

# **Handboek voor zorgaanbieders van wijkverpleging**

*Toelichting op de kwaliteitsindicatoren*

*en meetinstructie meetjaar 2017*

**april 2017**

## **Inhoudsopgave**

<b>1. Inleiding</b>	<b>3</b>
1.1 Het doel van dit handboek	3
1.2 Helpdesk voor vragen	3
1.3 Instructie voor het gebruik van dit handboek	3
1.4 Hoe is dit handboek opgebouwd?	3
<b>2. Waarom vindt een kwaliteitsmeting plaats?</b>	<b>4</b>
2.1 Achtergrond en doorontwikkeling	4
<b>3. Overzichten van kwaliteitsindicatoren meetjaar 2017</b>	<b>6</b>
3.1 De eenheid waarvoor meetgegevens worden aangeleverd	6
<b>4. Registreren is de basis voor het meten</b>	<b>7</b>
4.1 Bedrijfsgegevens gevraagd	7
4.2 Gegevens moeten kloppen	7
<b>5. Hoe te beginnen?</b>	<b>8</b>
<b>6. Toelichting, tips en instructies per kwaliteitsindicator</b>	<b>9</b>
<b>7. Aanleveren meetgegevens en rapportage</b>	<b>13</b>
<b>8. Ter afsluiting</b>	<b>13</b>

## 1. Inleiding

### 1.1 Het doel van het handboek

Dit handboek is geschreven ter ondersteuning van zorgaanbieders van wijkverpleging bij de landelijke kwaliteitsmeting. Het handboek geeft inzicht in hoe de kwaliteitsmeting is opgebouwd en hoe deze de komende jaren verder zal worden uitgewerkt.

In het handboek worden de kwaliteitsindicatoren toegelicht, meetinstructies gegeven en suggesties gedaan hoe u zich kunt voorbereiden. Om te kunnen meten moet u de gevraagde gegevens registreren, u kunt deze later invoeren in de portal van DESAN. Welke gegevens u moet registreren kunt u lezen in dit handboek. Ook kunt u lezen hoe u tot zo betrouwbaar mogelijke meetgegevens kunt komen.

Het meten van kwaliteit vraagt om kennis van zaken. Daar helpt dit handboek u bij. Het is belangrijk dat u zich voorbereid op de kwaliteitsmeting.

### 1.2 Helpdesk voor vragen

In dit handboek gaan we op zoveel mogelijk vragen in. Toch kan het zijn dat u nog vragen heeft, neem dan contact op met onderstaande organisaties.

Voor technische vragen is de helpdesk van Desan op werkdagen bereikbaar van 09.00 - 17.00 uur. Hiervoor zijn de volgende mogelijkheden:

Rechtstreeks vanuit de portal door gebruik te maken van de technische helpdesk button

Voor inhoudelijke informatie over meetjaar 2017 kunt u contact opnemen met uw branchevereniging.

### 1.3 Instructie voor het gebruik van dit handboek

1. Lees voorafgaand aan de meting de tekst van dit handboek zorgvuldig en schakel zo nodig een collega in.

Het meten van kwaliteitsindicatoren vraagt aandacht, zeker als u het voor het eerst doet, u kunt de denk- en werkkraft van een collega dan goed gebruiken.

2. Houdt dit handboek altijd bij de hand en kijk er steeds weer opnieuw in, u zult merken dat u anders makkelijk de draad kwijt raakt door de vragen uit de praktijk.

3. Instrueer andere mensen die helpen bij het meten altijd met dit handboek.

### 1.4 Hoe is dit handboek opgebouwd?

Het handboek bestaat uit verschillende hoofdstukken. In hoofdstuk 2 volgt een stuk achtergrond over de kwaliteitsmeting en daarbij ook over de doorontwikkeling. Hoofdstukken 3, 4 en 5 biedt de informatie over de indicatoren, het registreren en het meten. In hoofdstuk 6 leest u de indicatoren en de toelichting daarop per indicator. En er wordt afgesloten met hoofdstuk 7 en 8.

