

Evaluatie Normen voor Verantwoorde Zorg VV&T

Definitief
april 2007

Evaluatie van de pilot
Normen voor Verantwoorde Zorg in de
Verpleging, Verzorging en Thuiszorg
(01/01/'06 – 30/11/06)

Samenvatting

Het document dat voor u ligt, evalueert de pilot "Normen voor Verantwoorde Zorg" in de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VV&T). Deze pilot was een gezamenlijk initiatief van de veldpartijen in de VV&T en werd gehouden van 1 juni tot en met 30 november 2006. 120 Organisatorische eenheden van zorgaanbieders in deze sector namen deel. In de evaluatie stond de volgende hoofdvraag centraal: *Komen het toetsingskader met de bijbehorende instrumenten qua inhoud en proces overeen met de beoogde doelstellingen en met de verwachtingen van de verschillende betrokken partijen?* Vijf deelvragen werden onderscheiden, die hieronder op hoofdlijnen (en in het rapport meer in detail) worden beantwoord:

In hoeverre geven de indicatoren via de beide instrumenten een betrouwbaar, valide en samenhangend beeld van de geleverde kwaliteit van zorg in de getoetste organisaties? De resultaten van de pilot, in termen van 'scores op de indicatoren' zijn opgenomen in bijlage I. Per indicator is weergegeven het gemiddelde (streepjes), de mediaan (stippellijn), de laagste en de hoogste score en ook de kwartielgrenzen.

Met de toetsingskaders V&V en Zorg Thuis is een sterk verbeterd instrumentarium tot stand gekomen voor het meten van kwaliteit van de zorg in de VV&T. Beide toetsingskaders combineren enkele cruciale elementen die tot nu toe ontbraken:

- hoge mate van interne betrouwbaarheid;
- focus op de uitkomsten van zorg;
- inbreng van het cliëntenperspectief;
- eenduidige definiëring van de indicatoren;
- eenduidige en gestandaardiseerde manier van meten en
- case-mix correctie.

De evaluatie toont aan dat op beperkte schaal aanpassing gewenst is van de indicatorenset en het proces van meten en vooral verbeteren. Ook de methode van case-mix-correctie behoeft verbetering. Het rapport doet daartoe voorstellen.

Beantwoordt de informatie, die op genoemde wijze wordt verkregen, aan de informatiebehoefte van alle belanghebbende partijen (management en cliëntenraden, IGZ en Zorgkantoren)?

De gegevens die worden gegeneerd door het werken met de Normen voor Verantwoorde Zorg passen in de beleidscontext van een terugtrekkende overheid en bieden voor alle veldpartijen in de sector VV&T uitstekende uitgangspunten voor transparantie, kwaliteitsverbetering, toezicht en zorginkoop.

Wat brengt de nieuwe toetsingspraktijk voor kosten en administratieve lastendruk voor zorginstellingen bij het registreren, meten en rapporteren

Het werken met de normen voor verantwoorde zorg betekenen enerzijds een lastenverlichting voor zorgaanbieders in de VV&T. Het IGZ formulier bestond in de pilot nog slechts uit ca. 30 in plaats van 80 vragen en zal na de pilot worden vervangen door een nog beknopter "instrument zorginhoudelijke indicatoren". De normen voor verantwoorde zorg zijn volledig substitueerbaar met de kwaliteitsparagraaf in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. Anderzijds betekenden het meten van de zorginhoudelijke indicatoren op cliëntniveau een extra inspanning, maar deze bleek zeer acceptabel (10 minuten per cliënt).

Op welke wijze kunnen de uitkomsten worden opgenomen in het jaardocument maatschappelijke verantwoording (JD), en kunnen informatiestromen aan het jaardocument worden gekoppeld?

Instellingen die vanaf 2007 de normen voor verantwoorde zorg meten, worden geacht de resultaten daarvan te melden in de kwaliteitsparagraaf van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. Hoofdstuk 6 doet voorstellen voor de informatiestromen. Beoogd wordt een koppeling van een centrale (technische) database aan het JD, met een controlemogelijkheid voor de instelling voordat gegevens openbaar gemaakt worden.

Hoe kan een (versoberde) audit op cruciale organisatieprocessen geïntegreerd worden in het toetsingskader, welke zijn deze cruciale processen

Uit de pilot blijkt – zoals ook al uit eerder internationaal onderzoek is gebleken – dat er geen relatie is tussen het behalen van goede scores of het al dan niet hebben van een kwaliteitskeurmerk of certificaat. Instellingen met een kwaliteitskeurmerk of certificaat, met andere woorden, leveren *geen* aantoonbaar betere zorg dan instellingen zonder keurmerk of certificaat. *Verplichte* certificering van zorg- en ondersteunende processen waarborgt daarmee niet per definitie betere uitkomsten. Een uitzondering dient wellicht te worden gemaakt voor cliëntveiligheid, zeker in de context van de verplichting van een veiligheidsmanagement systeem voor instellingen vanaf 2008. Hoofdstuk 6 benoemt een aantal van deze mogelijk cruciale processen, zoals deze door de stuurgroep verantwoorde zorg tijdens de pilot werden geformuleerd.

Tenslotte

De introductie van de Normen voor Verantwoorde Zorg, de Toetsingskaders en de meetinstrumenten hebben een krachtige impuls gegeven aan het meten, verbeteren, transparant maken en vergelijken van de kwaliteit van zorg in de VV&T. De keuze voor een relatieve normering was hierbij van groot belang.

Verdere verbetering van het instrumentarium en vervolgmetingen zijn nodig om vast te stellen of de werkwijze van de Normen voor Verantwoorde Zorg ook daadwerkelijk kwaliteitsverbetering oplevert, maar alle signalen wijzen in die richting. Een verdere 'uitrol' van de Normen voor Verantwoorde Zorg over de gehele sector VV&T, naar andere sectoren en naar specifieke doelgroepen van cliënten is daarom wenselijk.

Amsterdam, april 2007

Dr. M. Berg,
arts en partner Plexus Medical Group

drs. A.S. Groenewoud
adviseur Plexus Medical Group

Inhoudsopgave

1	Inleiding	9
1.1	Aanleiding	9
1.2	Vraagstelling	10
1.3	Design en methoden	10
1.4	Opbouw rapport	11
2	Evaluatie van de indicatoren	13
2.1	Validiteit en betrouwbaarheid van de indicatorenset	13
2.2	Beoordeling individuele indicatoren	17
3	Evaluatie van de instrumenten	18
3.1	Inleiding	18
3.2	Inspectieformulier 'nieuwe stijl'	18
3.3	Cliëntgebonden formulieren (V&V en Zorg Thuis)	19
4	Evaluatie van het proces (werking sturingsmodel)	21
4.1	Inleiding	21
4.2	Vorbereiding op de meting	21
4.3	De meting	23
4.4	Invoer en bewerking gegevens	23
4.5	Terugkoppeling resultaten	24
4.6	(Publieke) ontsluiting van de resultaten	25
5	Impact en bruikbaarheid Normen voor Verantwoorde Zorg	27
5.1	Impact van de Normen voor Verantwoorde Zorg	27
5.2	Bruikbaarheid van de Normen voor Verantwoorde Zorg	27
6	Agenda "uitrol" in 2007	31

Bijlagen

Bijlage I.	Pilot-indicatorenset intramurale V&V
Bijlage II.	Pilot-indicatorenset Zorg Thuis
Bijlage III.	Report Cards V&V en Zorg Thuis
Bijlage IV.	Impact Normen voor Verantwoorde Zorg
Bijlage V	Lijst van geraadpleegde deskundigen

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

November 2005: mijlpaal Normen voor Verantwoorde Zorg

Op 4 november 2005 boden de veldpartijen in de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (verder: VV&T) aan staatssecretaris Ross van Dorp (VWS), het Toetsingskader voor Verantwoorde zorg in de intramurale verpleging en verzorging aan¹.

Het toetsingskader bevatte een set prestatie-indicatoren en een sturingsmodel, gebaseerd op het eerder opgestelde visiedocument "Op weg naar Normen voor Verantwoorde Zorg"². Met de prestatie-indicatoren moest worden gemeten in hoeverre zorgaanbieders in de V&V verantwoorde zorg leveren. Het sturingsmodel bevatte uitgangspunten voor de manier waarop indicatoren moesten worden gemeten en resultaten moesten worden gebruikt voor vergelijking, verbetering en transparantie.

Activiteiten Normen voor Verantwoorde Zorg in 2006

Besloten werd in 2006 vier zaken voortvarend aan te pakken:

1. De vertaling van het intramuraal georiënteerde Visiedocument en Toetsingskader naar "Zorg Thuis" voor 1 juli 2006;
2. De realisatie van twee instrumenten voor het meten van de prestatie-indicatoren voor 1 juli 2006:
 - a. Een instrument voor cliëntenraadpleging, gebaseerd op de CAHPS/QUOTE-methodiek (inmiddels CQ-index) voor zowel intramurale V&V als Zorg Thuis
 - b. Een vernieuwd "Inspectieformulier" voor het meten van de zorginhoudelijke prestatie-indicatoren.
3. Een pilot met genoemde instrumenten en sturingsmodel onder een representatief aantal zorgaanbieders in de VV&T tussen 1 juli en 30 november 2006.
4. Een evaluatie van de pilot in december 2006.

Pilot en evaluatie Normen voor Verantwoorde Zorg

In de zomer van 2006 waren de doelstellingen onder 1 en 2 gerealiseerd³ en werden 120 organisatorische eenheden geselecteerd voor deelname aan de pilot Normen voor Verantwoorde Zorg VV&T: 100 verpleeg- en verzorgingshuizen en 20 thuiszorg-instellingen.

De pilot werd half november afgesloten met de terugkoppeling van de resultaten op de zorginhoudelijke prestatie-indicatoren en de cliëntenraadpleging. Iedere organisatorische eenheid ontving daartoe een "Report Card".

In november en december 2006 en januari 2007 zijn het toetsingskader, de instrumenten en het sturingsmodel inhoudelijk en procesmatig geëvalueerd. Dit rapport doet verslag van deze evaluatie.

¹ <http://www.zorgvoorbeter.nl/fileadmin/zorgvoorbeter/Beleid/brieven/DVVO-2630310B.pdf>

² http://nvva.artsennet.nl/uri?uri=AMGATE_6059_113_TICH_R1540911170326628

³ Beschikbaar kwamen toen: het Visiedocument Normen voor Verantwoorde Zorg Thuis (<http://www.thuiszorg.nl/download.php?uid=575>) en een concept-toetsingskader Zorg Thuis.

1.2 Vraagstelling

In de evaluatie van de pilot stond de volgende vraag centraal:

Komen het toetsingskader met de bijbehorende instrumenten qua inhoud en proces overeen met de beoogde doelstellingen en met de verwachtingen van de verschillende betrokken partijen?

Deze vraag bestaat uit twee onderdelen: de inhoudelijke juistheid van het toetsingskader en de werking en werkbaarheid daarvan. De volgende deelvragen worden onderscheiden:

Inhoud

1. In hoeverre geven de indicatoren via de beide instrumenten een betrouwbaar, valide en samenhangend beeld van de geleverde kwaliteit van zorg in de getoetste organisaties?
2. Beantwoordt de informatie, die op genoemde wijze wordt verkregen, aan de informatiebehoefte van alle belanghebbende partijen (management en cliëntenraden, IGZ en Zorgkantoren)?

