

Leeswijzer

Onderdeel van het Controledocument

Verantwoorde Zorg VV&T

Uitgave : Beheerorganisatie Technische database VV&T en Stuurgroep  
Kwaliteitskader Verantwoorde zorg  
Versie : 1.2  
Datum : 19 juni 2008  
Document :

---

## Inhoudsopgave

Inhoudsopgave .....	2
1 Wat kunt u van deze leeswijzer verwachten .....	3
1.1 Doel van de leeswijzer .....	3
1.2 Inhoud van de leeswijzer .....	4
1.3 Interpretatie van de uitkomsten .....	4
1.4 Vragen en opmerkingen .....	5
2 Leeswijzer bij deel A van het Controledocument, de samenvatting .....	6
2.1 De overzichtstabel in de samenvatting .....	6
2.2 De sterrenaanduiding .....	7
2.2.1 Sterrenaanduiding zorginhoudelijke indicatoren .....	8
2.2.2 Sterrenaanduiding cliëntgebonden indicatoren .....	11
2.3 Waarom een vergelijking met andere organisaties? .....	12
3 Leeswijzer bij deel B1 van het Controledocument, de zorginhoudelijke indicatoren 13	
3.1 De inhoud van deel B1 .....	13
3.2 Rekening houden met de cliëntgroep: de casemixcorrectie .....	14
3.3 Prestatie-index en toekenning van sterren .....	15
4 Leeswijzer bij deel C1 van het Controledocument, de cliëntgebonden indicatoren 17	
4.1 De inhoud van deel C1 .....	17
4.2 De scoreberekening .....	18
4.3 Rekening houden met de cliëntgroep: de casemixcorrectie .....	18
5 Leeswijzer bij de rapportageformulieren .....	21
6 Bijlage: Cliëntgebonden indicatoren na schaalanalyses .....	22

---

## 1 Wat kunt u van deze leeswijzer verwachten

### 1.1 Doel van de leeswijzer

Deze leeswijzer hoort bij het 'Controledocument Verantwoorde zorg'. In het Controledocument zijn de uitkomsten van uw metingen op basis van het instrumentarium uit 'Verantwoorde zorg' opgenomen. Voor elke organisatorische eenheid is een afzonderlijk Controledocument opgesteld. U ontvangt het Controledocument in de eerste plaats om u de gelegenheid te geven de cijfers te 'toetsen'. Daarmee bedoelen we niet 'narekenen', maar nagaan of u de cijfers plausibel vindt voor de betreffende organisatorische eenheid. Dus of u de cijfers herkent en kunt herleiden tot uw eigen meetgegevens. Maar tegelijkertijd kunt u in het document zien hoe uw (meet)gegevens zijn bewerkt en tot welke uitkomsten dat heeft geleid. Op die manier bent u in de gelegenheid de uitkomsten te interpreteren en er alvast mee aan de slag te gaan.

De uitkomsten zijn met grote zorgvuldigheid berekend, na een gedegen proces van schoning en validering. Zo is er steeds uitgegaan van het vierogenprincipe, dat wil zeggen dat bewerkingen steeds door twee onafhankelijk van elkaar werkende onderzoekers zijn uitgevoerd, waarna de resultaten met elkaar zijn vergeleken en omissies zijn hersteld. De bij de bewerking gehanteerde uitgangspunten en rekenregels zijn opgesteld na overleg met zowel methodologisch als inhoudelijk deskundigen.

Mocht u desondanks fouten in de cijfers ontdekken of twijfelen aan de juistheid, stuurt u dan zo snel mogelijk een mailbericht naar [verantwoordezorg@prismant.nl](mailto:verantwoordezorg@prismant.nl). Of bel naar 030 - 2345 800.

Het Controledocument is niet hetzelfde als de interne rapportage die u binnenkort ontvangt. De opbouw van de documenten is vergelijkbaar en de cijfers zijn identiek, maar in de interne rapportage wordt onder meer een verdere uitsplitsing van de gegevens gemaakt. De interne rapportage heeft dan ook tot doel u spiegelinformatie te bieden, op basis waarvan u uw interne kwaliteit goed in beeld kunt krijgen.

De leeswijzer heeft als doel om de termen en de cijfers in het Controledocument toe te lichten. Omdat het Controledocument alleen wordt toegezonden aan organisaties die al hebben deelgenomen aan de metingen, gaan wij ervan uit dat de lezers bekend zijn met de inhoud van de indicatoren en met de manier waarop ze gemeten zijn. Als u meer wilt weten over de indicatoren en de meetmethododes, bezoekt u de website [www.zorgvoorbeter.nl](http://www.zorgvoorbeter.nl). De leeswijzer is bestemd voor zorgmedewerkers, kwaliteitsfunctionarissen en managers.

## 1.2 Inhoud van de leeswijzer

De leeswijzer hanteert de volgorde van de terugkoppeling in het Controledocument, dus:

- Deel A: Samenvatting uitkomsten;
- Deel B1: Resultaten zorginhoudelijke meting (ZI), ook wel zorginhoudelijke indicatoren genoemd;
- Deel C1: Resultaten meting cliëntervaring (CQ), ook wel cliëntgebonden indicatoren genoemd;
- De rapportageformulieren A, B en C, een rechtstreekse weergave (tellingen) van de ingevulde antwoorden per vraag;

In het Controledocument wordt voor zorginhoudelijke én voor cliëntgebonden indicatoren een onderscheid gemaakt tussen cliënten zorg thuis (ZT) en cliënten verpleging en verzorging (VV), dat zijn cliënten die in een zorginstelling verblijven. Het onderscheid is gemaakt omdat voor de cliënten die zorg thuis ontvangen andere of minder indicatoren gelden dan voor de cliënten verpleging en verzorging.

Voor de cliëntgebonden indicatoren wordt de groep cliënten verpleging en verzorging nog verder onderverdeeld in somatische cliënten en vertegenwoordigers van psychogeriatrische cliënten. Dat is gedaan omdat aan cliënten zelf deels andere vragen zijn gesteld dan aan de vertegenwoordigers, en omdat de meetmethode verschilt: cliënten zijn geïnterviewd, vertegenwoordigers zijn schriftelijk geraadpleegd. Bovendien kunnen de scores die cliënten zelf geven en de scores die vertegenwoordigers geven niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld. Cliënten kijken nu eenmaal met andere ogen naar de zorg dan vertegenwoordigers.

