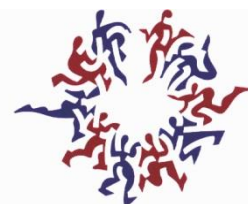




Zorgverzekeraars Nederland



Handboek Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging Verzorging & Thuiszorg

Het meten van goede zorg in de VV&T



| | |
|--|----|
| Inleiding..... | 3 |
| 1. Waarom meten we?..... | 4 |
| 2. Wat meten we? | 5 |
| 2.1 Kwaliteit van leven en zorg..... | 5 |
| 2.2 Indicatoren..... | 5 |
| 3. Bij welke cliënten meten we? | 7 |
| 3.1 Reikwijdte..... | 7 |
| 3.2 Welke cliënten doen mee?..... | 7 |
| 3.3 Iedereen doet mee!..... | 8 |
| 4. Hoe meten we? | 10 |
| 4.1 Organisatorische eenheden..... | 10 |
| 4.2 Cliëntgebonden indicatoren (CQ)..... | 11 |
| 4.3 Zorginhoudelijke indicatoren (ZI) | 12 |
| 5. Wanneer meten we?..... | 13 |
| 5.1 Frequentie | 13 |
| 5.2 Meetperioden en aanleverages | 13 |
| 6. Advies t.a.v. voorbereidingen op de metingen..... | 14 |
| 6.1 Coördinator | 14 |
| 6.2 Kernteam en meetteam | 14 |
| 6.3 Betrokkenen informeren | 15 |
| 7. Uitvoeren van de metingen..... | 16 |
| 8. Toelichtingen op de registratieformulieren..... | 17 |
| 8.1 Toelichtingen registratieformulier A..... | 17 |
| 8.2 Toelichtingen formulier B..... | 19 |
| 8.3 Toelichtingen formulier C..... | 23 |
| 9. Wat gebeurt er met de meetgegevens?..... | 26 |
| 10. Heeft u een vraag?..... | 27 |
| Bijlage 1: Overzicht indicatoren kwaliteitsdocument 2013 VVT | 28 |

Inleiding

Het handboek bij Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging & Thuiszorg (VV&T) is bedoeld om u te ondersteunen bij het meten en registreren van de indicatoren uit het Kwaliteitsdocument.

Dit handboek biedt de inhoudelijke ondersteuning bij het meten en registreren van de kwaliteitsgegevens.

Informatie over het proces van aanleveren van de kwaliteitsgegevens en technische ondersteuning bij het aanleveren vindt u op www.zorgvoorkwaliteit.com

Iedereen die bij het meetproces betrokken is, vindt in dit handboek bruikbare informatie.

- Kwaliteitsmanagers en/of coördinatoren vinden in dit handboek informatie die zij kunnen gebruiken bij het coördineren van het meetproces en het instrueren van zorgverleners over het invullen van de registratieformulieren. Voor u is het van belang het hele handboek te lezen. Zo krijgt u een overzicht van de beschikbare informatie én kunt u anderen op het bestaan van (relevante onderdelen) van dit handboek wijzen.
- Zorgverleners kunnen dit handboek gebruiken als naslagwerk bij het invullen van de vragenlijsten.
- Managers en Raden van Bestuur vinden in dit handboek informatie over de achtergronden van de indicatoren en voorwaarden voor het verzamelen van betrouwbare meetgegevens.
- Communicatiemedewerkers vinden in dit handboek toegankelijke informatie over de kwaliteitsmeting, waarmee zij anderen kunnen informeren.

Iedereen is erbij gebaat als de gegevens zo betrouwbaar mogelijk zijn. Dat vraagt om heldere informatie voor alle betrokkenen over het kwaliteitsdocument, draagvlak voor de uitvoering van de metingen en een gestroomlijnde meetpraktijk.

- U kunt het handboek in digitale vorm bekijken en downloaden via de website www.zorgvoorkwaliteit.com
- We raden u aan regelmatig dit handboek open te slaan. Dit helpt u om de lijn van het meetproces te begrijpen en vast te houden.
- Gebruik het handboek om medewerkers te informeren en instrueren.

Voor actuele en achtergrondinformatie kunt u altijd terecht op de website www.zorgvoorkwaliteit.com. Via de nieuwsberichten op de site houden we u op de hoogte van het laatste nieuws. Ook vindt u regelmatig nieuwe of geactualiseerde informatie via veelgestelde vragen en documenten. Mocht u nog vragen hebben, dan is daarvoor de helpdesk beschikbaar via de contactgegevens die vermeld staan op de website.

1. Waarom meten we?

Het is belangrijk dat overal goede zorg wordt geleverd. Maar wat is goede zorg? In het Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VV&T) leest u wat wij verstaan onder goede zorg en hoe we over 2013 willen meten of die zorg goed is. Dit document vindt u op www.zorgvoorkwaliteit.com onder het kopje documenten.

De visie op goede zorg wordt beschreven in 'Zorg in verbinding'. De normen voor goede zorg staan in het derde hoofdstuk van het Kwaliteitsdocument.

Dit handboek gaat in detail in op het meten van de indicatoren die zijn beschreven in hoofdstuk 4.

Vanuit de informatiebehoefte van de informatievragende partijen LOC, ZN en IGZ, is het kwaliteitsdocument set 2013 tot stand gekomen. Belangrijke uitgangspunten hierbij waren onder andere de visie 'Zorg in verbinding' en het beperken van de administratieve lasten. De mogelijkheid wordt geboden om met één keer meten transparant te zijn over geleverde kwaliteit naar de verschillende informatievragers.

Het doel van het kwaliteitsdocument is door goede zorg de kwaliteit van leven van de cliënt te verbeteren. Uitgangspunt daarbij is de cliënt zelf. Het is natuurlijk ook belangrijk dat de zorgverlener met plezier werkt, en dat de Raad van Bestuur en managers het personeel goed ondersteunen. Maar in het kwaliteitsdocument staat de kwaliteit van leven van de cliënt centraal. De visie, normen en meting bieden zowel binnen als buiten de zorgorganisatie bruikbare informatie om:

- De kwaliteit van zorg in uw organisatie te vergelijken met andere zorgaanbieders;
- Op zoek te gaan naar verbetermogelijkheden. De kwaliteitsinformatie levert een goede basis voor besprekingen tussen professionals onderling, cliëntenraden en met het management. De uitkomsten kunnen zo direct vertaald worden naar concrete verbeteringen en aanpassingen in programma's en werkwijzen;
- Focus aan te brengen in het kwaliteitsbeleid en te sturen op gewenste resultaten;
- Transparant te zijn over kwaliteit en uw organisatie te profileren naar cliënten en zorginkopers;
- Het gesprek aan te gaan en afspraken maken met de cliëntenraad over (verbetering van) kwaliteit;
- Het gesprek aan te gaan en afspraken maken met zorginkopers over (verbetering van) kwaliteit;
- De uitkomsten van de kwaliteitsmeting (de indicatorwaarden) kunnen gebruikt worden voor de kwaliteitsparagraaf van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording via DigiMV.

Het is belangrijk dat iedereen die betrokken is bij deze meting op de hoogte is van het doel ervan. Dat komt de motivatie om te meten ten goede, wat een positief effect heeft op de volledigheid en betrouwbaarheid van de meetgegevens.

Het kwaliteitsdocument ondersteunt medewerkers van zorgorganisaties om goede zorg te leveren. Kwaliteitsgegevens laten bijvoorbeeld zien waar problemen liggen of verbeterlagen te behalen zijn. Inzicht in deze gegevens is essentieel voor het verbeteren van de kwaliteit van geleverde zorg. Graag verwijzen we u ook naar het [Zorg voor Beter kennisplein VVT](#). Dit kennisplein biedt informatie over het verbeteren van de langdurende zorg voor de verpleging, verzorging en zorg thuis en biedt hulp aan zorgorganisaties en zorgverleners bij het ontwikkelen en inzetten van verbetertrajecten.

2. Wat meten we?

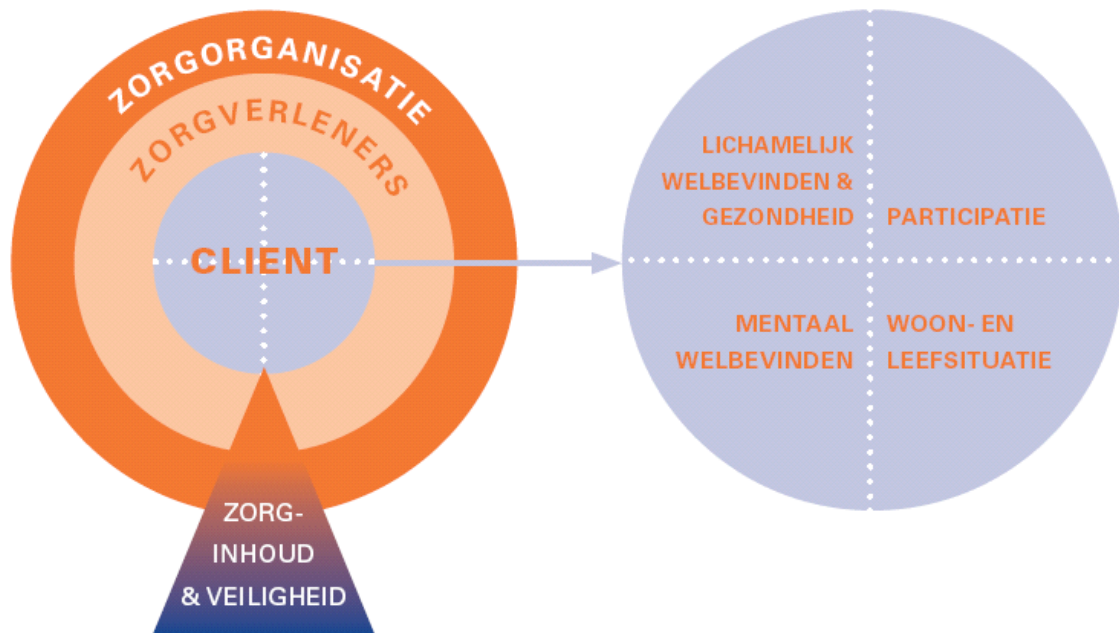
2.1 Kwaliteit van leven en zorg

Zorgorganisaties ondersteunen hun cliënten bij het verkrijgen van een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. Het vertrekpunt van het kwaliteitsdocument is hoe de cliënt het leven kan voortzetten zoals hij dat gewend is of hoe hij wil leven. Hoe kan de cliënt binnen zijn eigen mogelijkheden en beperkingen de dingen blijven of gaan doen die hij zelf belangrijk en zinvol vindt? Hoe kunnen de zorgverleners de cliënt daarbij optimaal ondersteunen?

De vier levensdomeinen bieden daarvoor een mooi kader:

- a. lichamelijk welbevinden en gezondheid
- b. woon- en leefsituatie
- c. participatie
- d. mentaal welbevinden

Voorwaarden voor goede zorg en het realiseren van een zo hoog mogelijke *kwaliteit van leven* van cliënten zijn de *kwaliteit van de zorgorganisatie*, de *kwaliteit van zorgverleners* en de *zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid*. Deze thema's zijn essentieel in het verwezenlijken van kwaliteit van leven. Zowel de zorgverleners en de zorgorganisatie hebben een rol in het realiseren van zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid. In figuur 1 ziet u hoe de thema's zich tot elkaar verhouden.



Figuur 1: schematische weergave thema's

2.2 Indicatoren

Bovengenoemde thema's zijn verder uitgewerkt in meetbare termen: de indicatoren. Indicatoren zijn 'aanwijzers', het zijn als het ware thermometers voor een zorgorganisatie.

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

1. Cliëntgebonden Indicatoren (CQ). Deze worden gemeten door cliëntenraadpleging aan de hand van de CQ-Index Verpleging Verzorging & Thuiszorg. Dit wordt uitgevoerd door een onafhankelijk meetbureau.
2. Zorginhoudelijke Indicatoren (ZI), gemeten door organisatie zelf.
 - a. zorginhoudelijke indicatoren op organisatieniveau
 - b. zorginhoudelijke indicatoren op cliëntniveau

Bijlage 1 'Overzicht Indicatoren Kwaliteitsdocument VV&T' bevat een overzicht van de indicatoren, waarin per indicator de manier van meten (CQ of ZI) te zien is.

3. Bij welke cliënten meten we?

3.1 Reikwijdte

Het kwaliteitsdocument 2013 gaat over zorg die geleverd wordt door zorgorganisaties in de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg. Dat kan zorg zijn binnen muren van een zorgorganisatie of thuis. Het gaat zowel over zorg gefinancierd met een persoonsgebonden budget als zorg in natura. Beide vormen van zorg worden vanuit de AWBZ vergoed. Dit kwaliteitsdocument is *niet* gericht op kortdurende zorg zoals dagbehandeling, revalidatie en kraamzorg.

3.2 Welke cliënten doen mee?

Een deel van de indicatoren wordt op organisatieniveau gemeten (bv 'beschikbaarheid arts'), een deel wordt op het niveau van de individuele cliënt vastgelegd (bv 'valincidenten'). Bij welke cliënten we in het laatste geval meten hangt af van het type indicator.

1) Cliëntgebonden indicatoren (CQ-Index)

De cliëntgebonden indicatoren worden gemeten bij een steekproef uit de cliëntenpopulatie. Deze steekproef wordt getrokken door het meetbureau in opdracht van de zorgaanbieder. Bij wie de steekproef getrokken moet worden hangt af van de doelgroep die per vragenlijst bemeten wordt. De CQ-index Verpleging Verzorging & Thuiszorg bestaat uit drie vragenlijsten met verschillende doelgroepen. Per vragenlijst (bewoners in een verpleeg- of verzorgingshuis, vertegenwoordigers van psychogeriatrische bewoners, en thuiswonende cliënten) is aangegeven welke cliënten worden uitgesloten van deelname en hoe groot de steekproef moet zijn.

a) CQ-index Ervaringen met de zorg in een verpleeg- of verzorgingshuis; vragenlijst voor interviews met bewoners; deze lijst is gericht op cliënten die langer dan één maand in een verpleeg- of verzorgingshuis verblijven en met wie een interview kan worden gehouden. De lijst is niet bedoeld voor reactivering- of revalidatiecliënten.

b) CQ-index Ervaringen met de zorg in een verpleeg- of verzorgingshuis; vragenlijst voor vertegenwoordigers van bewoners; deze lijst is gericht op vertegenwoordigers van psychogeriatrische cliënten die langer dan één maand in een verpleeg- of verzorgingshuis verblijven. De lijst is niet bedoeld voor vertegenwoordigers van cliënten met kortdurend verblijf, respijtzorg e.d.

c) CQ-index Ervaringen met de zorg thuis; vragenlijst voor thuiswonende cliënten van zorgorganisaties; deze lijst is gericht op thuiswonende cliënten van 18 jaar en ouder, die thuis (eventueel in een aanleunwoning) gedurende een periode van minimaal zes maanden Persoonlijke verzorging en/of Verpleging ontvangen van thuiszorgorganisaties of zorgorganisaties. Deze lijst is niet bedoeld voor cliënten met uitsluitend Huishoudelijke Verzorging of Begeleiding.

*De CQ-Index vragenlijsten zijn te downloaden via de website van het CKZ:
www.centrumklantervaringenzorg.nl.*

2) Zorginhoudelijke indicatoren (ZI)

De groep cliënten waarbij zorginhoudelijke indicatoren gemeten wordt, verschilt voor de Verpleeg en Verzorgingshuishoudelijke (V&V) en Thuiszorg.

De zorginhoudelijke indicatoren worden intramuraal gemeten bij alle cliënten die binnen de selectiecriteria vallen. In de Thuiszorg wordt een steekproef getrokken.

- Verpleging en Verzorging
Registratie van de zorginhoudelijke indicatoren op cliëntniveau gebeurt bij de V&V bij alle cliënten, met uitzondering van:
 - cliënten die korter dan 30 dagen in zorg zijn;
 - cliënten die revalidatiezorg, enkel dagactiviteiten, respijtzorg e.d. ontvangen;
 - specifieke groepen cliënten die de betreffende indicator vermeldt.
- Thuiszorg
Meting van de zorginhoudelijke indicatoren op cliëntniveau gebeurt in de Thuiszorg bij een representatieve steekproef uit de cliëntenpopulatie, met uitzondering van:
 - cliënten die korter dan 30 dagen in zorg zijn;
 - cliënten die jonger dan 18 jaar zijn;
 - cliënten die gebruik maken van uitsluitend Huishoudelijke Verzorging en/of uitsluitend Begeleiding.

Voor de steekproef geldt een specifieke sleutel. U berekent de grootte van de steekproef voor uw organisatorische eenheid via een eenvoudige tool op <http://www.zorgvoorkwaliteit.com>.

3.3 Iedereen doet mee!

Om goede zorg te kunnen bieden, hebben zorgverleners zorginhoudelijke informatie nodig van de specifieke situatie van cliënten. Dat is dezelfde informatie die gebruikt wordt om via metingen vast te stellen wat de kwaliteit van de geboden zorg is. Alle indicatoren zijn zo gekozen dat de informatie die nodig is om deze te meten, dezelfde is als de informatie die nodig is om goede zorg te bieden. Een groot deel van de zorginhoudelijke informatie kan op de meetmomenten vanuit het zorgdossier doorgevoerd worden naar de registratieformulieren, waarbij de anonimiteit gewaarborgd is. Wanneer directe waarneming of observatie nodig is, dan gebeurt dit in het kader van de zorgverlening, waarna vervolgens registratie plaatsvindt. Hoe meer cliënten meedoen aan de metingen, des te betrouwbaarder zijn de gegevens die de zorgorganisatie terugkrijgt.

Zorgaanbieders worden geacht in de zorgovereenkomst de toestemming van de cliënt te regelen voor gebruik van gegevens van de cliënt voor de – voor de zorgaanbieder - verplichte metingen van zorginhoudelijke kwaliteitsindicatoren. Deze regeling sluit aan bij de 'Algemene voorwaarden voor zorg zonder verblijf / met verblijf' die door ActiZ, BTN en LOC zijn opgesteld, april 2010. Mocht de cliënt gedurende de zorg / verblijf willen afzien van deze regeling, dan is dat eventueel mogelijk.

In de zorgovereenkomst die ter ondertekening aan de cliënt wordt voorgelegd, wordt vastgelegd dat de cliënt kennis heeft genomen van de nu volgende regeling voor de verplichte meting van zorginhoudelijke kwaliteitsindicatoren.

De regeling is als volgt:

- de cliënt is ervan op de hoogte dat de gegevens van de metingen van zorginhoudelijke indicatoren worden gebruikt voor interne kwaliteitsverbetering;
- de cliënt is ervan op de hoogte dat gegevens van de metingen van de zorginhoudelijke indicatoren geanonimiseerd doorgeleverd worden aan derden;
- de cliënt is ervan op de hoogte dat voor een aantal zorginhoudelijke indicatoren per meting apart toestemming wordt gevraagd. Indien de cliënt hierop *niet* onderzocht wil worden ten behoeve van de metingen dan wordt dit vastgelegd in het zorgleefplan. Voor de intramurale zorg gaat het om de indicatoren depressieve symptomen en probleemgedrag.

NB: bovenstaande regeling geldt voor de zorginhoudelijke indicatoren. Voor meting van de cliëntgebonden indicatoren dient expliciet toestemming verleend te zijn door de cliënt.

4. Hoe meten we?

4.1 Organisatorische eenheden

Zowel de cliëntenraadpleging door externe meetbureaus als de zorginhoudelijke metingen door de organisatie zelf moeten op het niveau van de organisatorische eenheid (OE) worden uitgevoerd. Zorgorganisaties dienen alert te zijn op de indeling in organisatorische eenheden, zodat de gegevens op een adequaat organisatieniveau verzameld worden.

De IGZ beheert een lijst met organisatorische eenheden en de bijbehorende Organisatorische-Eenheid-codes (OE-codes). Deze is toegankelijk via www.igz.nl. Indien u vragen of problemen heeft rondom de indeling in organisatorische eenheden van uw zorgorganisatie, dan kunt u contact opnemen de IGZ: meldpunt@igz.nl of tel. 088 – 120 5000.

Belangrijke overwegingen bij het aanvragen van wijzigingen in Organisatorische Eenheden:

Overwegingen t.a.v. de ondergrens

- De CQ wordt afgenomen per doelgroep: 1) Bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen 2) Vertegenwoordigers van psychogeriatrische cliënten en 3) Thuiswonende cliënten. Voor alle drie de doelgroepen geldt de richtlijn van het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ) dat voor de steekproef een harde ondergrens van 10 cliënten stelt (N=10), maar een grote voorkeur heeft voor een steekproef van 30 cliënten (N=30). Hoe kleiner de steekproef hoe minder betrouwbaar de gegevens. De kans is dan groter dat een uitkomst op toeval is gebaseerd. Bovendien is bij kleine aantallen een case-mix correctie niet mogelijk. Dit betekent dat de gegevens niet vergelijkbaar gemaakt kunnen worden en dat de informatie niet geschikt is voor keuze- en inkoopinformatie. Een bijkomend probleem is dat bij kleine aantallen de privacy van de cliënt in gevaar komt.
- Het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ) hanteert in de praktijk voor verwerking van de indicatoren dus de harde ondergrens van 10 cliënten. Als de indicatoren op minder dan 10 cliënten zijn gebaseerd, worden deze niet opgenomen in de landelijke database en niet verwerkt tot sterren. U kunt dan geen verantwoording afleggen op basis van CQ-gegevens. Er kunnen dan bijvoorbeeld ook geen gegevens op www.kiesBeter.nl worden weergegeven. Als meer dan 10 cliënten zijn onderzocht, is dit wel het geval.
- Om voor CQ-doelgroep 2 en 3 een steekproef van 30 (met een absolute ondergrens van 10) te kunnen halen is de ervaring dat er 70 (vertegenwoordigers van PG) respectievelijk 110 (Thuiswonende cliënten) vragenlijsten uitgezet moeten worden. Dat is dan ook de richtlijn van het CKZ. Wanneer u de OE zo gekozen heeft, dat deze aantallen niet gehaald worden, dan zult u extra activiteiten moeten ondernemen om tot een respons van 30 te kunnen komen (met een absolute ondergrens van 10). Beter nog is OE's te clusteren.
- Wij adviseren u ook te kijken naar de exclusiecriteria per doelgroep (deze zijn te vinden in de richtlijnen) teneinde te voorkomen dat u een OE-code aanvraagt voor een deel van uw organisatie waarbij als gevolg van de exclusiecriteria toch nog te weinig cliënten overblijven voor de meting. Uiteindelijk beslist de IGZ of uw verzoek t.a.v. de OE-indeling gehonoreerd wordt.
- Het kan nodig zijn om eenheden te clusteren om te komen tot een steekproef van 30 cliënten. Dit kan op verschillende manieren. Bijvoorbeeld vijf woonhuizen met elk tien cliënten te laten vallen onder één OE. Deze OE is dan het aggregatieniveau, waarop de informatie beschikbaar komt.

- Soms is het een overweging om OE's wat groter te kiezen om ook het aantal (de N) voor de zorginhoudelijke indicatoren voldoende groot te maken/houden. Een voorbeeld:
OE 1234 overweegt om de OE te splitsen voor de onderdelen Zorg Thuis-poot (230 cliënten), de intramurale somatische cliënten (200 cliënten), en het PG-deel (30 cliënten). Dat lijkt hen overzichtelijker. Voor de CQ-metingen maakt dat geen verschil, want er worden nu ook al drie verschillende CQ-index-vragenlijsten met bijbehorende steekproeven gehanteerd. Echter, de resultaten op de zorginhoudelijke indicatoren werden – vóór de splitsing - samengenomen voor somatiek en PG wat een voldoende hoge N opleverde. Bij een splitsing worden de gegevens tot aparte sterren verwerkt. Dat betekent dat de zorginhoudelijke sterren nu gebaseerd zijn op minder grote aantallen cliënten én daarmee dus gevoeliger worden voor de factor toeval! Dat is, zeker met de genoemde aantallen in dit voorbeeld niet wenselijk.
Advies is in dit voorbeeld dus: niet splitsen.
- De OE kan op verschillende niveaus informatie terugkrijgen in de rapportagetool die wordt gebouwd in de portal. Meer informatie over de mogelijkheden van de rapportagetool is beschikbaar in een specifieke handleiding op de website www.zorgvoorkwaliteit.com.

Overwegingen t.a.v. de bovengrens

- Wat betreft het maximaal aantal cliënten per OE hanteert de inspectie de volgende aantallen:
 - In principe maximaal 300 cliënten bij zorg met verblijf.
 - Maximaal 1000 cliënten bij persoonlijke zorg en/of verpleging zonder verblijf.
- Denkt u er aan dat OE's samenvoegen mogelijk minder kosten voor de cliëntenraadpleging met zich meebrengen, maar tegelijkertijd betekent dat een verlies aan informatie voor interne verbetering.

Kortom: kies uw OE groot genoeg om betrouwbare gegevens te verkrijgen en te kunnen publiceren op Kiesbeter.nl en in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording, maar klein genoeg om zinvolle gegevens voor interne verbetering teruggekoppeld te krijgen

4.2 Cliëntgebonden indicatoren (CQ)

Elke organisatorische eenheid dient één keer per twee jaar een cliëntenraadpleging met de CQ-index VVT uit te laten voeren door een geaccrediteerd meetbureau dat werkt volgens de richtlijnen die vastgesteld zijn door het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ). Het CKZ heeft de CQ-index en bijbehorende vragenlijsten ontwikkeld en houdt toezicht op het gebruik en de toekomstige ontwikkeling van deze vragenlijsten.

- De CQ-Index vragenlijsten, de richtlijnen die het CKZ hanteert en achtergrondinformatie bij de CQ-meting vindt u op www.centrumklantervaringzorg.nl.
- Op deze site vindt u ook een lijst met geaccrediteerde meetbureaus ([klik hier](#)).
- Maak duidelijke afspraken met uw meetbureau over de (datum van) doorlevering aan de landelijke database en betrek daarbij de aanleverdata voor CQ gegevens.
- Houd er rekening mee dat de doorlooptijd van een CQ-meting circa 4 maanden is, van meetbureau benaderen tot aanleveren gegevens aan de landelijke database.
- De gegevens in de rapportage van uw meetbureau kunnen afwijken van de gecorrigeerde gegevens in de rapportage dat u van de landelijke database ontvangt. Meetbureaus kunnen bijvoorbeeld zelf sterren toekennen op basis van

een vergelijking met hun eigen referentiegroep (de zorgaanbieders die bij het betreffende meetbureau de metingen hebben laten uitvoeren). De landelijke toekenning van sterren is nauwkeuriger en leidend omdat deze gerelateerd is aan de landelijke referentiegroep.

4.3 Zorginhoudelijke indicatoren (ZI)

Elke organisatorische eenheid dient jaarlijks de zorginhoudelijke indicatoren te meten en aan te leveren.

Specifieke informatie over het aanleverproces en technische ondersteuning, kunt u vinden op www.zorgvoorkwaliteit.com.

Er zijn twee mogelijkheden om de zorginhoudelijke gegevens aan te leveren:

XML upload

> Vanuit eigen registratie / ECD

Organisaties die al in staat zijn om de zorginhoudelijke indicatoren in een ECD of via een eigen continu registratiesysteem te verzamelen kunnen zorginhoudelijke indicatoren via hun systeem aanleveren bij de landelijke database. Dit doet u door het uploaden van een XML bestand uit uw ECD.

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

> Vanuit LPZ of Rai-View

Organisaties die deelnemen aan de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ), module Normen Verantwoorde zorg of organisaties die werken met Rai-View kunnen via die weg ook de zorginhoudelijke indicatoren voor verantwoorde zorg meten (zowel de indicatoren op organisatie- als cliëntniveau). U kunt een XML-bestand genereren en dat via de uploadfunctie aanleveren aan de landelijke database.

Meer informatie over het uploaden van een XML-bestand kunt u vinden op www.zorgvoorkwaliteit.com.

Invoertool

Organisaties die de zorginhoudelijke indicatoren nog niet uit hun huidige zorgregistraties kunnen halen kunnen gebruikmaken van de invoertool. Dit is een tool waarmee organisaties de zorginhoudelijke indicatoren op cliënt- en organisatieniveau kunnen registreren en aanleveren aan de landelijke database. Deze voorziening is niet geschikt om continue registraties bij te houden, maar slechts voor een jaarlijkse meting.

5. Wanneer meten we?

5.1 Frequentie

Volgens de regeling Verslaggeving van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) bent u als verpleging- verzorging- of thuiszorgorganisatie verplicht tot het indienen van een jaardocument. Onderdeel hiervan is het meten van ZI (jaarlijks) en CQ (eenmaal per twee jaar). Het kan interessant zijn om één keer in de twee jaar de zorginhoudelijke metingen en de cliëntenraadpleging in eenzelfde periode uit te voeren. Dit geeft wellicht een beter beeld van de kwaliteit van de geboden zorg op een specifiek moment.

5.2 Meetperiodes en aanleVERRondes

De gegevens kunnen aangeleverd worden van 1 oktober 2013 tot en met 13 december 2013. Voor de meest actuele informatie over het aanleverproces verwijzen we u naar www.zorgvoorkwaliteit.com.

Let op! Ten aanzien van de meetperiode geldt dat zorginhoudelijke gegevens verzameld moeten worden binnen een tijdsbestek van 3 maanden. Deze periode beschrijft een maximum; de meting mag ook in één week voltooid worden.

Let op! Het is géén probleem als de periode tussen de meting zelf en het aanleveren van de kwaliteitsgegevens voor de landelijke database een langere periode bestrijkt.

6. Advies t.a.v. voorbereidingen op de metingen

6.1 Coördinator

Om de metingen op een goede manier te laten verlopen is een coördinator in de zorgorganisatie nodig die zorg draagt voor de coördinatie van onder andere de instructie van verzorgenden, de planning van de metingen op cliëntniveau, het verzamelen van de gegevens op organisatieniveau, de verspreiding van formulieren, de gegevensinvoer, et cetera.

6.2 Kernteam en meetteam

Kernteam

Het is aan te bevelen om een kernteam te vormen dat als eerste dit handboek bestudeert en een plan opstelt of het al opgestelde plan nog eens doorneemt. Dit team zou kunnen bestaan uit de kwaliteitsfunctionaris, coördinator(en), teamleider(s) en enkele zorgverleners. Voor de zorgverleners die de metingen uitvoeren is het belangrijk dat het kernteam een bekende of duidelijk herkenbare vraagbaak is. De vragen en problemen die zich voordoen in de praktijk kunnen in dit kernteam besproken en opgelost worden.

Meetteam - intramuraal

Stel een meetteam samen, bestaande uit team A en B:

- Team A: een team van zorgverleners die deskundig zijn op het gebied van zorgproblemen (arts/verpleegkundigen/verzorgenden);
- Team B: per afdeling een (aantal) zorgverlener(s) in-/vrijroosteren in de meetperiode voor het uitvoeren van de meting.

De registratie per cliënt vindt plaats door twee zorgverleners samen: één zorgverlener uit team A (die onafhankelijk en zorginhoudelijk deskundig is) en één uit team B (die de cliënt kent). Op deze manier wordt bij de meting een onafhankelijke zorgverlener ondersteund door een zorgverlener die goed ingewerkt is op de afdeling. Zo wordt belangrijke achtergrondinformatie over cliënten niet over het hoofd gezien. Bij het invullen van het registratieformulier dienen de onafhankelijke zorgverlener en de zorgverlener van de afdeling tot overeenstemming te komen. Lukt dit niet, dan beslist de zorgverlener van het deskundigenteam.

De grootte van het meetteam is afhankelijk van het aantal afdelingen en cliënten en de tijd die men wil nemen voor de registraties. Uit de praktijk is gebleken dat het verzamelen van de gegevens op cliëntniveau circa 10 tot 15 minuten per cliënt kost. Houd hiermee rekening in de planning!

Meetteam - Zorg Thuis

De werkwijze die voor de thuiszorg goed werkt is om een team van ervaren verpleegkundigen of ervaren verzorgenden niveau 3 te selecteren. Deze verpleegkundigen en verzorgenden verzamelen de meetgegevens bij elke cliënt die ze tijdens de meetperiode bezoeken en die aan de selectiecriteria voldoen. De steekproefgrootte bepaalt het aantal ervaren verpleegkundigen of verzorgenden dat wordt ingezet en de meetgegevens registreert.

Het kan een idee zijn om proef te draaien met het invullen van registratieformulieren. Zo kunt u nagaan waar mogelijke problemen zijn voor deze organisatie of dit onderdeel van de organisatie. Ervaringen die hiermee worden opgedaan brengen focus aan in de voorbereiding en begeleiding van de definitieve meting.

6.3 Betrokkenen informeren

Het is belangrijk dat bij het informeren over de metingen de nadruk ligt op het doel dat ermee beoogd wordt: verbetering van de zorgverlening. Uiteraard zijn alleen betrouwbare gegevens te gebruiken voor verbeteringen. Het afleggen van verantwoording over de besteding van publieke middelen veronderstelt ook dat de kwaliteitsinformatie conform de werkelijkheid is. Het is de rol van de bestuurder van de organisatie hierin duidelijk de koers te bepalen en deze ook uit te dragen.

Informeren van de zorgverleners die de metingen uitvoeren

Zorgverleners (degenen die de registratieformulieren invullen) moeten de registratievragen goed kunnen beantwoorden. Het is erg belangrijk om de registratievragen en toelichtingen met de zorgverleners door te nemen tijdens een instructiebijeenkomst. Een dergelijke bijeenkomst vergroot de duidelijkheid over de vragen. Dit zorgt voor een meer eenduidige interpretatie van de vragen en registratie van de antwoorden. De toelichtingen per indicator die u vindt in hoofdstuk 8 zijn daarbij een grote ondersteuning. We raden u aan om deze toelichtingen voor de zorgverleners beschikbaar te stellen.

Maak bij het informeren van degenen die de metingen uitvoeren onderscheid in:

- meedelen van feiten (bijvoorbeeld op papier invullen of digitaal, wat is de planning, wie moet wat doen);
- begrijpen van de bedoeling van de meting (waarom vindt deze plaats, hoe moet je de vragen begrijpen);
- bevorderen van gewenst gedrag (bijvoorbeeld tijdig aanleveren, zo eerlijk mogelijk beantwoorden);
- terugkoppelen van de resultaten (hoe komt voor hen de informatie beschikbaar en wat wordt ermee gedaan).

Informeren van overige medewerkers

Teamleiders moeten op de hoogte worden gesteld van het logistieke proces tijdens de meetperiode, zodat zij hierin hun werkplanning rekening mee kunnen houden. Voor het creëren van draagvlak voor de metingen en het aan de slag gaan met de resultaten, is het zinvol om de medewerkers geregeld te informeren over de voortgang van het meetproces en de verwerking van de gegevens in bruikbare resultaten. Het onderwerp blijft daarmee levend voor alle betrokkenen.

Verder is het uiteraard van groot belang om in de zorgorganisatie expliciet en voor iedereen zichtbaar aan de slag te gaan met de uitkomsten van de metingen. Hierbij is het stappenplan 'van meten naar verbeteren' te gebruiken. Dit kunt u bestellen of downloaden bij LOC (www.loc.nl).

Informeren van de cliënten in uw organisatie

Het is essentieel dat u het doel van de metingen goed communiceert naar de cliënten: ook zij hebben belang hierbij! Inzicht in de kwaliteit is nodig voor het verbeteren van de zorg. Uw cliënten hebben dus uiteindelijk zelf profijt van deze metingen. Ook is het belangrijk om duidelijk te maken dat alle informatie in de eerste plaats wordt verzameld om goede zorg te verlenen én dat de gegevens niet terug te leiden zijn tot cliëntniveau. Privacy is altijd geborgd. Wanneer bovenstaande punten helder gecommuniceerd zijn naar uw cliënten, zullen zij er weinig op tegen hebben om mee te werken aan de metingen.

Voorbeelden van informatiebrieven ten behoeve van het informeren van alle betrokkenen zijn beschikbaar op www.zorgvoorkwaliteit.com.

7. Uitvoeren van de metingen

Het is belangrijk dat de zorgverleners die de meting uitvoeren elk registratieformulier volledig invullen. Ook is het belangrijk dat de formulieren correct worden ingevuld. Besteed aan de uitleg van de formulieren, de vragen en de antwoorden voldoende tijd en aandacht in de instructiebijeenkomst die u voor de zorgverleners organiseert, voorafgaand aan de meting. Dit voorkomt veel onduidelijkheid en fouten, die uiteindelijk kunnen leiden tot onvoldoende volledige metingen en vervolgens onbetrouwbare gegevens.

NB: de meting dient binnen 3 maanden uitgevoerd te worden. Alle registratieformulieren dienen binnen een meetperiode van 3 maanden te vallen. Deze periode van 3 maanden beschrijft een maximum; de meting mag ook in één week voltooid worden.

Zorg dat alle vragen op de registratieformulieren beantwoord worden. Controleer dit direct nadat de registratieformulieren ingeleverd zijn. Zo kunt u op dezelfde dag openstaande vragen alsnog beantwoorden. Op deze manier voorkomt u problemen bij het aanleveren van de gegevens waarbij u alle vragen móet invullen.

8. Toelichtingen op de registratieformulieren

Voor het daadwerkelijk meten van de zorginhoudelijke indicatoren uit het Kwaliteitsdocument 2013 voor de sector Verpleging Verzorging en Thuiszorg, zijn drie formulieren ontwikkeld waarmee zorgorganisaties deze indicatoren zelf meten:

- A. Registratieformulier op organisatieniveau (voor verpleeg- en verzorgingshuiszorg en/of Thuiszorg)
- B. Registratieformulier op cliëtniveau voor de verpleeg- en verzorgingshuiszorg
- C. Registratieformulier op cliëtniveau voor de thuiszorg

Hierna volgen de toelichtingen per formulier. Deze zijn van groot belang voor degenen die de metingen uitvoeren. De toelichtingen bevatten definities en invulinstructies. In de registratieformulieren staat steeds vermeld om welke indicator het gaat en met welk nummer uit het kwaliteitsdocument deze correspondeert (bijvoorbeeld 'Valincidenten 7.2' correspondeert met indicator 7.2 uit het Kwaliteitsdocument). De toelichtingen zijn geordend naar volgorde van de registratievragen.

8.1 Toelichtingen registratieformulier A: organisatieniveau

Registratieformulier A met indicatoren op organisatieniveau wordt per meting éénmalig ingevuld per Organisatorisch Eenheid (OE), bijvoorbeeld door een kwaliteitsfunctionaris of beleidsmedewerker van de OE.

- Als uw OE intramurale én extramurale zorg levert vult u alle vragen in.
- Als uw OE alléén intramurale zorg (verpleeg- en/of verzorgingshuiszorg) levert vult u alle vragen in.
- Als uw OE alléén extramurale zorg (thuiszorg, of extramurale zorg vanuit verpleeg- of verzorgingshuis, bijvoorbeeld in een aanleunwoning) levert, vult u vraag A5, A6 en A7-A24 niet in.

Algemeen

A1 Code Organisatorische Eenheid (OE-code)

De organisatorische eenheid wordt vastgesteld door de IGZ. De IGZ beheert een lijst met organisatorische eenheden en de bijbehorende OE-codes. Zowel de cliëntenraadpleging als de zorginhoudelijke metingen door de organisaties zelf moeten op het niveau van de OE worden uitgevoerd. Het is daarom van belang dat de OE-codes kloppen en niet achterhaald zijn. Zie hiervoor ook hoofdstuk 4 van dit handboek.

A2 Zorgaanbod

- Met 'intramuraal' wordt bedoeld dat zorg met verblijf wordt geleverd.
- Als u thuiszorg, of extramurale zorg vanuit een verpleeg- of verzorgingshuis, bijvoorbeeld in een aanleunwoning, levert, kruist u 'extramuraal' aan.

Andere zorgvormen vallen niet binnen de reikwijdte van het Kwaliteitsdocument VVT en worden daarom niet uitgevraagd door LOC en ZN.

A3 Aantallen cliënten

- Deze vraag vult u apart in voor intramuraal en extramuraal, uiteraard alleen voor het onderdeel dat of de onderdelen die voor uw OE van toepassing zijn. Allereerst wordt gevraagd om het totaal aantal cliënten. Hier vult u het aantal cliënten in zorg in, zonder toepassing van welk uitsluitcriterium dan ook. Vervolgens vult u de aantallen cliënten in die uitgesloten worden van de metingen voor het kwaliteitsdocument. Voor deze cliënten hoeft u dus geen B- of C-formulieren in te vullen.

Voor de intramurale setting (V&V) worden de volgende cliënten uitgesloten:

- o cliënten die korter dan 30 dagen in zorg zijn;
- o cliënten die alleen dagbehandeling/dagactivering ontvangen, cliënten met kortdurende zorgvormen (bijv. respijtzorg) en revalidatiecliënten. Voor deze cliënten zijn de indicatoren teveel gericht op langdurige en/of complexe verpleging en verzorging (en niet zozeer behandeling) en daarom minder relevant.

Voor de extramurale setting (ZT) worden de volgende categorieën cliënten uitgesloten:

- o cliënten die korter dan 30 dagen in zorg zijn;
 - o cliënten die jonger zijn dan 18 jaar.
 - o cliënten die uitsluitend huishoudelijke verzorging en/of uitsluitend begeleiding ontvangen.
- Het komt voor dat cliënten in twee categorieën passen (bv cliënten die korter dan 30 dagen in dagbehandeling zijn). Het is van belang dat het totaal aantal cliënten dat uitgesloten wordt op basis van de uitsluitcriteria in elk geval klopt. Als er sprake is van een cliënt die aan twee uitsluitcriteria voldoet is het aan u in welke categorie u deze cliënt meetelt.
 - NB: Intramuraal moet het aantal ingevulde B-lijsten overeenkomen met het aantal cliënten dat onder de streep overblijft. Extramuraal geldt dat het aantal ingevulde C-lijsten moet overeenkomen met de steekproefomvang die hoort bij het totaal aantal cliënten dat na uitsluiting overblijft bij de zorg thuis. *Mochten er echter cliënten zijn die in zijn totaliteit weigeren dat gegevens worden gemeten tbv kwaliteitsdocument, dan levert u voor hen géén B of C formulier in en wijkt het 'totaal aantal cliënten' onder de streep dus af van het aantal ingevulde formulieren.*

A4 Meetperiode

Met ingang van meetjaar 2013 hoeft deze meetperiode niet meer handmatig ingevuld te worden. De meetperiode wordt verkregen vanuit de ingevulde meetdata in de B- en C-formulieren.

Indicatorvragen

A5 Beschikbaarheid verpleegkundige (5.2)

Deze vraag is alleen van toepassing als de organisatorische eenheid intramurale zorg (VV) levert.

- Het is de bedoeling dat de organisatorische eenheid dit kan aantonen vanuit een eigen registratie.
- Met een BIG-geregistreerde verpleegkundige wordt bedoeld: minimaal een verpleegkundige niveau 4.
- In geval van lichte zorgzwaarte geldt dat het ook acceptabel is als binnen tien minuten telefonisch contact wordt gelegd met een verpleegkundige. Deze afwijking van de regel wordt in voorkomende gevallen gemotiveerd toegelicht als de IGZ daarom vraagt.

A6 Beschikbaarheid arts (5.3)

Deze vraag is alleen van toepassing als de organisatorische eenheid intramurale zorg (VV) levert.

- Het is de bedoeling dat de organisatorische eenheid dit kan aantonen vanuit een eigen registratie.
- Met arts wordt hier bedoeld:
 - o Een specialist ouderengeneeskunde als de instelling een verpleeghuis is;

- o Een gekwalificeerde arts als de instelling een verzorgingshuis is;
- o Op een verpleegunit in een verzorgingshuis geldt dat de gekwalificeerde arts ondersteund wordt door een specialist ouderengeneeskunde via een achterwachtconstructie.

A7-A24 Meten en monitoren (6.4)

Deze vragen zijn alleen van toepassing als de organisatorische eenheid intramurale zorg (VV) levert.

- Het is de bedoeling dat de organisatorische eenheid kan aantonen dat de verschillende metingen verricht worden ten behoeve van het verbeteren van de patiëntveiligheid (en de kwaliteit van zorg). Ook dient geregistreerd te worden op welke wijze de metingen verricht worden.
- Bij A24 kan de organisatorische eenheid registreren welke andere metingen of registraties worden uitgevoerd ten behoeve van het verbeteren van de patiëntveiligheid (en de kwaliteit van zorg).

8.2 Toelichtingen formulier B: cliënt niveau voor de verpleeg- en verzorgingshuiszorg

Algemeen

B1 Cliënt ID

Op de cliëntformulieren dient voor iedere cliënt een door de OE zelf te kiezen identificatiecode ingevuld te worden, op dusdanige wijze dat op de afdeling zelf opgezocht kan worden om welke cliënt het gaat. Dit kan nodig zijn om na te gaan of iedere cliënt die kan en wil deelnemen ook daadwerkelijk meegenomen is in de meting of bijvoorbeeld om achteraf een eventuele fout bij het invullen te kunnen herstellen. De cliënten moeten voor anderen anoniem blijven, de cliënt ID dient voor anderen dus niet herleidbaar te zijn (dus niet de naam van de cliënt gebruiken).

B3/B4 Geboortejaar / Datum in zorg

Deze velden zijn bedoeld ter controle van de selectiecriteria die ook bovenaan het formulier staan. Cliënten korter dan 30 dagen in zorg en/of cliënten die jonger zijn dan 18 jaar gaan niet mee in de verwerking van de gegevens, vult u hiervoor dus geen formulier in! Het is belangrijk dat deze gegevens voor alle cliënten wordt ingevuld. Niet ingevulde vragen kunnen tot gevolg hebben dat de gegevens van de cliënt onbruikbaar zijn voor de verwerking van de kwaliteitsgegevens.

B5 Afdeling

U heeft de mogelijkheid om uw organisatorische eenheid op te delen in een aantal afdelingen of onderdelen. Bij de terugkoppeling van de prestaties in de rapportagefunctionaliteit krijgt u dan extra selectiemogelijkheden op afdelingsniveau, om de gegevens te analyseren. Bij 'Afdeling' vult u het onderdeel of de afdeling waartoe de cliënt behoort in.

B6 Meetperiode

Hier vult u de dag of de periode in waarin dit formulier is ingevuld. De metingen van alle cliënten binnen één meting moeten binnen een periode van 3 maanden liggen. Als u op één dag heeft gemeten, dan kunt u bij Start en Einde dezelfde datum invullen.

Zorgafhankelijkheid

B7 Zorgafhankelijkheid

De Care Dependency Scale (CDS) is opgenomen om bij bepaalde indicatoren voor zorgafhankelijkheid te corrigeren. Kruis per activiteit de mate aan waarin de persoon afhankelijk is van de zorg van anderen. Het is belangrijk dat de CDS voor alle cliënten wordt ingevuld. Niet ingevulde vragen kunnen tot gevolg hebben dat de gegevens van de cliënt onbruikbaar zijn voor de case-mix correctie.

Bij het invullen van de CDS kunt u pag. 25 t/m 29 uit de handleiding CDS gebruiken. Deze handleiding vindt u op www.zorgvoorkwaliteit.com onder 'documenten' of klik [hier](#).

Indicatorvragen

Algemeen

In het kader van goede zorg maken we gebruik van de term 'zorgleefplan'. U kunt hiervoor in de plaats uiteraard ook andere termen lezen, zoals: zorgdossier, zorgplan, behandelplan, begeleidingsplan, ondersteuningsplan, etc.

Het zorgleefplan is de plek waarin centraal informatie over de cliënt is opgeslagen die van belang is voor de zorg en behandeling, evenals de afspraken die door de verschillende zorgverleners met de cliënt zijn gemaakt. Het zorgleefplan omvat: de algemene informatie over de cliënt (anamnese, eventueel levensverhaal), de afspraken die met de cliënt en/of vertegenwoordiger gemaakt worden (en ondertekend zijn), de rapportage en andere registraties die betrekking hebben (signaleren of volgen van) de kwaliteit van leven van cliënten. Ook afspraken met derden worden in het zorgleefplan opgenomen, zoals met een medisch specialist of pedicure. Daarnaast kunnen ook huisartsen en mantelzorgers gevraagd worden gebruik te maken van het zorgleefplan om hun bevindingen hierin vast te leggen.

Bij diverse onderwerpen in de registratieformulieren keert de vraag terug of de cliënt akkoord gaat dat de cliënt op een bepaald zorgprobleem onderzocht wil worden t.b.v. het Kwaliteitsdocument:

Gaat de cliënt ermee akkoord dat deze indicator bij hem of haar gemeten wordt?

- De cliënt gaat akkoord
- De cliënt gaat niet akkoord

Het is goed om te realiseren dat alle indicatoren zo zijn gekozen, dat de informatie die nodig is om de indicator te meten, dezelfde is als de informatie die nodig is om goede zorg te bieden. Dat betekent dat een cliënt voor de metingen van het kwaliteitsdocument niet extra belast wordt. Toch kan een cliënt uit principiële overwegingen bezwaar maken tegen doorlevering van gegevens. De zorgorganisatie zorgt er in dat geval voor dat dit bezwaar in het zorgleefplan vermeld staat. Dit kan verschillend zijn per onderwerp, vandaar dat de vraag bij relevante onderwerpen steeds terugkeert.

B8 Valincidenten (7.2)

- Onder een val wordt verstaan: het uit verticale of horizontale positie plotseling en onvrijwillig op de grond terechtkomen. Of iets een val is of niet, wordt dus niet bepaald door het feit of er wel of geen letsel is opgetreden.
- Alle valincidenten dienen meegenomen te worden. Dit is inclusief:
 - Valincidenten die door cliënten zijn gemeld, dus ook een val waarbij geen medewerker aanwezig was;
 - Valincidenten buitenshuis. Buitenshuis betekent bijvoorbeeld ook vallen in de supermarkt;
 - Valincidenten met aanvaardbaar risico. Met 'aanvaardbaar risico' betekent dat vallen een bewust risico is van de afgesproken zorg, bijvoorbeeld dat er geen fixatie wordt toegepast.

- Voor het beantwoorden van deze vraag gebruikt u de volgende bronnen:
 - Het cliëntendossier;
 - Het geheugen van de verzorgende én de cliënt (indien mogelijk);
 - De MIC (Melding Incidenten Cliënten)-registratie.

B9-B10 Medicijnincidenten (7.3)

- Indien de zorgorganisatie niet (een deel van) het beheer van de medicatie van de cliënt verzorgt, dan vallen het voorschrijven en toedienen van medicatie buiten de verantwoordelijkheid van de zorgorganisatie en zijn de verdere vragen t.a.v. medicijnincidenten en antipsychotica niet van toepassing. Dit is bijvoorbeeld het geval als een cliënt in het verzorgingshuis zijn eigen huisarts heeft en de medicatie zelf inneemt zonder hulp. Als de zorgorganisatie wel een rol heeft in het voorschrijven óf beheren/uitdelen van de medicatie dan is het antwoord 'ja' en worden de vragen wel beantwoord.
- Het gaat hierbij om medicijnincidenten die zijn gerelateerd aan de zorgverlener. Incidenten die door toedoen van de apotheek of de cliënt zelf zijn voorgevallen (bijvoorbeeld medicijn niet ingenomen) horen niet bij bovengenoemde medicijnincidenten. Als dit voorkomt kan 'nee, geen van bovenstaande medicijnincidenten' worden ingevuld.
- De optie 'onbekend' dient ingevuld te worden, als het niet bekend is of één van de genoemde medicijnincidenten heeft plaatsgevonden.
- Voor het beantwoorden van deze vraag gebruikt u de volgende bronnen:
 - Het cliëntendossier;
 - Het geheugen van de verzorgende én de cliënt (indien mogelijk);
 - De MIC (Melding Incidenten Cliënten)-registratie.

B11-B12 Antipsychotica (4.2)

- Onder antipsychotica worden geneesmiddelen verstaan die psychotische verschijnselen kunnen verminderen of doen verdwijnen. Indien degenen die de meting uitvoeren niet voldoende op de hoogte zijn van de stofnamen van antipsychotica, kan de apotheek mogelijk een oplossing bieden door lijstjes met merknamen aan te leveren.
- De diagnose delier, schizofrenie of psychotische stoornis moet door een arts zijn gesteld.

B13-B14 Probleemgedrag (7.4)

- De vraag of de cliënt deze verschijnselen vertoont, wordt op basis van waarneming of observatie beantwoord.

B15-B17 Vrijheidsbeperkende maatregelen - prevalentie (4.1)

- Vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen zijn middelen en maatregelen die met of zonder toestemming de bewegingsvrijheid en het gedrag van een cliënt beperken. Onder 'onrustband' wordt verstaan: ieder type band waarmee een cliënt wordt vastgebonden/gefixeerd in een bed of in een stoel. Onder een 'diepe stoel' wordt verstaan een stoel waar de cliënt niet zelf uit kan opstaan.
- Belangrijk is dat de genoemde middelen en maatregelen pas vrijheidsbeperkend zijn als de cliënt de maatregel of het middel niet zelfstandig kan opheffen.
- Het toepassen van een niet op te heffen onrustband, diepe stoel of tafelblad wordt geteld, ongeacht of de cliënt/vertegenwoordiger hiervoor toestemming heeft gegeven of niet en ongeacht het doel van het toepassen van deze maatregelen of middelen.
- Voorbeelden:
 - een tafelblad dat de dementerende cliënt zelf kan wegschuiven → wordt niet genoteerd als een vrijheidsbeperkende maatregel

- o een tafelblad dat het de dementerende cliënt onmogelijk maakt om op te staan, maar wat het bekijken van een boek vergemakkelijkt → wordt wel genoteerd als een vrijheidsbeperkende maatregel

B18-B19 Depressieve symptomen (4.4)

- De vraag of de cliënt deze verschijnselen vertoont, wordt op basis van waarneming of observatie beantwoord.

B20-B37 Risicosignalering zorgproblemen (7.1)

- Het is de bedoeling dat de risicosignalering voor elk probleemgebied afzonderlijk is terug te vinden in het zorgleefplan van de cliënt.
- Het tijdig herkennen van gezondheidsrisico's en preventie van zorgproblemen is een belangrijke graadmeter voor kwaliteit van zorg. Bij elke cliënt dient bij opname en vervolgens minimaal 1x per half jaar, bewust stilgestaan te worden bij het signaleren en opvolgen van gezondheidsrisico's die vaak voorkomen bij de cliëntpopulatie van de VVT.
- Het staat de organisatorische eenheid vrij hoe zij deze signalering uitvoert, *a/s* deze maar op een structurele manier en op cliëntniveau plaatsvindt en wordt vastgelegd in het zorgleefplan. Er bestaan meerdere checklists en instrumenten om op een verantwoorde manier risico's te signaleren. Verschillende settings of zorgzwaartes zullen ook om andere alertheid op risico's vragen. De organisatorische eenheid kan zelf bepalen hoe zij de signalering uitvoert en in welke situatie sprake is van een verhoogd risico.
- Voor de opvolging van situaties waarin sprake is van een verhoogd risico is niet voorgeschreven wat 'adequate opvolging' exact inhoudt. Dat kan van situatie tot situatie verschillen. Het is onder meer afhankelijk van de geïndiceerde zorg, de wensen en mogelijkheden van de cliënt. Ook hier geldt: het staat de organisatorische eenheid vrij hoe zij de opvolging uitvoert, als deze maar plaatsvindt en wordt genoteerd in het zorgleefplan.
- Deze indicator is van toepassing op alle cliënten, ook degene waarbij dat wellicht minder voor de hand liggend is. Bijvoorbeeld cliënten met een zzp 1 of 2.
- Ook voor cliënten die al meerdere jaren bekend zijn met een bepaald zorgprobleem wordt 2x per jaar structurele aandacht gevraagd voor het signaleren, maar vooral ook het opvolgen van zorgproblemen. In het kader van goede zorg wordt minimaal 2x per jaar bekeken of de opvolging van een gezondheidsprobleem de kwaliteit van leven van de cliënt bevordert.

B38-B41 PILOT Psychofarmaca (4.2a)

- Onder Psychofarmaca worden geneesmiddelen verstaan die aangrijpen op het psychisch functioneren/welbevinden. Indien degenen die de meting uitvoeren niet voldoende op de hoogte zijn van de stofnamen van psychofarmaca, kan de apotheek mogelijk een oplossing bieden door lijstjes met merknamen aan te leveren.
- Bij vraag B39 dient geregistreerd te worden of de cliënt al dan niet psychofarmaca krijgt. Er wordt vanuit gegaan dat duidelijk is of een cliënt al dan niet psychofarmaca krijgt. Om deze reden is de optie 'onbekend' niet beschikbaar voor deze indicator.
- Indien een cliënt psychofarmaca voorgeschreven krijgt, dient geregistreerd te worden vanuit welke indicatiestelling de psychofarmaca worden verstrekt aan de cliënt (vraag B39). De opties betreffen A een psychiatrische aandoening anders dan dementie, B dementie en C 'off label'.
 - o Bij keuzemogelijkheid A worden voorbeelden genoemd van bepaalde psychiatrische aandoeningen. NB: hiervoor dient de diagnose door een arts te zijn gesteld.
 - o Bij keuzemogelijkheid B worden voorbeelden genoemd van voorkomend probleemgedrag bij dementie. De vraag of de cliënt deze verschijnselen vertoont, wordt op basis van waarneming of observatie beantwoord.

- Bij keuzemogelijkheid C wordt onder 'off label voorgeschreven' verstaan: 'Het buiten de door het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) geregistreerde indicaties voorschrijven van geneesmiddelen. Het toedienen van psychofarmaca zonder indicatiestelling valt onder optie C.
- De (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt (vraag B40) betreft een concrete beschrijving van het probleemgedrag. Daarin wordt aangegeven voor wie het gedrag problematisch is, hoe het zich manifesteert, onder welke omstandigheden het optreedt, wanneer het optreedt en welke mogelijke oorzaken eraan ten grondslag liggen.
- Psychosociale of gedragsinterventies (vraag B41) zijn niet medicamenteuze interventies die zich richten op de cliënt en zijn/haar omgevingsfactoren. Voorbeelden van psychosociale en gedragsinterventies zijn te vinden in de richtlijn probleemgedrag (2008) van de NVVA.

De richtlijn probleemgedrag (2008) van de NVVA heeft betrekking op de mogelijkheden en beperkingen op het gebied van diagnostiek, behandeling en begeleiding van cliënten met probleemgedrag.

De indicator 4.2a Psychofarmaca betreft een pilot en kan op vrijwillige basis door de zorgorganisaties gemeten en aangeleverd worden.

NB: Het is niet verplicht om deze indicator te meten en aan te leveren.

Aanleveren van deze indicator is alleen mogelijk via de invoermodule in de portal en niet via XML/ECD-aanleveringen.

8.3 Toelichtingen formulier C: cliënt niveau voor de thuiszorg

Algemeen

C1 Cliënt ID

Op de cliëntformulieren dient voor iedere cliënt een door de OE zelf te kiezen identificatiecode ingevuld te worden, op dusdanige wijze dat op de afdeling zelf opgezocht kan worden om welke cliënt het gaat. Dit kan nodig zijn om na te gaan of iedere cliënt die kan en wil deelnemen ook daadwerkelijk meegenomen is in de meting of bijvoorbeeld om achteraf een eventuele fout bij het invullen te kunnen herstellen. De cliënten moeten voor anderen anoniem blijven, de cliënt ID dient voor anderen dus niet herleidbaar te zijn (dus niet de naam van de cliënt gebruiken).

C3/C4 Geboortejaar / Datum in zorg

Deze velden zijn bedoeld ter controle van de selectiecriteria die ook bovenaan het formulier staan. Cliënten korter dan 30 dagen in zorg en/of cliënten die jonger zijn dan 18 jaar gaan niet mee in de verwerking van de gegevens, vult u hiervoor dus geen formulier in! Het is belangrijk dat deze gegevens voor alle cliënten wordt ingevuld. Niet ingevulde vragen kunnen tot gevolg hebben dat de gegevens van de cliënt onbruikbaar zijn voor de case-mix correctie.

C5 Afdeling/onderdeel

U heeft de mogelijkheid om uw organisatorische eenheid op te delen in een aantal afdelingen of onderdelen. Bij de terugkoppeling van de prestaties in de rapportagefunctionaliteit krijgt u dan extra selectiemogelijkheden op afdelingsniveau, om de gegevens te analyseren. Bij 'Afdeling' vult u het onderdeel of de afdeling waartoe de cliënt behoort in.

C6 Meetperiode

Hier vult u de dag of de periode in waarin dit formulier is ingevuld. De metingen van alle cliënten binnen één meting moeten binnen een periode van 3 maanden liggen. Als u op één dag heeft gemeten, dan kunt u bij Start en Einde dezelfde datum invullen.

Zorgafhankelijkheid

C7 Zorgafhankelijkheid

De Care Dependency Scale (CDS) is opgenomen om bij bepaalde indicatoren voor zorgafhankelijkheid te corrigeren. Kruis per activiteit de mate aan waarin de persoon afhankelijk is van de zorg van anderen. Het is belangrijk dat de CDS voor alle cliënten wordt ingevuld. Niet ingevulde vragen kunnen tot gevolg hebben dat de gegevens van de cliënt onbruikbaar zijn voor de case-mix correctie.

Bij het invullen van de CDS kunt u pag. 25 t/m 29 uit de handleiding CDS gebruiken. Deze handleiding vindt u op www.zorgvoorkwaliteit.com.

Indicatorvragen

Algemeen

In het kader van goede zorg maken we gebruik van de term 'zorgleefplan'. U kunt hiervoor in de plaats uiteraard ook andere termen lezen, zoals: zorgdossier, zorgplan, behandelplan, begeleidingsplan, ondersteuningsplan, etc.

Het zorgleefplan is de plek waarin centraal informatie over de cliënt is opgeslagen die van belang is voor de zorg en behandeling, evenals de afspraken die door de verschillende zorgverleners met de cliënt zijn gemaakt. Het zorgleefplan omvat: de algemene informatie over de cliënt (anamnese, eventueel levensverhaal), de afspraken die met de cliënt en/of vertegenwoordiger gemaakt worden (en ondertekend zijn), de rapportage en andere registraties die betrekking hebben (signaleren of volgen van) de kwaliteit van leven van cliënten. Ook afspraken met derden worden in het zorgleefplan opgenomen, zoals met een medisch specialist of pedicure. Daarnaast kunnen ook huisartsen en mantelzorgers gevraagd worden gebruik te maken van het zorgleefplan om hun bevindingen hierin vast te leggen.

C8 Valincidenten (7.2)

- Onder een val wordt verstaan: het uit verticale of horizontale positie plotseling en onvrijwillig op de grond terechtkomen. Of iets een val is of niet, wordt dus niet bepaald door het feit of er wel of geen letsel is opgetreden.
- Alle valincidenten dienen meegenomen te worden. Dit is inclusief:
 - Valincidenten die door cliënten zijn gemeld, dus ook een val waarbij geen medewerker aanwezig was;
 - Valincidenten buitenshuis. Buitenshuis betekent bijvoorbeeld ook vallen in de supermarkt;
 - Valincidenten met aanvaardbaar risico. Met 'aanvaardbaar risico' betekent dat vallen een bewust risico is van de afgesproken zorg, bijvoorbeeld dat er geen fixatie wordt toegepast.
- Voor het beantwoorden van deze vraag gebruikt u de volgende bronnen:
 - Het cliëntendossier;
 - Het geheugen van de verzorgende én de cliënt (indien mogelijk);
 - De MIC (Melding Incidenten Cliënten)-registratie.

C9-C26 Risicosignalering zorgproblemen (7.1)

- Het is de bedoeling dat de risicosignalering voor elk probleemgebied afzonderlijk is terug te vinden in het zorgleefplan van de cliënt.
- Het tijdig herkennen van gezondheidsrisico's en preventie van zorgproblemen is een belangrijke graadmeter voor kwaliteit van zorg. Bij elke cliënt dient bij opname en vervolgens minimaal 1x per half jaar, bewust stilgestaan te worden bij het signaleren en opvolgen van gezondheidsrisico's die vaak voorkomen bij de cliëntpopulatie van de VVT.

- Het staat de organisatorische eenheid vrij hoe zij deze signalering uitvoert, *als* deze maar op een structurele manier en op cliëntniveau plaatsvindt en wordt vastgelegd in het zorgleefplan. Er bestaan meerdere checklists en instrumenten om op een verantwoorde manier risico's te signaleren. Verschillende settings of zorgzwaartes zullen ook om andere alertheid op risico's vragen. De organisatorische eenheid kan zelf bepalen hoe zij de signalering uitvoert en in welke situatie sprake is van een verhoogd risico.
- Voor de opvolging van situaties waarin sprake is van een verhoogd risico is niet voorgeschreven wat 'adequate opvolging' exact inhoudt. Dat kan van situatie tot situatie verschillen. Het is onder meer afhankelijk van de geïndiceerde zorg, de wensen en mogelijkheden van de cliënt. Ook hier geldt: het staat de organisatorische eenheid vrij hoe zij de opvolging uitvoert, als deze maar plaatsvindt en wordt genoteerd in het zorgleefplan.
- Deze indicator is van toepassing op alle cliënten, ook degene waarbij dat wellicht minder voor de hand liggend is. Bijvoorbeeld cliënten met een zzp 1 of 2.
- Ook voor cliënten die al meerdere jaren bekend zijn met een bepaald zorgprobleem wordt 2x per jaar structurele aandacht gevraagd voor het signaleren, maar vooral ook het opvolgen van zorgproblemen. In het kader van goede zorg wordt minimaal 2x per jaar bekeken of de opvolging van een gezondheidsprobleem de kwaliteit van leven van de cliënt bevordert.

9. Wat gebeurt er met de meetgegevens?

Na aanlevering van de via de meetbureaus of door de organisaties zelf, komen de CQ en ZI gegevens landelijk samen in een landelijke database. Precieze informatie over de verwerking van de kwaliteitsgegevens, vindt u op www.zorgvoorkwaliteit.com.

Natuurlijk krijgen de zorgorganisaties toegang tot de eigen kwaliteitsgegevens. De rapportagemodule is beschikbaar via www.zorgvoorkwaliteit.com.

Daarnaast is het uitgangspunt dat zorgorganisaties transparant willen zijn over de geleverde kwaliteit. Zij kunnen daarom de gegevens ook publiceren. Hiervoor dient eerst geaccordeerd te worden door de zorgorganisatie.

Na accordering worden de gegevens doorgeleverd naar verschillende gegevensontvangende partijen. De informatievragende partijen LOC Zeggenschap in Zorg, Zorgverzekeraars Nederland en de Inspectie voor de Gezondheidszorg krijgen onder andere beschikking over de gegevens. Op verzoek kunnen ook andere organisaties beschikking krijgen over de gegevens, mits is voldaan aan de voorwaarden in het dataprotocol.

NB: In het dataprotocol worden afspraken vastgelegd onder welke voorwaarden kwaliteitsgegevens mogen worden uitgeleverd. Dit dataprotocol dient ter bescherming van de anonimiteit van zorgorganisaties en oneigenlijk gebruik van de data. De precieze afspraken over doorlevering van de kwaliteitsgegevens kunt u terugvinden in dit dataprotocol. Dit document wordt gepubliceerd op www.zorgvoorkwaliteit.com.

Het dataprotocol wordt opgesteld door LOC Zeggenschap in zorg en Zorgverzekeraars Nederland. Deze afspraken worden afgestemd met de overige partijen, waaronder vertegenwoordigers van ActiZ en BTN.

10. Heeft u een vraag?

Uiteraard is een helpdesk beschikbaar voor hulp en advies, maar het is zinvol om de vraag eerst binnen uw eigen organisatie te stellen.

U kunt daarvoor het stappenplan doorlopen:

Inhoudelijke vraag?

Stap 1: Heeft u het antwoord op uw vraag niet kunnen vinden in dit handboek, op de lijst met veelgestelde vragen op www.zorgvoorkwaliteit.com, of de andere beschikbare hulpdocumenten?

Stap 2: Interne navraag bij de coördinator van de meting:

De coördinator kan hier een belangrijke rol in vervullen. De coördinator krijgt hiermee zicht op de vragen en problemen die spelen en op de voortgang. Hij of zij kan gepaste acties uitzetten en uniforme oplossingen zoeken. Dit is goed voor de betrouwbaarheid van de meetgegevens.

Stap 3: U kunt uw branche- of koepel-organisatie benaderen. Zij kunnen u vaak verder helpen met de interpretatie van definities en vragen. Neem ook een kijkje op het zorg voor beter kennisplein voor VV&T; www.zorgvoorbeter.nl.

Vraag over het proces?

Stap 1: Heeft u het antwoord op uw vraag niet kunnen vinden in dit handboek, op de lijst met veelgestelde vragen op www.zorgvoorkwaliteit.com, of de andere beschikbare hulpdocumenten?

Stap 2: Interne navraag bij de coördinator van de meting:

De coördinator kan hier een belangrijke rol in vervullen. De coördinator krijgt hiermee zicht op de vragen en problemen die spelen en op de voortgang. Hij of zij kan gepaste acties uitzetten en uniforme oplossingen zoeken. Dit is goed voor de betrouwbaarheid van de meetgegevens.

Stap 3: neem contact op met de helpdesk via onderstaande contactgegevens.

Technische vraag over de portal?

Stap 1: Heeft u het antwoord op uw vraag niet kunnen vinden in de gebruikershandleiding van de portal, op de lijst met veelgestelde vragen op www.zorgvoorkwaliteit.com, of de andere beschikbare hulpdocumenten?

Stap 2: Voor vragen over het gebruik van de portal, de indeling van organisatorische eenheden en gebruikers kunt u in eerste instantie de concernbeheerder (de hoofdgebruiker van de portal) binnen uw organisatie benaderen.

Stap 3: Neem contact op met de helpdesk via onderstaande contactgegevens.

Voor vragen die niet in dit handboek aan de orde komen of bij onduidelijkheden is een helpdesk beschikbaar. Ook is een lijst met veelgestelde vragen beschikbaar op de website www.zorgvoorkwaliteit.com.

De helpdesk is zowel telefonisch als per e-mail bereikbaar.

T: 088-1263910

E: VV&T@mediquest.nl

Houd er rekening mee dat een aantal vragen doorgesluist wordt naar een tweedelijns helpdesk. Houdt er rekening mee dat het in dat geval langer kan duren voor u reactie ontvangt.

Bijlage 1: Overzicht indicatoren kwaliteitsdocument 2013 VVT

| Thema's 2010 Indicatoren 2013 | Cliëntgebonden indicatoren | | | Zorginhoudelijke indicatoren | | | |
|--|--------------------------------|----|----|--|----|---|----|
| | Cliënten- raadpleging CQ-index | | | Zelfmonitoring organisatie - organisatieniveau | | Zelfmonitoring organisatie - cliëntniveau | |
| | VV | PG | ZT | VV | ZT | VV | ZT |
| Kwaliteit van leven | | | | | | | |
| 1. Lichamelijk welbevinden en gezondheid | | | | | | | |
| 1.1 Ervaringen met maaltijden (A: Smaak, B: Sfeer) | VV | PG | - | | | | |
| 2. Woon- en leefsituatie | | | | | | | |
| 2.1 Omgang met elkaar | VV | PG | | | | | |
| 2.2 Gastvrijheid: Ervaringen met schoonmaken | VV | PG | - | | | | |
| 2.3 Gastvrijheid: Ervaringen met inrichting | VV | PG | - | | | | |
| 2.4 Gastvrijheid: Ervaren privacy | VV | PG | - | | | | |
| 3. Participatie | | | | | | | |
| 3.1 Zinvolle dag | VV | PG | - | | | | |
| 4. Mentaal welbevinden | | | | | | | |
| 4.1 Leven in vrijheid: Vrijheidsbeperkende maatregelen - Prevalentie | | | | | | VV | - |
| 4.2 Leven in vrijheid: Antipsychotica | | | | | | VV | - |
| 4.2a PILOT Psychofarmaca | | | | | | VV | - |
| 4.3 Respect voor mensen: Ervaren bejegening | VV | PG | ZT | | | | |

| Thema's 2010 Indicatoren 2013 | Cliëntgebonden indicatoren | | | Zorginhoudelijke indicatoren | | | |
|---|--------------------------------|----|----|--|----|---|----|
| | Cliënten- raadpleging CQ-index | | | Zelfmonitoring organisatie - organisatieniveau | | Zelfmonitoring organisatie - cliëntniveau | |
| | VV | PG | ZT | VV | ZT | VV | ZT |
| 4.4 Effect van zorg op iemands leven: Depressieve symptomen | - | - | ZT | | | VV | - |
| 4.5 Effect van zorg op iemands leven: Ervaringen met (lichamelijke) verzorging | | | | | | | |
| Kwaliteit van de zorgverleners | | | | | | | |
| 5. Kwaliteit van de zorgverleners | | | | | | | |
| 5.1 Ervaren beschikbaarheid personeel | VV | PG | - | | | | |
| 5.2 Beschikbaarheid verpleegkundige | | | | VV | - | | |
| 5.3 Beschikbaarheid arts | | | | VV | - | | |
| 5.4 Ervaren kwaliteit personeel | VV | PG | ZT | | | | |
| Kwaliteit van de zorgorganisatie | | | | | | | |
| 6. Kwaliteit van de zorgorganisatie | | | | | | | |
| 6.1 Ervaren inspraak | VV | PG | ZT | | | | |
| 6.2 Ervaren informatie | VV | PG | ZT | | | | |
| 6.3 Aanbevelingsvraag | VV | PG | ZT | | | | |
| 6.4 Meten en monitoren | | | | VV | - | | |

| Thema's 2010 Indicatoren 2013 | Cliëntgebonden indicatoren | | | Zorginhoudelijke indicatoren | | | |
|--|--------------------------------|----|----|--|----|---|----|
| | Cliënten- raadpleging CQ-index | | | Zelfmonitoring organisatie - organisatieniveau | | Zelfmonitoring organisatie - cliëntniveau | |
| | VV | PG | ZT | VV | ZT | VV | ZT |
| Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid | | | | | | | |
| 7. Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid | | | | | | | |
| 7.1 Risicosignalering zorgproblemen | | | | | | | |
| 7.1a Risicosignalering – uitvoering | | | | | | VV | ZT |
| 7.1b Risicosignalering – opvolging | | | | | | VV | ZT |
| 7.2 Valincidenten | | | | | | VV | ZT |
| 7.3 Medicijnincidenten | | | | | | VV | - |
| 7.4 Probleemgedrag | | | | | | VV | - |
| 7.5 Ervaren veiligheid | VV | - | - | | | | |