## 2. Waarom vindt een kwaliteitsmeting plaats?

Het zichtbaar maken van kwaliteit van zorg vindt in diverse sectoren in de zorg plaats (o.a. in Ziekenhuizen, in de verpleeghuiszorg en in de zorg thuis). Dit gebeurt aan de hand van kwaliteitsindicatoren. Met behulp van deze indicatoren ontstaat een beeld van de kwaliteit van de zorg en van de organisatie. De huidige indicatorenset wijkverpleging 2017 bestaat uit drie indicatoren die in de komende jaren verder zullen worden doorontwikkeld. In hoofdstuk 4 staan de indicatoren beschreven. De indicatoren die bij deze meting gebruikt worden zijn tot stand gekomen in overleg met zorgverzekeraars (Zorgverzekeraars Nederland), cliëntvertegenwoordigers (Patiëntfederatie Nederland), beroepsvereniging (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland) en zorgaanbieders van wijkverpleging (ActiZ en BTN). De indicatoren voor meetjaar 2017 zijn daarmee multipartiet vastgesteld.

De uitkomsten van de meting worden opgenomen in het Openbaar Data Bestand (ODB) van het Zorginstituut Nederland als onderdeel van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV). Daarmee voldoen zorgaanbieders van wijkverpleging aan hun wettelijke plicht om kwaliteitsinformatie transparant te maken.

### 2.1 Achtergrond en doorontwikkeling

Ervaring leert dat kwaliteit vele gezichten en vormen kent. Afhankelijk van de behoefte, vraag en het doel zijn er verschillende manieren en methodes om kwaliteit inzichtelijk te maken. Kwaliteit vraagt om een integraal beeld, en dient altijd in context te worden gezien. Om hier invulling aan te geven, werken veldpartijen de komende periode, conform de afspraken in de ontwikkelagenda, aan de doorontwikkeling van de wijkverpleging.

De indicatoren wijkverpleging voor verslagjaar 2017 sluiten hierbij aan en maken onderdeel uit van een ontwikkeltraject om relevante kwaliteitsinformatie in de sector te ontsluiten. De huidige drie indicatoren zijn gebaseerd op drie fundamentele van kwaliteitsinformatie die in de komende jaren worden doorontwikkeld: cliëntinformatie (indicator: inspanningsverplichting ZorgkaartNederland.nl), cliëntervaringen (indicator: Promotor score) en registratie van zorginhoudelijke gegevens (indicator: systematische en geautomatiseerde registratie).

De huidige set van indicatoren en hun doorontwikkeling moeten daarmee gezien worden als een onderdeel van het thema kwaliteit binnen de ontwikkelagenda wijkverpleging. De doorontwikkeling van de indicatoren en het bijbehorend instrumentarium wordt uitgewerkt vanuit het perspectief van de cliënt, medewerker, organisatie en inkoper met het oog op het toekomstperspectief van de wijkverpleging. Uitgangspunt is een goede zorg aan de cliënt.

De inhoudelijke uitwerking van richtlijnen en standaarden (beroepsinhoud/professionalisering) behoort niet tot de doorontwikkeling van de indicatoren, maar vormt een separaat onderdeel van het thema kwaliteit in de ontwikkelagenda wijkverpleging. Het gesprek over de uitwerking van deze elementen vindt plaats aan andere gezamenlijke tafels. De doorontwikkeling van de indicatorenset werkt dit dus niet uit, maar sluit op termijn wel hierbij aan.

Daarnaast zal in de doorontwikkeling rekening worden gehouden met het Toezichtskader van de IGZ. Het Toezichtskader richt zich op zorg gebaseerd op de aanspraak wijkverpleging uit de

Zorgverzekeringswet (Zvw) en het volledige of modulaire pakket thuis uit de Wet langdurige zorg (Wlz). Onder het begrip wijkverpleging wordt verstaan: de wijkverpleegkundige en het team. Onder zorg thuis wordt zorg verstaan die in de thuissituatie geleverd wordt: begeleiding, persoonlijke verzorging, verpleging en huishoudelijke verzorging. Dit is dus breder dan sec de wijkverpleegkundige functie, zoals we er in de context van de indicatorenset over praten. De huidige indicatoren kunnen echter wel gebruikt worden voor toezicht door de IGZ.