## 1.3 Interpretatie van de uitkomsten

De uitkomsten op de indicatoren zijn de eindresultaten van de metingen en de scorebewerkingen. Maar ze zijn het begin van een veel belangrijker traject: het *gebruik* van de uitkomsten. Dat wil zeggen: gebruik door de zorgorganisatie voor het doorvoeren van verbeteringen of het afleggen van verantwoording, door cliënten of familieleden voor de keuze van een zorgorganisatie, of door de Inspectie voor de Gezondheidszorg voor het uitvoeren van de controletaak. En voor alle partijen is van groot belang hoe de uitkomsten moeten worden geïnterpreteerd.

Vooraf enkele algemene adviezen.

In de eerste plaats: houd in gedachten dat de uitkomsten alleen de resultaten weergeven en niet de verklaring daarvoor. Er is weliswaar rekening gehouden met de kenmerken van de cliëntgroepen als verklaring voor verschillen (zie verderop in de leeswijzer), maar zelfs dan kan er een bijzondere reden zijn voor een score. Daarom is het altijd van belang om een nadere toelichting te zoeken en niet te snel een oordeel te vellen.

In de tweede plaats: hoewel een minder gunstige score voor de zorgorganisatie al snel een reden zal zijn voor nader onderzoek of voor verbetermaatregelen, is het omgekeerde niet het geval. Een gunstiger score betekent niet dat er niets meer te verbeteren valt. Welke scores u prioriteit geeft bij het doorvoeren van verbetermaatregelen, hangt niet alleen van de score zelf af. Het belang dat u of uw stakeholders aan het onderwerp hechten speelt bijvoorbeeld evengoed een rol. Of de kans op snelle verbeterresultaten, of de aansluiting bij al lopende verbetermaatregelen.

En tot slot: bedenk dat de indicatoren niet los van elkaar staan. Zo kan een minder gunstige score op de indicator 'valincidenten' samengaan met een gunstige score op de indicator 'fixatie': als cliënten niet worden gefixeerd, is de kans dat zij vallen, groter. Beoordeel dus nooit een indicator geïsoleerd. Op dezelfde manier kunnen zorginhoudelijke indicatoren niet los worden gezien van cliëntgebonden indicatoren. Ook als een organisatorische eenheid laag scoort op bijvoorbeeld de zorginhoudelijke indicatoren voor veiligheid, kunnen de cliënten over de 'ervaren veiligheid' heel positief oordelen. Zij letten nu eenmaal op andere aspecten.

#### 1.4 Vragen en opmerkingen

Hebt u na lezing van het Controledocument vragen waarop deze leeswijzer geen antwoord geeft, of wilt u een reactie geven? Stuur dan een e-mail naar [verantwoordezorg@prismant.nl](mailto:verantwoordezorg@prismant.nl)

De helpdesk die u via deze e-mail bereikt, beantwoordt uw vragen of schakelt andere partijen zoals ActiZ, het bureau Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit of de Inspectie voor de Gezondheidszorg bij de beantwoording in.

Hebt u vragen over uw gegevens in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV), u kunt terecht bij de helpdesk van het Jaardocument. Deze helpdesk bereikt u via e-mail: [jaardocumentmv@minvws.nl](mailto:jaardocumentmv@minvws.nl). U kunt ook bellen: 070-3406900

Deze helpdesk beantwoordt uw vragen over DIGIMV en over 'hoe' uw gegevens in het JMV automatisch worden geladen. Ook voor vragen over het geven van toestemming voor publicatie en opstellen van een toelichting bij uw gegevens, kunt u bij de helpdesk van het JMV terecht.

Wij zijn zeer benieuwd naar uw reacties, omdat die ons helpen om in het komende jaar verdere verbeteringen te kunnen doorvoeren.

Antwoorden op veelgestelde vragen kunt u ook vinden op [www.zorgvoorbeter.nl](http://www.zorgvoorbeter.nl)

Het Controledocument is niet openbaar. Het bevat dus ook de niet-bewerkte gegevens, die in de openbare documenten zullen ontbreken. Zo vindt u in het Controledocument de ruwe (niet-bewerkte) percentages zoals het gemeten percentage cliënten met decubitus, maar dit cijfer wordt niet openbaar gemaakt. In het openbare domein (Jaardocument, [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl)) worden alleen uw gecorrigeerde, relatieve prestaties weergegeven (de sterren, zie verderop in deze leeswijzer).

## 2 Leeswijzer bij deel A van het Controledocument, de samenvatting

### 2.1 De overzichtstabel in de samenvatting

In deel A van het Controledocument ziet u een overzicht van de uitkomsten voor uw organisatie. Het overzicht omvat zowel de zorginhoudelijke indicatoren als de cliëntgebonden indicatoren, dat zijn de indicatoren afkomstig uit de meting van de CQ-index. Zo ziet u in één oogopslag uw prestaties.

Fictief voorbeeld van een gedeelte van de tabel:

Thema/indicator	ZORG THUIS	VERPLEGING & VERZORGING	
	Zorg thuis cliënten (ZT)	somatische cliënten (VV)	vertegenwoordigers psychogeriatrische cliënten (PG)
<b>1. ZORG(BEHANDEL-)/LEEFPLAN</b>			
1.1	Ervaringen zorg(behandel-)/leefplan		★★★★☆
1.2	Ervaren inspraak en overleg		★★★★☆
<b>4. ZORGINHOUDELIJKE VEILIGHEID</b>			
		<b>N=</b>	<b>N=</b>
4.1	Decubitus (doorligwonden)		★★★★☆ 158

U leest de tabel als volgt:

- In de meest linker kolom staat het nummer van het thema en van de bijbehorende indicatoren. Het thema staat in de donkergroene regels, de zorginhoudelijke indicatoren in de grijze en de cliëntgebonden indicatoren in de lichtgroene regels.
- In de volgende kolom staat de naam van het thema of de indicator.
- In de kolom daarnaast staan de uitkomsten (toegekende sterren) die betrekking hebben op de cliënten zorg thuis. Als uw organisatorische eenheid geen zorg levert aan cliënten thuis (zoals in het fictieve voorbeeld), is deze kolom leeg. Bij de zorginhoudelijke indicatoren, de grijze regels dus, staat naast de uitkomsten een cel waarin de N wordt benoemd. De N geeft het aantal cliënten weer waarop de indicator gebaseerd is. Dat kunnen er minder zijn dan het aantal dat u hebt opgegeven, omdat niet alle cliënten konden worden meegenomen in de berekeningen. Het gaat dus om de 'nettopopulatie' waarop de uitkomst is berekend. Deze N komt tot stand door van het aantal cliënten in de organisatorische eenheid het aantal cliënten af te trekken dat niet is meegenomen in de berekening. Ook wel genoemd: het aantal uitgesloten cliënten.  
 Bij de cliëntgebonden indicatoren kan het gaan om bijvoorbeeld cliënten die de vragenlijst niet hebben geretourneerd of somatische cliënten die niet zelf de vragen hebben beantwoord.  
 Ook kunnen cliënten zijn uitgesloten omdat de vraag waarmee de indicator wordt berekend niet is ingevuld (bijv. decubitus graad niet aangegeven), omdat ze niet vallen onder de cliëntgroep waarvoor de indicator is gedefinieerd (bijv.

cliënten met kanker of terminale cliënten worden niet meegenomen bij de indicator voedingstoestand) of omdat andere variabelen die voor de casemix-correctie (d.w.z. correctie voor verschillen in cliëntpopulatie waarop de zorgorganisatie geen invloed heeft zodat indicatoren vergelijkbaar worden) worden gebruikt, niet of onvoldoende zijn ingevuld (bijv. leeftijd of gegevens uit de Care Dependency Scale).

