

Kwaliteitsdocument 2012
Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis



Mei 2012

Inhoud

Voorwoord — 5

1 Inleiding — 7

- 1.1 Het kwaliteitsdocument 2012 — 7
- 1.2 Gebruik van het kwaliteitsdocument — 9

2 Visie zorg in verbinding — 11

3 Normen Goede Zorg — 15

- 3.1 Inleiding — 15
- 3.2 Kwaliteit van leven — 17
- 3.3 Kwaliteit van de zorgverleners — 20
- 3.4 Kwaliteit van de zorgorganisaties — 22
- 3.5 Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid — 25

4 Meten — 27

- 4.1 Thema's — 27
- 4.2 Meten — 28
- 4.3 Resultaten: kwaliteitsgegevens — 28
- 4.4 Publiceren van kwaliteitsgegevens — 29

5 Doorontwikkeling: 2012 en verder — 30

- 5.1 Doorontwikkeling proces — 30
- 5.2 Doorontwikkeling inhoud — 31
- 5.3 Vervolg — 32

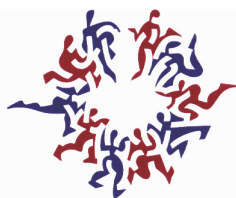
Bijlage 1 Overzicht thema's en indicatoren 2012 — 33

Bijlage 2 Indicatoren 2012 — 35



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Zorgverzekeraars Nederland



ZEGGENSCHAP
I N Z O R G

Voorwoord

Voor u ligt het kwaliteitsdocument voor de sector verpleging, verzorging en zorg thuis vanaf 2012. Dit betreft een bundeling van de visie, de normen en het beperkte meetinstrument. In dit document is tevens een "doorontwikkelagenda" benoemd.

De gezamenlijke partijen hebben in 2011 geconstateerd dat er behoefte was aan een vernieuwing. Als belangrijkste verbeterpunten noemde men: het inperken van het aantal indicatoren en vermindering van administratieve last, aansluiting bij de visie Zorg in verbinding (zie hoofdstuk 2), betere afstemming met de werkvloer en verbreden van mogelijkheden van gebruik van de data.

De vragende partijen, LOC Zeggenschap in zorg, Zorgverzekeraars Nederland en de Inspectie voor de Gezondheidszorg, hebben het initiatief genomen om de vernieuwing in gang te zetten. Het eerste resultaat vindt u in dit document.

Als voorzitter ben ik blij met deze vernieuwing en ik juich de opgestelde doorontwikkelagenda van harte toe. Deze is nodig om het meten van kwaliteit en het gebruik van kwaliteitsinformatie continu te blijven verbeteren. Laten wij vooral niet de illusie hebben het perfecte "lijstje" te hebben gemaakt! Belangrijke speerpunten zijn de verbreding naar keten- en doelgroepspecifieke indicatoren. Intersectorale aspecten spelen dan ook een rol, bijvoorbeeld bij multiproblematiek of comorbiditeit. Verder zal meer aandacht moeten uitgaan naar de effecten van zorg op de kwaliteit van leven. Betrouwbaarheid, beschikbaarheid en actualiteit van de gegevens hebben bovendien prioriteit. Dat is nogal wat; daaraan zullen alle betrokkenen de komende tijd hard moeten werken. Maar de afgelopen tijd bleek dat men daartoe bereid is.

De doorontwikkeling zal niet worden gedirigeerd door een stuurgroep zoals voorheen. Het zal een groeimodel zijn vanuit de inhoudelijke expertise die aanwezig is op de werkvloer. Het streven is om daarin gebruik te maken van nieuwe mogelijkheden van communicatie (sociale media). Kortom, zo'n proces is nooit "af", het is een permanent streven naar verbetering. En dat bereiken wij alleen als wij goed met elkaar communiceren.

De vragende partijen hebben een eerste resultaat geboekt. Voor de doorontwikkeling is energie en inzet nodig vanuit alle betrokken partijen.

Ik wens iedereen veel succes bij het gebruik van dit document en nodig u allen uit om mee te werken aan de verbetering van transparantie en kwaliteitsverbetering in deze sector. U bent aan zet!

Pieter Vos

Voorzitter sector VV&T
Algemeen secretaris Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

1 Inleiding

Mensen die zorg nodig hebben, vertrouwen er op dat de zorg goed is. In ons zorgstelsel zijn verschillende partijen bezig om dat te garanderen. Allereerst de zorgverleners die samen met cliënten en hun naasten iedere dag bezig zijn om goede zorg te realiseren. Dat is ook de kern van de zorg. Het management, de cliëntenraad en de raad van toezicht hebben een belangrijke functie bij het verbeteren van de zorg. Ook externe partijen leveren een bijdrage aan goede zorg. Zoals de verzekeraar die goede zorg inkoopt. En de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), die toezicht houdt op goede zorg. En de toekomstige cliënt, die een keuze maakt voor een bepaalde zorgorganisatie.

Voor zorginkoop, toezicht en keuze-informatie is inzicht in de kwaliteit van de zorg noodzakelijk. In dit Kwaliteitsdocument leest u wat externe partijen nodig hebben om zorg in te kopen, toezicht te houden en keuze-informatie te bieden. Het leveren van die informatie is niet vrijblijvend. Verzekeraars hebben contractuele rechten en de IGZ heeft wettelijke rechten om af te dwingen dat zorgorganisaties de gevraagde informatie leveren.

1.1 Het kwaliteitsdocument 2012

Doel van het kwaliteitsdocument

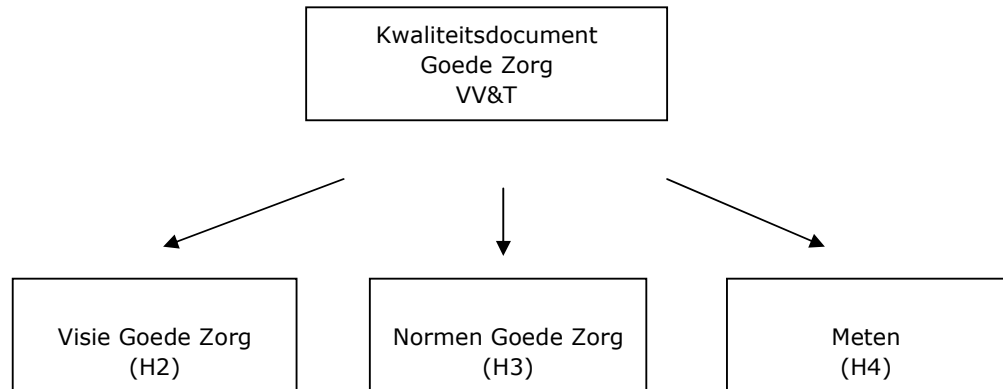
Het doel van het kwaliteitsdocument is door goede zorg de kwaliteit van leven van de cliënt te verbeteren. Uitgangspunt daarbij is de cliënt¹ zelf. Het is natuurlijk ook belangrijk dat de zorgverlener² met plezier werkt, en dat managers de zorgverleners goed ondersteunen. Maar in het kwaliteitsdocument staat de kwaliteit van leven van de cliënt centraal. In het kwaliteitsdocument gaat het over externe verantwoording van de kwaliteit. Maar visie, normen en meting bieden ook bruikbare informatie om binnen de zorgorganisatie het gesprek aan te gaan over verbetering van de kwaliteit.

Inhoud van het kwaliteitsdocument

Het kwaliteitsdocument bestaat uit de visie, normen en meting. De visie verwoordt hoe landelijke organisaties tegen de zorg aankijken. Normen bepalen wat vakbekwaam zorgen voor kwaliteit van leven is. Door te meten krijgen we inzicht of zorgorganisaties goede zorg leveren en of zij effectief bezig zijn met verbeteren van de zorg. In hoofdstuk 2 vindt u de visie, in hoofdstuk 3 de normen, in hoofdstuk 4 de meting voor 2012 en in hoofdstuk 5 de plannen voor verdere doorontwikkeling.

1 In de tekst wordt gesproken over de cliënt en hij. Waar hij staat, dient hij en zij gelezen te worden. Als de cliënt niet in staat is zelf zaken te regelen (als hij wilsonbekwaam is), kunt u 'de cliënt of zijn (wettelijk) vertegenwoordiger' lezen.

2 Wanneer in de tekst wordt gesproken over de zorgverlener, wordt hiernaar verwezen als 'zij'. Hieronder moet hij/zij verstaan worden.



Figuur 1. Inhoud kwaliteitsdocument

Reikwijdte van het kwaliteitsdocument

Het kwaliteitsdocument gaat over langdurige en/of complexe 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 Awbz-zorg die cliënten met een persoonsgebonden budget betalen als Awbz-zorg die verzekeraars in natura vergoeden. Het kwaliteitsdocument is niet gericht op huishoudelijk hulp (WMO) en/of kortdurende zorg zoals dagbehandeling, revalidatie en kraamzorg.

Veranderingen in het kwaliteitsdocument

Tot 2007 kende de sector verpleging, verzorging, thuiszorg veel verschillende metingen. Dat leverde veel bureaucratie en dubbel werk op. Landelijke organisaties hebben vervolgens één kwaliteitskader opgesteld. Eén keer meten diende verschillende doelen. Zoals: verbetering, inkoop, toezicht en keuze-informatie. In 2010 is het kwaliteitskader herzien.

Er kwamen steeds meer kritische geluiden over het kwaliteitskader. Zo leverden de uitkomsten van de metingen alle partijen net niet de juiste informatie om hun rol te kunnen vervullen. De lengte van vragenlijsten en de betrouwbaarheid van met name de zorginhoudelijke meting stonden ter discussie. De vraag kwam of het logisch is dat alle landelijke partijen gezamenlijk bepalen welke informatiebehoefte er is voor zorginkoop, toezicht, keuze-informatie en verbeterinformatie.

In 2011 heeft de voormalige stuurgroep Kwaliteitskader Verpleging, Verzorging & Thuiszorg zichzelf opgeheven. De zogenaamde informatievragende partijen hebben aangegeven welke informatiebehoefte zij hebben om hun taak te kunnen verrichten. Dat zijn de Inspectie voor de Gezondheidszorg voor toezicht, Zorgverzekeraars Nederland voor zorginkoop en LOC Zeggenschap in zorg voor keuze-informatie. Deze drie partijen hebben gezamenlijk een voorstel geformuleerd voor de kwaliteitsmeting in 2012. Daarbij zijn haalbaarheid en betrouwbaarheid leidend geweest. Daarmee is niet de volledige informatiebehoefte ingevuld. Daarom hebben zij ook aangegeven wat zij in 2012 en 2013 in pilots willen gaan testen. Daarover kunt u meer lezen in hoofdstuk 5. Uitgangspunten bij de meting voor 2012 zijn geweest: alleen vragen wat noodzakelijk is, gebruik van gevalideerde en al beschikbare instrumenten, geen nieuwe vragen, het belang dat cliënten aan de vraag hechten en betrouwbaarheid.

Een commissie bestaande uit ActiZ, BTN, V&VN en Verenso heeft IGZ, LOC en ZN daarbij geadviseerd.

Het resultaat is dat de CQ-vragenlijsten in 2012 tot 50 % korter zijn dan in voorgaande jaren. Ook het aantal zorginhoudelijke indicatoren is minder dan voorheen.

1.2 **Gebruik van het kwaliteitsdocument**

Het kwaliteitsdocument 2012 heeft 1 mei 2012 als ingangsdatum. Zorgorganisaties die tussen 1 januari en 30 april met de oude instrumenten hebben gemeten kunnen deze resultaten ook gebruiken.

Het kwaliteitsdocument goede zorg richt zich in eerste instantie op externe verantwoording. Maar is ook goed bruikbaar voor interne verbetering. Management en cliëntenraad kunnen de uitkomsten gebruiken om verbeterafspraken te maken. In hoofdstuk 3 staan de normen. Voor toezicht en zorginkoop zijn al deze normen van belang. De IGZ en verzekeraars kunnen over al deze normen het gesprek aangaan met zorgorganisaties. En die gebruiken bij toezicht en zorginkoop. Niet alles hoeft gemeten te worden en extern aangeleverd te worden. Maar alle normen zijn van belang. Bijvoorbeeld: in 2012 vindt er geen verplichte meting plaats over decubitus/huidletsel. Beperking van huidletsel is wel een onderdeel van de normen voor goede zorg.

Inspectie voor de Gezondheidszorg

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is verantwoordelijk voor toezicht op de kwaliteit van zorg. De IGZ gebruikt de uitkomsten uit het kwaliteitsdocument om te kijken of de zorg veilig en verantwoord is. De IGZ gebruikt het zogenaamde Risico indicatoren toezicht (RT).

Risico indicatoren toezicht verloopt in drie fasen:

eerste fase: signaleren van risico's op basis van analyse van kwaliteitsinformatie en op basis van aanvullende informatie over de zorg en zorgaanbieder, voorbereiding op de tweede fase;

tweede fase: inspectiebezoeken, oordeelsvorming en maatregelenbepaling;

derde fase: bestuurlijke, tuchtrechtelijke en strafrechtelijke maatregelen.

In de sector VV&T is het veiligheidsmanagement stevig verankerd in het kwaliteitsdocument en het veiligheidsprogramma van de VV&T. De procesindicator 'Risico-signalering zorgproblemen' geeft zicht op de mate waarin een organisatie aandacht heeft voor de preventie van zorgproblemen.

Zorgverzekeraar/zorgkantoor

Kwaliteit vormt voor verzekeraars één van de bouwstenen van het contracteerbeleid.

Kwaliteitsbeleid van verzekeraars rust op drie pijlers: medisch inhoudelijke kwaliteit, klantgerichtheid en doelmatigheid. Zie ook de visie "Visie op Kwaliteit" die medio juni 2011 door de verzekeraars is uitgebracht.

Bij de contractering eisen de verzekeraars onder andere dat de organisatie een werkend kwaliteitssysteem heeft, zoals ook is omschreven in de wet. Dat kwaliteitssysteem kenmerkt zich door het meten, evalueren en verbeteren van de zorg volgens de thema's, de instrumenten en werkwijze uit het kwaliteitsdocument.

Verzekeraars stellen daarbij ook de eis dat zorgorganisaties systematisch werken aan het verbeteren van hun kwaliteit (zie ook de AWBZ inkoopgids).

Keuze-informatie

Mensen die een zorgorganisatie kiezen willen beschikken over goede informatie. De uitkomsten van de CQ-Index zijn op indicatorniveau geschikt voor vergelijkbare keuze-informatie. Deze informatie kan op verschillende websites beschikbaar zijn. Zoals: landelijke keuzesites, websites van verzekeraars en cliëntenorganisaties.

Gebruik uitkomsten meting

In het verleden werden alle uitkomsten van de meting alleen na vergelijking openbaar gemaakt. De daaruit voortkomende sterren waren de basis voor zorginkoop, toezicht en keuze-informatie. Deze werkwijze biedt onvoldoende mogelijkheden om het gesprek aan te gaan over de resultaten van een specifieke zorgorganisatie. Het zegt alleen iets over de vraag hoe deze zorgorganisatie presteert ten opzichte van de rest van Nederland. Bijvoorbeeld een toename van het aantal valincidenten kan duiden op een betere registratie, toeval of minder aandacht voor valincidenten. Door te werken met ruwe scores per organisatorische eenheid is een gesprek mogelijk. Verzekeraars en de IGZ zullen in 2012 naast gecasemixte data ook ruwe data gebruiken om daarmee het gesprek aan te gaan. Voor keuze-informatie zullen we in 2012 geen zorginhoudelijke indicatoren gebruiken. Alleen de uitkomsten van de CQ-Index komen in de vorm van sterren op vergelijkingssites.

2 Visie zorg in verbinding

Basisvisie 'Zorg in Verbinding'

Betekenisvol leven

In zijn boek 'Meanings of Life' beschrijft Roy F. Baumeister dat het voor mensen belangrijk is een betekenisvol leven te kunnen leiden. Daarbij is het belangrijk dat mensen een doel in het leven hebben; dat zij het gevoel hebben dat wat zij doen goed is; dat zij invloed hebben op hun leven en omgeving en daar een gevoel van eigenwaarde aan kunnen ontleenen³.

