De gemiddelde score op incontinentie-prevalentie in de ZT is 35%. Dit betekent dat van de cliënten in de thuiszorg 35% een paar keer per week of elke dag incontinent is van urine. De minimumscore is 0% en het maximum is 100%. De mediaan ligt op 34%. Er is meer spreiding in het hoogste dan in het laagste kwartiel. Dit houdt in dat er uitschieters naar boven zijn. In de ZT werd deze indicator berekend op basis van gemiddeld 63 cliënten per OE (gemiddeld 16% van het opgegeven aantal cliënten). Het percentage 'onbekend' was 5,7%.

De LPZ meldt een prevalentiecijfer urine-incontinentie van 46%. Een verklaring voor het verschil kan zijn dat, zoals gezegd, de definitie van de LPZ ruimer is. Echter, ook moet worden onderzocht wat de interpretatie en de meetpraktijk van OE's en de data-analyse (schoning en casemix-correctie) voor gevolgen hebben gehad op de resultaten.

Uit de literatuur blijkt dat de prevalentie van incontinentie binnen de thuiszorg (zoals gemeten binnen het Kwaliteitskader) niet hoger ligt dan in het buitenland. Buitenlandse studies rapporteren prevalenties van 36% en 51%<sup>39 40</sup>.

37 Urinary incontinence in nursing home residents: a cross-national comparison, Nov, 1997 Antonio Sgadari, Eva Topinkova, Jan Bjornson, Roberto Bernabei

38 Urinary incontinence in nursing homes for older people, JOANNA DURRANT, JEREMY SNAPE, 2003

Urinary incontinence: the Cinderella subject, Richard J Millard, Kate H Moore, 1996

Urinary incontinence, Pilar Guerrero, MD, 2004

39 Landi F, Cesari M, Russo A, Onder G, Lattanzio F, Bernabei R. Potentially reversible risk factors and urinary incontinence in frail older people living in community. Age and ageing. 2003;32:194-199.

40 Gnanadesigan N, SalibaD, Roth CP, et al. The quality of care provided to vulnerable older community-based patients with urinary incontinence. J Am Med Dir Assoc. 2004;5:141-146.

## Indicator 7b Incontinentie-diagnose

### V&V en PG



Het gemiddelde op incontinentiediagnose in de V&V is 56%. Dus: bij gemiddeld 56% van de cliënten in de V&V en PG, die incontinent zijn van urine, is een arts of incontinentieverpleegkundige betrokken bij de diagnose. Het minimum is 0% en de maximumscore is 100%. De mediaan ligt op 58%. De grafiek laat een normale verdeling zien. Deze indicator is één van de vijf indicatoren in de V&V en PG, waarop het minst goed gescoord wordt (zie tabel 1.2). Het genoemde percentage blijkt min of meer overeen te komen met de resultaten van een studie van Specht et al., waarin wordt gerapporteerd dat slechts 55% van de patiënten was gediagnosticeerd wat betreft soort incontinentie<sup>41</sup>.

### ZT



De gemiddelde score op incontinentiediagnose is in de ZT 57%. Bij gemiddeld 57% van de cliënten in de ZT, die incontinent zijn van urine, was dus een arts of incontinentieverpleegkundige betrokken bij de diagnose. Het minimum is 0% en het maximum is 100%. De mediaan ligt op 59%. De kleurovergangen laten een scheve verdeling zien. Deze indicator is één van de twee indicatoren in de ZT, waarop het minst goed gescoord wordt (zie tabel 1.2).

Voor deze indicator zijn geen spiegelgegevens beschikbaar, omdat de LPZ slechts rapporteert hoeveel procent van het totaal aantal gestelde diagnoses door welke functionaris wordt gesteld.

## Indicator 8 Verblijfskatheter

### V&V en PG



De gemiddelde score op verblijfskatheter in de V&V is 4%. Dit betekent dat, van de cliënten in de V&V en PG, 4% tijdens de meetperiode een verblijfskatheter heeft, die langer dan 14 dagen geleden werd ingebracht. Het minimum is 0% en het maximum is 27%. De mediaan ligt op 3%. Er is sprake van een zeer scheve verdeling van de resultaten op deze indicator. De spreiding naar boven is groot, dus er zijn sterke uitschieters naar boven. Deze indicator is één van de vier indicatoren in de ZT, waarop het best gescoord wordt (zie tabel 1.2).

41 Specht JK, Salsbury Lyons S, Maas ML, Patterns and treatments of urinary incontinence on special care units. Journal of Gerontological Nursing. 2002;25(5):13-21.

De resultaten laten zich moeilijk vergelijken met spiegelgegevens. De LPZ gegevens doen verslag van het percentage cliënten dat incontinent is van urine en tevens een verblijfskatheter heeft. Dit percentage is voor verpleeghuizen 13% en voor verzorgingshuizen 7%.

Het met het Kwaliteitskader gemeten percentage lijkt positief wanneer dit wordt vergeleken met de cijfers die tot nu toe bekend zijn. Het percentage cliënten met een verblijfskatheter in verpleeg- en verzorgingshuizen varieert tussen de 5% en de 15%<sup>42</sup>. Wellicht is een minder positief element dat kennelijk een zeer hoog percentage van de verblijfskatheters ook langer dan 14 dagen blijft zitten. Dit wordt bevestigd door het onderzoek van de LPZ-2007, dat meldt dat meer dan 90% van de katheters in de V&V 14 dagen of langer blijft zitten.

## ZT



De gemiddelde score op verblijfskatheter in de ZT is 4%. Dit betekent dat 4% van de cliënten in de ZT tijdens de meetperiode een verblijfskatheter heeft, die langer dan 14 dagen geleden werd ingebracht. Het minimum is 0% en het maximum is 50%. De mediaan ligt op 2%. De spreiding naar boven is groot, er zijn dus sterke uitschieters naar boven.

Ook hier geldt dat gegevens uit andere onderzoeken moeilijk te vergelijken zijn. De LPZ data over 2007 tonen aan dat het percentage cliënten, die incontinent zijn van urine en tevens een verblijfskatheter hebben, in de thuiszorg 21,5% is. Ook hier ligt het percentage katheters dat 14 dagen of langer blijft zitten, boven de 90%. Het percentage cliënten met een katheter zoals gemeten binnen het Kwaliteitskader lijkt lager te liggen dan internationale studies aangeven<sup>43</sup>. Een studie uitgevoerd onder 12 thuiszorginstellingen in Italië rapporteert een prevalentie van 38,1% (uitsluitend bij vrouwen) en geeft aan dat vrouwen met een katheter een grotere kans op sterven hadden in vergelijking tot vrouwen zonder katheter. In de literatuur wordt het feit benadrukt dat het onnodig (lang) gebruiken van katheters een indicatie is van slechte kwaliteit van zorg.

## Indicator 9 Probleemgedrag

### V&V en PG



De gemiddelde score op probleemgedrag is in de V&V 30%. Dit betekent dat gemiddeld 30% van de cliënten in de V&V en PG in de laatste 7 dagen één of meer symptomen van probleemgedrag heeft vertoond tegenover medewerkers en/of andere cliënten. De minimumscore is 0% en het maximum is 100%. De mediaan ligt op 24%. Dit houdt in dat voor de helft van de metingen geldt dat het percentage cliënten, die probleemgedrag vertonen, lager is dan 24%. De kleurovergangen in de grafiek tonen een

42 Gammack JK. Use and management of chronic urinary catheters in long-term care; much controversy, little consensus. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2003;4(2):S52-59.

43 Landi F, Cesari M, Onder G, et al. Indwelling urethral catheter and mortality in frail elderly women living in community. *Neuroural Urodynam*. 2004;23:697-701.

scheve verdeling. De spreiding naar boven is groot, er zijn dus sterke uitschieters naar boven. Opvallend is dat het percentage 'onbekend' tamelijk hoog ligt: 3,5%. De indicator kon verder worden gebaseerd op gemiddeld 84 cliënten (gemiddeld 80% van het opgegeven aantal cliënten in een OE).

Spiegeldata uit ander onderzoek zijn schaars. In de Verenigde Staten is grootschalig onderzoek uitgevoerd naar het aantal bewoners van verpleeghuizen dat gewelddadig gedrag vertoont. Dit onderzoek wijst uit dat 29% van de bewoners één of meer van de in de Minimal Data Set genoemde typen gedrag vertoont (dezelfde omschrijvingen als in het Kwaliteitskader zijn gehanteerd). Het meest voorkomende type was het weigeren van zorg, gevolgd door sociaal onacceptabel of storend gedrag. Slechts 5% van de bewoners vertoonde fysiek geweld<sup>44</sup>.

In de literatuur wordt gerapporteerd dat problematisch gedrag voorkomt bij 70% tot 80% bij dementerenden in verpleeghuizen (gedefinieerd als fysieke agressie, dwaalgedrag, agitatie en slaapproblemen)<sup>45</sup>. Deze cijfers komen min of meer overeen met een studie van Schreiner et al.<sup>46</sup> die aangeeft dat 82% van de verpleeghuisbewoners met dementie last heeft van geagiteerd gedrag. Deze prevalentiecijfers liggen ruim boven het cijfer in dit branchebeeld (30%). Het is mogelijk dat de samenstelling van de populatie (in het geval van de genoemde studies: dementerende patiënten) hieraan ten grondslag ligt. Bovendien is onbekend of de definitie van 'probleemgedrag', zoals gebruikt in de metingen helemaal overeenkomt met de definities die gebruikt zijn in de literatuur.

## ZT

Deze indicator geldt niet voor de ZT.

## Indicator 10 Fixatie

### V&V en PG



De gemiddelde score op fixatie is in de V&V 7%. Dit houdt in dat bij gemiddeld 7% van de cliënten in de V&V en PG in de laatste 7 dagen fixatie is toegepast met een onrustband, een diepe stoel of een tafelblad. De minimumscore is 0% en het maximum is 75%. De mediaan ligt op 2%. Dit houdt in dat voor 50% van de metingen, bij minder dan 2% van de cliënten sprake is geweest van fixatie. De spreiding naar boven is groot, dus er zijn uitschieters naar boven.

De LPZ van de Universiteit Maastricht rapporteert over 2007 dat in de verpleeghuizen bij ruim 40% en in de verzorgingshuizen bij 9% van de cliënten fixatie werd toegepast<sup>47</sup>.

Belangrijkste verklaring voor dit aanzienlijke verschil is dat bij de LPZ, behalve op de Zweedse Band, het tafelblad of de diepe stoel, ook wordt gelet op fixatie door middel van bedhokken (92% van de

44 Aggressive Behavior Among Long Term Care Residents, A Study Prepared By the Alzheimer's Association For the Governor's Task Force on Alzheimer's Disease And Related Senile Dementias As directed by the Indiana Legislative Council Pursuant to Senate Concurrent Resolution 18, 2002

45 Sutor B, Rummans TA, Smith GE. Assessment and management of behavioral disturbances in nursing home patients with dementia. *Mayo Clin Proc.* 2001;76:540-550.

46 Schreiner AS, Yamamoto E, Shiotani H. Agitated behavior in elderly nursing home residents with dementia in Japan. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 2002;55:P180-P187.

47 LPZ Maastricht, 2007, p 130

fixatiegevallen), verpleegdekens en overige categorieën. Deze laatste drie worden niet meegenomen in het Kwaliteitskader VV&T.

Internationaal gezien varieert de prevalentie van vrijheidsbeperkende maatregelen in verpleeghuizen tussen de 41 en 64%<sup>48</sup>. Nederland wijkt daarvan niet af met een percentages van rond de 50%. Benadrukt moet echter worden dat in deze studies, naast banden, en tafelbladen ook andere maatregelen zoals de toepassing van (dubbelzijdige) bedrekken zijn meegenomen. In eerdere Nederlandse studies ligt het percentage banden rond 10%, in de VS rond 8%. Het gepresenteerde percentage in het branchebeeld lijkt niet af te wijken van deze cijfers.

*ZT*

Deze indicator geldt niet voor de ZT.

### Indicator 11 **Beleid vrijheidsbeperkende maatregelen**

*V&V*

Deze indicator geldt niet voor de V&V.

*PG*

Deze indicator geldt niet voor de PG.

*ZT*



Van de OE's kan 78% aantonen dat zij een beleid heeft op het voorkomen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Van de OE's heeft dus 22% geen aantoonbaar beleid hiervoor.

### Indicator 12 **Ervaren professionaliteit en veiligheid zorgverlening**

*V&V*



In de V&V hebben cliënten een gemiddelde score van 3,4 gegeven, op een schaal van 1 t/m 4, als het gaat om de mate waarin zij een goede professionaliteit en veiligheid in de zorgverlening ervaren. De minimumscore is 2,2 en 4 is het maximum. De mediaan ligt op 3,5. De grafiek laat een enigszins scheve verdeling zien. De spreiding naar beneden is groter, dus er zijn uitschieters. Deze indicator is één van de drie indicatoren in de V&V, waarop het best gescoord wordt (zie tabel 1.3).

<sup>48</sup> Hamers JPH, Huizing AR. Why do we use physical restraints? Z Ger Geriat 2005; 38: 19-25.

**PG**

In de PG is een gemiddelde score van 3,3 gegeven, op een schaal van 1 t/m 4, als het gaat om de mate waarin een goede professionaliteit en veiligheid in de zorgverlening ervaren wordt. De minimumscore is 2,6 en 3,8 is het maximum. De mediaan is bijna gelijk aan het gemiddelde. De kleurovergangen laten een redelijk normale verdeling zien.

**ZT**

In de ZT hebben cliënten een gemiddelde score van 3,5 gegeven, op een schaal van 1 t/m 4, als het gaat om de mate waarin zij een goede professionaliteit en veiligheid in de zorgverlening ervaren. De minimumscore is 3 en 4 is het maximum. De mediaan ligt op 3,5. De grafiek laat een vrij normale verdeling zien.

**Indicator 13 Ervaren respectering rechten vrijheidsbeperkingen****V&V**

Deze indicator geldt niet voor de V&V.

**PG**

In de PG is het gemiddelde van ervaren respectering rechten vrijheidsbeperkingen 3,5, op een schaal van 1 t/m 4. De minimumscore is 1 en 4 is het maximum. De mediaan ligt op 3,6. De kleurovergangen laten een zeer scheve verdeling zien. De spreiding naar beneden is aanzienlijk groter, dus er zijn sterke uitschieters naar beneden. Deze indicator is één van de drie indicatoren in de PG, waarop het best gescoord wordt (zie tabel 1.3).

**ZT**

Deze indicator geldt niet voor de ZT.



## 5.5 Woon- en leefomstandigheden

### Indicator 1 Ervaren wooncomfort

V&V



In de V&V is de gemiddelde score op ervaren wooncomfort 3,3, op een schaal van 1 t/m 4. De minimumscore is 1,9 en 4 is het maximum. De mediaan ligt op 3,4. De grafiek laat een vrij scheve verdeling zien. De spreiding naar beneden is groter, dus er zijn uitschieters naar beneden.

PG



In de PG wordt gemiddeld 3,3 gescoord, op een schaal van 1 t/m 4, als het gaat om de mate waarin zij goed wooncomfort voor de cliënt ervaren. Het minimum is 2 en het maximum is 3,9. De mediaan ligt op 3,2. De kleurovergangen vertonen, net als in de V&V, een wat scheve verdeling. De spreiding naar beneden is wat groter, dus er zijn uitschieters naar beneden.

ZT

Deze indicator geldt niet voor de ZT.

### Indicator 2 Ervaren sfeer

V&V



Het gemiddelde op ervaren sfeer is in de V&V 3,4, op een schaal van 1 t/m 4. De minimumscore is 2,4 en het maximum is 4. De mediaan ligt op 3,4. De grafiek laat een enigszins normale verdeling zien. De spreiding naar beneden is enigszins groter.

PG



Het gemiddelde op ervaren sfeer is in de PG 3,1, op een schaal van 1 t/m 4. De minimumscore is 2,5 en 3,8 is het maximum. De mediaan ligt dichtbij het gemiddelde. De kleurovergangen laten een normale verdeling zien.

### ZT

Deze indicator geldt niet voor de ZT.

## Indicator 3 Ervaren privacy (en woonruimte)

### V&V



Zoals de grafiek weergeeft, is in de V&V de gemiddelde score op ervaren privacy (en woonruimte) 3,7, op een schaal van 1 t/m 4. Hierbij is 2,4 de minimumscore en 4 het maximum. De mediaan ligt op 3,8. De spreiding naar beneden is duidelijk groter, dus er zijn uitschieters naar beneden. Deze indicator is één van de drie indicatoren in de V&V, waarop het best gescoord wordt (zie tabel 1.3).

### PG



In de PG geldt qua verdeling hetzelfde als in de V&V. Wel liggen de scores gemiddeld wat lager: de gemiddelde score op ervaren privacy (en woonruimte) in de PG is 3,4. De minimumscore is 2,1 en het maximum is 4. De mediaan ligt op 3,6. Er zijn uitschieters naar beneden. Deze indicator is één van de drie indicatoren in de PG, waarop het best gescoord wordt (zie tabel 1.3).

### ZT



In de ZT geven cliënten op een schaal van 1 t/m 4 de ervaren privacy in de eigen woning, in de aanwezigheid van de zorgverlener, gemiddeld een 3,5, op een schaal van 1 t/m 4. Hierbij is 2,9 de minimumscore en 4 het maximum. De mediaan ligt zeer dicht bij het gemiddelde. De grafiek vertoont dus een normale verdeling.

## 5.6 Participatie en sociale redzaamheid

### Indicator 1 Ervaringen met dagbesteding en participatie

V&V



Uit de grafiek blijkt dat cliënten in de V&V hun ervaringen, met de mogelijkheden voor dagbesteding en participatie aan de samenleving, waarderen met een gemiddelde score van 3,4 op een schaal van 1 t/m 4. Hierbij is 2 de minimumscore en 4 het maximum. De mediaan ligt op 3,5. De kleurovergangen laten een scheve verdeling zien. De spreiding naar beneden is duidelijk groter, dus er zijn uitschieters naar beneden.

PG



In de PG is het gemiddelde op de ervaringen met dagbesteding en participatie aan de samenleving, 3, op een schaal van 1 t/m 4. De minimumscore is 1,9 en 3,6 is het maximum. De mediaan ligt zeer dicht bij het gemiddelde. De kleurovergangen laten een enigszins scheve verdeling zien. De spreiding naar beneden is enigszins groter, dus er zijn uitschieters naar beneden.

ZT



In de ZT waarderen cliënten de mate, waarin zij goede mogelijkheden voor dagbesteding en participatie aan de samenleving ervaren, met een gemiddelde score van 2,9 op een schaal van 1 t/m 4. De minimumscore is 1 en 4 is het maximum. De mediaan ligt zeer dicht bij het gemiddelde. De grafiek laat een behoorlijk scheve verdeling zien. De spreiding naar beneden is groter, dus er zijn uitschieters naar beneden. Deze indicator is één van de drie indicatoren in de ZT, waarop het minst goed gescoord wordt (zie tabel 1.3).

### Indicator 2 Ervaren zelfstandigheid/autonomie

V&V



Op een schaal van 1 t/m 4 waarden cliënten in de V&V hun ervaringen met de geboden zelfstandigheid en autonomie gemiddeld met een 3,4. Hierbij is 1,9 de minimumscore en 4 het maximum. De mediaan ligt op 3,5. De kleurovergangen vertonen een scheve verdeling. De spreiding in het onderste kwartiel is beduidend groter. Dit wordt veroorzaakt door uitschieters naar beneden.