Dit kan soms leiden tot verschillen en kan je zien dat de N niet voor iedere indicator even groot is.

Voor alle indicatoren geldt dat de volgende cliënten van de berekening zijn uitgesloten:

- in de groep cliënten zorg thuis als het gaat om kinderen en jeugdigen beneden de 18 jaar, om cliënten die minder dan 30 dagen in zorg zijn en om cliënten die enkelvoudige huishoudelijke hulp of enkelvoudige ondersteunende dan wel activerende begeleiding ontvangen. Voor cliënten die kort in zorg zijn, kan nog niet goed een oordeel worden gegeven en voor kinderen en cliënten met enkelvoudige hulp is de vragenlijst minder geschikt.
  - in de groep verpleging en verzorging als het gaat om cliënten die minder dan 30 dagen in de organisatie verblijven of om cliënten in de kortdurende zorg, revalidatie, dagbehandeling of dagopvang. Ook hier geldt: voor cliënten die kort in zorg zijn, kan nog niet goed een oordeel worden gegeven en voor de genoemde cliëntgroepen is de vragenlijst minder geschikt.
4. In de kolom 'somatische cliënten' staan de uitkomsten van de CQ-meting voor deze cliënten. Het gaat om de intramurale cliënten. Als uw organisatorische eenheid geen zorg levert aan intramurale somatische cliënten, is de kolom leeg.
  5. In de kolom 'vertegenwoordigers psychogeriatrische cliënten' staan de uitkomsten van de CQ-meting voor deze cliëntgroep. Als uw organisatorische eenheid geen intramurale zorg levert aan psychogeriatrische cliënten, is deze kolom leeg.
  6. Voor de zorginhoudelijke indicatoren (de grijze regels), waar binnen de groep intramurale cliënten verpleging en verzorging geen onderscheid in somatische en psychogeriatrische cliënten wordt gemaakt, worden de uitkomsten in één cel weergegeven (in het fictieve voorbeeld de zesde kolom). Naast de uitkomsten staat weer het aantal cliënten genoemd.

De uitkomsten zijn weergegeven in de vorm van sterrensymbolen. Er staan vijf sterren, waarvan er één tot vijf zijn gevuld. Hoe meer sterren gevuld, hoe beter de prestatie.

## 2.2 De sterrenaanduiding

De betekenis van het aantal sterren staat in het Controledocument Deel A al kort aangegeven, maar hoe worden nu uw resultaten omgerekend in aantallen sterren? Daarover gaan de volgende paragrafen, maar voorafgaand daaraan eerst de overzichtstabel.

Symbol	Betekenis bij zorginhoudelijke indicatoren: sterren op basis van prestatie-index	Betekenis bij cliëntgebonden indicatoren: sterren op basis van significante afwijking van het gemiddelde
★☆☆☆☆	0 – 10 % (10% minst goed presterende organisaties)	Het betrouwbaarheidsinterval valt geheel onder de gemiddelde ondergrens van alle betrouwbaarheidsintervallen
★★☆☆☆	10 – 30 % (volgende 20% in de ranglijst)	Het betrouwbaarheidsinterval valt geheel onder het gemiddelde van alle zorgorganisaties, maar niet geheel onder de gemiddelde ondergrens over alle betrouwbaarheidsintervallen
★★★☆☆	30 – 70 % (volgende 40% in de ranglijst)	Het betrouwbaarheidsinterval overlapt het gemiddelde van alle zorgorganisaties
★★★★☆	70 – 90% (volgende 20% in de ranglijst)	Het betrouwbaarheidsinterval valt geheel boven het gemiddelde van alle zorgorganisaties maar niet geheel boven de gemiddelde bovengrens van alle betrouwbaarheidsintervallen
★★★★★	90 – 100 % (10% best presterende organisaties)	Het betrouwbaarheidsinterval valt geheel boven de gemiddelde bovengrens van alle betrouwbaarheidsintervallen
N	Het aantal cliënten waarop de indicator is gebaseerd (netto populatie)	Het aantal cliënten waarop de indicator is gebaseerd (netto populatie)

U ziet in de tabel dat de basis van de toekenning van sterren voor de zorginhoudelijke indicatoren een andere is dan voor de cliëntgebonden indicatoren. Dat komt omdat de indicatoren een verschillende ontstaansgeschiedenis hebben. Maar er zijn ook grote overeenkomsten. In beide gevallen zijn de scores vertaald in sterren die aangeven hoe de organisatie heeft gepresteerd in vergelijking met andere organisaties. En in beide gevallen is bij de omrekening van de ruwe (niet-bewerkte) scores naar deze sterrenaanduiding rekening gehouden met de specifieke cliëntgroep van de zorgorganisaties. De ruwe scores zijn namelijk gecorrigeerd voor verschillen waar organisaties zelf geen invloed op hebben. Daarmee worden prestaties vergelijkbaar gemaakt. Als in uw organisatorische eenheid bijvoorbeeld 5% van uw cliënten met decubitus graad 2 of hoger te maken heeft, is dat in een eenheid met uitsluitend bedlegerige cliënten een heel andere prestatie dan in een eenheid met mobiele cliënten. Zou daarmee geen rekening worden gehouden, dan zouden organisaties met zware cliënten in het nadeel zijn, en dat is in een vergelijkend overzicht niet gewenst. In het volgende hoofdstuk gaan we nader in op de manier waarop deze correcties zijn doorgevoerd.

Hierna worden voor de zorginhoudelijke en de cliëntgebonden indicatoren de omrekening van de scores naar de sterrenaanduiding toegelicht.