Proces

3. Wat brengt de nieuwe toetsingspraktijk voor kosten en administratieve lastendruk voor zorginstellingen bij het registreren, meten en rapporteren? Op welke wijze kunnen deze, conform beleidsdoelstelling, worden beperkt zonder dat het toetsingskader aan kracht inboet. Belangrijk aandachtspunt hierbij is het voorkomen van dubbeling in het aanleveren van informatie aan verschillende partijen.
4. Op welke wijze kunnen de uitkomsten worden opgenomen in het jaardocument maatschappelijke verantwoording, en kunnen informatiestromen door middel van functionele koppeling aan het jaardocument worden gekoppeld.
5. Hoe kan een (versoberde) audit op cruciale organisatieprocessen geïntegreerd worden in het toetsingskader, welke zijn deze cruciale processen

1.3 Design en methoden

Design

De evaluatie is opgezet volgens de principes van een zogeheten *formatieve evaluatie*. Dit betekent dat de evaluatie van de pilot in samenspraak met betrokken partijen is opgezet en dat tussenuitkomsten steeds zijn besproken. Deze besprekingen beïnvloedden steeds het verdere verloop en de opzet van de evaluatie.

Diverse methoden voor dataverzameling zijn gebruikt voor het evalueren van de (pilot) Normen voor Verantwoorde zorg:

Methoden

Data analyse pilotresultaten (t.b.v. vraag 1)

Data-analisten van de IGZ hebben een analyse uitgevoerd van de pilotresultaten. Hiermee kunnen uitspraken worden gedaan over de (interne) validiteit en betrouwbaarheid van het toetsingskader.

Daarnaast heeft het NIVEL het instrument CQ-index VV&T gevalideerd. Dit rapport gaat daar niet verder op in.

Interviews (t.b.v. vraag 1 t/m 5)

Interviews zijn gehouden met vertegenwoordigers van alle veldpartijen in de Stuurgroep Verantwoorde Zorg VV&T. In deze gesprekken werden bovenstaande vijf items uitvoerig besproken.

Focusgroepen (t.b.v. vraag 1 t/m 3)

Met coördinatoren van de pilotdeelnemers zijn tenslotte focusgroep-bijeenkomsten gehouden. Dit gebeurde in vier groepen: twee voor deelnemers uit de thuiszorg en twee voor deelnemers uit de V&V.

1.4 Opbouw rapport

Het rapport bestaat uit een inhoudsevaluatie (indicatoren en instrumenten) en een proces-evaluatie. In de diverse hoofdstukken worden de onderzoeksvragen beantwoord op de manier zoals onderstaande tabel laat zien.

Hoofdstuk	Evaluatievraag	Pagina
Samenvatting	Alle vragen	3
1. Inleiding		9
2. Evaluatie indicatoren	1. Betrouwbaarheid en validiteit indicatorenset	12
3. Evaluatie instrumenten	1. Betrouwbaarheid en validiteit indicatorenset	17
4. Evaluatie van het proces	3. Kosten en administratieve lastendruk	24
5. Impact en bruikbaarheid Normen voor Verantwoorde Zorg	2. Beantwoordt verkregen informatie aan informatiebehoefte?	25
6. Uitrol Normen voor Verantwoorde Zorg in 2007	4. Hoe opnemen in jaardocument? 5. Benoemen cruciale processen en koppeling audit - toetsingskader?	29

In ieder hoofdstuk worden aanbevelingen gedaan. Om deze te markeren is gewerkt met symbolen. Een uitroepteken in een driehoek, zoals hiernaast, betekent dat specifieke aandacht wordt gevraagd voor een aanbeveling of verbeterpunt.



2 Evaluatie van de indicatoren

2.1 Validiteit en betrouwbaarheid van de indicatorenset⁴

Selectie evidence-based indicatoren o.b.v. literatuur en richtlijnen

De selectie van de indicatoren voor de toetsingskaders V&V en Zorg Thuis is verricht o.b.v. een uitgebreide raadpleging van bestaande literatuur en richtlijnen⁵. Een van de criteria daarbij was dat er reeds evidence aanwezig was voor validiteit en betrouwbaarheid van de betreffende indicator. Zo zijn gevalideerde indicatoren en vragenlijst-methoden toegepast als de Minimum Data Set (MDS) van het internationale Resident Assessment Instrument (RAI), de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) en de CAHPS/QUOTE Methodiek. Met deze werkwijze is al een belangrijke eerste stap gezet naar een valide en betrouwbare indicatorenset.

Oordeel van deskundigen⁶

De (concept) indicatorensets voor de V&V en Zorg Thuis zijn beiden voorgelegd aan een groep deskundigen; mensen uit de wetenschap, kwaliteitsmedewerkers van zorgaanbieders en hulpverleners van de werkvloer. Deze bijeenkomsten vonden plaats op respectievelijk 15 mei en 2 oktober 2006.

Indicatoren voor intramurale V&V

De aanwezige deskundigen hebben op 15 mei enkele belangrijke wijzigingen voorgesteld in de concept-indicatorset. Deze voorstellen zijn na overleg grotendeels overgenomen in de indicatorenset die in de pilot is gebruikt en ook als bijlage is bijgevoegd (bijlage I). Voorbeelden zijn het laten vervallen van de indicator *polyfarmacie* en het inbrengen van de indicatoren *medicatiefouten* en *psychofarmacagebruik*.

Indicatoren voor Zorg Thuis

Op 2 oktober 2006 is door deskundigen uit de thuiszorgsector gediscussieerd over de concept-indicatorset voor Verantwoorde Zorg Thuis. Belangrijke conclusie van die bijeenkomst was dat er veel minder kritiek op de indicatoren kwam dan vooraf was verwacht. De belangrijkste kritiekpunten waren:

- Maak een onderscheid tussen enkelvoudige huishoudelijke verzorging (EHVZ) en andere vormen van zorg thuis. Richt een andere indicatorenset in voor EHVZ en laat de voorliggende set slechts gelden voor andere vormen van zorg thuis;
- De indicatorenset overschrijdt soms de grens tussen verantwoordelijkheden van degenen die zorg thuis leveren (die op het gebied van sommige zorgproblemen een

⁴ Deze paragraaf gaat over de validiteit en de betrouwbaarheid van de indicatorensets V&V en Zorg Thuis. *Validiteit* gaat over de vraag: "zegt de indicator na meting inderdaad iets over de kwaliteit van de zorg of meet het iets anders?" *Betrouwbaarheid* betreft de mate van zekerheid waarmee o.b.v. een indicator uitspraken kunnen worden gedaan.

Daarnaast moet onderscheid worden gemaakt tussen de *interne* en *externe* betrouwbaarheid en validiteit. De interne betrouwbaarheid van een indicatorenset is bijvoorbeeld groot als er duidelijk samenhang bestaat tussen de scores op diverse onderdelen van de set. Dit hoeft echter nog niet te betekenen dat de set ook de juiste dingen meet zodat generaliseerbare uitspraken kunnen worden gedaan (externe validiteit). Er is in het evaluatie onderzoek zowel naar interne als externe validiteit en betrouwbaarheid gekeken.

⁵ Zie methodesecties in beide toetsingskaders:

<http://www.zorgvoorbeter.nl/fileadmin/zorgvoorbeter/Beleid/brieven/DVVO-2630310B.pdf> en http://nvva.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE_6059_113_TICH_R1540911170326628

⁶ Diverse deskundigen zijn geraadpleegd. Bijlage V geeft een beknopt overzicht van enkele toonaangevende wetenschappers die bij de bijeenkomsten betrokken waren. Dit impliceert niet per definitie dat zij zich verbinden aan de uiteindelijke indicatorenset voor Verantwoorde Zorg.

signaalfunctie hebben) en de verantwoordelijkheden van andere zorgverleners uit de keten;

- Met beide punten samenhangend: daar waar de overtuiging bestaat dat zorgverleners in de thuissituatie een signaalfunctie hebben, geldt vaak (zeker i.g.v. EHVZ) dat zij niet het vermogen hebben deze signaalfunctie ten uitvoer te brengen⁷.

Op basis van beide deskundigenbijeenkomst is gekomen tot een aangepast voorstel voor de set indicatoren (zie 'set 2007' in paragraaf 2.2).

Data-analyse door IGZ.

Data analisten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hebben de gegevens die in de pilot zijn verzameld, onderzocht op een aantal vragen teneinde uitspraken te kunnen doen over de validiteit en betrouwbaarheid van de indicatorenset van de V&V⁸:

- a) Was er in de pilot sprake van een representatieve groep verpleeg- en verzorgingshuizen?
- b) Is er aantoonbaar verband tussen de scores van pilotdeelnemers o.b.v. de pilot-indicatorset en de scores o.b.v. het oude inspectieformulier (IF-scores) en Inspecteursoordelen?
- c) Is er samenhang tussen de scores van pilotdeelnemers op indicatoren *binnen* elk onderdeel van de indicatorset (cliëntenoordelen en zorginhoudelijke indicatoren) en *tussen* beide onderdelen van de indicatorset?

Representatieve groep?

Nagegaan is of de verpleeg- en verzorgingshuizen in de pilot wel een representatieve steekproef vormen uit de 1592 instellingen die bij de IGZ bekend zijn. Hierbij is gekeken naar de scores van de pilotdeelnemers op de IF-score en inspecteursoordelen van de afgelopen jaren. De verpleeg- en verzorgingshuizen die hebben deelgenomen aan de pilot scoren gemiddeld significant beter dan andere verpleeg- en verzorgingshuizen op het 'oude' inspectieformulier VVT-2006 (zorg met verblijf). Geen significant onderscheid is er tussen de pilot-instellingen en de rest wat betreft het oordeel van inspecteurs naar aanleiding van het bezoek in 2005 of 2006 (bezoekscore).

Tabel 1. Risicoscore 'oud' inspectieformulier en bezoekscore naar deelname pilot

	IF-score (2006, intramuraal)				Bezoekscore (2005/2006)			
	N	gem.	SD	p	N	gem.	SD	p
Pilot	85	33,8%	12,2%	< 0,001	56	38,6%	14,6%	0,243
Rest	1592	38,3%	12,5%		731	41,0%	15,1%	

Versand nieuwe en oude scores?

In een poging uitspraken te kunnen doen over de externe validiteit van het nieuwe toetsingskader zijn (voor zover beschikbaar) de 'oude' IF-scores en inspecteursoordelen vergeleken met de pilot-scores⁹. De uitkomsten van deze vergelijkingen zijn weergegeven in tabel 2. Hieruit blijkt dat:

⁷ Deze constatering was een belangrijk signaal voor beroepsorganisaties als V&VN en STING, die concluderen dat het zelfbeeld van de medewerkers (ben ik daarvoor wel verantwoordelijk) en het competentieprofiel niet stroken met de opvatting vanuit het beroepsprofiel.

⁸ Er zijn door de IGZ dus *geen* analyses uitgevoerd op data m.b.t. zorg thuis.

⁹ Om dit mogelijk te maken zijn risicoscores berekend o.b.v. zowel de scores CQ-index als scores op zorginhoudelijke indicatoren. Dit is gedaan door risicopunten toe te kennen aan de percentielscores: < 20% = 0

- Er *geen* verband is tussen oude IF-score of het oordeel van de inspecteur enerzijds en anderzijds de risicoscores op basis van CQ-index, zorginhoudelijke uitkomstmaten of een combinatie van beide instrumenten;
- Er *wel* statistisch significant verband is tussen de risicoscore o.b.v. de CQ-index en de risicoscore o.b.v. de zorginhoudelijke uitkomstmaten (zie hieronder: interne betrouwbaarheid).
- Er *wel* statistisch verband bestaat tussen de oude IF-score en het oordeel van de inspecteur ($p < 0.000$);

Tabel 2. Overzicht pearson-correlatie coëfficiënten voor verschillende risicoscores (bijlage VI geeft e.e.a. grafisch weer).

