



Handboek Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg Verpleging Verzorging & Thuiszorg

Het meten van Verantwoorde Zorg in de VV&T

Oplegger: Wijzigingen handboek ten opzichte van versie 27-08-2010

Wijziging	Paginanr. huidige versie
Paragraaf 3.3 gewijzigd	10
Verwijzing naar 'Checklist OE & locatiecodes en publicatie kiesBeter.nl' toegevoegd	13
Data geactualiseerd	15
6.4 Checklist geactualiseerd	18
7. Toegevoegd dat meting binnen 3 maanden uitgevoerd dient te worden	19
Interpretatie van indicator 6.9 en registratievragen A5 en A6 aangepast	21
Vraag mbt toestemming aangepast	24
Toelichting over voorbeelden & instrumenten mbt risicosignalering gewijzigd	27
Toelichting over voorbeelden & instrumenten mbt risicosignalering gewijzigd	30
Verwijzing naar 'Checklist OE & locatiecodes en publicatie kiesBeter.nl' toegevoegd	32
Verwijzing naar veelgestelde vragen aangepast	33
Toevoeging <i>*indicator alleen voor intern gebruik, prestaties worden niet in het openbaar gepubliceerd</i>	34,35

Wijzigingen handboek t.o.v. versie 12 mei 2010

Wijziging	Paginanr. huidige versie
Algemene wijzigingen doorgevoerd naar situatie met nieuwe ZiZo-portal VVT	Gehele document
Onderscheid gebracht tussen het 'Handboek bij het meten' en de 'Gebruikershandleiding ZiZo-portal VVT'	4
Par. 4.3 beschrijving registratiesystemen ZI aangepast	12
Aanlevertijd toegevoegd	13
Toelichting A3 gewijzigd	18
Toelichting A10 gewijzigd	20
B13-B21 link instructie meting onderbeenlengte gecorrigeerd	23
Bijlage 2 registratietool VZ is komen te vervallen	/

Wijzigingen handboek t.o.v. versie 07-04-2010

Wijziging	Paginanr. huidige versie
'Enkelvoudige/Activerende/Ondersteunende begeleiding' gewijzigd naar 'Begeleiding'	Over gehele document
Figuur gewijzigd	6
Aanpassing paragraaf 3.1 Reikwijdte	8

Toevoeging: Als de cliënt wel wil meewerken, dan kruis je aan: <input type="checkbox"/> Nee, dit is niet vastgelegd	22
B13-B21 Voedingstoestand: - Toevoeging voorbeeld meting onderbeenlengte - Optie 'onbekend' verwijderd (in overeenstemming met indicator 7.3) - Toevoeging link naar stuurgroep ondervoeding	23
B34-B43 Vrijheidsbeperkende maatregelen - Toevoeging definitie diepe stoel	25
B46-63 Risicosignalering zorgproblemen Laatste paragraaf: - in kader geplaatst - 'Meetperiode' gewijzigd naar 'het meten' - 'vallen' toegevoegd - Verwijzing naar registratievragen gecorrigeerd	26
C12-C29 Risicosignalering zorgproblemen Laatste paragraaf: - in kader geplaatst - 'Meetperiode' gewijzigd naar 'het meten' - 'vallen' toegevoegd - Verwijzing naar registratievragen gecorrigeerd	29
Toevoeging <i>*indicator alleen voor intern gebruik, prestaties worden niet in het openbaar gepubliceerd</i>	33,34

Inleiding.....	5
1. Waarom meten we?	6
2. Wat meten we?.....	7
2.1 Kwaliteit van leven en zorg	7
2.2 Indicatoren.....	7
3. Bij welke cliënten meten we?.....	9
3.1 Reikwijdte	9
3.2 Welke cliënten doen mee?	9
3.3 Iedereen doet mee!	10
4. Hoe meten we?.....	12
4.1 Organisatorische eenheden	12
4.2 Cliëntgebonden indicatoren (CQ).....	13
4.3 Zorginhoudelijke indicatoren (ZI).....	14
5. Wanneer meten we?	15
5.1 Frequentie.....	15
5.2 Meetperioden en aanleVERRondes.....	15
6. Voorbereidingen op de metingen	16
6.1 Coördinator	16
6.2 Kernteam en meetteam	16
6.3 Betrokkenen informeren	17
6.4 Checklist voorbereidingen	18
7. Uitvoeren van de metingen	19
8. Toelichtingen op de registratieformulieren	20
8.1 Toelichtingen registratieformulier A	20
8.2 Toelichtingen formulier B	23
8.3 Toelichtingen formulier C	29
9. Wat gebeurt er met de meetgegevens?.....	32
10. De rol van de Helpdesk	33
Bijlage 1: Overzicht indicatoren kwaliteitskader Verantwoorde Zorg VVT.....	34

Inleiding

Het handboek kwaliteitskader Verantwoorde Zorg Verpleging, Verzorging & Thuiszorg (VV&T) is bedoeld om u te ondersteunen bij het meten van de indicatoren van het kwaliteitskader. Informatie over en ondersteuning bij het gebruik van de ZiZo-portal VVT kunt u vinden in de 'Gebruikershandleiding ZiZo-portal VVT'. Deze is beschikbaar op de website van Zichtbare Zorg en op de ZiZo-portal VVT.

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

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

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

- U kunt het handboek in digitale vorm bekijken en downloaden via de website van Zichtbare Zorg: www.zichtbarezorg.nl/Verpleging-verzorging-en-thuiszorg.
- We raden u aan regelmatig dit handboek open te slaan. Dit helpt u om de lijn van het meetproces te begrijpen en vast te houden.
- Gebruik het handboek om medewerkers te informeren en instrueren.
- Let op! Het handboek zal regelmatig geactualiseerd worden. Wijzigingen ten opzichte van een vorige versie worden aangegeven in een bijsluiter.

We proberen in dit handboek zo veel mogelijk vragen te beantwoorden. Misschien blijven er vragen over of is er behoefte om te controleren of iets goed begrepen is. Op de website van Zichtbare Zorg is een uitgebreide FAQ beschikbaar. Daarvoor is de helpdesk van Zichtbare Zorg beschikbaar. Aarzel niet om deze in te schakelen: 070-340 69 00 of helpdesk@zichtbarezorg.nl.

Voor actuele en achtergrondinformatie kunt u altijd terecht op de website www.zichtbarezorg.nl/verpleging-verzorging-en-thuiszorg. Via de nieuwsberichten op de site houden we u op de hoogte van het laatste nieuws en onder de kopjes 'Veelgestelde vragen' en 'Documenten' vindt u regelmatig nieuwe of geactualiseerde informatie.

1. Waarom meten we?

Het is belangrijk dat overal verantwoorde zorg wordt geleverd. Maar wat is verantwoorde zorg? In het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VV&T) leest u wat wij verstaan onder verantwoorde zorg en hoe we meten of die zorg verantwoord is. Dit handboek gaat in detail in op het meten.

Het doel van het kwaliteitskader is door verantwoorde zorg de kwaliteit van leven van de cliënt te verbeteren. Uitgangspunt daarbij is de cliënt zelf. Het is natuurlijk ook belangrijk dat de zorgverlener met plezier werkt, en dat de Raad van Bestuur en managers het personeel goed ondersteunen. Maar in het kwaliteitskader staat de kwaliteit van leven van de cliënt centraal. Door de metingen wordt de kwaliteit van de geleverde zorg zichtbaar. Dit transparant maken van de kwaliteit van zorg is geen doel op zich, maar is een middel om de kwaliteit van zorg en hiermee de kwaliteit van leven van de cliënten te verbeteren.