### 2.2.1 Sterrenaanduiding zorginhoudelijke indicatoren

De sterrenaanduiding voor de zorginhoudelijke indicatoren is gebaseerd op de zogenoemde prestatie-index. Dat is de ruwe score van uw organisatorische eenheid gedeeld door de verwachte score van de eenheid.

- De ruwe score is het percentage cliënten voor wie de indicator geldt, bijvoorbeeld het percentage cliënten met decubitus. Het gaat om het daadwerkelijke percentage zoals u dat heeft gerapporteerd. Bij de zorginhoudelijke indicatoren geldt dat ook cliënten zijn uitgesloten, omdat de casemix variabelen niet of onvoldoende zijn ingevuld. Dit kan soms leiden tot verschillen en kan je zien dat de N niet voor iedere indicator even groot is. (zie voor meer uitleg paragraaf 3.3)
- De verwachte score is de score die gelet op de kenmerken van uw cliëntgroep verwacht mocht worden, dat wil zeggen de gemiddelde score van de zorgorganisaties<sup>1</sup> met een vergelijkbare cliëntgroep.

De prestatie-index is dus een deelsom. Als uw ruwe score gelijk is aan het gemiddelde, is de uitkomst van de deelsom een 1 en is dus ook uw prestatie-index een 1. Is uw score lager dan het gemiddelde, dan is de uitkomst kleiner dan 1 en ligt dus uw index tussen de 0,0 en 0,9. En is uw score hoger dan het gemiddelde, dan ligt uw index boven de 1.

Deze prestatie-index wordt gebruikt als basis voor de berekening van het aantal sterren. Voor die berekening worden alle prestatie-indexen van alle instellingen op een rij gezet.

Scoort de instelling bij de 10% minst goede scores dan krijgt zij 1 ster.

Scoort de instelling binnen de volgende 20% van de instellingen dan krijgt men 2 sterren.

Scoort de instelling bij de daarop volgende 40% dan krijgt men 3 sterren,

Scoort de instelling bij de daarop volgende 20% dan krijgt men 4 sterren en de bovenste (beste) 10% van de instellingen krijgt 5 sterren.

Een lage prestatie-index (<1) betekent, in de meeste gevallen, dat de instelling het beter doet dan verwacht mag worden op grond van de kenmerken van de instellingspopulatie (uitzonderingen: vaccinatiegraad en diagnose incontinentie).

Dit hoeft, gezien het bovenstaande, echter niet altijd te betekenen dat bij een lage prestatie-index meer dan 3 sterren worden toegekend. Voorbeeld: als 80% van de instellingen een prestatie-index van kleiner dan 0,8 heeft, dan krijgt u met een prestatie-index van 0,9 toch maar 1 of 2 sterren.

In het hoofdstuk 3 gaan we in op de onderliggende berekeningen.

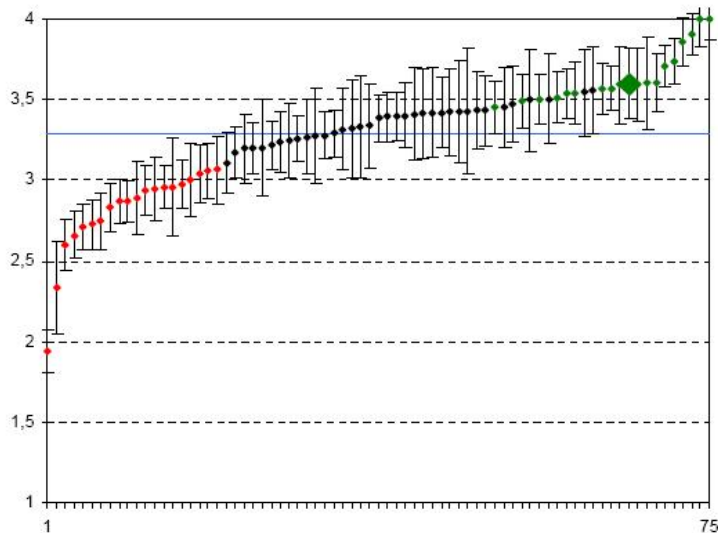
---

<sup>1</sup> De organisaties die dit meetjaar hebben deelgenomen.



### 2.2.2 Sterrenaanduiding cliëntgebonden indicatoren

Voor de cliëntgebonden indicatoren is een andere methode ontwikkeld. Om die te kunnen volgen, zijn twee begrippen van belang, te weten het gemiddelde en het betrouwbaarheidsinterval. We leggen de berekening uit aan de hand van een figuur met fictieve data.

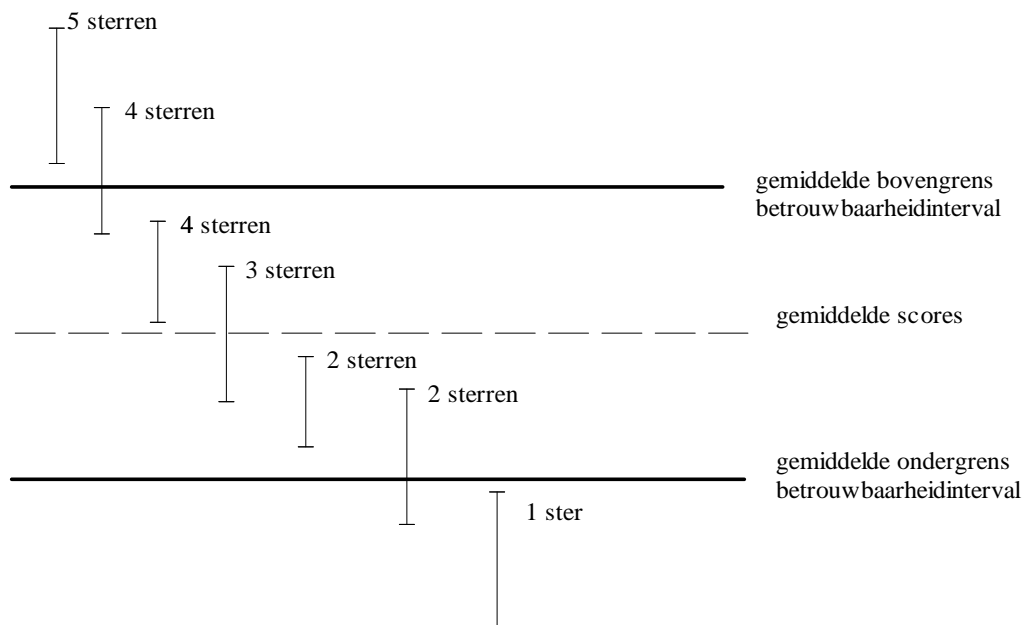


Op de x-as in de figuur staan zorgorganisaties, op de y-as de score op een bepaalde indicator. De punten geven de score per zorgorganisatie aan. De scores zijn geordend naar hoogte: de laagste score links en de hoogste rechts. De horizontale blauwe lijn is de gemiddelde score.