Invloed hebben op je eigen leven is voor elk mens belangrijk. Het geeft eigenwaarde, waardoor je je als mens volwaardig voelt. Dat geldt *ook* voor mensen die afhankelijk zijn van zorg. Of misschien *juist* wel voor mensen die afhankelijk zijn van zorg en/of ondersteuning. Zij verkeren in een situatie waarin invloed op je eigen leven niet als vanzelfsprekend vorm kan krijgen. Een situatie waarin het voor hen soms moeilijk is de betekenis van hun leven te (her)vinden⁴. Mensen die zorg nodig hebben kunnen van grote betekenis zijn voor hun omgeving. Zij het vaak op een andere manier dan voorheen. Zij zijn dus niet alleen maar ziek. En de meeste mensen willen ook niet dat je hen zo ziet. Zij willen als volwaardig gezien worden. Elk mens is immers van waarde voor zichzelf en voor anderen. Als mensen zorg nodig hebben, is het belangrijk dat deze zorg zich richt op die waarde van mensen. Dan komt het beste in mensen – hun potentie – tot uiting. Dat betekent dat vooral de gezondheid van mensen, of dat wat gezond wil zijn in een mens, in beeld is⁵.

Wat is gezondheid?

De Wereldgezondheidsorganisatie stelde in 1948 vast dat: "Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken"⁶.

Dat betekent voor het verloop van een mensenleven: "Bij gezond ouder worden gaat het om een toestand van welbevinden (1), waarin het individu in staat is zijn of haar mogelijkheden te verwezenlijken, in staat is om te gaan met de normale druk van het leven, in staat is productief en vruchtbaar te werken (2), en in staat is een bijdrage te leveren aan zijn of haar omgeving (3)."

Bij 1. gaat het om het subjectieve welbevinden van de individu, bij 2. om het optimale individuele functioneren en bij 3. om het effectief functioneren en bijdragen aan de samenleving.

Het gaat in deze definitie om optimaal welbevinden. En wat optimaal welbevinden voor elk mens betekent, verschilt⁷. Mensen voelen zich vaak gelukkig(er) als ze dingen kunnen doen die zij belangrijk vinden; die voor hen van waarde en daarmee van betekenis zijn⁸. Mensen hebben hun eigen waarden. Die bepalen wat ze belangrijk vinden en wat niet. Dat verschilt dus van mens tot mens. Als we aandacht hebben voor wat we belangrijk vinden, dan voelen we ons gelukkig omdat we daardoor betekenis aan ons leven kunnen geven. Dat geldt ook als mensen afhankelijk worden van zorg. Daarom is het belangrijk dat zorg zich bezighoudt met de gezondheid van mensen. Niet alleen met hun ziekte. Dan kunnen zij (blijven) doen wat zij belangrijk vinden. Ook al is dat soms anders dan voorheen. Dat geeft

3 Roy F. Baumeister; Meanings of Life (1991) pag. 56 – 57 en 201, 214.

4 Roy F. Baumeister, Meanings of Life (1991) pag. 266 – 267.

5 LOC, Waarde-volle zorg, over de toekomst van de gezondheidszorg 2010 – 2050 (2009).

6 <http://nl.wikipedia.org/wiki/Gezondheid>.

7 Ed Diener; Assessing Well-Being (volume 39; 2009) pag. 22 en 25.

8 Roy F. Baumeister, The Cultural Animal, human nature, meaning and social life (2005) p.184/ 189.

levenszin. En zo geven mensen ook zelf betekenis aan hun leven. Dan kunnen ze bijdragen op heel verschillende manieren.

Om te illustreren wat bovenstaande in de alledaagse werkelijkheid betekent, een sprekend voorbeeld uit de vele wetenschappelijke bevindingen. In 1979 bracht een groep onderzoekers van de Harvard Universiteit, faculteit psychologie, een aantal mannen van 75 jaar en ouder een week onder in een landhuis dat was ingericht in de sfeer van de jaren 50. De mannen werd gevraagd om zich te gedragen zoals ze dat 20 jaar eerder ook deden. Gesprekken moesten gaan over gebeurtenissen zoals ze toen plaats hadden alsof ze nu plaats hebben. Elk detail in hun omgeving was afgestemd op het ervaren, voelen en gedragen zoals ze dat in de jaren 50 hadden gedaan. Ieder droeg een pasfoto met een beeltenis van zichzelf uit de jaren 50, zodat ook onderling een ander beeld van de ander kon ontstaan.

Doel van het onderzoeksteam was de context te veranderen, waarin de mannen zichzelf zagen. Onderzoeksvraag was nagaan of het verouderingsproces wordt beïnvloed door de manier waarop men zichzelf ziet. Er werden door het onderzoeksteam gedurende de week allerlei metingen gedaan gericht op vaststelling van de biologische leeftijd van de mannen: lichamelijke kracht, lichaamshouding, waarnemingsvermogen, kenvermogen, korte termijn geheugen, gehoor-/gezichtsvermogen en smaak.

Na een week bleek dat de mannen, in vergelijking met de controlegroep die ook een week op vakantie was maar in de wereld van 1979 verbleef, er zowel qua geheugen als de beheersing van de motoriek van de handen op vooruit waren gegaan, ook waren zij actiever en zelfstandiger en gedroegen ze zich in het algemeen eerder als mannen van 55 dan van 75. De opmerkelijkste veranderingen echter hadden te maken met een verandering in het proces van veroudering, waarvan tot nu toe steeds was aangenomen dat dat onomkeerbaar is. Aan onpartijdige beoordelaars werd gevraagd om foto's van de mannen voor en na de vakantie te bestuderen. Uitkomst is dat alle mannen er gemiddeld drie jaar jonger uit leken te zien dan hun biologische leeftijd. Het resultaat van slechts een week in een andere context te hebben verkeerd, die een verschuiving in hun identificatie (beleefde werkelijkheid) en mogelijkheden teweeg bracht.

Uit metingen van vingers bleek dat die langer waren geworden, stramme gezichten waren soepeler geworden, de houding was rechter, spierkracht bleek toegenomen, evenals gehoor en gezichtsvermogen. En werd er tot dan toe steeds vanuit gegaan dat intelligentie bij volwassenen een vaststaand gegeven is, bij de helft van de experimentele groep bleek een toename van intelligentie te hebben plaatsgevonden. Bij een kwart van de controlegroep was die achteruit gegaan⁹.

Dit voorbeeld illustreert hoe zeer de werkelijkheid zoals wij die waarnemen en zelf creëren van invloed is op ons welbevinden.

Volwaardig

Mensen die zorg nodig hebben, vinden dezelfde dingen belangrijk als mensen die niet afhankelijk zijn van zorg. Zoals zelf beslissingen nemen, zinvolle bezigheden kunnen ondernemen en deel uitmaken van je omgeving door mee te doen in de maatschappij. Mensen die zorg nodig hebben, kunnen nog steeds van grote betekenis zijn voor hun omgeving. Zij zijn niet alleen maar ziek. En de meeste mensen willen ook liever niet dat je hen zo ziet. Zij willen als volwaardig gezien worden. Elk mens is immers van waarde voor zichzelf en voor anderen.

Goede zorg richt zich op die waarde van mensen, op wat zij belangrijk vinden en sluit daarbij aan. Dan komt het beste in mensen tot uiting. Daarom moet zorg zich bezighouden met de gezondheid van mensen. En niet alleen met hun ziekte. Dan kunnen mensen (blijven) doen wat zij belangrijk vinden. Ook al is dat soms op een andere manier dan voorheen. Zo geven mensen betekenis aan hun leven. Dan

⁹ D. Chopra MD; Ageless body, timeless mind; the quantum alternative to growing old, 1993.

kunnen ze – naar vermogen – zelf beslissingen nemen, zinvolle bezigheden ondernemen en deel uitmaken van hun omgeving, op heel verschillende manieren. Dat betekent ook dat mensen verantwoordelijk zijn voor hun leven. Hoe veel verantwoordelijkheid iemand kan dragen, zal per mens verschillen. Zo kunnen mensen door aandoeningen niet altijd verantwoordelijk zijn voor *alles* in hun leven¹⁰. Maar zij kunnen hierin wel ondersteund worden, om zo zelf verantwoordelijk te zijn waar dat maar kan. Mensen die in de zorg werken, kunnen zo werkelijk bijdragen aan de levenszin van anderen. Dat geeft ook hen voldoening. En dat komt weer ten goede aan de mens die zorg ontvangt.

Zorg in verbinding

Zorg die recht doet aan wie de cliënt is – als mens in relatie tot zijn omgeving – en die recht doet aan wat de zorgverlener kan bieden, komt tot stand in de relatie tussen de drie. Dus tussen de cliënt, zijn omgeving (familie, naasten, vrienden) en de zorgverlener. Een zorgverlener gaat met de cliënt en zijn omgeving op zoek: hoe kan deze mens zich zo gezond mogelijk blijven voelen zodat hij – naar vermogen – mee kan blijven doen? Wat is daarvoor nodig? Die aandacht voor de ander, laat ook zien dat een mens, ook al kan hij alles niet meer zelf, *altijd* van waarde is. Zo kunnen cliënt en zijn omgeving zich waardevol voelen en dat geeft voldoening aan de mensen die in de zorg werken. Daarmee kan de zorgverlener *zijn* eigen waarden inzetten in zijn of haar werk en in de relatie met de cliënt en zijn omgeving. Op basis daarvan creëer je een volwaardige zorgrelatie.

Binnen deze volwaardige zorgrelatie – zorg in verbinding – kunnen alle elementen van goede zorg een eigen plek krijgen afgestemd op en met de cliënt, zijn omgeving en de zorgverlener. Want er is geen 'gouden standaard' die bepaalt wat goed en wat niet goed is. Goede zorg komt tot stand door de vraag te stellen: wat kunnen we doen en *hoe* doen we dat? Met de nadruk op 'hoe' en 'we'. Samen beantwoord je die vraag, maak je de afweging en vind je de balans. Het resultaat is veilige zorg die vakbekwaam wordt gegeven en waarbij de cliënt baat heeft.

Een goede zorgverlener biedt zorg die behalve 'evidence-based' ook zorgzaam is, zodat niet alleen het (medisch) nodige wordt gedaan maar dat ook geschiedt met aandacht, toewijding en in elk geval passend bij de cliënt en zijn omgeving. Dit aspect van goede zorg is vooral gericht op de mens en minder op de ziekte / kwaal. Zorgzame – of menslievende of waarde-volle – zorg sluit nauwgezet aan bij wie de cliënt en zijn omgeving zijn en wat voor hen van waarde is; verdiept zich in wat deze doormaken en stemt vanuit de relatie met de cliënt en diens omgeving af wat gedaan of juist gelaten moet worden en erkent de cliënt en zijn omgeving in hun verlangen, eer en kwetsbaarheid.

Centraal daarbij is het uitgangspunt dat de professionele kwaliteit en deskundigheid van de zorgverlener niet ter discussie staat. Die moeten er als basis zijn en zijn dus ook aspecten van goede zorg.

Naast deze twee aspecten – verzorgde en zorgzame zorg – kent goede zorg nog twee kenmerken. Goede zorg is zorgvuldig. Dat wil zeggen goede zorg wordt trouw van het begin tot eind afgemaakt en niet 'opgedeeld'. En goede zorg wordt gegeven vanuit betrokkenheid¹¹. Dat legt de basis voor zingeving. Zowel voor de cliënt en zijn omgeving, die zich gehoord en gezien voelen, als voor de zorgverlener die daardoor optimaal kan bijdragen aan een waardevol leven van de ander.

Om dat wat de cliënt – en diens omgeving – willen ook te kunnen realiseren is een goede zorgrelatie noodzakelijk. En daarmee is optimale aandacht *ook* voor de positie van de zorgverlener essentieel. Dat wat de cliënt – en diens omgeving – nodig heeft, is waar de zorgverlener naar streeft. Een volwaardige zorgrelatie

¹⁰ Waarde-volle zorg, over de toekomst van de gezondheidszorg 2010 – 2050; LOC 2009.

¹¹ Prof .dr. A.J. Baart; De gevoelstemperatuur van goede zorg, over zorgkwaliteit die zich nog onvoldoende bewijzen kan (lezing voor stuurgroep en projectgroep kwaliteitskader VVT 29 okt 2010).

ontstaat alleen dan wanneer de drie partijen zich gezien, gewaardeerd en gerespecteerd voelen. Zo ontstaat een volwaardige zorgrelatie waarin er ontmoeting is. Waar elk vindt wat voor hem van waarde is in het eigen leven en in de relatie tot zijn omgeving (cliënt) en zijn werk (zorgverlener).

3 Normen Goede Zorg

Dit hoofdstuk beschrijft wat we onder goede zorg verstaan in Verpleging, Verzorging en Thuiszorg

3.1 Inleiding

Goede zorg

Een professionele zorgorganisatie levert goede zorg. Dit is zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig, veilig en cliëntgericht verleend wordt. Tevens is de zorg afgestemd op de indicatie en de reële behoefte van de cliënt. De cliënt ontvangt zorg- en dienstverlening volgens wettelijke vereisten, beroepscode, landelijke door beroepsgroepen geautoriseerde richtlijnen, professionele standaarden en handreikingen. Deze zijn gebaseerd op de laatste inzichten (indien mogelijk *evidence based*) en conform de afspraken en werkwijzen die binnen de organisatie gelden.

Kwaliteit van leven

De missie voor alle organisaties in de zorg is: *Vakbekwaam zorgen voor kwaliteit van leven*. Cliënten leiden hun eigen leven – dat kan niemand van hen overnemen. Wél kunnen we zorgen dat cliënten (of hun vertegenwoordigers) hun eigen verantwoordelijkheid kunnen vasthouden of hernemen. Hierin kunnen zij aangeven wat zij zelf belangrijk vinden voor het behoud en/of de verbetering van de kwaliteit van hun leven. Zorgorganisaties kunnen, naast andere hulpbronnen, cliënten hierin ondersteunen door hen een positie te bieden waarin zij richting kunnen geven aan hun eigen leven.

Eigen regie en individuele inkleuring

Centraal staat dat de cliënt zoveel mogelijk regie behoudt over zijn eigen leven, keuzevrijheid en participatie. Met goede zorg leveren zorgaanbieders een bijdrage aan de kwaliteit van leven. De cliënt kan binnen de kaders van de indicatie kiezen voor die vormen van zorg die het beste aansluiten bij de eigen wensen, voorkeuren en gebruiken. De zorgorganisatie en de cliënt maken afspraken over de gewenste persoonlijke invulling van een groot aantal aspecten van de zorg. Deze afspraken staan beschreven in het zorgleefplan dat de organisatie en de cliënt samen bespreken. Een dergelijke benadering doet recht aan een aantal perspectieven:

het sluit aan bij de vraaggestuurde en cliëntgerichte benadering van zorg, ondersteuning en begeleiding en het geeft de cliënt duidelijkheid over wat hij wel en niet kan verwachten van de zorgaanbieder;

het doet recht aan de professionele kwaliteit, ambitie en mogelijkheden van de zorgverlener om adequaat in te spelen op de zorgvraag en de situatie van de cliënt;

het sluit aan bij het ondernemerschap van de zorgorganisaties die zich nadrukkelijk servicegericht willen opstellen;

het sluit aan bij het kader van de indicatiestelling.

Verantwoordelijkheid zorgaanbieder

Goede zorg draagt bij aan de kwaliteit van leven van de cliënt. Daarbij rijst de vraag tot hoever de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder kan strekken. De cliënt vraagt ondersteuning bij een bepaald aspect en wil lang niet altijd bemoeienis van de zorg op andere levensgebieden. Dit moet de zorgverlener respecteren. Andersom

kan een cliënt ook behoefte hebben aan zorg die binnen de indicatie niet kan worden geleverd.

De normen leggen een brede verantwoordelijkheid bij de zorgaanbieder vanuit de visie dat kwaliteit van leven invloed heeft op de behoefte aan zorg, en onlosmakelijk verbonden is met de zorgvraag.