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

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

U kunt de kwaliteitsinformatie gebruiken om:

- de kwaliteit van zorg in uw organisatie te vergelijken met andere zorgaanbieders;
- op zoek te gaan naar verbetermogelijkheden. De kwaliteitsinformatie levert een goede basis voor besprekingen tussen professionals onderling, cliëntenraden en met het management. De uitkomsten kunnen zo direct vertaald worden naar concrete verbeteringen en aanpassingen in programma's en werkwijzen;
- focus aan te brengen in het kwaliteitsbeleid en te sturen op gewenste resultaten;
- uw organisatie te profileren naar cliënten (www.kiesbeter.nl) en zorginkopers;
- u extern te verantwoorden; De uitkomsten van de kwaliteitsmeting (de indicatorwaarden) kunnen gebruikt worden voor het kwaliteitsdeel van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording via DigiMV.

De kwaliteitsgegevens worden ook door anderen gebruikt: de IGZ kan met deze gegevens toezicht houden, zorgkantoren kunnen zorg inkopen en cliënten kunnen goed geïnformeerd kiezen. Positief hieraan is dat met één keer meten verschillende doelen gediend worden en hiermee de administratieve lasten zo beperkt mogelijk blijven.

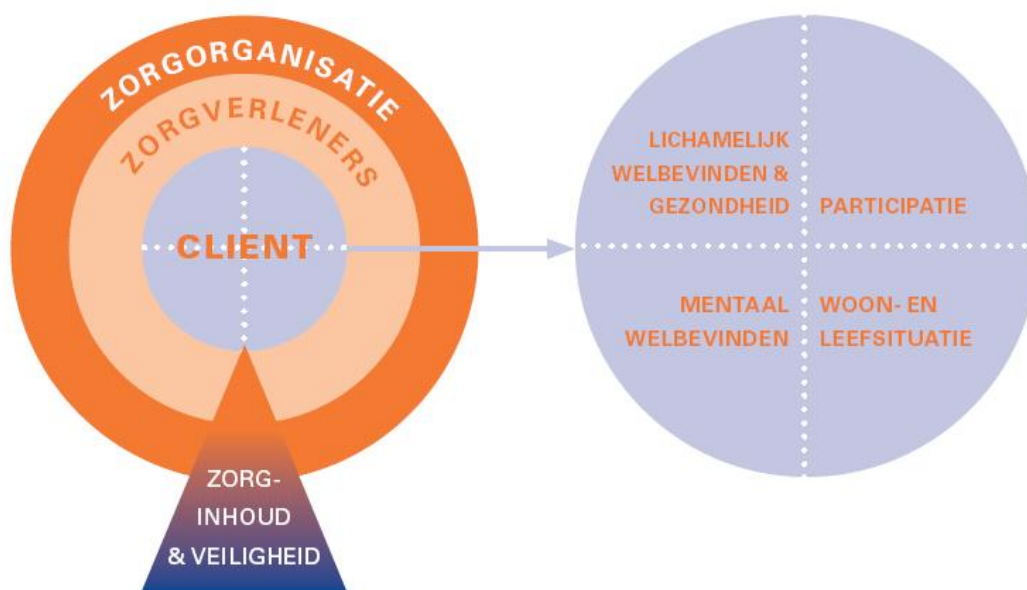
2. Wat meten we?

2.1 Kwaliteit van leven en zorg

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

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

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



Figuur 1: schematische weergave thema's

2.2 Indicatoren

Bovengenoemde thema's zijn verder uitgewerkt in meetbare termen: de indicatoren. Indicatoren zijn 'aanwijzers', het zijn als het ware thermometers voor een zorgorganisatie. Per thema is één of een aantal indicatoren benoemd. Er worden twee soorten indicatoren onderscheiden:

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

Bijlage 1 'Overzicht Indicatoren verantwoorde zorg VVT' bevat een overzicht van de indicatoren, waarin per indicator de manier van meten (CQ of ZI) te zien is.

3. Bij welke cliënten meten we?

3.1 Reikwijdte

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

3.2 Welke cliënten doen mee?

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

1) Cliëntgebonden indicatoren (CQ-Index)

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

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

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

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

De CQ-Index vragenlijsten zijn te downloaden op www.centrumklanterveringzorg.nl.

2) Zorginhoudelijke indicatoren (ZI)

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

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

- Verpleging en Verzorging
Registratie van de zorginhoudelijke indicatoren op cliëntniveau gebeurt bij de V&V bij alle cliënten, met uitzondering van:
 - cliënten die korter dan 30 dagen in zorg zijn;
 - cliënten die revalidatiezorg, enkel dagactiviteiten, respijtzorg e.d. ontvangen;
 - specifieke groepen cliënten die de betreffende indicator vermeldt.

- Zorg thuis
Meting van de zorginhoudelijke indicatoren op cliëntniveau gebeurt in de Zorg thuis bij een representatieve steekproef uit de cliëntenpopulatie, met uitzondering van:
 - cliënten die korter dan 30 dagen in zorg zijn;
 - cliënten die jonger dan 18 jaar zijn;
 - cliënten die gebruik maken van uitsluitend Huishoudelijke Verzorging en/of uitsluitend Begeleiding.

Voor de steekproef geldt een specifieke sleutel. U berekent de grootte van de steekproef voor uw organisatorische eenheid via een eenvoudige tool op www.zichtbarezorg.nl onder 'documenten' of klik [hier](#)

3.3 Iedereen doet mee!

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

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

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

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

Voor de intramurale zorg gaat het om de volgende indicatoren: huidletsel, voedingstoestand, depressieve symptomen, incontinentie, probleemgedrag.

Voor de thuiszorg gaat het om de indicator over 'incontinentie' (die in de thuiszorg alleen voor interne verbetering is en niet voor doorlevering aan derden / publicatie op kiesbeter).

In het kader van de nieuwe 'Algemene voorwaarden voor zorg zonder verblijf / met verblijf van ActiZ en BTN', April 2010 worden alle zorgovereenkomsten met patiënten bekeken en zo nodig aangepast, zodat ze aan de nieuwe voorwaarden voldoen. De hierboven geformuleerde regeling wordt daarin meegenomen. Een voorbeeld van deze zorgovereenkomst is te vinden op het ledennet van ActiZ en BTN.

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

4. Hoe meten we?

4.1 Organisatorische eenheden

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

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

Belangrijke overwegingen bij het aanvragen van wijzigingen in Organisatorische Eenheden:

Overwegingen t.a.v. de ondergrens

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

OE 1234 overweegt om de OE te splitsen voor de onderdelen Zorg Thuis-poot (230 cliënten), de intramurale somatische cliënten (200 cliënten), en het PG-deel (30 cliënten). Dat lijkt hen overzichtelijker. Voor de CQ-metingen maakt dat geen verschil, want er worden nu ook al drie verschillende CQ-index-vragenlijsten met

bijbehorende steekproeven gehanteerd. Echter, de resultaten op de zorginhoudelijke indicatoren werden – vóór de splitsing - samengenomen voor somatiek en PG wat een voldoende hoge N opleverde. Bij een splitsing worden de gegevens tot aparte sterren verwerkt. Dat betekent dat de zorginhoudelijke sterren nu gebaseerd zijn op minder grote aantallen cliënten én daarmee dus gevoeliger worden voor de factor toeval! Dat is, zeker met de genoemde aantallen in dit voorbeeld niet wenselijk.

Advies is in dit voorbeeld dus: niet splitsen.