U ziet dat er vanuit elke punt een streepje naar boven en naar beneden loopt, afgesloten met een dwarsstreepje. Dit zijn de zogenoemde betrouwbaarheidsintervallen. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de betrouwbaarheid van de uitkomst. Bijvoorbeeld: uw gemiddelde score is een 3 en het 95% betrouwbaarheidsinterval ligt tussen de 2,2 en 3,8. Dit wil zeggen dat we met 95% zekerheid kunnen zeggen dat uw gemiddelde score ligt tussen 2,2 en 3,8. Hoe kleiner dit interval, des te betrouwbaarder het resultaat.

Net als bij de scores is gedaan, is ook een gemiddelde berekend van de bovengrens en de benedengrens van de betrouwbaarheidsintervallen.

De sterren worden bij de cliëntgebonden indicatoren berekend naar de positie van de score inclusief betrouwbaarheidsinterval. Als de score inclusief interval boven de gemiddelde bovengrens van de intervallen ligt, krijgt de organisatie vijf sterren. Als de score inclusief interval wel boven het gemiddelde ligt maar niet boven de bovengrens van de intervallen, krijgt de organisatie vier sterren, enzovoorts. (Zie figuur hierna)



### 2.3 Waarom een vergelijking met andere organisaties?

De term 'normen Verantwoorde zorg' doet vermoeden dat er absolute normen zijn gesteld, die aangeven wanneer een prestatie goed is en wanneer niet. In uw Controledocument worden echter uw prestaties alleen vergeleken met die van andere organisaties en niet met absolute normen. Het gaat dus om relatieve prestaties en daarom wordt in de sterrenaanduiding uitgegaan van bovengemiddelde, gemiddelde en benedengemiddelde prestaties. Bedenk dat de vergelijking steeds wordt gemaakt tussen zorgorganisaties die in dit meetjaar hebben deelgenomen.

Dat de prestaties niet worden afgemeten aan absolute normen, komt omdat deze niet bestaan. In het Kwaliteitskader op [www.zorgvoorbeter.nl](http://www.zorgvoorbeter.nl) kunt u daar meer over lezen.

In dit verband wijzen we op de pilot die is uitgevoerd voor de CQ-meting. De uitkomsten van de pilot zijn namelijk niet zonder meer vergelijkbaar met die van de definitieve meting. Er zijn veranderingen aangebracht in de vragen, en bovendien is er uitgegaan van een indeling in drie categorieën sterren in plaats van vijf.

### 3 Leeswijzer bij deel B1 van het Controledocument, de zorginhoudelijke indicatoren

In deel B1 van het Controledocument vindt u een overzicht van uw prestaties op de zorginhoudelijke indicatoren. U kunt de cijfers desgewenst vergelijken met uw registratieformulieren. Een vergelijking met de terugkoppeling van uwresultaten vanuit LPZ, Xsarus, RAI of ECD is pas vanaf volgend meetjaar mogelijk.

#### 3.1 De inhoud van deel B1

Er zijn afzonderlijke rapportages voor cliënten zorg thuis en voor cliënten verpleging en verzorging. Als uw organisatorische eenheid geen zorg levert aan een van de twee groepen, blijft de betreffende rapportage leeg.

We beschrijven de inhoud aan de hand van een fictief voorbeeld van één indicator.

4.1 Decubitus					
Percentage cliënten met decubitus graad 2 t/m 4 die in de organisatorische eenheid (V&V) tijdens de zorgperiode thuis (ZT) is ontstaan					
Ruw percentage	Verwachte percentage	Prestatie index	Sterren	Percentage onbekend	N =
8,9	4,5	2,0	★★☆☆☆	0,0	112

De rapportage volgt steeds hetzelfde patroon. Eerst ziet u het nummer en de naam van de indicator, met daaronder de omschrijving. Vervolgens ziet u een kleine tabel met zes kolommen:

1. De eerste kolom toont het percentage dat in de organisatorische eenheid werkelijk gemeten is. Bij de zorginhoudelijke indicatoren geldt dat ook cliënten zijn uitgesloten, omdat de casemix variabelen niet of onvoldoende zijn ingevuld. Dit kan soms leiden tot verschillen en kan je zien dat de N niet voor iedere indicator even groot is. (zie ook paragraaf 3.3)
2. De tweede kolom toont het verwachte percentage. Zoals in het vorige hoofdstuk toegelicht is dat het percentage dat op grond van de cliëntgroep verwacht mocht worden.
3. De derde kolom toont de prestatie-index (het ruwe percentage / het verwachte percentage). Ook deze is in het vorige hoofdstuk toegelicht. In het voorbeeld is het percentage bijna twee maal zo hoog als verwacht mocht worden, dus is de index 2.
4. De vierde kolom toont het aantal sterren, zoals in de samenvatting. Hoe meer sterren, hoe beter de prestatie. Omdat een hoog percentage cliënten met decubitus niet gunstig is, krijgt deze organisatie twee sterren, dat betekent: de prestatie-index ligt tussen de 10% en 30% minst goede scores.

5. De vijfde kolom toont het percentage cliënten waarvan op de registratieformulieren was ingevuld dat de indicator niet bekend is. Onbekend omdat de cliënt niet onderzocht wilde of kon worden, of om een andere reden. Voor sommige indicatoren (zoals fixatie) is niet gevraagd naar het percentage cliënten waarvoor de indicator niet bekend is. Dan zijn de cellen leeg gelaten.
6. De zesde en laatste kolom toont de N, dat is het aantal cliënten waarop de indicator betrekking heeft, dus het aantal opgegeven cliënten minus het aantal cliënten dat niet in de berekening is meegenomen.

Het kan zijn dat de cellen met cijfers en sterren leeg zijn gebleven. In dat geval waren er te weinig complete gegevens om een voldoende betrouwbare berekening te maken.

### **3.2 Rekening houden met de cliëntgroep: de casemixcorrectie**

In het vorige hoofdstuk is al aangekondigd dat wij nader in zouden gaan op de wijze waarop in de verwachte score rekening is gehouden met de kenmerken van de cliëntgroep.

Het 'rekening houden met de kenmerken van de cliëntgroep' wordt ook wel aangeduid als het corrigeren voor versturende factoren, of als standaardisatie, of als casemixcorrectie.