### 3. Overzicht van de kwaliteitsindicatoren meetjaar 2017

Onderstaand volgt een overzicht van de kwaliteitsindicatoren. Naast de naam van de indicator staat het onderwerp ervan om een eerste indruk te krijgen waar deze over gaat. De set van indicatoren voor meetjaar 2017 staat hieronder beschreven. Naast de naam van de indicator staat het onderwerp om een eerste indruk te krijgen waarover de indicator gaat. Meer informatie over de indicatoren is te vinden onder hoofdstuk 6.

Voor verslagjaar 2017 worden drie indicatoren uitgevraagd. Deze indicatoren kunnen worden gebruikt voor kwaliteitsverbetering, cliëntkeuze-informatie, zorginkoop en toezichtsinformatie.

Nr	Kwaliteitsindicator	Onderwerp	Wie meet?
1.	Inspanning Zorgkaart Nederland	Het beleid van Zorgorganisaties omtrent Zorgkaart Nederland	Zorgaanbieder
2.	Promotor score	Percentage cliënten dat een 8 of hoger geeft	Zorgaanbieder
3.	Systematische en geautomatiseerde registratie zorginhoudelijke cliëntgegevens	Zorgaanbieders registreren gegevens, middels een geautomatiseerde registratie	Zorgaanbieder

#### 3.1 De eenheid waarvoor meetgegevens aangeleverd worden

De indicatoren worden vastgesteld op KvK-nummer (concernniveau). Een organisatie kan gegevens op een lager detailniveau aanleveren als de organisatie dit zinvol acht voor kwaliteitsverbetering (bijvoorbeeld KvK-vestigingsnummer), maar dit is niet verplicht. U kunt hier zelf voor kiezen bij de aanlevering van gegevens. De wijze waarop gegevens worden aangeleverd is bepalend voor het niveau waarop gegevens worden getoond in het Openbaar Data Bestand (ODB) bij publicatie.

Toelichting: Van de meetgegevens die aangeleverd worden moet duidelijk zijn waar deze voor staan: voor de hele organisatie of voor een onderdeel daarvan.

Waarom zijn deze gegevens belangrijk? In de eerste plaats is de eenheid waar de indicatoren voor ingevuld worden belangrijk voor de onderlinge vergelijking. Als precies bekend is waar de gegevens van afkomstig zijn kunnen de gegevens pas onderling goed vergeleken worden.

In de tweede plaats is de eenheid waar de indicatoren voor aangeleverd worden van belang voor de terugkoppeling van de informatie aan de instelling en voor het eventuele gebruik van deze informatie door anderen. In het kader van de transparantie van kwaliteit moet niet alleen duidelijk zijn hoe het met de kwaliteit staat maar ook of de kwaliteitsinformatie voor een bepaald onderdeel geldt of voor de hele organisatie. Als een organisatie in onderdelen wordt gemeten dan moet het om zogenaamde een natuurlijke indeling gaan.

## **4. Registreren is de basis voor het meten**

### **4.1 Bedrijfsgegevens gevraagd**

Welke gegevens nodig zijn voor het meten met deze kwaliteitsindicatoren staat vermeld bij de beschrijvingen per kwaliteitsindicator. Omdat het een nieuwe set van indicatoren betreft vragen we speciale aandacht voor de definities en voor het registreren van gegevens.

### **4.2 Gegevens moeten kloppen**

Belangrijk is dat de gegevens kloppen. Het is noodzakelijk de gegevens nauwkeurig te registreren en te controleren bij aanlevering. Na afronding van de gegevensaanlevering is het niet meer mogelijk om de gegevens achteraf te veranderen.

Als er onduidelijkheden of vragen zijn dan kunt u contact opnemen met Desan of één van de brancheverenigingen.

## **5. Hoe te beginnen?**

1. Verdiep u eerst zelf heel goed in de materie, samen met een collega.
2. Betrek alle leidinggevenden. Informeer hen, vraag om medewerking, maak gebruik van de kracht van de herhaling.
3. Als u bepaalde gegevens nog niet verzamelt ga dat dan vanaf nu doen op basis van de indicatorenset. Spreek af wat er wanneer geregistreerd wordt, door wie en hoe. Zorg dat alle registraties in een overzicht terecht komen.
4. Leg uit waarvoor geregistreerd wordt, waarom dat belangrijk is en vertel wat er van mensen verwacht wordt.
5. Kijk goed naar de registraties, vraag na hoe mensen het doen en kijk of er onduidelijkheden, onzorgvuldigheden of fouten zijn.