- De OE kan overigens wel informatie terug krijgen voor een kleiner aantal cliënten per afdeling (lager aggregatieniveau) door gebruik te maken van de Interne rapportage tool Verantwoorde zorg. (zie volgende bullet) De zorginhoudelijke gegevens van de PG cliënten respectievelijk cliënten somatiek, worden dan wel als groep teruggekoppeld. Deze informatie is dan bruikbaar voor interne verbetering.
- Voor de Zorginhoudelijke indicatoren is het mogelijk om een terugkoppeling te krijgen naar afdelingsniveau. Hiervoor kunt u gebruik maken van de Interne rapportagetool Verantwoorde zorg van ActiZ. Hiervoor hoeft u niet u OE codes aan te passen, maar op elk cliënt formulier op het daarvoor bestemde vakje aan te geven binnen welke afdeling de cliënt valt. Vooraf moet u dan een keuze maken over de grootte van de afdeling waarvoor u terugkoppeling wilt krijgen. Deze afdeling geeft u dan een naam. Die afdelingsnaam vult u in op het cliëntformulier. Voor deze afdelingen worden dan weliswaar géén relatieve scores en sterren berekend, maar de afdelingen kunnen de informatie wél gebruiken voor interne verbetering. De afdelingen kunnen dus niet los van elkaar op kiesBeter worden weergegeven.

Overwegingen t.a.v. de bovengrens

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

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

Op www.zichtbarezorg.nl vindt u een checklist 'OE- en locatiecodes en publicatie kiesbeter.nl'. Hierin vindt u meer informatie over aanvragen/wijzigen van OE- en locatiecodes.

4.2 Cliëntgebonden indicatoren (CQ)

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

- De CQ-Index vragenlijsten, de richtlijnen die het CKZ hanteert en achtergrondinformatie bij de CQ-meting vindt u op www.centrumklantervaringzorg.nl.
- Op deze site vindt u ook een lijst met geaccrediteerde meetbureaus ([klik hier](#)).
- Maak duidelijke afspraken met uw meetbureau over de (datum van) doorlevering aan de landelijke database van Zichtbare Zorg en betrek daarbij de aanleverdata

voor CQ gegevens.

- Houd er rekening mee dat de doorlooptijd van een CQ-meting circa 4 maanden is, van meetbureau benaderen tot aanleveren gegevens aan de landelijke database. Vanaf een uiterste aanleverdatum rekent u 8 weken verwerkingstijd en vervolgens kunnen steeds de eerste vrijdag van de maand gegevens op kiesbeter worden gepubliceerd.
- De gegevens in de rapportage van uw meetbureau kunnen afwijken van de gecorrigeerde gegevens in het controledocument dat u van de landelijke technische database ontvangt. Meetbureaus kunnen bijvoorbeeld zelf sterren toekennen op basis van een vergelijking met hun eigen referentiegroep (de zorgaanbieders die bij het betreffende meetbureau de metingen hebben laten uitvoeren). De landelijke toekenning van sterren is nauwkeuriger en leidend omdat deze gerelateerd is aan de landelijke referentiegroep.

4.3 Zorginhoudelijke indicatoren (ZI)

Er zijn verschillende registratiesystemen waarmee uw zorgorganisatie de zorginhoudelijke gegevens aan kan leveren:

LPZ of Rai-View

Organisaties die deelnemen aan de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ), module Normen Verantwoorde zorg of organisaties die werken met RAI-View kunnen via die weg ook de zorginhoudelijke indicatoren voor verantwoorde zorg meten (zowel de indicatoren op organisatie- als cliëntniveau). LPZ en RAI-View dragen zorg voor aanlevering van de zorginhoudelijke indicatoren aan de landelijke database van Zichtbare Zorg.

Eigen registratie / ECD

Op de lange termijn is een meer continue registratie van de zorginhoudelijke indicatoren wenselijk. De gegevens die worden verzameld geven veel informatie aan de betrokken professionals en managers over de zorgzwaarte van de cliënten en de kwaliteit van de geleverde zorg. Als dit op regelmatige basis wordt gedaan, levert dit veel sturingsinformatie op. Een Elektronisch Cliënten Dossier (ECD) kan zo worden ingericht dat bepaalde metingen in het dagelijkse werkproces worden geïntegreerd. Dat is de situatie waar we idealiter naar toe willen. Organisaties die al in staat zijn om de zorginhoudelijke indicatoren in een ECD of via een eigen continu registratiesysteem te verzamelen kunnen zorginhoudelijke indicatoren via hun systeem aanleveren bij de landelijke database van Zichtbare Zorg. Dit doet u door het uploaden van een XML bestand uit uw ECD in de ZiZo-portal VVT.

Invoertool ZiZo-portal VVT

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

Organisaties worden geacht de komende jaren zelf een ECD of een ander eigen, meer continu registratiesysteem in te richten dat geïntegreerd is in de dagelijkse werkprocessen en -registraties.

5. Wanneer meten we?

5.1 Frequentie

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

5.2 Meetperiodes en aanleVERRondes

Meetbureaus en zorgorganisaties kunnen hun meetgegevens het hele jaar door aanleveren in de landelijke database van Zichtbare Zorg. Er zijn echter slechts een beperkt aantal verwerkingsmomenten per jaar. Hieronder ziet u de uiterste aanleverdata voor de verschillende verwerkingsrondes in 2010 en 2011.

CQ-index

Voor de cliëntgebonden meting tbv verslagjaar 2011 kunnen de meetbureaus de gegevens vóór de volgende uiterlijke aanleverdata doorsturen naar de technische landelijke database Verantwoorde zorg:

- 15 juli 2011
- 15 januari 2012

Zorginhoudelijke meting

Voor de zorginhoudelijke meting tbv verslagjaar 2011 kunnen zorgorganisaties hun meetgegevens vóór de volgende uiterlijke aanleverdata doorsturen naar de technische landelijke database Verantwoorde zorg:

- 15 mei 2011
- 15 september 2011
- 15 januari 2012

Let op! Ten aanzien van de meetperiode geldt dat zorginhoudelijke gegevens verzameld moeten worden binnen een tijdsbestek van 3 maanden.

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

6. Voorbereidingen op de metingen

6.1 Coördinator

Om de metingen op een goede manier te laten verlopen is een coördinator in de zorgorganisatie nodig die zorg draagt voor de coördinatie van onder andere de instructie van verzorgenden, de planning van de metingen op cliëntniveau, het verzamelen van de gegevens op organisatieniveau, de verspreiding van formulieren, de gegevensinvoer, et cetera. Paragraaf 6.4 bevat een checklist voor de voorbereidingen.

6.2 Kernteam en meetteam

Kernteam

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

Meetteam - intramuraal

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

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

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

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

Meetteam - Zorg Thuis

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

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

6.3 Betrokkenen informeren

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

Informeren van de zorgverleners die de metingen uitvoeren

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

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

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

Informeren van overige medewerkers

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

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

Informeren van de cliënten in uw organisatie

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

Voorbeelden van informatiebrieven ten behoeve van het informeren van alle betrokkenen zijn beschikbaar op www.zichtbarezorg.nl onder 'documenten'.

6.4 Checklist voorbereidingen

Checklist voorbereidingen:

- ✓ Concerngegevens controleren en concern inrichten in de ZiZo-portal VVT;
- ✓ Planning opgezet waarin o.a. wordt vastgelegd wanneer de meetperiode begint en eindigt, wanneer betrokkenen geïnformeerd worden, wanneer gegevens aangeleverd worden etc.;
- ✓ Meetteam(s) A & B samengesteld;
- ✓ Zorgverleners die de metingen uitvoeren zijn geïnstrueerd tijdens een instructiebijeenkomst;
- ✓ Rooster is opgesteld voor de zorgverleners die de metingen uitvoeren;
- ✓ Het benodigde materiaal is verspreid onder de zorgverleners (registratieformulieren, toelichtingen, evt. scoringshulpmiddelen te vinden op www.zichtbarezorg.nl onder 'documenten');
- ✓ Indien OE (ook) thuiszorg levert is de steekproefgrootte via deze [tool](#) berekend;
- ✓ Aanleversysteem gekozen en verantwoordelijke bepaald voor het aanleveren/accorderen van gegevens;
- ✓ Meetbureau (CQ-index) is gekozen en contactpersoon vanuit zorgorganisatie is bepaald;
- ✓ Alle betrokkenen zijn geïnformeerd (maak hierbij gebruik van de informatiebrieven op www.zichtbarezorg.nl onder documenten);
- ✓ Check of alle OE-nummers van de IGZ aanwezig zijn en correct in ZiZo-portal VVT staan;
- ✓ Check bij de locatiebeheerder of de locatiecode van de VVT-database ActiZ aanwezig is en correct in de ZiZo-portal staat. Wanneer niet bekend is wie uit uw organisatie de locatiebeheerder van de VVT-database is, dan kunt u dat opvragen bij vvtdatabase@actiz.nl;
- ✓ Aangemeld voor de ZiZo-portal VVT en organisatie- en gebruikersgegevens in de ZiZo-portal VVT gecontroleerd.