Het uitgangspunt is integrale zorg, waarbij wonen, welzijn en zorg zoveel mogelijk in samenhang worden benaderd. De zorgaanbieder zoekt altijd mogelijkheden om kwaliteit van leven van de cliënt te ondersteunen, binnen de kaders van de geïndiceerde en gebudgetteerde zorg.

De Normen Goede Zorg hebben niet de pretentie het begrip kwaliteit van leven volledig af te dekken. Onderwerpen als de kwaliteit van het sociale netwerk en het volledig kunnen uitoefenen van burgerrechten kunnen van groot belang zijn voor de cliënt, maar komen in dit document niet of slechts zijdelings aan de orde. Bij deze onderwerpen heeft de zorgverlener wel de taak veranderingen te signaleren in de situatie van de cliënt, en waar mogelijk door te verwijzen naar andere zorgverleners of instanties. Ook kan de zorgverlener verbindingen leggen tussen formele en informele zorg, zoals mantelzorgers, familie en vrijwilligers. Bovendien werkt de zorgorganisatie samen met andere zorgorganisaties en zorgverleners. De verantwoordelijkheden van de zorgorganisatie kunnen per setting verschillen. Zo gaat de verantwoordelijkheid voor de woonsituatie in een intramurale setting verder dan bij Zorg Thuis.

Kortom, het is niet mogelijk, noch wenselijk de verantwoordelijkheid van de zorgorganisatie strak te definiëren. Uitgangspunt is dat de organisatie steeds op zoek is naar het optimaal ondersteunen van de kwaliteit van leven van de cliënt binnen de kaders van de indicatie.

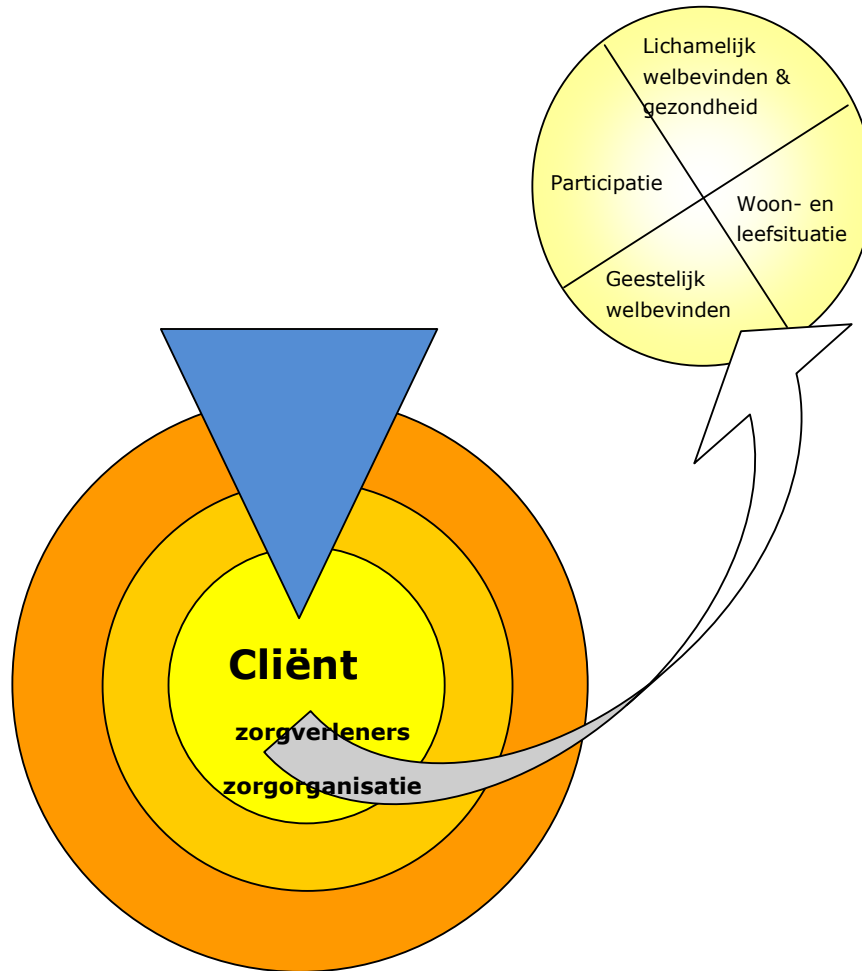
Ordering

Zorgorganisaties ondersteunen hun cliënten bij het verkrijgen van een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. Het vertrekpunt bij goede zorg is de vraag 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 kan de zorgverlener hem daarbij optimaal ondersteunen? De vier *domeinen van kwaliteit van leven* bieden daarvoor een mooi kader:

- lichamelijk welbevinden en gezondheid
- woon- en leefsituatie
- participatie
- mentaal welbevinden

Voorwaarden voor goede zorg en het realiseren van een zo hoog mogelijke Kwaliteit van leven van cliënten zijn Kwaliteit van de zorgorganisatie, Kwaliteit van zorgverleners en Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid. Zie *figuur 1*.

Deze thema's zijn essentieel in het verwezenlijken van kwaliteit van leven. Zowel de zorgverleners als de zorgorganisatie hebben een rol in het realiseren van zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid.



Figuur 2: schematische weergave thema's

3.2

Kwaliteit van leven

De cliënt mag rekenen op ondersteuning van kwaliteit van leven, door een individuele en passende invulling van de zorg en een adequate uitvoering ervan. Passend houdt in: cliëntgericht en in overeenstemming met mogelijkheden, beperkingen, behoeften en reële wensen (moment waarop, manier waarop) van de cliënt. De zorgverlener houdt rekening met de persoonlijke levenssfeer, levensbeschouwelijke en culturele achtergrond en de gewoontes en gebruiken in het huishouden van de cliënt. Adequaat wil zeggen geschikt voor het beoogde doel, professioneel doeltreffend en passend binnen de indicatiestelling.

Naasten

Als de cliënt het wenst, worden mantelzorgers/naasten nadrukkelijk betrokken in het zorgproces. De zorgaanbieder vraagt de cliënt en de mantelzorgers/naasten naar de gewenste en mogelijke hulp van mantelzorgers/naasten. De zorgverlener stemt de professionele zorg hierop af. De zorgverleners leggen alle afspraken met cliënt en mantelzorgers/naasten vast in het zorgleefplan. Als het gewenst is, en past binnen de indicatieafspraken, krijgen mantelzorgers/naasten ondersteuning. Wanneer de zorgverlener signalen van overbelasting van de mantelzorgers/naasten constateert, wijst hij hen op ondersteuningsmogelijkheden voor cliënt en mantelzorgers/naasten.

Domein A: Lichamelijk welbevinden en gezondheid

De cliënt mag rekenen op adequate gezondheidsbescherming en -bevordering en een schoon en naar wens verzorgd lichaam, waarbij steeds goed wordt ingespeeld op veranderingen in de lichamelijke gezondheid.

Voor intramurale organisaties vallen hieronder tevens smakelijke maaltijden, hapjes en drankjes.

Normen voor adequate gezondheidsbescherming en -bevordering (zie ook zorg-inhoudelijke kwaliteit en veiligheid)

- tijdig herkennen van gezondheidsrisico's en preventie van zorgproblemen;
- signaleren van veranderingen in het lichamelijke welzijn en de gezondheid;
- aanpassing van de zorg aan deze veranderingen en de bijbehorende beperkingen en mogelijkheden;
- een zorgvuldig gekozen evenwicht tussen goed vaktechnisch handelen en de wensen en voorkeuren van de cliënt/vertegenwoordiger bij de toepassing van tenminste:
 - huidletselpreventie, decubituspreventie en decubitusbehandeling
 - zorg bij eten en drinken
 - valpreventie
 - medicijngebruik
 - continenzorg
 - minimale vrijheidsbeperkende maatregelen
 - preventie en behandeling van infecties
 - aandacht en zorg voor individuele gezondheidsklachten en pijnklachten
 - snelle beschikbaarheid en deskundig gebruik van hulpmiddelen, waaronder ook brillen en gehoorapparaten;
- verstrekken van informatie en voorlichting.

Normen voor een schoon en naar wens verzorgd lichaam

Passende hulp bij:

- wassen/douchen;
- gebitsverzorging;
- nagelverzorging;
- huidverzorging;
- toiletgang;
- aan-/uitkleden;
- naar wens verzorgd gekleed zijn.

Intramurale organisaties:

Normen voor smakelijke maaltijden, hapjes en drankjes

- passende hulp bij en voldoende tijd voor eten en drinken;
- keuzemogelijkheden die recht doen aan de smaak van cliënten;
- maaltijden goed gespreid over de dag en passend bij het dagritme van de cliënt;
- een prettige ambiance, waarbij aandacht wordt besteed aan een eetlustbevorderende sfeer en omgeving.

Domein B: Woon- en leefsituatie

De cliënt mag rekenen op ondersteuning bij het wonen, met voldoende aandacht voor levenssfeer en privacy. Hij mag rekenen op aandacht voor veiligheid van/in zijn woon en leefsituatie.

Normen voor levenssfeer en privacy

- ondersteuning bij het wonen met voldoende aandacht voor levenssfeer en privacy, waardoor de cliënt zich op zijn gemak kan voelen in aanwezigheid van de zorgverlener;
- respect van de zorgverlener voor de leefsfeer en de leefpatronen van de cliënt;
- beperking van het aantal vaste zorgverleners dat over de vloer komt;
- de ervaren deskundigheid en betrouwbaarheid van de zorgverlener en zorgorganisaties.

Intramurale organisaties:

- schone en comfortabele woonruimte;
- woonruimte die privacy biedt en thuisgevoel geeft door het bieden van mogelijkheden tot het creëren van een eigen sfeer;
- optimale bewegingsvrijheid.

Normen voor veiligheid van/in de woon- en leefsituatie (zie ook thema zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid)

- zorgverleners tonen een legitimatiebewijs als de cliënt daarom vraagt;
- aandacht voor onveilige situaties in huis (inrichting, hygiëne, houdbaarheid van voedingsmiddelen e.d.).

Extramurale organisaties:

- signalering en doorverwijzing bij noodzaak van woningaanpassingen en alarmering.

Intramurale organisaties

- een goed functionerend en gebruiksvriendelijk systeem van alarmering en alarmopvolging;
- brand-, inbraak- en calamiteitenpreventie, waaronder noodvoorzieningen bij stroomuitval en een hitteprotocol;
- adequaat toezicht

Domein C: Participatie

De cliënt mag rekenen op ondersteuning bij het invulling geven aan persoonlijke interesses en hobby's, en ondersteuning bij een sociaal leven en het contact houden met de samenleving.

Normen voor participatie

- inpassen van zorgafspraken in het dag-/weekprogramma van de cliënt;
- ondersteuning van de cliënt in zijn autonomie om zoveel mogelijk de dingen te blijven doen die hij zelf belangrijk vindt;
- ondersteuning van de cliënt bij het vinden en gebruikmaken van sociale activiteiten en dagbestedingsmogelijkheden;
- de cliënt wijzen op de mogelijkheden van vrijwilligers en welzijnsvoorzieningen;
- signalering van eenzaamheidsproblematiek, aandacht voor mogelijke oorzaken, en zo nodig doorverwijzen naar/inschakelen van deskundigheid.

Intramurale organisaties:

- een woon- en leefomgeving waar iets te beleven is en die uitnodigt tot intermenselijk contact, en het ondernemen van activiteiten;

- een klimaat van gastvrijheid, waar humor en menselijke warmte voelbaar zijn. Met faciliteiten die uitnodigend zijn voor naasten, bezoekers en buurtbewoners, en voor het onderhouden van contact;
- mogelijkheden voor dagbesteding die aansluiten bij gewoontes en persoonlijke interesses, bij hobby's en het sociale leven van de cliënt, en passende hulp bij mobiliteit.

Domein D: Mentaal welbevinden

De cliënt mag rekenen op respect voor en ondersteuning van de eigen identiteit en levensinvulling, en het zoveel mogelijk behouden van de eigen regie.

Normen voor ondersteuning bij mentaal welbevinden

- aandacht voor het eigen leven en de persoonlijke waarde die daaraan toegekend én ontleend wordt;
- aandacht voor (levensfase gerelateerde) persoonlijke ontwikkeling en waarden, levenskeuzen, zingevingvragen;
- hulp bij mogelijkheden om de regie op het eigen leven te behouden;
- een luisterend oor bieden voor zorgen en emotionele problemen en voor zaken die naar de mening van de cliënt niet goed gaan in de zorgverlening;
- betrokkenheid en presentie (niet gehaast zijn);
- het signaleren van veranderingen in het mentaal welbevinden van de cliënt (vergeetachtigheid, somberheid en depressieve gevoelens, stemmingswisselingen, probleemgedrag), aandacht voor mogelijke oorzaken, en zo nodig doorverwijzen naar/inschakelen van deskundigheid;
- de mogelijkheid voor de cliënt om van zorgverlener te veranderen bij ontevredenheid over bejegening, werkhouding of als het contact met de zorgverlener moeizaam is.

Intramurale organisaties:

mogelijkheden voor de cliënt om zich ongestoord te kunnen terugtrekken; de beschikbaarheid van geestelijke verzorging.

3.3 Kwaliteit van de zorgverleners

Zorgverleners richten zich op het behouden of bereiken van het optimale niveau van functionele autonomie en kwaliteit van leven voor de betrokken cliënt. Zij werken cliëntgericht, zijn deskundig en zijn een betrouwbare ondersteuner die de cliënt op een goede manier bejegt. Zij signaleren tekorten en niet-passende zorg en zoeken daarbij naar oplossingen.

Cliëntgerichtheid

Voor goede zorg zijn vakbekwame zorgprofessionals nodig, die werken vanuit een gevoel en interesse voor het wel en wee van de cliënt. Een belangrijk onderdeel daarvan is het adequaat kunnen omgaan met de gezondheidsrisico's die de cliënt loopt, op een manier die recht doet aan het eigen leven van de cliënt. Het is een vorm van 'vraaggerichtheid' die zich alleen in een goede zorgrelatie kan uitkristalliseren. Het gaat verder dan waar de cliënt misschien letterlijk om vraagt. Cliënten in de zorg zijn nu juist meestal niet mondig, maar kwetsbaar in hun afhankelijkheid. Ze kunnen soms beperkt communiceren en hun eigen situatie slecht overzien. Daarom is het nodig dat zorgverleners actief betrokken zijn op het leven

van cliënten in hun eigen sociale setting – een extra dimensie van zorg-professionaliteit in de verpleging, verzorging en zorg thuis!

Deskundigheid

- de zorgverlener werkt vakkundig, zelfstandig, methodisch en resultaatgericht volgens het zorgleefplan;
- de zorgverlener past richtlijnen/protocollen toe, die gebaseerd zijn op actuele kennis volgens professionele, geautoriseerde, algemeen aanvaarde standaarden;
- de zorgverlener blijft binnen de grenzen van zijn bekwaamheid en bevoegdheid en verwijst zonodig door naar andere disciplines;
- de zorgverlener is in staat om adequaat samen te werken met collega's, andere disciplines, mantelzorgers, vrijwilligers, zodat de continuïteit in zorg gewaarborgd is;
- de zorgverlener overlegt met familie/verwanten als de cliënt dat wil of als de cliënt minder in staat is de eigen situatie te overzien.

Goede bejegening

- de zorgverlener houdt zich aan de gedragscode over de omgang met de cliënt;
- de zorgverlener respecteert de eigen levenssfeer van cliënten en draagt zorg voor een goede bejegening;
- de zorgverlener respecteert de privacy van de cliënt en bemoeit zich niet ongevraagd met diens privé zaken;
- de zorgverlener tutoyeert de cliënt niet zonder toestemming;
- de zorgverlener gaat professioneel in op vervelende ervaringen van de cliënt met de organisatie;
- de zorgverlener staat open voor vragen en kritiek over de zorgverlening.

Betrouwbaarheid

- de zorgverlener is in staat een vertrouwensrelatie met de cliënt op te bouwen;
- de zorgverlener houdt zich aan afgesproken werkzaamheden en afgesproken tijden;
- de zorgverlener gaat vertrouwelijk om met privé gegevens van de cliënt;
- de zorgverlener gaat zorgvuldig om met eigendommen van de cliënt.