## 6. Toelichting, tips en instructies per kwaliteitsindicator

Let op: In dit hoofdstuk wordt het woord "meetperiode" gebruikt. Voor de huidige indicatorenset is de meetperiode 12 maanden, te weten september 2016 t/m september 2017. De Promotor score dient in de afgelopen twee jaar te zijn verzameld. De meetperiode voor deze indicator loopt hiermee van september 2015 t/m september 2017.

De indicatoren worden in dit hoofdstuk apart toegelicht. Per indicator is de titel, de definitie, de teller en de noemer weergegeven, zoals die ook in de bestuurlijke afspraken vermeld zijn. Vervolgens wordt de indicator toegelicht en wordt vermeld welke registraties u nodig heeft om de indicator te kunnen meten. Aan de hand van vragen laten we zien om welke gegevens het precies gaat. Ervaringen die opgedaan zijn bij eerdere landelijke metingen zijn in dit handboek verwerkt. Ook wordt u meegenomen bij de interpretatie van de score.

1. Inspanning Zorgkaart Nederland	
<i>Definitie</i>	Gevraagd wordt of de organisaties een actief beleid voeren om het aantal waarderingen op Zorgkaart Nederland op te hogen.
<i>Type indicator</i>	Proces
<i>Doelen</i>	Kwaliteitsverbetering, Cliëntkeuze-informatie en Toezichtsinformatie
<i>Casemixcorrectie</i>	Nvt
<i>Meetperiode</i>	September 2016 t/m september 2017

### Toelichting

Het gaat er bij deze indicator om dat zorgaanbieders van wijkverpleging cliënten de mogelijkheid bieden om hun ervaringen omtrent de zorg te delen met (potentiele) cliënten. Het inzichtelijk maken van ervaringen van de cliënt wordt gefaciliteerd door de zorgaanbieders van wijkverpleging.

### Welke registraties heeft u nodig?

De gevraagde gegevens is het antwoord op de onderstaande vraag:

- Heeft u actief beleid om het aantal waarderingen op Zorgkaart Nederland op te hogen?

Bijvoorbeeld: belteam, aanschrijven cliënten/mantelzorgers (mailing), persoonlijke brief aan cliënten, verspreiden van folders, aandacht op de eigen website, benoemen in de nieuwsbrief, koppelen aan zorgleefplan gesprek/intakegesprek/evaluatiemomenten, onderzoek naar waarom geen/weinig waarderingen gegeven worden, reageren van zorginstellingen op waardering van cliënt, verbeterplannen n.a.v. waarderingen van cliënt.

De acties dienen in de meetperiode te hebben plaatsgevonden.

o Actief beleid is als volgt gedefinieerd:

De organisatie voert zeer actief beleid (5 of meer van de genoemde of vergelijkbare acties)

De organisatie voert hierop actief beleid (3 of 4 van de genoemde of vergelijkbare acties)

De organisatie voert hierop enigszins actief beleid (1 of 2 van de genoemde of vergelijkbare acties)

De organisatie voert hierop geen actief beleid (acties)

(geen van de genoemde of vergelijkbare acties)

### Meten (zorgaanbieders van wijkverpleging)

Tel het aantal acties u heeft ingezet om het aantal waarderingen op Zorgkaart Nederland op te hogen.

2. Promotor score	
<i>Definitie</i>	Het percentage cliënten/cliëntvertegenwoordigers dat een 8, 9 of 10 geeft op de NPS-vraag 'Zou u [instellingsnaam] bij uw vrienden en familie aanbevelen? (0 = zeer waarschijnlijk niet en 10= zeer waarschijnlijk wel)
<i>Teller</i>	Het aantal cliënten/cliëntvertegenwoordigers dat een 8, 9 of 10 geeft op de NPS-vraag.
<i>Noemer</i>	Alle cliënten/cliëntvertegenwoordigers die de NPS-vraag hebben beantwoord.
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Doelen</i>	Kwaliteitsverbetering, Cliëntkeuze-informatie, Zorginkoop en Toezichtsinformatie
<i>Casemixcorrectie</i>	Niet van toepassing in de huidige constructie van de indicator. Bij doorontwikkeling zal casemixcorrectie mogelijk wel een onderdeel worden van de meting.
<i>Meetperiode</i>	September 2015 t/m september 2017