Allereerst nog even het doel van deze standaardisatie/correctie. Het gaat erom dat bij het maken van een vergelijking met andere scores ook echt alleen de prestatie van de organisatie wordt meegenomen. Het kan echter zijn dat die prestaties worden beïnvloed door factoren waarop de zorgorganisatie geen invloed heeft, terwijl deze factoren ongelijk zijn verdeeld over de organisaties. Het moet dan wel gaan om factoren die de indicator echt beïnvloeden, bijvoorbeeld leeftijd in het geval van de indicator incontinentie. Er is een verband gebleken tussen die twee: hoe ouder de cliënt, hoe groter de kans op incontinentie. Bovendien heeft de zorgorganisatie geen invloed op de leeftijd van de cliënt en is de gemiddelde leeftijd in de ene organisatie hoger dan in de andere. Deze factor wordt dus meegenomen in de correctie.

De versturende factoren worden in de correctie uitgeschakeld, zodat de prestaties vergelijkbaar worden. Voor de correctie is gebruik gemaakt van een statistische methodiek, te weten de indirecte logistische regressie.

Hoe is nu bepaald voor welke factoren de ruwe scores worden gecorrigeerd? Dat is in twee stappen gedaan. Allereerst heeft een expertpanel factoren benoemd die zij als versturende factoren willen aanmerken. Vervolgens is onderzocht of deze factoren inderdaad de score beïnvloeden. Daar waar dat het geval bleek, is de factor meegenomen. Overigens bleek dat niet alle factoren voor elke indicator relevant zijn. Om die reden zijn de factoren waarvoor wordt gecorrigeerd, per indicator bepaald. Daarnaast is er nog onderscheid gemaakt tussen cliënten zorg thuis en cliënten verpleging en verzorging. Factoren die voor de ene groep relevant zijn, waren dat niet altijd voor de andere groep.

Er zijn enkele indicatoren waarvoor geen enkele factor relevant bleek. Dat zijn medicijnincidenten, antidepressiva, de vaccinatiegraad van cliënten en de vaccinatiegraad medewerkers. Deze indicatoren zijn dus niet gecorrigeerd.

Acht factoren zijn uiteindelijk meegenomen in de correctie:

- leeftijd;
- geslacht;
- houding;
- mobiliteit;
- gevaar ontwijken;
- contactvaardigheden;
- leercapaciteit;
- gebruik van psychofarmaca.

Deze variabelen zijn gebaseerd op de zogenoemde Care Dependency Scale, de CDS. Meer informatie over CDS vindt u op:

[http://www.rug.nl/gradschoolshare/research\\_tools/tools/cds](http://www.rug.nl/gradschoolshare/research_tools/tools/cds)

### 3.3 Prestatie-index en toekenning van sterren

In deel B1 van het controledocument worden het ruw percentage, verwachte percentage, prestatie-index, sterren, percentage onbekend en het aantal cliënten waarop de indicator is gebaseerd (N =) gepubliceerd.

Het ruwe percentage wordt berekend op basis van de aangeleverde gegevens. N betreft het aantal cliënten dat bij het berekenen van dit percentage is gebruikt.

Deze N kan afwijken van het totaal aantal cliënten dat binnen de instelling is gemeten. Cliënten kunnen bij de berekening van een indicator zijn uitgesloten (zowel in de teller als in de noemer) omdat:

- de variabele waarmee de indicator wordt berekend niet is ingevuld (bijv. decubitus graad niet aangegeven);
- bepaalde cliënten niet vallen onder de cliëntgroep waarvoor de indicator is gedefinieerd (bijv. cliënten met kanker of terminale cliënten worden niet meegenomen bij de indicator voedingstoestand);
- andere variabelen die voor de casemix-correctie (d.w.z. correctie voor verschillen in cliëntpopulatie waarop de zorgorganisatie geen invloed heeft zodat indicatoren vergelijkbaar worden) worden gebruikt, niet of onvoldoende zijn ingevuld (bijv. leeftijd of gegevens uit de Care Dependency Scale);
- cliënt niet tot de doelgroep behoort (minder dan 30 dagen in zorg of jonger dan 18 (bij Zorg Thuis)).

(Zie voor de definitie van de indicatoren de publicatie Kwaliteitskader Verantwoorde zorg op [www.zorgvoorbeter.nl](http://www.zorgvoorbeter.nl))

In de casemix-procedure wordt op basis van de samenstelling van de populatie van de instelling en landelijke gemiddelden van vergelijkbare instellingen, het verwachte percentage berekend.

De prestatie-index wordt berekend door het ruwe percentage te delen door het verwachte percentage.

Deze prestatie-index wordt gebruikt als basis voor de berekening van het aantal sterren. Voor die berekening worden alle prestatie-indexen van alle instellingen op een rij gezet.

Scoort de instelling bij de 10% minst goede scores dan krijgt zij 1 ster.

Scoort de instelling binnen de volgende 20% van de instellingen dan krijgt men 2 sterren.

Scoort de instelling bij de daarop volgende 40% dan krijgt men 3 sterren,

Scoort de instelling bij de daarop volgende 20% dan krijgt men 4 sterren en de bovenste (beste) 10% van de instellingen krijgt 5 sterren.

Een lage prestatie-index ( $< 1$ ) betekent, in de meeste gevallen, dat de instelling het beter doet dan verwacht mag worden op grond van de kenmerken van de instellingspopulatie (uitzonderingen: vaccinatiegraad en diagnose incontinentie).

Dit hoeft, gezien het bovenstaande, echter niet altijd te betekenen dat bij een lage prestatie-index meer dan 3 sterren worden toegekend. Voorbeeld: als 80% van de instellingen een prestatie-index van kleiner dan 0,8 heeft, dan krijgt u met een prestatie-index van 0,9 toch maar 1 of 2 sterren.

## 4 Leeswijzer bij deel C1 van het Controledocument, de cliëntgebonden indicatoren

In deel C1 van het Controledocument staat een overzicht van uw prestaties op de cliëntgebonden indicatoren. U kunt de cijfers desgewenst vergelijken met de uitkomsten die uw meetbureau u heeft verstrekt.

### 4.1 De inhoud van deel C1

Ook voor de cliëntgebonden indicatoren geldt dat er afzonderlijke rapportages voor cliënten zorg thuis en voor cliënten verpleging en verzorging worden teruggekoppeld. Als uw organisatorische eenheid geen zorg levert aan een van de twee groepen, blijft de betreffende rapportage leeg. Voor de cliënten verpleging en verzorging geldt bovendien het onderscheid tussen somatische cliënten (in de rapportage aangeduid als bewoners) en vertegenwoordigers van psychogeriatrische cliënten. De scores zijn steeds in twee tabellen onder elkaar opgenomen. De betreffende cellen in de tabellen blijven leeg als uw organisatorische eenheid aan een van de groepen geen zorg levert.