Signalering van tekorten of niet passende zorg

Zorgverleners signaleren het als de zorg niet meer voldoende of passend is. Zij voeren hierover overleg met het team (de bij de cliënt betrokken zorgverleners) en hun leidinggevende. Als het nodig of wenselijk is, maken zij afspraken over aanpassingen en verbeteringen die passen binnen het indicatiebesluit. Als het nodig is, helpen zij de cliënt bij het aanvragen van een herindicatie. Zorgverleners leggen signalen en eventuele afspraken over aanpassingen en verbeteringen vast in het zorgleefplan.

Vrijwilligers

Naast betaalde krachten doen ook veel vrijwilligers nuttig werk binnen een zorgorganisatie. Ook zij werken cliëntgericht, zijn voor hun taak deskundig, bieden een goede bejegening en zijn betrouwbaar.

3.4 **Kwaliteit van de zorgorganisaties**

De organisatie regelt dat iedere cliënt in het bezit is van de algemene voorwaarden, een zorgovereenkomst en een goed ingebed zorgleefplan. De cliënt beslist mee in de zorg en de zorgorganisatie gaat correct om met klachten. Daarnaast mag de cliënt erop rekenen dat de zorgorganisatie hem adequaat informeert over relevante zaken. De zorgorganisatie voorziet in voldoende en competente zorgverleners, is goed bereikbaar en heeft bij acute zorgvraag deskundige zorgverleners beschikbaar. Indien de situatie van de cliënt daarom vraagt, regelt de zorgorganisatie toezicht. De zorgorganisatie streeft naar afstemming en continuïteit in de zorgketen.

Algemene voorwaarden

Zorgorganisaties hanteren de landelijk door brancheorganisaties en cliëntenorganisaties opgestelde algemene voorwaarden¹² In de algemene voorwaarden staan de rechten en plichten van de cliënt en wat zorgorganisaties in de zorgovereenkomst en het zorgleefplan met de cliënt afspreken.

Zorgleefplan

De cliënt beschikt over een zorgleefplan dat in samenspraak met de cliënt tot stand komt. In het zorgleefplan wordt invulling gegeven aan de vier domeinen van kwaliteit van leven. Het zorgleefplan vermeldt de indicatie en geeft een beeld van de zorgvraag, de reële zorgbehoefte en de afgesproken zorg. De cliënt en de zorgaanbieder maken afspraken over welke zorg, wanneer, op welke dagen en tijden wordt gegeven. Het plan vermeldt het doel, de inhoud en het moment van de zorgverlening. Het bevat tevens een actueel overzicht met de verslaglegging van de geleverde zorg, nieuwe afspraken en eventuele mutaties van de zorg. In het zorgleefplan worden de acties, de resultaten, de voortgang en de bijstellingen op basis van evaluatie genoteerd. Ook afspraken met derden worden in het plan opgenomen, zoals uitvoeringsverzoeken van artsen. Andere zorgverleners (zoals huisartsen), maar ook mantelzorgers worden gevraagd gebruik te maken van het zorgleefplan en hun bevindingen en adviezen hierin vast te leggen. Het zorgleefplan is een belangrijk communicatiemiddel tussen zorgverleners en andere disciplines en waarborgt dat de zorgorganisatie haar afspraken met de cliënt nakomt.

Dit houdt in dat de zorgorganisatie voorziet in:

- het werken met een systeem voor het zorgleefplan, dat goed is ingebed in de organisatie;
- regelmatige cliëntenbesprekingen en/of multidisciplinair overleg tussen relevante disciplines die deel uitmaken van dat systeem;
- evaluaties met de cliënt (minimaal twee keer per jaar, maar ook bij complexe zorg, na veranderingen in de inzet van zorg, of op verzoek van cliënt en/of zorgverlener);
- vastlegging van evaluaties, aanpassingen en structurele afwijkingen van het zorgleefplan;
- verbeteringen van zorg die voortvloeien uit besprekingen van het zorgleefplan;
- vastleggen wat er met het zorgleefplan gebeurt na beëindiging van de zorgverlening, bijvoorbeeld of de gegevens van de cliënt bewaard worden.

¹² Vanaf 1 januari 2011 hebben alle zorgorganisaties die aangesloten zijn bij ActiZ en BTN algemene voorwaarden. Ook andere zorgorganisaties kunnen deze algemene voorwaarden hanteren. Hierin staan de rechten en plichten tussen cliënten en zorgorganisaties. Bijvoorbeeld over het geven van informatie. De algemene voorwaarden zijn landelijk afgesproken tussen brancheorganisaties van zorgaanbieders en cliënten-/consumentenorganisaties.

Inspraak

De cliënt beslist mee over de dingen die moeten gebeuren, aan de cliënt wordt gevraagd of hij akkoord gaat met afspraken. De zorgorganisatie hanteert een gedragscode en gaat serieus om met vervelende ervaringen of klachten van cliënten. De cliënt wordt uitgenodigd vragen, problemen of klachten te uiten. De cliënt wordt snel en correct geïnformeerd over wat er met de wensen en/of klachten gebeurt.

In de periode van zorg- en dienstverlening ligt het zorgleefplan bij de cliënt. Hij heeft op elk gewenst tijdstip inzage in zijn zorgleefplan. De cliënt heeft het recht het zorgleefplan aan te vullen met een eigen verklaring of het bij onjuiste gegevens te laten corrigeren.

Informatievoorziening

Het is van belang dat informatie zodanig wordt weergegeven dat het voor cliënten goed te lezen en te begrijpen is. De informatie wordt op verschillende manieren aangeboden (schriftelijk, digitaal, mondeling) en op verschillende momenten herhaald, afhankelijk van de behoefte van de cliënt. De zorgverlener toetst bij de cliënt of deze de verstrekte informatie goed begrepen heeft.

De cliënt wordt bij aanmelding zowel mondeling als schriftelijk geïnformeerd over:

- de wachttijd tussen aanmelding en aanvang van de zorg;
- de mogelijkheden voor zorg ter overbrugging van een wachttijd;
- de contactpersoon voor de cliënt gedurende de wachttijd.

Gedurende de zorgverlening wordt de cliënt geïnformeerd over:

- aan welke wensen van de cliënt de zorgaanbieder tegemoet kan komen en aan welke niet en waarom;
- wat de zorgorganisatie gaat doen (taken en werkzaamheden, momenten van zorgverlening, inzet van zorgverleners, zoals vermeld in het zorgleefplan);
- wat de uitgangspunten zijn voor zorg- en dienstverlening (visie op zorg, gedragscode van de organisatie, identiteit en levensbeschouwing, ethische vraagstukken, grenzen van de zorg, procedure bij weigering van zorg door cliënt of zorgverlener, procedure beëindiging zorg);
- wat er in de zorgovereenkomst en algemene voorwaarden staat;
- hoe afspraken bijgesteld kunnen worden;
- hoe en wanneer de organisatie/contactpersoon bereikbaar is (ook voor familie/mantelzorg) zowel binnen als buiten kantooruren en in noodgevallen;
- wat de rechten en plichten zijn van de cliënt (inspraak, informatieplicht, zorg voor materialen in huis, privacy, recht om te klagen, schadevergoeding, cliëntenraad);
- hoe de eigen bijdrage en de wijze van betaling zijn geregeld;
- hoe er wordt omgegaan met sleutels van cliënten.

De zorgorganisatie maakt afspraken met de familie/mantelzorgers/vertegenwoordiger over wie geïnformeerd wordt, over belangrijke aangelegenheden ten aanzien van de zorg voor de cliënt.

Bereikbaarheid, beschikbaarheid en toezicht

Intramurale organisatie:

- De zorgorganisatie is 24 uur per dag goed (telefonisch en digitaal) bereikbaar voor mantelzorgers/naasten.
- Voor cliënten met verpleging en/of behandeling heeft de zorgorganisatie zowel een arts als verpleegkundige oproepbaar en bereikbaar.
- De zorgorganisatie beschikt over een goed functionerend alarmsysteem voor cliënten met 24 uurszorg. De zorgorganisatie bespreekt met de cliëntenraad hoe

zij de alarmopvolging regelt en legt de afspraken met de cliëntenraad hierover schriftelijk vast.

- De zorgorganisatie regelt 7x24 uur toezicht bij psychogeriatrische cliënten met een indicatie voor 24 uurszorg, zowel in hun woonruimte als in openbare ruimten. Gekwalificeerd zorgverleners of geïnstrueerde personen houden toezicht. In overleg met de cliëntenraad zijn alternatieve vormen van toezicht mogelijk. Bij het toezicht houdt de zorgorganisatie rekening met individuele gezondheidsrisico's en specifieke situaties van cliënten. Die specifieke situatie staat beschreven in het zorgleefplan. Dat geldt ook als de zorgorganisatie bewust geen toezicht houdt. Het toezicht is aantoonbaar besproken en geëvalueerd op teamniveau.

Extramurale organisaties:

- De zorgorganisatie is 24 uur per dag goed (telefonisch en digitaal) bereikbaar voor de cliënt en diens mantelzorgers/naasten.
- De zorgorganisatie voorziet in een contactpersoon die bereikbaar is voor de cliënt. Zij zorgt voor tijdige informatie als een zorgverlener op een andere dan de afgesproken tijd komt. Zij zorgt voor vervanging als de zorgverlener ziek of vrij is en meldt dat bij de cliënt.
- De zorgorganisatie biedt informatie over wat er gebeurt bij een acute zorgvraag. De zorgorganisatie heeft in samenspraak met de cliëntenraad een beleid opgesteld voor onplanbare 24 uurszorg. In dit beleid staan normtijden voor het bereikbaar en oproepbaar zijn van zorgverleners bij specifieke zorgvragen. De zorgorganisatie informeert de cliënt over deze normtijden.

Voldoende en competente zorgverleners

De zorgaanbieder zorgt voor voldoende en gekwalificeerde zorgverleners om de zorg te bieden die de cliënt nodig heeft. Zij bepaalt dit op basis van de zorgzwaarte van de cliënten. Hierbij heeft de zorgorganisatie uiteraard te maken met de geïndiceerde zorguren en wettelijke kaders. De zorgorganisatie zorgt voor de benodigde scholing, trainingen, cursussen en deskundigheidsbevordering. Zelfstandig opererende zorgverleners dragen zelf zorg voor hun deskundigheidsbevordering. Zorgverleners in organisaties worden in staat gesteld om nieuwe kennis op te doen en zich nieuwe vaardigheden eigen te maken. Door middel van inwerkprogramma's, functioneringsgesprekken, teambesprekingen en werkoverleg wordt het deskundigheidsniveau op peil gehouden. Er wordt hierbij rekening gehouden met de competentie- en beroepsprofielen die door beroepsorganisaties zijn opgesteld. Er wordt gebruik gemaakt van instrumenten die door de beroepsorganisaties zijn ontwikkeld. De zorgorganisatie past de zorg flexibel aan als de indicatie verandert. Ook weet de organisatie wisselingen in zorgverleners tot een minimum te beperken. Als er wel personeelwisselingen zijn, informeert de zorgorganisatie de cliënt daarover.

Ketenzorg en afstemming met derden

De zorgorganisatie pakt haar rol in de keten. Zij biedt direct zorg als voortzetting van de zorgverlening noodzakelijk is na ontslag uit een andere zorginstelling. De indicatie daarvoor wordt, indien niet vooraf mogelijk, achteraf opgevraagd. De zorgorganisatie voorziet in goede samenwerking en afstemming met ketenpartners in het licht van samenhang en continuïteit van zorg voor de cliënt. Zo vindt er een continue afstemming plaats met de verschillende zorgverleners, zoals de specialist in het ziekenhuis, de huisarts, de specialist ouderengeneeskunde, de GGZ-zorgverlener, de diëtiste, de verzorgende en de (wijk)verpleegkundige. De zorgorganisatie initieert, daar waar nodig, overleg tussen de verschillende disciplines. In de ketenzorg worden de landelijke richtlijnen van beroepsgroepen zoals over decubitus, dementie en palliatieve zorg nageleefd.

In situaties waarbij meerdere zorgverleners betrokken zijn, wordt één medisch eindverantwoordelijke aangewezen. Dit kan de huisarts, de specialist ouderengeneeskunde, een GGZ-arts/geriater, verpleegkundig specialist of een medisch specialist zijn. Deze hoofdbehandelaar is inhoudelijk verantwoordelijk. Daarnaast wordt tevens één coördinator aangewezen. Deze coördinator heeft een belangrijke verantwoordelijkheid als het gaat om coördineren van de zorguitvoering, afstemming en samenwerking. Dit kan een verpleegkundige of een eerste verantwoordelijk verzorgende (niveau 3) zijn.

De cliënt wordt geïnformeerd over de afstemming van de zorg tussen verschillende disciplines. De zorgorganisatie vraagt alle betrokken zorgverleners om de afspraken met naam en handtekening in het zorgleefplan te noteren, en zorgt dat de cliënt weet wie verantwoordelijk is.

3.5 Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid

De cliënt mag rekenen op zorginhoudelijke veiligheid. De zorgorganisatie treft maatregelen om calamiteiten te voorkomen. Voorbehouden en risicovolle handelingen worden uitgevoerd door bevoegd en bekwaame zorgverleners. De zorgorganisatie heeft aandacht voor de instructie en het onderhoud bij hulpmiddelen. Daarnaast voert de zorgorganisatie beleid op het voorkomen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Zorginhoudelijke veiligheid

De zorgorganisatie voert een preventiebeleid en let bij besprekingen van het zorgleefplan nadrukkelijk op zorginhoudelijke veiligheidsaspecten, zoals onder- of overgewicht, decubitus, incontinentie, valincidenten, medicijnincidenten en depressie of het risico daarop. De organisatie houdt een registratie van zorgrisico's en problemen bij (bijvoorbeeld het aantal cliënten met decubitus of het aantal valincidenten). De zorgorganisatie zorgt dat de verantwoordelijkheid zo verdeeld is, dat die redelijkerwijs leidt tot goede zorg.

Calamiteiten in intramurale setting

De zorgorganisatie heeft maatregelen getroffen om incidenten, brand, inbraak en andere calamiteiten te voorkomen.

De zorgorganisatie beschikt over een hitteprotocol dat voor de organisatie is uitgewerkt en is afgestemd met de cliëntenraad. Hierin wordt aangegeven wat een zorgorganisatie bij aanhoudende hitte onderneemt op het vlak van extra aandacht in de cliëntenzorg, op het vlak van gebouwbeheer en aan zaken om het klimaat in het gebouw zo aangenaam mogelijk te houden.

De cliënt mag geen schade van stroomuitval hebben daar waar vitale zaken de zorgfunctie voor de cliënt in gevaar brengen. Iedere organisatie maakt hiervoor een risicoanalyse en neemt hiertoe adequate maatregelen.

Voorbehouden en risicovolle handelingen

Voorbehouden en risicovolle handelingen die specifieke deskundigheid vereisen worden uitgevoerd door zorgverleners die daartoe bekwaam en bevoegd zijn. Zij ontvangen bijscholing volgens de wettelijke norm. De zorgorganisatie heeft hiervoor een cyclisch scholingsbeleid.

Veiligheid hulpmiddelen

De zorgorganisatie garandeert de veiligheid en het onderhoud van hulpmiddelen zoals bedekken, zuurstofpompen, infuuspompen en andere medische apparatuur.

Dat geldt alleen als de hulpmiddelen eigendom zijn van de zorgorganisatie. De zorgorganisatie instrueert zorgverleners hoe zij met de hulpmiddelen moeten werken. De zorgorganisatie zorgt voor goed onderhoud van de hulpmiddelen.

Minimale vrijheidsbeperking

De zorgorganisatie voert een beleid dat gericht is op het voorkomen van vrijheidsbeperkende interventies. Dergelijke maatregelen worden gezien als een allerlaatste redmiddel. Bij toepassing van vrijheidsbeperking vindt een dagelijkse evaluatie plaats. Afspraken staan in het zorgleefplan. De zorgorganisatie maakt een plan hoe deze vrijheidsbeperking zo snel mogelijk kan worden afgebouwd. Als de vrijheidsbeperking langer dan een week duurt schakelt de zorgorganisatie CCE in. De zorgorganisatie meldt iedere vorm van vrijheidsbeperking bij de IGZ.