### Toelichting

De CQ-index wordt niet langer als verplicht instrument beschouwd voor de wijkverpleging. Het instrument werd de laatste jaren vooral als administratief belastend en weinig onderscheidend ervaren. Afscheid nemen van de CQ-index betekent niet dat de partijen afscheid nemen van het principe transparant te zijn over cliëntervaringen. Zij zullen de ontwikkeling van een passend alternatief op zich nemen. Tot die tijd worden cliëntervaringen aangeleverd op basis van NPS-score, waarbij het percentage van het aantal cliënten dat een 8 of hoger geeft wordt geregistreerd. Onderzoek heeft uitgewezen dat de NPS een goed beeld geeft van cliëntervaringen in de organisatie, waarbij in Nederland in een groot aantal gevallen een score van 8 of hoger gezien kan worden als een 'promotor-score'.

### Welke registraties heeft u nodig?

De gegevens die u nodig heeft voor het indienen/beantwoorden van deze indicator:

- NPS-score
- Aantal cliënten waar de NPS-score bij uit is gezet

Deze vraag wordt gesteld d.m.v. een onafhankelijke uitvraag door zorgaanbieders op basis van aselecte steekproef, eventueel in combinatie met andere vragen die de organisatie aan cliënten wil voorleggen. De organisatie kan de onafhankelijke uitvraag zelf organiseren of hiervoor de ondersteuning inschakelen van een meetbureau.

De NPS wordt eens per twee jaar uitgevraagd.

De vraag kan worden gesteld aan de cliënt en/of aan de cliëntvertegenwoordiger en kan zowel schriftelijk als mondeling worden afgenomen al naar gelang de opzet van het onderzoek binnen de zorgorganisatie. Onderscheid wordt gemaakt tussen cliënten en cliëntvertegenwoordigers. Uit eerdere uitvragen blijkt dat ervaringen van cliënten en cliëntvertegenwoordigers niet overeen hoeven te komen. Vandaar dat de organisatie kan kiezen om cliënten of cliëntvertegenwoordigers te bevragen of beide. Dit leidt in de praktijk minimaal een of twee percentages per organisatie (op KvK-niveau).

Het handboek voor de CQ-index is richtinggevend voor de steekproefgrootte. Een organisatie neemt de volgende stappen in het kader van de steekproeftrekking:

1. Opstellen cliëntenbestand

De zorgaanbieder stelt een digitaal bestand op met daarin de benodigde gegevens voor de steekproeftrekking van alle cliënten. Het bestand moet minimaal bepaalde gegevens bevatten.

2. Selectie op basis van inclusie en exclusie criteria

De zorgaanbieder/opdrachtgever selecteert welke cliënten voldoen aan de inclusiecriteria van de steekproeftrekking en verwijdert de cliënten die voldoen aan de exclusiecriteria.

3. Kenmerken geselecteerde cliënten

De zorgaanbieder/opdrachtgever noteert de kenmerken van de cliënten, dit om later de representativiteit van de steekproef te kunnen controleren.

4. Steekproeftrekking

Uit de overgebleven groep cliënten wordt random het aantal afgesproken respondenten geselecteerd.

Dit kan op twee verschillende manieren:

- a. Men kan gebruik maken van een functie in het administratieprogramma voor het random selecteren van de groep.
- b. Men kan ook de cliënten op volgorde van cliëntnummer zetten in een bestand en dan kan men elke keer cliënt met nummer X kiezen.

Als na het opstellen van het populatiebestand minder cliënten zijn overgebleven dan de beoogde steekproefomvang, dan worden alle cliënten uit het populatiebestand benaderd. Als na het opstellen van het populatiebestand minder dan tien cliënten overblijven, kan de meting in het geheel niet plaats vinden. Dit in verband met de noodzaak om de anonimiteit van patiënten/cliënten te waarborgen (per categorie: cliënten of cliëntvertegenwoordigers).