	Oude IF-score (2006, intramuraal)	Oordeel inspecteur	Risicoscore o.b.v. CQ-index	Risicoscore o.b.v. ZI- indicatoren
Oude IF-score (2006, intramuraal)				
Oordeel Inspecteur	,386(**) $p < 0,000$ N =685			
Risicoscore o.b.v. CQ- index*	-,170 $p = 0,143$ n =76	-,080 ,604 44		
Risicoscore o.b.v. ZI- indicatoren*	-,182 $p = 0,096$ n =85	-,174 ,212 53	,392(**) ,000 77	
Risicoscore o.b.v. CQ- + ZI-indicatoren*	-,176 $p = 0,128$ n =76	-,174 ,259 44	,962(**) ,000 77	,624(**) ,000 77

Uit het ontbreken van statistisch significante relatie tussen de pilotresultaten en de 'oude gegevens' (IF scores en inspecteuroordelen) mag echter *niet* de conclusie worden getrokken dat de nieuwe indicatorenset niet valide is.

Weliswaar correleerden resultaten o.b.v. het oude Inspectieformulier wel positief met de inspecteuroordelen, maar bekend is dat beiden een focus hadden op *kwaliteitsborging* en niet direct op geleverde kwaliteit¹⁰, terwijl de nieuwe indicatorensets grotendeels bestaan uit *uitkomst*indicatoren.

Geconcludeerd kan worden dat met de nieuwe indicatorenset een succesvolle omwenteling is bewerkstelligd van proces- naar uitkomstmeting. In de toekomst moet de set door de veldpartijen gezamenlijk door-ontwikkeld worden; dit blijft een continu proces.

Interne betrouwbaarheid

De interne betrouwbaarheid van de indicatorenset is hoog. Vergelijking van de scores van pilotdeelnemers op beide onderdelen van de indicatorenset (cliëntenraadpleging en zorginhoudelijke indicatoren) levert een hoge mate van correlatie op ($p=0,000$) (zie tabel

punten; 20% - 40% = 1 punt; 40% - 60% = 2 punten; 60% - 80% = 3 punten; >80% = 4 punten. Steeds geldt: hoe lager het aantal punten hoe beter.

¹⁰ De genoemde correlatie was bijvoorbeeld het sterkst bij de vragen "Heeft u een actuele vastlegging van garantienormen?" "Werkt u volgens de multidisciplinaire richtlijn voeding en vocht?" en "Heeft u de NEN 7510 norm geïmplementeerd?" Bron: *Exploratie Pilot Toetsingskader Normen voor Verantwoorde Zorg*. Intern rapport IGZ, december 2006. p 14

2). Dit betekent dat een instelling die slecht scoort op de cliëntenraadpleging een vergelijkbaar beeld laat zien op de zorginhoudelijke indicatoren en andersom.

Een betrouwbaarheidstoets van beide onderdelen van de indicatorenset afzonderlijk, laat zien dat de interne betrouwbaarheid van het deel cliëntenraadpleging erg hoog is (Cronbach's alpha = 0,872) en de interne betrouwbaarheid van de het onderdeel zorginhoudelijke indicatoren niet ((Cronbach's alpha = 0,220). Dit betekent concreet dat de scores op de cliëntenraadpleging te vatten zijn in één maatstaf maar dat de zorginhoudelijke indicatoren echt als verschillende thema's moeten worden behandeld.

Relatie toetsingskader – certificering

Tenslotte is in de analyse van de pilot-data gekeken of er een verband bestond tussen de scores op de indicatoren voor verantwoorde zorg en het hebben van (dan wel bezig zijn met) een kwaliteitskeurmerk of certificaat. Van de 95 instellingen waarvan data beschikbaar waren, bleken 30 instellingen geen keurmerk te hebben en 65 wel. Keurmerken verschilden: HKZ (56), MikV (24), INK (15), overig (5)¹¹.

Al deze systemen hebben gemeen dat zij grotendeels zijn gericht op de aanwezigheid van *structuren* en *processen*, en niet op de vraag hoe de *uitkomsten* van de op deze manier geleverde zorg zijn. Dit is geen bezwaar indien de structuren en processen kunnen gelden als 'proxy' voor de gewenste uitkomsten. Met andere woorden: er dient een relatie te zijn aangetoond tussen de aanwezigheid van een structuur of proces en een gewenste uitkomst. Dit is bij de huidige generatie Nederlandse certificaten en keurmerken helaas niet het geval.¹²

Er bleek geen statistisch significant verschil waarneembaar tussen de prestaties van gecertificeerde en niet-gecertificeerde instellingen. Dit gold zowel voor de zorginhoudelijke indicatoren als voor de indicatoren uit de cliëntenraadpleging. Wanneer indicatoren afzonderlijk werden bekeken, deden gecertificeerde instellingen het op slechts één indicator beter dan de niet-gecertificeerden. Geheel volgens verwachting betrof dit een structuur-indicator: 8.3 Het wel/niet hebben van een systeem van brand-, inbraak-, en calamiteitenpreventie.

Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat met de indicatorensets V&V en Zorg Thuis een sterk verbeterd instrumentarium tot stand is gekomen voor het meten van kwaliteit van de zorg in de VV&T. Immers; het combineert een hoge interne betrouwbaarheid met a) een focus op de uitkomsten van de zorg en b) de inbreng van het cliëntenperspectief; elementen die aan het oude instrumentarium ontbraken. Twee andere belangrijke winstpunten zijn c) de eenduidige definiëring van de indicatoren en d) de eenduidige en gestandaardiseerde manier van meten; iets wat nog niet eerder gerealiseerd werd.

De manier waarop de indicatoren zijn geselecteerd (evidence-based indicatoren o.b.v. bestaande instrumenten, literatuur en richtlijnen), maakt het bovendien aannemelijk dat de juiste indicatoren zijn gebruikt voor het te onderzoeken probleemgebied. De beide

¹¹ Een instelling kan meerdere kwaliteitssystemen / keurmerken hebben.

¹² In het buitenland is vanwege deze tekortkoming reeds jaren een ontwikkeling richting *performance-based* certificering of accreditatie gaande; zie bijvoorbeeld www.jointcommission.org of <http://www.healthcarecommission.org.uk>.

deskundigenbijeenkomsten en de verwerking van hun inbreng versterken de geldigheid van deze aannamen nog verder.

Uit de pilot blijkt – zoals ook al uit eerder internationaal onderzoek is gebleken – dat er geen relatie is tussen het behalen van goede scores of het al dan niet hebben van een kwaliteitskeurmerk of certificaat. *Verplichte* certificering van zorg- en ondersteunende processen waarborgt daarmee niet per definitie betere uitkomsten. Een uitzondering dient wellicht te worden gemaakt voor cliëntveiligheid, zeker in de context van de verplichting van een veiligheidsmanagement systeem voor instellingen vanaf 2008 (zie ook hoofdstuk 6).

2.2 Beoordeling individuele indicatoren

Beoordelingscriteria en manieren van beoordelen

Naast de validiteit en betrouwbaarheid zijn bij de beoordeling van een set prestatie-indicatoren ook andere criteria van belang; zoals het discriminerend vermogen en de werkbaarheid in de praktijk¹³. De indicatoren uit de beide sets (V&V en thuiszorg) op verschillende manieren aan deze criteria getoetst:

- Literatuurstudie;
- Raadpleging van deskundigen;
- Data-analyse;
- Focusgroepen met pilotdeelnemers;
- Interviews met vertegenwoordigers veldpartijen (Stuurgroep).

Voorstel 'set 2007'

Bijlagen I en II bevatten een overzicht van de set indicatoren voor respectievelijk de V&V en Zorg Thuis, waarmee in de pilot is gewerkt. Op basis van commentaren en suggesties die op bovengenoemde manieren zijn verzameld (eveneens zichtbaar in tabellen I en II) worden steeds voorstellen gedaan voor eventuele aanpassingen. Hierin moet een keuze worden gemaakt voor de "uitrol" van de Normen voor Verantwoorde Zorg in 2007¹⁴.



¹³ Zie voor een systematische beoordeling van de kwaliteit van indicatoren(sets) het AIRE instrument: http://orde.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE_6059_397_TICH_R171406671069879

¹⁴ NB. op het moment van gereedkomen van dit rapport, zijn deze keuzes inmiddels gemaakt en is het "Kwaliteitskader 2007-2008" inmiddels gereed.

3 Evaluatie van de instrumenten

3.1 Inleiding

Voor het meten van de indicatoren(sets) voor Verantwoorde Zorg in de VV&T is een aantal instrumenten ontwikkeld en gebruikt:

- Een vernieuwd inspectieformulier
- Een cliëntgebonden formulier voor het meten van enkele zorgproblemen (één voor de V&V en één voor zorg thuis)
- Een instrument voor cliëntenraadpleging (CQ-index) met diverse modules:
 - Intramurale V&V
 - Thuiszorg
 - Vertegenwoordigers van PG bewoners

Het inspectieformulier en de bijbehorende cliëntgebonden formulieren worden in dit hoofdstuk besproken. Het Nivel brengt een afzonderlijk rapport uit over het validatietraject van het CQ-index- instrument voor de VV&T.

3.2 Inspectieformulier 'nieuwe stijl'

De meeste in 2.2 en bijlagen I en II genoemde opmerkingen gelden eveneens voor het inspectieformulier. Het formulier moet dan ook worden aangepast, analoog aan de aanpassing van de indicatoren.

Structuur- en procesvragen in inspectieformulier

Ondanks het uitgangspunt 'zoveel mogelijk uitkomst indicatoren' van het toetsingskader, bevat het uiteindelijke IGZ-formulier toch een behoorlijk aantal structuur- en procesvragen. Het gaat bijvoorbeeld om:

- de 12 algemene vragen aan het begin van het formulier:
 - o.a. vragen 7 en 8 over resp. BOPZ aanmerking en cliënten met art. 60 BOPZ indicatie ;
 - vraag 12; aantal uren zorg;
- indicatoren die op zich wel elementen uit het toetsingskader verwoorden, maar die wellicht opgenomen zouden moeten worden in een toekomstig VMS:
 - vraag 20: aantoonbare deskundigheid risicovolle en voorbehouden handelingen
 - vraag 25: werken met zachte domotica;
 - vraag 30: periodiek onderhoud aan tilliften;
 - vragen 31 en 32: beschikbaarheid (7x24h) van verpleegkundige, arts;
 - vraag 33: capaciteitsplanning instrument
 - vraag 34: onderzoek arbeidstevredenheid medewerkers
 - vraag 35: personeel werkt veilig met tilliften
 - vraag 37: aantoonbaar beleid op voorkomen vrijheidsbeperkende maatregelen

Overwogen zou moeten worden in hoeverre dergelijke vragen nog passen in het Toetsingskader Verantwoorde Zorg VV&T of dat zij in een toekomstig Veiligheid Management Systeem (VMS) opgenomen zouden moeten worden¹⁵.



3.3 Cliëntgebonden formulieren (V&V en Zorg Thuis)

De meeste in 2.2 en bijlagen I en II genoemde opmerkingen en eventuele suggesties hebben gevolgen voor de cliëntgebonden formulieren bij het inspectieformulier. De formulieren moet dan ook worden aangepast, analoog aan de aanpassing van de indicatoren.

Werken met cliëntgebonden meetinstrument noodzakelijk

Voorafgaand, tijdens en na afloop van de pilot is er geen discussie over de vraag of cliëntgebonden meting van een aantal zorginhoudelijke indicatoren noodzakelijk is. Pilotdeelnemers zijn van de noodzaak overtuigd. Op deze manier worden eenduidige, vergelijkbare gegevens verkregen. Aandachtspunt blijft het instrument dat men voor de cliëntgebonden metingen gebruikt. Tijdens de pilot waren de bestaande instrumenten LPZ Maastricht en RAIView nog niet aangepast op de indicatoren uit het toetsingskader. Dit moet zo snel mogelijk gebeuren, willen dergelijke instrumenten bruikbaar zijn voor het meten van verantwoorde zorg. Daarom is (als bijlage bij het inspectieformulier) een cliëntgebonden formulier ontwikkeld dat voor dit doeleinde kan worden gebruikt.