We beschrijven de inhoud van deel C aan de hand van een fictief voorbeeld van één indicator.

Fictief voorbeeld

#### 1.1 Ervaringen met zorg(behandel)-/leefplan en evaluatie (Bewoners)

De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers een goed zorgplan en een goede evaluatie ervaren

Ruwe score	Gecorrigeerde score	Gemiddelde landelijke score	Sterren
3,2	3,1	3,2	★★★☆☆

#### 1.1 Ervaringen met zorg(behandel)-/leefplan en evaluatie (Vertegenwoordigers)

De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers een goed zorgplan en een goede evaluatie ervaren

Ruwe score	Gecorrigeerde score	Gemiddelde landelijke score	Sterren
3,4	3,4	3,4	★★★☆☆

Na de omschrijving van de indicator volgt een tabel met vier kolommen:

1. De eerste kolom toont de ruwe score, dat wil zeggen de gemiddelde score van alle cliënten of vertegenwoordigers van de organisatorische eenheid. De scores lopen van 1 tot en met 4. Hoe hoger de score, hoe beter de prestatie.
2. De tweede kolom toont de gecorrigeerde score. Zoals in het vorige hoofdstuk toegelicht, is dat de score waarin rekening is gehouden met de kenmerken van de cliëntgroep.
3. De derde kolom toont de landelijk gemiddelde score.

4. De vierde kolom toont het aantal sterren, zoals in de samenvatting. Voor de cliëntgebonden indicatoren geldt altijd: hoe hoger de score, hoe beter de prestatie en dus hoe meer sterren.

#### **4.2 De scoreberekening**

Van uw meetbureau heeft u waarschijnlijk destijds een overzicht ontvangen waarop vermeld stond hoeveel cliënten welk antwoord op de vragen hebben gegeven. Hoe is nu vanuit deze zogenoemde frequentieverdeling de score berekend? Welnu: de vragen die aan de cliënten of hun vertegenwoordigers zijn gesteld, bevatten in het algemeen vier antwoordcategorieën: de reeks altijd, meestal, soms en nooit. Het antwoord 'altijd' was goed voor één punt, het antwoord 'meestal' voor twee punten, 'soms' voor drie punten en 'nooit' voor vier punten. Ook aan afwijkende antwoordcategorieën zoals 'ja/nee' werden punten toegekend. Na de casemixcorrectie (zie volgende paragraaf) werden de scores omgecodeerd zodat positieve ervaringen meer punten opleveren. De antwoordcategorie 'niet van toepassing/niet nodig' is bij de berekening buiten beschouwing gebleven.

De score voor een indicator is berekend door het gemiddelde te nemen van de score op de vragen die bij de indicator horen, voor respondenten die de helft of meer van de vragen hebben ingevuld. Welke vragen bij welke indicator horen, kunt u zien in de registratieformulieren. Let op: de definitieve vragenlijst, die in de meting is gebruikt, wijkt enigszins af van de vragen in het Kwaliteitskader. Daarvoor is gekozen omdat uit clusteranalyses bleek dat over een aantal indicatoren geen gemiddelde te berekenen was. In de meeste gevallen is daarom, op inhoudelijke gronden voor één vraag gekozen. Deze vraag geeft het beste de essentie van de indicator weer of is de meest concrete vraag.

De bijlage *Cliëntgebonden indicatoren na schaalanalyses* geeft drie overzichten weer die per CQ-Index-lijst weergegeven welke vragen na de schaalanalyses zijn opgenomen in de definitieve indicatoren. De nummering van indicatoren en vragen sluit aan bij de nummering zoals deze in het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg VVT (oktober 2007) is gehanteerd. Het nummer van de indicator en van de vraag sluit aan bij de nummering zoals deze in het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg VVT (oktober 2007) is gebruikt. De vetgedrukte indicatoren zijn gewijzigd ten opzichte van het Kwaliteitskader. De vragen in de derde kolom zijn de vragen die niet in de indicator zijn opgenomen.

#### **4.3 Rekening houden met de cliëntgroep: de casemixcorrectie**

Evenals bij de zorginhoudelijke indicatoren is bij de cliëntgebonden indicatoren rekening gehouden met versturende factoren, door hiervoor te corrigeren met een statistische methode, te weten een multilevel lineaire regressie analyse met twee niveaus: zorgaanbieder en respondent.

Welke factoren zijn meegenomen, is eveneens via statistische analyse bepaald:

Voor de cliëntinterviews (somatische cliënten):

- verblijfsduur
- leeftijd
- opleiding
- ervaren gezondheid

Voor vertegenwoordigers van psychogeriatrische cliënten:

- soort vertegenwoordiger (zoon/dochter of partner etc.)
- verblijfsduur bewoner
- leeftijd bewoner
- opleidingsniveau bewoner

Voor cliënten zorg thuis:

- verblijfsduur
- leeftijd
- opleiding
- ervaren gezondheid
- wel/geen hulp bij invullen door eigen zorgverlener

De antwoorden die cliënten en vertegenwoordigers hebben gegeven, zijn in een eerder stadium al bewerkt door het meetbureau dat de meting heeft uitgevoerd. De data zijn daarbij geschoond, op grond van de volgende stappen:

- Controle van codes (kloppen alle codes met code van de organisatorische eenheid, code bewoners, en code bureau?);
- Controle op dubbele records: indien twee vragenlijsten zijn ingevoerd of gescand voor één en dezelfde respondent, dient in principe de laatst teruggestuurde/ ingevoerde lijst te worden verwijderd;
- Verwijderen van lege records (blanco vragenlijsten);
- Verwijderen van respondenten die hebben aangegeven niet te willen meewerken (die een kruisje hebben geplaatst op pagina 2 van de vragenlijst);
- Verwijderen van respondenten die niet tot de doelgroep behoren (antwoord 'nee' op vraag 1);
  - Verwijderen van respondenten die naast inleidende vragen ('Over uzelf' of 'Over de bewoner' of in de vragenlijst voor thuiswonende cliënten over 'De zorg thuis') geen andere vragen hebben beantwoord;
  - Controle van de frequentieverdelingen op opmerkelijke waarden (uitschieters of waarden die buiten het bereik van de antwoordmogelijkheden liggen, ten onrechte ontbrekende cijfers, enzovoorts) waarbij deze opmerkelijke waarden aan de hand van de originele vragenlijsten dienen te worden opgelost.
  - Controle op mogelijke structurele problemen bij de data-invoer en inconsistente waarden. De bijbehorende checks zijn afhankelijk van de wijze waarop de data zijn ingevoerd:
- Als data-invoer met de hand heeft plaatsgevonden, dient 5% van de ingevoerde lijsten een tweede keer te worden ingevoerd. Daarbij dienen de betreffende records vergeleken te worden op inconsistenties, zodat een indruk kan worden verkregen van de kwaliteit van het data-entry werk. Indien het percentage inconsistenties meer dan 1% van de waarden bedraagt, dienen alle vragenlijsten twee keer te worden ingevoerd. Beide datasets dienen dan te worden vergeleken en inconsistenties dienen te worden opgelost aan de hand van de originele vragenlijsten.
- Als vragenlijsten zijn gescand dient een steekproef van 75 ingevoerde lijsten handmatig te worden vergeleken met de originele vragenlijsten. Ook hier dient