4 Meten

In dit hoofdstuk gaan we in op de wijze waarop de normen meetbaar zijn gemaakt. Indicatoren zijn zo ontworpen dat ze een aanwijzing geven over de kwaliteit op een bepaald onderwerp. Het blijft echter een selectie van aspecten uit de totale norm, en geeft daarmee een indicatie van de kwaliteit.

4.1 Thema's

Op basis van de visie is voor 2012 een nieuwe indeling in thema's gemaakt. In verband met de herkenbaarheid en om aan te sluiten bij de reeds ingerichte systemen, is gekozen om deze 'nieuwe' thema's alsnog onder de thema's uit 2010 te hangen. De intentie is om in de toekomst een indeling te kiezen, die beter bij de visie 'Zorg in verbinding' past.

| Thema Kwaliteitskader 2010 | Onderliggende thema's 2012 (nieuwe ordening) |
|--|---|
| <u>Kwaliteit van leven</u> | |
| 1 Lichamelijk welbevinden en gezondheid | Eten en drinken |
| 2 Woon- en leefsituatie | Omgang met elkaar |
| | Schoonmaak |
| | Inrichting |
| | Privacy |
| 3 Participatie | Zinvolle dag |
| | (Betrokkenheid naasten en mantelzorgers) |
| 4 Mentaal welbevinden | Leven in vrijheid |
| | Bejegening |
| | Effect van de zorg op iemands leven |
| <u>Kwaliteit van de zorgverleners</u> | |
| 5 Kwaliteit van de zorgverleners | Kwantiteit personeel |
| | Kwaliteit personeel |
| <u>Kwaliteit van de zorgorganisatie</u> | |
| 6 Kwaliteit van de zorgorganisatie | (Kwaliteit, effectiviteit, continuïteit bestuur & governance) |
| | Inspraak |
| | Informatie |
| | Aanbevelingsvraag |
| <u>Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid</u> | |
| 7. Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid | Veiligheid |

Per thema zijn indicatoren benoemd. Het overzicht van de indicatoren vindt u in bijlage 1. Hoewel gekozen is om een indeling in thema's te maken, willen we het belang benadrukken van de samenhang tussen de losse thema's en indicatoren onderling. Het is belangrijk om deze samenhang in het oog te houden bij het interpreteren van de resultaten. Zo kan een indicator 'valincidenten' bijvoorbeeld een samenhang hebben met de indicator 'vrijheidsbeperkende maatregelen'.

4.2 Meten

Niet alle indicatoren kunnen we op dezelfde manier meten. Zo is de vraag of cliënten vinden dat zij voldoende informatie ontvangen een heel andere vraag dan de vraag wat het percentage cliënten met een valincident was. De eerste vraag kunnen alleen cliënten of hun familie beantwoorden. De tweede alleen de zorgorganisatie omdat deze bijhoudt hoeveel cliënten er zijn gevallen.

Daarom hebben we gekozen voor twee manieren van meten. Zowel de CQ- als de ZI-meting geven een beeld van de kwaliteit van de geboden zorg. Zij vullen elkaar aan en vormen samen de thema's goede zorg.

Minimaal één keer per twee jaar laten zorgorganisaties meten hoe hun cliënten de kwaliteit van de zorg ervaren. Dat gebeurt door een onafhankelijk bureau met een vastgestelde vragenlijst (de zogenaamde CQ-index). Een CQ-meting is eens per twee jaar verplicht. Er zijn drie vragenlijsten voor de sector VV&T, een interviewlijst voor bewoners van verpleeg/verzorgingshuizen, een vragenlijst voor vertegenwoordigers van psychogeriatrische bewoners en er is een vragenlijst voor de thuiszorg.

Ieder jaar leveren zorgorganisaties gegevens aan waarmee zij de kwaliteit van zorginhoudelijke aspecten aangeven. Een set registratievragen is vervaardigd die het instrument vormt voor een zelfevaluatie van zorgorganisaties. Hiermee worden de zogenaamde *Zorginhoudelijke Indicatoren (ZI)* gemeten. Een ZI-meting is jaarlijks verplicht.

De onderzoeken vinden plaats per Organisatorische Eenheid (OE), dat wil zeggen per locatie (verpleeghuis, verzorgingshuis) of per regio (thuiszorg). De cliëntenraadpleging wordt altijd bij een steekproef van de cliënten uitgevoerd. Dit geldt ook voor het meten van de zorginhoudelijke indicatoren bij de Zorg Thuis. Bij een intramurale setting vindt geen steekproef plaats, maar worden voor de zorginhoudelijke indicatoren alle cliënten bemeten.

Meetinstructies, toelichtingen, in- en uitsluitcriteria, basis- en hulpdocumenten en nog veel meer gedetailleerde informatie over het meten van de zorginhoudelijke indicatoren blijven beschikbaar.

Uitgebreidere informatie over de cliëntenraadpleging, zoals informatie over geaccrediteerde meetbureaus en richtlijnen voor de CQ-index, vindt u bij het Centrum Klantervaring Zorg: www.centrumklantervaringzorg.nl.

4.3 Resultaten: kwaliteitsgegevens

Voorop gesteld moet worden dat indicatorwaarden een *indicatie* geven over en een *aanwijzing* zijn voor de werkelijkheid.

Gebruikers van de kwaliteitsgegevens moeten voldoende context geboden krijgen, zodat zij verantwoord kunnen omgaan met de gegevens. Het is belangrijk om het doel en de zeggingskracht van de indicatoren juist te interpreteren bij het gebruik van de scores.

Als hulpmiddel hierbij hebben ZN, ActiZ en BTN een handleiding ontwikkeld: 'handle with care'.

Daarnaast zijn de zorginhoudelijke indicatoren beoordeeld op basis van enkele kwaliteitscriteria uit de indicatorstandaard: inhoudsvaliditeit en registratie-betrouwbaarheid. Per indicator wordt de zeggingskracht op deze criteria gescoord. De score wordt vastgelegd met een groene (goed), oranje (matig) of rode (slecht) signaalvlag. Deze signaalvlaggen zeggen niet iets over de score van de zorgorganisatie, maar over de kwaliteit en zeggingskracht van de indicator.

4.4 Publiceren van kwaliteitsgegevens

Zorgorganisaties krijgen hun meetresultaten teruggekoppeld. Zij geven openbaarheid over hun prestaties op de indicatoren voor Goede zorg via het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording en via vergelijkingsites.

Volgens de regeling Verslaggeving van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) zijn V&V- en thuiszorgorganisaties verplicht tot het indienen van een jaardocument.

De gegevens die gepubliceerd worden in het jaardocument zijn openbare data. Daarnaast kan een aanvraag worden gedaan om de data te verkrijgen voor andere doeleinden.

5 Doorontwikkeling: 2012 en verder

In dit hoofdstuk gaan we in op de doorontwikkeling van de meting van 2012. Aan de hand van criteria hebben wij: IGZ, ZN en LOC, een aantal keuzes gemaakt die hebben geleid tot de set van 2012 (zie hoofdstuk 4 en bijlage). Tijdens het ontwikkelen van deze set hebben wij bepaald welke informatie we nodig hebben en welke randvoorwaarden er zijn om deze informatie te verzamelen. Deze zijn nog niet volledig uitgewerkt in de set van 2012.

In dit hoofdstuk kunt u daarom lezen wat wij als vragende partijen in 2012 en 2013 zullen doorontwikkelen. Wij willen hier graag samen met het veld de komende tijd invulling aan geven.

Het onderwerp kwaliteit kent een dynamisch karakter. Nieuwe inzichten, behoeften en (politieke)ontwikkelingen zijn mede van invloed op zowel de inhoudelijke- als de procesvormgeving van het meten van kwaliteit. Dit maakt dat wij als vragende partijen onze eigen agenda voeren om onze rol binnen de zorg in te vullen. Wij zullen daar de juiste instrumenten bij zoeken. Uiteindelijk zullen we niet alles uitvragen door middel van indicatoren, maar ook andere instrumenten inzetten.

Het uitwerken van de ontwikkelagenda gebeurt op verschillende manieren; experttafels, pilots, evaluatie/leren van (reeds bestaande instrumenten in) andere sectoren enzovoort. Wij beogen daarbij aan te sluiten bij het primaire proces, eigen registraties uit het veld te benutten en digitalisering en technologische ontwikkelingen te stimuleren. Wij zullen als vragende partijen hiertoe het initiatief nemen.

5.1 Doorontwikkeling proces

Graag zouden wij in het proces en de voorwaarden om te komen tot kwaliteitsinformatie een aantal onderdelen verbeteren of (verder) ontwikkelen. Hierbij verkennen we voorbeelden uit andere sectoren. Als vragende partijen denken wij in ieder geval aan:

Actualiteit & beschikbaarheid van gegevens

Er is behoefte aan actuele gegevens. Door de huidige meetcyclus moeten externe partijen gebruik maken van data die twee jaar oud kunnen zijn. Wij streven naar een continu meetproces zodat een ieder op elk moment gebruik kan maken van actuele gegevens. Afhankelijk van het doel en de gebruiker moet de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de gegevens bepaald worden. Het uitgangspunt hierbij is; gegevens zijn openbaar, tenzij. Partijen kunnen dan op ieder gewenst moment een eigen selectie maken van de beschikbare data die aansluit bij de vraag die men heeft.

Niveau van gegevens

Wij hebben geconstateerd dat onze informatiebehoefte op inhoud voor een groot deel overeenkomt: de verschillende doelen zijn vanuit de vastgestelde thema's prima te bedienen. Echter, het benodigde aggregatieniveau en de scope van gegevens verschilt: afhankelijk van het doel en soms ook van de indicator hebben wij een ander niveau van gegevens nodig. Naast vergelijkbare informatie hebben wij ook toegang tot de ruwe data nodig.

Registratiebetrouwbaarheid

De registratiebetrouwbaarheid van de indicatoren vraagt om forse verbetering. Het betrouwbaar registreren van kwaliteitsgegevens is voor alle partijen van zeer groot

belang. Onderzocht moet worden hoe deze registratiebetrouwbaarheid vergroot kan worden. Een van de stappen die wij hiertoe inzetten is zoals reeds genoemd een continue (digitale) registratie van kwaliteitsgegevens in nauwe aansluiting bij het primaire proces .

Stimuleren en bevorderen ECD, aangesloten bij het primaire proces

Een veelvuldige discussie is de tijdsbesteding en de administratieve lasten die meten met zich meebrengt. De administratieve lasten worden mede veroorzaakt door de inrichting en organisatie van het meetproces. Wij voorzien dat als er meer aangesloten wordt bij het primaire proces en er gebruik wordt gemaakt van een ECD, de administratieve lasten afnemen.

5.2 Doorontwikkeling inhoud

Naast de doorontwikkeling op de reeds bestaande indicatoren is er ook behoefte om te kijken naar een aantal (nieuwe) onderwerpen. Deze moeten deels verfijnd en deels ontwikkeld worden. De vragende partijen hebben behoefte aan doorontwikkeling op het gebied van:

Zorginhoudelijke indicatoren

In de set van 2012 is gekozen voor indicatoren die betrekking hebben op een maatschappelijk zeer relevant thema, maar waarbij de kwaliteit van de indicator zeker nog beter kan. Hierbij moet u denken aan de indicator vrijheidsbeperkende maatregelen en de indicator antipsychotica. Ook voor de verbetering van deze indicatoren zal tijd en ruimte zijn in 2012. Daarnaast zal opnieuw de vraag zijn of de ingevoegde zorginhoudelijke indicatoren recht doen aan de informatie die informatievragende partijen nodig hebben.

Sommige van de genoemde onderwerpen kunnen we met bestaande methoden meten. Bijvoorbeeld door als test vragen aan de CQ-Index toe te voegen. En te meten of daar betrouwbare gegevens uit komen.

Andere onderwerpen vragen om nieuwe methoden. Bijvoorbeeld het effect van de zorg op iemands leven. Daarbij denken we aan de inzet van narratieve methoden.

Effect van de zorg op iemand leven

De cliënt centraal, met als onderdeel in het leven van deze cliënt zorg. Inzicht in het effect van de zorg op het leven van die persoon is hierbij essentieel. In hoeverre is die persoon nu werkelijk geholpen door de zorg? Kan iemand door de zorg de dingen doen die voor haar om hem van belang zijn? Wij gaan kijken hoe dit geoperationaliseerd kan worden, hoe dit inzichtelijk gemaakt kan worden en hoe het geïnterpreteerd moet worden. Uiteindelijk gaat het er over dat de zorg die geboden wordt ook aansluit bij de daadwerkelijke behoefte van de cliënt. Deze is meer dan alleen zijn zorgvraag.

Informele Zorg en omgang met elkaar

De vragende partijen willen weten wat de kwaliteit is van niet-professionele hulp die geboden wordt aan mensen met een (chronische) ziekte, een handicap of met beperkingen door ouderdom, die zonder deze hulp niet zelfstandig kunnen functioneren. Het gaat om zorg die wordt gedragen door naasten en door vrijwilligers. Het gaat er dan met name om of er gebruik wordt gemaakt van informele zorg en de ervaringen van diegene die de informele zorg leveren zoals bijvoorbeeld mantelzorgers. Ook hier kunnen we leren van andere sectoren zoals de GGz en bijvoorbeeld de mantelzorgmonitor van Alzheimer Nederland uitgevoerd door het Nivel. Daarnaast willen wij weten hoe mensen met elkaar omgaan, zoals cliënten onderling, cliënten met familie, personeel met cliënten en personeel met familie.

Kwaliteit en kwantiteit van personeel

Het beschikbaar hebben en inzetten van vakkundig en bekwaam personeel in relatie tot de zorgzwaarte is uitermate belangrijk. Welke expertise is nodig bij welk profiel cliënt. Wij willen hiervoor een meetinstrument ontwikkelen.

Dementie

Een ontwikkeling is dat er meer gekeken wordt naar doelgroepen. Recent zijn ketenindicatoren dementie beschikbaar gekomen. De ervaring met deze ketenindicatoren dementie levert ons inzicht in de mogelijkheden van dergelijke indicatoren voor de verdere ontwikkeling van doelgroepspecifieke meetinstrumenten.

Ketenindicatoren

Wij hebben behoefte aan indicatoren die de samenwerking en afstemming van de totale keten en met de keten inzichtelijk maken. Om goede integrale zorg te kunnen leveren vinden partijen het van belang om te weten hoe de keten met elkaar samenwerkt.

Verbeterindicator

Is een verbetering die een organisatie heeft ingezet ook effectief gebleken? Wij willen niet alleen sturen op momentopnames. Het gaat ons ook om het inzichtelijk maken van verbeteringen en deze te stimuleren.

Absolute normen

De ontwikkeling van absolute normen dient de komende jaren in de care sector verder vorm te krijgen. Wij roepen als vragende partijen het veld op te komen met absolute normen.

5.3

Vervolg

Zoals reeds eerder aangegeven heeft de doorontwikkelagenda betrekking op 2012 en 2013. In 2012 nemen wij het initiatief om uitvoering te geven aan de ontwikkelagenda. Daarbij willen wij:

- bewaken dat de consistentie behouden blijft in de set. Alle partijen hebben behoefte aan trendinformatie. Hiermee wordt onder andere inzichtelijk in welke mate toeval een rol speelt bij een indicator. Als een indicator een trend laat zien met slechte scores, kan dit minder toegerekend worden aan toeval.
- bewaken dat de set eenvoudig blijft. Het is dan ook niet de bedoeling om elke uitkomst van de doorontwikkeling toe te voegen aan de set. Dit betekent dat wij kritisch blijven kijken naar welke meetinstrumenten wij toevoegen of juist kunnen vervallen of vervangen worden.
- steeds meer aansluiten bij het feit dat het verschil tussen intra- en extramuraal vervaagt.
- uitgangspunten zoals het bekijken van de kosten-baten per indicator of instrument blijven hanteren.