Vragen 1 t/m 8 t.b.v. risico-correctie

De vragen 1 t/m 8 op beide cliëntgebonden formulieren roepen vragen op onder de pilotdeelnemers (dit zijn vragen over geslacht, leeftijd, cognitief en fysiek functioneren, bedoeld voor case-mix correctie):

- Waarom deze items op cliëntniveau meten terwijl er ook gegevens verzameld worden over de zorgzwaarte (eerder ZOZ en nu ZZP scores)?
- Hoe verloopt de case-mix correctie m.b.v. deze vragen nu precies?

Waarom geen ZOZ of ZZP gebruiken?

In de pilot is ervoor gekozen niet de ZOZ-meting te gebruiken voor het verkrijgen van inzicht in de zorgzwaarte van de cliënt. ZOZ bestaat uit 25 items, waarvan alleen de acht items die uiteindelijk op het cliëntgebonden formulier staan, daadwerkelijk corrigeren voor case-mix¹⁶. Instellingen die toen nog niet met ZOZ werkten, zouden dan belast worden met 17 'overbodige' items. Inmiddels werken alle instellingen met zorgzwaartemetingen t.b.v. de Zorg Zwaarte Pakketten (ZZP-en). Het ligt voor de hand om hiervan gebruik te maken in 2007. De mogelijkheden hiervoor worden momenteel onderzocht, waarbij rekening gehouden moet worden dat de ZZP-scores niet beschikbaar zijn voor extramurale zorg (zie hoofdstuk 6).



Hoe verloopt case-mix correctie?

Veel gehoorde klacht in de pilot is de ondoorzichtigheid waarmee de case-mix-correctie plaatsvond. Pilotdeelnemers werden geconfronteerd met andere prevalentiecijfers voor

¹⁵ NB. Ten tijde van gereedkomen van dit rapport heeft de Stuurgroep Verantwoorde Zorg inmiddels besloten dat het nog te vroeg is deze indicatoren integraal uit het "Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg" te schrappen. Zo lang deze items nog niet specifiek in het toekomstige VMS geborgd zijn, blijven ze in het Kwaliteitskader gehanteerd.

¹⁶ Dit blijkt uit eerdere data-verzameling en analyses door Prismant in het kader van de ZIKI indicatoren voor de Benchmark van Arcares

bepaalde zorgproblemen nadat de correctie was uitgevoerd. Dit voelt intuïtief niet goed aan en is ook niet goed uit te leggen.

In de pilot is ervoor gekozen om per indicator te bezien of, en zo ja hoe (één of meer van) de acht achtergrondvariabelen het resultaat beïnvloedden (waardoor correctie nodig is). Uiteindelijk is slechts voor een drietal indicatoren gecorrigeerd: decubitus, incontinentie en depressie.

Duidelijk is dat het proces van case-mix-correctie in de toekomst voor meer indicatoren, maar tegelijk eenvoudiger en transparanter moet gebeuren. Dit lijkt tegenstrijdig, maar momenteel wordt gezocht naar mogelijkheden om dit te laten slagen (zie hoofdstuk 6).



Uitsluiten van bepaalde groepen cliënten per vraag

De beide toetsingskaders koppelen bepaalde indicatoren exclusief aan bepaalde groepen van cliënten¹⁷. In de praktijk levert dit de nodige verwarring op, vooral wanneer bij cliënten nooit een indicatie in deze terminologie/classificatie is afgegeven of deze duidelijk is verouderd. Ook bij het verwerken en analyseren van de data heeft genoemde werkwijze voor problemen gezorgd.

Het gemaakte onderscheid is bovendien niet goed uit te leggen. Waarom worden bewoners in een verzorgingshuis wel gecontroleerd op decubitus en wordt bij hen vastgesteld of er sprake is van incontinentie, maar kan onbedoelde gewichtsafname niet in kaart gebracht worden? En waarom gelden deze indicatoren in de thuissituatie slechts als een cliënt verpleging, behandeling of persoonlijke verzorging heeft?

Overwogen zou moeten worden deze indeling te vereenvoudigen. Dit zou kunnen door alle indicatoren te laten gelden voor alle cliënten in de V&V, zowel als de Zorg Thuis, uitgezonderd cliënten die slechts Enkelvoudige Huishoudelijke Verzorging (EHVZ) ontvangen. Dit strookt bovendien met het voorstel om voor EHVZ een apart toetsingskader te maken.



¹⁷ bijvoorbeeld: gewichtsverlies alleen meten bij cliënten met de indicaties verblijf EN behandeling; of: decubitus en andere zorgproblemen in de thuiszorg alleen meten bij indicaties persoonlijke verzorging of behandeling.

4 Evaluatie van het proces (werking sturingsmodel)

4.1 Inleiding

De beide Toetsingskaders voor Verantwoorde Zorg bevatten een sturingsmodel dat de praktische werking omschrijft van de indicatorenset, instrumenten, metingen en vergelijkingen. Uitgangspunten daarin zijn:

- De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) draagt organisatorische eenheden op om jaarlijks de zorginhoudelijke indicatoren aan te leveren (via het IGZ-formulier) en tweejaarlijks een cliëntenraadpleging uit te voeren;
- Organisatorische eenheden meten zelf de zorginhoudelijke indicatoren m.b.v. het cliëntgebonden formulier of maken gebruik van LPZ Maastricht of RAIView;
- Cliëntenraadpleging wordt uitgevoerd door geaccrediteerde bureaus die werken met de CQ-index VV&T;
- De verzamelde gegevens worden na case-mix correctie teruggekoppeld aan de organisatorische eenheden;
- De organisatorische eenheden vullen hun scores in op het IGZ-formulier;
- Scores op de indicatoren worden door de organisatorische eenheden publiek gemaakt via het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.

Dit hoofdstuk bespreekt in hoeverre de pilot volgens de hierboven geschetste lijnen is verlopen en doet voorstellen voor verbetering van het proces.

4.2 Voorbereiding op de meting

Beschikbaar komen materialen

Zorginhoudelijke indicatoren

Het instructiemateriaal, de cliëntgebonden formulieren en ook het IGZ formulier (zowel de downloadable als uploadable versie) kwamen pas in een zeer laat stadium beschikbaar en waren op het internet moeilijk te vinden. Dit werd veroorzaakt door de korte doorlooptijd van de pilot. Hieraan moet voor het vervolg meer aandacht worden worden besteed. Wens daarbij is dat organisatorische eenheden cliëntgebonden formulieren vooraf al kunnen bewerken (bijvoorbeeld bestaande registraties raadplegen en alvast invullen), waarna formulieren "op maat" kunnen worden vermenigvuldigd. Zo kan vertraging, frustratie en teleurstelling bij organisatorische eenheden worden voorkomen.



Cliëntenraadpleging

Zowel het instrumentarium als de handleidingen / protocollen daarbij, kwamen pas in een zeer laat stadium beschikbaar voor de toetsende bureaus en de instellingen. Ook dit behoeft verbetering in de toekomst.



Training

Zorginhoudelijke indicatoren

De meeste zorginhoudelijke indicatoren kunnen niet worden gemeten zonder training van het verzorgend en verpleegkundig personeel. In de pilot zijn daarom

trainingsbijeenkomsten gehouden met instellingscoördinatoren, die deze kennis verder verspreiden in hun organisatorische eenheid (train the trainer). Dit principe werkte goed en oogste veel waardering in de pilot.

De trainingen waren inhoudelijk echter niet zo sterk en van tijd tot tijd erg rommelig. Dit werd gedeeltelijk veroorzaakt doordat materialen pas in een laat stadium beschikbaar kwamen (zie hierboven). Dit punt behoeft sterke verbetering in de toekomst.



Cliëntenraadpleging

De kwaliteit van de interviewers verschilden zeer sterk in de pilot. Soms werden op de dag van meting onervaren uitzendkrachten opgeroepen en ingeschakeld. Dit moet een belangrijk aandachtspunt vormen voor het Centrum meting Klantervaringen in de Zorg (CKZ) dat de bureaus gaat accrediteren.



Steekproeftrekking

Zorginhoudelijke indicatoren

In intramurale V&V settings is in de pilot bij *alle* cliënten gemeten. Bij de extramurale zorg gold een sleutel voor steekproeftrekking. Deze sleutel werkt voor de kleinere voorzieningen, maar vereist bij extrapolatie naar grotere instellingen een onevenredig groot aantal cliënten in de steekproef. Bij de metingen in 2007 moet dit op een verantwoorde manier verbeterd worden.



Cliëntenraadpleging

Ook de steekproeftrekking bij de cliëntenraadpleging leverde veel vraagtekens en ook problemen op:

- Voor steekproeftrekking van respondenten in de intramurale V&V settings en vertegenwoordigers van PG bewoners gold in de pilot een vast aantal van 30 respectievelijk 50 per organisatorische eenheid. Dit leverde problemen op voor kleinschalige eenheden, maar ook vraagtekens voor eenheden met grote aantallen bewoners: ontstaat zo een representatief beeld?
- Steekproeven dienden volgens afspraak door de bureaus gemaakt te worden. In enkele gevallen werd dit aan de organisatorische eenheid overgelaten, waardoor de foutkans toeneemt.
- Voor de cliëntenraadpleging in de thuiszorg is eveneens behoefte aan meer duidelijkheid over de steekproeftrekking. Daarnaast is een veel gehoorde vraag of via schriftelijke vragenlijsten wel een representatief beeld wordt verkregen van de ervaringen van thuiszorgcliënten. Immers; veel cliënten zijn niet in staat zo'n lijst in te vullen. Voorbeelden zijn bekend dat medewerkers van de thuiszorg cliënten helpen bij het invullen, zodat in die situaties nooit een betrouwbaar beeld kan ontstaan van de ervaren kwaliteit.

Voor genoemde problemen moet een oplossing komen van de zijde van het Nivel die het instrument plus uitvoerprotocol door-ontwikkelt.



4.3 De meting

Zorginhoudelijke indicatoren

De meting van de zorginhoudelijke indicatoren is over het algemeen zonder veel problemen verlopen. Onduidelijkheden werden al benoemd in 2.2 en bijlagen I en II. Deze worden weggenomen voor de uitrol in 2007.

Pilotdeelnemers melden dat er veel enthousiasme bestaat bij de verpleegkundigen en verzorgenden op de werkvloer (degenen die verantwoordelijk waren voor het uitvoeren van de metingen) Enthousiasme bestaat met name over de wijze van meten van kwaliteit; "eindelijk wordt kwaliteit gemeten met behulp van vragen en onderwerpen die er echt toe doen" is een veel gehoorde uitspraak. Metingen helpen verzorgenden en verpleegkundigen naar eigen zeggen meer resultaatgericht werken.

Een veel geuite wens is het continue meten van de zorginhoudelijke items, om meer en steeds actuele informatie over prestaties van afdelingen, teams te krijgen.

Een inventarisatie van de zorginhoudelijke onderwerpen kost ca. 10 tot 15 minuten per cliënt; een tijdsinvestering die door vrijwel alle geraadpleegde bronnen als zeer de moeite waard wordt ervaren.

Cliëntenraadpleging

Bij de cliëntenraadpleging traden meer problemen op, die vooral te wijten waren aan onduidelijke randvoorwaarden (zie 4.2) en de kwaliteit van de interviewers. Zo varieerde de tijd per interview sterk per interviewer en bleek een aantal interviewers niet geschikt voor het werken met oudere cliënten.

Hieraan dient in de toekomst bij de accreditatie door het CKZ zorgvuldig aandacht worden besteed.



4.4 Invoer en bewerking gegevens

Zorginhoudelijke indicatoren

Het invoeren van gegevens en de ondoorzichtige bewerking daarvan heeft in de pilot geleid tot zeer veel tijdverlies, verwarring, frustratie en fouten¹⁸. De conclusie luidt dat de 'data-flow' over 'teveel schijven' verloopt. Dit proces behoeft vereenvoudiging. In een optimale situatie communiceert het invoerprogramma (waar hetzij papieren formulieren worden ingevoerd, dan wel digitale ECD's aan zijn gekoppeld) direct met een centrale database, waar case-mix-correctie plaatsvindt, waarna instellingen direct de juiste scores teruggekoppeld krijgen. In hoofdstuk 6 wordt een dergelijk systeem geschetst voor de "uitrol" van de Normen voor Verantwoorde Zorg in 2007.