een percentage inconsistenties te worden berekend, en mag dit percentage niet meer dan 1% van de waarden bedragen. Als blijkt dat er sprake is van meer dan 1% inconsistente waarden, kan dit wijzen op scan-problemen en verkeerde instellingen van de scanner. Na aanpassingen van de scannerinstellingen moeten vragenlijsten opnieuw worden gescand.

Zie ook de beschreven uitsluitingen in paragraaf 2.1.

De ruwe scores zijn op deze geschoonde data gebaseerd.

## 5 Leeswijzer bij de rapportageformulieren

Behalve de overzichten die in de vorige hoofdstukken zijn besproken, ontvangt u als onderdeel van het Controledocument ook de onderliggende rapportages van registratieformulieren voor de zorginhoudelijke metingen:

- formulier A: organisatiegegevens, dat wil zeggen gegevens om de organisatorische eenheid te identificeren en zorginhoudelijk indicatoren die te maken hebben met de organisatie, zoals de beschikbaarheid van een arts of verpleegkundige;
- formulier B: kenmerken van de cliënten (waaronder de zorgzwaarte) en zorginhoudelijke indicatoren die betrekking hebben op individuele cliënten verpleging en verzorging;
- formulier C: idem voor de cliënten zorg thuis.

De formulieren bevatten voor elke vraag en elke deelvraag die door u of door cliënten/vertegenwoordigers is beantwoord, een tabel met een overzicht van de antwoorden. De rapportages van de formulieren zijn daarmee uitgebreider dan de overzichten in deel B en C, omdat ook de deelvragen zijn opgenomen. U vindt in de formulieren dus bijvoorbeeld een uitsplitsing van decubitus naar graad, of een uitsplitsing van de redenen waarom niet bekend is of een indicator op een cliënt van toepassing is.

Het kan zijn dat het aantal cliënten dat u hebt ingevuld op formulier A niet overeenkomt met het aantal op formulier B of C. De reden is dat niet alle cliënten konden worden meegenomen in de berekeningen, zoals eerder in de leeswijzer is toegelicht.

## 6 Bijlage: Cliëntgebonden indicatoren na schaalanalyses

In onderstaande tabellen is per CQ-Index-lijst weergegeven welke vragen na de schaalanalyses zijn opgenomen in de definitieve indicatoren. De nummering van de indicator en van de vraag sluiten aan bij de nummering zoals deze in het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg VVT (oktober 2007) is gebruikt. De vetgedrukte indicatoren zijn gewijzigd ten opzichte van het Kwaliteitskader.

Daarvoor is gekozen omdat uit clusteranalyses bleek dat over een aantal indicatoren geen gemiddelde te berekenen was. In de meeste gevallen is daarom, op inhoudelijke gronden voor één vraag gekozen. De vragen in de derde kolom zijn de vragen die niet de indicator zijn opgenomen.

### Uitkomsten schaalanalyses voor interviews met bewoners

Indicator	Vragen	Niet gebruikt in indicator
<b>1.1</b>	<b>27<sup>a</sup></b>	31, 38
1.2	29, 30 39, 40, 43	
2.1	41, 44, 45, 46	
2.2	32, 33, 34, 35, 36, 37	
3.1	10, 11, 17	
<b>3.2</b>	<b>75<sup>a</sup></b>	74,76, 77, 78
4.12	18, 19, 20, 22, 23, 24, 26, 28,	
<b>5.1</b>	<b>52<sup>a</sup></b>	51
5.2	53, 54, 72, 79	
5.3	15, 56, 57, 58, 59, 60	
6.1	68, 69, 70, 71, 73	
6.2	12, 61, 62, 63	
7.1	47, 48, 49, 50, 55	
<b>8.1</b>	<b>64<sup>a</sup></b>	66, 67
9.1	14, 21, 25, 42, 65	

a) De indicator vormt geen schaal; de vetgedrukte vraag is gekozen om de indicator te vertegenwoordigen

---

Uitkomsten schaalanalyses voor vertegenwoordigers van psychogeriatrische patiënten

Indicator	Vragen	Niet gebruikt in indicator
<b>1.1</b>	<b>11<sup>a</sup></b>	15, 22
1.2	13, 14, 25, 26, 30	
2.1	28, 29, 31	
2.2	16, 17, 18, 19, 20, 21	
2.3	23, 24, 27	
3.1	34, 35, 36, 39, 40	
3.2	67, 68, 69, 70	
4.12	12, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 51	
4.13	52, 53	
<b>5.1</b>	<b>55<sup>a</sup></b>	54
5.2	56, 58, 65	
5.3	59, 60, 61	
6.1	62, 63, 64, 66	
9.1	32, 38, 45, 50	

a) De indicator vormt geen schaal; de vetgedrukte vraag is gekozen om de indicator te vertegenwoordigen

Uitkomsten schaalanalyses voor de zorg thuis

Indicator	Vragen	Niet gebruikt in indicator
<b>1.1</b>	<b>11<sup>a</sup></b>	13, 17, 24
1.2	14, 15, 16, 25, 26, 27, 28	
2.1	29, 30, 47, 49	
2.2	18, 19, 20, 21, 22, 23	
2.3	31, 32, 33, 34	
3.1	56, 57	
4.12	12, 37, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 58, 59, 60, 61	
6.1	77, 78, 79	
5.3	68	
6.2	69, 70, 71, 72, 74, 75, 76	
7.1	66, 80, 81, 82, 83	
8.1	62, 63, 64, 65	
8.2	51, 52, 53, 54, 55, 67	
9.1	35, 36, 38, 39, 40, 48, 73	

a) De indicator vormt geen schaal; de vetgedrukte vraag is gekozen om de indicator te vertegenwoordigen