Zoals reeds eerder verwoord door de voorzitter in het voorwoord is deze doorontwikkelagenda een dynamisch document en zeker nog niet allesomvattend. Wij nodigen vol enthousiasme een ieder uit die een bijdrage wil leveren aan onze zoektocht en een succes wil maken van de uitdagingen waar we voor staan. Zodat een ieder zijn rol en verantwoordelijkheid kan nemen en naar behoeven kan uitvoeren in het huidige stelsel.

Bijlage 1 Overzicht thema's en indicatoren 2012

| Thema's 2010 Indicatoren 2012 | 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 maaltijden (A: Smaak, B: Sfeer) | VV | PG | - | | | | |
| 2. Woon- en leefsituatie | | | | | | | |
| 2.1 Omgang met elkaar | VV | PG | - | | | | |
| 2.2 Gastvrijheid: Ervaringen met schoonmaken | VV | PG | - | | | | |
| 2.3 Gastvrijheid: Ervaringen met inrichting | VV | PG | - | | | | |
| 2.4 Gastvrijheid: Ervaren privacy | VV | PG | - | | | | |
| 3. Participatie | | | | | | | |
| 3.1 Zinvolle dag | VV | PG | - | | | | |
| 4. Mentaal welbevinden | | | | | | | |
| 4.1 Leven in vrijheid: Vrijheidsbeperkende maatregelen - Prevalentie | | | | | | VV | - |
| 4.2 Leven in vrijheid: Antipsychotica | | | | | | VV | - |
| 4.3 Respect voor mensen: Ervaren bejegening | VV | PG | ZT | | | | |
| 4.4 Effect van zorg op iemands leven: Depressieve symptomen | | | | | | VV | - |
| 4.5 Effect van zorg op iemands leven: Ervaringen met (lichamelijke) verzorging | - | - | ZT | | | | |
| Kwaliteit van de zorgverleners | | | | | | | |
| 5. Kwaliteit van de zorgverleners | | | | | | | |
| 5.1 Ervaren beschikbaarheid personeel | VV | PG | - | | | | |
| 5.2 Beschikbaarheid verpleegkundige | | | | VV | - | | |
| 5.3 Beschikbaarheid arts | | | | VV | - | | |
| 5.4 Ervaren kwaliteit personeel | VV | PG | ZT | | | | |
| Kwaliteit van de zorgorganisatie | | | | | | | |
| 6. Kwaliteit van de zorgorganisatie | | | | | | | |
| 6.1 Ervaren inspraak | VV | PG | ZT | | | | |

| Thema's 2010 Indicatoren 2012 | Cliëntgebonden indicatoren | | | Zorginhoudelijke indicatoren | | | |
|---|------------------------------|----|----|--|----|---|----|
| | Cliëntenraadpleging CQ-index | | | Zelfmonitoring organisatie - organisatieniveau | | Zelfmonitoring organisatie - cliëntniveau | |
| | VV | PG | ZT | VV | ZT | VV | ZT |
| 6.2 Ervaren informatie | VV | PG | ZT | | | | |
| 6.3 Pilot aanbevelingsvraag | VV | PG | ZT | | | | |
| Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid | | | | | | | |
| 7. Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid | | | | | | | |
| 7.1 Risicosignalering zorgproblemen | | | | | | | |
| 7.1a Risicosignalering – uitvoering | | | | | | VV | ZT |
| 7.1b Risicosignalering – opvolging | | | | | | VV | ZT |
| 7.2 Valincidenten | | | | | | VV | ZT |
| 7.3 Medicijnincidenten | | | | | | VV | - |
| 7.4 Probleemgedrag | | | | | | VV | - |
| 7.5 Ervaren veiligheid | VV | - | - | | | | |

Bijlage 2 Indicatoren 2012

Kwaliteit van leven

1 Lichamelijk welbevinden en gezondheid

Hieronder valt thema 2012:
- 'Eten en drinken'

1.1 Ervaringen met maaltijden

| Indicator | De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goede maaltijden ervaren |
|-----------------|--|
| CQ-index lijst | Bewoners Vertegenwoordigers |
| CQ-index vragen | <p>Bewoners</p> <p>A 25. Zijn de maaltijden lekker? B 26. Is de sfeer tijdens het eten goed?</p> <p>* Deze vragen schalen niet: voor deze indicator komen daarom aparte scores voor vraag A en B.</p> |
| | <p>Vertegenwoordigers van bewoners</p> <p>27. Zien de maaltijden er verzorgd uit? 28. Is er genoeg hulp bij het eten? 29. Is er genoeg tijd om te eten?</p> |

2 Woon- en leefsituatie

Hieronder valt thema 2012:
- 'Omgang met elkaar'
- 'Gastvrijheid: Schoonmaak'
- 'Gastvrijheid: Inrichting'
- 'Gastvrijheid: Privacy'

2.1 Omgang met elkaar

| Indicator | De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers prettig met elkaar omgaan |
|-----------------|--|
| CQ-index lijst | Bewoners Vertegenwoordigers |
| CQ-index vragen | <p>Bewoners</p> <p>20. Gaan de bewoners prettig met elkaar om?</p> <p>Vertegenwoordigers van bewoners</p> <p>24. Gaan de bewoners prettig met elkaar om?</p> |

2.2 Gastvrijheid: Ervaringen met schoonmaken

| Indicator | De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goede schoonmaak ervaren |
|-----------------|---|
| CQ-index lijst | Bewoners Vertegenwoordigers |
| CQ-index vragen | Bewoners 19. Wordt uw woonruimte goed schoongehouden? (uw woon-/ slaapkamer, toilet en douche-/badkamer) |
| | Vertegenwoordigers 20. Wordt de woonruimte goed schoongehouden? Denk hierbij aan de woonkamer, de slaapkamer, het toilet en de badkamer |

2.3 Gastvrijheid: Ervaringen met inrichting

| Indicator | De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers vrijheid bij de inrichting van de woonruimte ervaren |
|-----------------|--|
| CQ-index lijst | Bewoners Vertegenwoordigers |
| CQ-index vragen | Bewoners 23. Kunt u zelf bepalen hoe u de kamer of woonruimte inricht? |
| | Vertegenwoordigers 22. Kan de bewoner zelf bepalen hoe hij/zij de eigen kamer of woonruimte inricht? |

2.4 Gastvrijheid: Ervaren privacy

| Indicator | De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goede privacy ervaren |
|-----------------|--|
| CQ-index lijst | Bewoners Vertegenwoordigers |
| CQ-index vragen | Bewoners 21. Kunt u zich met bezoek op een rustige plek terug trekken? |
| | Vertegenwoordigers van bewoners 21. Kan de bewoner zich met bezoek op een rustige plek terugtrekken? |

3 Participatie

Hieronder valt thema 2012:

'Zinvolle dag'

'Betrokkenheid naasten en mantelzorgers' (nog geen meetinstrument beschikbaar)

3.1 Zinvolle dag

| | |
|-----------------|--|
| Indicator | De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers een zinvolle dag ervaren |
| CQ-index lijst | Bewoners Vertegenwoordigers |
| CQ-index vragen | Bewoners 24. Organiseert het huis genoeg activiteiten? |
| | Vertegenwoordigers van bewoners 23. Biedt het huis gezelligheid en contact met anderen? 25. Organiseert het huis genoeg activiteiten? 26. Sluiten de georganiseerde activiteiten aan op wat de bewoner leuk vindt? |

4 Mentaal welbevinden

Hieronder valt thema 2012:

'Leven in vrijheid'

'Bejegening'

'Effect van de zorg op iemands leven'

4.1 Leven in vrijheid: Vrijheidsbeperkende maatregelen – Prevalentie

| | |
|----------------|--|
| Indicator | Prevalentie: Percentage cliënten bij wie in de afgelopen 30 dagen een onrustband, een tafelblad of diepe stoel als vrijheidsbeperkende maatregel is toegepast |
| VV / ZT | Verpleeg- en Verzorgingshuiszorg |
| Teller | Het aantal cliënten bij wie in de afgelopen 30 dagen een onrustband, een tafelblad of diepe stoel als vrijheidsbeperkende maatregelen zijn toegepast |
| Noemer | Het aantal cliënten bij wie in de meetperiode is gemeten |
| Niet meten bij | Niet van toepassing |
| Correctie voor | <input type="checkbox"/> Leeftijd <input type="checkbox"/> CDS: Houding, Mobiliteit, Gevaar ontwijken, Leercapaciteit, Contactuele vaardigheden |

| Registratievragen | <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Vrijheidsbeperkende maatregel</th> <th colspan="3">Is de maatregel toegepast in de afgelopen 30 dagen?</th> </tr> <tr> <th>ja</th> <th>nee</th> <th>onbekend</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Onrustband</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tafelblad</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Diepe stoel</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | Vrijheidsbeperkende maatregel | Is de maatregel toegepast in de afgelopen 30 dagen? | | | ja | nee | onbekend | Onrustband | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tafelblad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diepe stoel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|---|-------------------------------|---|--|--|----|-----|----------|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Vrijheidsbeperkende maatregel | Is de maatregel toegepast in de afgelopen 30 dagen? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ja | nee | onbekend | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Onrustband | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tafelblad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diepe stoel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Toelichting | <ul style="list-style-type: none"> - Vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen zijn middelen en maatregelen die met of zonder toestemming de bewegingsvrijheid en het gedrag van een cliënt beperken. - 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: <ul style="list-style-type: none"> - een tafelblad dat de dementerende cliënt zelf kan wegschuiven → wordt <i>niet</i> 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 <i>wel</i> genoteerd als een vrijheidsbeperkende maatregel | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Onderbouwing indicator | <p><u>Kwaliteitsdocument</u></p> <p>Het Kwaliteitsdocument stelt als norm dat zorgorganisatie een beleid voeren dat gericht is op het voorkomen van vrijheidsbeperkende interventies. Dergelijke maatregelen worden gezien als een allerlaatste redmiddel. De zorgorganisatie houdt zich daarbij aan de wet en probeert veiligheidsbevorderende maatregelen zo min mogelijk te laten ingrijpen in de vrijheidsbeleving van de cliënt.</p> <p>In november 2009 hebben verschillende partijen naar aanleiding van het congres Zorg-voor-vrijheid afspraken vast gelegd in een Convenant, met de bedoeling dat vanaf 2011 geen onrustbanden meer in gebruik zijn in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Alleen in uitzonderlijke situaties is het mogelijk deze nog toe te passen, mits voldaan is aan strikte kwaliteitseisen en toezicht om de veiligheid van cliënten te waarborgen. Terugdringen en afschaffen van onrustbanden leidt niet tot inzet of toename van gedwongen gedragsbeïnvloedende medicatie of andere vormen van vrijheidsbeperking en vraagt daarom om intensieve monitoring. Het is de bedoeling dat in 2011 ook andere vormen van vrijheidsbeperking fors verminderd zijn. Vrijheidsbeperking wordt uitsluitend toegepast als er voor de cliënt geen minder ingrijpende alternatieven voorhanden zijn. Bovendien moet verantwoorde toepassing van vrijheidsbeperking, ook onder deze voorwaarden, altijd gebonden zijn aan strikte kwaliteitseisen.</p> <p><u>Percentage Onbekend</u></p> <p>Voor deze indicator wordt in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording ook het percentage cliënten berekend bij wie onbekend is of de betreffende vrijheidsbeperkende maatregelen zijn toegepast.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

4.2 Leven in vrijheid: Antipsychotica

| Indicator | Percentage cliënten dat in de afgelopen zeven dagen antipsychotica gebruikte |
|------------------------|---|
| VV/ ZT | Verpleeg- en Verzorgingshuiszorg |
| Teller | Het aantal cliënten dat de afgelopen zeven dagen antipsychotica gebruikte |
| Noemer | Het aantal cliënten bij wie in de meetperiode is gemeten en voor wie de zorgorganisatie (een deel van) het beheer van de medicatie verzorgt |
| Niet meten bij | Niet van toepassing |
| Correctie voor | <ul style="list-style-type: none"> - Diagnose delier, schizofrenie, psychotische stoornis - Geslacht |
| Registratievragen | <p><i>Verzorgt de zorgorganisatie (een deel van) het beheer van de medicatie van de cliënt?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><i>Zo ja, heeft de cliënt in de afgelopen zeven dagen antipsychotica ontvangen?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Onbekend</p> <p><i>Als de cliënt antipsychotica heeft ontvangen, heeft de cliënt de diagnose delier, schizofrenie of psychotische stoornis?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, namelijk</p> <ul style="list-style-type: none"> - Delier - Schizofrenie - Psychotische stoornis <p><input type="checkbox"/> Nee</p> |
| Toelichting | <ul style="list-style-type: none"> - 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. 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 antipsychotica-vragen wel beantwoord. - 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. |
| Onderbouwing indicator | <p><u>Relevantie</u></p> <p>Antipsychotica worden met een terechte basis voorgeschreven bij de diagnoses delier, schizofrenie en psychotische stoornis. Achtergrond van de indicator is de ervaring dat antipsychotica ook onterecht worden voorgeschreven bij 'probleemgedrag'. Deze indicator is erop gericht om het voorschrijfgedrag van antipsychotica inzichtelijk te maken.</p> <p><u>Kwaliteitsdocument</u></p> <p>Het Kwaliteitsdocument stelt als norm dat een cliënt mag rekenen op adequate</p> |

gezondheidsbescherming en -bevordering waarbij steeds goed wordt ingespeeld op veranderingen in het lichamelijk welzijn en de gezondheid. Het adequaat voorschrijven van medicatie hoort daarbij. Bij medicijngebruik is een zorgvuldig gekozen evenwicht tussen goed vaktechnisch handelen (bv. geen fouten maken) en de wensen en voorkeuren van de cliënt/vertegenwoordiger (bv. liever onrust of pijn dan sufheid) van belang.

Verantwoordelijkheid zorgorganisatie

Indien de zorgorganisatie niets te maken heeft met het voorschrijven of beheren van de medicatie van de cliënt is deze ook niet verantwoordelijk te houden voor het terecht voorschrijven van medicatie. Als de organisatie de medicatie alleen uitdeelt (en niet voorschrijft) is de gedachte dat de rol van de zorgverlener verder gaat dan puur uitdelen. Zij moeten zicht hebben op de reden waarom medicatie is voorgeschreven en hebben de taak om eventuele problemen of opvallendheden die spelen rond de medicatie te signaleren en bespreekbaar te maken met de cliënt, vertegenwoordiger en huisarts. Op deze manier kunnen zij het terecht voorschrijven en adequaat gebruik van medicatie stimuleren. Dit sluit ook aan bij de norm die wordt gesteld in het Kwaliteitsdocument dat zorgverlener in staat is om adequaat samen te werken met collega's, andere disciplines en mantelzorgers, zodat de continuïteit in zorg gewaarborgd is.

Percentage Onbekend

Voor deze indicator wordt in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording ook het percentage cliënten berekend bij wie onbekend is of ze in de afgelopen zeven dagen antipsychotica gebruikte en voor wie de zorgorganisatie wel (een deel van) het beheer van de medicatie verzorgt.

4.3 Bejegening: Ervaren bejegening

| Indicator | De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers een goede bejegening ervaren |
|-----------------|--|
| CQ-index lijst | Bewoners Vertegenwoordigers Thuiswonende cliënten |
| CQ-index vragen | <p>Bewoners</p> <p>16. Luisteren zorgverleners aandachtig naar u?</p> <p>17. Geven de zorgverleners goed antwoord op uw vragen?</p> <p>18. Hebben de zorgverleners voldoende aandacht voor hoe het met u gaat?</p> |
| | <p>Vertegenwoordigers van bewoners</p> <p>13. Hebben de zorgverleners genoeg tijd voor de bewoner?</p> <p>14. Hebben de zorgverleners genoeg aandacht voor hoe het met de bewoner gaat?</p> <p>15. Geven de zorgverleners goed antwoord op uw vragen?</p> |
| | <p>Thuiswonende cliënten</p> <p>17. Luisteren de zorgverleners aandachtig naar u?</p> <p>18. Geven uw zorgverleners goed antwoord op uw vragen?</p> <p>19. Heeft uw zorgverlener voldoende aandacht voor hoe het met u gaat?</p> |

4.4 Effect van zorg op iemands leven: Depressieve symptomen

| Indicator | Percentage cliënten dat in de afgelopen drie dagen symptomen van depressie vertoonde | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------|--|--------------|-------------------|----------|---|--|--------------------------|--|--|--------------------------|---|--|--------------------------|--|--|--------------------------|--|--|--------------------------|--|--|--------------------------|--|--|--------------------------|
| VV / ZT | Verpleeg- en Verzorgingshuiszorg | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teller | Het aantal cliënten dat in de afgelopen drie dagen symptomen van depressie vertoonde | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Noemer | Het aantal cliënten bij wie in de meetperiode is gemeten | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Niet meten bij | Niet van toepassing | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Correctie voor | <input type="checkbox"/> Leeftijd <input type="checkbox"/> Geslacht <input type="checkbox"/> CDS: Houding, Mobiliteit, Gevaar ontwijken, Leercapaciteit, Contactuele vaardigheden | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Registratievragen | <p><i>Is in de zorgovereenkomst of het zorgleefplan vastgelegd dat de cliënt <u>niet</u> systematisch op depressieve symptomen onderzocht wil worden t.b.v. het Kwaliteitsdocument VV&T?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ja dit is vastgelegd: de cliënt wil hierop <u>niet</u> onderzocht worden t.b.v. het kwaliteitsdocument VV&T - Nee, dit is niet vastgelegd <p><i>Hoe vaak vertoonde de cliënt in de afgelopen drie dagen deze verschijnselen?</i> Wijze van scoren: 0. als het verschijnsel niet werd vertoond 1. als het verschijnsel op één of twee van de laatste drie dagen werd vertoond 2. als het verschijnsel dagelijks in de laatste drie dagen werd vertoond</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Verschijnsel</th> <th>Score (0, 1 of 2)</th> <th>Onbekend</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Negatieve uitspraken, bijvoorbeeld uitspraken als: "het doet er allemaal niet meer toe; was ik maar dood; wat voor zin heeft het; het spijt me zo lang te hebben geleefd; laat me doodgaan"</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Voortdurend boos zijn op zichzelf of anderen, bijvoorbeeld: laat zich gemakkelijk ergeren, boos op verblijf in de voorziening of boos op de ontvangen zorg</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Uitingen (ook non-verbaal) van angst die niet reëel lijken, bijvoorbeeld: bang om in de steek gelaten te worden; alleen te zijn; samen met anderen te zijn; intense angst voor specifieke voorwerpen of situaties</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Aldoor klagen over gezondheid, bijvoorbeeld: om de dokter blijven vragen; obsessief bezorgd zijn over lichaamsfuncties</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Herhaald angstig klagen/bezorgd zijn, niet met gezondheid samenhangend, bijvoorbeeld: zoekt steeds aandacht of geruststelling over dagindeling, maaltijden, de was, kleren, omgang met anderen</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Droevige, pijnlijke gelaatsuitdrukking, bijvoorbeeld diepe rimpels; steeds wenkbrauwen fronsen</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Huilen, gemakkelijk in tranen uitbarsten</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | | | Verschijnsel | Score (0, 1 of 2) | Onbekend | Negatieve uitspraken, bijvoorbeeld uitspraken als: "het doet er allemaal niet meer toe; was ik maar dood; wat voor zin heeft het; het spijt me zo lang te hebben geleefd; laat me doodgaan" | | <input type="checkbox"/> | Voortdurend boos zijn op zichzelf of anderen, bijvoorbeeld: laat zich gemakkelijk ergeren, boos op verblijf in de voorziening of boos op de ontvangen zorg | | <input type="checkbox"/> | Uitingen (ook non-verbaal) van angst die niet reëel lijken, bijvoorbeeld: bang om in de steek gelaten te worden; alleen te zijn; samen met anderen te zijn; intense angst voor specifieke voorwerpen of situaties | | <input type="checkbox"/> | Aldoor klagen over gezondheid, bijvoorbeeld: om de dokter blijven vragen; obsessief bezorgd zijn over lichaamsfuncties | | <input type="checkbox"/> | Herhaald angstig klagen/bezorgd zijn, niet met gezondheid samenhangend, bijvoorbeeld: zoekt steeds aandacht of geruststelling over dagindeling, maaltijden, de was, kleren, omgang met anderen | | <input type="checkbox"/> | Droevige, pijnlijke gelaatsuitdrukking, bijvoorbeeld diepe rimpels; steeds wenkbrauwen fronsen | | <input type="checkbox"/> | Huilen, gemakkelijk in tranen uitbarsten | | <input type="checkbox"/> |
| Verschijnsel | Score (0, 1 of 2) | Onbekend | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Negatieve uitspraken, bijvoorbeeld uitspraken als: "het doet er allemaal niet meer toe; was ik maar dood; wat voor zin heeft het; het spijt me zo lang te hebben geleefd; laat me doodgaan" | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Voortdurend boos zijn op zichzelf of anderen, bijvoorbeeld: laat zich gemakkelijk ergeren, boos op verblijf in de voorziening of boos op de ontvangen zorg | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uitingen (ook non-verbaal) van angst die niet reëel lijken, bijvoorbeeld: bang om in de steek gelaten te worden; alleen te zijn; samen met anderen te zijn; intense angst voor specifieke voorwerpen of situaties | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aldoor klagen over gezondheid, bijvoorbeeld: om de dokter blijven vragen; obsessief bezorgd zijn over lichaamsfuncties | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Herhaald angstig klagen/bezorgd zijn, niet met gezondheid samenhangend, bijvoorbeeld: zoekt steeds aandacht of geruststelling over dagindeling, maaltijden, de was, kleren, omgang met anderen | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Droevige, pijnlijke gelaatsuitdrukking, bijvoorbeeld diepe rimpels; steeds wenkbrauwen fronsen | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Huilen, gemakkelijk in tranen uitbarsten | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|------------------------|---|
| Toelichting | – De vraag of de cliënt deze verschijnselen vertoont, kan door waarneming of observatie worden beantwoord. |
| Onderbouwing indicator | <p><u>Relevantie</u></p> <p>Als gevolg van depressieve gevoelens kunnen cliënten te maken krijgen met functionele achteruitgang, sociale isolatie en soms zelfs sterfte. Dit komt o.a. door minder (of niet) deelnemen aan activiteiten. Risicoverhogende factoren kunnen zijn: slechte lichamelijke toestand, pijn, geheugenverlies, slaapstoornissen, verlies van partner en eerdere depressies. Nieuwe cliënten van een instelling zijn ook vaker depressief, o.a. omdat ze geconfronteerd worden met verlies van autonomie en een veranderde leefomgeving, wat gepaard gaat met meer sociale isolatie. Depressieve gevoelens worden vaak ondergediagnostiseerd. Daarom is het belangrijk dat er systematisch wordt onderzocht of depressieve gevoelens zich voordoen.</p> <p><u>Kwaliteitsdocument</u></p> <p>Het Kwaliteitsdocument stelt als norm dat de zorgorganisatie verantwoordelijk is voor het signaleren van veranderingen in het geestelijk welbevinden van de cliënt. Zij moet aandacht hebben voor mogelijke oorzaken en zo nodig deskundigheid van anderen inschakelen.</p> <p><u>Uitleg berekeningen</u></p> <p>Een totaalscore van 3 of hoger geldt voor deze indicator als het voorkomen van depressieve symptomen.</p> <p><u>Percentage Onbekend</u></p> <p>Voor deze indicator wordt in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording ook het percentage cliënten berekend bij wie onbekend is of ze in de afgelopen drie dagen symptomen van depressie vertoonden. Dit is aan de orde als de totaalscore van de symptomen lager is dan 3 en waar bij één of meer vragen de optie 'onbekend' is ingevuld. In dit percentage tellen niet mee: de cliënten waarbij in de zorgovereenkomst of het zorgleefplan is vastgelegd dat ze niet systematisch onderzocht wensen te worden op depressieve symptomen t.b.v. het Kwaliteitsdocument VV&T.</p> |

4.5 Ervaringen met lichamelijke verzorging

| | |
|-----------------|---|
| Indicator | De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers een goede lichamelijke verzorging ervaren |
| CQ-index lijst | Thuiswonende cliënten |
| CQ-index vragen | <p>Thuiswonende cliënten</p> <p>20. Krijgt u uw verzorging op de manier zoals u dat wilt?</p> <p>21. Krijgt u uw persoonlijke verzorging op de momenten waarop u dat wilt? (bijvoorbeeld hulp bij douchen/wassen, aankleden, haren kammen, enz.)</p> <p>22. Kunt u de dingen doen die u belangrijk vindt?</p> <p>23. Kunt u zich met thuiszorg goed redden in het dagelijks leven?</p> |

Kwaliteit van de zorgverleners

Hieronder valt thema 2012:

'Kwantiteit van de zorgverleners'

'Kwaliteit van de zorgverleners'

5.1 Ervaren beschikbaarheid personeel

| | |
|----------------|--|
| Indicator | De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers een goede kwantiteit van de zorgverleners ervaren |
| CQ-index lijst | Bewoners Vertegenwoordigers |
| | Bewoners 7. Is er genoeg personeel in huis? |
| | Vertegenwoordigers van bewoners 16. Is er genoeg personeel in huis? |

5.2 Beschikbaarheid verpleegkundige

| | |
|------------------------|---|
| Indicator | De organisatorische eenheid kan aantonen dat voor de functie verblijf gecombineerd met verpleging en/of behandeling 7 x 24 uur een BIG-geregistreeerde verpleegkundige bereikbaar is die binnen tien minuten ter plaatse kan zijn |
| VV / ZT | Verpleeg- en Verzorgingshuiszorg |
| Correctie voor | Niet van toepassing |
| Registratievragen | <i>Kunt u aantonen dat voor de functie verblijf gecombineerd met verpleging en/of behandeling 7 x 24 uur een BIG-geregistreeerde verpleegkundige bereikbaar is, die binnen tien minuten ter plaatse kan zijn?</i> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Anders, wij bieden zorg aan cliënten met een lichte zorgzwaarte waar wel binnen tien minuten telefonisch contact wordt gelegd met een BIG-geregistreeerde verpleegkundige |
| Toelichting | <ul style="list-style-type: none"> – Het is de bedoeling dat de organisatorische eenheid dit kan aantonen vanuit een eigen registratie. – Met een BIG-geregistreeerde 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. |
| Onderbouwing indicator | <i>Kwaliteitsdocument</i> Het Kwaliteitsdocument stelt als norm: "De zorgorganisatie voorziet in voldoende en competente zorgverleners, is goed bereikbaar en heeft bij acute zorgvraag deskundige zorgverleners beschikbaar." Voor intramurale organisaties wordt specifiek aangegeven: "Voor cliënten met verpleging en/of behandeling heeft de zorgorganisatie zowel een arts als verpleegkundige oproepbaar en bereikbaar." Deze indicator is hiervan een uitwerking. |

5.3 Beschikbaarheid arts

| | |
|------------------------|---|
| Indicator | De organisatorische eenheid kan aantonen dat voor de functie verblijf gecombineerd met verpleging en/of behandeling 7 x 24 uur een arts bereikbaar en oproepbaar is; deze arts reageert binnen tien minuten en kan binnen 30 minuten ter plaatse zijn |
| VV / ZT | Verpleeg- en Verzorgingshuiszorg |
| Correctie voor | Niet van toepassing |
| Registratievragen | <i>Kunt u aantonen dat voor de functie 'verblijf gecombineerd met verpleging en/of behandeling' 7 x 24 uur een arts bereikbaar is die binnen 10 minuten reageert en binnen dertig minuten ter plaatse kan zijn?</i> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| Toelichting | <ul style="list-style-type: none"> - Het is de bedoeling dat de organisatorische eenheid dit kan aantonen vanuit een eigen registratie. - Met arts wordt hier bedoeld: <ul style="list-style-type: none"> - 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. |
| Onderbouwing indicator | <u>Kwaliteitsdocument</u> Het Kwaliteitsdocument stelt als norm: "De zorgorganisatie voorziet in voldoende en competente zorgverleners, is goed bereikbaar en heeft bij acute zorgvraag deskundige zorgverleners beschikbaar." Voor intramurale organisaties wordt aangegeven: "Voor cliënten met verpleging en/of behandeling heeft de zorgorganisatie zowel een arts als verpleegkundige oproepbaar en bereikbaar." Deze indicator is hiervan een uitwerking. |

5.4 Ervaren kwaliteit personeel

| | |
|----------------|--|
| Indicator | De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers een goede kwaliteit van de zorgverleners ervaren |
| CQ-index lijst | Bewoners Vertegenwoordigers Thuiswonende cliënten |
| | Bewoners 6. Werken de zorgverleners vakkundig? 8. Zijn uw zorgverleners goed op de hoogte van uw ziekte(n) of gezondheidsproblemen? 9. Houden de zorgverleners rekening met wat u zelf wel en niet kunt? 10. Nemen de zorgverleners uw gezondheidsklachten serieus? |
| | Vertegenwoordigers van bewoners 17. Kunnen de zorgverleners goed omgaan met de bewoners? 18. Nemen de zorgverleners de gezondheidsklachten van de bewoner serieus? 19. Werken de zorgverleners vakkundig? |

| | |
|--|---|
| | <p>Thuiswonende cliënten</p> <p>13. Zijn de zorgverleners goed op de hoogte van uw ziekte(n) of gezondheidsproblemen?</p> <p>14. Vertrouwt u de zorgverleners?</p> <p>15. Werken de zorgverleners vakkundig?</p> <p>16. Werken de zorgverleners goed samen met andere hulpverleners?</p> |
|--|---|

Kwaliteit van de zorgorganisatie

Hieronder valt thema 2012:

'Kwaliteit, effectiviteit, continuïteit bestuur & governance': nog geen meetinstrument beschikbaar

'Inspraak'

'Informatie'

6.1 Ervaren inspraak

| Indicator | De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goede inspraak ervaren |
|-----------------|--|
| CQ-index lijst | <p>Bewoners</p> <p>Vertegenwoordigers</p> <p>Thuiswonende cliënten</p> |
| CQ-index vragen | <p>Bewoners</p> <p>11. Kunt u meebeslissen over wat voor zorg of hulp u krijgt?</p> <p>12. Kunt u meebeslissen over wanneer u zorg of hulp krijgt?</p> <p>13. Komt het verpleeg-/verzorgingshuis de afspraken over uw verzorging en behandeling goed na?</p> <p>Vertegenwoordigers van bewoners</p> <p>6. Kunt u meebeslissen over wat voor zorg of hulp de bewoner krijgt?</p> <p>7. Komt de zorginstelling de afspraken over de verzorging en behandeling van de bewoner goed na?</p> <p>11. Staat de zorginstelling open voor uw wensen?</p> <p>Thuiswonende cliënten</p> <p>3. Kunt u meebeslissen over de inhoud van de thuiszorg die u krijgt?</p> <p>4. Kunt u meebeslissen over de tijdstippen en dagen waarop u thuiszorg krijgt?</p> <p>5. Kunt u meebeslissen over van wie u thuiszorg krijgt? (welke zorgverlener)</p> <p>6. Komt de zorginstelling de afspraken over de zorg goed na?</p> <p>8. Staat de zorginstelling voldoende open voor uw wensen?</p> |

6.2 Ervaren informatie

| | |
|-----------------|--|
| Indicator | De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers een goede informatie ervaren |
| CQ-index lijst | Bewoners Vertegenwoordigers Thuiswonende cliënten |
| CQ-index vragen | <p>Bewoners</p> <p>14. Geeft het huis u genoeg informatie over wat zij voor u kan doen? (over de mogelijkheden van het wonen, de zorg, de activiteiten, enz.)</p> <p>15. Geeft de zorginstelling u genoeg informatie over uw rechten? (bijv. dat u mag meebeslissen over de zorg en behandelingen, en dat u kunt klagen)</p> |
| | <p>Vertegenwoordigers van bewoners</p> <p>8. Weet u bij wie u terecht kunt met vragen en problemen?</p> <p>9. Kunt u de leidinggevende of uw contactpersoon telefonisch en/of per e-mail makkelijk bereiken?</p> <p>10. Als er iets met de bewoner aan de hand is, wordt u dan snel op de hoogte gesteld?</p> <p>12. Reageert de leiding of directie goed op uw vragen en suggesties?</p> |
| | <p>Thuiswonende cliënten</p> <p>7. Weet u bij wie u met uw vragen en problemen terecht kunt bij de zorginstelling?</p> <p>9. Vindt u dat de zorginstelling (de leidinggevende of de directie) goed reageert op uw vragen of suggesties?</p> <p>10. Hoort u het op tijd als een zorgverlener op een ander moment komt of uitvalt?</p> <p>11. Kunt u de zorginstelling overdag telefonisch goed bereiken? (van 9 tot 17 uur?)</p> <p>12. Weet u hoe en wanneer uw contactpersoon bij de zorginstelling telefonisch bereikbaar is?</p> |

6.3 PILOT: Aanbevelingsvraag

| | |
|----------------|---|
| Indicator | Zou u [Instellingsnaam] bij uw vrienden en familie aanbevelen? |
| CQ-index lijst | Bewoners Vertegenwoordigers Thuiswonende cliënten |

Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid

Hieronder valt thema 2012:
'Veiligheid'

7.1 Risicosignalering zorgproblemen

| Indicator | <p>a. Risicosignalering - uitvoering: Percentage cliënten bij wie uit het zorgleefplan blijkt dat een risicosignalering is gedaan op de zorgproblemen huidletsel, ondervoeding/overgewicht, vallen, problemen medicatiegebruik, depressie en incontinentie</p> <p>b. Risicosignalering - opvolging: Percentage cliënten bij wie uit het zorgleefplan blijkt dat een risicosignalering is gedaan op de betreffende zorgproblemen en bij wie naar aanleiding van verhoogd risico adequate opvolging heeft plaatsgevonden</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|--------------|---|--|--|--|--|--|----|-----|----|-----|----|-----|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| VV / ZT | Verpleeg- en Verzorgingshuiszorg Zorg Thuis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teller | <p>a. Het aantal cliënten bij wie uit het zorgleefplan blijkt dat in het afgelopen halfjaar een risicosignalering is gedaan op de zorgproblemen huidletsel, ondervoeding/overgewicht, vallen, problemen medicatiegebruik, depressie en incontinentie</p> <p>b. Het totaal aantal cliënten bij wie adequate opvolging heeft plaatsgevonden</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Noemer | <p>a. Het aantal cliënten bij wie in de meetperiode is gemeten</p> <p>b. Het totaal aantal cliënten bij wie er een verhoogd risico is geconstateerd</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Niet meten bij | Niet van toepassing | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Correctie voor | Niet van toepassing | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Registratievragen | <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Zorgprobleem</th> <th colspan="2">Blijkt uit het zorgleefplan dat in het afgelopen halfjaar een risicosignalering is gedaan op de volgende zorgproblemen?</th> <th colspan="2">Als er een risicosignalering is uitgevoerd op dit punt, was er bij de cliënt sprake van een verhoogd risico?</th> <th colspan="2">Als er sprake was van een verhoogd risico, blijkt uit het zorgleefplan dat er adequate opvolging heeft plaatsgevonden?</th> </tr> <tr> <th>ja</th> <th>nee</th> <th>ja</th> <th>nee</th> <th>ja</th> <th>Nee</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Huidletsel</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ondervoeding of overgewicht</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vallen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Problemen medicatiegebruik</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Depressie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Incontinentie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | Zorgprobleem | Blijkt uit het zorgleefplan dat in het afgelopen halfjaar een risicosignalering is gedaan op de volgende zorgproblemen? | | Als er een risicosignalering is uitgevoerd op dit punt, was er bij de cliënt sprake van een verhoogd risico? | | Als er sprake was van een verhoogd risico, blijkt uit het zorgleefplan dat er adequate opvolging heeft plaatsgevonden? | | ja | nee | ja | nee | ja | Nee | Huidletsel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ondervoeding of overgewicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vallen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemen medicatiegebruik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depressie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Incontinentie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zorgprobleem | Blijkt uit het zorgleefplan dat in het afgelopen halfjaar een risicosignalering is gedaan op de volgende zorgproblemen? | | Als er een risicosignalering is uitgevoerd op dit punt, was er bij de cliënt sprake van een verhoogd risico? | | Als er sprake was van een verhoogd risico, blijkt uit het zorgleefplan dat er adequate opvolging heeft plaatsgevonden? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ja | nee | ja | nee | ja | Nee | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Huidletsel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ondervoeding of overgewicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vallen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Problemen medicatiegebruik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Depressie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Incontinentie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Toelichting | <ul style="list-style-type: none"> - Het is de bedoeling dat de risicosignalering voor elk probleemgebied afzonderlijk is terug te vinden in het zorgleefplan van de cliënt. - Het staat de organisatorische eenheid vrij hoe zij deze signalering uitvoert, als deze maar op een structurele manier en op cliëntniveau plaatsvindt en wordt | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|------------------------|---|
| | <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 <i>hoe</i> zij de opvolging uitvoert, <i>als</i> deze maar plaatsvindt en wordt genoteerd in het zorgleefplan. |
| Onderbouwing indicator | <p><u>Kwaliteitsdocument</u></p> <p>Het Kwaliteitsdocument stelt als norm bij het thema 'Lichamelijk welbevinden en gezondheid' dat de cliënt mag rekenen op adequate gezondheidsbescherming en – bevordering. Dit houdt onder meer in dat gezondheidsrisico's tijdig worden herkend. Vroege herkenning van zorgproblemen zoals doorligwonden of incontinentie kan veel leed en verlies van kwaliteit van leven voor de cliënt voorkomen.</p> <p><u>Berekening Indicator</u></p> <p>Voor elk zorgprobleem worden een aparte percentages berekend. De percentages die de indicatoren laten zien zijn gemiddelden van de zes zorgprobleemgebieden.</p> |

7.2 Valincidenten

| Indicator | Percentage cliënten dat in de afgelopen dertig dagen te maken had met een valincident |
|-------------------|---|
| VV / ZT | <p>Verpleeg- en Verzorgingshuiszorg Zorg Thuis*</p> <p><i>* De indicator 'Valincidenten' wordt in de Zorg Thuis alleen voor interne verbetering gebruikt, niet voor publicatie</i></p> |
| Teller | Het aantal cliënten dat de afgelopen dertig dagen te maken had met een valincident |
| Noemer | Het aantal cliënten bij wie in de meetperiode is gemeten |
| Niet meten bij | Niet van toepassing |
| Correctie voor | <ul style="list-style-type: none"> – Leeftijd – CDS: Houding Mobiliteit, Gevaar ontwijken, Leercapaciteit, Contactuele vaardigheden |
| Registratievragen | <p><i>Had de cliënt de afgelopen dertig dagen te maken met een valincident?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Onbekend</p> |

| | |
|------------------------|---|
| Toelichting | <ul style="list-style-type: none"> - 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 <u>inclusief</u>: <ul style="list-style-type: none"> - 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. Dit moet zijn vastgelegd in het zorgleefplan. - Voor het beantwoorden van deze vraag gebruikt u de volgende bronnen: <ul style="list-style-type: none"> - Het cliëntendossier; - Het geheugen van de verzorgende én de cliënt (indien mogelijk); - De MIC (Melding Incidenten Cliënten)-registratie. |
| Onderbouwing indicator | <p><u>Relevantie</u></p> <p>Valpartijen zijn een belangrijk geriatrisch probleem. Ouderen in de verpleeg- en verzorgingshuiszorg vallen vaak, regelmatig met verrekkende gevolgen. Valpartijen bij ouderen leiden vaak tot ernstig letsel, zoals een heupfractuur. Bovendien gaan valincidenten ten koste van de kwaliteit van leven. Nog ernstiger wordt het, als meegenomen wordt dat de kans dat een oudere overlijdt na zo'n val relatief groot is. Vooral bij psychogeriatrische verpleeghuispatiënten is het valrisico groot. Een daling van het aantal valpartijen is noodzakelijk en ook mogelijk. Bij voldoende kennis en adequate diagnostiek kan het valprobleem vaak goed ontrafeld kan worden en is preventie mogelijk.</p> <p><u>Kwaliteitsdocument</u></p> <p>Het Kwaliteitsdocument stelt als norm dat de zorgorganisatie een preventiebeleid voert en bij besprekingen van het zorgleefplan nadrukkelijk op zorginhoudelijke veiligheidsaspecten let zoals valincidenten.</p> <p><u>Bronnen</u></p> <p>Het is belangrijk dat voor de beantwoording van deze vraag niet alleen gebruik wordt gemaakt van geregistreerde meldingen (bv. MIC) maar ook van het zorgleefplan en het geheugen van cliënt en/of zorgverlener, zodat zorgorganisaties die hun MIC-registratie op orde hebben, niet benadeeld worden t.o.v. organisaties die daar nog aan werken.</p> <p><u>Percentage Onbekend</u></p> <p>Voor deze indicator wordt in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording ook het percentage cliënten berekend bij wie onbekend is of ze in de afgelopen dertig dagen te maken had met een valincident.</p> |

7.3 Medicijnincidenten

| Indicator | Percentage cliënten dat in de afgelopen dertig dagen te maken had met een medicijnincident |
|-------------------|---|
| VV /ZT | Verpleeg- en Verzorgingshuiszorg |
| Teller | Het aantal cliënten dat de afgelopen dertig dagen te maken had met een medicijnincident |
| Noemer | Het aantal cliënten bij wie in de meetperiode is gemeten en voor wie de zorgorganisatie (een deel van) het beheer van de medicatie verzorgt |
| Niet meten bij | Niet van toepassing |
| Correctie voor | Niet van toepassing |
| Registratievragen | <p><i>Verzorgt de zorgorganisatie (een deel van) het beheer van de medicatie van de cliënt?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><i>Indien ja, had de cliënt de afgelopen dertig dagen te maken met een medicijnincident?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicijn niet gegeven - Verkeerde dosering gegeven - Medicijn op verkeerd tijdstip gegeven - Verkeerd medicijn gegeven - Verkeerde toedieningwijze <p><input type="checkbox"/> Nee, geen van bovenstaande medicijnincidenten <input type="checkbox"/> Onbekend</p> |
| Toelichting | <ul style="list-style-type: none"> - 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 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: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Het cliëntendossier; <input type="checkbox"/> Het geheugen van de verzorgende én de cliënt (indien mogelijk); <input type="checkbox"/> De MIC (Melding Incidenten Cliënten)-registratie. |

| | |
|------------------------|--|
| Onderbouwing indicator | <p><u><i>Kwaliteitsdocument</i></u></p> <p>Het Kwaliteitsdocument stelt als norm dat een cliënt mag rekenen op adequate gezondheidsbescherming en -bevordering waarbij steeds goed wordt ingespeeld op veranderingen in het lichamelijk welzijn en de gezondheid. Het adequaat voorschrijven van medicatie hoort daarbij. Bij medicijngebruik is een zorgvuldig gekozen evenwicht tussen goed vaktechnisch handelen (bv. geen fouten maken) en de wensen en voorkeuren van de cliënt/vertegenwoordiger (bv. liever onrust of pijn dan sufheid) van belang.</p> <p><u><i>Bronnen</i></u></p> <p>Het is belangrijk dat voor de beantwoording van deze vraag niet alleen gebruik wordt gemaakt van geregistreerde meldingen (bv. MIC) maar ook van het zorgleefplan en het geheugen van cliënt en zorgverlener, zodat zorgorganisaties die hun MIC-registratie op orde hebben, niet benadeeld worden t.o.v. organisaties die daar nog aan werken.</p> <p><u><i>Percentage Onbekend</i></u></p> <p>Voor deze indicator wordt in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording ook het percentage cliënten berekend bij wie onbekend is of ze in de afgelopen dertig dagen te maken had met een medicijnincident en voor wie de zorgorganisatie wel (een deel van) het beheer van de medicatie verzorgt.</p> |
|------------------------|--|

7.4 Probleemgedrag

| | |
|-------------------|---|
| Indicator | Percentage cliënten dat één of meer symptomen van probleemgedrag vertoonde |
| VV / ZT | Verpleeg- en Verzorgingshuiszorg |
| Teller | Het aantal cliënten dat in de laatste zeven dagen één of meer van de genoemde symptomen van probleemgedrag vertoonde |
| Noemer | Het aantal cliënten bij wie in de meetperiode is gemeten |
| Niet meten bij | Niet van toepassing |
| Correctie voor | <ul style="list-style-type: none"> - Leeftijd - CDS: Houding, Mobiliteit, Gevaar ontwijken, Leercapaciteit, Contactuele vaardigheden |
| Registratievragen | <p><i>Is in de zorgovereenkomst of het zorgleefplan vastgelegd dat de cliënt <u>niet</u> systematisch op probleemgedrag onderzocht wil worden t.b.v. het Kwaliteitsdocument VV&T?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja dit is vastgelegd: de cliënt wil hierop <u>niet</u> onderzocht worden t.b.v. het kwaliteitsdocument VV&T</p> <p><input type="checkbox"/> Nee, dit is niet vastgelegd</p> <p><i>Vertoonde de cliënt in de afgelopen zeven dagen deze gedragssymptomen?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, en wel de volgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbaal probleemgedrag, omschrijving: cliënt bedreigt, schreeuwt naar of vloekt op anderen - Fysiek probleemgedrag, omschrijving: cliënt slaat, duwt, krabt of intimideert (seksueel) anderen - Sociaal onacceptabel of storend gedrag, omschrijving: cliënt maakt storende geluiden, is luidruchtig, schreeuwt, mishandelt zichzelf, vertoont seksueel of |

| | |
|------------------------|---|
| | <p>exhibitionistisch gedrag, smeert of gooit met voedsel of feces, hamstert of snuffelt door andermans eigendommen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Weigeren van zorg, omschrijving: cliënt weigert het innemen van medicijnen of injecties en hulp bij dagelijkse activiteiten of eten <p><input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend</p> |
| Toelichting | <p>- De vraag of de cliënt deze verschijnselen vertoont, kan door waarneming of observatie worden beantwoord.</p> |
| Onderbouwing indicator | <p><u>Relevantie</u> Agressief gedrag van cliënten bedreigt de veiligheid en het welbevinden van het personeel en andere cliënten. De definitie van agressief gedrag is niet eenduidig in de literatuur. In dit geval gaat het om elk bedreigend verbaal of fysiek gedrag gericht tegen anderen. Dit kan bestaan uit schreeuwen, vloeken, vernielen van eigendommen, bedreigen en vechten. Mogelijke gevolgen zijn verwondingen en psychische problemen, zoals verdere afzondering bij o.a. de ziekte van Alzheimer.</p> <p><u>Kwaliteitsdocument</u> Het Kwaliteitsdocument stelt als norm dat de zorginstelling verantwoordelijk is voor het signaleren van veranderingen in het mentaal welbevinden van de cliënt, aandacht heeft voor mogelijke oorzaken en zo nodig deskundigheid inschakelt of hiernaar doorverwijst. Het is nodig dat zorgverleners actief betrokken zijn bij het leven van cliënten in hun eigen sociale setting om zo sensitief te zijn voor de veranderingen in het gedrag van de cliënt.</p> <p><u>Uitleg berekeningen</u> Als een cliënt één van de gedragssymptomen onder antwoord 'ja' vertoont, geldt dit voor de indicator als probleemgedrag.</p> <p><u>Percentage Onbekend</u> Voor deze indicator wordt in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording ook het percentage cliënten berekend bij wie onbekend is of zij de gedragssymptomen vertoonden. In dit percentage tellen niet mee: de cliënten waarbij in de zorgovereenkomst of het zorgleefplan is vastgelegd dat ze niet systematisch onderzocht wensen te worden op probleemgedrag t.b.v. het Kwaliteitsdocument VV&T.</p> |

7.5 Ervaren veiligheid

| Indicator | De mate waarin cliënten veiligheid ervaren |
|-----------------|--|
| CQ-index lijst | Bewoners |
| CQ-index vragen | <p>Bewoners</p> <p>22. Voelt u zich veilig in huis?</p> |