Cliëntenraadpleging

Het invoeren van de data uit de cliëntenraadpleging is verricht door bureaus. Hier zijn geen noemenswaardige problemen opgetreden, behalve dat van een aantal pilotdeelnemers de data te laat door het bureau werd aangeleverd.

¹⁸ Zie voor evaluatie case-mix procedure 3.3

In de pilot is nog geen case-mix-correctie verricht door de bureaus. Het Nivel had de maanden december '06 en januari '07 nog nodig voor het vaststellen van de "adjusters" en het corrigeren van de data. In de toekomst moet dit proces soepeler en eenvoudiger verlopen, zoals hierboven en in paragraaf 3.3 is beschreven.



4.5 Terugkoppeling resultaten

Zorginhoudelijke indicatoren

De invoermodule die werd ontwikkeld door LPZ Maastricht bood niet de functionaliteit van een terugkoppeling van resultaten binnen 24 uur. De uiteindelijke terugkoppeling van resultaten bestond uit een verzameling tabellen en niet een overzichtelijk geheel van scores die op het IGZ formulier zouden moeten worden ingevuld. Deze tabellen vormden voor veel pilotdeelnemers een zoekplaatje, waarin voor sommige indicatoren bovendien was gewerkt met afwijkende tellers en noemers. De kwaliteit van de in het IGZ formulier ingevulde data heeft hier erg onder geleden en kon dan ook niet worden gebruikt voor vergelijking van pilotdeelnemers.

Daarnaast zorgde deze gang van zaken voor veel verwarring onder pilotdeelnemers toen zij afwijkende resultaten teruggekoppeld kregen via de Report Card (zie hieronder). Ook het proces van data-terugkoppeling aan instellingen behoeft vereenvoudiging, zoals onder 4.4. beschreven. Hoofdstuk 6 doet daartoe voorstellen.



Cliëntenraadpleging

Bureaus maken met instellingen afspraken over de vorm en inhoud van de gegevensterugkoppeling n.a.v. de cliëntenraadpleging. Minimum eis is dat instellingen bruikbare data krijgen voor het rapporteren op indicatorniveau. Verdiepende analyses en presentaties zijn mogelijk, maar dit staat de bureaus in principe vrij.

Genoemde werkwijze leidde tot een grote diversiteit in kwaliteit (vorm en inhoud) van de rapportages over de cliëntenraadpleging. Pilotdeelnemers uiten de wens dat de Stuurgroep Verantwoorde Zorg minimumeisen stelt aan de bureaus. Verdiepend onderzoek en nadere analyses kunnen dan aan 'de markt' worden overgelaten.



Terugkoppeling totale indicatorenset d.m.v. Report Card

Integrale terugkoppeling van de pilotresultaten met aandacht voor de samenhang tussen de zorginhoudelijke indicatoren en de indicatoren vanuit cliëntenperspectief, was een van de doelstellingen van de pilot.

Ten tijde van de pilot functioneerden zowel het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording als kiesBeter.nl nog niet, zodat de Stuurgroep Plexus Medical Group verzocht een Report Card te ontwikkelen voor de integrale terugkoppeling van pilotresultaten aan instellingen.

Deze Report Cards (zie geanonimiseerde Report Cards V&V en Zorg Thuis in bijlage VI) bevatten de volgende gegevens:

- Score van de organisatorische eenheid
- Gemiddelde score van alle pilotdeelnemers
- Mediane score van alle pilotdeelnemers
- Beste en slechtste score (spreiding)
- Kwartielen: spreiding van de 25% beste, 25% goede, 25% minder goede en 25% slechtste instellingen.

Het idee van een integrale terugkoppeling van resultaten en een verantwoorde vergelijking met de resultaten van andere organisatorische eenheden spreekt de meeste organisatorische eenheden aan.

De zeggingskracht van de Report Cards was aanvankelijk zeer krachtig, maar werd in de loop van de tijd afgezwakt doordat fouten aan het licht kwamen die waren gemaakt bij de aggregatie en bewerking van de data (zie 4.4). Daarnaast moet een toekomstige report card aan een aantal eisen voldoen. Vormgeving is daarbij belangrijk, zodat in een oogopslag duidelijk wordt wat er staat, wat de databron is (IGZ formulier of cliëntenraadpleging) en of er sprake is van significante verschillen.

Het is überhaupt een belangrijke vraag hoe integrale rapportage van gegevens in de toekomst zal plaatsvinden. Immers; het sturingsmodel voorziet alleen in een rapportage in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording en (als afgeleide daarvan) publicatie van de resultaten op KiesBeter.nl. Het is de vraag of diverse partijen, maar vooral de instellingen, hiermee uit de voeten kunnen.



Naast een 'overall-overzicht' hebben instellingen duidelijk ook behoefte aan verdiepende analyses (bijvoorbeeld uitsplitsing naar typen voorzieningen, groepen cliënten of afdelingen). Dit geldt zowel voor de cliëntenraadpleging als voor de zorginhoudelijke indicatoren. Voorstel is dit over te laten aan marktpartijen (LPZ, RAIView) of het mogelijk te maken dat instellingen zelf dergelijke vergelijkingen maken (zie hoofdstuk 6). Wel worden instellingen aangespoord om dit als nadrukkelijke wens/eis te uiten naar bureaus die worden ingehuurd.



4.6 (Publieke) ontsluiting van de resultaten

In de pilot is ervoor gekozen de resultaten nog niet publiek te maken. Daarvoor waren de metingen, databewerkingen en –analyses nog te experimenteel. Wel wordt door een aantal instellingen geëxperimenteerd met het plaatsen van hun pilot-resultaten op kiesBeter.nl. Dit gebeurt in het kader van een onderzoek door de IGZ in opdracht van ZonMw.

De volgende aanbevelingen worden gedaan met betrekking tot de toekomstige publieke ontsluiting van de scores op de normen voor verantwoorde zorg:

- Het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording moet straks de gecorrigeerde gegevens bevatten (nodig voor toezicht respectievelijk vergelijking);
- Het Jaardocument en kiesBeter.nl moeten de mogelijkheid bieden tot het geven van toelichting bij scores;
- Resultaten moeten tussentijds op kiesBeter.nl kunnen worden ingevoerd, zodat gegevens daarop steeds up to date data zijn. Dit moeten toetsende bureaus of de centrale database faciliteren (zie verder Hoofdstuk 6).



4.7 Kosten en administratieve lastendruk

Het werken met de normen voor verantwoorde zorg betekenen netto een lastenverlichting voor zorgaanbieders in de VV&T. Het IGZ formulier bestond in de pilot nog slechts uit ca. 30 in plaats van 80 vragen en zal na de pilot als zodanig verdwijnen. De normen voor verantwoorde zorg zijn volledig substitueerbaar met de

kwali teitsparagraaf in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (zie ook hoofdstuk 6). Wel nieuw is het meten van de zorginhoudelijke indicatoren op cliëntniveau. De meeste inspanningen bleken hier te gaan zitten in het voorbereiden van de afdelingen op de meting. Verzorgenden en verpleegkundigen moesten worden getraind in het herkennen van decubitus, ondervoeding etc. Verwacht mag echter worden dat hier een leereffect zal optreden in de komende jaren. Bovendien moeten deze inspanningen worden gezien als noodzakelijke stappen op weg naar de verdere professionalisering van instellingen en medewerkers op het gebied van kwaliteit en veiligheid van de zorg. Kennis over het meten en de resultaten van de metingen zelf blijken in de dagelijkse zorg voor de cliënt direct toepasbaar. Bovendien kostte het meten zelf slechts geringe inspanning: 10 minuten per cliënt.

5 Impact en bruikbaarheid Normen voor Verantwoorde Zorg

5.1 Impact van de Normen voor Verantwoorde Zorg

De evaluatievragen zoals beschreven in hoofdstuk 1 vragen niet naar de invloed van de (pilot) Normen voor Verantwoorde Zorg op bijvoorbeeld het kwaliteitsdenken in instellingen, het meten van kwaliteit of zelfs de kwaliteit zelf. De evaluatie is dan ook meer een proces- dan een effectevaluatie. Een effect-evaluatie zou zo kort na de pilot ook nog niet mogelijk zijn, is bovendien zeer ingewikkeld en blijft altijd discussie oproepen vanwege de onvolkomenheden in het onderzoeksdesign¹⁹.

Toch is er een aantal sterke aanwijzingen dat het werken met de normen voor verantwoorde zorg een belangrijke impuls geeft aan het focussen op uitkomsten van zorg, het meten van de geleverde kwaliteit, wat op zich de eerste stappen zijn op weg naar daadwerkelijke kwaliteitsverbeteringen.

Veel eigen registratiesystemen tot nu toe

De meeste pilotdeelnemers gaven weliswaar aan in vorige jaren ook systematisch zorgproblemen te hebben onderzocht (72%), maar daarvan hanteerde het grootste deel (55%) een eigen methode, wat vergelijking per definitie onmogelijk maakt.

Weinig zorgproblemen tot nu toe systematisch onderzocht

De meeste winst lijkt te worden behaald bij zorgproblemen zoals *ondervoeding* (71% onderzocht dit niet), *depressie* (85% onderzocht dit niet), *psychofarmacagebruik* (82% onderzocht dit niet), *incontinentie* (67% onderzocht dit niet), *decubitus* (56% onderzocht dit niet), *probleemgedrag* (78% onderzocht dit niet) en *fixatie* (65% onderzocht dit niet).

Bekendere zorgproblemen zoals valincidenten en medicijnincidenten werden door meer pilotdeelnemers al systematisch in kaart gebracht (respectievelijk 67% en 66%). Bijlage VII visualiseert het bovenstaande.

5.2 Bruikbaarheid van de Normen voor Verantwoorde Zorg

In gesprekken met pilotdeelnemers en met vertegenwoordigers van de Stuurgroep Verantwoorde Zorg is gesproken over vraag twee van de evaluatie: "*Beantwoordt de informatie, die op genoemde wijze wordt verkregen, aan de informatiebehoefte?*"

Verschillende gebruiksdoelen kunnen worden onderscheiden:

- Transparantie en vergelijking
- Kwaliteitsverbetering
- Gelaagd en gefaseerd toezicht
- Zorginkoop
- Realiseren beleidsdoelstellingen

¹⁹ Bij grootschalige interventies in organisaties, zoals deze pilot, kan geen (benadering van een) randomized clinical trial worden uitgevoerd. Hooguit kunnen voor- en nametingen worden verricht, maar causale verbanden blijven betwistbaar

Transparantie en vergelijking van prestaties

De pilot heeft aangetoond dat beide toetsingskaders en de meetinstrumenten het mogelijk maken om gegevens te genereren die bruikbaar zijn voor het vergelijken en transparant maken van prestaties. De gestandaardiseerde meetmethode en de risico correctie zijn daarvoor cruciaal. Vooral de risico correctie behoeft verbetering (paragraaf 3.3 en hoofdstuk 6). Momenteel loopt nog een proef met het publiek maken van de pilotresultaten van enkele deelnemers via kiesBeter.nl.

Kwaliteitsverbetering

Een ander doel van het sturingsmodel, dat gedurende de pilot minder op de voorgrond heeft gestaan, is de *verbetering* van de zorgkwaliteit na meting. De mogelijkheden daartoe (en de benutting daarvan) blijken te verschillen binnen zorgvoorzieningen:

Management

Managers en kwaliteitsmedewerkers geven aan voldoende mogelijkheden te zien voor gebruik van de meetgegevens voor kwaliteitsverbetering. De meeste indicatoren lenen zich prima voor interne sturing. Er wordt door veel instellingen gesproken over een thema-gewijze aanpak op die onderdelen waarop slecht wordt gescoord. Wel geeft men aan ondersteund te willen worden bij creëren van meer dynamiek rondom de normen voor verantwoorde zorg.