7. Uitvoeren van de metingen

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

NB: de meting dient binnen 3 maanden uitgevoerd te worden. Alle registratieformulieren dienen binnen een meetperiode van 3 maanden te vallen.

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

8. Toelichtingen op de registratieformulieren

Voor het daadwerkelijk meten van de zorginhoudelijke indicatoren uit het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg voor de sector Verpleging Verzorging en Zorg Thuis, zijn drie formulieren ontwikkeld waarmee zorgorganisaties deze indicatoren zelf meten:

- A. registratieformulier op organisatieniveau (voor verpleeg- en verzorgingshuiszorg en/of zorg thuis)
- B. registratieformulier op cliëntniveau voor de verpleeg- en verzorgingshuiszorg
- C. registratieformulier op cliëntniveau voor de zorg thuis

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

8.1 Toelichtingen registratieformulier A

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

- Als uw OE intramurale én extramurale zorg levert vult u alle vragen in.
- Als uw OE alléén intramurale zorg (verpleeg- en/of verzorgingshuiszorg) levert vult u vraag A11 niet in.
- Als uw OE alléén extramurale zorg (thuiszorg, of extramurale zorg vanuit verpleeg- of verzorgingshuis, bijvoorbeeld in een aanleunwoning) levert, vult u vraag A7 t/m A10 niet in.

Algemeen

A1 Code Organisatorische Eenheid (OE-code)

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

A2 Zorgaanbod

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

Andere zorgvormen vallen niet binnen de reikwijdte van het kwaliteitskader VVT en worden daarom niet uitgevraagd.

A3 Aantallen cliënten

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

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

- cliënten die korter dan 30 dagen in zorg zijn;

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

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

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

A4 Meetperiode

Hier vult u de start van de periode in waarin de formulieren (A, B en/of C) zijn ingevuld.

Indicatorvragen

A5-A6 Bekwaamheid voorbehouden en risicovolle handelingen (6.9)

- Voorbehouden handelingen zijn handelingen die alleen in opdracht van een arts uitgevoerd mogen worden. Deze handelingen zijn in de Wet BIG beschreven (hoofdstuk IV, artikel 35 tot en met 39).
- Risicovolle handelingen zijn handelingen, bijvoorbeeld met technische hulpmiddelen, die specifieke deskundigheid vereisen. Voorbeelden van risicovolle handelingen zijn het toedienen van oor-, oog- en neusdruppels of het verzorgen van een sonde.
- Bij een 'praktijktoets' wordt de voorbehouden of risicovolle handeling uitgevoerd in aanwezigheid van een deskundige. Dit kan een arts zijn, een verpleegkundig specialist of een praktijkbegeleider. De deskundige bepaalt of de handeling juist is uitgevoerd en maakt hiervan een aantekening. Van belang is dat u met een document (verslag, registratie, etc.) kunt aantonen dat de bekwaamheid van de zorgverleners die voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren op een dergelijke wijze is getoetst. Uitgangspunt is dat elk jaar praktijktoetsen plaatsvinden in de organisatie. Dit houdt overigens niet in dat *elke* voorbehouden of risicovolle handeling bij *elke* medewerker die deze uitvoert jaarlijks getoetst dient te worden. Het gaat erom dat er zicht is op de risico's en de benodigde bekwaamheden en dat deze bekwaamheden cyclisch worden getoetst met behulp van praktijktoetsen. Als hieraan wordt voldaan, kan tweemaal het antwoord 'Ja' worden ingevuld.
- Met een cyclisch scholingsbeleid wordt bedoeld dat de organisatie scholing en toetsing van voorbehouden en risicovolle handelingen op regelmatige basis aanbiedt, tegemoetkomend aan de voorwaarden zoals deze gelden voor de BIG-registratie.

A7 Beschikbaarheid verpleegkundige (6.7)

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

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

A8 Beschikbaarheid arts (6.8)

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

- Het is de bedoeling dat de organisatorische eenheid dit kan aantonen vanuit een eigen registratie.
- Met arts wordt hier bedoeld:
 - Een specialist ouderengeneeskunde als de instelling een verpleeghuis is;
 - Een gekwalificeerde arts als de instelling een verzorgingshuis is;
 - Op een verpleegunit in een verzorgingshuis geldt dat de gekwalificeerde arts ondersteund wordt door een specialist ouderengeneeskunde via een achterwachtconstructie.

A9 Hitteprotocol (7.13)

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

- Het is de bedoeling dat de organisatorische eenheid kan aantonen dat zij een hitteprotocol heeft, vanuit bronnen zoals kwaliteitshandboeken of protocollen van de eigen zorgorganisatie. Deze worden in voorkomende gevallen overlegd als de IGZ daarom vraagt.
- Als het hitteprotocol niet aantoonbaar is afgestemd met de cliëntenraad vult u het antwoord 'nee' in.
- ActiZ heeft een handreiking ontwikkeld voor het effectief en efficiënt omgaan met de risico's en maatregelen rond hitte. De handreiking bevat onder meer een aandachtspuntenlijst voor zorgorganisaties die u kunt gebruiken om een hitteprotocol te vervaardigen, toegespitst op de eigen situatie: 'Houd het hoofd koel; aandachtspunten bij hoge temperaturen'. De publicatie heeft een losse bijlage 'Dehydratatie bij ouderen; preventie en behandeling, extra aandacht bij ziekte en hitteperioden'. (ActiZ, 2007) www.actiz.nl

A10 Noodvoorzieningen bij stroomuitval (7.14)

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

- Het is de bedoeling dat de organisatorische eenheid kan aantonen dat zij een risicoanalyse heeft opgesteld om vitale functie- en zorgprocessen te kunnen opvangen bij uitvallen van de stroom vanuit bronnen zoals kwaliteitshandboeken of protocollen van de eigen zorgorganisatie. Deze worden in voorkomende gevallen overlegd als de IGZ daarom vraagt.
- Met vitale functie- en zorgprocessen wordt bedoeld: die processen waarop staking ernstige gevolgen kan hebben voor de gezondheid van de cliënt, of de cliënt in levensgevaar brengen.
- Met risicoanalyse wordt bedoeld: het in kaart brengen van bedreigingen die samengaan met het uitvallen van stroom, en daarmee de vitale functie- en zorgprocessen beïnvloeden. Ook omvat de risicoanalyse de kans op elke bedreiging en de gevolgen van stroomuitval

- Een hulpmiddel bij het invullen van de risicoanalyse, de procedures en noodplannen onder meer in geval van stroomuitval, is de 'Leidraad COBRA; Continuïteit van zorg bij rampen in organisaties voor verpleging en verzorging' (GHOR, Groningen, 2007) www.ghorgroningen.nl
- In 2010 treedt naar verwachting de Wet op de veiligheidsregio's in werking (de wet is aangenomen door de Kamer). Nieuw in deze wet is dat afspraken om de continuïteit van zorg te garanderen in geval van zware ongevallen, rampen en crisissituaties worden opgenomen in een regionaal crisisplan (voorheen het gemeentelijk rampenplan). Zorgorganisaties en diensten moeten afspraken verder uitwerken in hun eigen plannen (bijv. zorgcontinuïteitsplan VVT-instelling, ziekenhuisrampenopvangplan, regionaal ambulanceplan, etc.). De Stuurgroep Verantwoorde Zorg VVT heeft besloten dat de indicator 'Noodvoorzieningen bij stroomuitval' komt te vervallen als deze wet in werking is getreden. *Let op: voor meetjaar 2010 en 2011 wordt deze indicator gewoon gemeten!*

A11 Preventiebeleid vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen (7.11)

Deze vraag is alleen van toepassing als de organisatorische eenheid extramurale zorg (ZT) levert.

- Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn maatregelen die met of zonder toestemming van de cliënt de bewegingsvrijheid en het gedrag van een cliënt beperken. Bijvoorbeeld het gebruik van een onrustband of het afsluiten van een deur. Belangrijk hierbij is dat de genoemde middelen en maatregelen pas vrijheidsbeperkend zijn als de cliënt het middel of de maatregel niet zelfstandig kan opheffen.
- Het is de bedoeling dat de organisatorische eenheid kan aantonen dat zij een preventiebeleid heeft op vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen, vanuit bronnen zoals kwaliteitshandboeken of protocollen van de eigen zorgorganisatie. Deze worden in voorkomende gevallen overlegd als de IGZ daarom vraagt.

8.2 Toelichtingen formulier B

Algemeen

B1 Cliënt ID

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

B3/B4 Geboortejaar / Datum in zorg

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

B5 Afdeling

U heeft de mogelijkheid om uw organisatorische eenheid op te delen in een aantal afdelingen of onderdelen. Bij de terugkoppeling van de prestaties ontvangt u dan ook resultaten op afdelingsniveau. Bij 'Afdeling' vult u het onderdeel of de afdeling waartoe de cliënt behoort in. U kunt zelf de benaming kiezen.

B6 Meetperiode

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

Zorgafhankelijkheid

B7 Zorgafhankelijkheid

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

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

Indicatorvragen

Algemeen

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

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

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

De vraag is vanaf meetjaar 2011 gewijzigd naar:

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

- De cliënt gaat akkoord
- De cliënt gaat niet akkoord

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

B8-B12 Huidletsel (7.2)

- De cliënt dient daadwerkelijk te worden onderzocht op huidletsel. Beantwoorden van de registratievragen gebeurt op basis van lichamelijke inspectie en dus niet alleen op basis van anamnese.
- Decubitus is iedere vorm van weefselversterf, veroorzaakt door de inwerking op het lichaam van langdurige druk-, schuif-, en/of wrijfkrachten (CBO richtlijn 2002). Decubitus kent vier graden, met de volgende kenmerken:
 - Graad 1: rode huid, niet weg te drukken
 - Graad 2: oppervlakkige wonden, blaas, ontvelling
 - Graad 3: onderliggende weefsel aangetast, grotere wond
 - Graad 4: zichtbare, uitgebreide beschadiging van huid, spieren en/of bot
- Vochtletsel: irritatie of het stukgaan van de huid door de inwerking van vocht zoals urine, ontlasting, transpiratievocht of wondvocht.
- Smetten: elke huidirritatie of huiddefect dat zich voordoet in de grote huidplooien (zoals huidplooien van de liezen, onder de borsten, de buikplooien, de oksel, de bilnaad). In het algemeen wordt aangenomen dat smetten ontstaan door huid-op-huid contact.
- Als er sprake is van meer vochtletsel/smetplekken bij de cliënt, en één daarvan is in de organisatorische eenheid ontstaan, dan vult u 'ja' in bij de vraag of het letsel in de organisatorische eenheid is ontstaan.
- Als er sprake is van meerdere decubituswonden bij de cliënt, dan kiest u 1) een wond die in de organisatorische eenheid is ontstaan en van deze wonden vervolgens 2) de ernstigste graad.
Bijvoorbeeld: voor een cliënt die een decubitusplek graad 4 heeft die elders is ontstaan, en een decubitusplek graad 2 die wel in de organisatorische eenheid is ontstaan, dan vult u de laatste in (decubitus 'ja', graad 2, in de OE ontstaan).

B13-B21 Voedingstoestand (7.3)

De indicator '7.3a Risico op ondervoeding' wordt alleen voor interne verbetering gebruikt, niet voor publicatie. Dit betekent echter niet dat de vragen kunnen worden overgeslagen.

- Deze indicator wordt niet gemeten als de cliënt terminaal is omdat op de uitkomst geen actie meer ondernomen wordt en het meten vaak te belastend is voor de cliënt. In deze context wordt onder een terminale cliënt verstaan: een cliënt in de eindfase van het leven. Medisch gezien wordt er geen genezing van ziekte meer verwacht en meestal wordt drie maanden voor het verwachte overlijden als het begin van de terminale fase beschouwd.
- Voor de registratie van gewicht en gewichtsafname dient de cliënt daadwerkelijk te worden gewogen. Dat gebeurt dus minimaal een half jaar voor de meetperiode, een maand ervoor en tijdens de meetperiode zelf.
- Wanneer het meten van de lengte niet mogelijk is, kan de lengte worden ingevuld door navragen, raadpleging van het zorgdossier of andere schattingsmethoden. Een voorbeeld hiervan is door middel van meting van de onderbeenlengte. Klik [hier](#) voor een instructie over deze meting.
- Als het gewichtsverlies van de cliënt juist gewenst was, bijvoorbeeld in verband met overgewicht, wordt 'nee' ingevuld bij de vraag of de cliënt onbedoeld is afgevallen.
- Met 'hulp nodig van een ander bij het eten' wordt bedoeld dat de cliënt fysiek geholpen wordt bij het eten zelf. Het ondersteunen in de voorbereiding geldt niet als hulp van een ander bij het eten.
- Meer informatie kunt u vinden op www.stuurgroepondervoeding.nl

B22 Valincidenten (7.4)

- Onder een val wordt verstaan: het uit verticale of horizontale positie plotseling en onvrijwillig op de grond terechtkomen. Of iets een val is of niet, wordt dus niet bepaald door het feit of er wel of geen letsel is opgetreden.
- Alle valincidenten dienen meegenomen te worden. Dit is inclusief:

- Valincidenten die door cliënten zijn gemeld, dus ook een val waarbij geen medewerker aanwezig was;
- Valincidenten buitenshuis. Buitenshuis betekent bijvoorbeeld ook vallen in de supermarkt;
- Valincidenten met aanvaardbaar risico. Met 'aanvaardbaar risico' betekent dat vallen een bewust risico is van de afgesproken zorg, bijvoorbeeld dat er geen fixatie wordt toegepast.
- Voor het beantwoorden van deze vraag gebruikt u de volgende bronnen:
 - Het cliëntendossier;
 - Het geheugen van de verzorgende én de cliënt (indien mogelijk);
 - De MIC (Melding Incidenten Cliënten)-registratie.

B23-B24 Medicijnincidenten (7.5)

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

B25-B26 Antipsychotica (7.6)

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

B27-31 Incontinentie (7.8)

- Onder urine-incontinentie wordt verstaan: iedere vorm van onvrijwillig urineverlies.
- Urineretentie is daarmee geen urine-incontinentie. Een cliënt kan een katheter hebben in verband met urineretentie. Maar dit wordt verder niet geregistreerd want de incontinentievragen worden overgeslagen als sprake is van urineretentie.
- volgens de indicator wordt de cliënt vanaf 'een paar keer per week' of vaker incontinent van urine als 'incontinent' beschouwd. Ook cliënten met een katheter worden voor deze indicator beschouwd als incontinent (met uitzondering van de genoemde situatie van urineretentie).
- Alle soorten katheters worden meegenomen.
- De registratievragen over de diagnose worden ingevuld voor cliënten die een paar keer per week of vaker incontinent zijn van urine en voor cliënten die een verblijfskatheter hebben.