*PG*



In de PG wordt aan de ervaringen met de geboden zelfstandigheid en autonomie gemiddeld een 3,1 gegeven op een schaal van 1 t/m 4. De minimumscore is 1,8 en 3,9 is het maximum. De mediaan ligt dicht bij het gemiddelde. Ook hier geldt dat de spreiding naar beneden wat groter is, dus dat er uitschieters naar beneden zijn.

*ZT*



In de grafiek is te zien dat de gemiddelde score op ervaren zelfstandigheid/autonomie in de ZT 3,4 is, op een schaal van 1 t/m 4. Hierbij is 3,1 de minimumscore en 3,8 het maximum. De mediaan ligt zeer dicht bij het gemiddelde. De kleurovergangen laten een normale verdeling zien.

## 5.7 Mentaal welbevinden

### Indicator 1 Ervaringen op het gebied van mentaal welbevinden

*V&V*



Cliënten in de V&V waarden hun ervaringen op het gebied van mentaal welbevinden op 3,2 op een schaal van 1 t/m 4. Het minimum is 2,5 en 3,8 is het maximum. De mediaan ligt op 3,2. De grafiek laat een weinig scheve verdeling zien. De spreiding naar beneden is iets groter.

*PG*



In de PG wordt de ondersteuning op het gebied van mentaal welbevinden gemiddeld ervaren als 3,2 op een schaal van 1 t/m 4. De minimumscore is 2,4 en 3,8 is het maximum. De mediaan ligt ook op 3,2. De kleurovergangen laten een bijna normale verdeling zien.

## ZT



In de ZT waarden de cliënten de ervaringen op het gebied van mentaal welbevinden gemiddeld als 3,4 op een schaal van 1 t/m 4. Hierbij is 2,7 de minimumscore en 3,7 het maximum. De mediaan ligt ook op 3,4. Er is dus nauwelijks sprake van een scheve verdeling.

## Indicator 2 Depressie

### V&V en PG



Het percentage cliënten in de V&V en PG, dat in de afgelopen drie dagen symptomen van depressie vertoonde, is gemiddeld 24%. Het minimum is 0% en het maximum is 83%. De mediaan ligt op 21%. De grafiek laat een scheve verdeling zien. De spreiding naar boven is groter, dus er zijn uitschieters naar boven. De indicator kon worden berekend op basis van gemiddeld 86 cliënten per OE (gemiddeld 81% van de opgegeven cliënten per OE). Het percentage 'onbekend' lag op 1,8%. Deze indicator is één van de vijf indicatoren in de V&V en PG, waarop het minst goed gescoord wordt (zie tabel 1.2).

Uit een studie van Achterberg et al. die werd uitgevoerd in Nederland bij cliënten die recent in een verpleeghuis werden opgenomen (<10 dagen), bleek het percentage cliënten met een depressie 26,9% te zijn<sup>49</sup>.

Internationaal wordt bij het meten van depressie in de V&V vooral gebruik gemaakt van de Geriatric Depression Scale (GDS) en de Minimum Data Set van RAI (MDS). De MDS sluit aan bij de schalen zoals gebruikt in het Kwaliteitskader VV&T. Een Amerikaans onderzoek op basis van de MDS in 1.492 verpleeghuizen in vijf verschillende Amerikaanse staten leverde een prevalentie van 11% op. Ander Amerikaans onderzoek op basis van de MDS heeft een prevalentie van 20% opgeleverd<sup>50</sup>. In de quick scan van de Universiteit Maastricht wordt vermeld dat depressie veel voorkomt bij verpleeghuisbewoners. Internationaal gezien variëren de prevalentiecijfers tussen de 6% en 26% voor ernstige depressie en 11%-50% voor milde depressie<sup>51</sup>. Uit een onderzoek uitgevoerd in Nederland tussen 1999 en 2001 bij 14 somatische verpleeghuizen bleek dat 8,1% een ernstige depressie had en 14,1% een milde depressie<sup>49</sup>. In totaal had dus 22,2% een depressie. Dit is iets lager dan het percentage in dit branchebeeld voor cliënten in de V&V en PG (24%).

49 Achterberg W, Pot AM, et al. Depressive symptoms in newly admitted nursing home residents. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21:1156-1162.

50 The Management of Depression in Older Nursing Home Residents, M.N. Brown et. al., 2002

51 Smalbrugge M, Jongenelis L. Screening for depression and assessing change in severity of depression. Is the Geriatric Depression Scale (30-, 15- and 8-item versions) useful for both purposes in nursing home patients? *Aging & Mental Health*. 2008;244—8.

## ZT



De gemiddelde score op depressie in de ZT is 16%. Van de bemeeten cliënten in de ZT heeft 16,3% drie of meer punten op de depressieschaal gescoord. De mediaan ligt op 15%. Ook hier kenmerken de resultaten zich door een zeer scheve verdeling. Dit betekent dat de spreiding naar boven groot is, dus dat er sterke uitschieters naar boven zijn. Deze indicator is één van de vier indicatoren in de ZT, waarop het best gescoord wordt (zie tabel 1.2).

Uit een grootschalig longitudinaal onderzoek uitgevoerd in Nederland bleek dat bij personen van 55-85 jaar 2% een ernstige depressie heeft en 12,9% een milde depressie<sup>52</sup>. Ongeveer 15% had klinisch relevante verschijnselen van depressie. Dit percentage komt vrij goed overeen met het percentage van 16% dat met het Kwaliteitskader werd gemeten. Dit zou er op kunnen wijzen dat verschijnselen van depressie bij cliënten in de thuiszorg niet veel vaker voorkomen dan bij een doorsnee populatie ouderen. Een echt goede vergelijking kan echter niet gemaakt worden, omdat zowel de onderzoeksgroepen als de meetinstrumenten niet goed te vergelijken zijn.

## 5.8 Veiligheid wonen/verblijf

### Indicator 1 Ervaren veiligheid woon- en leefomgeving

#### V&V



De gemiddelde score in de V&V op de ervaren veiligheid van de woon- en leefomgeving is 3,7 op een schaal van 1 t/m 4. Hierbij is 2,9 de minimumscore en 4 het maximum. De mediaan ligt op 3,8. De grafiek laat een enigszins scheve verdeling zien. Deze indicator is één van de drie indicatoren in de V&V, waarop het best gescoord wordt (zie tabel 1.3).

#### PG



In de PG wordt de ervaren veiligheid van de woon- en leefomgeving gewaardeerd met een gemiddelde van 2,8 op een schaal van 1 t/m 4. De minimumscore is 1 en 4 is het maximum. De mediaan ligt ook op 2,8. De grafiek laat verder een bijna normale verdeling zien. Er zijn uitschieters naar beneden. Deze indicator is één van de drie indicatoren in de PG, waarop het minst goed gescoord wordt (zie tabel 1.3).

<sup>52</sup> Beekman ATF, Deeg JH, et al. Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *Journal of Affective Disorders* 1995;36:65-75.

**ZT**

De gemiddelde score die cliënten in de ZT geven aan de ervaren veiligheid in de eigen woon- en leefomgeving is 3,5 op een schaal van 1 t/m 4. Hierbij is 1,6 de minimumscore en 4 het maximum. De mediaan ligt ook op 3,5. De grafiek laat een scheve verdeling zien. Er zijn dus uitschieters naar beneden.

**Indicator 2 Ervaren betrouwbaarheid zorgverleners****V&V**

Niet gemeten in de V&V.

**PG**

De gemiddelde score die vertegenwoordigers van PG-clieñten geven aan de ervaren betrouwbaarheid van zorgverleners is 3,2 op een schaal van 1 t/m 4. De spreiding ligt tussen 2,5 en 4. De minimumscore is dus 2,5 en het maximum is 4. De mediaan ligt op 3,2. De grafiek laat een normale verdeling zien.

**ZT**

Uit de grafiek blijkt dat de gemiddelde score op ervaren betrouwbaarheid zorgverleners 3,7 is, op een schaal van 1 t/m 4. Hierbij is 3,2 de minimumscore en 3,9 het maximum. De mediaan ligt zeer dicht bij het gemiddelde. De grafiek laat een enigszins, maar niet sterke, scheve verdeling zien. Deze indicator is één van de drie indicatoren in de ZT, waarop het best gescoord wordt (zie tabel 1.3).

**Indicator 3 Instructie tilliften****V&V en PG**

In de V&V en PG kan 81% van de OE's aantonen dat de medewerkers die werken met tilliften hiervoor geïnstrueerd zijn. Van de OE's kan 19% dit dus niet aantonen.

ZT



In de ZT kan 84% van de OE's aantonen dat de medewerkers die werken met tilliften hiervoor geïnstrueerd zijn. Dit kan 16% van de OE's dus niet aantonen.

## 5.9 Voldoende en bekwaam personeel

### Indicator 1 Ervaren beschikbaarheid personeel

V&amp;V



Cliënten in de V&V waarderen hun ervaringen met de mate waarin zij voldoende beschikbaarheid van personeel ervaren, met een gemiddelde score van 2,9 op een schaal van 1 t/m 4. Hierbij is 1,2 de minimumscore en 4 het maximum. De mediaan ligt op 3. De resultaten laten een wat scheve verdeling zien. De spreiding naar beneden is wat groter, dus er zijn uitschieters naar beneden.

PG



Vertegenwoordigers van PG-cliënten waarderen hun ervaringen met de mate waarin zij voldoende beschikbaarheid van personeel ervaren, met een gemiddelde score van 3. De minimumscore is 1,8 en het maximum is 3,8. De mediaan ligt zeer dicht bij het gemiddelde. De grafiek laat een wat scheve verdeling zien. De spreiding naar beneden is wat groter, dus er zijn uitschieters naar beneden.

ZT



Zoals blijkt uit de grafiek is de gemiddelde score in de ZT op ervaren beschikbaarheid van personeel 3,3 op een schaal van 1 t/m 4. Hierbij is 2,7 de minimumscore en 3,8 het maximum. De mediaan ligt zeer dicht bij het gemiddelde. De grafiek laat een normale verdeling zien.



## Indicator 2 Beschikbaarheid verpleegkundige

V&V en PG



Van de OE's in de V&V en PG kan 81% aantonen dat voor de functie Verblijf, gecombineerd met Verpleging en/of Behandeling, 7 maal 24 uur een verpleegkundige bereikbaar is, die binnen 10 minuten ter plaatse kan zijn. Dit kan 19% dus niet aantonen.

ZT

Deze indicator geldt niet voor de ZT.

## Indicator 3 Beschikbaarheid arts

V&V en PG



Van de OE's in de V&V en PG kan 90% aantonen dat voor de functie Verblijf, gecombineerd met Verpleging en/of Behandeling, 7 maal 24 uur een arts bereikbaar en oproepbaar is; dat deze arts reageert binnen 10 minuten en dat hij/zij binnen 30 minuten ter plaatse kan zijn. Dit kan 10% dus niet aantonen.

ZT

Deze indicator geldt niet voor de ZT.

## Indicator 4 Bekwaamheid voorbehouden handelingen

V&V en PG



Van de OE's in de V&V en PG kan 83% aantonen dat in het afgelopen verslagjaar door middel van een 'praktijktoets' is getoetst of de medewerkers, die voorbehouden en/of risicovolle handelingen uitvoeren, hierin bekwaam zijn. Dit kan 17% dus niet aantonen.

*ZT*

Van de OE's in de ZT kan 82% aantonen dat in het afgelopen verslagjaar door middel van een 'praktijktoets' is getoetst of de medewerkers, die voorbehouden en/of risicovolle handelingen uitvoeren, hierin bekwaam zijn. Dit kan 18% dus niet aantonen.

## 5.10 Samenhang in zorg

### Indicator 1 Ervaringen met samenhang in zorg

*V&V*

Deze indicator is niet gemeten in de V&V.

*PG*

Deze indicator is niet gemeten in de PG.

*ZT*

In de ZT waarderen cliënten hun ervaringen met samenhang in zorg met een gemiddelde score van 3,1 op een schaal van 1 t/m 4. De minimumscore is 1,8 en 4 is het maximum. De mediaan ligt dicht bij het gemiddelde. De resultaten zijn redelijk normaal verdeeld, met een licht grotere spreiding in het onderste kwartiel. Deze indicator is één van de drie indicatoren in de ZT, waarop het minst goed gescoord wordt (zie tabel 1.3).

## Bijlage I Kengetallen per indicator

In de volgende tabellen (pagina 82, 83 en 84) staan per deelsector de kengetallen van de resultaten per indicator.

In dit overzicht staan de kengetallen van de V&V. De kengetallen van de resultaten van de zorginhoudelijke indicatoren is inclusief de resultaten van de PG.

| Verpleging en Verzorging                                   |                  |                    |           |                |         |                |            |                     |  |
|--|------------------|--------------------|-----------|----------------|---------|----------------|------------|---------------------|--|
| Thema's en indicatoren                                     | Aantal cliënten* | Gewogen gemiddelde | Minimum** | 25% ondergrens | Mediaan | 75% bovengrens | Maximum*** | Percentage onbekend |  |
| <b>1 Zorg(behandel-)/leefplan</b>                          |                  |                    |           |                |         |                |            |                     |  |
| 1.1 Ervaren met zorg(behandel-)/leefplan en evaluatie      | 16               | 3,20               | 2,00      | 2,88           | 3,19    | 3,55           | 4,00       |                     |  |
| 1.2 Ervaren inspraak en overleg                            | 18               | 2,65               | 1,33      | 2,37           | 2,64    | 2,94           | 4,00       |                     |  |
| <b>2 Communicatie en informatie</b>                        |                  |                    |           |                |         |                |            |                     |  |
| 2.1 Ervaren bejegening                                     | 25               | 3,39               | 2,29      | 3,23           | 3,41    | 3,57           | 3,96       |                     |  |
| 2.2 Ervaren informatie                                     | 22               | 2,79               | 1,58      | 2,51           | 2,82    | 3,10           | 4,00       |                     |  |
| <b>3 Lichamelijk welbevinden</b>                           |                  |                    |           |                |         |                |            |                     |  |
| 3.1 Ervaren met lichamelijke verzorging                    | 20               | 3,39               | 2,47      | 3,24           | 3,43    | 3,56           | 3,93       |                     |  |
| 3.2 Ervaren met maaltijden                                 | 25               | 3,00               | 1,67      | 2,76           | 3,00    | 3,25           | 3,93       |                     |  |
| <b>4 Zorginhoudelijke veiligheid</b>                       |                  |                    |           |                |         |                |            |                     |  |
| 4.1 Decubitus  | 85               | 0,03               | 0,00      | 0,00           | 0,02    | 0,04           | 0,32       | 1,67                |  |
| 4.2c Voedingstoestand                                      | 77               | 0,03               | 0,00      | 0,00           | 0,02    | 0,05           | 0,30       | 4,22                |  |
| 4.3 Valincidenten  | 86               | 0,11               | 0,00      | 0,07           | 0,10    | 0,14           | 0,50       | 2,10                |  |
| 4.4 Medicijnincidenten                                     | 81               | 0,08               | 0,00      | 0,03           | 0,06    | 0,11           | 1,00       | 4,06                |  |
| 4.5a Antipsychotica, anxiolytica en hypnotica              | 79               | 0,42               | 0,00      | 0,32           | 0,42    | 0,50           | 1,00       | 8,76                |  |
| 4.5b Antidepressiva  | 79               | 0,21               | 0,00      | 0,13           | 0,19    | 0,26           | 0,83       | 8,76                |  |
| 4.6a Vaccinatiegraad - cliënten                            | 70               | 0,95               | 0,00      | 0,95           | 0,99    | 1,00           | 1,00       | 16,54               |  |
| 4.6b Vaccinatiegraad - medewerkers                         | 154              | 0,16               | 0,00      | 0,07           | 0,13    | 0,22           | 1,00       |                     |  |
| 4.7a Incontinentie - prevalentie                           | 84               | 0,61               | 0,00      | 0,47           | 0,59    | 0,71           | 1,00       | 3,91                |  |
| 4.7b Incontinentie - diagnose                              | 47               | 0,56               | 0,00      | 0,17           | 0,58    | 0,91           | 1,00       |                     |  |
| 4.8 Verblifskatheter                                       | 86               | 0,04               | 0,00      | 0,01           | 0,03    | 0,06           | 0,27       |                     |  |
| 4.9 Probleemgedrag   | 84               | 0,30               | 0,00      | 0,14           | 0,24    | 0,38           | 1,00       | 3,50                |  |
| 4.10 Fixatie   | 86               | 0,07               | 0,00      | 0,00           | 0,02    | 0,07           | 0,75       | 0,00                |  |
| 4.12 Ervaren professionaliteit en veiligheid zorgverlening | 20               | 3,44               | 2,20      | 3,30           | 3,47    | 3,61           | 4,00       |                     |  |
| <b>5 Woon- en leefomstandigheden</b>                       |                  |                    |           |                |         |                |            |                     |  |
| 5.1 Ervaren wooncomfort                                    | 25               | 3,33               | 1,86      | 3,14           | 3,38    | 3,62           | 4,00       |                     |  |
| 5.2 Ervaren sfeer  | 23               | 3,40               | 2,44      | 3,25           | 3,43    | 3,58           | 4,00       |                     |  |
| 5.3 Ervaren privacy (en woonruimte)                        | 24               | 3,72               | 2,43      | 3,65           | 3,80    | 3,89           | 4,00       |                     |  |
| <b>6 Participatie en sociale redzaamheid</b>               |                  |                    |           |                |         |                |            |                     |  |
| 6.1 Ervaren met dagbesteding en participatie               | 22               | 3,43               | 1,96      | 3,26           | 3,45    | 3,59           | 3,91       |                     |  |
| 6.2 Ervaren zelfstandigheid/autonomie                      | 25               | 3,41               | 1,93      | 3,23           | 3,49    | 3,66           | 4,00       |                     |  |
| <b>7 Mentaal welbevinden</b>                               |                  |                    |           |                |         |                |            |                     |  |
| 7.1 Ervaren op het gebied van mentaal welbevinden          | 24               | 3,20               | 2,48      | 3,07           | 3,21    | 3,36           | 3,80       |                     |  |
| 7.2 Depressie  | 86               | 0,24               | 0,00      | 0,14           | 0,21    | 0,31           | 0,83       | 1,78                |  |
| <b>8 Veiligheid wonen/verblijf</b>                         |                  |                    |           |                |         |                |            |                     |  |
| 8.1 Ervaren veiligheid woon-/leefomgeving                  | 26               | 3,72               | 2,94      | 3,63           | 3,76    | 3,85           | 4,00       |                     |  |
| 8.3 Instructie tilliften                                   | 1573             |                    | 81%       |                |         |                | 19%        |                     |  |
| <b>9 Voldoende en bekwaam personeel</b>                    |                  |                    |           |                |         |                |            |                     |  |
| 9.1 Ervaren beschikbaarheid personeel                      | 20               | 2,94               | 1,20      | 2,75           | 2,96    | 3,17           | 4,00       |                     |  |
| 9.2 Beschikbaarheid verpleegkundige                        | 1562             |                    | 81%       |                |         |                | 19%        |                     |  |
| 9.3 Beschikbaarheid arts                                   | 1562             |                    | 90%       |                |         |                | 10%        |                     |  |
| 9.4 Bekwaamheid voorbehouden handelingen                   | 1573             |                    | 83%       |                |         |                | 17%        |                     |  |

\* Aantal cliënten waarop de resultaten gebaseerd zijn; bij Ja/Nee indicator geeft deze kolom aantal OE's weer

\*\* Bij Ja/Nee indicator geeft deze kolom Percentage Ja weer

\*\*\* Bij Ja/Nee indicator geeft deze kolom Percentage Nee weer

In deze tabel staan de kengetallen van de PG. De kengetallen van de resultaten van de zorginhoudelijke indicatoren in de PG zijn meegenomen in de kengetallen van de Verpleging & Verzorging.