Verpleegkundigen en verzorgenden

Ondanks het enthousiasme bij verpleegkundigen en verzorgenden over de indicatoren, vragen en metingen, ervaart men een gebrek aan handvatten voor vervolgstappen; de interpretatie en het gebruik van de resultaten voor verbetering. "*Na de meetweek bleef het angstig stil en denk je waar hebben we het allemaal voor gedaan*" zo verwoordde een van de pilotdeelnemers. Aandacht hiervoor is uitermate belangrijk omdat het genoemde enthousiasme uitstekende uitgangspunten voor verbetering biedt, maar bij gebrek aan stimulering en ondersteuning kan omslaan in negatieve energie.

Verpleeghuisartsen

Onder de verpleeghuisartsen leven de normen voor verantwoorde zorg nog minimaal, zo niet het minst. Dit heeft ook te maken met de werkwijze: management, verpleegkundigen en verzorgenden zijn direct betrokken, maar de artsen niet. Ook hier geldt dat het begeleiden van de artsen cruciaal is om de afwachtende houding, die nu nog bestaat, om te buigen naar herkenning, betrokkenheid en enthousiasme voordat deze omslaat naar afwijzing.

Cliëntenraden

Cliëntenraden geven aan dat de toetsingskaders en beide instrumenten de potentie hebben om goed bruikbare gegevens opleveren om in gesprek te gaan met management en zorgverleners. Men noemt echter wel een aantal condities waaraan voldaan moet zijn:

- Cliëntenraden moeten actief betrokken worden bij het bespreken van resultaten en vervolgacties, dan wel in staat gesteld worden aan gegevens te komen en het gesprek met management en zorgverleners aan te gaan;
- De rapportage van de resultaten moet aan bepaalde (minimum)vereisten voldoen, zodat cliëntenraden het kunnen interpreteren en gebruiken;
- Verdiepend onderzoek blijft wenselijk op thema's waarop een instelling slecht scoren.

Geconcludeerd moet worden dat tot nu toe te weinig aandacht is besteed aan het aanwenden van de normen voor verantwoorde zorg voor kwaliteitsverbetering; de fase die zou moeten volgen op het beschikbaar komen van de meetresultaten. Nodig is een integrale betrokkenheid van management, verpleegkundigen en verzorgenden, artsen en cliëntenraad bij het bespreken van meetresultaten, benoemen van verbeteracties, de uitvoer en de follow-up daarvan. Dit zou bovendien moeten worden gekoppeld aan de diverse verbetertrajecten die al lopen in het kader van Zorg voor Beter. Een gecoördineerd en integraal ondersteuningsaanbod vanuit de beroeps- branche- en cliëntenorganisatie is hierbij wenselijk²⁰. Bovendien zou door de IGZ en/of de zorgkantoren gedacht kunnen worden aan het afdwingen van enkele verbetertrajecten in instellingen met tegenvallende resultaten.



Gelaagd en Gefaseerd Toezicht

De IGZ denkt met het nieuwe instrumentarium bruikbare gegevens te verkrijgen voor het Gelaagd en Gefaseerd Toezicht. De IGZ heeft voorts de wens geuit dat er zowel ruwe scores als gecorrigeerde cijfers gepresenteerd worden.

Daarnaast is men van mening dat het "uitfilteren" van risicovolle instellingen moet gebeuren op basis van meerdere bronnen. De uitkomstindicatoren uit het toetsingskader zijn één zo'n bron, incidentmeldingen een andere.

Tenslotte overweegt men thematisch toezicht te gaan houden. Periodiek kunnen zo andere kwaliteitsdomeinen onder de loep worden genomen. Het nieuwe toetsingskader leent zich hier uitstekend voor.

Zorginkoop

Op 22 maart jl. vond bij Zorgverzekeraars Nederland een bijeenkomst plaats met enkele belangrijke zorgkantoren. Tijdens deze bijeenkomst zijn de toetsingskaders voor verantwoorde zorg besproken en is gediscussieerd over de bruikbaarheid van de indicatorensets voor het inkopen van zorg.

Tijdens de bijeenkomst is vastgesteld dat de Normen voor Verantwoorde zorg voor zorgkantoren het uitgangspunt zullen vormen voor de toetsing van de kwaliteit van zorg bij de zorginkoop. Geen andere indicatoren of instrumenten zullen vanuit de zorgkantoren aan instellingen worden verplicht. Certificering zou aanvullend mogelijk moeten zijn, maar niet als verplichting. Bovendien dienen certificeerders zich op twee manieren aan te passen aan de normen voor verantwoorde zorg: a) door het aanpassen van hun normenstelsel aan de indicatoren voor verantwoorde zorg (dit betekent: zowel het schrappen van overbodige normen en het uitbreiden met nu nog ontbrekende normen) en b) het inbouwen van een 'kwaliteits-accountant-controle'. Dit laatste zou moeten voorkomen dat instellingen bewust of onbewust foutieve gegevens registreren bij de indicatoren voor verantwoorde zorg. ZN organiseert hiertoe op korte termijn een bijeenkomst met de belangrijkste certificeerders in de zorg.

Realisatie beleidsdoelstellingen

De werkwijze van de Normen voor Verantwoorde Zorg past in de beleidscontext van de terugtrekkende overheid, sterkere marktpartijen, begeleid door een sterk toezicht (IGZ). Het ministerie van VWS is enthousiast over de gekozen route en behaalde resultaten tot nu toe (zoals het nieuwe kwaliteitsdenken en de impuls aan kwaliteitsverbetering).

²⁰ Nu ondersteunen de diverse koepels hun eigen achterbannen afzonderlijk, maar er zou een integraal, wellicht geprotocolleerd ondersteuningsaanbod moeten komen in 2007

Anderzijds benoemt men enkele condities die cruciaal zijn voor een succesvolle "uitrol" van de Normen voor Verantwoorde Zorg:

- Resultaten moeten in samenhang met andere kwaliteitsthema's en andere bronnen worden gezien;
- Potentiële perverse prikkels van het werken met indicatoren moeten nauwlettend worden gevolgd;
- Het aantal indicatoren waarmee wordt gewerkt moet steeds kritisch worden bekeken; wat is echt nodig?
- Er is uitgebreide ondersteuning en begeleiding nodig van instellingen en mensen daarbinnen om kwaliteitsverbetering o.b.v. de Normen voor Verantwoorde Zorg tot stand te brengen;
- Doelgroep-specifieke indicatoren zijn nodig (niet alleen via case-mix-correctie, ook specifieke indicatoren);
- De rol van de IGZ blijft cruciaal; zij zijn de enige partij die het werken met de toetsingskaders kunnen verplichten. Dit moet in de toekomst gehandhaafd worden.

6 Aandachtspunten voor de verder uitrol van de Normen voor Verantwoorde Zorg

Op basis van de evaluatie van de pilot schetst dit hoofdstuk een aantal aandachtspunten dat in het oog gehouden zou moeten worden bij de landelijke "uitrol" van de toetsingskaders V&V en Thuiszorg. Een aantal onderwerpen uit het sturingsmodel komt daarbij aan bod:

- Twee lijnen van dataverzameling in opdracht IGZ
- Meting
- Aanlevering gegevens door instellingen
- Bewerking gegevens (*case-mix-correctie*)
- Terugkoppeling aan de instelling
- Publieke ontsluiting van gegevens
- Relatie Toetsingskader voor Verantwoorde zorg tot audit op cruciale processen

Twee lijnen van dataverzameling

Cruciaal is dat ook in 2007 twee lijnen van dataverzameling gehandhaafd blijven: de cliëntenraadpleging en het inspectieformulier met bijbehorende cliëntgebonden formulieren. Nog meer van belang is dat de IGZ instellingen verplicht beide dataverzamelingen uit te voeren met behulp van het verplichte instrumentarium.

Meting

Meting van de zorginhoudelijke indicatoren zou plaats moeten vinden via RAIView, LPZ, het Electronisch Cliëntendossier (ECD) of via een webbased tool die via verantwoordezorg.nl ter beschikking wordt gesteld.

Cliëntenraadpleging wordt uitgevoerd met het CQ-instrumentarium, door LSR (KLANQ), C&K, Prismant of Facit (dit zolang CKZ geen bureaus heeft geaccrediteerd).

Aanlevering gegevens door instellingen

Een Organisatorische Eenheid (O.E.) levert data van cliëntgebonden meting aan d.m.v. een registratieprogramma (RAI view, LPZ, ECD of nieuwe Tool VZ). Deze sturen gegevens door naar de beheerder van een nieuw op te zetten "Technische database". Hier worden gegevens op cliëntniveau verzameld, beheerd en bewerkt (zie hieronder). De beheerder van deze data is een Trusted Third Party (TTP), en beheert de gegevens onder de conditie dat zij voor geen ander doeleinde dan risico-correctie mogen worden gebruikt.

Bewerking van de gegevens (case-mix-correctie)

Zorginhoudelijke indicatoren

- Voorgesteld wordt te onderzoeken of de Zorgzwaarte-scorelijst (ZZS), die in het kader van de ZZP's is ontwikkeld en wordt gebruikt, bruikbaar materiaal bevat voor case-mix-correctie. Voordeel is dat zeer recent voor iedere cliënt deze meting is uitgevoerd en dat gegevens dus beschikbaar zijn. Bovendien komen daarmee de eerste acht vragen uit de cliënt gebonden vragenlijst te vervallen en worden geen zaken dubbel bevraagd.
- Van iedere cliënt worden daartoe de gegevens ZZS-lijst meegeleverd bij de gegevens van de cliëntgebonden meting.
- Door onderzoekers van de Erasmus Universiteit wordt onderzocht welke items uit de ZZS lijst "adjuster" blijken te zijn voor specifieke indicatoren;

- Op basis van de kenmerken van de cliëntenpopulatie van een organisatorische eenheid, wordt vervolgens voorspeld welk percentage cliënten decubitus, ondervoeding, depressie etc. zou moeten hebben.
- Het voorspelde prevalentiecijfer wordt vergeleken met het gerealiseerde prevalentiecijfer, waarna een prestatie-score wordt berekend.
- Deze prestatie is dus op twee manieren relatief: ten opzichte van de potentiële prestatie, die weer berekend is op basis van de prestaties van alle organisatorische eenheden gezamenlijk (via de technische database).

Indicatoren van de cliëntenraadpleging

De toetsende bureaus voeren case-mix correctie uit volgens de door Nivel ontwikkelde methode. Ook hier zou gewerkt moeten worden aan een voorspelling van de resultaten op basis van de cliëntenpopulatie van een instelling. De vergelijking tussen gerealiseerde en verwachte score zou de basis voor de prestatie-score moeten zijn.

Terugkoppeling aan de organisatorische eenheid

Zorginhoudelijke indicatoren

Het bureau dat de meting uitvoert, dan wel de instelling zelf (i.g.v. ECD of webbased tool) heeft zelf de ruwe data ingevoerd in de technische database waar case-mix-correctie plaatsvindt. De geaggregeerde, gecorrigeerde scores worden door de technische database weer teruggegeven.

Indicatoren van de cliëntenraadpleging

De transparantie van de wijze van case-mix-correctie is uitermate belangrijk. Daarom is, voor organisatorische eenheden die dat willen, in de rapportage per indicator inzichtelijk:

- a) welke ZZS-items als adjusters zijn gebruikt
- b) hoe die adjuster heeft bijgedragen aan het voorspelde resultaat (dus gemiddelde zorgzwaarte van de organisatorische eenheid op dat onderdeel en een vertaling in een coëfficiënt)
- c) hoe dit heeft geleid tot de verwachte score
- d) hoe hiermee de prestatie-score is bepaald.