- Het gaat erom dat het soort incontinentie gediagnosticeerd is en dat de diagnose 'incontinentie' is vastgelegd in het zorgleefplan. Een NHG diagnose voor incontinentie is opgebouwd uit de volgende onderdelen:
 - Type
 - Omvang
 - Impact
 - De onderliggende aandoening
 - Andere beïnvloedende factoren

Voor een nadere specificatie van de diagnose, onderliggende aandoeningen en andere factoren dient u de NHG standaard 'Incontinentie voor urine' van september 2006 te gebruiken. Deze is te raadplegen via <http://nhg.artsennet.nl>.

- Voor de indicator 'Incontinentie – diagnose' worden alleen diagnoses die gesteld zijn door huisarts, specialist ouderengeneeskunde, uroloog of continëntieverpleegkundige meegeteld. Diagnoses die door iemand anders zijn gesteld, kunt u hier niet invullen. In dit geval kunt u deze vraag open laten.

B32-33 Probleemgedrag (7.9)

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

B34-43 Vrijheidsbeperkende maatregelen (7.10)

- Vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen zijn middelen en maatregelen die met of zonder toestemming de bewegingsvrijheid en het gedrag van een cliënt beperken. Onder 'onrustband' wordt verstaan: ieder type band waarmee een cliënt wordt vastgebonden/gefixeerd in een bed of in een stoel. Onder een 'diepe stoel' wordt verstaan een stoel waar de cliënt niet zelf uit kan opstaan.
- Belangrijk is dat de genoemde middelen en maatregelen pas vrijheidsbeperkend zijn als de cliënt de maatregel of het middel niet zelfstandig kan opheffen.
- Het toepassen van een niet op te heffen onrustband, diepe stoel of tafelblad wordt geteld, ongeacht of de cliënt/vertegenwoordiger hiervoor toestemming heeft gegeven of niet en ongeacht het doel van het toepassen van deze maatregelen of middelen.
- Voorbeelden:
 - een tafelblad dat de dementerende cliënt zelf kan wegschuiven → wordt niet genoteerd als een vrijheidsbeperkende maatregel
 - een tafelblad dat het de dementerende cliënt onmogelijk maakt om op te staan, maar wat het bekijken van een boek vergemakkelijkt → wordt wel genoteerd als een vrijheidsbeperkende maatregel
- Bij vraag B36, B40 en B43 wordt gevraagd of de maatregel is geëvalueerd en vastgelegd in het zorgleefplan. Dat wil zeggen dat in de rapportage te allen tijde informatie terug te vinden moet zijn over het effect van de maatregel op de kwaliteit van leven van de cliënt. Ook als de maatregel pas zeer recent is toegepast! Zeker dan is het van belang om te observeren en vast te leggen hoe een cliënt deze maatregel ervaart. Het vastleggen van informatie over een vrijheidsbeperkende maatregel hoeft dus niet samen te hangen met de afgesproken datum waarop de maatregel met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger wordt geëvalueerd.

B44-45 Depressieve symptomen (7.7)

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

B46-63 Risicosignalering zorgproblemen (7.1)

- Het is de bedoeling dat de risicosignalering voor elk probleemgebied afzonderlijk is terug te vinden in het zorgleefplan van de cliënt.
- Het tijdig herkennen van gezondheidsrisico's en preventie van zorgproblemen is een belangrijke graadmeter voor kwaliteit van zorg. Daarom is deze indicator opgenomen

in het vernieuwde kwaliteitskader. Bij elke cliënt dient bij opname en vervolgens minimaal 1x per half jaar, bewust stilgestaan te worden bij het signaleren en opvolgen van gezondheidsrisico's die vaak voorkomen bij de cliëntpopulatie van de VVT.

- Het staat de organisatorische eenheid vrij hoe zij deze signalering uitvoert, *als* deze maar op een structurele manier en op cliëntniveau plaatsvindt en wordt vastgelegd in het zorgleefplan. Er bestaan meerdere checklists en instrumenten om op een verantwoorde manier risico's te signaleren. Verschillende settings of zorgzwaartes zullen ook om andere alertheid op risico's vragen. De organisatorische eenheid kan zelf bepalen hoe zij de signalering uitvoert en in welke situatie sprake is van een verhoogd risico.
- De enige uitzondering op bovenstaande is het zorgprobleem ondervoeding in de intramurale situatie. In de vorm van de indicator 'Risico op ondervoeding' wordt wel voorgeschreven hoe het risico op ondervoeding in kaart moet worden gebracht, namelijk met de vragen van de SNAQ_{RC} (zie indicator 7.3a).
- Voor de opvolging van situaties waarin sprake is van een verhoogd risico is niet voorgeschreven wat 'adequate opvolging' exact inhoudt. Dat kan van situatie tot situatie verschillen. Het is onder meer afhankelijk van de geïndiceerde zorg, de wensen en mogelijkheden van de cliënt. Ook hier geldt: het staat de organisatorische eenheid vrij hoe zij de opvolging uitvoert, als deze maar plaatsvindt en wordt genoteerd in het zorgleefplan.
- Deze indicator is van toepassing op alle cliënten, ook degene waarbij dat wellicht minder voor de hand liggend is. Bijvoorbeeld cliënten met een zzp 1 of 2.
- Ook voor cliënten die al meerdere jaren bekend zijn met een bepaald zorgprobleem wordt 2x per jaar structurele aandacht gevraagd voor het signaleren, maar vooral ook het opvolgen van zorgproblemen. In het kader van Verantwoorde zorg wordt minimaal 2x per jaar bekeken of de opvolging van een gezondheidsprobleem de kwaliteit van leven van de cliënt bevordert.

Adequate risicosignalering is een belangrijke peiler voor zorginhoudelijke veiligheid en preventieve zorg. Voor instrumenten die gebruikt kunnen worden voor het observeren en registreren van risico's en het opvolgen ervan willen we u verwijzen naar de Kennisbank van Zorg voor Beter: <http://www.kennisbankzorgvoorbeter.nl/>. Daar vindt u onder het thema/onderwerp risicosignalering voorbeelden van instrumenten voor de halfjaarlijkse en periodieke risicosignalering én voorbeelden voor het dagelijks signaleren en adequaat opvolgen van (potentiële) gezondheidsrisico's.

Deze lijst wordt gaandeweg verder aangevuld en bijgesteld. Zo is vanaf januari 2011 een instrument beschikbaar dat is ontwikkeld door Sting in opdracht van ActiZ. Dit instrument wil verzorgenden helpen om in de dagelijkse zorg een niet-pluis gevoel om te zetten in professioneel handelen. Vilans ontwikkelt op dit moment o.a. een risicosignaleringsformulier speciaal voor verzorgenden dat eveneens in januari beschikbaar komt.

8.3 Toelichtingen formulier C

Algemeen

C1 Cliënt ID

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

C3/C4 Geboortejaar / Datum in zorg

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

C5 Afdeling

U heeft de mogelijkheid om uw organisatorische eenheid op te delen in een aantal afdelingen of onderdelen. Bij de terugkoppeling van de prestaties ontvangt u dan ook resultaten op afdelingsniveau. Bij 'Afdeling' vult u het onderdeel of de afdeling waartoe de cliënt behoort in. U kunt zelf de benaming kiezen.

C6 Meetperiode

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

Zorgafhankelijkheid

C7 Zorgafhankelijkheid

De Care Dependency Scale (CDS) is opgenomen om bij bepaalde indicatoren voor zorgafhankelijkheid te corrigeren. Kruis per activiteit de mate aan waarin de persoon afhankelijk is van de zorg van anderen. Het is belangrijk dat de CDS voor alle cliënten wordt ingevuld. Niet ingevulde vragen kunnen tot gevolg hebben dat de gegevens van de cliënt onbruikbaar zijn voor de sterrenberekening. Bij het invullen van de CDS kunt u pag. 25 t/m 29 uit de handleiding CDS gebruiken. Deze handleiding vindt u op www.zichtbarezorg.nl onder documenten of klik [hier](#).

Indicatorvragen

Algemeen

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

Het zorgleefplan is de plek waarin centraal informatie over de cliënt is opgeslagen die van belang is voor de zorg en behandeling, evenals de afspraken die door de verschillende zorgverleners met de cliënt zijn gemaakt. Het zorgleefplan omvat: de algemene

informatie over de cliënt (anamnese, eventueel levensverhaal), de afspraken die met de cliënt en/of vertegenwoordiger gemaakt worden (en ondertekend zijn), de rapportage en andere registraties die betrekking hebben (signaleren of volgen van) de kwaliteit van leven van cliënten. Ook afspraken met derden worden in het zorgleefplan opgenomen, zoals met een medisch specialist of pedicure. Daarnaast kunnen ook huisartsen en mantelzorgers gevraagd worden gebruik te maken van het zorgleefplan om hun bevindingen hierin vast te leggen.

C8 Valincidenten (7.4)

De indicator 'Valincidenten' wordt in de Zorg Thuis alleen voor interne verbetering gebruikt, niet voor publicatie. Dit betekent echter niet dat de vraag kan worden overgeslagen.

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

C9-C11 Incontinentie – prevalentie (7.8a)

- *De indicator 7.8a Incontinentie – prevalentie wordt in de Zorg Thuis alleen voor interne verbetering gebruikt, niet voor publicatie. Dit betekent echter niet dat de vraag kan worden overgeslagen.*
- De vraag of in de zorgovereenkomst of het zorgleefplan vastgelegd is dat de cliënt niet systematisch op een bepaald zorgprobleem onderzocht wil worden t.b.v. het Kwaliteitskader VVT keert is hier expliciet opgenomen. Het is goed om te realiseren dat alle indicatoren zo zijn gekozen, dat de informatie die nodig is om de indicator te meten, dezelfde is als de informatie die nodig is om goede zorg te bieden. Dat betekent dat een cliënt voor de metingen van het kwaliteitskader niet extra belast wordt. Toch kan een cliënt uit principiële overwegingen bezwaar maken tegen doorlevering van gegevens voor het Kwaliteitskader verantwoorde zorg. De zorgorganisatie zorgt ervoor dat het in de zorgovereenkomst of in het zorgleefplan vermeld staat als de cliënt bezwaar maakt.
- Onder urine-incontinentie wordt verstaan: iedere vorm van onvrijwillig urineverlies.
- Urineretentie is daarmee geen urine-incontinentie. Een cliënt kan een katheter hebben in verband met urineretentie. Maar dit wordt verder niet geregistreerd want de incontinentievragen worden overgeslagen als sprake is van urineretentie.
- volgens de indicator wordt de cliënt vanaf 'een paar keer per week' of vaker incontinent van urine als 'incontinent' beschouwd. Ook cliënten met een katheter worden voor deze indicator beschouwd als incontinent (met uitzondering van de genoemde situatie van urineretentie).
- Alle soorten katheters worden meegenomen.

C12-29 Risicosignalering zorgproblemen (7.1)

- Het is de bedoeling dat de risicosignalering voor elk probleemgebied afzonderlijk is terug te vinden in het zorgleefplan van de cliënt.

- Voor de zorg thuis is een aantal uitkomstindicatoren komen te vervallen omdat de thuiszorgorganisatie in de meeste gevallen slechts gedeeltelijk verantwoordelijk kan worden gehouden voor uitkomsten zoals het voorkomen van decubitus. De nieuwe indicator Risicosignalering zorgproblemen is toegevoegd om de signalerende rol van de zorgorganisatie zichtbaar te maken.
- Het tijdig herkennen van gezondheidsrisico's en preventie van zorgproblemen is een belangrijke graadmeter voor kwaliteit van zorg. Daarom is deze indicator opgenomen in het vernieuwde kwaliteitskader. Bij elke cliënt dient bij opname en vervolgens minimaal 1x per half jaar, bewust stilgestaan te worden bij het signaleren en opvolgen van gezondheidsrisico's die vaak voorkomen bij de cliëntpopulatie van de VVT.
- Het staat de organisatorische eenheid vrij hoe zij deze signalering uitvoert, *als* deze maar op een structurele manier en op cliëntniveau plaatsvindt en wordt vastgelegd in het zorgleefplan. Er bestaan meerdere checklists en instrumenten om op een verantwoorde manier risico's te signaleren. Verschillende settings of zorgzwaartes zullen ook om andere alertheid op risico's vragen. De organisatorische eenheid kan zelf bepalen hoe zij de signalering uitvoert en in welke situatie sprake is van een verhoogd risico. In het handboek wordt verwezen naar diverse checklists en instrumenten die eventueel gebruikt kunnen worden bij de risicosignalering.
- Voor de opvolging van situaties waarin sprake is van een verhoogd risico is niet voorgeschreven wat 'adequate opvolging' exact inhoudt. Dat kan van situatie tot situatie verschillen. Het is onder meer afhankelijk van de geïndiceerde zorg, de wensen en mogelijkheden van de cliënt. Ook hier geldt: het staat de organisatorische eenheid vrij hoe zij de opvolging uitvoert, als deze maar plaatsvindt en wordt genoteerd in het zorgleefplan.
- Deze indicator is van toepassing op alle cliënten, ook degene waarbij dat wellicht minder voor de handliggend is. Bijvoorbeeld cliënten met een zzp 1 of 2.
- Ook voor cliënten die al meerdere jaren bekend zijn met een bepaald zorgprobleem wordt 2x per jaar structurele aandacht gevraagd voor het signaleren, maar vooral ook het opvolgen van zorgproblemen. In het kader van Verantwoorde zorg wordt minimaal 2x per jaar bekeken of de opvolging van een gezondheidsprobleem de kwaliteit van leven van de cliënt bevordert.

Adequate risicosignalering is een belangrijke peiler voor zorginhoudelijke veiligheid en preventieve zorg. Voor instrumenten die gebruikt kunnen worden voor het observeren en registreren van risico's en het opvolgen ervan willen we u verwijzen naar de Kennisbank van Zorg voor Beter: <http://www.kennisbankzorgvoorbeter.nl/>. Daar vindt u onder het thema/onderwerp risicosignalering voorbeelden van instrumenten voor de halfjaarlijkse en periodieke risicosignalering én voorbeelden voor het dagelijks signaleren en adequaat opvolgen van (potentiële) gezondheidsrisico's.

Deze lijst wordt gaandeweg verder aangevuld en bijgesteld. Zo is vanaf januari 2011 een instrument beschikbaar dat is ontwikkeld door Sting in opdracht van ActiZ. Dit instrument wil verzorgenden helpen om in de dagelijkse zorg een niet-pluis gevoel om te zetten in professioneel handelen. Vilans ontwikkelt op dit moment o.a. een risicosignaleringsformulier speciaal voor verzorgenden dat eveneens in januari beschikbaar komt.

9. Wat gebeurt er met de meetgegevens?

Via de meetbureaus en de verschillende registratiesystemen komen de ZI en CQ gegevens landelijk samen in een technische database.

Na aanlevering van de gegevens wordt binnen 24 uur het verwerkingsverslag in de ZiZo-portal VVT geplaatst. Indien een zending wordt afgekeurd omdat gegevens ontbreken of fout zijn, kan een zorgorganisatie de gegevens aanvullen en de meting direct opnieuw aanleveren.

Hierna worden de gegevens berekend, gecorrigeerd voor relevante cliëntkenmerken (zoals zorgzwaarte), gecorrigeerd en omgezet in vergelijkbare prestatiescores. Deze worden teruggekoppeld aan de organisatorische eenheid in de vorm van een prestatieoverzicht. In de ZiZo-portal VVT (www.zizoportalvvt.nl) kunt u toestemming geven voor verzending van de resultaten aan www.kiesbeter.nl en het jaardocument. Voor de leden van ActiZ is bovendien een Interne Rapportage ontwikkeld (zie ook bijlage 3). Voordelen van dit instrument zijn:

- er wordt een snellere terugkoppeling gerealiseerd (en aanvulling na casemix)
- Gegevens zijn op afdelingsniveau beschikbaar
- Transparantie t.a.v. berekening indicatoren
- Exporteren data mogelijk

De gegevens in de database zijn in principe niet voor derden beschikbaar. Er is een dataprotoocol waarin is vastgelegd onder welke voorwaarden data mogen worden uitgeleverd. Dit is ter bescherming van de anonimiteit van zorgorganisaties en oneigenlijk gebruik van de data.

Stapsgewijs kunt u de stappen nalezen in het document Tijdspad Zichtbare Zorg VV&T 'van meten tot publiceren'. Tevens is er een brochure beschikbaar waarin de berekening en casemix van de indicatoren wordt toegelicht: 'de sterren uitgelegd'. Beide documenten kunt u vinden op www.zichtbarezorg.nl.

Houd er rekening mee dat u binnen 8 weken na aanlevering als zorgorganisatie (OE/Organisatorische Eenheid) beschikt over het prestatieoverzicht met uw resultaten. Vervolgens kunt u:

- Maandelijks in de ZiZo-portal toestemming geven voor publicatie van uw gegevens op kiesBeter.nl. Iedere tweede vrijdag van de maand worden geaccordeerde gegevens geplaatst op [kiesBeter](http://kiesBeter.nl);
- Jaarlijks voor 1 juni in de Zizo-portal toestemming geven voor doorleveren van uw gegevens naar het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.

Checklist

Voor publicatie van de kwaliteitsgegevens van uw organisatie is het noodzakelijk dat de concerninrichting in de ZiZo-portal klopt, dat u kwaliteitsgegevens hebt aangeleverd en akkoord hebt gegeven voor doorlevering. Op www.zichtbarezorg.nl vindt u een checklist 'OE- & locatiecodes en Publicatie op www.kiesBeter.nl'. Dit is een hulpmiddel om uw concerninrichting op orde te krijgen en tot publicatie van uw kwaliteitsgegevens te komen.

10. De rol van de Helpdesk

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

We verzoeken u om de vragen eerst binnen uw organisatie te stellen. De coördinator kan hier een belangrijke rol in vervullen. De coördinator krijgt hiermee zicht op de vragen en problemen die spelen en op de voortgang. Hij of zij kan gepaste acties uitzetten en uniforme oplossingen zoeken. Dit is goed voor de betrouwbaarheid van de meetgegevens. Voor vragen over het gebruik van de portal, de indeling van informatie-eenheden en gebruikers is de concernbeheerder (de hoofdgebruiker van de portal) de spin in het web.

Uiteraard is de helpdesk beschikbaar voor hulp en advies.

De helpdesk is zowel telefonisch als per e-mail bereikbaar. Telefoon: 070-3406900 (op werkdagen van 09.00 uur tot 17.00 uur). E-mail: helpdesk@zichtbarezorg.nl (u ontvangt binnen één werkdag reactie op uw vraag). Houd er rekening mee dat een aantal vragen doorgesluist wordt naar een tweedelijns helpdesk. Houdt er rekening mee dat het in dat geval langer kan duren voor u reactie ontvangt.

Bijlage 1: Overzicht indicatoren kwaliteitskader Verantwoorde Zorg VVT

Thema's en indicatoren	Cliëntgebonden indicatoren			Zorginhoudelijke indicatoren			
	Cliëntenraadpleging CQ-index			Zelfmonitoring organisatie - organisatieniveau		Zelfmonitoring organisatie - cliëntniveau	
	VV	PG	ZT	VV	ZT	VV	ZT
Kwaliteit van leven							
1. Lichamelijk welbevinden en gezondheid							
1.1 Ervaringen met lichamelijke verzorging	VV	PG	ZT				
1.2 Ervaringen met maaltijden	VV	PG	-				
2. Woon- en leefsituatie							
2.1 Ervaringen met schoonmaken	VV	PG	-				
2.2 Ervaren sfeer	VV	PG	-				
2.3 Ervaren privacy en woonruimte	VV	PG	-				
2.4 Ervaren veiligheid woon- en leefomgeving	VV	PG	ZT				
3. Participatie							
3.1 Ervaringen met dagbesteding en participatie	VV	PG	ZT				
3.2 Ervaren zelfstandigheid/autonomie	VV	-	ZT				
4. Mentaal welbevinden							
4.1 Ervaringen op het gebied van mentaal welbevinden	VV	PG	ZT				
Kwaliteit van de zorgverleners							
5. Kwaliteit van de zorgverleners							
5.1 Ervaren professionaliteit en veiligheid zorgverlening	VV	PG	ZT				
5.2 Ervaren bejegening	VV	PG	ZT				
5.3 Ervaren betrouwbaarheid zorgverleners	-	PG	ZT				
Kwaliteit van de zorgorganisatie							
6. Kwaliteit van de zorgorganisatie							
6.1 Ervaringen met zorgleefplan en evaluatie	VV	PG	ZT				
6.2 Ervaren inspraak en overleg	VV	PG	ZT				
6.3 Ervaren informatie	VV	PG	ZT				
6.4 Ervaren telefonische bereikbaarheid	-	PG	ZT				
6.5 Ervaren samenhang in zorg	-	-	ZT				
6.6 Ervaren beschikbaarheid personeel	VV	PG	ZT				
6.7 Beschikbaarheid verpleegkundige				VV	-		
6.8 Beschikbaarheid arts				VV	-		
6.9 Bekwaamheid voorbeh. en risicovolle handelingen				VV	ZT		

Thema's en indicatoren	Cliëntgebonden indicatoren			Zorginhoudelijke indicatoren			
	Cliëntenraadpleging CQ-index			Zelfmonitoring organisatie - organisatieniveau		Zelfmonitoring organisatie - cliëntniveau	
	VV	PG	ZT	VV	ZT	VV	ZT
Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid							
7. Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid							
7.1 Risicosignalering zorgproblemen							
7.1a Risicosignalering – uitvoering						VV	ZT
7.1b Risicosignalering – opvolging						VV	ZT
7.2 Huidletsel						VV	-
7.3 Voedingstoestand							
7.3a Risico op ondervoeding						VV*	-
7.3b Onbedoeld gewichtsverlies						VV	-
7.4 Valincidenten						VV	ZT*
7.5 Medicijnincidenten						VV	-
7.6 Antipsychotica						VV	-
7.7 Depressieve symptomen						VV	-
7.8 Incontinentie							
7.8a Incontinentie - prevalentie						VV	ZT*
7.8b Incontinentie - diagnose						VV	-
7.9 Probleemgedrag						VV	-
7.10 Vrijheidsbeperkende maatregelen							
7.10a Prevalentie						VV	-
7.10b Toepassing						VV	-
7.10c Effectevaluatie						VV	-
7.10d Afbouw						VV	-
7.11 Preventiebeleid vrijheidsbeperkende maatregelen							
7.12 Ervaren respectering rechten vrijheidbeperking	-	PG	-				
7.13 Hitteprotocol				VV		-	
7.14 Noodvoorzieningen bij stroomuitval				VV		-	

- *indicator alleen voor intern gebruik, prestaties worden niet in het openbaar gepubliceerd