Voor meer handvatten of werkinstructies over de steekproeftrekking kunt u terecht op:

<https://www.zorginzicht.nl/kennisbank/Paginas/Handboek-Eisen-en-Werkwijzen-CQI-metingen.aspx>.

De NPS-vraag kan afgenomen worden bij cliënten of cliëntvertegenwoordigers van cliënten van 18 jaar of ouder. Andere exclusiecriteria zijn:

- Cliënt heeft vooraf aangegeven niet mee te willen doen aan het onderzoek;
- Cliënt is minder dan 1 maand in zorg (persoonlijke verzorging en/of verpleging);
- Andere zwaarwegende redenen.

### Metten (zorgaanbieders van wijkverpleging)

1. Tel alle cliënten/cliëntvertegenwoordigers op die de NPS-vraag hebben beantwoord.
2. Noteer dit aantal bij de noemer.
3. Tel alle cliënten/cliëntvertegenwoordigers op dat een 8, 9 of 10 geeft op de NPS-vraag
4. Noteer dit getal bij de teller.

3. Systematische en geautomatiseerde registratie zorginhoudelijke cliëntgegevens	
<i>Definitie</i>	Zorgaanbieders registreren gegevens, middels een geautomatiseerde registratie
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Doelen</i>	Kwaliteitsverbetering, Zorginkoop en Toezichtsinformatie
<i>Casemixcorrectie</i>	Nvt
<i>Meetperiode</i>	September 2016 t/m september 2017

**Toelichting**

De zorg kan worden verbeterd door (aan de bron) zorginhoudelijke gegevens bij te houden. Leren van deze informatie wordt met de huidige technologie steeds beter mogelijk. Daarbij kan op termijn ook worden gekeken hoe deze informatie kan worden gebruikt voor transparantie. Echter, geautomatiseerde registratie –al dan niet op basis van een classificatiesysteem- is in de sector sterk in ontwikkeling. Met deze indicator wordt een eerste stap gezet naar transparantie op dit thema.

**Welke registraties zijn nodig?**

U dient aan te geven of uw organisatie werkt aan systematische en geautomatiseerde registratie van zorginhoudelijke cliëntgegevens door de zorgprofessional. Daarbij zijn de volgende antwoordmogelijkheden gedefinieerd:

- a) Registratie van zorginhoudelijke cliëntgegevens is geautomatiseerd en geïmplementeerd in de gehele organisatie.
- b) Registratie van zorginhoudelijke cliëntgegevens is geautomatiseerd en geïmplementeerd in een deel van de organisatie.
- c) De automatisering van de registratie van zorginhoudelijke cliëntgegevens is in ontwikkeling en wordt (op termijn) geïmplementeerd.
- d) Organisatie oriënteert zich op geautomatiseerde registratie van zorginhoudelijke cliëntgegevens, maar heeft nog geen definitieve keuze gemaakt.
- e) Organisatie is hier niet mee bezig.

## **7. Aanleveren meetgegevens en rapportage**

Na de meetperiode levert u alle meetgegevens digitaal aan in de portal van Desan. Uiteindelijk worden de aangeleverde gegevens beschikbaar gesteld in het Openbaar Data Bestand van het Zorginstituut Nederland. Zie het dataprotocol voor meer informatie over de aanlevering en de bijbehorende werkwijze.

Vanaf 1 september 2017 is de portal geopend voor de aanlevering van de kwaliteitsgegevens door zorgorganisaties. U heeft tot en met 1 december 2017 de mogelijkheid om de gegevens aan te leveren via de portal.

## **8. Ter afsluiting**

Dit handboek is bedoeld om zorgaanbieders van wijkverpleging te ondersteunen bij de landelijke kwaliteitsmeting. Een goed begrip van de bedoeling van elke kwaliteitsindicator en een duidelijk meetinstructie helpen om de juiste informatie aan te leveren. De ervaringen opgedaan met voorgaande metingen zijn verwerkt om deze meting zo goed mogelijk te laten verlopen en om de kwaliteit van de informatie verder te verbeteren. Neemt u gerust contact op met uw branchevereniging als u nog vragen heeft.