Publieke ontsluiting via Jaardocument Maatschappelijke verantwoording

Organisatorische eenheden plaatsen zelf de scores op indicatorniveau in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording en (als zij dat willen) op kiesBeter.nl. Dit betreft de verwachte scores en de uiteindelijke prestatie-score.

Relatie Toetsingskader voor Verantwoorde zorg tot audit op cruciale processen

Uit de pilot is duidelijk geworden dat het niet voor de hand ligt instellingen te verplichten structuur- of procesnormen te implementeren. Wel is tijdens de pilot door de stuurgroep verantwoorde zorg nagedacht over wat wellicht enkele 'cruciale' processen zouden kunnen zijn die in het kader van de veiligheid van instellingen zouden kunnen worden verlangd. Het gaat om de volgende (grotendeels al via het Toetsingskader Verantwoorde Zorg verplichte) onderwerpen:

- De instelling werkt met een cyclisch en geborgd *zorgplansysteem* voor iedere cliënt.
- De instelling beschikt over een laagdrempelige *klachtenprocedure* en MIP. De uitkomsten worden systematisch benut voor kwaliteitsverbetering.
- De instelling werkt met een onafhankelijke cliëntenraadpleging en bevindingen worden besproken met de cliëntenraad (verbetertrajecten).

- De instelling heeft afdoende maatregelen ter bevordering van *veiligheid* getroffen (onder meer op gebied van medicijnverstrekking; alarmeringssysteem voor oproepbare zorg; hulpmiddelen).
- De instelling heeft een aanpak voor *deskundigheidsbevordering*; opleiding en competenties van het personeel zijn afgestemd op de zorgvraag en zorgzwaarte van cliënten.

Het grootste deel van deze onderwerpen wordt al geborgd door het werken met de normen voor verantwoorde zorg. Waar dit nog niet geldt, wordt aanbevolen deze aspecten onderdeel te laten vormen van het VMS, dat beoogd onderdeel van de normen voor verantwoorde zorg vormt.

Bijlage I. Pilot-indicatorenset intramurale V&V

Indicatoren pilot-set	Commentaar	Voorstel ²¹
1.1: Werken met zorgplan		- handhaven huidige indicator
1.2: Afwijking van zorgplan		- handhaven huidige indicator
2.1: Communiceren met cliënt		- handhaven huidige indicator
2.2: Informeren van cliënt		- handhaven huidige indicator
2.3: Bejegening van cliënt		- handhaven huidige indicator
3.1: Cliënt vindt zichzelf schoon en verzorgd		- handhaven huidige indicator
3.2: Smakelijke maaltijden		- handhaven huidige indicator
4.1: Decubitus		- handhaven huidige indicator
4.2: Gewichtsverlies	<ul style="list-style-type: none"> - koppelen aan zorgzwaarte (ZZP-score) - <u>zeer</u> veel onduidelijkheid wanneer wel en wanneer niet; indicatie is soms geen oplossing - wegen per maand soms niet wenselijk (kleinschalige vormen) 	<ul style="list-style-type: none"> - koppelen aan ZZP of: - indicator niet beperken tot indicatie verblijf + behandeling maar slechts uitsluiten i.g.v. EHVZ.
4.3: Valincidenten	<ul style="list-style-type: none"> - Onduidelijkheid en fouten door mogelijkheid uit MIP/FONA te halen. - Straft goede registratie en beloont slechte 	- valincidenten ALLEEN via cliëntgebonden formulier meten
4.4a: Medicatiefouten	<ul style="list-style-type: none"> - Onduidelijkheid en fouten door mogelijkheid uit MIP/FONA te halen. - Straft goede registratie en beloont slechte - Medicatie in eigen beheer komt voor 	<ul style="list-style-type: none"> - medicatiefouten ALLEEN via cliëntgebonden formulier meten - Antwoordmogelijkheid bieden 'medicatie in eigen beheer'
4.4b: Psychofarmaca gebruik	<ul style="list-style-type: none"> - Soms medicatie eigen beheer - Personeel weet niet wat psychofarmaca zijn - vanuit de wetenschap: anti-depressiva hoort niet in rijtje thuis. Deze is bedoeld ondergebruik te registreren (hoort dus bij domein 7) 	<ul style="list-style-type: none"> - Antwoordmogelijkheid bieden 'medicatie in eigen beheer' - instelling moet zelf actie ondernemen: contact met apotheek, lijst stof/merknamen - alle psychofarmaca die nu genoemd staan blijven uitvragen op niveau individuele cliënt, maar antidepressiva anders interpreteren als andere psychofarmaca.
4.5a: Vaccinatiegraad bewoners	<ul style="list-style-type: none"> - Hoge non-respons - Heb je als instelling geen 	Opnemen antwoordmogelijkheid 'cliënt ziet er vanaf'.

²¹ NB. Ten tijde van gereedkomen van dit rapport heeft de Stuurgroep Verantwoorde Zorg inmiddels besloten over deze indicatoren. Het nieuwe "Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg 2007-2008" is inmiddels gereed.

Indicatoren pilot-set	Commentaar	Voorstel²¹
	invloed op als mensen niet willen	
4.5b: Vaccinatiegraad medewerkers	Heb je als instelling geen invloed op als mensen niet willen	Mogelijkheid bieden voor toelichting
4.6: Betrokkenheid arts diagnose incontinentie		- handhaven huidige indicator
4.7: Urine-incontinentie	- Onduidelijkheid over criteria - beter is het te vragen of incontinentie ook behandeld wordt (bijv. training)	- Duidelijk maken of het gaat om urineverlies (met bepaalde freq.) of geen controle - i.g.v. katheter alleen incontinent bij urineverlies niet retentie - aanvullende vraag opnemen over mogelijkheden vs. daadwerkelijk geboden therapie
4.8: Verblijfskatheter	- Is sprake van incontinentie igv katheter? Niet altijd (retentie)!	- Vraag over katheter loskoppelen van wel/niet incontinent. - i.g.v. katheter alleen incontinent bij urineverlies niet retentie
4.9: Zachte domotica		- handhaven huidige indicator - wellicht naar VMS?
4.10: Respecteren rechten cliënt		- handhaven huidige indicator
4.11: Agressieve cliënten		- handhaven huidige indicator
4.12: Fixatie	Te weinig waarnemingen	Uitbreiden met diepe stoel en tafelblad
4.13: Letsel door fixatie	Te weinig waarnemingen	Verwijderen
4.14: Goede pijnbestrijding		- handhaven huidige indicator
4.15: Inspelen op mogelijkheden cliënt		- handhaven huidige indicator
5.1: Comfortabele woonruimte		- handhaven huidige indicator
5.2: Cliënten voelen zich thuis		- handhaven huidige indicator
5.3: Privacy in de (woon)ruimten		- handhaven huidige indicator
5.4: Bewegingsvrijheid (woon) ruimten		- handhaven huidige indicator
6.1: Participatie in samenleving		- handhaven huidige indicator
6.2: Dagbesteding en -structurering		- handhaven huidige indicator
7.1: Eigen identiteit en levensinvulling		- handhaven huidige indicator
7.2: Depressieve cliënten	- observatie is te doen maar wellicht multi-interpretabel - wellicht beter vragen naar diagnose door/ betrokkenheid van psycholoog?	- handhaven huidige indicator; nogmaals goed onderzoeken schaal + afkappunten
8.1: Alarmering en alarmopvolging		- handhaven huidige indicator
8.2: Periodiek onderhoud tilliften	Nauwelijks onderscheidend	- Verwijderen, onderdeel maken

Indicatoren pilot-set	Commentaar	Voorstel²¹
	vermogen (94% ja)	van VMS
8.3: Brand-, inbraak- en calamiteitenpreventie		- handhaven huidige indicator; ook onderdeel van VMS
8.4: Adequaar toezicht		- handhaven huidige indicator
9.1: Beschikbaarheid verpleegkundige	Formuleren zoals 9.3; bereikbaar /oproepbaar i.p.v. aanwezig	- handhaven huidige indicator
9.2: Voldoende en bekwaam personeel		- handhaven huidige indicator
9.3: Beschikbaarheid arts	Nauwelijks onderscheidend (98% ja)	Verwijderen, onderdeel maken van VMS
9.4: Bekwaamheid voorbehouden en risicovolle handelingen		- handhaven huidige indicator
9.5: Capaciteitsplanningsinstrument		- doortrekken naar thuiszorg of geheel laten vervallen
9.6: Medewerkersraadpleging	- waarom niet voor thuiszorg	- doortrekken naar thuiszorg
		SUGGESTIE: <i>SOCIALE OMGANG EN EENZAAMHEID</i> ook in de V&V laten gelden en niet slechts in thuiszorg
		SUGGESTIE: <i>VEILIG WERKEN MET HULPMIDDELEN</i> doortrekken naar V&V of verwijderen naar VMS

Bijlage II. Pilot-indicatorenset Zorg Thuis

Indicatoren pilot-set	Commentaar	Voorstel ²²
1.1 adequaat werken met zorg-/leef-/ behandelplannen		- handhaven huidige indicator
2.1 communicatie		- handhaven huidige indicator
2.2 informatie		- handhaven huidige indicator
3.1 schoon en verzorgd lichaam		- handhaven huidige indicator
3.2 signaleren gezondheidsrisico's		- handhaven huidige indicator
4.1 signaleren voldoende eten en drinken	- kunnen cliënten de signaalfunctie van zorgverleners inschatten? - wat is voldoende eten en drinken? Graag objectiveren - Internationaal wordt gebruikt: gebruik maaltijden en drankjes laatste x dagen	- omzetten naar internationaal erkende indicator m.b.t. gebruik maaltijden en drankjes laatste x dagen. Opnemen in cliëntgebonden formulier en alleen EHVZ uitsluiten
4.2 veilig werken met hulpmiddelen		- handhaven huidige indicator of:verwijderen naar VMS
4.3. gezondheids- en pijnklachten	- pijnbestrijding is verantwoordelijkheid Huisarts	- vraag zodanig formuleren dat maatregelen die thuiszorg neemt worden onderzocht
4.4 signaleren veilig medicijngebruik	- reacties van de instellingen: dit is niet verantwoordelijkheid thuiszorg, maar van apotheek. - reacties wetenschappers: deze indicator meet signaalfunctie; wordt immers gevraagd naar kennis bij thuiszorgmedewerker	- handhaven huidige indicator; formulering enigszins aanpassen, zodat duidelijk is dat het om signaalfunctie gaat. Bijv. "% cliënten waarbij medewerker op de hoogte is van...."
4.5 bijdragen veilig medicijngebruik	- kunnen cliënten de signaalfunctie van zorgverleners inschatten?	- handhaven huidige indicator
4.6 decubitus	- wetenschapper: decubitus meten in thuisituatie geeft onbetrouwbare resultaten - instellingen: wel hele belangrijke indicator - was goed te doen voor thuiszorg	- handhaven huidige indicator
4.7 diagnose incontinentie		- handhaven huidige indicator
4.8 prevalentie incontinentie	- Onduidelijkheid over criteria - vragen over doel indicator; als dat is het bestrijden van onnodig bestempelen als incontinent, dan is het beter	- Duidelijk maken of het gaat om urineverlies (met bepaalde freq.) of geen controle - i.g.v. katheter alleen incontinent bij urineverlies niet

²² NB. Ten tijde van gereedkomen van dit rapport heeft de Stuurgroep Verantwoorde Zorg inmiddels besloten over deze indicatoren. Het nieuwe "Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg 2007-2008" is inmiddels gereed.

