

ZICHTBARE ZORG

VERPLEGING
VERZORGING
THUISZORG

Bezoekadres:

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag

Postadres:

Postbus 16119
2500 BC Den Haag

Telefoon:

(070) 3407911

Telefax:

(070) 3405725

Internet:

www.zichtbarezorg.nl

ZICHTBARE ZORG

VERPLEGING
VERZORGING
THUISZORG



K	W	A	L	I	T	E	I	T	S
K	A	D	E	R		V	E	R	-
A	N	T	W	O	O	R	D	E	
Z	O	R	G						

K W A L I T E I T S
K A D E R V E R -
A N T W O O R D E
Z O R G

Deelnemende partijen



Zorgverzekeraars Nederland



Inhoudsopgave

Voorwoord pagina 5

1 Inleiding pagina 6

2 Normen Verantwoorde Zorg pagina 11

3 Meten en Weten pagina 24

Bijlage 1. Overzicht indicatoren voor Verantwoorde zorg VVT pagina 28

Bijlage 2. Indicatorenset Verantwoorde zorg VV&T pagina 30

Kwaliteit van leven

- 1 Lichamelijk welbevinden en gezondheid** pagina 30
- 2 Woon- en leefsituatie** pagina 31
- 3 Participatie** pagina 33
- 4 Mentaal welbevinden** pagina 34

Kwaliteit van de zorgverleners

- 5 Kwaliteit van de zorgverleners** pagina 35

Kwaliteit van de zorgorganisatie

- 6 Kwaliteit van de zorgorganisatie** pagina 37

Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid

- 7 Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid** pagina 45
-

Colofon

Internet: www.zichtbarezorg.nl

E-mail: info@zichtbarezorg.nl

Deelnemende partijen van de Stuurgroep VV&T:

- ActiZ, organisatie van zorgondernemers;
- Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN);
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ);
- Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC);
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).
- Verenso, beroepsvereniging van specialisten in ouderengeneeskunde;
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN);
- Sting, landelijke beroepsvereniging thuiszorg;
- Zorg verzekeraars Nederland (ZN).

Vormgeving:

Faydherbe/De Vringer

Opmaak:

Faydherbe/De Vringer

Druk:

Vijfkeerblauw

Tot stand gekomen onder eindverantwoordelijkheid van de Stuurgroep
Kwaliteitskader VV&T.

Den Haag, april 2010

Voorwoord

Voor u ligt de verbeterde versie van het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg voor de sector Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (VV&T). De Stuurgroep Verantwoorde Zorg voorzag in 2007 al dat na twee jaar een gedegen evaluatie noodzakelijk was om het model en de inhoud verder aan te scherpen en te verbeteren. Aan die verbetering hebben veel mensen in het afgelopen jaar met grote inzet gewerkt.

In 2009 evalueerden we zowel het meetproces als de inhoud van de Zorginhoudelijke Indicatoren (ZI) en de vragenlijsten voor de cliëntenervaringen (CQ-index). De aanbevelingen uit deze rapporten gebruikten we voor concrete verbeteringen die in dit kwaliteitskader zijn verwerkt.

We hebben zowel bij het evaluatieonderzoek als in het verbeterproces gebruikgemaakt van veel externe deskundigen. Experts uit het veld, met kennis van de statistiek, zijn samen met beleidsmakers en kwaliteitscoördinatoren uit de zorgorganisaties intensief betrokken geweest bij de totstandkoming van dit verbeterde kader.

Het document dat voor u ligt bevat ook de normen. Deze vormden de basis van het eerste kwaliteitskader. Zij beschrijven wat alle partijen – die verenigd zijn in de stuurgroep Verantwoorde Zorg – verstaan onder ‘vakbekwaam zorgen voor de kwaliteit van leven’ van mensen die gebruikmaken van de intramurale ouderenzorg of zorg thuis.

Tot slot een woord van dank aan de Projectgroep, het programmabureau Zichtbare Zorg en alle externe partijen die een onmisbare bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van dit verbeterde kader.

Ik wens allen die dit kwaliteitskader gebruiken veel succes, en hoop dat het bijdraagt aan het verder verbeteren en inzichtelijk maken van de kwaliteit van de zorg.



Jenneke van Veen,
Voorzitter Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg

1. Inleiding

Het is belangrijk dat overal verantwoorde zorg wordt geleverd. Maar wat is verantwoorde zorg? In dit Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VV&T) leest u wat wij, de partijen binnen de Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg¹, verstaan onder verantwoorde zorg en hoe we meten of zorg verantwoord is. Het kwaliteitskader maakt de meerwaarde van de zorg zichtbaar. Ook biedt het u een handreiking om met elkaar te werken aan verbetering van de zorg. Het kwaliteitskader is bruikbaar voor een brede doelgroep zoals cliënten(raden), zorgverleners, zorgorganisaties, zorginkopers en toezichthouders.

1.1 Het kwaliteitskader

Doel van het kwaliteitskader

Het doel van het kwaliteitskader is door verantwoorde zorg de kwaliteit van leven van de cliënt te verbeteren. Uitgangspunt daarbij is de cliënt² zelf. Het is natuurlijk ook belangrijk dat de zorgverlener³ met plezier werkt, en dat managers de zorgverleners goed ondersteunen. Maar in het kwaliteitskader staat de kwaliteit van leven van de cliënt centraal.

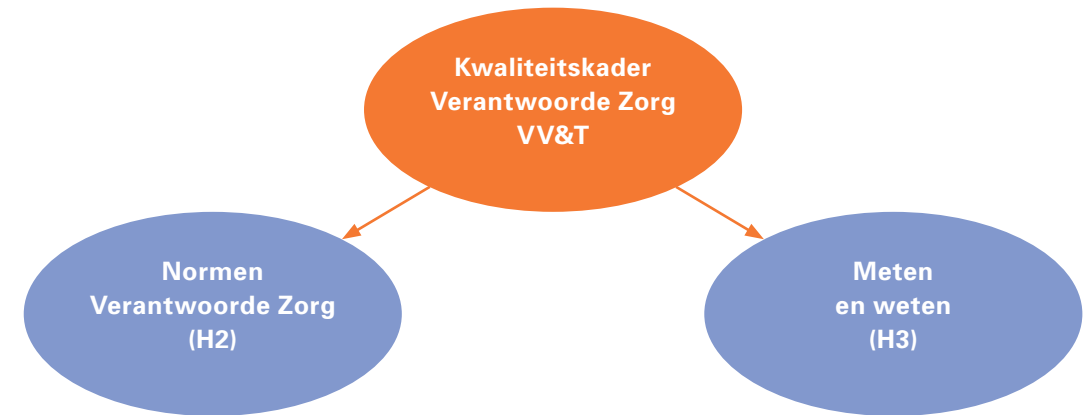
Inhoud van het kwaliteitskader

Het kwaliteitskader bestaat uit normen en metingen. Normen bepalen wat we verstaan onder vakbekwaam zorgen voor kwaliteit van leven. Door te meten krijgen we inzicht of verantwoorde zorg wordt geleverd en weten we waar verbeteringen mogelijk zijn. De normen in hoofdstuk 2 zijn gebaseerd op afspraken die we met alle partijen hebben gemaakt over wat we verantwoorde langdurige zorg binnen de sector VV&T vinden. Hoofdstuk 3 gaat in op de onderwerpen die zijn geselecteerd om verantwoorde zorg te meten. Ook laat dit hoofdstuk zien hoe de onderwerpen worden gemeten.

¹ LOC, cliëntenorganisatie; Verenso, specialisten in ouderengeneeskunde; V&VN, beroepsvereniging van zorgprofessionals; Sting, landelijke beroepsvereniging verzorging & zorgprojecten; ActiZ, brancheorganisatie van zorgondernemers; Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN); Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ); Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Zorverzekeraars Nederland (ZN).

² In de tekst wordt gesproken over 'de cliënt' en 'hij'. Waar hij staat, dient hij en zij gelezen te worden. Als de cliënt niet in staat is zelf zaken te regelen (als hij wilsonbekwaam is), kunt u 'de cliënt of zijn (wettelijk) vertegenwoordiger' lezen.

³ Wanneer in de tekst wordt gesproken over de zorgverlener, wordt hiernaar verwezen als 'zij'. Hieronder moet hij/zij verstaan worden.



Figuur 1. Inhoud kwaliteitskader

Reikwijdte van het kwaliteitskader

Het kwaliteitskader gaat over langdurige en/of complexe zorg die geleverd wordt door zorgorganisaties in de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg. Dat kan zorg zijn binnen muren van een zorgorganisatie of thuis. Het gaat zowel over Awbz-zorg die cliënten met een persoonsgebonden budget betalen als Awbz-zorg die verzekeraars in natura vergoeden. Het kwaliteitskader is niet gericht op huishoudelijk hulp (WMO) en/of kortdurende zorg zoals dagbehandeling, revalidatie en kraamzorg.

Verbeteringen in het kwaliteitskader

De partijen binnen de stuurgroep proberen het kwaliteitskader steeds verder te verbeteren. In 2009 hebben we in een evaluatiestudie laten onderzoeken wat beter kan. De aanbevelingen uit dit onderzoek en de signalen uit het veld hebben we zoveel mogelijk verwerkt in dit document. Een overzicht van de belangrijkste verbeteringen:

- Nieuw in dit document is dat de normen voor zowel Verpleging en Verzorging als voor Zorg Thuis zijn opgenomen, terwijl deze eerder gescheiden waren beschreven in twee documenten.
- Daarnaast is een fundamentele verbetering dat in dit boekje zowel de normen als het meten en weten aan bod komen.
- Om de indicatoren beter bij de normen te laten aansluiten zijn de thema's en de ordening van de indicatoren aangepast.
- Ook in de meetinstrumenten zijn veranderingen doorgevoerd. Zo hebben we bijvoorbeeld de vragenlijsten aan cliënten of hun familie bij de CQ-index korter gemaakt en aangescherpt.
- Voor de Zorg Thuis is een aantal uitkomstindicatoren verwijderd, omdat deze onvoldoende aansloten bij de verantwoordelijkheid van de thuiszorg. Daarnaast heeft de stuurgroep besloten voor de Zorg Thuis de indicatoren 'incontinentieprevalentie' en 'valincidenten' alleen te gebruiken voor interne verbetering. Voor zowel Verpleging, Verzorging als Zorg Thuis is de procesindicator risicosignalering toegevoegd.

- In relatie tot de kwaliteit van de gebouwen zijn indicatoren toegevoegd omdat het bouwregime is afgeschaft.
- Om de registratielast beperkt te houden is een aantal indicatoren verwijderd, zoals 'instructie tilliften' en 'vaccinatiegraad medewerkers'. Op deze manier wordt de indicatorenset niet onnodig groot.

Met deze verbeteringen hopen we te stimuleren dat instellingen blijven werken aan het meten en verbeteren van de kwaliteit van zorg.

1.2 Gebruik van het kwaliteitskader

Het kwaliteitskader helpt de zorgorganisatie om verantwoorde zorg te leveren. Cruciaal is dat het kwaliteitskader een onderdeel vormt van het primaire proces, en ondersteuning biedt bij het leveren van verantwoorde zorg. Het kwaliteitskader met de normen en de metingen kunnen voor verschillende doeleinden worden gebruikt: zorgverleners en Raden van Bestuur krijgen inzicht waar ze de kwaliteit van de zorg kunnen verbeteren, de Inspectie kan haar toezicht inrichten, zorgkantoren kunnen zorg op basis van kwaliteitsgegevens inkopen en cliënten kunnen goed geïnformeerd kiezen. Bovendien vermindert één keer meten voor alle doeleinden de administratieve lasten.

Aansturing en verbetering binnen de zorgorganisatie

De zorgorganisatie is uiteraard verantwoordelijk voor het realiseren van verantwoorde zorg voor haar cliënten. Om zowel zorgverleners, Raden van Bestuur en Raden van Toezicht als cliëntenraden te ondersteunen, biedt het kwaliteitskader belangrijke informatie.

Zorgverleners

- Zijn betrokken bij voorbereiding en uitvoering van metingen;
- Bespreken de normen en de uitkomsten van de metingen met elkaar en met de Raad van Bestuur. Ook de Verpleegkundigen en Verzorgenden Adviesraden (VAR's) kunnen hierbij een belangrijke adviserende rol vervullen;
- Vertalen de uitkomsten naar concrete verbeteringen in hun werk;
- Passen deze verbeteringen toe.

Raad van Bestuur

- Is op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde zorg;
- Vraagt 'verzwaard' advies⁴ aan de cliëntenraad betreffende de keuze van het bureau dat de CQ-index gaat meten;
- Koppelt de resultaten van de metingen terug naar de zorgverleners en cliëntenraden⁵. De Raad van Bestuur zorgt dat de cliëntenraad de volledige uitkomsten van de kwaliteitsmetingen ontvangt (het rapport van de metingen klantervaringen op vraagniveau en de uitkomsten van de zorginhoudelijke onderzoeken);
- Draagt zorg voor de randvoorwaarden voor verbetering en stimuleert tot verbetering;

- Zorgt dat – op basis van de normen en uitkomsten van de metingen – in samenwerking met zorgverleners en cliëntenraad verbeteringen worden geformuleerd en prioriteiten worden gesteld in verbeterplannen. Hierbij neemt de Raad van Bestuur het 'verzwaard' advies van de cliëntenraad in acht;
- Evalueert de daadwerkelijke verbeteringen;
- Legt verantwoording af over de uitkomsten van metingen in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording⁶;
- Publiceert de uitkomsten van de metingen op www.kiesbeter.nl⁷ voor keuze-informatie.

Raad van Toezicht

- Toetst of de Raad van Bestuur erin slaagt verantwoorde zorg te leveren;
- Bespreekt met de Raad van Bestuur hoe de zorg kan verbeteren;
- Controleert of de zorg inderdaad is verbeterd;
- Beoordeelt of de Raad van Bestuur de cliëntenraad en de zorgverleners voldoende betreft bij het opzetten en uitwerken van verbetertrajecten.

Cliëntenraad

- Adviseert over de keuze van het bureau dat de CQ-index gaat afnemen (verzwaard adviesrecht);
- Adviseert de Raad van Bestuur over de inhoud en prioriteiten van verbeteringen (verzwaard adviesrecht);
- Evalueert de daadwerkelijke verbeteringen.

Kwaliteitskader en externe verantwoording

Het kwaliteitskader is naast interne verbetering ook bruikbaar voor externe verantwoording. Zowel de normen als de metingen worden gebruikt bij toezicht door de Inspectie en bij zorginkoop door de zorgkantoren.

Inspectie voor de Gezondheidszorg

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is verantwoordelijk voor toezicht op de kwaliteit van zorg. De IGZ gebruikt de uitkomsten uit het kwaliteitskader om te kijken of de zorg veilig en verantwoord is. De Inspectie gebruikt het zogenaamde Gefaseerd Toezicht (GT). Gefaseerd toezicht verloopt in drie fasen:

- Eerste fase: signaleren van risico's op basis van analyse van kwaliteitsinformatie en op basis van aanvullende informatie over de zorg en zorgaanbieder, voorbereiding op de tweede fase;
- Tweede fase: inspectiebezoeken, oordeelsvorming en maatregelenbepaling;
- Derde fase: bestuurlijke, tuchtrechtelijke en strafrechtelijke maatregelen.

⁴ Het adviesrecht van de cliëntenraad is geregeld in de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz)

⁵ Dit vloeit ook voort uit de Zorgbrede Governance code 2010 die partijen aangesloten bij de Branche organisatie Zorg (BOZ) als lidmaatschapscriterium hanteren

⁶ Zorgorganisaties zijn verplicht tot het publiceren van kwaliteitsgegevens in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording op basis van regeling kwaliteitsjaarverslag (WTZi)

⁷ Leden van Actiz hebben zich via hun lidmaatschapscriteria verplicht tot publicatie van de kwaliteitsindicatoren op www.kiesBeter.nl

In de sector VV&T is het veiligheidsmanagement stevig verankerd in het kwaliteitskader en het veiligheidsprogramma van de VV&T. De nieuwe procesindicator 'Risicosignalering zorgproblemen' geeft nu ook zicht op de mate waarin een organisatie aandacht heeft voor de preventie van zorgproblemen.

Zorgkantoor

Kwaliteit vormt voor zorgkantoren één van de bouwstenen van het contracteerbeleid. Bij de contractering eisen de zorgkantoren dat de organisatie een werkend kwaliteitssysteem heeft, zoals ook is omschreven in de kwaliteitswet. Dat kwaliteitssysteem kenmerkt zich door het meten, evalueren en verbeteren van de zorg volgens de thema's, de instrumenten en werkwijze uit het kwaliteitskader Verantwoorde Zorg.

Keuze-informatie

Mensen die een zorgorganisatie kiezen, willen graag beschikken over goede informatie. Op www.kiesbeter.nl kunnen zij zien hoe de kwaliteit van zorg van een zorgorganisatie is en wordt ervaren. Ook kunnen zij verschillende zorgorganisaties met elkaar vergelijken op de onderdelen van hun keuze. De uitkomsten van de metingen verantwoorde zorg vormen de basis van de kwaliteitsinformatie op www.kiesbeter.nl.

Samenhang tussen interne verbetering en externe verantwoording

Hierboven leest u op welke wijze en vanuit welke verantwoordelijkheden de verschillende partijen gebruikmaken van hetzelfde kwaliteitskader. Maar de kwaliteit van de zorg verbetert pas echt als alle partijen hun werk goed kunnen doen en als de verschillende acties elkaar versterken. Die samenhang zien we zo:

De Raad van Bestuur draagt zorg voor de randvoorwaarden voor verbetering, en bespreekt de uitkomsten van metingen met de cliëntenraad en zorgverleners. Daarnaast stimuleert de Raad van Bestuur tot verbetering en maakt hierover afspraken met hen. Daarbij maakt de zorgorganisatie gebruik van ervaringen in andere zorgorganisaties of landelijke verbeterprogramma's (zoals Zorg voor Beter of In voor Zorg). Ook toezichthouders en zorginkopers kunnen vanuit hun perspectief mogelijk prioriteit geven aan bepaalde verbeteractiviteiten. De IGZ beoordeelt de uitkomsten in het kader van haar toezichthoudende taken. Zij kijkt daarbij in het bijzonder naar veiligheid en gezondheidsrisico's. Het zorgkantoor gebruikt de uitkomsten uit de metingen bij de zorginkoop. De IGZ en het zorgkantoor volgen echter zoveel mogelijk de intern vastgestelde verbeterprioriteiten.

2. Normen Verantwoorde Zorg

Dit hoofdstuk beschrijft wat we onder verantwoorde zorg verstaan in Verpleging, Verzorging en Thuis Zorg. Dat zijn de normen waarvoor de sector VV&T staat en waarop de cliënten kunnen rekenen.

2.1 Inleiding

Verantwoorde zorg

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

Kwaliteit van leven

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

Eigen regie en individuele inkleuring

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

Een dergelijke benadering doet recht aan een aantal perspectieven:

- Het sluit aan bij de vraaggestuurde en cliëntgerichte benadering van zorg, ondersteuning en begeleiding en het geeft de cliënt duidelijkheid over wat hij wel en niet kan verwachten van de zorgaanbieder;
- Het doet recht aan de professionele kwaliteit, ambitie en mogelijkheden van de

- zorgverlener om adequaat in te spelen op de zorgvraag en de situatie van de cliënt;
- Het sluit aan bij het ondernemerschap van de zorgorganisaties die zich nadrukkelijk servicegericht willen opstellen;
- Het sluit aan bij het kader van de indicatiestelling.

Verantwoordelijkheid zorgaanbieder

Verantwoorde zorg draagt bij aan de kwaliteit van leven van de cliënt. Daarbij rijst de vraag tot hoever de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder kan strekken. De cliënt vraagt ondersteuning bij een bepaald aspect en wil lang niet altijd bemoeienis van de zorg op andere levensgebieden. Dit moet de zorgverlener respecteren. Andersom kan een cliënt ook behoefte hebben aan zorg die binnen de indicatie niet kan worden geleverd. De normen leggen een brede verantwoordelijkheid bij de zorgaanbieder vanuit de visie dat kwaliteit van leven invloed heeft op de behoefte aan zorg, en onlosmakelijk verbonden is met de zorgvraag.

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

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

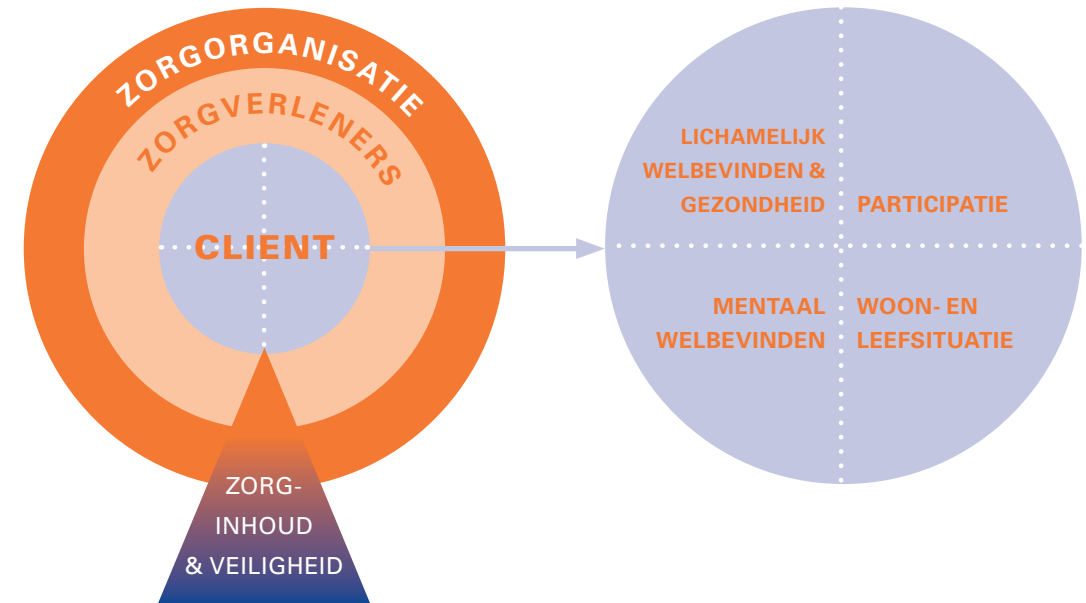
Kortom, het is niet mogelijk, noch wenselijk de verantwoordelijkheid van de zorgorganisatie strak te definiëren. Uitgangspunt is dat de organisatie steeds op zoek is naar het optimaal ondersteunen van de kwaliteit van leven van de cliënt binnen de kaders van de indicatie.

Ordering

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

- Lichamelijk welbevinden en gezondheid
- Woon- en leefsituatie
- Participatie
- Mentaal welbevinden

Voorwaarden voor verantwoorde zorg en het realiseren van een zo hoog mogelijke Kwaliteit van leven van cliënten zijn Kwaliteit van de zorgorganisatie, Kwaliteit van zorgverleners en Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid. *Zie figuur 2.*



Figuur 2: schematische weergave thema's

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

2.2 Kwaliteit van leven

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

Mantelzorg

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

Domein A: Lichamelijk welbevinden en gezondheid

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

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

Normen voor adequate gezondheidsbescherming en –bevordering (zie ook zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid)

- Tijdig herkennen van gezondheidsrisico's en preventie van zorgproblemen;
- Signaleren van veranderingen in het lichamelijke welzijn en de gezondheid;
- Aanpassing van de zorg aan deze veranderingen en de bijbehorende beperkingen en mogelijkheden;
- Een zorgvuldig gekozen evenwicht tussen goed vaktechnisch handelen en de wensen en voorkeuren van de cliënt/vertegenwoordiger bij de toepassing van tenminste:
 - Huidletselpreventie, decubituspreventie en decubitusbehandeling
 - Zorg bij eten en drinken
 - Valpreventie
 - Medicijngebruik
 - Continentiezorg
 - Minimale vrijheidsbeperkende maatregelen
 - Preventie en behandeling van infecties
 - Aandacht en zorg voor individuele gezondheidsklachten en pijnklachten
 - Snelle beschikbaarheid en deskundig gebruik van hulpmiddelen, waaronder ook brillen en gehoorapparaten;
- Verstrekken van informatie en voorlichting.

Normen voor een schoon en naar wens verzorgd lichaam

Passende hulp bij:

- Wassen/douchen;
- Gebitsverzorging;
- Nagelverzorging;
- Huidverzorging;
- Toiletgang;
- Aan-/uitkleden;
- Naar wens verzorgd gekleed zijn.

Intramurale organisaties:

Normen voor smakelijke maaltijden, hapjes en drankjes

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

Domein B: Woon- en leefsituatie

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

Normen voor levenssfeer en privacy

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

Intramurale organisaties:

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

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

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

Extramurale organisaties:

- Signalering en doorverwijzing bij noodzaak van woningaanpassingen en alarmering.

Intramurale organisaties

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

Domein C: Participatie

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

Normen voor participatie

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

Intramurale organisaties:

- Een woon- en leefomgeving waar iets te beleven is en die uitnodigt tot intermenselijk contact, en het ondernemen van activiteiten;
- Een klimaat van gastvrijheid, waar humor en menselijke warmte voelbaar zijn. Met faciliteiten die uitnodigend zijn voor verwanten, bezoekers en buurtbewoners, en voor het onderhouden van contact;
- Mogelijkheden voor dagbesteding die aansluiten bij gewoontes en persoonlijke interesses, bij hobby's en het sociale leven van de cliënt, en passende hulp bij mobiliteit.

Domein D: Mentaal welbevinden

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

Normen voor ondersteuning bij mentaal welbevinden

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

Intramurale organisaties:

- Mogelijkheden voor de cliënt om zich ongestoord te kunnen terugtrekken;
- De beschikbaarheid van geestelijke verzorging.

2.3 Kwaliteit van de zorgverleners

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

Cliëntgerichtheid

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

Deskundigheid

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

Goede bejegening

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

Betrouwbaarheid

- De zorgverlener is in staat een vertrouwensrelatie met de cliënt op te bouwen;

- De zorgverlener houdt zich aan afgesproken werkzaamheden en afgesproken tijden;
- De zorgverlener gaat vertrouwelijk om met privégegevens van de cliënt;
- De zorgverlener gaat zorgvuldig om met eigendommen van de cliënt.

Signalering van tekorten of niet passende zorg

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

2.4 Kwaliteit van de zorgorganisaties

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

Leveringsvoorwaarden

Op dit moment wordt het landelijke kader voor leveringsvoorwaarden⁸ ontwikkeld. Zodra deze zijn vastgesteld, hanteren zorgorganisaties deze. In de leveringsvoorwaarden is opgenomen wat de rechten en plichten van de cliënt zijn en onder andere wat zorgorganisaties in de zorgovereenkomst met de cliënt afspreken.

Zorgleefplan

De cliënt beschikt over een zorgleefplan dat in samenspraak met de cliënt tot stand komt. In het zorgleefplan wordt invulling gegeven aan de vier domeinen van kwaliteit van leven. Het zorgleefplan vermeldt de indicatie en geeft een beeld van de zorgvraag, de reële zorgbehoefte en de afgesproken zorg. De cliënt en de zorgaanbieder maken afspraken over welke zorg, wanneer, op welke dagen en tijden wordt gegeven. Het plan vermeldt het doel, de inhoud en het moment van de zorgverlening. Het bevat tevens een actueel overzicht met de verslaglegging van de geleverde zorg, nieuwe afspraken en eventuele mutaties van de zorg. In het zorgleefplan worden de acties, de resultaten, de voortgang en de bijstellingen op basis van evaluatie genoteerd. Ook afspraken met derden worden in het plan opgenomen, zoals uitvoeringsverzoeken van artsen. Andere

⁸ *Vanaf 1 januari 2011 hebben alle zorgorganisaties die aangesloten zijn bij ActiZ en BTN leveringsvoorwaarden. Ook andere zorgorganisaties kunnen deze leveringsvoorwaarden hanteren. Hierin staan de rechten en plichten tussen cliënten en zorgorganisaties. Bijvoorbeeld over het geven van informatie. De leveringsvoorwaarden zijn landelijk afgesproken tussen brancheorganisaties van zorgaanbieders en cliënten-/consumentenorganisaties.*

zorgverleners (zoals huisartsen), maar ook mantelzorgers worden gevraagd gebruik te maken van het zorgleefplan en hun bevindingen en adviezen hierin vast te leggen. Het zorgleefplan is een belangrijk communicatiemiddel tussen zorgverleners en andere disciplines en waarborgt dat de zorgorganisatie haar afspraken met de cliënt nakomt.

Dit houdt in dat de zorgorganisatie voorziet in:

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

Inspraak

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

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

Informatievoorziening

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

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

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

Gedurende de zorgverlening wordt de cliënt geïnformeerd over:

- Aan welke wensen van de cliënt de zorgaanbieder tegemoet kan komen en aan welke niet en waarom;
- Wat de zorgorganisatie gaat doen (taken en werkzaamheden, momenten van zorgverlening, inzet van zorgverleners, zoals vermeld in het zorgleefplan);
- Wat de uitgangspunten zijn voor zorg- en dienstverlening (visie op zorg,

gedragscode van de organisatie, identiteit en levensbeschouwing, ethische vraagstukken, grenzen van de zorg, procedure bij weigering van zorg door cliënt of zorgverlener, procedure beëindiging zorg);

- Wat er in de zorgovereenkomst en leveringsvoorwaarden staat;
- Hoe afspraken bijgesteld kunnen worden;
- Hoe en wanneer de organisatie/contactpersoon bereikbaar is (ook voor familie/mantelzorg) zowel binnen als buiten kantooruren en in noodgevallen;
- Wat de rechten en plichten zijn van de cliënt (inspraak, informatieplicht, zorg voor materialen in huis, privacy, recht om te klagen, schadevergoeding, cliëntenraad);
- Hoe de eigen bijdrage en de wijze van betaling zijn geregeld;
- Hoe er wordt omgegaan met sleutels van cliënten.

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

Bereikbaarheid, beschikbaarheid en toezicht

Intramurale organisatie:

- De zorgorganisatie is 24 uur per dag goed (telefonisch) bereikbaar voor de familie/mantelzorger/wettelijk vertegenwoordiger van de cliënt.
- Voor cliënten met verpleging en/of behandeling heeft de zorgorganisatie zowel een arts als verpleegkundige oproepbaar en bereikbaar.
- De zorgorganisatie beschikt over een goed functionerend alarmsysteem voor cliënten met 24 uurszorg. De zorgorganisatie bespreekt met de cliëntenraad hoe zij de alarmopvolging regelt en legt de afspraken met de cliëntenraad hierover schriftelijk vast.
- De zorgorganisatie regelt 7x24 uur toezicht bij psychogeriatrische cliënten met een indicatie voor 24 uurszorg, zowel in hun woonruimte als in openbare ruimten. Gekwalificeerd zorgverleners of geïnstrueerde personen houden toezicht. In overleg met de cliëntenraad zijn alternatieve vormen van toezicht mogelijk. Bij het toezicht houdt de zorgorganisatie rekening met individuele gezondheidsrisico's en specifieke situaties van cliënten. Die specifieke situatie staat beschreven in het zorgleefplan. Dat geldt ook als de zorgorganisatie bewust geen toezicht houdt. Het toezicht is aantoonbaar besproken en geëvalueerd op teamniveau.

Extramurale organisaties:

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

Voldoende en competente zorgverleners

De zorgaanbieder zorgt voor voldoende en gekwalificeerde zorgverleners om de zorg te bieden die de cliënt nodig heeft. Zij bepaalt dit op basis van de zorgzwaarte van de cliënten. Hierbij heeft de zorgorganisatie uiteraard te maken met de geïndiceerde zorguren en wettelijke kaders. De zorgorganisatie zorgt voor de benodigde scholing, trainingen, cursussen en deskundigheidsbevordering. Zelfstandig opererende zorgverleners dragen zelf zorg voor hun deskundigheidsbevordering. Zorgverleners in organisaties worden in staat gesteld om nieuwe kennis op te doen en zich nieuwe vaardigheden eigen te maken. Door middel van inwerkprogramma's, functioneringsgesprekken, teambesprekingen en werkoverleg wordt het deskundigheidsniveau op peil gehouden. Er wordt hierbij rekening gehouden met de competentie- en beroepsprofielen die door beroepsorganisaties zijn opgesteld. Er wordt gebruikgemaakt van instrumenten die door de beroepsorganisaties zijn ontwikkeld.

De zorgorganisatie past de zorg flexibel aan als de indicatie verandert. Ook weet de organisatie wisselingen in zorgverleners tot een minimum te beperken. Als er wel personeelwisselingen zijn, informeert de zorgorganisatie de cliënt daarover.

Ketenzorg en afstemming met derden

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

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

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

2.5 Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid

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

Zorginhoudelijke veiligheid

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

Calamiteiten in intramurale setting

- De zorgorganisatie heeft maatregelen getroffen om incidenten, brand, inbraak en andere calamiteiten te voorkomen.
- De zorgorganisatie beschikt over een hitteprotocol dat voor de organisatie is uitgewerkt en is afgestemd met de cliëntenraad. Hierin wordt aangegeven wat een zorgorganisatie bij aanhoudende hitte onderneemt op het vlak van extra aandacht in de cliëntenzorg, op het vlak van gebouwbeheer en aan zaken om het klimaat in het gebouw zo aangenaam mogelijk te houden.
- De cliënt mag geen schade van stroomuitval hebben daar waar vitale zaken de zorgfunctie voor de cliënt in gevaar brengen. Iedere organisatie maakt hiervoor een risicoanalyse en neemt hiertoe adequate maatregelen.

Voorbehouden en risicovolle handelingen

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

Veiligheid hulpmiddelen

De zorgorganisatie garandeert de veiligheid en het onderhoud van hulpmiddelen zoals bedekken, zuurstofpompen, infuuspompen en andere medische apparatuur. Dat geldt alleen als de hulpmiddelen eigendom zijn van de zorgorganisatie. De zorgorganisatie instrueert zorgverleners hoe zij met de hulpmiddelen moeten werken. De zorgorganisatie zorgt voor goed onderhoud van de hulpmiddelen.

Minimale vrijheidsbeperking

De zorgorganisatie voert een beleid dat gericht is op het voorkomen van vrijheidsbeperkende interventies. Dergelijke maatregelen worden gezien als een allerlaatste redmiddel. De zorgorganisatie houdt zich daarbij aan de wet. De vrijheidsbeperkende

maatregelen worden dagelijks geëvalueerd en afspraken worden vastgelegd in het zorgleefplan.

Landelijk zijn afspraken gemaakt over het terugdringen van alle vormen van vrijheidsbeperking:

"In 2011 zijn in verpleeghuizen en verzorgingshuizen geen onrustbanden meer in gebruik. Alleen in uitzonderlijke situaties is het mogelijk deze nog toe te passen als voldaan is aan strikte kwaliteitseisen en toezicht om de veiligheid van cliënten te waarborgen. Terugdringen en afschaffen van onrustbanden leidt niet tot inzet of toename van gedwongen gedragsbeïnvloedende medicatie of andere vormen van vrijheidsbeperking en vraagt daarom om intensieve monitoring.

*In 2011 zijn ook andere vormen van vrijheidsbeperking fors verminderd, vrijheidsbeperking wordt uitsluitend toegepast als er voor de cliënt geen minder ingrijpende alternatieven voorhanden zijn. Bovendien moet verantwoorde toepassing van vrijheidsbeperking onder deze voorwaarden altijd gebonden zijn aan strikte kwaliteitseisen."*⁹

De partijen uit de stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis sluiten zich bij deze afspraken aan.

In de Zorg Thuis zijn vrijheidsbeperkende maatregelen niet toegestaan. Dit betekent echter niet dat dilemma's rond vrijheidsbeperking niet spelen in de Zorg Thuis.

De thuiszorgorganisatie legt in haar beleid vast welke dilemma's op het gebied van vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen spelen en hoe zorgverleners hiermee omgaan. Zodra de Wet Zorg en Dwang van kracht wordt, mogen onder strikte condities vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen worden toegepast in de Zorg Thuis. Het beleid moet erop gericht zijn dat vrijheidsbeperkende maatregelen niet (en ook in de toekomst zo weinig mogelijk) worden toegepast.

⁹ *Intentieverklaring 'Zorg voor vrijheid – samen naar minder vrijheidsbeperking in 2011' van 18 november 2008, ondertekend door CG-raad, LOC-LPR, Platform VG, NIP-NVO, NVAVG, NVVA, Sting, V&VN, ActiZ, VGN, IGZ*

3. Meten en Weten

In dit hoofdstuk gaan we in op de wijze waarop de normen meetbaar zijn gemaakt. Deze normen zijn verdeeld in vier thema's. Door samenvoeging van de normen en metingen zijn deze thema's enigszins gewijzigd ten opzichte van het vorige kwaliteitskader. Indicatoren zijn zo ontworpen dat ze een aanwijzing geven over de kwaliteit op een bepaald onderwerp. Het blijft echter een selectie van aspecten uit de totale norm, en geeft daarmee een *indicatie* van de kwaliteit.

3.1 Uitgangspunten van de indicatoren

Bij de ontwikkeling en verbetering van de indicatoren is een aantal uitgangspunten gehanteerd.

Uitkomstindicatoren

Uitgangspunt van het Kwaliteitskader bij de normen voor Verantwoorde zorg is dat zoveel mogelijk op uitkomsten gemeten wordt. Gedachte hierachter is dat niet tot in detail vastgelegd zou moeten worden hoe zorgprofessionals en organisaties de zorg verlenen, maar dat bepaalde resultaten worden gerealiseerd. Daar waar geen uitkomst-indicatoren beschikbaar zijn (of moeilijk meetbaar) zijn structuur- of procesindicatoren ingezet die een directe relatie hebben met de te monitoren uitkomst.

Absolute of relatieve normen

Bij de operationalisering zijn indicatoren vastgesteld die belangrijke gebieden van de normen voor Verantwoorde zorg dekken. Daarbij beschouwen wij de indicator als 'de meetlat' waarmee een indicatie van de kwaliteit van zorg kan worden verkregen. Ze zegt daarmee nog niet wat verantwoorde zorg is. Daarvoor kan een norm aan de indicator worden gekoppeld. Hieraan zijn echter een aantal nadelen verbonden. Absolute normen worden vaak ingezet als minimale normen voor kwaliteit van zorg maar fungeren in de praktijk vaak als maximumnormen. Ze kunnen daarmee demotiverend werken en een rem op verbetering en innovatie zetten. Discussies over absolute normen kunnen het imago van de sector schaden. Toch vindt de Stuurgroep het belangrijk dat wordt onderzocht of absolute normen een meerwaarde kunnen hebben. Op een aantal onderwerpen hebben we al absolute normen: de indicatoren 'beschikbaarheid arts' en 'beschikbaarheid verpleegkundige' bevatten een absolute norm. In 2010 wordt daarnaast gestart met het invoeren van een absolute norm op het gebruik van de onrustband als vrijheidsbeperkende maatregel. Het is van belang dat gegevens beschikbaar zijn over het gebruik en over de mate van afbouw van onrustbanden. Op dit moment is het nog niet mogelijk vanuit data of wetenschappelijk onderzoek een percentage te vinden wat kan dienen als absolute norm voor onrustbanden. De absolute norm voor onrustbanden zal op basis van de eerste meting in 2010 afgeleid worden.

Ervaringen van cliënten

Een groot deel van de normen wordt getoetst door cliënten zelf te vragen naar hun ervaringen en het belang dat ze aan bepaalde onderwerpen hechten. Dit is ten eerste een principiële keuze: als er één sector in de zorg is waar cliëntervaringen de meetlat dienen te zijn voor het bepalen van de kwaliteit van de geleverde zorg, dan is het in de langdurige zorg. Bovendien wijst de literatuur uit dat het vragen naar cliëntervaringen een zeer betrouwbaar beeld oplevert van de kwaliteit van zorg.

Beperkte omvang indicatorenset

De stuurgroep vindt het belangrijk om kritisch te blijven kijken naar de omvang van de indicatorenset. Bij aanpassing van de indicatorenset was en blijft het streven om de set niet groter te maken, maar om bepaalde indicatoren te vervangen voor andere (indien daar aanleiding voor is).

3.2 Thema's

Op basis van de norm is een indeling in thema's gemaakt:

Thema	Domein
Kwaliteit van leven	1. Lichamelijk welbevinden & gezondheid 2. Woon- en leefsituatie 3. Participatie 4. Mentaal welbevinden
5. Kwaliteit van de zorgverleners 6. Kwaliteit van de zorgorganisatie 7. Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid	

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

3.3 Meten

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

Daarom hebben we gekozen voor twee manieren van meten. Beide metingen geven een beeld van de kwaliteit van de geboden zorg. Zij vullen elkaar aan en vormen samen de thema's verantwoorde zorg.

- Minimaal één keer per twee jaar laten zorgorganisaties meten hoe hun cliënten de kwaliteit van de zorg ervaren. Dat gebeurt door een onafhankelijk bureau met een vastgestelde vragenlijst (de zogenaamde CQ-index). Een CQ-meting is eens per twee jaar verplicht. Er zijn drie vragenlijsten voor de sector VV&T: een interviewlijst voor bewoners van verpleeg/verzorgingshuizen, een vragenlijst voor vertegenwoordigers van psychogeriatrische bewoners en er is een vragenlijst voor de thuiszorg.
- Ieder jaar leveren zorgorganisaties gegevens aan waarmee zij de kwaliteit van zorginhoudelijke aspecten aangeven. Een set registratievragen is vervaardigd die het instrument vormt voor een zelfevaluatie van zorgorganisaties. Hiermee worden de zogenaamde Zorginhoudelijke Indicatoren (ZI) gemeten. Een ZI-meting is jaarlijks verplicht.

De onderzoeken vinden plaats per Organisatorische Eenheid (OE), dat wil zeggen per locatie (verpleeghuis, verzorgingshuis) of per regio (thuiszorg). De cliëntenraadpleging wordt altijd bij een steekproef van circa 30 cliënten uitgevoerd. Dit geldt ook voor het meten van de zorginhoudelijke indicatoren bij de Zorg Thuis. Bij een intramurale setting vindt geen steekproef plaats, maar worden voor de zorginhoudelijke indicatoren alle cliënten bemeten.

De meest actuele registratieformulieren en het handboek met meetinstructies, toelichtingen, in- en uitsluitcriteria, basis- en hulpdocumenten en nog veel meer gedetailleerde informatie over het meten van de zorginhoudelijke indicatoren vindt u op www.zichtbarezorg.nl.

Uitgebreidere informatie over de cliëntenraadpleging, zoals informatie over geaccrediteerde meetbureaus en richtlijnen voor de CQ-index, vindt u bij het Centrum Klantervaring Zorg: www.centrumklantervaringzorg.nl, telefoon: (030) 27 29 800.

3.4 Betrouwbaarheid

Een belangrijk onderwerp in de evaluatie van de indicatorenset was de betrouwbaarheid van de indicatoren.

- Enerzijds ligt een sleutel voor de betrouwbaarheid van metingen in de indicatoren zelf. Bijvoorbeeld: bij een indicator die gemiddeld bij 3 van de 100 cliënten voorkomt is de rol van toeval erg groot, zeker bij lage aantallen bemeten cliënten. We hebben diverse wijzigingen in de indicatoren aangebracht die hierin verbetering aanbrengen. Zo wordt er breder naar huidletsel gekeken (in plaats van alleen decubitus) en worden vrijheidsbeperkende maatregelen in de afgelopen 30 dagen geteld in plaats van in de afgelopen zeven dagen. Daarnaast worden bijna nooit cliënten uitgesloten, maar wordt er gecorrigeerd voor deze zaken (bijvoorbeeld voor huidletsel dat niet in de zorgorganisatie is ontstaan). Op die manier wordt de factor toeval sterk beperkt.

- Anderzijds wordt de betrouwbaarheid in de komende periode aangepakt door het stimuleren van metingen via het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD). Nu is het vaak zo dat de metingen losstaan van de reguliere zorg, en is de zorgorganisatie zich er zeer van bewust dat deze metingen voor externe publicatie worden gebruikt. De gedachte is dat als gegevens in eerste instantie worden vastgelegd in een ECD (voor het primaire proces), dat dit de betrouwbaarheid ten goede zal komen. Ook zal het veel efficiënter werken, doordat zaken slechts één keer hoeven worden vastgelegd.

Verder kan ook het 'percentage onbekend' dat nog steeds bij een aantal indicatoren wordt berekend een beeld van de betrouwbaarheid geven. Als in een zorgorganisatie relatief veel cliënten zijn voor wie niet bekend is of er wel of niet sprake is van een bepaald zorgprobleem (zoals huidletsel, onbedoeld gewichtsverlies, probleemgedrag etc.) dan zegt dit mogelijk iets over de betrouwbaarheid van de meting en de kwaliteit van de zorg. Overigens worden in dit percentage niet de cliënten meegenomen voor wie in de zorgovereenkomst of zorgleefplan is vastgelegd dat ze niet systematisch onderzocht wensen te worden t.b.v. het Kwaliteitskader VV&T. Het 'percentage onbekend' wordt zoals voorheen gepubliceerd in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.

3.5 Publiceren van prestaties

Zorgorganisaties krijgen hun meetresultaten teruggekoppeld. Zij geven openbaarheid over hun prestaties op de indicatoren voor Verantwoorde zorg via het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording en via de Kwaliteitskaart op www.kiesBeter.nl.

Volgens de regeling Verslaggeving van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) zijn V&V- en thuiszorgorganisaties verplicht tot het indienen van een jaardocument. Leden van ActiZ hebben zichzelf verplicht tot het publiceren van kwaliteitsgegevens op www.kiesBeter.nl door dit als lidmaatschapsreis van de vereniging op te nemen.

De gegevens die gepubliceerd worden in het jaardocument zijn openbare data. Daarnaast kan een aanvraag worden gedaan om de data te verkrijgen voor andere doeleinden. De verstrekking van gegevens is aan strikte regels gebonden die zijn beschreven in een dataprotocol en waarin een beheercommissie een belangrijke rol speelt. Het dataprotocol VV&T kunt u vinden op www.zichtbarezorg.nl.

Op www.zichtbarezorg.nl vindt u ook informatie over het proces van registratie, aanlevering, verwerking en terugkoppeling van gegevens en inhoudelijke achtergronden, bijvoorbeeld over de berekening van sterren. Als u na het bezoek van de website nog met vragen over het kwaliteitskader blijft zitten kunt u terecht bij de helpdesk. De helpdesk is zowel telefonisch als per e-mail bereikbaar. Telefoon: 070-3406900 (op werkdagen van 09.00 uur tot 17.00 uur). E-mail: helpdesk@zichtbarezorg.nl (u ontvangt binnen één werkdag reactie op uw vraag).

Bijlage 1. Overzicht indicatoren Verantwoorde zorg VV&T

Thema's en indicatoren	Cliëntgebonden indicatoren			Zorginhoudelijke indicatoren			
	Cliëntenraadpleging CQ-index			Zelfmonitoring organisatie – organisatieniveau		Zelfmonitoring organisatie – cliëntniveau	
	VV	PG	ZT	VV	ZT	VV	ZT
Kwaliteit van leven							
1. Lichamelijk welbevinden en gezondheid							
1.1 Ervaringen met lichamelijke verzorging	VV	PG	ZT				
1.2 Ervaringen met maaltijden	VV	PG	-				
2. Woon- en leefsituatie							
2.1 Ervaringen met schoonmaken	VV	PG	-				
2.2 Ervaren sfeer	VV	PG	-				
2.3 Ervaren privacy en woonruimte	VV	PG	-				
2.4 Ervaren veiligheid woon- en leefomgeving	VV	PG	ZT				
3. Participatie							
3.1 Ervaringen met dagbesteding en participatie	VV	PG	ZT				
3.2 Ervaren zelfstandigheid/autonomie	VV	-	ZT				
4. Mentaal welbevinden							
4.1 Ervaringen op het gebied van mentaal welbevinden	VV	PG	ZT				
Kwaliteit van de zorgverleners							
5. Kwaliteit van de zorgverleners							
5.1 Ervaren professionaliteit en veiligheid zorgverlening	VV	PG	ZT				
5.2 Ervaren bejegening	VV	PG	ZT				
5.3 Ervaren betrouwbaarheid zorgverleners	-	PG	ZT				
Kwaliteit van de zorgorganisatie							
6. Kwaliteit van de zorgorganisatie							
6.1 Ervaringen met zorgleefplan en evaluatie	VV	PG	ZT				
6.2 Ervaren inspraak en overleg	VV	PG	ZT				
6.3 Ervaren informatie	VV	PG	ZT				
6.4 Ervaren telefonische bereikbaarheid	-	PG	ZT				
6.5 Ervaren samenhang in zorg	-	-	ZT				
6.6 Ervaren beschikbaarheid personeel	VV	PG	ZT				
6.7 Beschikbaarheid verpleegkundige				VV	-		
6.8 Beschikbaarheid arts				VV	-		
6.9 Bekwaamheid voorbeh. en risicovolle handelingen				VV	ZT		
Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid							
7. Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid							
7.1 Risicosignalering zorgproblemen							
7.1a Risicosignalering – uitvoering						VV	ZT
7.1b Risicosignalering – opvolging						VV	ZT
7.2 Huidletsel						VV	-
7.3 Voedingstoestand						VV*	-
7.3.a Risico op ondervoeding						VV	-
7.3.b Onbedoeld gewichtsverlies						VV	-
7.4 Valincidenten						VV	ZT*
7.5 Medicijnincidenten						VV	-
7.6 Antipsychotica						VV	-
7.7 Depressieve symptomen						VV	-
7.8 Incontinentie						VV	-
7.8.a Incontinentie - prevalentie						VV	ZT*
7.8.b Incontinentie - diagnose						VV	-
7.9 Probleemgedrag						VV	-
7.10 Vrijheidsbeperkende maatregelen						VV	-
7.10.a Prevalentie						VV	-
7.10.b Toepassing						VV	-
7.10.c Effectevaluatie						VV	-
7.10.d Afbouw						VV	-
7.11 Preventiebeleid vrijheidsbeperkende maatregelen				-	ZT		
7.12 Ervaren respectering rechten vrijheidbeperking	-	PG	-				
7.13 Hitteprotocol				VV	-		
7.14 Noodvoorzieningen bij stroomuitval				VV	-		

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

Kwaliteit van leven

1. Lichamelijk welbevinden en gezondheid

1.1 Ervaringen met lichamelijke verzorging

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers een goede lichamelijke verzorging ervaren
CQ-index lijst	Bewoners Vertegenwoordigers Thuiswonende cliënten
CQ-index vragen	<p>Bewoners</p> <p>7. Gebeurt uw verzorging wanneer u dat wilt?</p> <p>8. Gebeurt uw verzorging op de manier zoals u dat wilt?</p> <p>14. Wordt incontinentiemateriaal op tijd verschoond?</p> <p>Vertegenwoordigers van bewoners</p> <p>28. Gebeurt de verzorging op een manier die bij de bewoner past?</p> <p>29. Ziet de bewoner er schoon en verzorgd uit?</p> <p>32. Wordt incontinentiemateriaal op tijd verschoond?</p> <p>33. Wordt het gebit van de bewoner goed verzorgd?</p> <p>Thuiswonende cliënten</p> <p>42. Krijgt u uw persoonlijke verzorging op de momenten waarop u dat wilt? (bijvoorbeeld hulp bij douchen/wassen, aankleden, haren kammen, enz.)</p> <p>43. Krijgt u uw verzorging op de manier zoals u dat wilt?</p>

1.2 Ervaringen met maaltijden

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goede maaltijden ervaren
CQ-index lijst	Bewoners Vertegenwoordigers
CQ-index vragen	<p>Bewoners</p> <p>62. Zijn de maaltijden lekker?</p> <p>Vertegenwoordigers van bewoners</p> <p>55. Zien de warme maaltijden er verzorgd uit?</p> <p>56. Is er genoeg hulp bij het eten?</p> <p>57. Is er genoeg tijd om te eten?</p> <p>58. Zijn de maaltijden genoeg gespreid over de dag? (met tussenpozen van 3 uur)</p>

2. Woon- en leefsituatie

2.1 Ervaringen met schoonmaken

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goed wooncomfort ervaren
CQ-index lijst	Bewoners Vertegenwoordigers
CQ-index vragen	<p>Bewoners</p> <p>42. Wordt uw woonruimte goed schoongehouden? (uw woon-/ slaapkamer, toilet en douche-/badkamer)</p> <p>Vertegenwoordigers</p> <p>43. Wordt de woonruimte goed schoongehouden? Denk hierbij aan de woonkamer, de slaapkamer, het toilet en de badkamer</p>

2.2 Ervaren sfeer

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goede sfeer ervaren
CQ-index lijst	Bewoners Vertegenwoordigers
CQ-index vragen	<p>Bewoners</p> <p>43. Zijn de algemene ruimten zoals huiskamer, gang en hal, prettig om in te verblijven? (comfortabel, schoon, prettige geur)</p> <p>44. Gaan de bewoners prettig met elkaar om?</p> <p>60. Heeft u genoeg mogelijkheden voor contact met anderen (medebewoners, buurtgenoten, enz.)?</p> <p>64. Is de sfeer tijdens het eten goed?</p> <p>Vertegenwoordigers van bewoners</p> <p>44. Zijn de huiskamer, gang en hal, prettig om in te verblijven? (comfortabel, schoon, prettige geur)</p> <p>46. Gaan de bewoners prettig met elkaar om?</p> <p>53. Biedt het huis gezelligheid en contact met anderen?</p>

2.3 Ervaren privacy en woonruimte

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goede privacy (en woonruimte) ervaren
CQ-index lijst	Bewoners Vertegenwoordigers
CQ-index vragen	<p>Bewoners</p> <p>12. Heeft u voldoende privacy als u naar het toilet gaat?</p> <p>46. Kunt u zelf bepalen hoe uw kamer of woonruimte is ingericht? (met eigen spullen, enz.) (NB: deze vraag geldt ook bij gedeelde woonruimte)</p> <p>47. Kunt u zich met bezoek op een rustige plek terug trekken?</p> <p>48. