

Eindrapportage Continue Kwaliteitsmonitor

**Een verslag van de Continue Kwaliteitsmonitor en advies
voor doorontwikkeling Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg**

**Clemens van der Veen, Lars Tummers en Mathijs Winter –
PricewaterhouseCoopers
Jannie Oskam, Daniël Niezink – TNO Management Consultants**

13 juli 2010

Inhoud

Conclusies	3
Risico's met betrekking tot betrouwbare kwaliteitsinformatie	3
Goede voorbeelden	4
Operationele knelpunten.....	6
Vragen die problemen opleveren bij het invullen.....	9
Kwaliteitskader gereed voor de volgende meetronde?	10
Inleiding.....	13
1. Fase 1 geeft inzicht in risico's, goede voorbeelden en operationele knelpunten	15
1.1 Het Kwaliteitskader als meetinstrument wordt redelijk positief ervaren; organisaties ervaren knelpunten in de uitvoering	16
1.2 Bevindingen Continue Kwaliteitsmonitor per thema.....	16
1.3 Risico's met betrekking tot betrouwbare kwaliteitsinformatie geïdentificeerd	23
1.4 Goede voorbeelden voor gehele sector van nut	25
1.5 Veldwerk geeft inzicht in operationele knelpunten uitvoering Kwaliteitskader	27
1.6 Veldwerk geeft inzicht in onduidelijke vragen.....	29
2. Fase 2, risico's door analyse op de data onderzocht	30
2.1 Risico definitie indicatoren en sociale wenselijkheid blijkt uit beantwoording onderzoeksvragen	30
2.2 Algemeen risico 'onherkenbaarheid' is volgens data-analyse niet groot	32
2.3 Risico 1,2 en 9 'te weinig beschikbare informatie' is volgens data-analyse niet groot.....	33
2.4 Risico 3 'onduidelijkheid' is niet groot volgens data-analyse.....	34
2.5 Risico 4 'definitie indicatoren' blijkt voor te komen in data-analyse	35
2.6 Risico 8 en 14 'sociale wenselijkheid' lijkt sterk aanwezig gezien data-analyse.....	37
3. Fase 3, advies inzake doorontwikkeling Kwaliteitskader.....	40
3.1 Expertgroep adviseert de vragenlijst en het handboek aan te passen	40
3.2 Verbetervoorstellen sluiten aan bij geïdentificeerde knelpunten	42
3.3 Kwaliteitskader gereed voor de volgende meetronde?	45
A Bijlagen	47

Conclusies

De stuurgroep Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg (stuurgroep) heeft ons gevraagd om het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg te evalueren, gelijktijdig met de uitrol hiervan. Als aandachtspunten zijn benoemd:

- a risico's met betrekking tot betrouwbare kwaliteitsinformatie;
- b goede voorbeelden;
- c operationele knelpunten;
- d advies voor doorontwikkeling van het Kwaliteitskader.

In dit hoofdstuk hebben wij de conclusies van het onderzoek weergegeven. Aan het einde van dit hoofdstuk komt de vraag aan de orde of kwaliteitskader gereed is voor de volgende meetronde. Dit hoofdstuk is te lezen als managementsamenvatting.

Risico's met betrekking tot betrouwbare kwaliteitsinformatie

'In de onderstaande tabel zijn de geïdentificeerde risico's met betrekking tot betrouwbare kwaliteitsinformatie opgenomen. De risico's die onderzocht zijn, komen uit het rapport 'Voorkomen is beter dan genezen' van PricewaterhouseCoopers en TNO Management Consultants. Per risico hebben wij aangegeven wat onze bevindingen waren tijdens het veldwerk, of dit risico onderzocht kan worden met behulp van data-analyse en of er volgens de data-analyse sprake is van een probleem. De problematische risico's zijn meegenomen in het advies inzake de doorontwikkeling van het Kwaliteitskader.

Tabel 0-1: Overzicht geïdentificeerde risico's

Risico	Bevindingen veldwerk	Onderzocht m.b.v. data-analyse	Probleem volgens de data-analyse
Fase definiëren			
1. Twijfel over toepassing indicatoren	Kritiek organisaties op Kwaliteitskader	Ja	Nee
2. Aansluiting bij wat de organisaties kunnen leveren	Speelt bij medezeggenschap en ziekteverzuim	Ja	Nee
3. Geen helderheid over doelgroepen	Uitsluitingscriteria niet altijd bekend	Ja	Nee
4. Indicatoren niet scherp gedefinieerd	Taalgebruik te ingewikkeld	Ja	Ja

5.	Geen weergave werkelijke kwaliteit van zorg	Huidige vragen geven geen volledig beeld	Niet te onderzoeken met data-analyse.	N.v.t.
Fase instrueren-registreren				
6.	Professionals weten niet waarom geregistreerd moet worden	Nut kwaliteitsmeting niet altijd duidelijk	Niet te onderzoeken met data-analyse.	N.v.t.
7.	Discussie over interpretatie van indicatoren	Vragen worden verschillend geïnterpreteerd	Niet te onderzoeken met data-analyse.	N.v.t.
8.	Bereidheid tot waarheidsgetrouw invullen	Mogelijkheid tot <i>window dressing</i>	Ja (samen met risico 14)	Ja
9.	Vergissing bij invullen	Verwerking papieren vragenlijsten	Niet te onderzoeken met data-analyse.	N.v.t.
10.	Onvoldoende tijd	Extra administratie last	Ja	Nee
11.	Onvoldoende leren van registreren	Niet invullen door persoonlijk begeleider	Niet te onderzoeken met data-analyse.	N.v.t.
12.	Leveren van kwaliteitsinformatie niet inbedden in reguliere werkprocessen	Organisaties moeten nog wennen	Niet te onderzoeken met data-analyse.	N.v.t.
13.	Professionals zien onvoldoende nut	Klein deel organisaties onderschrijft het nut	Niet te onderzoeken met data-analyse.	N.v.t.
14.	Management stuurt op waarheidsgetrouw registreren	Een derde van de organisaties stuurt hier niet op	Ja (samen met risico 8)	Ja

Goede voorbeelden

In de onderstaande tabel hebben wij de goede voorbeelden opgenomen die wij tijdens het veldwerk zijn tegengekomen. De goede voorbeelden zijn per thema gegroepeerd. De stuurgroep kan er voor kiezen de goede voorbeelden in een volgende meetronde te delen met het veld, zodat de verschillende zorgaanbieders van elkaar kunnen leren.

Tabel 0-2: Overzicht van de goede voorbeelden

Goede voorbeelden	
Communicatie	
1.	Creëren van draagvlak binnen de organisatie door het opstellen van een communicatieplan. In het communicatieplan wordt specifiek aandacht besteed aan het belang van het Kwaliteitskader voor de betrokkenen.
2.	Opstellen van een plan van aanpak voor de uitvoering van de meting, met daarin opgenomen een berekening van de belasting voor de organisatie. Het plan van aanpak is bedoeld voor het management en eventueel afgevaardigden van verschillende teams.
3.	Opstellen van een informatiemap, waarin op basis van het door Zichtbare Zorg ter beschikking gestelde materiaal een selectie is gemaakt van de informatie die voor coördinatoren en invullers van belang is. De informatie kan op verschillende manieren ter beschikking gesteld worden,; hardcopy, mail, nieuwsbrief of website.
4.	Organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten om alle betrokken bij het Kwaliteitskader te informeren over hun rol.
5.	Inrichten van een interne helpdesk waar alle betrokkenen hun vragen over het Kwaliteitskader kunnen stellen.
Invullen	
6.	Centraal invullen van deel 1 en deel 2 van de vragenlijst door bijvoorbeeld het secretariaat. De invullers worden hierdoor alleen belast met het beantwoorden van vragen over de kwaliteit van zorg.
7.	Invullen van de vragenlijsten in groepen. Door groepsgewijs vragenlijsten te laten invullen leren de invullers direct van elkaar.
8.	Registreren van leerpunten ten behoeve van het zorg- en ondersteuningsplan. Deze leerpunten kunnen worden geïmplementeerd om direct kwaliteitsverbetering te kunnen doorvoeren.
9.	Opstellen van een eigen instructie waarin per vraag in eigen woorden een toelichting op de inhoud van de vraag en de vindplaats van de informatie wordt gegeven.
10.	Invullen van het extra label in deel 2 van de vragenlijst, zodat de resultaten zijn te herleiden naar de locaties.
11.	Op papier invullen van de vragenlijsten en daarna centraal laten invoeren in de portal.
<i>Dit goede voorbeeld zorgt voor een vergroot risico op onbetrouwbare kwaliteitsinformatie, omdat er een extra verwerkingsslag nodig is waarbij fouten gemaakt kunnen worden. Tevens is de kans op het maken van fouten bij het invullen op papier groter, omdat de papieren vragenlijst geen routing kent.</i>	

Controle
12. Steekproefsgewijs controleren van vragenlijsten.
13. Monitoren van de voortgang door een overzicht te maken van het aantal ingevulde vragenlijsten per invuller. Dit overzicht kan eventueel periodiek onder de betrokkenen verspreid worden.
Zorg- en ondersteuningsplan
14. Aansluiten van het zorgplan op de structuur van het Kwaliteitskader, zodat de benodigde informatie bij het invullen gemakkelijk opgezocht kan worden.
15. Optimaliseren digitale cliëntdossiers (ECD) zodat de benodigde informatie gemakkelijk digitaal is terug te vinden. Voor een deel van de vragen kan de informatie dan voor alle cliënten worden geëxporteerd.

Operationele knelpunten

In de onderstaande tabel zijn de door ons geïnterviewde operationele knelpunten verwerkt. Per knelpunt hebben wij een advies voor de doorontwikkeling opgenomen.

Tabel 0-3: Operationele knelpunten en advies voor verbetering

Operationele knelpunten	Termijn afhandeling
Communicatie	
1. Communicatie vanuit Zichtbare Zorg richting organisaties over veranderingen in de planning of technische problemen in de portal is in de ogen van de organisaties niet altijd optimaal. Organisaties geven bijvoorbeeld aan dat zij geen duidelijke informatie hebben ontvangen over de reden waarom de digitale vragenlijsten niet beschikbaar waren en het tijdstip waarop dit wel het geval zou zijn. Advies: maak gebruik van de aanwezige kennis om de impact van wijzigingen voor deelnemers te beoordelen en pas de communicatie daarop aan, zodat transparantie gewaarborgd blijft.	Voor volgende meetronde
2. De telefonische helpdesk van Zichtbare Zorg is niet altijd goed bereikbaar. Advies (bij knelpunt 2-4): communiceer de werkwijze van de helpdesk duidelijk en draag er zorg voor dat aan de verwachtingen voldaan wordt. Om inzicht te verkrijgen in de verrichtingen van de helpdesk is het van belang dat dit wordt gemonitord.	Voor volgende meetronde
3. In bepaalde perioden duurt het te lang voordat een mail door de helpdesk wordt beantwoord (op de site van Zichtbare Zorg staat dat er binnen een dag gereageerd wordt op een helpdeskvraag).	Voor volgende meetronde
4. Organisaties vinden het vervelend dat hen via de telefonische helpdesk gevraagd wordt om de vraag op de mail te zetten.	Voor volgende meetronde

Operationele knelpunten		Termijn afhandeling
5.	<p>In de communicatie over het trekken van de steekproef zijn door Zichtbare Zorg verschillende berichten naar buiten gebracht, waardoor het voor de organisaties niet duidelijk was welke eisen aan de steekproef werden gesteld.</p> <p>Advies: zie advies bij 1 en zorg voor goede methodologische onderbouwing om het vertrouwen in het meetinstrument onder de gebruikers te waarborgen.</p>	Voor volgende meetronde
6.	<p>Het in delen beschikbaar stellen van de ondersteunende informatie in plaats van in één pakket bij de aanvang van het traject wordt door organisaties als onprettig ervaren.</p> <p>Advies: draag zorg voor adequate planning zodat de informatie zo veel mogelijk in één keer gegeven kan worden. Zorg indien niet alle informatie vooraf beschikbaar is voor een planning voor deelnemers waarin is opgenomen wanneer communicatiemateriaal beschikbaar is.</p>	Voor volgende meetronde
Vragenlijst		
7.	De routing na vraag 5.1 deel 3 (medicijngebruik) functioneert niet goed.	Afgehandeld
8.	De digitale vragenlijst komt niet overeen met de papieren vragenlijst	Afgehandeld
9.	<p>In de digitale vragenlijst worden vragen die niet ingevuld hoeven te worden grijs gearceerd. Dit betekent dat je als invuller ook vragen moet doorscrollen die je niet hoeft in te vullen. Dit is onoverzichtelijk en kost onnodig veel tijd.</p> <p>Advies: verbeter de gebruiksvriendelijkheid van de digitale vragenlijst door alleen vragen die ingevuld moeten worden zichtbaar te maken. Voorbeeld: als de vragenlijst voor ambulante cliënten is gekozen, zijn alleen de vragen voor ambulant zichtbaar.</p>	Voor volgende meetronde
10.	<p>Het open veld waarin het extra label in deel 2 van de vragenlijst kan worden aangemaakt is erg foutgevoelig. Invullers voeren het veld niet, of op verschillende wijze in (bijvoorbeeld locatie hoofdstraat en hoofdstraat).</p> <p>Advies: laat de concernbeheerder of coördinatoren de labels aanmaken, die door de invuller door middel van een dropdownlist kunnen worden geselecteerd.</p>	Voor volgende meetronde
11.	<p>Een invuller kan een vragenlijst de status 'afgerond' geven, terwijl nog niet alle vragen zijn ingevuld.</p> <p>Advies: voorkom dat de status afgerond gegeven kan worden als nog niet alle vragen ingevuld zijn.</p>	Voor volgende meetronde
12.	<p>Om de vragenlijst de status 'afgerond' te geven moet de hele vragenlijst worden doorlopen.</p> <p>Advies: maak het mogelijk om via een 'menu' direct naar de pagina naar keuze te navigeren.</p>	Voor volgende meetronde
13.	<p>Het is niet mogelijk om direct naar een specifieke pagina in de vragenlijst te gaan. Eerst moeten alle voorliggende pagina's worden doorgelikt.</p> <p>Advies: zie advies bij 12</p>	Voor volgende meetronde

Operationele knelpunten	Termijn afhandeling
<p>14. Het kenmerk waarop de instelling de cliënten heeft aangemaakt (veelal voorletters en achternaam) wordt niet weergegeven in de vragenlijst, waardoor het voor de invuller niet altijd duidelijk is in welke vragenlijst hij werkt.</p> <p>Advies: voorkom misverstanden en daarmee fouten. Maak het kenmerk waarmee de cliënt is aangemaakt zichtbaar in de vragenlijst.</p>	Voor volgende meetronde
<p>15. Voordat de vragenlijst start, wordt de invuller gevraagd welke vragenlijst op de cliënt van toepassing is. Het blijkt dat de interne benaming van de doelgroep soms afwijkt van de definitie die in de vragenlijst gehanteerd wordt. Tevens is deze vraag vrijwel gelijk aan vraag 3, waar naar het ZZP gevraagd wordt en lijkt de vraag dus dubbelop.</p> <p>Advies: wat betreft de keuze voor de vragenlijst kan alleen de deelnemende instelling de invuller op dit punt instrueren, dit punt opnemen in het handboek. Om dubbele uitvraag te voorkomen kan de keuze voor de vragenlijst worden gecombineerd met de vraag naar het ZZP van de cliënt.</p>	Voor volgende meetronde
Portal	
<p>16. Op de portal wordt een http-verbinding weergegeven, wat organisaties doet vermoeden dat de informatie op de portal niet optimaal beveiligd is.</p>	Afgehandeld
<p>17. De digitale vragenlijsten waren niet tijdig beschikbaar voor de organisaties.</p> <p>Advies: draag zorg voor een adequate planning en communiceer tijdig over eventuele wijzigingen.</p>	Voor volgende meetronde
<p>18. De portal kent geen technische hulpmiddelen om gegevens te importeren. Dit wordt door de organisaties met name als storend ervaren bij het invoeren van de cliënten. Die moeten nu stuk voor stuk ingevoerd worden.</p> <p>Advies: idealiter krijgen organisaties de mogelijkheid om de antwoorden op de vragen vanuit hun systemen in de vragenlijst in te nemen. Onderzoek in eerste instantie de mogelijkheid dat de cliënten vanuit een batchbestand kunnen worden ingelezen in de portal.</p>	Middellange termijn
<p>19. Vanwege de ICT-beveiliging was het voor sommige organisaties onmogelijk om de digitale vragenlijst in te vullen. Er is vanuit Zichtbare Zorg geen communicatie geweest over beveiligingsinstellingen die consequenties hebben voor het invullen van de vragenlijsten.</p> <p>Advies: beschrijf de ervaringen met beveiligingsproblemen uit de eerste meetronde in het handboek.</p>	Voor volgende meetronde
<p>20. Het is nog niet mogelijk om als concernbeheerder met één inlogcode toegang te krijgen tot verschillende sectoren.</p> <p>Advies: zoek naar technische mogelijkheden om concernbeheerders met één inlogcode toegang tot verschillende sectoren te geven.</p>	Voor volgende meetronde

Operationele knelpunten	Termijn afhandeling
21. Vanwege onderhoud was de portal een aantal dagen niet beschikbaar. Advies: zorg voor doorontwikkelde portal bij start volgende meetronde.	Voor volgende meetronde
22. De mail met inloggegevens komt vanwege de interne beveiliging bij sommige organisaties niet door bij de gebruiker. Advies: zie advies bij 19	Voor volgende meetronde
23. Er heerst onduidelijkheid over wanneer in welk dossier op de portal gewerkt moet worden. Het dossier 'actuele situatie' scheidt verwarring, omdat dit juist niet het dossier is waarin aanpassingen gedaan moeten worden. Advies: kies voor andere benaming van verschillende dossiers, zoals bijvoorbeeld meetronde 2009 en meetronde 2010.	Voor volgende meetronde
Overig	
24. Een aantal cliënten geeft aan dat ze vanwege privacygevoeligheid niet willen dat hun gegevens in de portal ingevoerd worden. Advies: informeer organisaties over privacy in het handboek.	Voor volgende meetronde
25. Een aantal organisaties noemt de grote tijdsdruk (korte periodes waarin de verschillende stappen in het proces moeten worden doorlopen) waaronder het Kwaliteitskader wordt afgenomen. Advies: draag zorg voor adequate en realistische planning.	Voor volgende meetronde
26. Wanneer een cliënt onder meerdere informatie-eenheden valt, moet de cliënt twee keer worden ingevoerd (bijvoorbeeld verblijf en dagbesteding). Dit geldt ook voor de administratieve gegevens (deel 2) van de cliënt. Advies: onderzoek of het mogelijk is dat de vragen voor een cliënt die onder meerder informatie-eenheden valt in één vragenlijst worden verwerkt.	Voor volgende meetronde
27. Doordat cliënten uit de zorg gaan, wordt het minimumaantal van 45 cliënten per informatie-eenheid soms niet gehaald. Advies: maak steekproef iets groter om dit probleem te voorkomen en leg dit uit in het handboek.	Voor volgende meetronde

Vragen die problemen opleveren bij het invullen

Tijdens het veldwerk hebben wij van de zorgaanbieders veel kwalitatieve informatie ontvangen op vraagniveau. Dit heeft geresulteerd in een overzicht waarin per vraag de opmerkingen van de zorgaanbieders zijn opgenomen (bijlage A.01). Tijdens de data-analyse is bovendien onderzocht of

de onderstaande drie geïdentificeerde risico's zich ook op vraagniveau voordoen.

- a risico 4: het risico dat indicatoren niet scherp genoeg zijn gedefinieerd;
- b risico 8: het risico dat professionals niet (volledig) bereid zijn om de gegevens waarheidsgetrouw in te vullen, ook als ze minder gunstig zijn;
- c risico 14: het risico dat het management te weinig stuurt op waarheidsgetrouw registreren van kwaliteitsinformatie.

In de onderstaande tabel wordt hiervan een samenvatting gegeven. In bijlage A.07 hebben wij het totaaloverzicht opgenomen.

Tabel 0-4: Aantal problematische vragen per categorie

Reden problematische vraag	Aantal
a. vaker dan 5% niet van toepassing	9
b. vaker dan 95% sociaal wenselijk antwoord	38
c. top 20 missings	20

Op basis van de kwalitatieve informatie uit fase 1 van het onderzoek en de data-analyse in fase 2 zijn wij in afstemming met de expertgroep (voor samenstelling zie bijlage A.08) gekomen tot een voorstel voor een aangepaste VG-vragenlijst (bijlage A.05) en een lijst met aandachtspunten voor het handboek 'Meten van kwaliteit in de gehandicaptensector (bijlage A.06). Op basis van de uitkomsten in tabel 0-4 zijn met de expertgroep de betreffende vragen doorgenomen. Ten aanzien van de vragen waarbij niet van toepassing is ingevuld en ten aanzien van de vragen waarbij de sociale wenselijkheid een rol lijkt te spelen, heeft de expertgroep in de meeste gevallen geen voorstel voor aanpassing gedaan. Bij het antwoord 'niet van toepassing' bleek een hoge score hieromtrent inherent aan de vraagstelling. Een positief antwoord (sociaal wenselijk) duidt volgens de expertgroep vaak op een in de praktijk vast te stellen goed gebruik in de sector.

Kwaliteitskader gereed voor de volgende meetronde?

De voorgestelde verbeteringen van de vragenlijst betreffen uitsluitend de vragenlijst voor de mensen met een verstandelijke beperking (VG lijst). Deze verbeteringen moeten nog vertaald worden naar aanpassingen van de verbijzonderde vragenlijsten. Dit zijn de vragenlijsten voor de mensen met een lichamelijke beperking (LG lijst), zintuiglijke beperkingen (ZG lijsten voor volwassenen en kinderen) en de mensen met een licht verstandelijke beperking (LVG) met behandeling. Alle aanpassingen in de vragenlijsten moeten weer verwerkt worden in de handboeken. Daarnaast zijn er een aantal afzonderlijke verbeteringsuggesties opgenomen in dit rapport voor het handboek.

Een belangrijke vraag is of het kwaliteitskader mét alle voorgestelde aanpassingen voldoende verbeterd is om de volgende meetronde in te gaan. De onderzoekers zijn van mening dat er vóór de volgende meting nog verdere verbetering mogelijk en nodig is.

Verdere verbetering kan plaats vinden op basis van de uitkomsten van de meting. In deze continue kwaliteitsmonitor en de daaruit voortvloeiende verbeteringen is immers gewerkt met onderzoeksgegevens die tijdens het meetproces zijn verzameld. De uitkomsten van de landelijke zorginhoudelijke meting zijn uitsluitend gebruikt om de tijdens het meetproces geconstateerde risico's te toetsen. De uitkomsten van de meting zijn echter nog niet gebruikt om de zorginhoudelijke indicatoren en de rekenregels te evalueren. De rekenregels zijn overigens bij de berekening van de uitkomsten wel enigszins aangepast naar aanleiding van ervaren problemen, maar dat laat de noodzaak voor een evaluatie op basis van de meetgegevens onverlet in de ogen van de onderzoekers. De evaluatie op basis van de meetgegevens is zeker in de gehandicaptenzorg noodzakelijk omdat er weinig evidence bestaat voor de indicatoren en de bijbehorende rekenregels. Beide zijn tot stand gekomen op basis van consensus.

Voor zover de uitkomsten van de evaluatie van de indicatoren en de rekenregels aanleiding geven tot verbetering zou deze voor zover mogelijk nog voor de volgende meetronde uitgevoerd moeten worden. De overige verbeteringen kunnen dan later plaats vinden. Deze stappen bevorderen het draagvlak voor de meting en vergroten de bruikbaarheid van de uitkomsten.

Draagvlak voor zorginhoudelijke meting varieert en wordt bepaald door omstandigheden.

Tijdens de uitvoering van de continue kwaliteitsmonitor stonden de zorgaanbieders positiever tegenover de eerste zorginhoudelijke kwaliteitsmeting dan op basis van de ervaringen met de instructie- en voorlichtingbijeenkomsten (najaar 2009) verwacht mocht worden. In het najaar kleurden de verwachte administratieve druk en onduidelijkheden in het proces de reactie.

Tijdens de meting en de uitvoering van de continue kwaliteitsmonitor was de procesgang inmiddels duidelijk geworden en wisten gebruikers wat hen te doen stond. De meeste geïnterviewden (concernbeheerders en coördinatoren) gaven aan dat de instellingen de gemeten prestaties willen gebruiken voor het verbeteren van interne processen. Om een volgende meting makkelijker te laten verlopen overwogen een aantal instellingen het zorgdossier aan te passen aan de huidige opzet van het kwaliteitskader.

Na de meting en voor het verschijnen van dit rapport was er veel weerstand op te merken door de externe druk van zorgverzekeraars die dreigden met een korting bij relatief slechte prestaties.

We concluderen uit deze bewegingen dat het draagvlak voor de zorginhoudelijke meting wisselt en samenhangt met de mate van ervaren druk (onduidelijkheid, werkdruk of tariefkorting).

Inleiding

In het project Zichtbare Zorg Gehandicaptenzorg werken partijen gezamenlijk aan het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Het Kwaliteitskader moet duidelijk maken welke kwaliteit aanbieders van gehandicaptenzorg leveren en wat de verschillen in kwaliteit zijn tussen zorgaanbieders. Belangrijk onderdeel hiervan zijn de zorginhoudelijke kwaliteitsindicatoren. Door middel van vragenlijsten die door persoonlijke begeleiders op cliëntniveau worden ingevuld, kan hiermee de kwaliteit van gehandicaptenzorg worden gemeten, vergeleken, verbeterd en verantwoord.

De stuurgroep Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg (stuurgroep) heeft bepaald dat een continue en structurele optimalisatie van het instrumentarium van de zorginhoudelijke indicatoren verzekerd moet zijn en heeft daarom besloten het project "Continue Kwaliteitsmonitor" te starten. De stuurgroep heeft PricewaterhouseCoopers en TNO Management Consultants gevraagd de Continue Kwaliteitsmonitor op te zetten en uit te voeren. Het project heeft tot doel de continue verbetercyclus gedurende het proces van meten, verzamelen en aanleveren van de indicatoren te waarborgen. Het project kent de volgende drie fases:

- a fase 1: kwaliteitsmonitoring;
- b fase 2: data-analyse (evaluatiestudie);
- c fase 3: doorontwikkeling Kwaliteitskader.

Fase 1: kwaliteitsmonitoring

In fase 1 hebben wij op basis van interviews, werkbezoeken en een webenquête onderzoek gedaan naar:

- a risico's met betrekking tot betrouwbare kwaliteitsinformatie;
- b goede voorbeelden;
- c operationele knelpunten.

Bij het identificeren van de risico's met betrekking tot betrouwbare kwaliteitsinformatie hebben we aansluiting gezocht bij het rapport 'Voorkomen is beter dan genezen' van PricewaterhouseCoopers en TNO Management Consultants en bepaald welke risico's uit dit rapport zich voordoen in het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. In het rapport 'Voorkomen is beter dan genezen' zijn de risico's ingedeeld naar de vijf fases in het proces van monitoring:

- a definiëren (van indicatoren);
- b instrueren - registreren;
- c extraheren - opslaan;
- d consolideren - aanleveren;
- e verzamelen - ontsluiten.

De Continue Kwaliteitsmonitor richt zich op de eerste twee fases, definiëren en instrueren - registreren.

Fase 2: data-analyse

In fase 2 hebben we ten eerste op basis van data-analyse (op de ruwe data van het Kwaliteitskader) onderzocht of de risico's met betrekking tot betrouwbare kwaliteitsinformatie ook met behulp van data-analyse zijn aan te tonen. Daarbij is ook onderzocht of het feit dat een aantal vragen uit het Kwaliteitskader door een deel van de invullers als onduidelijk is aangemerkt, terugkomt in het antwoordpatroon. Tot slot is de validiteit van de data onderzocht op basis van enkele algemene onderzoeksvragen.

Fase 3: doorontwikkeling Kwaliteitskader

In fase 3 van het onderzoek hebben we de bevindingen uit fase 1 en 2 afgestemd met de expertgroep, wat heeft geleid tot een voorstel voor een aangepaste vragenlijst en een lijst met aandachtspunten voor herziening van het handboek 'meten van kwaliteit in de gehandicaptenzorg'. Tevens hebben we in fase 3 per geïdentificeerd knelpunt een advies ter verbetering opgenomen.

Afbakening onderzoek

Het onderzoek van de Continue Kwaliteitsmonitor richt zich specifiek op de generieke oftewel de vragenlijst voor verstandelijke gehandicapten (VG-vragenlijst).

Wij hebben het onderzoek uitgevoerd in de periode december 2009 tot 17 maart 2010, wat betekent dat wij informatie hebben verzameld tot en met het aanleveren van de gegevens en daarmee geen uitspraken doen over het proces vanaf de schoning. Dit betekent ook dat de geïdentificeerde risico's zich richten op het meetproces en niet op de uitkomsten van de meting.

De contactpersonen voor dit onderzoek zijn de concernbeheerder, coördinatoren en invullers van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Wij hebben niet gesproken met bestuurders.

Opbouw rapport

In hoofdstuk 1 tot en met 3 worden fase 1, fase 2 en fase 3 van Continue Kwaliteitsmonitor uitgebreid beschreven. In de bijlagen zijn de volgende bestanden opgenomen:

- a analyse vragenlijst, waar per vraag is benoemd of organisaties problemen ervaren bij het invullen;
- b overzicht met scores uit interviews;
- c resultaten webenquête;
- d resultaten webenquête per respondent;
- e voorstel aangepaste VG-vragenlijst;
- f lijst met aandachtspunten voor herziening handboek;
- g resultaten data-analyse van de vragen waarbij organisaties problemen ervaren bij het invullen.

1. Fase 1 geeft inzicht in risico's, goede voorbeelden en operationele knelpunten

Dit hoofdstuk gaat in op fase 1 van de Continue Kwaliteitsmonitor. Eerst wordt aangegeven hoe het onderzoek is uitgevoerd, daarna geven we een kwalitatieve beschrijving van de bevindingen opgedaan tijdens het veldwerk. Vervolgens is er aandacht voor de risico's met betrekking tot betrouwbare kwaliteitsinformatie, goede voorbeelden en operationele knelpunten.

Telefonische interviews, werkbezoeken en webenquête vormen de input van fase 1

Om inzicht te krijgen in de risico's op betrouwbare kwaliteitsinformatie, de goede voorbeelden en operationele knelpunten, zijn er verschillende contactmomenten georganiseerd met deelnemers aan het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Namelijk:

- a telefonische interviews (20);
- b werkbezoeken (10);
- c webenquête (130 respondenten).

De organisaties die we benaderd hebben voor de interviews en werkbezoeken, zijn geselecteerd op basis van een aselechte steekproef uit het overzicht van gehandicaptenzorgaanbieders die deelnemen aan het Kwaliteitskader en in ieder geval zorg leveren aan VG-cliënten.

Van de telefonisch geïnterviewde personen is 65% concernbeheerder (soms ook coördinator) en 35% is coördinator. Tijdens de werkbezoeken hebben we interviews afgenomen waarbij in ieder geval de concernbeheerder en een coördinator aanwezig waren. We hebben verder tijdens de werkbezoeken samen met één of meer invullers per geselecteerde instelling de VG-vragenlijst ingevuld.

De webenquête is uitgestuurd naar alle concernbeheerders en coördinatoren die op 15 januari waren aangemaakt in de ZiZo-portal. Van de uitgestuurde enquêtes zijn er 130 ingevuld. Dit is een respons van 35%. 60% van de respondenten is concernbeheerder (soms ook coördinator) en 40 % is coördinator.

Veldwerk op basis van standaard vragenlijst

Voor de verschillende contactmomenten is gebruik gemaakt van een standaardvragenlijst (zie bijlage A.02) op basis waarvan zowel kwantitatieve als kwalitatieve informatie naar voren is gekomen. De informatie uit de verschillende contactmomenten is hieronder samengevoegd tot een verhaal waarin kwalitatief de belangrijkste algemene bevindingen en de bevindingen per thema uit de vragenlijst worden beschreven.

1.1 Het Kwaliteitskader als meetinstrument wordt redelijk positief ervaren; organisaties ervaren knelpunten in de uitvoering

In deze paragraaf beschrijven wij kort onze ervaring in het contact met de organisaties en het algemene beeld ten aanzien van het Kwaliteitskader dat hieruit ontstaan is. Daarna geven wij op de specifieke thema's uit de vragenlijst een beschrijving van de reacties van de organisaties.

Tijdens de instructiebijeenkomsten en voorlichtingsbijeenkomsten in september en oktober 2009 was er flinke weerstand tegen de invoering van de Kwaliteitskader onder de zorgaanbieders. Als belangrijkste tegenargument werd administratieve druk genoemd. We hebben gemerkt dat nu het proces duidelijk is en de gebruikers (concernbeheerders en invullers) weten wat hen te doen staat de weerstand afneemt. Illustratief is wat ons betreft het feit dat een aantal organisaties aangegeven heeft het zorgdossier aan te willen passen aan de huidige opzet van het Kwaliteitskader. Dit om de kwaliteit van het zorgdossier te verbeteren en het vinden van de gegevens voor een volgende meting gemakkelijker te maken.

De meeste organisaties die wij geïnterviewd hebben, willen de terugkoppeling van de kwaliteitsindicatoren ook daadwerkelijk gebruiken voor het verbeteren van interne processen. Men is tegelijkertijd wel enigszins terughoudend in de verwachtingen over de inhoud. Men vraagt zich af of de terugkoppeling van de resultaten werkelijk informatie biedt om te vergelijken met andere organisaties en om de interne processen te verbeteren.

De deelnemende organisaties kunnen worden onderverdeeld in drie groepen (percentages zijn een ruwe schatting):

- a **Enthousiaste organisaties:** zien het Kwaliteitskader als kans om processen te optimaliseren en hebben de interne organisatie hierop ingericht (15%).
- b **Praktische organisaties:** zijn benieuwd naar de bijdrage die het Kwaliteitskader kan leveren aan procesverbeteringen en hebben het project zo ingericht dat medewerkers in staat zijn de vragenlijst in te vullen met minimale tijdsbesteding (70%).
- c **Kritische organisaties:** twijfelen over de meerwaarde van het Kwaliteitskader en zien het met name als instrument voor externe verantwoording. Het proces is zo ingericht dat de tijdsbesteding voor de organisatie zo minimaal mogelijk is en er wordt gestuurd op het geven van bepaalde antwoorden (15%).

1.2 Bevindingen Continue Kwaliteitsmonitor per thema

Hieronder worden de belangrijkste thema's die zijn onderzocht in de Continue Kwaliteitsmonitor nader uitgewerkt. Het gaat om:

Doelstelling Kwaliteitskader en beoordeling vragenlijst

a duidelijkheid doelstellingen Kwaliteitskader;

b beoordeling vragenlijst;

Meetproces binnen organisaties

c inrichten van de projectstructuur in de portal;

d werken met de portal;

e invullen van de vragenlijst;

f lengte vragenlijst;

g benodigde invultijd;

h opzoeken van informatie;

Ondersteuning bij het invullen

i handboek "Meten van kwaliteit in de gehandicaptenzorg";

j ervaringen met de helpdesk;

k papieren versus digitale vragenlijst;

l logistiek.

Doel Kwaliteitskader en vragenlijst

Doel Kwaliteitskader

Het doel van de Kwaliteitsmeting is voor bijna alle concernbeheerders en coördinatoren duidelijk. Een beperkt aantal van de respondenten geeft aan dat dit gedeeltelijk niet duidelijk is. Een deel van de respondenten vraagt zich wel af of kwaliteit echt te meten is en of met het huidige instrumentarium wel een goed beeld gegeven wordt van de kwaliteit die geleverd wordt. In dit kader is men ook nieuwsgierig naar de inhoud van de spiegelrapportage. Tevens wordt aangegeven dat het hanteren van zowel de doelstelling "Interne kwaliteitsverbetering" als "Externe verantwoording" het risico op windowdressing vergroot.

Van de respondenten geeft iets meer dan de helft van de mensen aan dat het doel van de kwaliteitsmeting voor de andere medewerkers van de organisatie duidelijk is. Bijna de helft geeft aan dat dit gedeeltelijk duidelijk is. Het beeld dat ontstaat uit de reacties is dat voor de mensen die betrokken zijn bij het Kwaliteitskader vanwege hun functie als concernbeheerder of coördinator de doelstelling van het Kwaliteitskader duidelijk is. Voor de medewerkers op de werkvloer die niet betrokken zijn geweest bij de informatiebijeenkomsten is het doel minder duidelijk. Hier zijn overigens wel verschillen in waar te nemen. Daar waar er minder voorlichting is geweest, blijkt dat medewerkers over het algemeen meer vragen hebben, de interpretatie van de vragen meer uiteen loopt en vragenlijsten niet altijd conform verwachting worden ingevuld (vragen zijn bijvoorbeeld overgeslagen of juist ingevuld daar we ze overgeslagen hadden mogen worden). Medewerkers zien het Kwaliteitskader soms ook als vervanger van het HKZ-normenkader, met de beleving dat dit "weer iets nieuws is". Dat het HKZ-normenkader en het Kwaliteitskader aanvullend aan elkaar zijn, is (nog) niet voor eenieder even helder.

Beoordeling vragenlijst

Bijna de helft van de mensen geeft aan dat de vragenlijst de kwaliteit van zorg raakt. Meer dan de helft geeft aan dat dit gedeeltelijk zo is en dat de kwaliteit van zorg meer omvat dan wat op basis van de zorginhoudelijke indicatoren wordt uitgevraagd. De relatie met de CE-index wordt lang niet altijd gezien. Enkele respondenten geven aan dat de vragen de kwaliteit van zorg niet raken.

Respondenten geven aan dat het invullen van de vragenlijst door de persoonlijk begeleiders in beperkte mate als nuttig wordt ervaren. In de beleving van invullers staat het verantwoordingsperspectief centraal in dit traject en wordt samen in combinatie met het tijdsaspect een administratieve druk ervaren. Tegelijkertijd levert het invullen voor invullers ook verbeterpunten op voor bijvoorbeeld de ondersteuningsplannen en leidt het tot bewustwording van zaken die in de dagelijkse activiteiten niet op de voorgrond staan.

Bij een deel van de vragen uit de VG-vragenlijst geven de invullers aan dat zij problemen ervaren bij het invullen van de vragenlijsten omdat de vraag niet duidelijk is (bijlage A.01).

Meetproces binnen organisaties

Inrichten van de projectstructuur in de portal

Het inrichten van informatie-eenheden is voor driekwart van de respondenten duidelijk. De respondenten die het gedeeltelijk duidelijk vonden, geven aan dat het indelen van informatie-eenheden soms gekunsteld is en niet past bij de huidige organisatiestructuur. Organisaties met vragen over de indeling van informatie-eenheden zijn door de helpdesk goed geholpen.

Het trekken van de steekproef

Het trekken van de steekproef was voor tweederde van de mensen duidelijk. Een klein aantal respondenten geeft aan dat dit niet duidelijk was, vanwege met name wisselende informatie in de voorbereiding. De antwoorden van de helpdesk Zichtbare Zorg en de informatie verstrekt tijdens de voorlichtingsbijeenkomsten over de grootte van de informatie-eenheden verschilden soms van elkaar. Onduidelijk was soms ook wat te doen bij het uitvallen van cliënten binnen de steekproef. Organisaties hebben dit op een eigen en pragmatische wijze opgelost, door bijvoorbeeld de volgende cliënt op de lijst te nemen.

Werken met de portal

Tweederde van de respondenten geeft aan dat de portal van Zichtbare Zorg gebruiksvriendelijk is. Een derde geeft aan dat ze gedeeltelijk goed in de portal kunnen werken. Doordat de portal nog niet volledig ontwikkeld was bij de start van het Kwaliteitskader, zijn organisaties wel tegen een aantal knelpunten aangelopen. Zoals bijvoorbeeld het niet tijdig beschikbaar zijn van de

vragenlijsten.

Invullen van de vragenlijst

Het eerste deel van de vragenlijst wordt grotendeels ingevuld door de concernbeheerder, coördinator of administratief medewerker. Deel twee van de vragenlijst wordt deels centraal ingevuld en deels door de persoonlijk begeleider. Deel drie wordt grotendeels ingevuld door de persoonlijk begeleider. Ook vullen gedragsdeskundigen, zorgcoördinatoren en teamleiders in een aantal gevallen dit deel drie in. Sommige organisaties hebben ervoor gekozen om met een kernteam (bijvoorbeeld het interne auditteam) te werken dat alle lijsten invult. In een enkel geval wordt deel 3 ook centraal ingevuld.

Een klein deel van de organisaties vult de vragenlijsten groepsgewijs in. De meerderheid van de organisaties vult de vragenlijst individueel in. Afdelingen binnen organisaties hebben vaak zelf de keuze in welke vorm ze de vragenlijst invullen, waardoor de wijze van invullen binnen de organisatie kan verschillen.

Het grootste deel van de respondenten geeft aan dat de vragenlijst naar waarheid wordt ingevuld. Slechts enkele respondenten zijn hier sceptisch over en geven aan dat dit niet zal gebeuren. Het waarheidsgetrouw invullen wordt wel belemmerd door de volgende zaken:

- a De term aantoonbaarheid in de gehandicaptenzorg is een lastige. Veel wordt wel bedacht en afgesproken, maar niet vastgelegd. Men zal dus een vraag snel herkennen en bevestigend antwoorden, maar of de informatie ook daadwerkelijk vastgelegd is op bepaalde plaatsen, is maar de vraag.
- b Medewerkers en cliënten geven soms aan dat ze de vragen over privacygevoelige onderwerpen (met name over emotioneel en seksueel misbruik) weigeren in te vullen of anders zullen invullen, omdat ze informatie die hen in vertrouwen is gegeven over deze onderwerpen niet willen doorgeven.
- c Bij twijfel tussen antwoorden wordt eerder het gewenste antwoord ingevuld. Tegelijkertijd zijn medewerkers soms te streng voor zichzelf. Bijvoorbeeld bij de vraag of het zorg- en ondersteuningsplan volgens plan wordt uitgevoerd. Er wordt dan soms “gedeeltelijk” of “niet” ingevuld als op één klein onderdeel iets niet goed aanslaat en men momenteel onderzoekt hoe dit beter kan.

Vrijwel alle respondenten geven aan dat het management het waarheidsgetrouw invullen ook uitdraagt. Dit betekent overigens niet dat hier ook op gestuurd wordt. Een beperkt aantal respondenten geeft aan dat het management niet of minimaal is betrokken en de concernbeheerder verantwoordelijk is gesteld voor de uitvoering van het traject.

In ruim de helft van de gevallen zijn er specifieke maatregelen genomen om het waarheidsgetrouw invullen te waarborgen. Voorbeelden die hierbij gegeven worden zijn:

- a Tijdens bijeenkomsten en via mailing is aandacht besteed aan het invullen van de

vragenlijsten, waarbij het management meestal de nadruk legt op de kwaliteitsverbetering en niet zozeer op de verantwoording.

- b Bij een meerheid van de organisaties zijn controles (volledig of middels een steekproef) op volledig en waarheidsgetrouw invullen ingebouwd. Deze worden uitgevoerd door de concernbeheerder, teamleider, kwaliteitsfunctionaris, gedragswetenschapper of coördinator.

Veel mensen geven aan dat het waarheidsgetrouw invullen ook gewoon beroepsethiek is en dat ze in het algemeen verwachten dat er binnen de gehandicaptenzorg zaken naar waarheid ingevuld gaan worden.

Lengte vragenlijst

De lengte van de vragenlijst wordt door de meerderheid als goed beoordeeld. Respondenten die aangeven dat de vragenlijst (te) kort is, geven aan dat het aantal vragen over kwaliteit van medewerkers beperkt is en dat er voor gespecialiseerde zorg vragen ontbreken. Er is over het algemeen begrip voor het feit dat dit de eerste keer is dat de vragenlijst gebruikt wordt en dat er ruimte is voor doorontwikkeling. Respondenten die de vragenlijst te lang vinden, koppelen dit aan de administratieve last die invullen met zich meebrengt.

Benodigde invultijd

Ongeveer tweederde van de mensen geeft aan dat begeleiders voldoende tijd hebben voor het invullen van de vragenlijsten. Een derde geeft aan dat invullers onvoldoende tijd hebben. Meerdere organisaties ervaren het Kwaliteitskader als een extra administratieve last. Dat is de reden dat een aantal organisaties er ook voor gekozen heeft het invulproces zo “lean” mogelijk te houden en invullers zoveel mogelijk te ontlasten, bijvoorbeeld door hen niet of nauwelijks te informeren. Dit betekent een risico voor de kwaliteit van de aangeleverde gegevens. Doordat medewerkers onvoldoende zijn geïnformeerd, blijven sommige zaken onduidelijk en geven medewerkers hun eigen interpretatie aan de vragen.

De organisaties hebben het invullen in verschillende mate gefaciliteerd. Een aantal organisaties heeft tijd gereserveerd voor het invullen van de vragenlijsten, bij andere organisaties moet het “tussen de bedrijven door” gebeuren. Een algemene opmerking die meerdere malen gemaakt is, luidt dat dit soort “verplichte zaken” altijd ten koste gaat van de directe cliëntenzorg.

Opzoeken van informatie

Het grootste deel van de benodigde informatie wordt uit het zorg- en ondersteuningsplan gehaald, al dan niet langs de digitale weg. Tevens wordt gebruik gemaakt van incidentenregistratie (bijvoorbeeld MIC of FOBO), het kwaliteitssysteem (bijvoorbeeld het medicatieprotocol), beleidsafspraken en notulen van overleggen. Indien gebruik wordt gemaakt van de laatste twee

bronnen wordt de vragenlijst ingevuld op basis van interne beleidsregels en niet zozeer op basis van de dagelijkse praktijk. Bijvoorbeeld het medicatieprotocol is leidend en niet de werkelijkheid.

Persoonlijke begeleiders worden meestal op de hoogte gesteld of weten al waar ze de benodigde informatie kunnen vinden. In sommige gevallen wordt er vanuit gegaan dat men dit weet.

Ongeveer een derde van respondenten geeft aan dat er vragen zijn waarvoor moeilijk de juiste gegevens kunnen worden aangeleverd.

Ondersteuning bij het invullen

Handboek "Meten van kwaliteit in de gehandicaptenzorg"

Het handboek is voor het merendeel van de respondenten compleet en duidelijk. Een klein percentage geeft aan het handboek onduidelijk te vinden. Coördinatoren en concernbeheerders hebben het handboek veelal wel zelf gebruikt (ook al geven enkele aan dat ze niet van een handboek op de hoogte waren), maar hebben het veelal niet meegeleverd aan de invullers. Als alternatief is er vaak een eigen instructie geschreven, om het voor de invuller overzichtelijk te houden. Er is meerdere malen de suggestie gedaan om het handboek te splitsen in een deel voor concernbeheerders en coördinatoren en een deel voor invullers. De terminologie in het handboek en in de vragenlijst sluit in de ogen van een aantal respondenten niet aan bij het taalgebruik van de invullers/persoonlijk begeleiders.

Ongeveer een kwart van de respondenten geeft aan nog zaken in het handboek te missen, zoals:

- a meer uitleg over de doelgroepen en de wijze waarop de vergelijking met andere organisaties plaatsvindt, bijvoorbeeld voor mensen die wel ambulante zorg afnemen en normaal begaafd zijn;
- b de toelichtingen die later zijn toegevoegd in de portal en geen onderdeel vormen van het handboek;
- c meer informatie op basis van FAQ's. Bijvoorbeeld: hoe om te gaan met residentiële cliënten die geen ZZP hebben, ambulante cliënten die overbruggingszorg krijgen, cliënten die een aanbod krijgen dat niet in de lijst staat;
- d er zou duidelijker aangegeven kunnen worden dat de dominante grondslag in de indicatie VG moet zijn, aangezien er ook cliënten zijn met een dominante grondslag GGZ;
- e een gebruiksvriendelijke handleiding specifiek voor bij het invullen;
- f een stappenplan voor de begeleiders waarin ze meegenomen worden door de portal heen;
- g duidelijkheid hoe om te gaan met cliënten waarvoor de vragenlijst twee keer moet worden ingevuld. Dit kon nu niet onder dezelfde account en de cliënt moest twee keer worden aangemaakt in het systeem;
- h nadere definiëring van de domeinen en enkele begrippen (zoals zorgmijders,

- slachtoffer van verslaving, probleemgedrag e.d.);
- i extra toelichting bij vragen, zoals: telt roken ook als verslaving, telt dragen van een bril als beperkt gezichtsvermogen, wordt de anticonceptiepil ook als medicijn gezien?
- j de exacte stappen van de schoning en casemix zijn nog niet duidelijk;
- k er blijkt soms begripsverwarring over VG en LVG. Met name de grote groep ambulante cliënten zijn vrijwel allen licht verstandelijk gehandicapt en/of zwakbegaafd (volgens IQ-indeling). Alle cliënten hebben op hun indicatie echter VG staan en zijn ook ingedeeld in de categorie VG;
- l taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden en de verschillen hierin tussen coördinator en beheerder (en de bijbehorende autorisaties in de portal);
- m het gebruik van meerdere documenten naast elkaar (vragenlijst, handboek, begrippenlijst, toelichting) is wat onhandig. Het is handiger als het in één document staat;
- n bij vraag 3b.1 waar in de portal staat dat SGLVG of SGEVG alleen mogelijk is voor ZZP 1. Dit geeft verwarring omdat er cliënten zijn met SGEVG met een ZZP 7;
- o veel zaken in het handboek zijn geschreven vanuit een verblijfssituatie, waardoor mensen het lastig vinden ze te interpreteren voor dagbesteding en ambulant.

Ervaringen met de helpdesk

Bij onduidelijkheden weten de respondenten dat ze terecht kunnen bij de helpdesk van Zichtbare Zorg. De ervaringen met de helpdesk zijn gedeeltelijk positief. Met name de klantvriendelijkheid wordt als positief beoordeeld. Men is niet altijd tevreden over de termijn waarbinnen een vraag wordt afgehandeld en over de concreetheid van het antwoord. In een aantal gevallen duurde het enkele weken voordat een antwoord kwam. Dit ging dan voornamelijk om vragen die bij de tweede lijn werden neergelegd. Tevens was de telefonische helpdesk niet altijd direct te bereiken, waardoor mensen “in de wacht stonden”. Door enkele respondenten is aangegeven dat de helpdesk in het begin opstartproblemen had (op veel vragen kon geen antwoord gegeven worden). Naarmate de tijd vorderde, verbeterde dit.

Papieren versus digitale vragenlijst

De papieren vragenlijst wordt door ruim een kwart van de mensen niet als gebruiksvriendelijk ervaren. Dit heeft voornamelijk te maken met het feit dat er gekozen is voor één vragenlijst voor zowel wonen, dagbesteding als ambulant, terwijl niet voor elke zorgvorm alle vragen relevant zijn. Invullers vullen regelmatig vragen in die ze hadden mogen overslaan en vergeten vragen die ze wel hadden moeten invullen. Enkele organisaties hebben dit opgelost door zelf voor elke zorgvorm een vragenlijst te maken.

Daarnaast worden nog enkele praktische problemen benoemd:

- a De grijsvlakken en de rode tekst zijn in de zwart-wit versie niet duidelijk.
- b Tussen de papieren en de digitale vragenlijst zat een versieverschil.

- c Bij het invullen van de papieren vragenlijst kost het zoeken naar toelichtingen op bepaalde begrippen extra tijd. In de digitale versie staan deze er al bij.
- d Het printen van de pdf was bij de versie van oktober 2009 lastig, omdat de layout niet passend was.

De digitale vragenlijst is gebruiksvriendelijker dan de papieren vragenlijst, al vindt een beperkt aantal respondenten ook deze niet gebruiksvriendelijk. De punten die ter verbetering van de digitale vragenlijst genoemd worden, zijn (zie ook tabel 1-4):

- a Er zou nog iets meer toelichting gegeven kunnen worden bij de vragen.
- b Vragen die niet hoeven te worden ingevuld, worden grijs gearceerd. Het is handiger als ze niet zichtbaar zijn.
- c Het is slechts op de laatste pagina van de vragenlijst mogelijk om de vragenlijst op te slaan, waardoor de invuller de hele vragenlijst pagina voor pagina door moet klikken. Het zou handig zijn als er de mogelijkheid is direct naar een bepaalde pagina te navigeren.
- d De naam van de cliënt verschijnt niet bovenaan de vragenlijst.

Logistiek

Het feit dat vragenlijsten te laat beschikbaar kwamen, heeft geleid tot onvrede. De verlenging van de termijn is daarentegen als prettig ervaren, al wordt de doorlooptijd van het hele traject nog wel (te) kort gevonden. Dit hangt samen met de constatering van een aantal respondenten dat de inhoud van de vragenlijst en de portal tegelijkertijd zijn ontwikkeld, waardoor er onvoldoende tijd is genomen voor het testen. De nadelige effecten van uitloop- en herstelwerkzaamheden, (zoals het te laat openstellen van de vragenlijsten en fouten in de routing) zijn nu ten laste van de zorgorganisaties gekomen.

1.3 Risico's met betrekking tot betrouwbare kwaliteitsinformatie geïdentificeerd

In fase 1 van de kwaliteitsinformatie hebben wij ons onder andere gericht op het identificeren van mogelijke risico's met betrekking tot betrouwbare kwaliteitsinformatie. Wij hebben hiervoor gebruikgemaakt van het rapport 'Voorkomen is beter dan genezen' van PricewaterhouseCoopers en TNO Management Consultants. In het rapport zijn de risico's ingedeeld naar de vijf fases in het proces van monitoring:

- a definiëren (van indicatoren);
- b instrueren - registreren;
- c extraheren - opslaan;
- d consolideren - aanleveren;
- e verzamelen - ontsluiten.

Voor Continue Kwaliteitsmonitor richten wij ons op de eerste twee fases, definiëren en instrueren - registreren. Per risico hebben wij onze bevindingen opgenomen.

Tabel 1-1: Risico's met betrekking tot betrouwbare kwaliteitsinformatie

Risico	Bevindingen
Definiëren	
1. Het risico dat professionals twijfels hebben over toepassing van indicatoren en daarom niet registreren.	Een groep organisaties staat kritisch tegenover het kwaliteitskader.
2. Het risico dat de indicatoren onvoldoende aansluiten bij wat de organisaties redelijkerwijze kunnen leveren.	Dit speelt bij de Deel 1 van de vragenlijst. Omdat de informatie-eenheden niet altijd aansluiten bij op de opbouw van de managementinformatie is het niet altijd mogelijk om medezeggenschap en ziekteverzuim in kaart te brengen.
3. Het risico dat definities niet helder aangeven welke doelgroepen er wel en niet onder vallen.	De definities van de doelgroepen zijn beschreven in het handboek, maar omdat dit niet altijd geraadpleegd wordt, zijn de uitsluitingscriteria niet altijd bekend. Wij hebben geconstateerd dat de VG-vragenlijst ook voor jongeren wordt ingevuld, hetgeen niet de bedoeling is.
4. Het risico dat indicatoren niet scherp genoeg zijn gedefinieerd.	Een enkele instelling geeft aan dat het handboek en de vragenlijst niet aansluiten bij de belevingswereld van de invullers. Taalgebruik is te ingewikkeld. In de bijlage A.01 is een lijst opgenomen van vragen die onduidelijk worden gevonden.
5. Het risico dat de prestatie-indicatoren niet de werkelijke kwaliteit van de zorg/behandeling weergeven.	De contactpersonen geven aan dat de huidige vragen de kwaliteit van zorg raken, maar de vragen geven geen volledig beeld. Zo zijn niet voor alle domeinen indicatoren opgenomen en is er geen speciale aandacht voor oudere cliënten.
Instrueren-Registreren	
6. Het risico dat registraties niet nauwkeurig zijn omdat professionals niet weten waarom er geregistreerd moet worden.	Voor invullers zijn het doel en het nut van de kwaliteitsmeting niet altijd duidelijk.
7. Het risico dat professionals het niet altijd eens zijn over de interpretatie van indicatoren.	Tijdens de audits is gebleken dat de vragen voor invullers niet altijd duidelijk zijn en daardoor verschillend worden geïnterpreteerd (zie risico 4). Groepsgewijs invullen is daarom ook te prefereren boven individueel invullen.
8. Het risico dat professionals niet (volledig) bereid zijn om de gegevens waarheidsgetrouw in te vullen, zeker als ze minder gunstig zijn.	Over het algemeen wordt gestimuleerd de vragenlijst naar waarheid in te vullen. De kritische organisaties voorzien in de toekomst <i>window dressing</i> . Tevens wordt bij twijfel vaak het positieve antwoord gekozen.
9. Het risico dat professionals een vergissing maken bij het invullen van de gegevens.	Het handmatig invoeren van op papier ingevulde vragenlijsten, geeft een risico op verkeerde invoer.

10. Het risico dat professionals onvoldoende tijd hebben om de kwaliteitsregistraties bij te houden.	Door sommige organisaties wordt het kwaliteitskader als extra administratieve last gezien. Zij geven aan te weinig tijd te hebben voor een extra administratie en zoeken naar creatieve oplossingen. Soms betekent dit dat de vragenlijst niet door de persoonlijk begeleider wordt ingevuld.
11. Het risico dat professionals onvoldoende leren uit het registreren van kwaliteitsinformatie.	Wanneer ervoor wordt gekozen om de vragenlijsten niet door de persoonlijk begeleiders te laten invullen, is er voor hen geen sprake van een leereffect.
12. Het risico dat het leveren van kwaliteitsinformatie niet goed is ingebed in reguliere werkprocessen	Deze manier van werken is nieuw. De organisaties moeten eraan wennen dat zorg wordt benaderd vanuit een proces- en risicoanalyse.
13. Het risico dat professionals onvoldoende het nut van de indicatoren onderschrijven.	Slechts een klein deel van de organisaties geeft aan dat het invullen van de vragenlijsten als nuttig wordt ervaren.
14. Het risico dat het management te weinig stuurt op waarheidsgetrouw registreren van kwaliteitsinformatie.	Een derde van de organisaties heeft geen acties uitgezet om het waarheidsgetrouw invullen van de vragenlijsten te bevorderen.

1.4 Goede voorbeelden voor gehele sector van nut

Tijdens het veldwerk hebben wij expliciet aandacht besteed aan de 'goede voorbeelden'. We hebben in dit kader aan de organisaties gevraagd of zij in de uitvoering van het Kwaliteitskader acties hebben uitgezet die zij met de sector willen delen, zodat anderen hiervan kunnen leren. De meeste goede voorbeelden zijn - in verschillende bewoordingen - meerdere malen genoemd. Nadat we deze voorbeelden hadden geclusterd en geherformuleerd zijn er vijftien overgebleven. Het centraal invoeren van de vragenlijsten in de portal (voorbeeld 11) is regelmatig genoemd door organisaties en heeft logistieke voordelen die tijdbesparend kunnen werken. Deze werkwijze vergroot echter de kans op fouten en dus op onbetrouwbare data. Daarom hebben we dit voorbeeld in de tabel van een waarschuwing voorzien.

Tabel 1-2: Overzicht van de goede voorbeelden

Goede voorbeelden	
Communicatie	
1.	Creëren van draagvlak binnen de organisatie door het opstellen van een communicatieplan. In het communicatieplan wordt specifiek aandacht besteed aan het belang van het Kwaliteitskader voor de betrokkenen.

2. Opstellen van een plan van aanpak voor de uitvoering van de meting, met daarin opgenomen een berekening van de belasting voor de organisatie. Het plan van aanpak is bedoeld voor het management en eventueel afgevaardigden van verschillende teams.
3. Opstellen van een informatiemap, waarin op basis van het door Zichtbare Zorg ter beschikking gestelde materiaal een selectie is gemaakt van de informatie die voor coördinatoren en invullers van belang is. De informatie kan op verschillende manieren ter beschikking gesteld worden, namelijk via: hardcopy, mail, nieuwsbrief of website.
4. Organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten om alle betrokken bij het Kwaliteitskader te informeren over hun rol.
5. Inrichten van een interne helpdesk waar alle betrokkenen hun vragen over het Kwaliteitskader kunnen stellen.

Invullen

6. Centraal invullen van deel 1 en deel 2 van de vragenlijst door bijvoorbeeld het secretariaat. De invullers worden hierdoor alleen belast met het beantwoorden van vragen over de kwaliteit van zorg.
7. Invullen van de vragenlijsten in groepen. Door groepsgewijs vragenlijsten te laten invullen leren de invullers direct van elkaar.
8. Registreren van leerpunten ten behoeve van het zorg- en ondersteuningsplan. Deze leerpunten kunnen worden geïmplementeerd om direct kwaliteitsverbetering te kunnen doorvoeren.
9. Opstellen van een eigen instructie waarin per vraag in eigen woorden een toelichting op de inhoud van de vraag en de vindplaats van de informatie wordt gegeven.
10. Invullen van het extra label in deel 2 van de vragenlijst, zodat de resultaten zijn te herleiden naar de locaties.
11. Op papier invullen van de vragenlijsten en daarna centraal laten invoeren in de portal.

Dit goede voorbeeld zorgt voor een vergroot risico op onbetrouwbare kwaliteitsinformatie, omdat er een extra verwerkingsslag nodig is waarbij fouten gemaakt kunnen worden. Tevens is de kans op het maken van fouten bij het invullen op papier groter, omdat de papieren vragenlijst geen routing kent.

Controle

12. Steekproefsgewijs controleren van vragenlijsten.
13. Monitoren van de voortgang door een overzicht te maken van het aantal ingevulde vragenlijsten per invuller. Dit overzicht kan eventueel periodiek onder de betrokkenen verspreid worden.

Zorg- en ondersteuningsplan

14. Aansluiten van het zorgplan op de structuur van het Kwaliteitskader, zodat de benodigde informatie bij het invullen makkelijk opgezocht kan worden.
15. Optimaliseren digitale cliëntdossiers (ECD) zodat de benodigde informatie gemakkelijk digitaal is terug te vinden. Voor een deel van de vragen kan de informatie dan voor alle cliënten worden geëxporteerd.

1.5 Veldwerk geeft inzicht in operationele knelpunten uitvoering Kwaliteitskader

Op basis van het veldwerk zijn er 27 knelpunten in de uitvoering van het Kwaliteitskader naar voren gekomen. In tabel 1-5 zijn deze knelpunten weergegeven. Per knelpunt is aangegeven of het inmiddels al is opgelost, en zo nee, of het wenselijk/noodzakelijk is het voor de volgende meetronde op te lossen.

Tabel 1-3: Overzicht van de operationele knelpunten

Operationele knelpunten	Termijn afhandeling
Communicatie	
1. Communicatie vanuit Zichtbare Zorg richting organisaties over veranderingen in de planning of technische problemen in de portal is in de ogen van de organisaties niet altijd optimaal. Organisaties geven bijvoorbeeld aan dat zij geen duidelijke informatie hebben ontvangen over de reden waarom de digitale vragenlijsten niet beschikbaar waren en het tijdstip waarop dit wel het geval zou zijn.	Voor volgende meetronde
2. De telefonische helpdesk van Zichtbare Zorg is niet altijd goed bereikbaar.	Voor volgende meetronde
3. In bepaalde perioden duurt het te lang voordat een mail door de helpdesk wordt beantwoord (op de site van Zichtbare Zorg staat dat er binnen een dag gereageerd wordt op een helpdeskvraag).	Voor volgende meetronde
4. Organisaties vinden het vervelend dat hen via de telefonische helpdesk gevraagd wordt om de vraag op de mail te zetten.	Voor volgende meetronde
5. In de communicatie over het trekken van de steekproef zijn door Zichtbare Zorg verschillende berichten naar buiten gebracht, waardoor het voor de organisaties niet duidelijk was welke eisen aan de steekproef werden gesteld.	Voor volgende meetronde
6. Het in delen beschikbaar stellen van de ondersteunende informatie in plaats van in één pakket bij de aanvang van het traject wordt door organisaties als onprettig ervaren.	Voor volgende meetronde
Vragenlijst	
7. De routing na vraag 5.1 deel 3 (medicijngebruik) functioneert niet goed.	Afgehandeld
8. De digitale vragenlijst komt niet overeen met de papieren vragenlijst	Afgehandeld
9. In de digitale vragenlijst worden vragen die niet ingevuld hoeven te worden grijs gearceerd. Dit betekent dat je als invuller ook vragen moet doorscrollen die je niet hoeft in te vullen. Dit is onoverzichtelijk en kost onnodig veel tijd.	Voor volgende meetronde
10. Het open veld waarin het extra label in deel 2 van de vragenlijst kan worden aangemaakt is erg foutgevoelig. Invullers voeren het veld niet, of op verschillende wijze in (bijvoorbeeld locatie hoofdstraat en hoofdstraat).	Voor volgende meetronde

Operationele knelpunten	Termijn afhandeling
11. Een invuller kan een vragenlijst de status 'afgerond' geven, terwijl nog niet alle vragen zijn ingevuld.	Voor volgende meetronde
12. Om de vragenlijst de status 'afgerond' te geven moet de hele vragenlijst worden doorlopen.	Voor volgende meetronde
13. Het is niet mogelijk om direct naar een specifieke pagina in de vragenlijst te gaan. Eerst moeten alle voorliggende pagina's worden doorgeklikt.	Voor volgende meetronde
14. Het kenmerk waarop de instelling de cliënten heeft aangemaakt (veelal voorletters en achternaam) wordt niet weergegeven in de vragenlijst, waardoor het voor de invuller niet altijd duidelijk is in welke vragenlijst hij werkt.	Voor volgende meetronde
15. Voordat de vragenlijst start, wordt de invuller gevraagd welke vragenlijst op de cliënt van toepassing is. Het blijkt dat de interne benaming van de doelgroep soms afwijkt van de definitie die in de vragenlijst gehanteerd wordt. Tevens is deze vraag vrijwel gelijk aan vraag 3, waar naar het ZZP gevraagd wordt en lijkt de vraag dus dubbelop.	Voor volgende meetronde
Portal	
16. Op de portal wordt een http-verbinding weergegeven, wat organisaties doet vermoeden dat de informatie op de portal niet optimaal beveiligd is.	Afgehandeld
17. De digitale vragenlijsten waren niet tijdig beschikbaar voor de organisaties.	Voor volgende meetronde
18. De portal kent geen technische hulpmiddelen om gegevens te importeren. Dit wordt door de organisaties met name als storend ervaren bij het invoeren van de cliënten. Die moeten nu stuk voor stuk ingevoerd worden.	Voor volgende meetronde
19. Vanwege de ICT-beveiliging was het voor sommige organisaties onmogelijk om de digitale vragenlijst in te vullen. Er is vanuit Zichtbare Zorg geen communicatie geweest over beveiliginstellingen die consequenties hebben voor het invullen van de vragenlijsten.	Voor volgende meetronde
20. Het is nog niet mogelijk om als concernbeheerder met één inlogcode toegang te krijgen tot verschillende sectoren.	Voor volgende meetronde
21. Vanwege onderhoud was de portal een aantal dagen niet beschikbaar.	Voor volgende meetronde
22. De mail met inloggegevens komt vanwege de interne beveiliging bij sommige organisaties niet door bij de gebruiker.	Voor volgende meetronde
23. Er heerst onduidelijkheid over wanneer in welk dossier op de portal gewerkt moet worden. Het dossier 'actuele situatie' scheidt verwarring, omdat dit juist niet het dossier is waarin aanpassingen gedaan moeten worden.	Voor volgende meetronde

Operationele knelpunten		Termijn afhandeling
Overig		
24.	Een aantal cliënten geeft aan dat ze vanwege privacygevoeligheid niet willen dat hun gegevens in de portal ingevoerd worden.	Voor volgende meetronde
25.	Een aantal organisaties noemt de grote tijdsdruk (korte periodes waarin de verschillende stappen in het proces moeten worden doorlopen) waaronder het Kwaliteitskader wordt afgenomen.	Voor volgende meetronde
26.	Wanneer een cliënt onder meerdere informatie-eenheden valt, moet de cliënt twee keer worden ingevoerd. Dit geldt ook voor de administratieve gegevens (deel 2) van de cliënt.	Voor volgende meetronde
27.	Doordat cliënten uit zorg gaan, wordt het minimumaantal van 45 cliënten per informatie-eenheid soms niet gehaald.	Voor volgende meetronde

1.6 Veldwerk geeft inzicht in onduidelijke vragen

Wij hebben de reactie van de gebruikers van de vragenlijst verzameld en op basis daarvan op vraagniveau een overzicht gemaakt van alle opmerkingen die zijn gemaakt. Dit overzicht is terug te vinden in bijlage (A.01).

2. Fase 2, risico's door analyse op de data onderzocht

Dit hoofdstuk gaat in op fase 2 van de Continue Kwaliteitsmonitor. Eerst geven we een overzicht van de risico's die we hebben onderzocht met de data-analyse, en de onderzoeksvragen die we hieraan hebben gekoppeld. Hierna gaan we in de volgende paragrafen dieper in op elk van deze risico's. Dit geeft een diepgaand inzicht in de risico's die we hebben onderzocht, en de uitkomsten hiervan. Over de afbakening melden we hier dat we ons – in overeenstemming met fase 1 – hebben beperkt tot een analyse van de VG-vragenlijst, met uitzondering van een aantal specifieke vragen waarbij verbreding een duidelijke meerwaarde had. Hiernaast geven we aan dat de nu uitgevoerde statistische analyses vooral als 'waarschuwingssignalen' dienen. Ze dwingen om goed naar de data te kijken. Hierna kunnen op basis van *inhoudelijke* argumenten beslissingen worden genomen.

2.1 Risico definitie indicatoren en sociale wenselijkheid blijkt uit beantwoording onderzoeksvragen

In de data-analyse hebben wij eerst de validiteit getoetst aan de hand van enkele algemene vragen. Ten tweede hebben we onderzocht of de in fase 1 met behulp van kwalitatief onderzoek geïdentificeerde risico's ook specifiek terugkomen in de data-analyse.

Algemene risico's bekend uit de literatuur zijn:

- a risico op onherkenbaarheid: Vragenlijsten hebben geen duidelijke achtergrondvariabelen;
- b risico op missende waarden: Vragenlijsten of vragen hebben veel missings, waardoor de antwoorden minder betrouwbaar kunnen zijn;
- c risico op sociale wenselijkheid: Respondenten vullen de vragenlijsten niet (volledig) waarheidsgetrouw in.

Wij hebben deze drie risico's onderzocht. Omdat het risico op missende waarden en het risico op sociale wenselijkheid in fase 1 als specifiek risico zijn genoemd, bespreken we deze onder de specifieke risico's. Het risico op onherkenbaarheid noemen we onder algemene risico's (zie tabel 2-1).

Op basis hiervan hebben we voor de algemene en specifieke risico's operationalisaties geformuleerd. Het doel van deze operationalisaties is om te bepalen of het risico zich voordoet. In onderstaande tabel geven we de risico's, de bijbehorende operationalisaties en de uitkomsten van de analyse weer.

We lichten de tabel toe met een voorbeeld. In fase 1 is risico 3 gedefinieerd als "Het risico dat definities niet helder aangeven welke doelgroepen er wel en niet onder vallen". Om dit te

controleren, letten we op de ZZP's. Een ZZP geeft namelijk duidelijk aan bij welke doelgroep een cliënt behoort, zoals zintuiglijk gehandicapten of lichamelijk gehandicapten. We bekijken voor alle vragenlijsten of het ZZP van de cliënt overeenkomt met de doelgroep. Zijn er bijvoorbeeld veel cliënten met een ZZP voor zintuiglijk gehandicapten ingevuld in de vragenlijst voor lichamelijk gehandicapten? Uit ons onderzoek blijkt dat dit maar voor 1,18% het geval is. Op basis van het antwoord op deze vraag kunnen we concluderen dat risico 3 zich hier niet sterk voordoet.

Kijkend naar de tabel kunnen we concluderen dat vooral risico 4 (definitie indicatoren) en risico 8 en 14 (sociale wenselijkheid) duidelijk terugkomen uit de data-analyse. Voor de risico's 1, 2, 3, 4 en 10 is dit niet het geval. Bij het verbeteren van de vragenlijsten kunnen de onderzoekers zich richten op de risico's die uit de data sterk naar voren komen.

Tabel 2-1: Overzicht van kwantitatief onderzochte risico's, en de antwoorden hierop

Nr.	Risico	Beschrijving risico	Onderzoeksvraag	Antwoord	Risico problematisch?
1	Algemeen	Onherkenbaarheid: Vragenlijsten hebben geen duidelijke achtergrondvariabelen	Wat is het percentage ingevulde vragenlijsten bij Deel 1 waarbij niet te achterhalen is bij welke informatie-eenheid (IE) deze behoort?	0%	Nee
2	Algemeen	Onherkenbaarheid	Wat is het percentage ingevulde vragenlijsten voor cliënten waarbij niet te achterhalen is bij welke IE deze behoort?	0%	Nee
3	Algemeen	Onherkenbaarheid	Wat is het percentage ingevulde vragenlijsten voor cliënten waarbij niet te achterhalen is welke cliënt het betreft?	1,3%	Nee
4	Risico 1,2 en 10	Beschikbare informatie: Indicatoren sluiten onvoldoende aan bij wat organisaties redelijkerwijze kunnen leveren	Wat is het gemiddeld percentage 'onterechte' missings per vraag?	0,16%	Nee
5	Risico 1,2 en 10	Beschikbare informatie	Welke 20 vragen hebben de meeste missings?	Zie lijst vragen	Per vraag beoordelen
6	Risico 3	Onduidelijkheid: De afbakening van de doelgroepen is onhelder, zodat cliënten verkeerd worden geregistreerd	Wat is het percentage cliënten waarbij het ZZP niet overeenkomt met de doelgroep waarvoor de vragenlijst is ingevuld?	1,18%	Nee
7	Risico 3	Onduidelijkheid	Welk percentage van de vragenlijsten voor de zintuiglijk gehandicapten is voor de verkeerde leeftijdsgroep ingevuld, en welke zijn dit?	1,5%	Nee

Nr.	Risico	Beschrijving risico	Onderzoekvraag	Antwoord	Risico problematisch?
8	Risico 4	Definitie indicatoren: Het risico dat indicatoren niet scherp genoeg zijn gedefinieerd.	Bij welk % vragen met de mogelijkheid n.v.t. is deze mogelijkheid in meer dan 5% van de gevallen gekozen, en welke vragen zijn dit?	82% + zie lijst vragen	Ja
9	Risico 8 en 14	Sociale wenselijkheid	Wat is het percentage vragenlijsten waarbij alleen positieve antwoorden zijn gegeven?	28,2%	Ja
10	Risico 8 en 14	Sociale wenselijkheid	Bij welk % IE's (≥ 10 vragenlijsten) is meer dan 95 % van de vragenlijsten volledig positief ingevuld, en welke zijn dit?	0,72% + zie lijst IE's	Nee
11	Risico 8 en 14	Sociale wenselijkheid	Welk percentage van de vragen waarbij sociale wenselijkheid kan spelen is voor meer dan 95% positief ingevuld, en welke vragen zijn dit?	38,4% + zie lijst vragen	Ja

In de volgende paragrafen gaan we dieper in op elk van de risico's die we hebben onderzocht.

2.2 Algemeen risico 'onherkenbaarheid' is volgens data-analyse niet groot

Het risico op onherkenbaarheid is via drie operationalisaties onderzocht. Hieruit blijkt dat dit risico zich niet sterk voordoet in de data-analyse.

Alle ingevulde vragenlijsten zijn te adresseren

De eerste operationalisatie luidt:

Wat is het percentage ingevulde vragenlijsten in Deel 1 waarbij niet te achterhalen is bij welke IE deze behoort?

In 0% van de ingevulde vragenlijsten van Deel 1 is niet te achterhalen bij welke organisatie deze behoort. In totaal zijn voor Deel 1 968 vragenlijsten ingevuld. Hier is altijd het IE-nummer weergegeven. Elke informatie-eenheid komt één keer voor.

De tweede vraag luidt als volgt:

Wat is het percentage ingevulde vragenlijsten voor cliënten waarbij niet te achterhalen is bij welke IE deze behoort?

In 0% van de ingevulde vragenlijsten van de vragenlijst 1 is niet te achterhalen bij welke organisatie deze behoort. In totaal zijn voor Deel 1 in totaal 32.254 vragenlijsten ingevuld. Hier is altijd het IE-nummer weergegeven.

Bij 1,3% van de vragenlijsten in Deel 2 is niet te achterhalen bij welke cliënt deze behoort

Tot slot hebben we een derde vraag geformuleerd om te kijken of het probleem van onherkenbaarheid zich op cliëntniveau voordoet:

Wat is het percentage ingevulde vragenlijsten voor cliënten waarbij niet te achterhalen is welke cliënt het betreft?

Het antwoord is 1,3%. Bij de VG-vragenlijst 1 voor verstandelijk gehandicapten is de n 32.254. Cliënten kunnen geïdentificeerd worden als ze een uniek identificatienummer hebben of een unieke extra klantbeschrijving. Bij 420 cliënten is er én geen uniek identificatienummer én geen extra klantbeschrijving toegevoegd.

2.3 Risico 1,2 en 9 ‘te weinig beschikbare informatie’ is volgens data-analyse niet groot

Een van de belangrijkste risico's is dat de indicatoren niet goed aansluiten bij wat organisaties redelijkerwijs kunnen leveren. Er kan bijvoorbeeld te weinig managementinformatie beschikbaar zijn. Dit kan voorkomen bij indicatoren over ziekteverzuim, zeker als dit uitgesplitst dient te worden per IE. Wanneer dit risico zich voordoet, kan dit resulteren in onjuiste of onvolledige informatie. Via twee onderzoeksvragen gaan we na of dit risico zich voordoet

1. 0,16% is het gemiddeld percentage ‘onterechte’ missings per vraag: Er is zodoende geen sprake van noemenswaardige missings.

De eerste onderzoeksvraag luidt:

Wat is het gemiddeld percentage ‘onterechte’ missings per vraag?

Op basis van informatie uit de schoning blijkt dit 0,16% te zijn. In totaal zijn er 135 vragen waarbij missings kunnen worden gerapporteerd. Vaak zijn deze missings terecht, omdat de vraag conditioneel is: Het wel of niet beantwoorden van de vraag is afhankelijk van een antwoord op een andere vraag. Wij hebben gekeken wanneer een vraag zou moeten zijn ingevuld, terwijl dit niet het geval is. Zo zijn er bij 2b “2b. Kruis aan voor welke vorm van zorg u deze vragenlijst invult.” 38 missings. Van de 32.254 vragenlijsten is dit 0,12%. Over alle vragen, inclusief vragenlijst IE, is er gemiddeld 0,16% ‘onterecht’ missing.

De tweede onderzoeksvraag die met het risico op weinig beschikbare informatie verband houdt, is de vraag naar de top 20 missings:

Welke 20 vragen hebben de meeste missings?

Het antwoord hierop staat weergegeven in bijlage A.07. Hieruit blijkt dat de vraag 2a 'Wat was in 2009 het gemiddelde percentage ziekteverzuim medewerkers binnen de informatie-eenheid' het vaakst missing is: 1,76%. Het lijkt dat er hier sprake is van te weinig managementinformatie om deze vraag goed te beantwoorden. Dit is in overeenstemming met de conclusies uit fase 1.

2.4 Risico 3 'onduidelijkheid' is niet groot volgens data-analyse

Deze paragraaf gaat dieper in op het risico van onduidelijkheid. In de risico-inventarisatie uit fase 1 geven we aan dat er een risico is dat de afbakening van de doelgroepen onhelder is, zodat cliënten verkeerd worden geregistreerd. In de data-analyse vinden we dit risico niet sterk terug. Dit is te zien aan de beantwoording van twee onderzoeksvragen. Hierbij merken we op dat deze twee onderzoeksvragen betrekking hebben op meerdere doelgroepen (naast verstandelijk gehandicapten). Dit was noodzakelijk gezien de aard van de vragen.

1. 1,18% van de cliënten heeft een ZZP die niet overeenkomt met de doelgroep van de vragenlijst

De eerste onderzoeksvraag luidt:

Wat is het percentage cliënten waarbij het ZZP niet overeenkomt met de doelgroep waarvoor de vragenlijst is ingevuld?

Om dit te berekenen, bepalen we eerst welke vragenlijst voor welk ZZP is bedoeld. Hierna gaan we na welke ZZP's daadwerkelijk in deze vragenlijsten zijn ingevuld. Op basis hiervan kunnen we berekenen hoeveel cliënten zijn ingevuld bij een vragenlijst die eigenlijk niet voor hen bedoeld was. Zoals te zien in onderstaande tabel is dit 1,18%.

Tabel 2-2: Overzicht van ingevulde ZZP per vragenlijst

ZZP	Behorend tot vragenlijst	Aantal in Vragenlijst 1	Aantal in Vragenlijst 2	Aantal in Vragenlijst 3	Aantal in Vragenlijst 4	Aantal in Vragenlijst 5	% ZZP's in 'verkeerde' vragenlijst
Verstandelijk gehandicapt	1	21269 (OK)	53	21	8	1	0,39%
Licht verstandelijk gehandicapt	1/5	231 (OK)	2	0	0	25 (OK)	0,78%
Sterk gedragsgestoord, licht en ernstig verstandelijk gehandicapt	1/5	96 (OK)	0	1	0	0 (OK)	1,03%
Lichamelijk gehandicapt (LG)	2	171	1976 (OK)	2	1	0	8,09%

ZZP	Behorend tot vragenlijst	Aantal in Vragenlijst 1	Aantal in Vragenlijst 2	Aantal in Vragenlijst 3	Aantal in Vragenlijst 4	Aantal in Vragenlijst 5	% ZZP's in 'verkeerde' vragenlijst
Zintuiglijk gehandicapt: auditief en communicatief	3/4	11	3	254 (OK)	211 (OK)	0	2,92%
Zintuiglijk gehandicapt: visueel	3/4	11	7	400 (OK)	54 (OK)	0	3,81%
% ZZP's in 'verkeerde' vragenlijst			1,18%				
Totaal aan ZZP's waarbij andere vragenlijst had moeten worden ingevuld			292				
Totaal aantal ingevulde ZZP's			24808				

2. 1,5% van de ZG-vragenlijsten is voor cliënten van de verkeerde leeftijdsgroep ingevuld

De tweede onderzoeksvraag komt voort uit een specifiek in fase 1 geconstateerd risico: voor zintuiglijk gehandicapten jonger dan 18 vullen sommige coördinatoren de vragenlijsten voor volwassenen in, en voor sommige zintuiglijk gehandicapten ouder dan 18 vullen sommige coördinatoren de vragenlijsten voor jongeren in. De onderzoeksvraag die hieruit volgt is:

Welk percentage van de vragenlijsten voor de zintuiglijk gehandicapten is voor de verkeerde leeftijdsgroep ingevuld?

Het antwoord op de onderzoeksvraag is 1,5%. In totaal is voor 1223 cliënten uit Vragenlijst 3 en 1676 cliënten uit Vragenlijst 4 de geboortedatum bekend. In totaal is bij 1,5% van de cliënten een vragenlijst ingevuld die niet bij de leeftijdsgroep past.

Vragenlijst 3 is speciaal bedoeld voor volwassen zintuiglijk gehandicapten. De vragenlijst is in 2009/2010 ingevuld. Alle volwassenen moeten dan in 1991 of daarvoor geboren zijn. Hiervoor controleren we in de data. Hieruit blijkt dat 0 cliënten na 1991 zijn geboren. Vragenlijst 4 is speciaal bedoeld voor zintuiglijk gehandicapten onder de 18 jaar. De vragenlijst is in 2009/2010 ingevuld. Alle kinderen zijn dan in 1991 of daarna geboren. Hiervoor controleren we in de data. Hieruit blijkt dat 45 cliënten voor 1991 zijn geboren.

2.5 Risico 4 'definitie indicatoren' blijkt voor te komen in data-analyse

Het vierde risico dat we met de data-analyse onderzoeken is het risico dat indicatoren niet scherp genoeg zijn gedefinieerd. Hiervoor hebben we een onderzoeksvraag geformuleerd. Omdat de indicatoren nader uitgewerkt zijn in vragen gaan we na in hoeverre er bij de vragen onduidelijkheid bestond.

1. Bij 82% van de vragen met de n.v.t.-mogelijkheid is deze vaker dan 5% gebruikt

We bekijken de vragen waar de mogelijkheid niet van toepassing is gebruikt. Als dit in meer dan 5% van de gevallen zo is, kan het zijn dat het onduidelijk is voor de invuller wat Zichtbare Zorg bedoelt met de indicator. De onderzoeksvraag luidt:

Bij welk percentage van de vragen met de mogelijkheid n.v.t. is deze mogelijkheid in meer dan 5% van de gevallen gekozen, en welke vragen zijn dit?

Op basis van de ingevulde antwoorden is bepaald welk percentage respondenten de optie 'niet van toepassing' heeft gebruikt. Bij elf vragen is niet van toepassing een antwoordcategorie. Bij negen van de elf onderzochte vragen (82% van de onderzochte vragen) is de antwoordcategorie n.v.t. in meer dan 5% van de gevallen gebruikt. Het lijkt erop dat deze optie vaak wordt gebruikt bij de vragen waarbij deze mogelijkheid er is. Dit kan erop duiden dat voor vragen waarbij deze mogelijkheid er niet is, er 'geforceerd' gekozen wordt, of dat daar waar n.v.t. een mogelijkheid is, deze te royaal wordt gebruikt.

De vragen waar het meest frequent met 'niet van toepassing' is geantwoord, geven we hieronder weer:

Tabel 2-3: Vragen met grootste score op niet van toepassing.

Code	Vraag	% n.v.t.
cl302f1	2.1.f1 Staan er in het huidige zorg- en ondersteuningsplan afspraken over onderstaande domeinen (inclusief basiszorg)? Materieel welzijn	24,9%
cl308b	8.2 Is in de laatste 12 maanden de HbA1c bepaald? (NB n.v.t. terecht als cliënt geen diabetes is)	19,1%
cl302h1	2.1.h1 Staan er in het huidige zorg- en ondersteuningsplan afspraken over onderstaande domeinen (inclusief basiszorg)? Belangen	18,2%
cl302d1	2.1.d1 Staan er in het huidige zorg- en ondersteuningsplan afspraken over onderstaande domeinen (inclusief basiszorg)? Deelname aan de samenleving	12,5%
cl302g1	2.1.g1 Staan er in het huidige zorg- en ondersteuningsplan afspraken over onderstaande domeinen (inclusief basiszorg)? Zelfbepaling	11,0%
cl302e1	2.1.e1 Staan er in het huidige zorg- en ondersteuningsplan afspraken over onderstaande domeinen (inclusief basiszorg)? Persoonlijke ontwikkeling	10,4%
cl302c1	2.1.c1 Staan er in het huidige zorg- en ondersteuningsplan afspraken over onderstaande domeinen (inclusief basiszorg)? Interpersoonlijke relaties	8,9%
cl302a1	2.1.a1 Staan er in het huidige zorg- en ondersteuningsplan afspraken over onderstaande domeinen (inclusief basiszorg)? Lichamelijk welbevinden	7,7%
cl302b1	2.1.b1 Staan er in het huidige zorg- en ondersteuningsplan afspraken over onderstaande domeinen (inclusief basiszorg)? Psychisch welbevinden	5,6%

2.6 Risico 8 en 14 ‘sociale wenselijkheid’ lijkt sterk aanwezig gezien data-analyse

Tot slot bezien we risico 8 en 14. Deze hebben beide te maken met sociale wenselijkheid. Sommige organisaties gaven aan dat een mogelijk gevaar van de vragenlijsten is dat ze sociaal wenselijk worden ingevuld. Dit is een risico, omdat de vragenlijsten dan niet volledig waarheidsgetrouw worden ingevuld. Daarom onderzoeken we of er sociaal wenselijke antwoorden zijn gegeven. Wanneer we deze vinden, betekent het niet per definitie dat de antwoorden niet kloppen. Het kan zo zijn dat het sociaal wenselijke antwoord overeenkomt met de feitelijke situatie. Een hoge ‘ja’-score hoeft zo niet te duiden op sociaal wenselijke antwoorden, het kan ook betekenen dat er inmiddels een wijdverbreid goed gebruik is ontstaan in de sector.

Om op mogelijke sociale wenselijkheid te testen hebben we drie onderzoeksvragen geformuleerd. Deze bezien sociale wenselijkheid op drie verschillende niveaus:

1. vragenlijstniveau (onderzoeksvraag 1);
2. IE-niveau (onderzoeksvraag 2);
3. indicatorniveau (onderzoeksvraag 3).

We beantwoorden de vragen achtereenvolgens.

1. 28,2% van de vragenlijsten bevat alleen positieve antwoorden

Ten eerste bekijken we onderzoeksvraag 1:

Wat is het percentage vragenlijsten waarbij alleen positieve antwoorden zijn gegeven?

Het antwoord is 28,2%. Om dit te bepalen hebben we drie stappen gezet:

1. Bepaal voor elke vraag of sociale wenselijkheid mogelijk een rol kan spelen. Op basis hiervan hebben we 86 vragen geselecteerd waarbij sociale wenselijkheid een rol kan spelen. Een voorbeeld is 1.2: “Heeft de cliënt(-vertegenwoordiger) de mogelijkheid het zorg- en ondersteuningsplan in te zien?”
2. Bepaal wat het sociaal wenselijk antwoord per vraag is. Voor elke vraag hebben we bepaald wat het sociaal wenselijke antwoord zou zijn. Voor vraag 1.2: “Heeft de cliënt(-vertegenwoordiger) de mogelijkheid het zorg- en ondersteuningsplan in te zien?” is dit “ja”.
3. Onderzoek bij welke vragenlijsten alle alle daarvoor in aanmerking komende vragen sociaal wenselijke (positief) zijn beantwoord. In Access hebben we een Query gemaakt die de vragenlijsten selecteert waarbij dit het geval is. Het kan ook zijn dat de vraag niet is ingevuld, aangezien er veel afhankelijke vragen zijn.

Op basis hiervan hebben we 9.088 vragenlijsten geselecteerd. Dit is 28,2% van het totaal aantal ingevulde vragenlijsten.

2. 0,72% van de IE's heeft meer dan 75% van de vragenlijsten volledig positief ingevuld

Terwijl de eerste onderzoeksvraag het niveau van de vragenlijst betreft, beziet de tweede onderzoeksvraag het niveau van de IE. Deze vraag luidt als volgt:

Bij welke % IE's (≥ 10 vragenlijsten) is bij meer dan 75% van de vragenlijsten volledig positief ingevuld, en welke zijn dit?

Er zijn 7 IE's met tien of meer vragenlijsten waarbij meer dan 75% van de vragenlijsten volledig positief is ingevuld.

Tabel 2-4: Overzicht van IE's (≥ 10 vragenlijsten) waarbij meer dan 75% van de vragenlijsten volledig positief is ingevuld

IE	Aantal vragenlijsten met alleen positieve antwoorden	Aantal ingevulde vragenlijsten	%
72493	75	78	96,2%
72494	36	42	85,7%
71270	36	44	81,8%
71930	40	51	78,4%
71807	47	60	78,3%
72490	78	101	77,2%
72489	77	102	75,5%

3. 38,4% van de vragen waarbij sociale wenselijkheid kan spelen is voor meer dan 95% positief ingevuld

Naast IE- en vragenlijstniveau bezien we sociale wenselijkheid ook op indicatorniveau. De bijbehorende vraag is dan:

2c. Welke percentage van de vragen waarbij sociale wenselijkheid kan spelen is voor meer dan 95% positief ingevuld, en welke vragen zijn dit?

Het antwoord is 38,4%. Om tot dit antwoord te komen hebben we een aantal stappen gevolgd:

1. Bepaal de frequentieverdeling per vraag.

Voor elke vraag waarbij sociale wenselijkheid kan spelen – 86 vragen - is de frequentieverdeling van de antwoorden bepaald. Bij vraag 7.2c1 bijvoorbeeld, "Is de maatregel "Fixatie" toegepast in de afgelopen 12 maanden", antwoordde 45% van de respondenten ja en 55% nee.

2. Bepaal wat het sociale wenselijk antwoord per vraag is.

Voor elke vraag hebben we bepaald wat het sociaal wenselijke antwoord zou zijn. Voor vraag 1.2: "Heeft de cliënt(-vertegenwoordiger) de mogelijkheid het zorg- en ondersteuningsplan in te zien?" is dit "ja".

3. Bepaal of de meest voorkomende categorie in meer dan 95% van de gevallen voorkomt.

Tot slot bepalen we of de meest voorkomende categorie in meer dan 95% van de gevallen voorkomt. Zo antwoordt 98,1% van de respondenten "ja" op vraag 1.1: "Heeft de cliënt een zorg- en ondersteuningsplan?". Bij 33 vragen komt de meest voorkomende categorie in meer dan 95% van de gevallen voor. Dit betekent een percentage van $33/86 = 38,4\%$.

De lijst vragen is terug te vinden in bijlage A.07.

3. Fase 3, advies inzake doorontwikkeling Kwaliteitskader

Op basis van de bevindingen in de voorgaande fasen van de Continue Kwaliteitsmonitor is in fase 3 het Kwaliteitskader doorontwikkeld. Dit heeft geleid tot een verbeterde vragenlijst en een lijst met aandachtspunten voor de herziening van het handboek voor de volgende meetronde. Ook hebben we per operationeel knelpunt een advies voor verbetering benoemd. De verbeterde vragenlijst is met behulp van een expertgroep tot stand gekomen. Onderstaand gaan we achtereenvolgens nader in op de gevolgde werkwijze en op resultaten daarvan. Aan het einde van het hoofdstuk gaan we in op de vraag of het kwaliteitskader voldoende verbeterd is voor de volgende meetronde.

3.1 Expertgroep adviseert de vragenlijst en het handboek aan te passen

Bij de data-analyse zijn twee mogelijke problemen vastgesteld. Het eerste mogelijke probleem is dat de vragen niet altijd voldoende scherp geformuleerd zijn, oftewel dat deze onduidelijk zijn. Hierdoor worden de vragen niet altijd begrepen door de invullers van de vragenlijst. Een tweede mogelijk probleem betreft het waarheidsgetrouw invullen van de vragenlijsten. Het kan zijn dat professionals niet of niet volledig bereid zijn om de vragenlijst waarheidsgetrouw in te vullen of dat het management onvoldoende stuurt op het waarheidsgetrouw registreren van kwaliteitsinformatie. De mogelijke problemen zijn opgespoord aan de hand van:

- a missings (top 20 van niet beantwoorde vragen);
- b vragen waarbij relatief veel “niet van toepassing” is ingevuld (meer dan 5 %);
- c vragen waarbij relatief veel een positief antwoord is gegeven (meer dan 95 %).

Daarnaast is het percentage vragenlijsten vastgesteld waarbij uitsluitend positieve antwoorden zijn gegeven. Dit is in 28.2 % van de vragenlijsten het geval. Omdat dit mogelijke probleem niet op te lossen is met een verbeterde vragenlijst is dit gegeven in deel 3 van het onderzoek verder buiten beschouwing gelaten.

De bevindingen uit fase 1 en 2 van het onderzoek zijn vervolgens voorgelegd aan een expertgroep. De opdracht van de expertgroep was om op basis van de kwalitatieve gegevens (uit fase 1) en kwantitatieve gegevens (uit fase 2) in combinatie met de aanwezige expertise de vragenlijst te verbeteren. De expertgroep is zo samengesteld, dat een inbreng van alle relevante partijen en functies geborgd was. De bemensing van de expertgroep is door de projectleider van Zichtbare Zorg in overleg met de projectgroep nader ingevuld. In bijlage A.08 is de samenstelling van de expertgroep weergegeven.

De expertgroep is éénmaal bijeen geweest. In deze bijeenkomst zijn verbeterpunten besproken. De verbeterpunten zijn vervolgens in de vragenlijst verwerkt en deze verbeterde conceptlijst is nogmaals voorgelegd aan de leden van de expertgroep. Daarna is gecontroleerd of alle

bevindingen uit fase 1 en 2 besproken waren in de expertgroep. Enkele punten hadden onvoldoende aandacht gekregen en daarvoor zijn voorstellen geformuleerd in de volgende versie van de verbeterde conceptlijst. In een tweede mailronde zijn deze nieuwe voorstellen voorgelegd ter becommentariëring. Ook de punten waarover nog geen overeenstemming was bereikt in de eerste mailronde zijn weer voorgelegd in de tweede mailronde. Enkele vragen konden niet opgelost worden in de expertgroep, deze zijn aan de projectleider van ZiZo voorgelegd.

De expertgroep heeft de bevindingen uit fase 1 en 2 van de kwaliteitsmonitor gewogen. Met name ten aanzien van de sociale wenselijkheid en de vragen waarbij “niet van toepassing” is ingevuld heeft de expertgroep zich afgevraagd of aanpassing van de vragenlijst nodig is. Deze afweging heeft in veel gevallen niet geleid tot aanpassing. Bij de “niet van toepassing” vragen bleek dat een hoge score hierop vaak inherent was aan de vraagstelling, zoals bij de domeinen. De eerste vraag was bedoeld om vast te stellen of een bepaald domein van toepassing was voor een bepaalde cliënt, zo niet dan waren de vervolgvragen niet relevant. Een hoge score op “niet van toepassing” was dus heel verklaarbaar en daarmee geen probleem ten aanzien van de betrouwbaarheid. Ook de vragen waarbij relatief veel positieve antwoorden zijn gegeven heeft de expertgroep gewogen en ook hier is vaak geen aanleiding gezien om de vraag aan te passen. Een positief antwoord duidt volgens de expertgroep vaak op een in de praktijk vast te stellen goed gebruik in de sector, zoals de beschikbaarheid van een zorgplan voor elke cliënt. De top 20 van de missings heeft wel tot diverse aanpassingen geleid.

De kwalitatieve informatie heeft de expertgroep veel bruikbare informatie opgeleverd door de concreet beschreven ervaringen en de verbeteringsuggesties die daarbij gedaan zijn door deelnemers aan de webenquête. Hierdoor konden nog weer andere vragen verbeterd worden of kon de vormgeving van de lijst verbeterd worden om misverstand te voorkomen. Daarnaast gaf de kwalitatieve informatie richting aan de verbetering van vragen die als mogelijk problematisch uit de data analyse naar voren kwamen. Waar mogelijk is het taalgebruik bij de vragen vereenvoudigd, dit was een belangrijk punt van kritiek op de totale lijst.

Inhoudelijk zijn er twee aanpassingen gedaan:

- a De vraag over de instemming met het zorg- en ondersteuningsplan plan is scherper geformuleerd door te vragen naar de ondertekening ervan.
- b In de vraag over vrijheidsbeperkende maatregelen is de verwijzing naar de BOPZ vervallen, vooruitlopend op komende wetswijziging.

Het resultaat van de inspanningen van de expertgroep is een verbeterde versie van de generieke vragenlijst. In bijlagen zijn twee versies van de verbeterde lijst opgenomen. In bijlage A.05.1 zijn de verbeteringen ten opzichte van de vorige versie geel gemarkeerd en is per verbetering een toelichting gegeven. In bijlage A.05.2 is de uiteindelijke versie van de verbeterde generieke vragenlijst weergegeven.

3.2 Verbetervoorstellen sluiten aan bij geïdentificeerde knelpunten

In fase 1 van de Kwaliteitsmonitor hebben wij 27 operationele knelpunten benoemd. In de onderstaande tabel hebben wij per knelpunt een advies opgenomen. Het is aan de stuurgroep om dit advies al dan niet op te volgen.

Tabel 3-1: Operationele knelpunten en advies voor verbetering

Operationele knelpunten	Termijn afhandeling
Communicatie	
<p>1. Communicatie vanuit Zichtbare Zorg richting organisaties over veranderingen in de planning of technische problemen in de portal is in de ogen van de organisaties niet altijd optimaal. Organisaties geven bijvoorbeeld aan dat zij geen duidelijke informatie hebben ontvangen over de reden waarom de digitale vragenlijsten niet beschikbaar waren en het tijdstip waarop dit wel het geval zou zijn.</p> <p>Advies: maak gebruik van de aanwezige kennis om de impact van wijzigingen voor deelnemers te beoordelen en pas de communicatie daarop aan, zodat transparantie gewaarborgd blijft.</p>	Voor volgende meetronde
<p>2. De telefonische helpdesk van Zichtbare Zorg is niet altijd goed bereikbaar.</p> <p>Advies (bij knelpunt 2-4): communiceer de werkwijze van de helpdesk duidelijk en draag er zorg voor dat aan de verwachtingen voldaan wordt. Om inzicht te verkrijgen in de verrichtingen van de helpdesk is het van belang dat dit wordt gemonitord.</p>	Voor volgende meetronde
<p>3. In bepaalde perioden duurt het te lang voordat een mail door de helpdesk wordt beantwoord (op de site van Zichtbare Zorg staat dat er binnen een dag gereageerd wordt op een helpdeskvraag).</p>	Voor volgende meetronde
<p>4. Organisaties vinden het vervelend dat hen via de telefonische helpdesk gevraagd wordt om de vraag op de mail te zetten.</p>	Voor volgende meetronde
<p>5. In de communicatie over het trekken van de steekproef zijn door Zichtbare Zorg verschillende berichten naar buiten gebracht, waardoor het voor de organisaties niet duidelijk was welke eisen aan de steekproef werden gesteld.</p> <p>Advies: zie advies bij 1 en zorg voor goede methodologische onderbouwing om het vertrouwen in het meetinstrument onder de gebruikers te waarborgen.</p>	Voor volgende meetronde
<p>6. Het in delen beschikbaar stellen van de ondersteunende informatie in plaats van in één pakket bij de aanvang van het traject wordt door organisaties als onprettig ervaren.</p> <p>Advies: draag zorg voor adequate planning zodat de informatie zo veel mogelijk in één keer gegeven kan worden. Zorg indien niet alle informatie vooraf beschikbaar is voor een planning voor deelnemers waarin is opgenomen wanneer communicatiemateriaal beschikbaar is.</p>	Voor volgende meetronde
Vragenlijst	
<p>7. De routing na vraag 5.1 deel 3 (medicijngebruik) functioneert niet goed.</p>	Afgehandeld
<p>8. De digitale vragenlijst komt niet overeen met de papieren vragenlijst</p>	Afgehandeld

Operationele knelpunten	Termijn afhandeling
<p>9. In de digitale vragenlijst worden vragen die niet ingevuld hoeven te worden grijs gearceerd. Dit betekent dat je als invuller ook vragen moet doorscrollen die je niet hoeft in te vullen. Dit is onoverzichtelijk en kost onnodig veel tijd.</p> <p>Advies: verbeter de gebruiksvriendelijkheid van de digitale vragenlijst door alleen vragen die ingevuld moeten worden zichtbaar te maken. Voorbeeld: als de vragenlijst voor ambulante cliënten is gekozen, zijn alleen de vragen voor ambulant zichtbaar.</p>	Voor volgende meetronde
<p>10. Het open veld waarin het extra label in deel 2 van de vragenlijst kan worden aangemaakt is erg foutgevoelig. Invullers voeren het veld niet, of op verschillende wijze in (bijvoorbeeld locatie hoofdstraat en hoofdstraat).</p> <p>Advies: laat de concernbeheerder of coördinatoren de labels aanmaken, die door de invuller door middel van een dropdownlist kunnen worden geselecteerd.</p>	Voor volgende meetronde
<p>11. Een invuller kan een vragenlijst de status 'afgerond' geven, terwijl nog niet alle vragen zijn ingevuld.</p> <p>Advies: voorkom dat de status afgerond gegeven kan worden als nog niet alle vragen ingevuld zijn.</p>	Voor volgende meetronde
<p>12. Om de vragenlijst de status 'afgerond' te geven moet de hele vragenlijst worden doorlopen.</p> <p>Advies: maak het mogelijk om via een 'menu' direct naar de pagina naar keuze te navigeren.</p>	Voor volgende meetronde
<p>13. Het is niet mogelijk om direct naar een specifieke pagina in de vragenlijst te gaan. Eerst moeten alle voorliggende pagina's worden doorgelikt.</p> <p>Advies: zie advies bij 12</p>	Voor volgende meetronde
<p>14. Het kenmerk waarop de instelling de cliënten heeft aangemaakt (veelal voorletters en achternaam) wordt niet weergegeven in de vragenlijst, waardoor het voor de invuller niet altijd duidelijk is in welke vragenlijst hij werkt.</p> <p>Advies: voorkom misverstanden en daarmee fouten. Maak het kenmerk waarmee de cliënt is aangemaakt zichtbaar in de vragenlijst.</p>	Voor volgende meetronde
<p>15. Voordat de vragenlijst start, wordt de invuller gevraagd welke vragenlijst op de cliënt van toepassing is. Het blijkt dat de interne benaming van de doelgroep soms afwijkt van de definitie die in de vragenlijst gehanteerd wordt. Tevens is deze vraag vrijwel gelijk aan vraag 3, waar naar het ZZP gevraagd wordt en lijkt de vraag dus dubbelop.</p> <p>Advies: wat betreft de keuze voor de vragenlijst kan alleen de deelnemende instelling kan de invuller op dit punt instrueren, dit punt opnemen in het handboek. Om dubbele uitvraag te voorkomen kan de keuze voor de vragenlijst worden gecombineerd met de vraag naar het ZZP van de cliënt.</p>	Voor volgende meetronde

Operationele knelpunten	Termijn afhandeling
Portal	
<p>16. Op de portal wordt een http-verbinding weergegeven, wat organisaties doet vermoeden dat de informatie op de portal niet optimaal beveiligd is.</p>	Afgehandeld
<p>17. De digitale vragenlijsten waren niet tijdig beschikbaar voor de organisaties.</p> <p>Advies: draag zorg voor een adequate planning en communiceer tijdig over eventuele wijzigingen.</p>	Voor volgende meetronde
<p>18. De portal kent geen technische hulpmiddelen om gegevens te importeren. Dit wordt door de organisaties met name als storend ervaren bij het invoeren van de cliënten. Die moeten nu stuk voor stuk ingevoerd worden.</p> <p>Advies: idealiter krijgen organisaties de mogelijkheid om de antwoorden op de vragen vanuit hun systemen in de vragenlijst in te nemen. Onderzoek in eerste instantie de mogelijkheid dat de cliënten vanuit een batchbestand kunnen worden ingelezen in de portal.</p>	Middellange termijn
<p>19. Vanwege de ICT-beveiliging was het voor sommige organisaties onmogelijk om de digitale vragenlijst in te vullen. Er is vanuit Zichtbare Zorg geen communicatie geweest over beveiliginstellingen die consequenties hebben voor het invullen van de vragenlijsten.</p> <p>Advies: beschrijf de ervaringen met beveiligingsproblemen uit de eerste meetronde in het handboek.</p>	Voor volgende meetronde
<p>20. Het is nog niet mogelijk om als concernbeheerder met één inlogcode toegang te krijgen tot verschillende sectoren.</p> <p>Advies: zoek naar technische mogelijkheden om concernbeheerder met één inlogcode toegang tot verschillende sectoren te geven.</p>	Voor volgende meetronde
<p>21. Vanwege onderhoud was de portal een aantal dagen niet beschikbaar.</p> <p>Advies: zorg voor doorontwikkelde portal bij start volgende meetronde.</p>	Voor volgende meetronde
<p>22. De mail met inloggegevens komt vanwege de interne beveiliging bij sommige organisaties niet door bij de gebruiker.</p> <p>Advies: zie advies bij 19</p>	Voor volgende meetronde
<p>23. Er heerst onduidelijkheid over wanneer in welk dossier op de portal gewerkt moet worden. Het dossier 'actuele situatie' scheidt verwarring, omdat dit juist niet het dossier is waarin aanpassingen gedaan moeten worden.</p> <p>Advies: kies voor andere benaming verschillende dossiers, zoals bijvoorbeeld meetronde 2009 en meetronde 2010.</p>	Voor volgende meetronde

Operationele knelpunten		Termijn afhandeling
Overig		
24.	Een aantal cliënten geeft aan dat ze vanwege privacygevoeligheid niet willen dat hun gegevens in de portal ingevoerd worden. Advies: informeer organisaties over privacy in het handboek.	Voor volgende meetronde
25.	Een aantal organisaties noemt de grote tijdsdruk (korte periodes waarin de verschillende stappen in het proces moeten worden doorlopen) waaronder het Kwaliteitskader wordt afgenomen. Advies: draag zorg voor adequate realistische planning.	Voor volgende meetronde
26.	Wanneer een cliënt onder meerdere informatie-eenheden valt, moet de cliënt twee keer worden ingevoerd (bijvoorbeeld verblijf en dagbesteding). Dit geldt ook voor de administratieve gegevens (deel 2) van de cliënt. Advies: onderzoek of het mogelijk is dat de vragen voor een cliënt die onder meerder informatie-eenheden valt in één vragenlijst worden verwerkt.	Voor volgende meetronde
27.	Doordat cliënten uit zorg gaan, wordt het minimumaantal van 45 cliënten per informatie-eenheid soms niet gehaald. Advies: maak steekproef iets groter om dit probleem te voorkomen en leg dit uit in het handboek.	Voor volgende meetronde

3.3 Kwaliteitskader gereed voor de volgende meetronde?

De voorgestelde verbeteringen van de vragenlijst betreffen uitsluitend de vragenlijst voor de mensen met een verstandelijke beperking (VG lijst). Deze verbeteringen moeten nog vertaald worden naar aanpassingen van de verbijzonderde vragenlijsten. Dit zijn de vragenlijsten voor de mensen met een lichamelijke beperking (LG lijst), zintuiglijke beperkingen (ZG lijsten voor volwassenen en kinderen) en de mensen met een licht verstandelijk beperking (LVG) met behandeling. Alle aanpassingen in de vragenlijsten moeten weer verwerkt worden in de handboeken. Daarnaast zijn er een aantal afzonderlijke verbeter suggesties opgenomen in dit rapport voor het handboek.

Een belangrijke vraag is of het kwaliteitskader mét alle voorgestelde aanpassingen voldoende verbeterd is om de volgende meetronde in te gaan. De onderzoekers zijn van mening dat er vóór de volgende meting nog verdere verbetering mogelijk en nodig is.

Verdere verbetering kan plaats vinden op basis van de uitkomsten van de meting. In deze continue kwaliteitmonitor en de daaruit voortvloeiende verbeteringen is immers gewerkt met onderzoeksgegevens die tijdens het meetproces zijn verzameld. De uitkomsten van de landelijke

zorginhoudelijke meting zijn uitsluitend gebruikt om de tijdens het meetproces geconstateerde risico's te toetsen. De uitkomsten van de meting zijn echter nog niet gebruikt om de zorginhoudelijke indicatoren en de rekenregels te evalueren. De rekenregels zijn overigens bij de berekening van de uitkomsten wel enigszins aangepast naar aanleiding van ervaren problemen, maar dat laat de noodzaak voor een evaluatie op basis van de meetgegevens onverlet in de ogen van de onderzoekers. De evaluatie op basis van de meetgegevens is zeker in de gehandicaptenzorg noodzakelijk omdat er weinig evidence bestaat voor de indicatoren en de bijbehorende rekenregels. Beide zijn tot stand gekomen op basis van consensus.

Voor zover de uitkomsten van de evaluatie van de indicatoren en de rekenregels aanleiding geven tot verbetering zou deze voor zover mogelijk nog voor de volgende meetronde uitgevoerd moeten worden. De overige verbeteringen kunnen dan later plaats vinden. Deze stappen bevorderen het draagvlak voor de meting en vergroten de bruikbaarheid van de uitkomsten.

A Bijlagen

- A.01 Analyse van de vragenlijst, waar per vraag is benoemd of organisaties problemen hebben bij het invullen (apart bijgeleverd)
- A.02 Overzicht met scores uit interviews (apart bijgeleverd)
- A.03 Resultaten webenquête (apart bijgeleverd)
- A.04 Resultaten webenquête per respondent (apart bijgeleverd)
- A.05 Voorstel aangepaste VG-vragenlijst (apart bijgeleverd)
- A.06 Lijst met aandachtspunten voor herziening handboek
- A.07 Resultaten data-analyse van de vragen, waarbij organisaties problemen ervaren bij het invullen
- A.08 Samenstelling expertgroep

A.06 Lijst met aandachtspunten voor herziening handboek

In deze bijlage zijn alle verbeter suggesties die in het rapport verspreid vermeld staan gegroepeerd naar algemene aandachtspunten en aandachtspunten voor de interne projectleiding die verwerkt dienen te worden in het handboek.

Algemene aandachtspunten

- a Ga nader in op de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden en de verschillen hierin tussen coördinator en beheerder (en de bijbehorende autorisaties in de portal).
- b Beschrijf mogelijke oplossingen bij problemen met de toegankelijkheid van de digitale vragenlijst vanwege ICT beveiliging.
- c Vul het extra label in van de vragenlijst zodat de resultaten zijn te herleiden naar de locaties ten behoeve van verbeteracties.
- d Geef aan hoe te selecteren als cliënten uit zorg gaan en adviseer de steekproef iets groter te maken vanwege mogelijk vertrekkende cliënten.
- e Besteed aandacht aan cliënten die niet in de indeling van de vragenlijst passen, zoals cliënten met verblijf die (nog) geen ZZP hebben of ambulante cliënten die overbruggingszorg krijgen.
- f Geef aan hoe om te gaan met de dominante grondslag, er zijn bijvoorbeeld ook cliënten met een dominante GGZ grondslag.
- g Ga in op het onderscheid tussen VG en LVG, dat blijkt verwarring op te roepen.
- h Geef aan hoe om te gaan met cliënten waarvoor meerdere lijsten ingevuld moeten worden.
- i Verminder de administratieve last van persoonlijk begeleiders door het centraal invullen van deel 1 en deel 2 van de vragenlijst door bijvoorbeeld het secretariaat. De invullers worden hierdoor alleen belast met het beantwoorden van vragen over de kwaliteit van zorg.
- j Ga na op welke wijze het handboek beter aan kan sluiten bij dagbesteding en ambulante zorg.
- k Pas het handboek verder aan op geleide van de wijzigingen in de vragenlijst en de toelichting daarbij.
- l Splits het handboek in een deel over de interne projectleiding en een deel voor de invulling van de vragenlijst.

Aandachtspunten inzake interne projectleiding

- a Stel een plan van aanpak op voor de uitvoering van de meting, met daarin opgenomen een berekening van de belasting voor de organisatie. Het plan van aanpak is bedoeld voor het management en eventueel afgevaardigden van verschillende teams.
- b Creëer draagvlak binnen de organisatie door het opstellen van een communicatieplan. In het communicatieplan wordt specifiek aandacht besteed aan het belang van het Kwaliteitskader voor de betrokkenen.

- c Besteed bij de voorlichting aandacht aan de verschillende rollen van betrokkenen.
- d Interne voorlichting is nodig is. De ervaring leert dat dit de kwaliteit van de aangeleverde gegevens verbeterd omdat er minder interpretatieverschillen optreden en meer vragen ingevuld worden.
- e Richt een interne helpdesk op waar alle betrokkenen met vragen terecht kunnen.
- f Stel een informatiemap op met (ZiZo) materiaal dat voor coördinatoren en invullers van belang is. De informatie kan op verschillende manieren ter beschikking gesteld worden, namelijk via: hardcopy, mail, nieuwsbrief of website.
- g Maak zoveel mogelijk gebruik van de digitale vragenlijst om een extra verwerkingslag te voorkomen (eerst op papier invullen en daarna centraal invoeren in de portal) en voorkom zo een vergroot risico op onbetrouwbare kwaliteitsinformatie. Daarbij is de kans op het maken van fouten bij het invullen op papier groter, omdat de papieren vragenlijst geen routing kent.
- h Monitor de voortgang door een overzicht te maken van het aantal ingevulde vragenlijsten per invuller. Dit overzicht kan eventueel periodiek onder de betrokkenen verspreid worden.
- i De interne benaming van de doelgroepen kan afwijken van de definities die in de vragenlijsten worden gebruikt, maak invullers duidelijk welke groep bedoeld wordt opdat de juiste lijst voor de juiste cliënt ingevuld wordt.
- j Tref maatregelen om het waarheidsgetrouw invullen van de vragen te bevorderen. Leg daarom het accent op kwaliteitsverbetering en niet op externe verantwoording; en bouw controles in (eventueel steekproefsgewijs) op volledig en waarheidsgetrouw invullen. Als deze controles worden uitgevoerd door de teamleider vormen de uitkomsten al direct punten voor de verbeteragenda.
- k Overweeg de mogelijkheid om de vragenlijst groepsgewijs in te vullen waardoor interpretatieverschillen gereduceerd worden en invullers direct van elkaar leren (de eerste verbeterslag).
- l Instrueer de invullers dat de praktijk leidend is bij het invullen, niet de interne werkafspraken, deze worden immers niet altijd toegepast.
- m Maak gebruik van de ervaringen in de eerste meetronde om definities aan te scherpen van de domeinen en bepaalde begrippen zoals zorgmijders en probleemgedrag.
- n Sluit het zorgplan zo mogelijk aan op de structuur van het Kwaliteitskader, zodat de benodigde informatie bij het invullen makkelijk opgezocht kan worden.
- o Optimaliseer digitale cliëntdossiers (ECD) zodat de benodigde informatie gemakkelijk digitaal is terug te vinden. Voor een deel van de vragen kan de informatie dan voor alle cliënten worden geëxporteerd.
- p Stel een eigen instructie op met daarin de vindplaatsen van de gevraagde informatie. (Maak daarbij een vertaalslag voor de invullers als het zorg- en ondersteuningsplan niet opgebouwd is volgens de domeinen).

A.07 Resultaten data-analyse van de vragen, waarbij organisaties problemen ervaren bij het invullen

Reden problematische vraag / Vraag	Vaker dan 5% n.v.t.	Vaker dan 95% sociaal-wenselijk antwoord	Top 20 missings
ie102a			Ja
ie102b			Ja
ie103a		Ja	
ie103b		Ja	
cl201			Ja
cl203b1a			Ja
cl301a1		Ja	
cl301a2		Ja	
cl301a3		Ja	
cl301a4			Ja
cl301a5			Ja
cl301a8		Ja	Ja
cl301a9			Ja
cl301a10			Ja
cl302a1	Ja		
cl302a2			Ja
cl302b1	Ja		
cl302b2			Ja
cl302c1	Ja		

Reden problematische vraag / Vraag		Vaker dan 5% n.v.t.	Vaker dan 95% sociaal- wenselijk antwoord	Top 20 missings
cl302c2	2.1.c2 Indien ja: In hoeverre verloopt de uitvoering van de afspraken volgens plan? Interpersoonlijke relaties			Ja
cl302d1	2.1.d1 Staan er in het huidige zorg- en ondersteuningsplan afspraken over onderstaande domeinen (inclusief basiszorg)? Deelname aan de samenleving	Ja		
cl302d2	2.1.d2 Indien ja: In hoeverre verloopt de uitvoering van de afspraken volgens plan? Deelname aan de samenleving			Ja
cl302e1	2.1.e1 Staan er in het huidige zorg- en ondersteuningsplan afspraken over onderstaande domeinen (inclusief basiszorg)? Persoonlijke ontwikkeling	Ja		
cl302e2	2.1.e2 Indien ja: In hoeverre verloopt de uitvoering van de afspraken volgens plan? Persoonlijke ontwikkeling			Ja
cl302f1	2.1.f1 Staan er in het huidige zorg- en ondersteuningsplan afspraken over onderstaande domeinen (inclusief basiszorg)? Materieel welzijn	Ja		
cl302g1	2.1.g1 Staan er in het huidige zorg- en ondersteuningsplan afspraken over onderstaande domeinen (inclusief basiszorg)? Zelfbepaling	Ja		
cl302g2	2.1.g2 Indien ja: In hoeverre verloopt de uitvoering van de afspraken volgens plan? Zelfbepaling			Ja
cl302h1	2.1.h1 Staan er in het huidige zorg- en ondersteuningsplan afspraken over onderstaande domeinen (inclusief basiszorg)? Belangen	Ja		
cl302h2	2.1.h2 Indien ja: In hoeverre verloopt de uitvoering van de afspraken volgens plan? Belangen			Ja
cl303a1c	3.1.a3 Indien ja: staan de naar aanleiding van de inventarisatie gemaakte afspraken in het zorg- en ondersteuningsplan? Diabetes		Ja	
cl303a2c	3.1.b3 Indien ja: staan de naar aanleiding van de inventarisatie gemaakte afspraken in het zorg- en ondersteuningsplan? Epilepsie		Ja	
cl303a4b	3.1.d2 Indien ja: blijkt uit het zorg- en ondersteuningsplan dat er een inventarisatie is uitgevoerd naar de risico's verbonden aan de genoemde aandoeningen? Beperkt gezichtsvermogen			Ja
cl303a5b	3.1.e2 Indien ja: blijkt uit het zorg- en ondersteuningsplan dat er een inventarisatie is uitgevoerd naar de risico's verbonden aan de genoemde aandoeningen? Weinig beweging			Ja
cl303a5c	3.1.e3 Indien ja: staan de naar aanleiding van de inventarisatie gemaakte afspraken in het zorg- en ondersteuningsplan? Weinig beweging		Ja	
cl303b1c	3.2.a3 Indien ja: staan de naar aanleiding van de inventarisatie gemaakte afspraken in het zorg- en ondersteuningsplan? Stemningsstoornissen		Ja	
cl303b2c	3.2.b3 Indien ja: staan de naar aanleiding van de inventarisatie gemaakte afspraken in het zorg- en ondersteuningsplan? Angststoornissen		Ja	
cl303b3a	3.2.c1 Is de cliënt door een ter zake deskundige gediagnosticeerd? Dementie		Ja	

Reden problematische vraag / Vraag	Vaker dan 5% n.v.t.	Vaker dan 95% dan sociaal- wenselijk antwoord	Top 20 missings
cl303b3c	3.2.c3 Indien ja: staan de naar aanleiding van de inventarisatie gemaakte afspraken in het zorg- en ondersteuningsplan? Dementie	Ja	
cl303c1c	3.3.a3 Indien ja: staan gemaakte afspraken in het zorg- en ondersteuningsplan? Bad/douche incident	Ja	
cl303c2c	3.3.b3 Indien ja: staan gemaakte afspraken in het zorg- en ondersteuningsplan? Vallen	Ja	
cl303c3c	3.3.c3 Indien ja: staan gemaakte afspraken in het zorg- en ondersteuningsplan? Verslaving	Ja	
cl303c4c	3.3.d3 Indien ja: staan gemaakte afspraken in het zorg- en ondersteuningsplan? Lichamelijk geweld	Ja	
cl303c7c	3.3.g3 Indien ja: staan gemaakte afspraken in het zorg- en ondersteuningsplan? Eenzaamheid	Ja	
cl303c8c	3.3.h3 Indien ja: staan gemaakte afspraken in het zorg- en ondersteuningsplan? Vervuiling	Ja	
cl303c9c	3.3.i3 Indien ja: staan gemaakte afspraken in het zorg- en ondersteuningsplan? Eenzaamheid	Ja	
cl304a1	4.1a. Is de cliënt de afgelopen 30 dagen slachtoffer geweest van een (of meer) van onderstaande incidenten? Bad/douche incident	Ja	
cl304a2	4.1b. Is de cliënt de afgelopen 30 dagen slachtoffer geweest van een (of meer) van onderstaande incidenten? Vallen	Ja	
cl304a3	4.1c. Is de cliënt de afgelopen 30 dagen slachtoffer geweest van een (of meer) van onderstaande incidenten? Verslaving	Ja	
cl304a4	4.1d. Is de cliënt de afgelopen 30 dagen slachtoffer geweest van een (of meer) van onderstaande incidenten? Emotioneel misbruik	Ja	
cl304a5	4.1e. Is de cliënt de afgelopen 30 dagen slachtoffer geweest van een (of meer) van onderstaande incidenten? Seksueel misbruik	Ja	
cl304a6	4.1f. Is de cliënt de afgelopen 30 dagen slachtoffer geweest van een (of meer) van onderstaande incidenten? Lichamelijk geweld	Ja	Ja
cl304b1	4.2a. Is de cliënt de afgelopen 30 dagen pleger geweest van een (of beide) van onderstaande incidenten? Seksueel geweld	Ja	
cl305b	5.2 Is de begeleiding van de organisatie verantwoordelijk voor de medicijnen van de cliënt? klopt het dat de cliënt op aparte regel staat met nummer?		Ja
cl305c#1	5.2a Heeft de cliënt de afgelopen 30 dagen te maken gehad met een (of meer) van onderstaande situaties? Medicijn niet gekregen	Ja	
cl305c#2	5.2b Heeft de cliënt de afgelopen 30 dagen te maken gehad met een (of meer) van onderstaande situaties? Verkeerd medicijn gekregen	Ja	
cl305c#3	5.2c Heeft de cliënt de afgelopen 30 dagen te maken gehad met een (of meer) van onderstaande situaties? Andere situatie, namelijk:	Ja	
cl307b1b	7.2.a2 Indien ja: staat de maatregel beschreven in het zorg- en ondersteuningsplan? Afzondering in afzonderingsruimte en/of separeer	Ja	

Reden problematische vraag / Vraag		Vaker dan 5% n.v.t.	Vaker dan 95% sociaal- wenselijk antwoord	Top 20 missings
cl307b1c	7.2.a3 Indien ja: is het effect van de maatregel geëvalueerd? Afzondering in afzonderingsruimte en/of separeer		Ja	
cl307b2b	7.2.b2 Indien ja: staat de maatregel beschreven in het zorg- en ondersteuningsplan? Afzondering in eigen kamer		Ja	
cl307b2c	7.2.b3 Indien ja: is het effect van de maatregel geëvalueerd? Afzondering in eigen kamer		Ja	
cl307b3b	7.2.c2 Indien ja: staat de maatregel beschreven in het zorg- en ondersteuningsplan? Fixatie		Ja	
cl307b5a	7.2.e1 Is de maatregel toegepast de afgelopen 12 maanden? Onder dwang geven van vocht en voeding		Ja	
cl308b	8.2 Is in de laatste 12 maanden de HbA1c bepaald?	Ja		
cl310b	10.2 Staat in het zorg- en ondersteuningsplan dat er speciale aandacht en zorg wordt besteed aan het probleemgedrag van de cliënt?		Ja	

A.08 Samenstelling expertgroep:

- a Arjan Louisse, NVAVG;
- b Monique Teeuwen, VGN;
- c Mieke van Leeuwen, platform VG;
- d Ruud Geus, NIP;
- e Els Leemans, IGZ;
- f Ria van der Maat, Reinaerde;
- g Jos Hiel, Gemiva SVG.