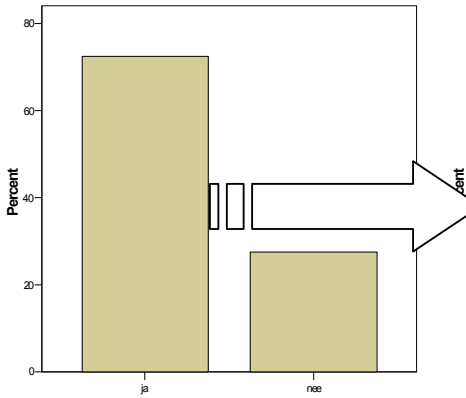
Indicatoren pilot-set	Commentaar	Voorstel ²²
	<ul style="list-style-type: none"> - ... te vragen of incontinentie ook behandeld wordt (bijv. training) - wordt wel als belangrijke indicator gezien! 	<ul style="list-style-type: none"> retentie - aanvullende vraag opnemen over mogelijkheden vs. daadwerkelijk geboden therapie
4.9 verblijfskatheter	<ul style="list-style-type: none"> - Is sprake van incontinentie igv katheter? Niet altijd (retentie)! - ondanks weinig voorkomen wel als belangrijke indicator beschouwd 	<ul style="list-style-type: none"> - Vraag over katheter loskoppelen van wel/niet incontinent. - i.g.v. katheter alleen incontinent bij urineverlies niet retentie
4.10 beleid vrijheidsbeperking		- handhaven huidige indicator
5.1 bereikbaarheid zorgverleners / -organisatie		- handhaven huidige indicator
5.2 thuis voelen		<ul style="list-style-type: none"> - teller aanpassen: moet zijn; "...met de geleverde zorg thuisvoelen in eigen woning".
6.1 ondersteuning sociale redzaamheid		- handhaven huidige indicator
6.2 sociale omgang en eenzaamheid (CQ-index)		- handhaven huidige indicator
6.2 sociale omgang en eenzaamheid (zorginhoudelijk)	<ul style="list-style-type: none"> - kunnen verzorgenden dit beoordelen? - uitsluiten EHVZ - corrigeren voor mobiliteit 	<ul style="list-style-type: none"> - doortrekken naar V&V - uitsluiten EHVZ - corrigeren voor mobiliteit
7.1 ondersteuning geestelijk welzijn		- handhaven huidige indicator
7.2 prevalentie depressie	<ul style="list-style-type: none"> - observatie is te doen maar wellicht multi-interpretabel - probleem als verzorgende cliënt niet goed kent - teveel moment opname. - wellicht beter vragen naar diagnose (door/ betrokkenheid van psycholoog)? - wanneer nu precies depressief? - wel belangrijke indicator - internationaal gezien juiste indicator (volgens wetenschap) 	<ul style="list-style-type: none"> - handhaven huidige indicator; nogmaals goed onderzoeken schaal + afkappunten
8.1 veilig voelen		Formulering aanpassen: moet zijn; "...met de geleverde zorg veilig voelen in eigen woning".
8.2 valincidenten	<ul style="list-style-type: none"> - veel onduidelijkheid over bruikbaarheid MIP - gebruik MIP niet wenselijk (straft goede registratie) - beter omschrijven of het om vallen binnen- of buitenshuis 	<ul style="list-style-type: none"> - geen MIP gebruiken voor aanlevering gegevens. - meting via cliëntgebonden formulier - gaat om vallen in en om de woning

Indicatoren pilot-set	Commentaar	Voorstel ²²
	gaat - vallen is heel belangrijk issue	
8.3 signalering gevaarlijke situaties	- kunnen cliënten de signaalfunctie van zorgverleners inschatten?	- handhaven huidige indicator
8.4 bijdragen aan hygiëne	- kunnen cliënten de signaalfunctie van zorgverleners inschatten? - discussie of thuiszorg hierin wel rol moet hebben	- handhaven huidige indicator
8.5 wijzen op noodzaak alarmering	- belangrijke indicator die cliënt wel in kan schatten	- handhaven huidige indicator
9.1 cliëntenoordeel deskundigheid		- handhaven huidige indicator
9.2 voorbehouden en risicovolle handelingen	- belangrijke indicator	- handhaven huidige indicator
9.3 cliëntenoordeel bejegening	- belangrijke indicator	- handhaven huidige indicator
9.4 betrouwbaarheid zorgverlener		- handhaven huidige indicator
9.5 signalering tekorten in zorg	- kunnen cliënten de signaalfunctie van zorgverleners inschatten?	- handhaven huidige indicator
10.1 zorg <i>niet</i> conform zorgplan	- kan cliënt dit wel beoordelen?	- handhaven huidige indicator
10.2 wachttijd voor zorg	- zijn veel definities van wachttijd; goed definiëren	- handhaven huidige indicator met goede definiëring - aandacht voor rapportage; kan toch niet % zijn?
10.3 cliëntenoordeel voldoende bekwaam personeel		- handhaven huidige indicator
11.1 cliëntenoordeel afstemming en samenwerking in de keten		- handhaven huidige indicator
	- Veel onduidelijkheden wanneer wel en wanneer niet meten - Zou ook voor Thuiszorg kunnen, voor zwaardere cliënten	SUGGESTIE: <i>GEWICHTSVERLIES</i> ook in thuiszorg laten gelden, behalve bij EHVZ
		SUGGESTIE: <i>MEDEWERKERSRAADPLEGING</i> ook in thuiszorg laten gelden
		SUGGESTIE: <i>CAPACITEITSPANNING</i> ook in thuiszorg laten gelden of laten vervallen

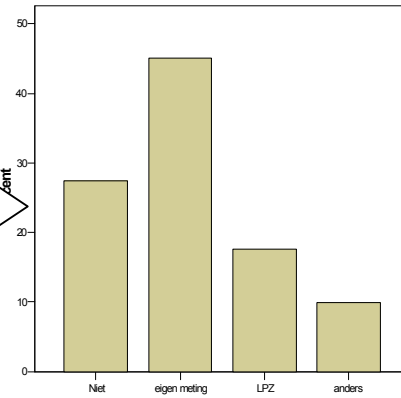
Bijlage III. Report Cards V&V en Zorg Thuis

Bijlage IV. Impact Normen voor Verantwoorde Zorg

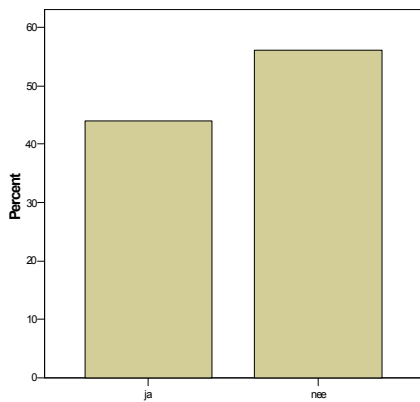
Onderzocht u in vorige jaren ook systematisch op dienstniveau het voorkomen van zorgproblemen?



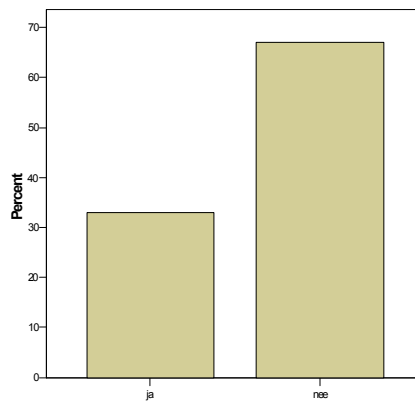
Hoe onderzocht u tot nu toe de genoemde zorgproblemen?



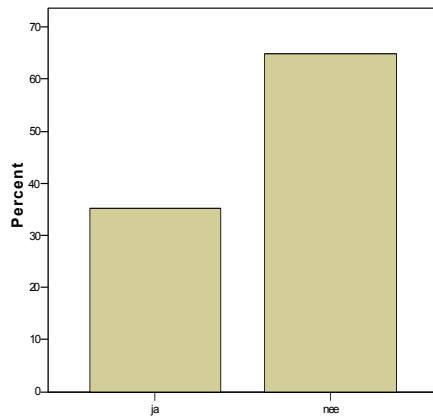
Onderzocht u decubitus?



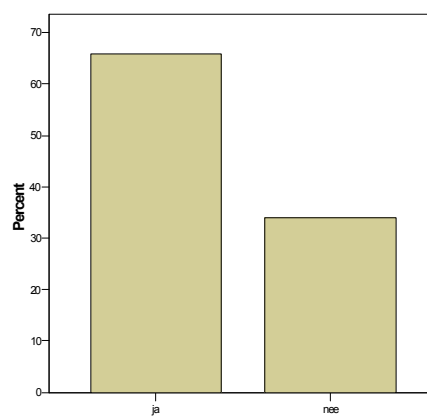
Onderzocht u incontinentie?



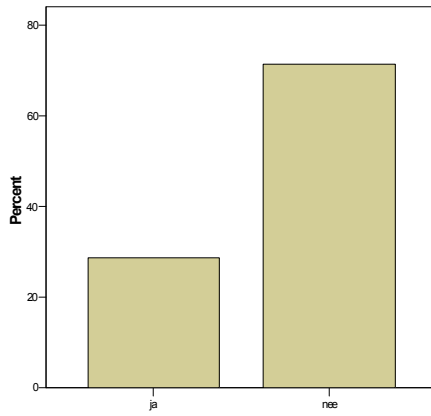
Onderzocht u fixatie?



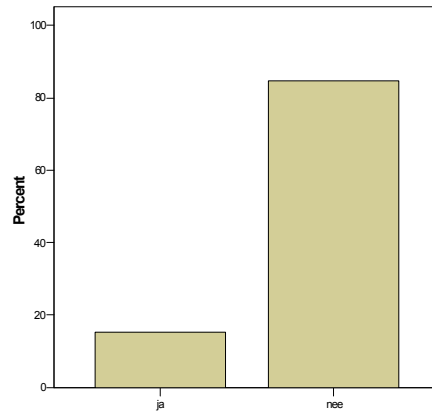
Onderzocht u medicijnincidenten?



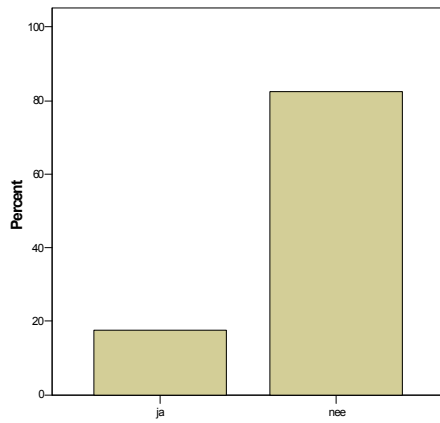
Onderzocht u ondervoeding?



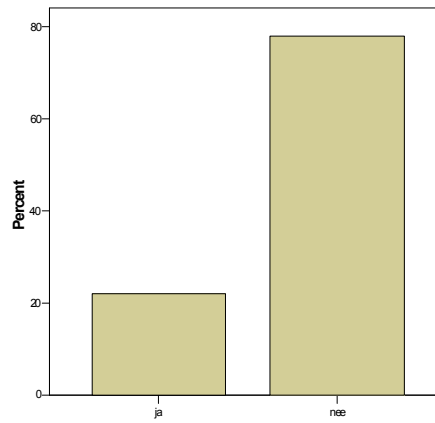
Onderzocht u depressie?



Onderzocht u psychofarmacagebruik?



Onderzocht u probleemgedrag?



Bijlage V Lijst van geraadpleegde deskundigen²³

- Dr. Dinnus Frijters, verpleeghuisarts, VU/Prismant;
- Dr. Wilco Achterberg, verpleeghuisarts, VU;
- Prof. Dr. Jos Schols, Universiteit van Tilburg;
- Dr. Martin Smalbrugge, VU;
- Dr. R. Halfens, Universiteit Maastricht;
- Prof. Dr. H.J.M. Cools, LUMC;
- Dr. T. Kool, Prismant

²³ Diverse deskundigen zijn geraadpleegd. Deze bijlage geeft een beknopt overzicht van enkele toonaangevende wetenschappers die bij de bijeenkomsten betrokken waren. Met de genoemde deskundigen zijn conceptversies van de indicatorensets besproken. Het staat daarom niet vast dat zij ook het document in zijn huidige vorm onderschrijven..