### Psychogeriatrische zorg

| Thema's en indicatoren                                     | Aantal cliënten* | Gewogen gemiddelde | Minimum | 25% ondergrens | Mediaan | 75% bovengrens | Maximum | Percentage onbekend |
|--|------------------|--------------------|---------|----------------|---------|----------------|---------|---------------------|
| <b>1 Zorg(behandel-)/leefplan</b>                          |                  |                    |         |                |         |                |         |                     |
| 1.1 Ervaren met zorg(behandel-)/leefplan en evaluatie      | 28               | 3,41               | 2,82    | 3,24           | 3,40    | 3,56           | 3,93    |                     |
| 1.2 Ervaren inspraak en overleg                            | 27               | 2,82               | 2,00    | 2,64           | 2,81    | 2,98           | 3,39    |                     |
| <b>2 Communicatie en informatie</b>                        |                  |                    |         |                |         |                |         |                     |
| 2.1 Ervaren bejegening                                     | 27               | 3,47               | 2,85    | 3,36           | 3,47    | 3,57           | 3,86    |                     |
| 2.2 Ervaren informatie                                     | 28               | 3,29               | 2,24    | 3,05           | 3,24    | 3,46           | 3,97    |                     |
| 2.3 Ervaren telefonische bereikbaarheid (en communicatie)  | 27               | 3,38               | 2,33    | 3,25           | 3,38    | 3,48           | 3,79    |                     |
| <b>3 Lichamelijk welbevinden</b>                           |                  |                    |         |                |         |                |         |                     |
| 3.1 Ervaren met lichamelijke verzorging                    | 25               | 3,18               | 2,40    | 3,06           | 3,19    | 3,31           | 3,83    |                     |
| 3.2 Ervaren met maaltijden                                 | 21               | 3,46               | 2,00    | 3,36           | 3,48    | 3,58           | 3,97    |                     |
| <b>4 Zorginhoudelijke veiligheid</b>                       |                  |                    |         |                |         |                |         |                     |
| 4.12 Ervaren professionaliteit en veiligheid zorgverlening | 23               | 3,31               | 2,59    | 3,18           | 3,29    | 3,42           | 3,81    |                     |
| 4.13 Ervaren respectering rechten vrijheidsbeperkingen     | 15               | 3,51               | 1,00    | 3,28           | 3,52    | 3,75           | 4,00    |                     |
| <b>5 Woon- en leefomstandigheden</b>                       |                  |                    |         |                |         |                |         |                     |
| 5.1 Ervaren wooncomfort                                    | 28               | 3,26               | 2,00    | 3,00           | 3,24    | 3,44           | 3,89    |                     |
| 5.2 Ervaren sfeer  | 26               | 3,10               | 2,48    | 2,97           | 3,13    | 3,28           | 3,77    |                     |
| 5.3 Ervaren privacy (en woonruimte)                        | 24               | 3,44               | 2,13    | 3,26           | 3,63    | 3,86           | 4,00    |                     |
| <b>6 Participatie en sociale redzaamheid</b>               |                  |                    |         |                |         |                |         |                     |
| 6.1 Ervaren met dagbesteding en participatie               | 24               | 2,97               | 1,89    | 2,78           | 2,98    | 3,12           | 3,58    |                     |
| 6.2 Ervaren zelfstandigheid/autonomie                      | 22               | 3,09               | 1,83    | 2,92           | 3,14    | 3,37           | 3,90    |                     |
| <b>7 Mentaal welbevinden</b>                               |                  |                    |         |                |         |                |         |                     |
| 7.1 Ervaren op het gebied van mentaal welbevinden          | 26               | 3,24               | 2,44    | 3,10           | 3,24    | 3,38           | 3,80    |                     |
| <b>8 Veiligheid wonen/verblijf</b>                         |                  |                    |         |                |         |                |         |                     |
| 8.1 Ervaren veiligheid woon-/leefomgeving                  | 24               | 2,81               | 1,00    | 2,63           | 2,82    | 3,00           | 4,00    |                     |
| 8.2 Ervaren betrouwbaarheid zorgverleners                  | 25               | 3,17               | 2,50    | 3,05           | 3,21    | 3,42           | 4,00    |                     |
| <b>9 Voldoende en bekwaam personeel</b>                    |                  |                    |         |                |         |                |         |                     |
| 9.1 Ervaren beschikbaarheid personeel                      | 22               | 2,99               | 1,75    | 2,85           | 3,00    | 3,14           | 3,75    |                     |

\* Aantal cliënten waarop de resultaten gebaseerd zijn

In deze tabel staan de kengetallen van de ZT.

| Zorg Thuis   |                  |                    |           |                |         |                |           |                     |  |
|--|------------------|--------------------|-----------|----------------|---------|----------------|-----------|---------------------|--|
| Thema's en indicatoren                                     | Aantal cliënten* | Gewogen gemiddelde | Minimum** | 25% ondergrens | Mediaan | 75% bovengrens | Maximum** | Percentage onbekend |  |
| <b>1 Zorg(behandel-)/leefplan</b>                          |                  |                    |           |                |         |                |           |                     |  |
| 1.1 Ervaringen met zorg(behandel-)/leefplan en evaluatie   | 30               | 3,64               | 3,00      | 3,55           | 3,64    | 3,73           | 4,00      |                     |  |
| 1.2 Ervaren inspraak en overleg                            | 32               | 2,95               | 2,34      | 2,81           | 2,93    | 3,10           | 3,62      |                     |  |
| <b>2 Communicatie en informatie</b>                        |                  |                    |           |                |         |                |           |                     |  |
| 2.1 Ervaren bejegening                                     | 33               | 3,59               | 2,98      | 3,51           | 3,60    | 3,68           | 3,90      |                     |  |
| 2.2 Ervaren informatie                                     | 33               | 3,17               | 2,61      | 3,03           | 3,18    | 3,30           | 3,82      |                     |  |
| 2.3 Ervaren telefonische bereikbaarheid (en communicatie)  |                  |                    |           |                |         |                |           |                     |  |
| <b>3 Lichamelijk welbevinden</b>                           |                  |                    |           |                |         |                |           |                     |  |
| 3.1 Ervaringen met lichamelijke verzorging                 | 24               | 3,48               | 2,63      | 3,35           | 3,50    | 3,73           | 4,00      |                     |  |
| <b>4 Zorginhoudelijke veiligheid</b>                       |                  |                    |           |                |         |                |           |                     |  |
| 4.1 Decubitus  | 68               | 0,01               | 0,00      | 0,00           | 0,00    | 0,01           | 1,00      | 1,00                |  |
| 4.2b Voedingstoestand - navraag                            | 65               | 0,05               | 0,00      | 0,00           | 0,03    | 0,06           | 1,00      | 7,82                |  |
| 4.3 Valincidenten  | 73               | 0,12               | 0,00      | 0,06           | 0,10    | 0,15           | 0,60      | 3,72                |  |
| 4.7a Incontinentie - prevalentie                           | 63               | 0,35               | 0,00      | 0,23           | 0,34    | 0,44           | 1,00      | 5,66                |  |
| 4.7b Incontinentie - diagnose                              | 22               | 0,57               | 0,00      | 0,33           | 0,59    | 0,88           | 1,00      |                     |  |
| 4.8 Verblijfskatheter                                      | 67               | 0,04               | 0,00      | 0,00           | 0,02    | 0,05           | 0,50      |                     |  |
| 4.11 Beleid vrijheidsbeperkende maatregelen                | 685              |                    | 78%       |                |         |                | 22%       |                     |  |
| 4.12 Ervaren professionaliteit en veiligheid zorgverlening | 30               | 3,52               | 2,96      | 3,43           | 3,53    | 3,61           | 3,97      |                     |  |
| <b>5 Woon- en leefomstandigheden</b>                       |                  |                    |           |                |         |                |           |                     |  |
| 5.3 Ervaren privacy (en woonruimte)                        | 33               | 3,46               | 2,92      | 3,35           | 3,45    | 3,60           | 4,00      |                     |  |
| <b>6 Participatie en sociale redzaamheid</b>               |                  |                    |           |                |         |                |           |                     |  |
| 6.1 Ervaringen met dagbesteding en participatie            | 15               | 2,86               | 1,00      | 2,64           | 2,88    | 3,09           | 4,00      |                     |  |
| 6.2 Ervaren zelfstandigheid/autonomie                      | 33               | 3,43               | 3,06      | 3,35           | 3,42    | 3,53           | 3,80      |                     |  |
| <b>7 Mentaal welbevinden</b>                               |                  |                    |           |                |         |                |           |                     |  |
| 7.1 Ervaringen op het gebied van mentaal welbevinden       | 32               | 3,38               | 2,71      | 3,29           | 3,38    | 3,46           | 3,70      |                     |  |
| 7.2 Depressie  | 67               | 0,16               | 0,00      | 0,08           | 0,15    | 0,22           | 1,00      | 2,26                |  |
| <b>8 Veiligheid wonen/verblijf</b>                         |                  |                    |           |                |         |                |           |                     |  |
| 8.1 Ervaren veiligheid woon-/leefomgeving                  | 23               | 3,45               | 1,63      | 3,30           | 3,45    | 3,61           | 4,00      |                     |  |
| 8.2 Ervaren betrouwbaarheid zorgverleners                  | 32               | 3,69               | 3,17      | 3,61           | 3,70    | 3,75           | 3,93      |                     |  |
| 8.3 Instructie tilliften                                   | 690              |                    | 84%       |                |         |                | 16%       |                     |  |
| <b>9 Voldoende en bekwaam personeel</b>                    |                  |                    |           |                |         |                |           |                     |  |
| 9.1 Ervaren beschikbaarheid personeel                      | 31               | 3,31               | 2,72      | 3,21           | 3,33    | 3,44           | 3,84      |                     |  |
| 9.4 Bekwaamheid voorbehouden handelingen                   | 690              |                    | 82%       |                |         |                | 18%       |                     |  |
| <b>10 Samenhang in zorg</b>                                |                  |                    |           |                |         |                |           |                     |  |
| 10.1 Ervaringen met ketenzorg                              | 28               | 3,05               | 1,75      | 2,87           | 3,08    | 3,32           | 4,00      |                     |  |

\* Aantal cliënten waarop de resultaten gebaseerd zijn; bij Ja/Nee indicator geeft deze kolom aantal OE's weer

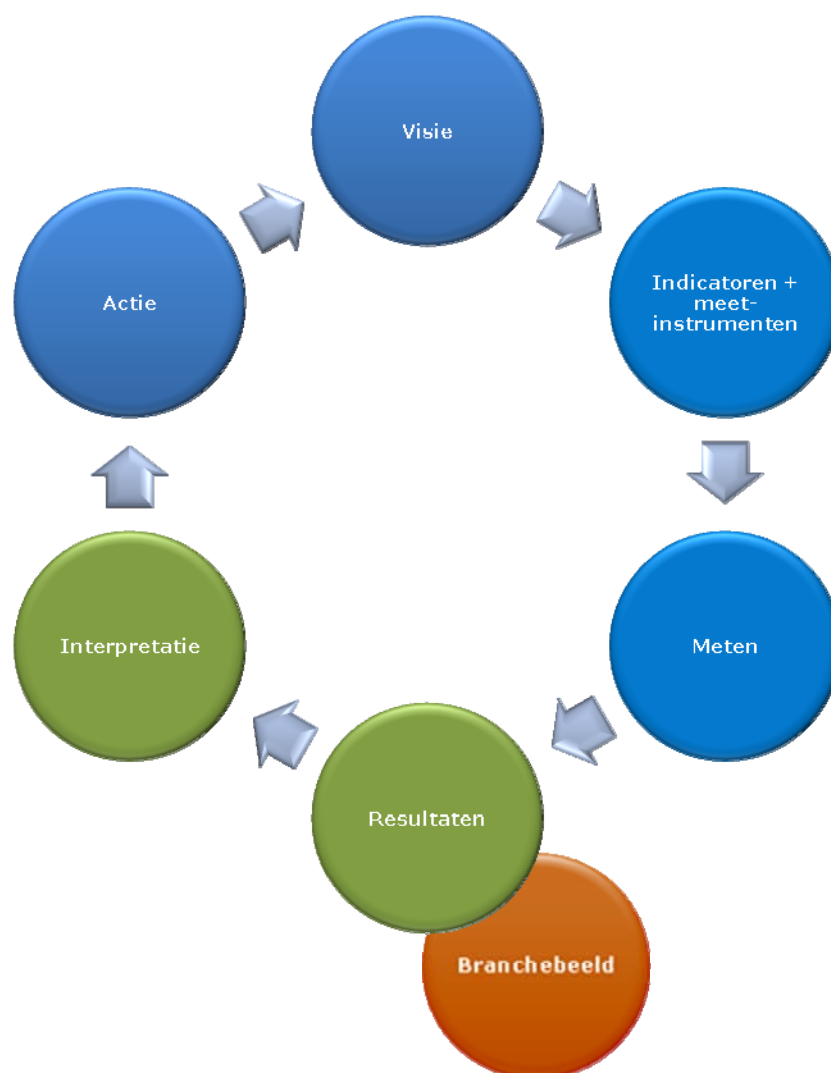
\*\* Bij Ja/Nee indicator geeft deze kolom Percentage Ja weer

\*\*\* Bij Ja/Nee indicator geeft deze kolom Percentage Nee weer

## De toon gezet: één taal voor kwaliteit

*Rapport van de Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde zorg  
Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (VV&T)*

### Deel III: Interpretatieregels en een ordeningsmodel



# 1 Inleiding

Over de prestaties van zorgaanbieders in de Verpleging, Verzorging & Thuiszorg (VV&T) wordt gerapporteerd via de sterren op [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl) en via de kwaliteitsparagraaf van de Jaardocumenten Maatschappelijke Verantwoording. Of mensen via transparantie van kwaliteit worden aangespoord tot acties voor de borging en verbetering van kwaliteit, is sterk afhankelijk van een juiste interpretatie van deze resultaten (zie figuur 1).

Dit hoofdstuk beschrijft heldere regels voor de interpretatie van de resultaten. Daarnaast schetst dit hoofdstuk de contouren van een ordeningsmodel dat in de toekomst<sup>1</sup> wordt gebruikt bij het (rang)ordenen van Organisatorische Eenheden (OE's) op basis van hun prestaties.

## 1.1 Doel interpretatieregels

Het *doel* van de interpretatieregels is een kader te schetsen waarbinnen de publiek beschikbare resultaten gelezen dienen te worden. Dit impliceert dat resultaten, indien buiten het kader gelezen, onjuist geïnterpreteerd kunnen worden. Met het ordeningsmodel wil de Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde zorg laten zien hoe in de toekomst op een verantwoorde manier een (rang)ordering van organisatorische eenheden zou kunnen worden gemaakt, mits aan de gestelde randvoorwaarden wordt voldaan.

Het toekomstig *gebruiksdoel* van de interpretatieregels en het ordeningsmodel zoals die hier worden voorgesteld, is divers. Bewust is gezocht naar regels en een model die vanuit meerdere perspectieven bruikbaar zijn:

- De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zal de interpretatieregels en het ordeningsmodel gebruiken om haar signaleringslijst<sup>2</sup> op te baseren;
- Bouwers en verspreiders van consumenteninformatie kunnen dit model gebruiken voor het toekennen van de sterren op basis van hun prestaties;
- Beroepsgroepen kunnen ermee op zoek gaan naar die locaties waar - gegeven de prestaties - standaarden, protocollen en richtlijnen goed of juist niet goed worden toegepast;
- Zorgkantoren of andere zorginkopers kunnen het gebruiken om kwalitatief de beste zorg in te kopen.

## 1.2 Gehanteerde aanpak en methoden

De interpretatieregels en het ordeningsmodel zijn via een gedegen proces van ontwikkeling, raadpleging, analyse en verantwoording tot stand gekomen. De volgende stappen zijn doorlopen en hebben bijgedragen aan het resultaat:

### 1.2.1 Afstemming met IGZ Onderzoek & Implementatie (O&I)

Het interpretatiekader en het ordeningsmodel zijn ontwikkeld in nauwe samenwerking met de afdeling O&I van de IGZ. De verwachtingen en wensen van de IGZ ten aanzien van het interpretatiekader en het

---

<sup>1</sup> De reden dat steeds gesproken wordt over het toekomstig gebruik van interpretatieregels en het ordeningsmodel, is gelegen in het feit dat de zeggingskracht van de huidige data het volgens de wetenschappelijke toetsingscommissie nu nog niet toelaat dat 'mechanische rangordening' van individuele OE's plaatsvindt. Indien in de toekomst aan de juiste randvoorwaarden wordt voldaan, zal dit wel kunnen. Zie hierover paragraaf 2: 'Zeggingskracht gepubliceerde gegevens'.

<sup>2</sup> In het kader van het Gefaseerd Toezicht (GT) van de IGZ stelt de IGZ een signaleringslijst en vervolgens een bezoekprioriteitenlijst samen. De signaleringslijst is bedoeld voor het 'uitlichten' van specifieke onderdelen van zorg (signalen), zodat deze kunnen worden besproken tijdens een inspectiebezoek. De signaleringslijst wordt in de toekomst gebaseerd op de interpretatieregels en het ordeningsmodel.

ordeningsmodel zijn uitvoerig geïnventariseerd en bediscussieerd. Bij diverse inspecteurs zijn hun wensen en ideeën voor de interpretatieregels en het ordeningsmodel geïnventariseerd. Zo wordt voorkomen dat het interpretatiekader conflicteert met de op te stellen signaleringslijst van de IGZ. Ook is aandacht besteed aan de vraag of bepaalde indicatoren vanuit het perspectief van de IGZ zwaarder zouden moeten wegen dan vanuit een ander perspectief.

### 1.2.2 Interviews met leden van de Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde zorg

Alle leden van de Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde zorg zijn geïnterviewd. In de gesprekken is ingegaan op de verwachtingen ten aanzien van de interpretatieregels en het ordeningsmodel, de doelen en de reikwijdte ervan. Ook is aandacht besteed aan de vraag of bepaalde indicatoren vanuit het perspectief van de ene actor zwaarder zouden moeten wegen dan vanuit een ander perspectief.

### 1.2.3 Wetenschappelijke toets

Vanaf het begin van de ontwikkeling is de inbreng gevraagd en ontvangen van een *wetenschappelijke toetsingscommissie*, bestaande uit zowel methodologen als inhoudelijk deskundigen. De leden van de commissie zijn in de Algemene bijlage II op pagina 9 opgenomen.

Alle leden van de wetenschappelijke toetsingscommissie zijn geïnterviewd. In de gesprekken is ingegaan op wat er vanuit hun visie en expertise in het interpretatiekader opgenomen moest worden. Daarnaast is besproken of en hoe de OE's op basis van de huidige resultaten geordend kunnen worden. Ten slotte is de opzet voor de interpretatieregels en het ordeningsmodel voorgelegd aan deze commissie. Het commentaar is verwerkt in het model of in de toelichting<sup>3</sup>.

### 1.2.4 Brondata

Bij het ontwerp van de interpretatieregels en het ordeningsmodel is gebruik gemaakt van gegevens die in het publieke domein beschikbaar zijn. Dit betekent dat geen ruwe, maar (voor casemixverschillen) gecorrigeerde indicatorgegevens zijn gebruikt op het niveau van de OE. Er is dus geen gebruik gemaakt van gegevens op cliëntniveau.

### 1.2.5 Methoden per onderdeel

Bij de interpretatieregels is gebruik gemaakt van diverse toetsen op de samenhang tussen indicatoren. Deze methoden worden in paragraaf 3 toegelicht. Het uiteindelijk voorgestelde ordeningsmodel is gebaseerd op een bestaand model dat eerder werd omschreven in de literatuur. Hierop wordt in paragraaf 4 ingegaan.

## 1.3 Opbouw van dit deel

Deel III is als volgt opgebouwd. Allereerst bespreken we de *zeggingskracht* van de gegevens die de afgelopen periode verzameld, geanalyseerd en gerapporteerd zijn (paragraaf 2). De kanttekeningen worden uitgebreid met *interpretatieregels* die in acht moeten worden genomen, indien een partij de resultaten van OE's interpreteert. Daarnaast dienen zij ook gebruikt te worden indien een partij, ondanks de gemaakte kanttekeningen, toch overgaat tot het (rang)ordenen van OE's (paragraaf 3). Ten slotte presenteren we in paragraaf 4 een *ordeningsmodel* zoals dat in de toekomst kan worden toegepast voor een dergelijke ordening, wanneer is voldaan aan de randvoorwaarden die worden geschetst in de paragrafen 2 en 3.

---

<sup>3</sup> De wetenschappers onderschrijven de voorbehouden die hier worden gemaakt ten aanzien van het gebruik van de huidige data voor doeleinden van (rang)ordering, alsmede de randvoorwaarden waaraan voldaan zou moeten worden, wil dit in de toekomst op een verantwoorde manier kunnen gebeuren.



## 2 Zeggingskracht gepubliceerde gegevens

### 2.1 Better done than perfect

Het eerste deel van dit rapport beschrijft hoe de afgelopen jaren met inspanningen van velen het Kwaliteitskader tot stand is gekomen en in een aantal tranches zowel zorginhoudelijke als cliënt-ervaringsindicatoren zijn gemeten bij vrijwel alle OE's in de Nederlandse VV&T. De resultaten die op basis van deze metingen zichtbaar worden, zijn een belangrijke stap op weg naar transparantie in de kwaliteit van de VV&T. Het rapport beschrijft echter ook dat altijd is gewerkt vanuit het adagium: "Better done than perfect". Dit geldt zowel voor de ontwikkeling van het Kwaliteitskader, de indicatoren en de meetinstrumenten als voor de uitvoering van de metingen, de analyses en de rapportage van de meetresultaten. Deze werkwijze heeft als belangrijk voordeel dat er snel kan worden geëxperimenteerd met nieuwe wijzen van prestatiemeting en -vergelijking. De keerzijde van de medaille is echter dat er nog niet een technisch perfect en honderd procent gevalideerd meetinstrument is.

### 2.2 Kanttekeningen bij (te) vroegtijdig gebruik prestatiegegevens

Dit besef zorgt ervoor dat vanuit diverse partijen kanttekeningen zijn geplaatst bij een mogelijk (te) vroegtijdig gebruik van de gepubliceerde prestatiegegevens voor doeleinden van rangordening en/of het 'mechanisch' verbinden van consequenties aan gemeten prestaties. In het oog springende uitingen hierover zijn recent gedaan door onder andere de wetenschappelijke toetsingscommissie van de Stuurgroep (in het kader van de ontwikkeling van het ordeningsmodel en de interpretatieregels)<sup>4</sup>, Gupta Strategists<sup>5</sup> en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)<sup>6</sup>.

#### *Validiteit en betrouwbaarheid van de huidige data*

Een eerste kanttekening die genoemde partijen unaniem plaatsen, is dat er op dit moment nog teveel onzekerheden zijn voor garanties op de betrouwbaarheid en validiteit van de data. Zo worden er soms onverwachte waarden gevonden in vergelijking met eerdere incidentele metingen. Dit kan o.a. het gevolg zijn van rekenfouten of criteria voor schoning van de data. Meer evaluatieonderzoek is noodzakelijk om de uitkomsten te kunnen interpreteren (Wetenschappelijke toetsingscommissie; NZA). Met name de vergelijkbaarheid verdient aandacht. Of de instructies in de praktijk overal tot vergelijkbare metingen leiden is nog niet zeker (Gupta Strategists).

#### *Overige randvoorwaarden*

Daarnaast wordt door de wetenschappelijke toetsingscommissie een aantal randvoorwaarden benoemd, waaraan voldaan zou moeten worden, wil in de toekomst op verantwoorde wijze (rang)ordening van OE's plaatsvinden op basis van hun gemeten prestaties en daaraan consequenties verbonden worden:

- Duidelijkheid over optimale aantal waarnemingen waarop de prestatie-index wordt gebaseerd, zodat de betrouwbaarheid verbeterd kan worden.
- Meer inzicht in versturende factoren per indicator zodat kan worden bepaald of de huidige selectie voldoet en aanvullende informatie noodzakelijk is voor goede vergelijkbaarheid;
- Inzicht in vertekening door selectie;

---

4 Koolman Advies en Onderzoek, mei 2008. Standaardisatie Zorginhoudelijke Indicatoren VV&T. Concept Rapport. p.11  
5 Gupta Strategists, 2007. Zorgen voor Kwaliteit van Zorg".

6 NZa, 2008. Uitvoeringstoets Kwaliteit en Bekostiging AWBZ. In reactie op het Gupta rapport heeft VWS de NZa om advies gevraagd inzake de mogelijkheden tot invoer van financiële prikkels tot het leveren van betere kwaliteit van zorg in AWBZ.

- Een helder kader voor het 5-sterren prestatieoordeel met een duidelijke keuze tussen een systeem op basis van zorginhoudelijke prestaties (puntschattingen) of betrouwbaarheidsintervallen (in de huidige situatie zijn de nadelen van beide systemen wezenlijk);
- Helderheid over het economisch kader van de prestatiemeting zodat duidelijk wordt welke factoren beïnvloedbaar worden geacht en welke niet;
- Inzicht in vertekening door meetfouten (*information bias*) zodat duidelijk wordt of de gerapporteerde informatie van goede kwaliteit is;
- Weging van indicatoren zodat een uitspraak gedaan kan worden over het relatieve belang van de afzonderlijke prestaties en de totale prestatie van een zorgaanbieder;
- Controleprocedure of audit voor databewerking en analyse omdat (1) vele partijen betrokken zijn bij het bewerken van de data, (2) de tijdsdruk groot kan zijn (en groot was) en (3) het belang van correcte berekening eveneens groot is en verder zal toenemen.
- Volledigheid data; op dit moment is de gegevensaanlevering over het jaar 2007 afgerond, echter, pas in 2008 is een volledige meting met alle indicatoren uit het Kwaliteitskader gereed. Bovendien heeft de IGZ in een eerste beschouwing van de data geconstateerd dat er aandachtspunten zijn in de vulling van de data. De aantallen cliënten waarop de metingen van indicatoren zijn verricht, zijn soms opvallend laag.

De wetenschappelijke toetsingscommissie, maar ook de NZA en Gupta Strategists, zijn van mening dat aan deze randvoorwaarden momenteel nog onvoldoende wordt voldaan. Daarom mogen volgens de genoemde partijen nog geen consequenties worden verbonden aan onderlinge vergelijking van prestaties van OE's en adviseert men te wachten met het gebruik van de huidige prestatiegegevens voor bijvoorbeeld zorginkoop of er directe financiële consequenties aan te verbinden. Tegelijkertijd geeft de wetenschappelijke toetsingscommissie aan dat de momenteel beschikbare gegevens niet willekeurig zijn: *“Slecht presterende organisaties zullen naar verwachting als groep gemiddeld slechtere zorg leveren. Dergelijke conclusies kunnen met behulp van de huidige data echter niet gestaafd worden voor individuele organisaties”*.

### 2.3 Niet stilzitten

De Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde zorg onderkent de wetenschappelijke onzekerheden en onvolkomenheden van de momenteel beschikbare kwaliteitsgegevens. Vanuit beleidsmatig oogpunt heeft de Stuurgroep echter altijd geopereerd vanuit de “better done than perfect” gedachte en ook ditmaal acht men dit paradigma van toepassing.

De Stuurgroep kiest er dan ook voor om de kwaliteitsgegevens nu al openbaar te (laten) maken via [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl) en de Jaardocumenten Maatschappelijke Verantwoording en wil het daarmee ook mogelijk maken dat resultaten (van OE's) gebruikt worden voor doeleinden van transparantie, verbetering, toezicht, inkoop etc.

De Stuurgroep hecht er echter wel aan te benadrukken dat dit gebruik niet onvoorwaardelijk kan plaatsvinden (bijvoorbeeld door de resultaten als enige bron te gebruiken en daar consequenties aan te verbinden) en pleit ervoor nog te wachten met het (rang)ordenen van OE's of het verbinden van financiële consequenties aan de gepubliceerde prestatiecijfers.

De Stuurgroep is ervan overtuigd dat het sturingsmodel alleen op deze wijze verder kan doorontwikkelen tot een volledig betrouwbaar en valide systeem van kwaliteitsmeting, -vergelijking, en verbetering. Ook in het buitenland is tot op heden gebleken dat het enkele jaren duurt voordat een systeem van

prestatie meting 'volwassen' is, maar ook dat het systeem alleen maar kan groeien als het, hoe onvolkomen ook, daadwerkelijk in de praktijk wordt toegepast.

## **2.4**      **Waarom interpretatieregels en een ordeningsmodel?**

Ondanks de oproep van de Stuurgroep om nog te wachten met het (rang)ordenen van OE's op basis van de nu beschikbare prestatiegegevens, is niet ondenkbaar dat een aantal externe partijen toch zal streven een rangschikking te maken. Om deze reden, en ook om alvast vooruit te blikken hoe in de toekomst prestaties van OE's geïnterpreteerd en gebruikt kunnen worden bij een dergelijke (rang)ordering van OE's, worden in de paragrafen drie en vier door de Stuurgroep toch een set interpretatieregels en een ordeningsmodel beschreven. Deze dienen echter gelezen te worden in het licht van de boven beschreven kanttekeningen.

### 3 Interpretatieregels

Bij het interpreteren van de resultaten op [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl) en in de Jaardocumenten Maatschappelijke Verantwoording is het nodig om steeds in gedachten te houden dat deze resultaten zijn gebaseerd op data van de eerste jaarcyclus van metingen met het Kwaliteitskader VV&T. Aangezien het Kwaliteitskader altijd bestempeld is als 'groei- of ontwikkelmodel', dienen ook de nu beschikbare data en indicatoren als zodanig beschouwd te worden. De data en de interpretatie van de data worden steeds beter en meer wetenschappelijk onderbouwd naarmate langer met het Kwaliteitskader gewerkt wordt.

Daarnaast bestaat in het veld nog enige discussie rondom een aantal indicatoren. Dit betekent dat de betreffende indicatoren van het Kwaliteitskader nog niet uitontwikkeld zijn. Bij enkele indicatoren is nader onderzoek gewenst: soms met betrekking tot casemix correctie, soms naar de laatste wetenschappelijke inzichten. De onderstaande nuancering van de indicatoren geeft een korte samenvatting weer van de gaande discussie in het veld. Voordat conclusies getrokken worden over de beoordeling van de door OE's geleverde kwaliteit van zorg, op basis van deze indicatoren, is het noodzakelijk rekening te houden met deze nuancering. Voorop staat dat een groot gedeelte van de indicatoren geen nuance behoeven. Deze indicatoren staan op dit moment al sterk. Zij behoeven dus voor zover bekend geen expliciete nuancering (afgezien van de eerder gemaakte voorbehouden wat betreft de data).

In het eerste gedeelte van de paragraaf worden de indicatoren genoemd, die nuancering behoeven. Vervolgens worden – in het tweede gedeelte – de indicatoren genoemd, waarvan verwacht werd dat er enige vorm van samenhang tussen zouden zijn. Hierbij wordt aangegeven of er daadwerkelijk sprake is van samenhang.

Voorop staat dat een groot gedeelte van de indicatoren geen nuance behoeven. Deze indicatoren staan hieronder niet vermeld.

#### 3.1 Indicatoren waarbij behoefte is aan nuance

Indicatoren, die bemeten zijn in de CQ-index, zijn opgesteld uit een aantal vragen. Deze vragen zijn door de meetbureaus gesteld aan cliënten of vertegenwoordigers van cliënten. Na de meting is door middel van een data-analyse getoetst of de vragen tezamen een indicator vormen met behulp van een schaalanalyse<sup>7</sup>. Bij een aantal indicatoren bleek dat de vragen onderling te weinig samenhang vertoonden en er is in overleg met het CKZ, het LOC en ActiZ voor gekozen om de indicator te berekenen met een enkele vraag. De antwoorden op de overige gestelde vragen zijn hier niet meegenomen. Dit geldt voor de volgende indicatoren:

- Indicator 1.1: De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers een goed zorgplan en een goede evaluatie daarvan ervaren (V&V, ZT, PG)
- Indicator 3.2: De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goede maaltijden ervaren (V&V)
- Indicator 5.1: De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goed wooncomfort ervaren (V&V, PG)
- Indicator 8.1: De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers een veilige woon-/leefomgeving ervaren (V&V)

V&V staat voor Verpleging en Verzorging, ZT staat voor Zorg Thuis en PG staat voor Psychogeriatrische zorg.

---

<sup>7</sup> Concept Meetverantwoording cliëntgebonden indicatoren VV&T: schoning van data, schaalanalyses en casemixadjustment, D. Delnoij en D. de Boer, NIVEL

Doordat de indicatoren bestaan uit een enkele vraag is volgens deskundigen op het gebied van de CQ-index de validiteit van deze indicatoren lager dan gewenst. Het is aanbevelenswaardig om te onderzoeken of in het vervolg de volgende onderwerpen die zijn weggevallen uit de CQ-index, meegenomen kunnen worden door bijvoorbeeld andere formuleringen te kiezen.

- Indicator 1.1 (V&V, ZT, PG):
  - de ervaringen van de cliënt of cliëntvertegenwoordiger rondom de evaluatie van het zorgplan
  - of de cliënt een vast aanspreekpunt in de zorginstelling heeft
- Indicator 3.2 (V&V)
  - hoe vaak de cliënt kan kiezen wat hij eet
  - of er keuzemogelijkheid is wanneer de maaltijd genuttigd wordt
  - of er keuzemogelijkheid is waar de maaltijd genuttigd dient te worden
  - of de cliënt de maaltijden er verzorgd uit vindt zien
- Indicator 5.1 (V&V, PG)
  - of de temperatuur in de woonruimte aangenaam wordt bevonden door de cliënten en vertegenwoordigers
- Indicator 8.1 (V&V)
  - of de cliënt weet wat hij bij brand moet doen
  - of de cliënt zich zorgen maakt over diefstal

Bij de bovengenoemde schaalanalyse<sup>8</sup> werd duidelijk dat bij een aantal indicatoren de betrouwbaarheid van de indicatoren gering, maar acceptabel is<sup>9</sup>. Deze geringe zeggingskracht wordt veroorzaakt door een lage samenhang tussen de onderliggende vragen. Dit geldt voor de volgende indicatoren:

- Indicator 2.3: De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers een goede telefonische bereikbaarheid (en communicatie) ervaren (PG)
- Indicator 3.1: De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers een goede lichamelijke verzorging ervaren (V&V)
- Indicator 5.2: De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goede sfeer ervaren (V&V, PG)
- Indicator 5.3: De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goede privacy (en woonruimte) ervaren (V&V, PG)
- Indicator 6.1: De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goede mogelijkheden voor dagbesteding en participatie aan de samenleving ervaren (V&V)
- Indicator 7.1: De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goede mentale ondersteuning ervaren (V&V, ZT)
- Indicator 8.1: De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers een veilige woon-/leefomgeving ervaren (ZT)

Het is wenselijk om in de toekomst te onderzoeken of de zeggingskracht van deze indicatoren uitgebreid kan worden.

---

8 Concept Meetverantwoording cliëntgebonden indicatoren VV&T: schoning van data, schaalanalyses en casemixadjustment, D. Delnoij en D. de Boer, NIVEL

9 Bij een Cronbach's alpha tussen 0,60 en 0,70. Concept Meetverantwoording cliëntgebonden indicatoren VV&T: schoning van data, schaalanalyses en casemixadjustment, D. Delnoij en D. de Boer, NIVEL

### 3.1.1 Zorghoudelijke veiligheid

*Indicator 4.3: Percentage cliënten in de Zorg Thuis dat de afgelopen 30 dagen te maken had met een valincident*

Deze indicator meet het aantal cliënten dat de afgelopen 30 dagen te maken had met een valincident. In het veld is echter discussie over de vraag of beperking van het aantal valincidenten binnen de reikwijdte ligt van de verantwoordelijkheid van een thuiszorginstelling. Externe factoren spelen in het aantal valincidenten bij cliënten thuis een grote rol. In de toekomst dient nader onderzocht te worden of het mogelijk is om een indicator voor vallen te ontwikkelen die nog specifiek ingaat op de preventieve en de signaleringsfunctie van de thuiszorg. Daarentegen zijn in het veld ook veel voorstanders van deze indicator. Men stelt dan dat, als een thuiszorg OE een laag percentage valincidenten heeft in tegenstelling tot andere OE's, het preventiebeleid in desbetreffende OE hoogstwaarschijnlijk beter is.

*Indicator 4.4: Percentage cliënten (zowel in de V&V als in de ZT) dat de afgelopen 30 dagen te maken had met een medicijnincident*

Deze indicator is nog in ontwikkeling. Kritiek die ervaringsdeskundigen uiten bij deze indicator is dat het momenteel nog niet mogelijk is om 'medicatie onbekend' in te vullen per soort medicatie. Het is mogelijk, zo geeft men aan, dat degene die de vragenlijst invult geen overzicht heeft van alle soorten medicatie. Dit wil echter niet zeggen dat er niet één persoon binnen de organisatie is die dit wel heeft. Met de huidige manier van scoren op 'onbekend' is dit achteraf niet vast te stellen. Daarnaast is het wenselijk te onderzoeken of de indicator in de toekomst specifiek rekening zou kunnen houden met het type medicijnincident dat plaatsvond. Momenteel tellen alle typen medicijnincidenten even zwaar, terwijl door deskundigen het toedienen van een verkeerd medicijn als een kwalijker zaak wordt beschouwd dan als een medicijn geweigerd wordt door de cliënt.

*Indicator 4.5a Percentage cliënten (zowel in de V&V als in de ZT) dat de afgelopen zeven dagen één dag of vaker antipsychotica, anxiolytica of hypnotica gebruikte*

Bij deze indicator geldt dat het wenselijk is om nader te onderzoeken of rekening gehouden moet worden met het aantal cliënten binnen een organisatorische eenheid dat een indicatie van psychose, slaapklachten of andere indicaties heeft, waarvoor deze medicatie voorgeschreven wordt. Deskundigen op het gebied van de verpleeghuisgeneeskunde geven aan dat in de huidige situatie organisatorische eenheden met in verhouding veel cliënten met bijvoorbeeld slaapklachten, mogelijk onevenredig zwaar beoordeeld worden, omdat daar nu eenmaal veel slaapmiddelen worden voorgeschreven.

*Indicator 4.5b Percentage cliënten (zowel in de V&V als in de ZT) dat de afgelopen zeven dagen één dag of vaker antidepressiva gebruikte*

In zowel het veld als in de wetenschap is momenteel een discussie gaande over depressie en behandeling van depressie met antidepressiva. Deze discussie betreft vooral de werkzaamheid van een medicijn tegen depressie (I. Kirsch, 2008). De veronderstelling is dat er in de VV&T sprake is van een onderdiagnostisering van depressie. Indien een zorgorganisatie een hoge score heeft op deze indicator kan dit juist goed zijn. In deze instelling wordt namelijk wel actief naar depressie gezocht. Daarom dient het voorschrijven van antidepressiva altijd te worden gezien in relatie met de depressie-prevalentie. Wanneer een OE een hoge depressie-prevalentie heeft, is het voorschrijven van meer antidepressiva verklaarbaar. Echter, als in een zorginstelling sprake is van een lage depressie-prevalentie terwijl veel cliënten antidepressiva gebruiken, is dit niet goed.

*Indicator 4.6a Percentage cliënten (zowel in de V&V als in de ZT) dat het afgelopen jaar tussen de tweede week van september en de tweede week van november gevaccineerd is tegen influenza*

Deze indicator is enigszins controversieel. Bekend is dat sommige cliënten (bijvoorbeeld vanuit hun levensovertuiging) niet gevaccineerd willen worden. In de huidige systematiek is niet na te gaan of deze

cliënten wellicht op voorhand geëxcuseerd worden van de meting. Indien dit voorkomt, zou dit kunnen leiden tot een onterecht betere score op de indicator. Het is wenselijk om in de toekomst te onderzoeken in hoeverre exclusie van de cliënten, die niet gevaccineerd wilden worden, voorkomt en wat daarvan de effecten zijn. Daarnaast is het gewenst om het onderscheidend vermogen van deze indicator te onderzoeken met de vraag of deze indicator onderscheidend genoeg is om verantwoorde zorg te monitoren. Bij 75% van alle OE's is meer dan 95% van de cliënten gevaccineerd (zie het branchebeeld elders in dit rapport).

*Indicator 4.6b Percentage medewerkers (zowel in de V&V als in de ZT) dat het afgelopen jaar tussen de tweede week van september en de tweede week van november gevaccineerd is tegen influenza*  
Deskundigen uit de verpleeghuisgeneeskunde geven aan dat bij deze indicator het probleem speelt dat het in grote zorginstellingen denkbaar is dat het personeel op grote ondersteunende afdelingen niet gevaccineerd wordt. Wanneer zij nooit met cliënten in aanraking komen is vaccinatie van deze medewerkers niet noodzakelijk. Een lage uitslag op deze indicator hoeft dus niet te zeggen dat de kwaliteit van zorg in deze instellingen minder goed is. Het is wenselijk om te onderzoeken of de vaccinatiegraad van enkel het direct zorggebonden personeel, of althans het personeel met direct cliëntcontact, in kaart gebracht kan worden. De richtlijn Preventie Influenza van de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA) lijkt hiervoor mogelijkheden te bieden. De spreiding van de scores van de OE's is zeer klein. Het is wenselijk om nader te onderzoeken hoe het onderscheidend vermogen van de indicator in de toekomst vergroot kan worden.

*Indicator 4.7a Percentage cliënten (zowel in de V&V als in de ZT) dat een paar keer per week of elke dag incontinent is van urine*  
Momenteel wordt de indicator gevormd door het percentage cliënten, dat een paar keer per week of elke dag incontinent is van urine. Echter, deskundigen geven aan dat het wenselijk is om te onderzoeken of de score van een zorginstelling wellicht beïnvloed wordt door cliënten die al incontinent waren voordat ze in de zorginstelling kwamen. De vraag is of een zorginstelling beoordeeld zou moeten worden op de prevalentie van incontinentie die al ontstaan is voordat de cliënt in zorg werd genomen.

*Indicator 4.10 Percentage cliënten in de V&V waarbij in de afgelopen zeven dagen fixatie toegepast is*  
Het is gebleken dat de berekening van deze indicator niet volgens de vooraf afgesproken procedure is verlopen. Daarom kunnen resultaten niet worden gebruikt en kunnen dus ook geen conclusies aan de uitkomsten op deze indicator worden verbonden. Eventuele (rang) ordening van zorgaanbieders op deze indicator is niet aan de orde.

### **3.1.2 Woon- en leefomstandigheden**

*Indicator 5.3 De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goede privacy (en woonruimte) ervaren (V&V, PG, ZT)*

Het is gebleken dat de berekening van deze indicator niet volgens de vooraf afgesproken procedure is verlopen. Daarom kunnen resultaten niet worden gebruikt en kunnen dus ook geen conclusies aan de uitkomsten op deze indicator worden verbonden. Eventuele (rang) ordening van zorgaanbieders op deze indicator is niet aan de orde.

### **3.1.3 Mentaal welbevinden**

*Indicator 7.2 Percentage cliënten (zowel in de V&V als in de ZT) dat in de afgelopen drie dagen symptomen van depressie vertoonde*

In het veld heersen reserves ten opzichte van de gebruikte schalen voor het meten van het (mogelijk) voorkomen van depressie. Bij de totstandkoming van de indicatorenset is hierover door experts ook uitvoerig gediscussieerd. Geconcludeerd is dat er momenteel geen betere, gevalideerde,

observatieschalen voor depressie voorhanden zijn. Verpleeghuisartsen hebben daarnaast hun twijfels over het feit dat de genoemde verschijnselen geobserveerd en gescoord worden door verzorgenden. Het is wenselijk te onderzoeken of de genoemde kanttekeningen gegrond zijn en of er inmiddels andere, betere meetmethoden en -schalen voor depressie beschikbaar zijn. Zo is bekend dat in de RAI de groei/daling wordt gemeten van het aantal cliënten, dat depressief is geworden na opname in een bepaalde instelling. Een andere aanbeveling is om de meting van depressie op meerdere tijdstippen uit te voeren, waardoor trends te signaleren zijn. Dit betekent dat in het vervolg gegevens uit het verleden meegenomen kunnen worden bij het bepalen van de score op de indicator. Aangezien dit de eerste maal is dat deze indicator bemeten werd, was dit nu niet mogelijk.

## 3.2 Samenhang

De indicatoren in het Kwaliteitskader staan niet op zichzelf. Een groot gedeelte van de indicatoren kan apart bekeken worden, maar sommige indicatoren moeten altijd in onderlinge samenhang worden bekeken. De score op zo'n indicator alleen zegt niet voldoende over de kwaliteit van zorg in de OE. Een bekend voorbeeld hiervan is de relatie tussen fixatie en valincidenten. Indien een organisatorische eenheid een zeer laag aantal valincidenten heeft, dient ook te worden gekeken of het percentage cliënten waarbij fixatie is toegepast wellicht onverwacht hoog is. Slechts wanneer een OE op beide indicatoren naar verwachting of zelfs beter dan verwacht scoort, is er sprake van verantwoorde zorg. In deze paragraaf wordt de samenhang besproken zoals deze werd verwacht door zorginhoudelijke deskundigen. Tevens is onderzocht of deze hypothetische relatie ook aanwezig blijkt in de resultaten. Er is dus in kaart gebracht of er indicatoren zijn die altijd in samenhang bekeken dienen te worden.

### 3.2.1 Methoden

De samenhang tussen de indicatoren is in twee stappen in kaart gebracht. Allereerst hebben zorginhoudelijke deskundigen aangegeven welke samenhang zij op basis van hun expertise verwachten tussen de indicatoren. Ten tweede is gebruikmakend van de scores van OE's per indicator, deze samenhang getoetst. Hierbij is gewerkt met de Spearman rang methode om de correlatiecoëfficiënt te bepalen. De correlatiecoëfficiënten behorend bij de indicatoren die hieronder zijn genoemd, zijn te vinden in bijlage I. Er is niet gewerkt met de data op cliëntniveau. Het is mogelijk dat de gevonden samenhang op indicatorniveau afwijkt van de samenhang op cliëntniveau. Het is wenselijk om in de toekomst nader te onderzoeken of de hieronder besproken samenhang gelijk is als deze analyse wordt uitgevoerd op cliëntniveau.

### 3.2.2 Uitkomsten samenhang tussen indicatoren

#### *Fixatie-valincidenten*

De indicator fixatie kan, zoals gezegd, niet op een juiste manier worden berekend. Daarom kon de samenhang tussen fixatie en andere indicatoren niet worden onderzocht. Zorginhoudelijke deskundigen verwachten een samenhang tussen de prevalentie van fixatie en valincidenten; de prevalentie van fixatie en ervaren professionaliteit en veiligheid zorgverlening. Het is wenselijk om de samenhang tussen deze indicatoren op een later moment te onderzoeken als de data herberekend is.

#### *Medicijnincidenten- antipsychotica, anxiolytica of hypnotica; medicijnincidenten-antidepressiva*

Zorginhoudelijke deskundigen verwachten een relatie tussen de prevalentie van medicijnincidenten en het percentage cliënten dat antipsychotica, anxiolytica of hypnotica gebruikt. Dezelfde relatie wordt verwacht tussen de prevalentie van medicijnincidenten en het percentage cliënten dat antidepressiva gebruikt. Wanneer gekeken wordt of deze verwachte samenhang ook aanwezig is, blijkt dat er geen samenhang is tussen deze twee indicatorparen. Dit betekent dat de variatie in score bij



medicijnincidenten niet verklaard wordt door het percentage cliënten dat antipsychotica, anxiolytica of hypnotica c.q. antidepressiva gebruikt in de afgelopen 7 dagen.

*Probleemgedrag- antipsychotica, anxiolytica of hypnotica -depressie; probleemgedrag-antidepressiva-depressie*

Samenhang is volgens zorginhoudelijke deskundigen te verwachten tussen het percentage cliënten dat probleemgedrag vertoont, het percentage cliënten dat antipsychotica, anxiolytica of hypnotica c.q. antidepressiva gebruikt en het percentage cliënten dat in de afgelopen drie dagen symptomen van depressie vertoont. De prevalentie van probleemgedrag, depressie en het gebruik van medicijnen wordt vaak met elkaar in relatie gebracht. Echter, als gekeken wordt of dit verband ook terug te vinden is in de scores van het Kwaliteitskader is slechts een matig verband aanwezig tussen de indicatoren probleemgedrag en depressie. Probleemgedrag kan gedeeltelijk verklaard worden door depressie. Echter, dit betekent niet dat probleemgedrag een onbeïnvloedbare factor is voor OE's. Een groot gedeelte van het probleemgedrag wordt namelijk niet verklaard door het percentage cliënten dat in de afgelopen drie dagen symptomen van depressie vertoont. Tussen de indicatoren antipsychotica c.q. antidepressiva met probleemgedrag of depressie is geen samenhang terug te vinden. Dit betekent dat de indicatoren probleemgedrag en depressie samen bekeken dienen te worden. Echter, het is niet noodzakelijk om daarnaast ook het percentage cliënten dat antipsychotica, anxiolytica of hypnotica c.q. antidepressiva gebruikt, mee te nemen.

*Valincidenten- antipsychotica, anxiolytica of hypnotica; valincidenten - antidepressiva*

Er wordt samenhang verwacht tussen de prevalentie van valincidenten en het percentage cliënten dat antipsychotica, anxiolytica of hypnotica gebruikt c.q. antidepressiva gebruikt. De aanname is dat het gebruik van medicijnen uit deze twee categorieën het coördinatievermogen van de cliënt beïnvloedt. Echter, deze samenhang is niet terug te vinden in het Kwaliteitskader. Het verwachte verband is niet aangetoond, dit betekent dat deze indicatoren ook onafhankelijk van elkaar bekeken kunnen worden.

*Valincidenten-decubitus-onbedoeld gewichtsverlies*

Zorginhoudelijke deskundigen hebben aangegeven een verband te verwachten tussen de prevalentie van valincidenten, de prevalentie van decubitus en het percentage cliënten met een grote onbedoelde gewichtsafname. Dit verwachte verband is niet zichtbaar in het Kwaliteitskader. Er is geen samenhang tussen de uitkomsten aanwezig. De indicatoren "valincidenten", "decubitus" en "probleemgedrag" kunnen onafhankelijk van elkaar beoordeeld worden.

*Mentaal welbevinden-depressie*

Samenhang wordt verwacht door zorginhoudelijke deskundigen tussen de ervaringen op het gebied van mentaal welbevinden en het percentage cliënten dat in de afgelopen drie dagen symptomen van depressie vertoont. Het is aannemelijk dat het ervaren mentaal welbevinden en het geobserveerde welbevinden door zorgverleners met elkaar samenhangt. Echter, het blijkt dat deze indicatoren niet significant met elkaar correleren. De verwachte samenhang is afwezig en de betreffende indicatoren hoeven niet in samenhang bekeken te worden.

*Ervaren professionaliteit/veiligheid-ervaringen zorg(behandel)/-leefplan en evaluatie*

De veronderstelling is dat de ervaren professionaliteit en veiligheid zorgverlening samen zal hangen met de ervaringen met zorg(behandel)/-leefplan en evaluatie daarvan. De aanname is dat wanneer de dialoog rondom het zorg(behandel)/-leefplan goed opgezet is en ervaren wordt, de professionaliteit van de medewerker ook als goed wordt ervaren. Dit verband is niet terug te zien in de resultaten: de gevonden correlaties zijn niet significant in de V&V en ZT. In de PG is de samenhang zelfs afwezig. Dit

betekent dat deze indicatoren niet per definitie samen bekeken dienen te worden. Het is mogelijk om deze afzonderlijk te bekijken en te interpreteren.

*Samenvattend kan gesteld worden dat slechts één van de verwachte samenhangen gedeeltelijk is gevonden in de resultaten van het Kwaliteitskader, namelijk een matige samenhang tussen depressie en probleemgedrag.*

De andere hypothetische relaties zijn niet aangetoond, wat betekent dat deze indicatoren voorlopig niet in samenhang bekeken hoeven worden. Echter, het lage aantal waarnemingen kan een oorzaak zijn van deze zeer matige correlaties en verbanden. Daarnaast is het eerder genoemde voorbehoud rondom de data van invloed op de mogelijke correlaties. Het wordt aanbevolen om deze analyse naar samenhang jaarlijks te herhalen totdat de gegevens betrouwbaar en valide zijn.

## 4 Een ordeningsmodel

De Stuurgroep Kwaliteitskader VV&T realiseert zich dat het voor diverse partijen in de toekomst wenselijk kan zijn om OE's op basis van hun geleverde prestaties te (rang)ordenen. Zo zal de IGZ in de toekomst van een rangordening gebruik maken om OE's te lokaliseren die minder goed presteren dan verwacht. Zorginkopers zouden wellicht de best presterende zorgaanbieders willen belonen met aantrekkelijke contracten en consumenten zouden willen kiezen voor het beste verpleeg- verzorgingshuis- of de beste thuiszorginstelling (al dan niet) in de omgeving.

Met de kanttekeningen uit paragraaf twee, presenteert de Stuurgroep in dit hoofdstuk een model dat in de toekomst voor ordeningsdoeleinden kan worden gebruikt.

### 4.1 Uitgangspunten

De Stuurgroep onderscheidt een aantal uitgangspunten, die ten grondslag liggen aan dit model:

- 1 Een ordeningsmodel kan niet los gezien worden van de daarbij horende *interpretatieregels* (paragraaf 3);
- 2 In geval van (rang)ordening worden de prestaties van OE's onderling vergeleken. Daarom dient te allen tijde gebruik gemaakt te worden van (voor (casemix) verschillen) *gecorrigeerde data*. Het gebruik van zogeheten 'ruwe scores' is niet aan de orde;
- 3 De Stuurgroep wil bij het (rang)ordenen zo dicht mogelijk aansluiten bij het vijf-sterrenstelsel op [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl) en het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. Daarom leidt het ordeningsmodel tot een indeling in *vijf 'klassen'*, analoog aan het sterrenstelsel;
- 4 Het ordeningsmodel kan per OE op *drie niveaus* worden toegepast: op het niveau van de individuele indicator, per thema uit het Kwaliteitskader en voor het verkrijgen van een totaalscore per OE.

### 4.2 De werking van het ordeningsmodel

Het door een OE behaalde aantal sterren per indicator vormt de basis van het ordeningsmodel. [Bijlage II](#) van dit deel beschrijft hoe het aantal sterren per (CQ of ZI) indicator per OE wordt bepaald.

#### *Ordering op indicatorniveau*

Een eerste mogelijkheid van ordenen is het ordenen van OE's op indicatorniveau. Dit kan interessant zijn, bijvoorbeeld wanneer een beroepsvereniging op zoek is naar die locaties waar richtlijnen, standaarden en protocollen goed worden nageleefd. Van de naleving van de richtlijn Influenzapreventie kan bijvoorbeeld een indicatie worden verkregen door te letten op de indicator "vaccinatiegraad cliënten".

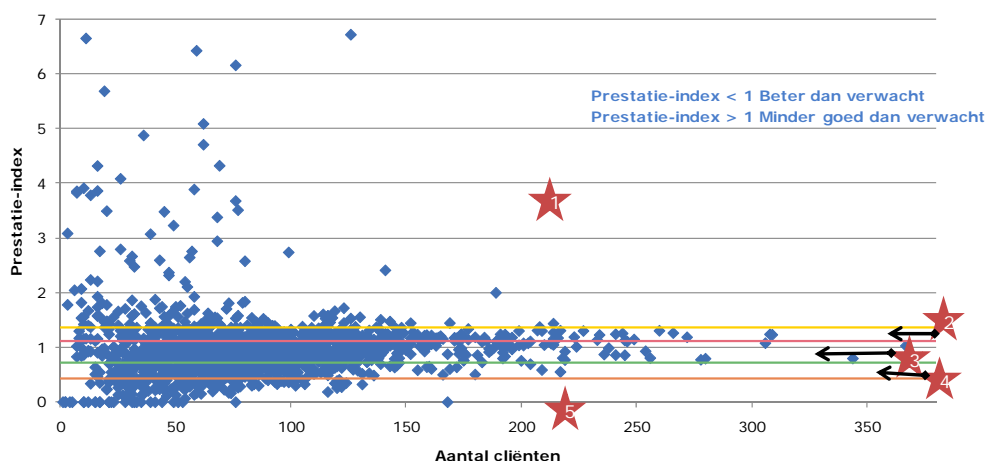
- Op basis van de behaalde sterren, kan voor iedere OE per indicator een aantal punten worden toegekend: -2 punten bij 1 ster (de OE presteert immers een stuk minder goed dan verwacht), -1 punt bij 2 sterren (de OE presteert minder goed dan verwacht), 0 punten bij 3 sterren (de OE presteert conform verwachting), 1 punt bij 4 sterren (OE presteert beter dan verwacht) en 2 punten bij 5 sterren (de OE presteert een stuk beter dan verwacht).
- Dit basale model wordt vervolgens uitgebreid met de functie om binnen de '1-ster-klasse' en de '5-sterren-klasse' de *opvallend* minder goed, respectievelijk *opvallend* beter dan verwacht presterende OE's nog nader te onderscheiden<sup>10</sup>. Hiermee lijkt het model sterk op een model waarover al eerder

<sup>10</sup> De IGZ kan met behulp van andere grenzen de buitencategorieën te definiëren. Voor de IGZ is het wenselijk om extra 'in te zoomen' op OE's die uitzonderlijk beter dan verwacht of uitzonderlijk minder goed dan verwacht presteren. Het is daarom van belang dat de echte uitbijters per indicator gevonden worden. Met behulp van een funnelplot kunnen de OE's gevonden worden die buiten het 95% of 99% betrouwbaarheidsinterval van de totale populatie liggen. Bij rangordening naar risico's krijgen deze OE's een A of 2A, c.q. B en 2B. Vooraf maakt de IGZ per indicatorbekend welke grenzen zij hanteren om de grenzen van de buitencategorieën te definiëren.

werd gepubliceerd<sup>11</sup>, onder andere door één van de leden van de wetenschappelijke toetsingscommissie<sup>12 13</sup>. Dit gebeurt door binnen de groep OE's met 1 ster (de 10% minst goed presterenden op een indicator) op zoek te gaan naar de 5% aller minst goed presterenden, zichtbaar bij ordening op de prestatie-index. Deze laatsten krijgen dan 2 punten in de 'buitencategorie minst goed presterenden', die we voor het gemak 'A' noemen (dus 2A), terwijl de 5% 1-ster-OE's daarboven 1 punt in deze buitencategorie krijgt (dus A). Ook aan de 'bovenkant' kunnen we deze systematiek toepassen. Wanneer we daar de 'buitencategorie best presterenden' onderscheiden voor de 5-sterren-OE's en deze voor het gemak 'categorie B' noemen, krijgen OE's die voor een indicator tot de allerbeste 5% behoren 2 punten in deze B-categorie (dus 2B) en de 5% daar net onder 1 punt in de B-categorie (dus B). De onderstaande figuren .1a t/m d visualiseren deze onderverdeling door in een scatterplot voor een willekeurige indicator de grenzen voor de sterren en de 'buitencategorieën' aan te geven.

- Geen punten worden toegekend indien de zeggingskracht van de data, waarop de score van de OE is gebaseerd, erg laag is. Dit geldt per indicator voor de OE's met een percentage bemeten cliënten<sup>14</sup> in de laagste 10% van alle OE's.
- Indien bij een indicator een opvallend hoog percentage "onbekend" wordt opgegeven, krijgt een OE, naast de punten voor de wel opgegeven score, een waarschuwingsteken. Dit is het geval als een OE met het percentage "onbekend" tot de hoogste 10% van alle OE's behoort.

Figuur 1a: Scatterplot voor willekeurige indicator met weergave sterren-verdeling



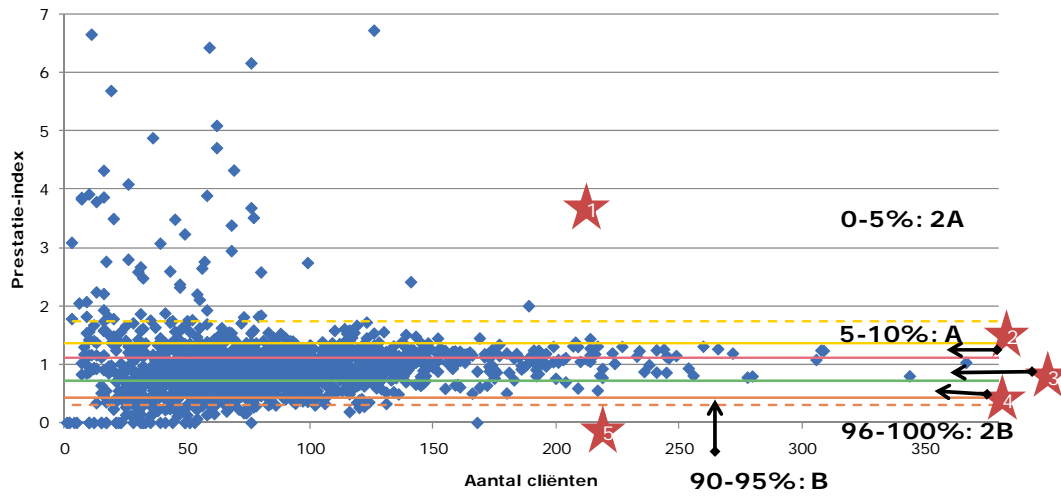
11 Zimmerman, D.R. et al., 1995. Development and testing of nursing home quality indicators. *Healthcare Financing Review*. 1995, (16):104-127.

12 Frijters, D.H.M. et al., 2008. The calculation of quality indicators for home care agencies in 11 European countries. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*. 2008, (39):4-54

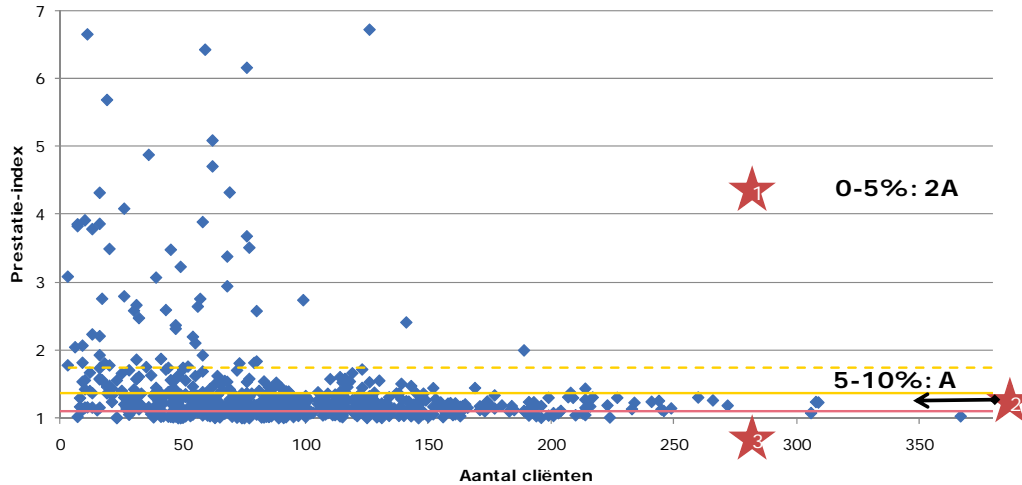
13 De toetsingscommissie heeft aangegeven dat het model wel wetenschappelijk beproefd is voor het detecteren van de opvallend minder goed dan verwacht presterende OE's, maar (nog) niet voor het onderscheiden van OE's die opvallend beter presteren dan verwacht. Daarnaast twijfelt de commissie of de methodiek wel toegepast kan worden op de CQ-indicatoren omdat de sterren daar niet op percentielwaarden zijn gebaseerd. De Stuurgroep is echter van mening dat beide kanttekeningen de toepassing van deze methodiek op '5-sterren-OE's' en op de CQ-indicatoren niet in de weg staat.

14 d.w.z. het aantal cliënten dat voor die indicator daadwerkelijk is bemeten ten opzichte van het aantal cliënten waarbij die indicator gemeten had moeten worden.

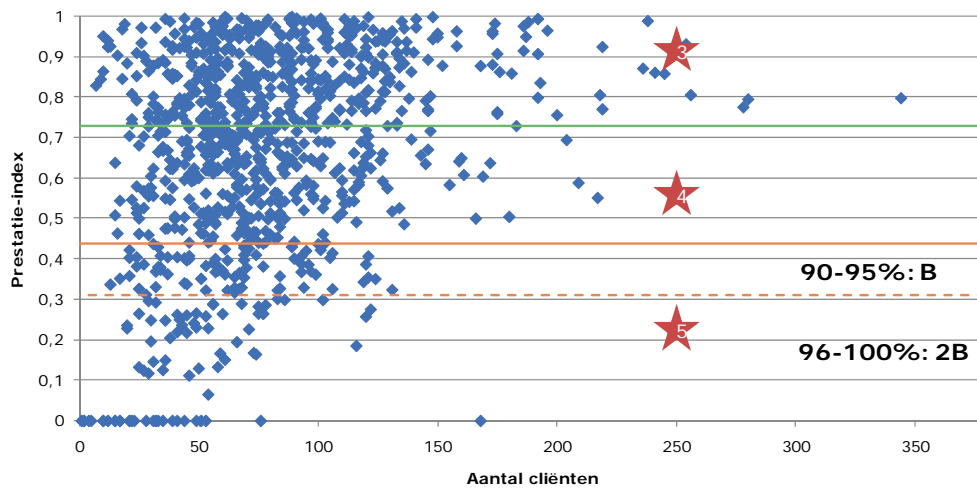
Figuur 1b: Scatterplot voor willekeurige indicator met weergave categorieën A en B



Figuur 1c: Inzoomen op de categorie "minder goed dan verwacht"



Figuur 1d: Inzoomen op de categorie "beter dan verwacht"



De onderstaande tabel geeft het puntensysteem bij het ordeningsmodel nog eens overzichtelijk weer.

**Tabel 1:** Het puntensysteem bij het ordeningsmodel

| Percentage / Sterren                                    | Score   | Legenda                                 |
|---|---------|---|
| 1 ster - 0-5%   | -2 + 2A | 2A = opvallend minder goed dan verwacht |
| 1 ster - 6-10%  | -2 + A  | A = minder goed dan verwacht            |
| 2 sterren - 11-30%                                      | -1      |   |
| 3 sterren - 31-70%                                      | 0       |   |
| 4 sterren - 71-90%                                      | 1       |   |
| 5 sterren - 91-95%                                      | 2 +B    | B = beter dan verwacht                  |
| 5 sterren - 96-100%                                     | 2 + 2B  | 2B = opvallend beter dan verwacht       |
| Indien OE qua '% bemeten cliënten' bij onderste 10% zit | 0       |   |
| Indien OE qua '% onbekend' bij bovenste 10% zit         | ⚠       | ⚠ = Waarschuwingsteken                  |

#### Ordening op thema-niveau

- Het kan ook relevant zijn om vast te stellen hoe OE's scoren op een bepaald *thema* uit het Kwaliteitskader VV&T. Om OE-prestaties op een thema te vergelijken en te (rang)ordenen, kan gebruik worden gemaakt van hetzelfde basismodel zoals hierboven gepresenteerd.
- Een extra stap is dat de scores van alle indicatoren, die tot een bepaald thema behoren, worden opgeteld en gedeeld door het aantal indicatoren binnen dat thema. In een formule ziet dat er als volgt uit:

$$Themascore = \frac{\sum_i Score\_per\_indicator(i)}{Aantal\_indicatoren}$$

- Daarnaast behalen OE's een aantal punten in de categorieën 'beter dan verwacht' en 'minder goed dan verwacht'. Voor de themascore in de categorieën 'beter dan verwacht' en 'minder goed dan verwacht' geldt ook dat de scores in deze categorie van alle indicatoren, die tot een bepaald thema behoren, worden opgeteld en gedeeld door het aantal indicatoren binnen dat thema.
- In een mogelijke laatste stap kunnen alle OE's worden gerangschikt op basis van het aantal door hen behaalde punten voor een thema. Indien gewenst kunnen hierin weer vijf klassen worden onderscheiden, bijvoorbeeld door de 20% OE's met het hoogste puntenaantal een 'klasse-5-OE' te noemen, de 20% daaronder een 'klasse-4-OE' etc. Hetzelfde kan worden gedaan voor de twee 'buitencategorieën'.

### Naar een 'totaalscore' voor OE's

Op dezelfde manier kan per OE een totaalscore op het gehele Kwaliteitskader worden berekend (dit is dus inclusief de categorieën beter dan verwacht en minder goed dan verwacht)<sup>15</sup>. Dit is bijvoorbeeld relevant voor de IGZ, die op zoek wil naar zorgaanbieders die minder goed presteren dan verwacht. Verschil is dat de scores van alle indicatoren bij elkaar opgeteld worden en worden gedeeld door het totaal aantal indicatoren. In een formule ziet dat er als volgt uit:

$$\text{Totaalscore} = \frac{\sum_i \text{Score}_{\text{per indicator}}(i)}{\text{Aantal}_{\text{indicatoren}}}$$

### Een voorbeeld

Om het geheel duidelijk te maken, sluiten we af met een voorbeeld:

Voor drie niet-bestaande zorgorganisaties (de Kievit, Morgenrood en Parkhuis) is het fictieve thema 'Contact cliënt-verzorgenden' in een voorbeeld uitgewerkt. Het berekenen van de Totaalscore kent dezelfde systematiek, in dat geval worden alle indicatoren van Verantwoorde zorg meegenomen in plaats van een selectie van indicatoren.

| Voorbeeld De Kievit                                 |         |            |                  |                        |   |                        |   |
|---|---------|------------|------------------|------------------------|---|------------------------|---|
| Thema Contact cliënt - professionals                | sterren | percentiel | toegekende score | extreem lage score (A) |   | extreem hoge score (B) |   |
| Ervaringen met zorg(behandel-)leefplan en evaluatie | ★★★★☆   |            | 0                |                        |   |                        |   |
| Ervaren inspraak en overleg                         | ★★★☆☆   | 0-5%       | -2               | 2                      | A |                        |   |
| Ervaren bejegening                                  | ★★★☆☆   | 0-5%       | -2               | 2                      | A |                        |   |
| Ervaren informatie                                  | ★★★★★   | 96-100%    | 2                |                        |   | 2                      | B |
| Ervaringen met lichamelijke verzorging              | ★★★★★   | 91-95%     | 2                |                        |   | 1                      | B |
| Ervaren sfeer                                       | ★★★★☆   |            | 1                |                        |   |                        |   |
| Ervaringen op het gebied van mentaal welbevinden    | ★★★★☆   |            | 0                |                        |   |                        |   |
| <i>Gemiddelde themascore</i>                        |         |            | 0,1              | 0,6                    | A | 0,4                    | B |

<sup>15</sup> Het CKZ adviseert geen totaalscore van een Kwaliteitskader te berekenen. Namelijk, een zorginstelling met totaal aantal sterren is niet per se significant beter dan een zorginstelling met een ster minder. Echter, de rangorde op basis van het Kwaliteitskader is niet willekeurig. Een mogelijk gevaar van het presenteren van de totaalscore is dat deze alleen bekeken wordt en niet gelet wordt op de onderliggende prestaties van de zorginstellingen. Dit is met name relevant als verschillende belanghebbenden de totaalscore interpreteren, want bepaalde aspecten, of thema's hebben voor bepaalde belanghebbenden meer belang dan andere.

**Voorbeeld Morgenrood**

| <i>Thema Contact cliënt - professionals</i>         | sterren | percentiel | toegekende score | extreem lage score (A) |   | extreem hoge score (B) |   |
|---|---------|------------|------------------|------------------------|---|------------------------|---|
| Ervaringen met zorg(behandel-)leefplan en evaluatie | ★★★★☆   |            | 0                |                        |   |                        |   |
| Ervaren inspraak en overleg                         | ★★★★☆   |            | 0                |                        |   |                        |   |
| Ervaren bejegening                                  | ★★★★☆   |            | 0                |                        |   |                        |   |
| Ervaren informatie                                  | ★★★★☆   |            | 0                |                        |   |                        |   |
| Ervaringen met lichamelijke verzorging              | ★★★★☆   |            | 0                |                        |   |                        |   |
| Ervaren sfeer                                       | ★★★★☆   |            | 1                |                        |   |                        |   |
| Ervaringen op het gebied van mentaal welbevinden    | ★★★★☆   |            | 0                |                        |   |                        |   |
| <i>Gemiddelde themascore</i>                        |         |            | 0,1              | 0,0                    | A | 0,0                    | B |

**Voorbeeld Parkhuis**

| <i>Thema Contact cliënt - professionals</i>         | sterren | percentiel | toegekende score | extreem lage score (A) |   | extreem hoge score (B) |   |
|---|---------|------------|------------------|------------------------|---|------------------------|---|
| Ervaringen met zorg(behandel-)leefplan en evaluatie | ★★★★☆   |            | 1                |                        |   |                        |   |
| Ervaren inspraak en overleg                         | ★★★★☆   |            | 1                |                        |   |                        |   |
| Ervaren bejegening                                  | ★★★★☆   |            | 1                |                        |   |                        |   |
| Ervaren informatie                                  | ★★★★☆   |            | 0                |                        |   |                        |   |
| Ervaringen met lichamelijke verzorging              | ★★★★★   | 96-100%    | 2                |                        |   | 2                      | B |
| Ervaren sfeer                                       | ★★★★★   | 96-100%    | 2                |                        |   | 2                      | B |
| Ervaringen op het gebied van mentaal welbevinden    | ★★★★★   | 91-95%     | 2                |                        |   | 1                      | B |
| <i>Gemiddelde themascore</i>                        |         |            | 1,3              | 0,0                    | A | 0,7                    | B |

De **Kievit** scoort over het thema genomen gemiddeld . Dit komt tot uitdrukking in de gemiddelde themascore van 0,1 (deze score loopt van minimaal -2 tot maximaal +2); De organisatie heeft echter uitschieters naar onder en naar boven, wat tot uitdrukking komt in de A- en B-scores (deze scores lopen van minimaal 0 tot maximaal 2)

**Morgenrood** scoort over het thema genomen even hoog als de Kievit (themascore van 0,1), maar presteert veel gelijkmatiger. Dit komt tot uiting in de A- en B-scores van 0 (de minimale score).

**Parkhuis** scoort over het thema genomen erg goed, wat tot uitdrukking komt in de gemiddelde themascore van 1,3 op een schaal van -2 tot +2. De organisatie heeft ook nog flink wat positieve uitschieters, wat tot uiting komt in de hoge B-score van 0,7.



## Bijlage I: Correlatiecoëfficiënt en P-waarde

In de volgende tabellen worden, per deelsector, de correlatiecoëfficiënt en de P-waarde gegeven van de samenhang tussen twee indicatoren. De correlatiecoëfficiënt is een maat voor de samenhang tussen twee variabelen en ligt tussen -1 en +1. Bij -1 is er een volledig negatieve samenhang, bij +1 een volledig positieve samenhang en bij 0 is er geen samenhang. De P-waarde is de kans dat hetgeen dat getoetst is, overschreden wordt. Met andere woorden: hoe kleiner de P-waarde, hoe 'harder' de uitspraak over de samenhang tussen de twee indicatoren. Dus om een duidelijk bewijs te hebben van de samenhang tussen twee indicatoren, moet de correlatiecoëfficiënt zo dicht mogelijk tegen -1 of +1 aan zitten én moet de P-waarde zo laag mogelijk zijn. In de analyses is uitgegaan van een significante meetwaarde bij een P-waarde lager dan 0,05.

|   |  | Correlatiecoëfficiënt | P-waarde |
|---|--|-----------------------|----------|
| <b>Samenhang tussen indicatoren in Verpleging en Verzorging</b> |  |                       |          |
| 4.10 Fixatie  | 4.3 Valincidenten  | nvt                   | nvt      |
| 4.4 Medicijnincidenten  | 4.5a Antipsychotica, anxiolytica en hypnotica              | 0,07                  | 0,01     |
| 4.4 Medicijnincidenten  | 4.5b Antidepressiva  | -0,06                 | 0,01     |
| 4.9 Probleemgedrag  | 4.5a Antipsychotica, anxiolytica en hypnotica              | 0,17                  | 0,00     |
| 4.5a Antipsychotica, anxiolytica en hypnotica                   | 7.2 Depressie  | 0,11                  | 0,00     |
| 7.2 Depressie   | 4.9 Probleemgedrag   | 0,48                  | 0,00     |
| 4.9 Probleemgedrag  | 4.5b Antidepressiva  | 0,14                  | 0,00     |
| 4.5b Antidepressiva   | 7.2 Depressie  | 0,14                  | 0,00     |
| 4.3 Valincidenten   | 4.5a Antipsychotica, anxiolytica en hypnotica              | -0,10                 | 0,00     |
| 4.3 Valincidenten   | 4.5b Antidepressiva  | -0,04                 | 0,14     |
| 4.3 Valincidenten   | 4.1 Decubitus  | -0,05                 | 0,06     |
| 4.1 Decubitus   | 4.2c Voedingstoestand                                      | 0,07                  | 0,00     |
| 4.2c Voedingstoestand   | 4.3 Valincidenten  | 0,15                  | 0,00     |
| 7.1 Ervaringen op het gebied van mentaal welbevinden            | 7.2 Depressie  | -0,04                 | 0,39     |
| 1.1 Ervaringen met zorg(behandel-)/leefplan en evaluatie        | 4.12 Ervaren professionaliteit en veiligheid zorgverlening | 0,30                  | 0,00     |
| <b>Samenhang tussen indicatoren in Zorg Thuis</b>               |  |                       |          |
| 4.10 Fixatie  | 4.3 Valincidenten  | nvt                   | nvt      |
| 4.4 Medicijnincidenten  | 4.5a Antipsychotica, anxiolytica en hypnotica              | nvt                   | nvt      |
| 4.4 Medicijnincidenten  | 4.5b Antidepressiva  | nvt                   | nvt      |
| 4.9 Probleemgedrag  | 4.5a Antipsychotica, anxiolytica en hypnotica              | nvt                   | nvt      |
| 4.5a Antipsychotica, anxiolytica en hypnotica                   | 7.2 Depressie  | nvt                   | nvt      |
| 7.2 Depressie   | 4.9 Probleemgedrag   | nvt                   | nvt      |
| 4.9 Probleemgedrag  | 4.5b Antidepressiva  | nvt                   | nvt      |
| 4.5b Antidepressiva   | 7.2 Depressie  | nvt                   | nvt      |
| 4.3 Valincidenten   | 4.5a Antipsychotica, anxiolytica en hypnotica              | nvt                   | nvt      |
| 4.3 Valincidenten   | 4.5b Antidepressiva  | nvt                   | nvt      |
| 4.3 Valincidenten   | 4.1 Decubitus  | 0,16                  | 0,00     |
| 4.1 Decubitus   | 4.2c Voedingstoestand                                      | nvt                   | nvt      |
| 4.2c Voedingstoestand   | 4.3 Valincidenten  | nvt                   | nvt      |
| 7.1 Ervaringen op het gebied van mentaal welbevinden            | 7.2 Depressie  | -0,03                 | 0,73     |
| 1.1 Ervaringen met zorg(behandel-)/leefplan en evaluatie        | 4.12 Ervaren professionaliteit en veiligheid zorgverlening | -0,03                 | 0,76     |
| <b>Samenhang tussen indicatoren PsychoGeriatrische zorg</b>     |  |                       |          |
| 4.10 Fixatie  | 4.3 Valincidenten  | zie vv                | zie vv   |
| 4.4 Medicijnincidenten  | 4.5a Antipsychotica, anxiolytica en hypnotica              | zie vv                | zie vv   |
| 4.4 Medicijnincidenten  | 4.5b Antidepressiva  | zie vv                | zie vv   |
| 4.9 Probleemgedrag  | 4.5a Antipsychotica, anxiolytica en hypnotica              | zie vv                | zie vv   |
| 4.5a Antipsychotica, anxiolytica en hypnotica                   | 7.2 Depressie  | zie vv                | zie vv   |
| 7.2 Depressie   | 4.9 Probleemgedrag   | zie vv                | zie vv   |
| 4.9 Probleemgedrag  | 4.5b Antidepressiva  | zie vv                | zie vv   |
| 4.5b Antidepressiva   | 7.2 Depressie  | zie vv                | zie vv   |
| 4.3 Valincidenten   | 4.5a Antipsychotica, anxiolytica en hypnotica              | zie vv                | zie vv   |
| 4.3 Valincidenten   | 4.5b Antidepressiva  | zie vv                | zie vv   |
| 4.3 Valincidenten   | 4.1 Decubitus  | zie vv                | zie vv   |
| 4.1 Decubitus   | 4.2c Voedingstoestand                                      | zie vv                | zie vv   |
| 4.2c Voedingstoestand   | 4.3 Valincidenten  | zie vv                | zie vv   |
| 7.1 Ervaringen op het gebied van mentaal welbevinden            | 7.2 Depressie  | 0,05                  | 0,30     |
| 1.1 Ervaringen met zorg(behandel-)/leefplan en evaluatie        | 4.12 Ervaren professionaliteit en veiligheid zorgverlening | 0,13                  | 0,03     |

## Bijlage II: Stergrenzen

### A Verpleging & Verzorging

#### CQ-index

De resultaten op de CQ-indicatoren zijn ook gebruikt om sterren toe te kennen aan individuele organisatie eenheden. Voor de indeling in vijf sterren zijn drie parameters gebruikt, te weten (1) het gemiddelde over alle instellingen, (2) de gemiddelde bovengrens over alle betrouwbaarheidsintervallen en (3) de gemiddelde ondergrens over alle betrouwbaarheidsintervallen.

| <b>Stergrenzen CQ-indicatoren</b>                          |                       |            |                       |
|--|-----------------------|------------|-----------------------|
| <b>Thema's en indicatoren</b>                              | Gemiddelde ondergrens | Gemiddelde | Gemiddelde bovengrens |
| <b>1 Zorg(behandel-)/leefplan</b>                          |                       |            |                       |
| 1.1 Ervaren met zorg(behandel-)/leefplan en evaluatie      | 2,92                  | 3,18       | 3,44                  |
| 1.2 Ervaren inspraak en overleg                            | 2,40                  | 2,63       | 2,87                  |
| <b>2 Communicatie en informatie</b>                        |                       |            |                       |
| 2.1 Ervaren bejegening                                     | 3,24                  | 3,38       | 3,53                  |
| 2.2 Ervaren informatie                                     | 2,56                  | 2,79       | 3,02                  |
| 2.3 Ervaren telefonische bereikbaarheid (en communicatie)  |                       |            |                       |
| <b>3 Lichamelijk welbevinden</b>                           |                       |            |                       |
| 3.1 Ervaren met lichamelijke verzorging                    | 3,25                  | 3,40       | 3,55                  |
| 3.2 Ervaren met maaltijden                                 | 2,79                  | 2,99       | 3,20                  |
| <b>4 Zorginhoudelijke veiligheid</b>                       |                       |            |                       |
| 4.12 Ervaren professionaliteit en veiligheid zorgverlening | 3,32                  | 3,45       | 3,58                  |
| 4.13 Ervaren respectering rechten vrijheidsbeperkingen     |                       |            |                       |
| <b>5 Woon- en leefomstandigheden</b>                       |                       |            |                       |
| 5.1 Ervaren wooncomfort                                    | 3,15                  | 3,35       | 3,55                  |
| 5.2 Ervaren sfeer  | 3,28                  | 3,40       | 3,53                  |
| 5.3 Ervaren privacy (en woonruimte)                        | 3,62                  | 3,72       | 3,83                  |
| <b>6 Participatie en sociale redzaamheid</b>               |                       |            |                       |
| 6.1 Ervaren met dagbesteding en participatie               | 3,31                  | 3,44       | 3,56                  |
| 6.2 Ervaren zelfstandigheid/autonomie                      | 3,22                  | 3,38       | 3,54                  |
| <b>7 Mentaal welbevinden</b>                               |                       |            |                       |
| 7.1 Ervaren op het gebied van mentaal welbevinden          | 3,07                  | 3,21       | 3,34                  |
| <b>8 Veiligheid wonen/verblijf</b>                         |                       |            |                       |
| 8.1 Ervaren veiligheid woon-/leefomgeving                  | 3,60                  | 3,72       | 3,84                  |
| 8.2 Ervaren betrouwbaarheid zorgverleners                  |                       |            |                       |
| <b>9 Voldoende en bekwaam personeel</b>                    |                       |            |                       |
| 9.1 Ervaren beschikbaarheid personeel                      | 2,79                  | 2,95       | 3,12                  |
| <b>10 Samenhang in zorg</b>                                |                       |            |                       |
| 10.1 Ervaren met ketenzorg                                 |                       |            |                       |
| <b>CQ-indicatoren</b>                                      |                       |            |                       |

De sterindeling is als volgt:

- \*\*\*\*\* Het betrouwbaarheidsinterval van de instelling valt geheel boven de gemiddelde bovengrens over alle betrouwbaarheidsintervallen;
- \*\*\*\* Het betrouwbaarheidsinterval van de instelling valt geheel boven het gemiddelde over alle instellingen, maar niet geheel boven de gemiddelde bovengrens over alle instellingen;
- \*\*\* Het betrouwbaarheidsinterval van de instelling overlapt met het gemiddelde over alle instellingen;
- \*\* Het betrouwbaarheidsinterval van de instelling valt geheel onder het gemiddelde over alle instellingen, maar niet geheel onder de gemiddelde ondergrens over alle instellingen;
- \* Het betrouwbaarheidsinterval van de instelling valt geheel onder de gemiddelde ondergrens over alle betrouwbaarheidsintervallen.

**Zorginhoudelijke indicatoren**

De resultaten op de zorginhoudelijke indicatoren zijn ook gebruikt om sterren toe te kennen aan individuele organisatie eenheden. Voor de sterren geldt dat meer sterren een betere prestatie aangeven. De sterren zijn gebaseerd op de relatieve prestatie-index van elke zorgaanbieder.

| <b>Stergrenzen ZI-indicatoren</b>    |  |                 |      |                    |      |                    |      |                    |      |                    |      |
|--------------------------------------|--|-----------------|------|--------------------|------|--------------------|------|--------------------|------|--------------------|------|
| <b>Thema's en indicatoren</b>        |  | Interval 1 ster |      | Interval 2 sterren |      | Interval 3 sterren |      | Interval 4 sterren |      | Interval 5 sterren |      |
| <b>4 Zorginhoudelijke veiligheid</b> |  |                 |      |                    |      |                    |      |                    |      |                    |      |
| 4.1                                  | Decubitus                                | 18,36           | 2,31 | 2,31               | 1,24 | 1,24               | 0,16 |                    |      | 0,00               | 0,00 |
| 4.2c                                 | Voedingstoestand                         | 8,64            | 2,20 | 2,20               | 1,31 | 1,31               | 0,38 | 0,38               | 0,13 | 0,00               | 0,00 |
| 4.3                                  | Valincidenten                            | 5,31            | 1,70 | 1,70               | 1,25 | 1,25               | 0,76 | 0,76               | 0,45 | 0,45               | 0,00 |
| 4.4                                  | Medicijnincidenten                       | 13,32           | 2,19 | 2,18               | 1,25 | 1,25               | 0,49 | 0,48               | 0,07 | 0,00               | 0,00 |
| 4.5a                                 | Antipsychotica, anxiolytica en hypnotica | 2,38            | 1,38 | 1,38               | 1,14 | 1,14               | 0,83 | 0,83               | 0,49 | 0,49               | 0,00 |
| 4.5b                                 | Antidepressiva                           | 3,94            | 1,54 | 1,54               | 1,16 | 1,15               | 0,68 | 0,68               | 0,39 | 0,39               | 0,00 |
| 4.6a                                 | Vaccinatiegraad - cliënten               | 0,93            | 0,00 | 1,01               | 0,93 | 1,05               | 1,01 |                    |      |                    |      |
| 4.7a                                 | Incontinentie - prevalentie              | 2,10            | 1,27 | 1,27               | 1,10 | 1,09               | 0,91 | 0,91               | 0,73 | 0,73               | 0,00 |
| 4.7b                                 | Incontinentie - diagnose                 | 0,06            | 0,00 | 0,44               | 0,06 | 1,56               | 0,45 | 1,77               | 1,56 | 1,78               | 1,77 |
| 4.8                                  | Verblijfskatheter                        | 8,14            | 2,07 | 2,07               | 1,28 | 1,28               | 0,48 | 0,47               | 0,11 | 0,00               | 0,00 |
| 4.9                                  | Probleemgedrag                           | 6,72            | 1,36 | 1,36               | 1,11 | 1,11               | 0,73 | 0,73               | 0,44 | 0,44               | 0,00 |
| 4.10                                 | Fixatie                                  | 7,51            | 2,00 | 1,99               | 0,84 | 0,84               | 0,09 |                    |      | 0,00               | 0,00 |
| <b>7 Mentaal welbevinden</b>         |  |                 |      |                    |      |                    |      |                    |      |                    |      |
| 7.2                                  | Depressie                                | 4,35            | 1,55 | 1,55               | 1,17 | 1,16               | 0,72 | 0,72               | 0,43 | 0,43               | 0,00 |
| <b>Zorginhoudelijke indicatoren</b>  |  |                 |      |                    |      |                    |      |                    |      |                    |      |

De sterindeling is als volgt:

- \*\*\*\*\* De zorgaanbieders die behoren tot de beste 10%;
- \*\*\*\* De zorgaanbieders die behoren tot de volgende 20%;
- \*\*\* De zorgaanbieders die behoren tot de daaropvolgende 40%;
- \*\* De zorgaanbieders die behoren tot de daaropvolgende 20%;
- \* De zorgaanbieders die behoren tot de laatste 10%.

## B Psychogeriatrische zorg

### CQ-index

De resultaten op de CQ-indicatoren zijn ook gebruikt om sterren toe te kennen aan individuele organisatie eenheden. Voor de indeling in vijf sterren zijn drie parameters gebruikt, te weten (1) het gemiddelde over alle instellingen, (2) de gemiddelde bovengrens over alle betrouwbaarheidsintervallen en (3) de gemiddelde ondergrens over alle betrouwbaarheidsintervallen.

| Thema's en indicatoren                                     | Stergrenzen CQ-indicatoren |            |                       |
|--|----------------------------|------------|-----------------------|
|  | Gemiddelde ondergrens      | Gemiddelde | Gemiddelde bovengrens |
| <b>1 Zorg(behandel-)/leefplan</b>                          |                            |            |                       |
| 1.1 Ervaren met zorg(behandel-)/leefplan en evaluatie      | 3,25                       | 3,40       | 3,56                  |
| 1.2 Ervaren inspraak en overleg                            | 2,67                       | 2,81       | 2,96                  |
| <b>2 Communicatie en informatie</b>                        |                            |            |                       |
| 2.1 Ervaren bejegening                                     | 3,37                       | 3,48       | 3,58                  |
| 2.2 Ervaren informatie                                     | 3,11                       | 3,29       | 3,47                  |
| 2.3 Ervaren telefonische bereikbaarheid (en communicatie)  | 3,26                       | 3,37       | 3,48                  |
| <b>3 Lichamelijk welbevinden</b>                           |                            |            |                       |
| 3.1 Ervaren met lichamelijke verzorging                    | 3,05                       | 3,18       | 3,31                  |
| 3.2 Ervaren met maaltijden                                 | 3,36                       | 3,48       | 3,60                  |
| <b>4 Zorginhoudelijke veiligheid</b>                       |                            |            |                       |
| 4.12 Ervaren professionaliteit en veiligheid zorgverlening | 3,19                       | 3,30       | 3,41                  |
| 4.13 Ervaren respectering rechten vrijheidsbeperkingen     | 3,25                       | 3,48       | 3,71                  |
| <b>5 Woon- en leefomstandigheden</b>                       |                            |            |                       |
| 5.1 Ervaren wooncomfort                                    | 3,05                       | 3,23       | 3,41                  |
| 5.2 Ervaren sfeer  | 3,00                       | 3,13       | 3,26                  |
| 5.3 Ervaren privacy (en woonruimte)                        | 3,32                       | 3,53       | 3,73                  |
| <b>6 Participatie en sociale redzaamheid</b>               |                            |            |                       |
| 6.1 Ervaren met dagbesteding en participatie               | 2,83                       | 2,98       | 3,13                  |
| 6.2 Ervaren zelfstandigheid/autonomie                      | 2,97                       | 3,17       | 3,36                  |
| <b>7 Mentaal welbevinden</b>                               |                            |            |                       |
| 7.1 Ervaren op het gebied van mentaal welbevinden          | 3,11                       | 3,25       | 3,39                  |
| <b>8 Veiligheid wonen/verblijf</b>                         |                            |            |                       |
| 8.1 Ervaren veiligheid woon-/leefomgeving                  | 2,66                       | 2,85       | 3,03                  |
| 8.2 Ervaren betrouwbaarheid zorgverleners                  | 3,03                       | 3,21       | 3,38                  |
| <b>9 Voldoende en bekwaam personeel</b>                    |                            |            |                       |
| 9.1 Ervaren beschikbaarheid personeel                      | 2,87                       | 3,01       | 3,15                  |
| <b>10 Samenhang in zorg</b>                                |                            |            |                       |
| 10.1 Ervaren met ketenzorg                                 |                            |            |                       |
| <b>CQ-indicatoren</b>                                      |                            |            |                       |

De sterindeling is als volgt:

- \*\*\*\*\* Het betrouwbaarheidsinterval van de instelling valt geheel boven de gemiddelde bovengrens over alle betrouwbaarheidsintervallen;
- \*\*\*\* Het betrouwbaarheidsinterval van de instelling valt geheel boven het gemiddelde over alle instellingen, maar niet geheel boven de gemiddelde bovengrens over alle instellingen;
- \*\*\* Het betrouwbaarheidsinterval van de instelling overlapt met het gemiddelde over alle instellingen;
- \*\* Het betrouwbaarheidsinterval van de instelling valt geheel onder het gemiddelde over alle instellingen, maar niet geheel onder de gemiddelde ondergrens over alle instellingen;
- \* Het betrouwbaarheidsinterval van de instelling valt geheel onder de gemiddelde ondergrens over alle betrouwbaarheidsintervallen.

## C Zorg Thuis

### CQ-index

De resultaten op de CQ-indicatoren zijn ook gebruikt om sterren toe te kennen aan individuele organisatie eenheden. Voor de indeling in vijf sterren zijn drie parameters gebruikt, te weten (1) het gemiddelde over alle instellingen, (2) de gemiddelde bovengrens over alle betrouwbaarheidsintervallen en (3) de gemiddelde ondergrens over alle betrouwbaarheidsintervallen.

| Thema's en indicatoren                                     | Stergrenzen CQ-indicatoren |            |                       |
|--|----------------------------|------------|-----------------------|
|  | Gemiddelde ondergrens      | Gemiddelde | Gemiddelde bovengrens |
| <b>1 Zorg(behandel-)/leefplan</b>                          |                            |            |                       |
| 1.1 Ervaren met zorg(behandel-)/leefplan en evaluatie      | 3,55                       | 3,63       | 3,72                  |
| 1.2 Ervaren inspraak en overleg                            | 2,81                       | 2,94       | 3,08                  |
| <b>2 Communicatie en informatie</b>                        |                            |            |                       |
| 2.1 Ervaren bejegening                                     | 3,49                       | 3,58       | 3,68                  |
| 2.2 Ervaren informatie                                     | 3,03                       | 3,17       | 3,32                  |
| 2.3 Ervaren telefonische bereikbaarheid (en communicatie)  | 3,09                       | 3,27       | 3,45                  |
| <b>3 Lichamelijk welbevinden</b>                           |                            |            |                       |
| 3.1 Ervaren met lichamelijke verzorging                    | 3,36                       | 3,48       | 3,59                  |
| 3.2 Ervaren met maaltijden                                 |                            |            |                       |
| <b>4 Zorginhoudelijke veiligheid</b>                       |                            |            |                       |
| 4.12 Ervaren professionaliteit en veiligheid zorgverlening | 3,43                       | 3,52       | 3,61                  |
| 4.13 Ervaren respectering rechten vrijheidsbeperkingen     |                            |            |                       |
| <b>5 Woon- en leefomstandigheden</b>                       |                            |            |                       |
| 5.1 Ervaren wooncomfort                                    |                            |            |                       |
| 5.2 Ervaren sfeer  |                            |            |                       |
| 5.3 Ervaren privacy (en woonruimte)                        | 2,54                       | 2,78       | 3,02                  |
| <b>6 Participatie en sociale redzaamheid</b>               |                            |            |                       |
| 6.1 Ervaren met dagbesteding en participatie               | 2,66                       | 2,85       | 3,05                  |
| 6.2 Ervaren zelfstandigheid/autonomie                      | 3,35                       | 3,42       | 3,49                  |
| <b>7 Mentaal welbevinden</b>                               |                            |            |                       |
| 7.1 Ervaren op het gebied van mentaal welbevinden          | 3,30                       | 3,38       | 3,46                  |
| <b>8 Veiligheid wonen/verblijf</b>                         |                            |            |                       |
| 8.1 Ervaren veiligheid woon-/leefomgeving                  | 3,29                       | 3,44       | 3,58                  |
| 8.2 Ervaren betrouwbaarheid zorgverleners                  | 3,61                       | 3,68       | 3,75                  |
| <b>9 Voldoende en bekwaam personeel</b>                    |                            |            |                       |
| 9.1 Ervaren beschikbaarheid personeel                      | 3,19                       | 3,30       | 3,42                  |
| <b>10 Samenhang in zorg</b>                                |                            |            |                       |
| 10.1 Ervaren met ketenzorg                                 | 2,85                       | 3,06       | 3,28                  |
| <b>CQ-indicatoren</b>                                      |                            |            |                       |

De sterindeling is als volgt:

- \*\*\*\*\* Het betrouwbaarheidsinterval van de instelling valt geheel boven de gemiddelde bovengrens over alle betrouwbaarheidsintervallen;
- \*\*\*\* Het betrouwbaarheidsinterval van de instelling valt geheel boven het gemiddelde over alle instellingen, maar niet geheel boven de gemiddelde bovengrens over alle instellingen;
- \*\*\* Het betrouwbaarheidsinterval van de instelling overlapt met het gemiddelde over alle instellingen;
- \*\* Het betrouwbaarheidsinterval van de instelling valt geheel onder het gemiddelde over alle instellingen, maar niet geheel onder de gemiddelde ondergrens over alle instellingen;
- \* Het betrouwbaarheidsinterval van de instelling valt geheel onder de gemiddelde ondergrens over alle betrouwbaarheidsintervallen.

### Zorginhoudelijke indicatoren

De resultaten op de zorginhoudelijke indicatoren zijn ook gebruikt om sterren toe te kennen aan individuele organisatie eenheden. Voor de sterren geldt dat meer sterren een betere prestatie aangeven. De sterren zijn gebaseerd op de relatieve prestatie-index van elke zorgaanbieder.

| Stergrenzen ZI-indicatoren           |                             |                    |      |                       |      |                       |      |                       |      |                       |      |
|--------------------------------------|-----------------------------|--------------------|------|-----------------------|------|-----------------------|------|-----------------------|------|-----------------------|------|
| Thema's en indicatoren               |                             | Interval 1<br>ster |      | Interval 2<br>sterren |      | Interval 3<br>sterren |      | Interval 4<br>sterren |      | Interval 5<br>sterren |      |
| <b>4 Zorginhoudelijke veiligheid</b> |                             |                    |      |                       |      |                       |      |                       |      |                       |      |
| 4.1                                  | Decubitus                   | 18,53              | 2,49 | 2,48                  | 0,51 | 0,49                  | 0,21 |                       |      | 0,00                  | 0,00 |
| 4.2b                                 | Voedingstoestand - navraag  | 20,72              | 1,95 | 1,93                  | 1,09 | 1,08                  | 0,18 |                       |      | 0,00                  | 0,00 |
| 4.3                                  | Valincidenten               | 5,48               | 1,72 | 1,71                  | 1,15 | 1,14                  | 0,61 | 0,60                  | 0,08 | 0,00                  | 0,00 |
| 4.7a                                 | Incontinentie - prevalentie | 5,00               | 1,68 | 1,66                  | 1,21 | 1,21                  | 0,76 | 0,76                  | 0,38 | 0,38                  | 0,00 |
| 4.7b                                 | Incontinentie - diagnose    | 0,00               | 0,00 | 0,69                  | 0,01 | 1,41                  | 0,71 | 1,77                  | 1,42 |                       |      |
| 4.8                                  | Verblijfskatheter           | 16,75              | 2,27 | 2,27                  | 1,08 | 1,08                  | 0,08 |                       |      | 0,00                  | 0,00 |
| <b>7 Mentaal welbevinden</b>         |                             |                    |      |                       |      |                       |      |                       |      |                       |      |
| 7.2                                  | Depressie                   | 12,41              | 1,95 | 1,95                  | 1,25 | 1,25                  | 0,64 | 0,64                  | 0,13 | 0,00                  | 0    |
| <b>Zorginhoudelijke indicatoren</b>  |                             |                    |      |                       |      |                       |      |                       |      |                       |      |

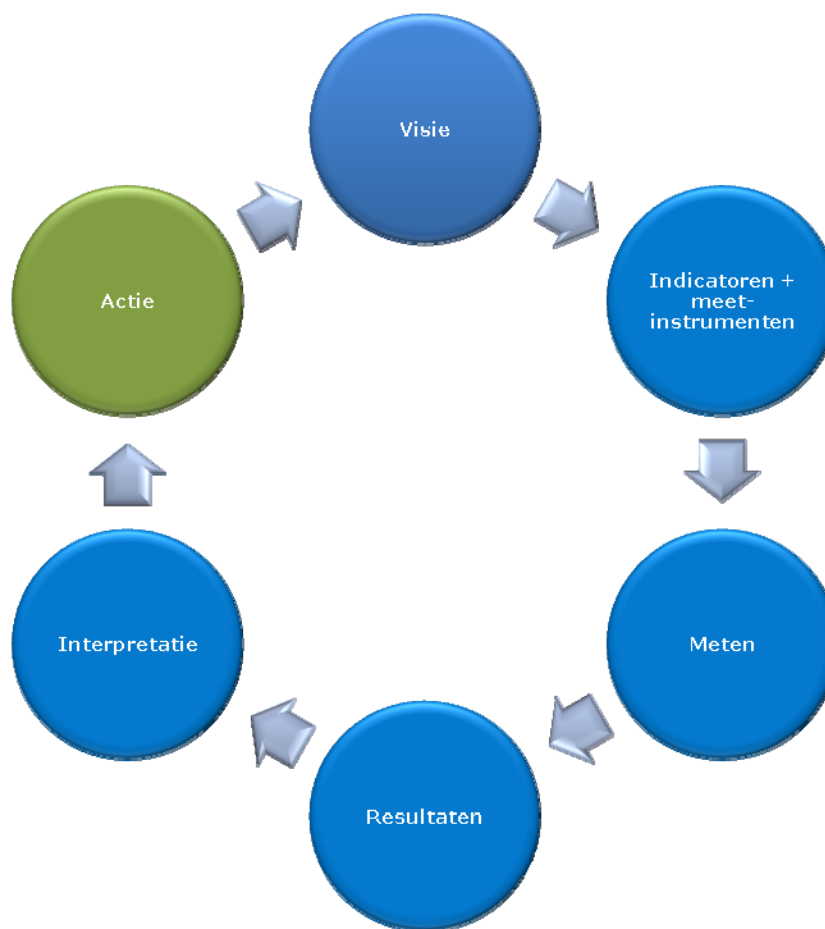
De sterindeling is als volgt:

- \*\*\*\*\* De zorgaanbieders die behoren tot de beste 10%;
- \*\*\*\* De zorgaanbieders die behoren tot de volgende 20%;
- \*\*\* De zorgaanbieders die behoren tot de daaropvolgende 40%;
- \*\* De zorgaanbieders die behoren tot de daaropvolgende 20%;
- \* De zorgaanbieders die behoren tot de laatste 10%.

## De toon gezet: één taal voor kwaliteit

*Rapport van de Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde zorg  
Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (VV&T)*

### Deel IV: Acties



## Acties

'The proof of the pudding is in the eating'. Juist daarom is een eerste (implementatie)jaar extra van belang. Niet alleen wordt duidelijk welke gegevens beschikbaar komen en wat de kwaliteit daarvan is, ook wordt duidelijk of, en in welke mate, de systematiek werkt.

De Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde zorg heeft drie jaar van voorbereiding achter de rug. In deze periode is er veel bereikt. Nu wil de Stuurgroep de methodiek verder verbeteren. Want ondanks dat het systeem van Verantwoorde zorg nog niet volmaakt is, is de Stuurgroep wel overtuigd van haar mogelijkheden.

'Steeds beter' is dan ook het motto. Met als doel te komen tot een 'volwassen systeem', waarbij cijfers ook over een reeks van jaren te volgen zijn op zowel het niveau van de individuele organisatie als landelijk. Daarom heeft de Stuurgroep nu al actiepunten geformuleerd. Want sommige verbeterpunten kunnen snel worden opgepakt en uitgevoerd. Voor anderen is vaak onderzoek nodig om verstandige keuzes te kunnen maken.

### 1 Zorg voor een gedegen inhoudelijke- en procesevaluatie

Een eerste jaar meten en registreren roept per definitie vragen op. Kinderziektes in proces en inhoud worden vaak pas bij implementatie zichtbaar. Omdat het traject zeer complex en nieuw is, heeft dit veel invloed gehad op de processen van dataverzameling en -bewerking.

De Stuurgroep streeft naar een duidelijk cyclisch systeem van uitvoeren, evalueren en bijstellen, zowel op procesmatig als inhoudelijk vlak. Een goede evaluatie is dan onmisbaar.

#### ***Een snelle en resultaatgerichte procesevaluatie is noodzakelijk***

Om geleerde lessen van het eerste (verslag)jaar om te zetten in verbetering voor het tweede (verslag)jaar is een snelle procesevaluatie noodzakelijk. Een voorbeeld daarvan is het werken met de meeteenheid 'Organisatorische eenheid (OE)' en de omschrijving daarvan. Deze eenheid blijkt in de praktijk niet voldoende herkenbaar te zijn. Ook zal onderzoek worden verricht naar mogelijkheden om de betrouwbaarheid van openbare kwaliteitsinformatie te optimaliseren.

De Stuurgroep wil op korte termijn aansluiting zoeken bij andere modellen voor de indeling van de sector, waarbij de vergelijkbaarheid van de resultaten in de tijd in het oog wordt gehouden. Een goede optie is de systematiek bij de zogenoemde 'Zorgzwaarte Pakketten' (ZQP-systematiek).

#### ***Laat de indicatoren het komende verslagjaar met rust***

Het Kwaliteitskader is een ontwikkelmodel, daar zijn alle partners in de Stuurgroep het over eens. Dit betekent echter niet dat het Kwaliteitskader of de indicatorenset voor verslagjaar 2008 zou moeten worden gewijzigd. Een stabiele periode is van belang voor de werkbaarheid in de uitvoeringspraktijk en voor de vergelijkbaarheid van de informatie. Bovendien wordt de CQ-index eenmaal per twee jaar uitgevraagd en is een compleet overzicht van de cliëntervaringen pas medio volgend jaar beschikbaar.



### **Doorgroeien is nodig**

De Stuurgroep erkent dat er op dit moment nog indicatoren zijn die nuancering behoeven. De resultaten van deze indicatoren zijn minder stevig dan bij de overige indicatoren. De Stuurgroep zal opdracht geven om deze indicatoren nader te onderzoeken om daarmee de betrouwbaarheid en validiteit te verhogen.

Werken aan verbetering van het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg is een permanent proces. Externe factoren zijn van invloed op het Kwaliteitskader en veranderen voortdurend: mensen veranderen, hun behoeften veranderen en kennis verandert. Dat heeft invloed op kwaliteit. De stuurgroep zal deze nieuwe inzichten gebruiken om het kader aan te passen - zowel in de breedte als in de diepte.

## 2 Nu nog niet ordenen

Een robuust en solide systeem waarin kan worden gebruik gemaakt van valide en betrouwbare kwaliteitsgegevens heeft tijd nodig om zich te ontwikkelen.

Door nu nog niet te (rang)ordenen, wordt aan het systeem de tijd gegeven om door te ontwikkelen. Een openbare rangordening op basis van de nu beschikbare gegevens vindt de Stuurgroep op dit moment onverstandig, wanneer interpretatieregels niet worden toegepast. De uitkomsten zonder juiste interpretatie doen geen recht aan de werkelijkheid en leveren daarmee voor cliënten geen goed beeld op en kunnen zorgaanbieders onnodig in een verkeerd daglicht stellen.

## 3 Voeg waar nodig proces- en structuurindicatoren toe

Onderzoek moet uitwijzen of er in de toekomst, naast de huidige thema's en uitkomstindicatoren, een summier set van proces- en/of structuurindicatoren moet worden benoemd.

Bij de huidige metingen is bewust gekozen om de voorkeur te geven aan uitkomstindicatoren en proces- en/of structuurindicatoren nu niet in het Kwaliteitskader op te nemen. Ze doen er echter weldegelijk toe en lijken de kwaliteitssystematiek completer te kunnen maken.

Proces- en structuurindicatoren kunnen inzicht geven in de vraag 'waarom' de ene zorginstelling 'goed' presteert en een andere zorginstelling 'minder goed' presteert. Of aan dit soort proces- en structuurindicatoren behoefte is en op welke manier dit eventueel vorm zou moeten krijgen, zal als onderzoeksvraag in de evaluatie moeten worden meegenomen.

## 4 Absolute of relatieve norm?

Over het hanteren van absolute en/of relatieve normen zullen de partners van de Stuurgroep nader onderzoek moeten uitzetten. Kritische kanttekeningen bij de absolute norm zijn begrijpelijk: Wat is de beste praktijk? Biedt de absolute norm voldoende prikkel om de kwaliteit te verbeteren? Hoewel het Kwaliteitskader een ontwikkelmodel is, moet er voor worden gewaakt niet al te snel aan de relatieve normen te tornen. Risico is namelijk dat een absolute norm al snel een minimum norm wordt, waardoor de verbeterprikkel afneemt.

De Stuurgroep ziet de noodzaak in om uiteindelijk absolute normen vast te stellen, maar dit is wel afhankelijk van bovenstaande factoren, en ook van de stand van de wetenschap. Aangezien de samenwerking in de

Stuurgroep goed is, mag worden verwacht dat men elkaar ook op dit onderwerp zal vinden, hoewel het tijd zal kosten.

## 5 Verbreding cliëntgerichtheid: differentieer naar specifieke groepen cliënten

Door toevoeging van ziekte- of aandoeningspecifieke indicatoren kan het Kwaliteitskader in de toekomst worden gebruikt om onder verschillende groepen cliënten de kwaliteit van zorg te meten. Ook zijn er groeikansen voor het Kwaliteitskader als het zich sectoroverstijgend ontwikkelt. Nu richt het kader zich op verpleging, verzorging en zorg thuis, straks ook op samenwerking met andere ketens in de zorg. Deze samenwerking zal positieve effecten hebben op de cliëntgerichtheid.

De Stuurgroep beveelt aan onderzoek te initiëren om het Kwaliteitskader door te ontwikkelen voor groepen van cliënten, bijvoorbeeld op het gebied van revalidatie, dementie, palliatieve terminale zorg en bijzondere patiënten groepen als 'Niet Aangeboren Hersenletsel' (NAH).

## 6 Blijf kennis ontwikkelen

Het Kwaliteitskader zal kwalitatief kunnen groeien door de ontwikkeling van kennis, methoden en technieken in de zorgbranche erin te laten doorklinken.

Voor doorontwikkeling van het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg is voorwaarde dat de zorgverlening sterker wordt. Een ontwikkeling die zich moet baseren op de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek en goede voorbeelden. Deze uitkomsten en goede voorbeelden moeten in richtlijnen en standaarden worden vertaald en geïmplementeerd.

De sector zelf zal de komende jaren veel aandacht moeten besteden aan kennisontwikkeling en het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van interventies door en voor partijen. Zij moet bereid zijn daarin te investeren.

De Stuurgroep kan daarbij helpen door te (laten) onderzoeken aan welke ontwikkelingen prioriteit moet worden gegeven.

## 7 Maak van meten en registreren van kwaliteit een routine

Meten en registreren van kwaliteit van geleverde zorg moet de komende jaren voor de zorgorganisaties zelf routine worden: het moet een regulier onderdeel van het primaire proces van zorgverleners en de zorgplansystematiek zijn.

Voor de professionals (medewerkers) in de zorg moet dit proces deel gaan uitmaken van het professioneel handelen. De uitkomsten van de metingen bieden immers handvatten en motivatie om de kwaliteit van zorg voor de bewoners te verbeteren. Hiervoor zal de leiding van zorgorganisaties voorwaarden moeten creëren voor de medewerkers op de werkvloer, en daarin ligt een grote uitdaging. De toepassing van ICT-middelen kan daarbij ondersteuning bieden, denk bijvoorbeeld aan het elektronisch cliënten dossier (ECD).

Resultaten van het handelen in de zorg zullen dan niet eenmaal per jaar maar systematisch van invloed kunnen zijn op het zorgproces. In het daadwerkelijk op de werkvloer gebruiken van de uitkomsten van de metingen voor kwaliteitsverbetering ligt de grote uitdaging voor de zorgorganisaties. Daarvoor is samenwerking met cliëntenraden vanzelfsprekend.

## 8 Vertaal de resultaten en uitkomsten naar eigen beleid

De Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde zorg vertrouwt erop dat alle partijen verenigd in de Stuurgroep de resultaten van dit eerste verslagjaar vertalen naar eigen activiteiten en verbeteracties, waarbij onderlinge afstemming en het zoeken naar verbinding onmisbaar is.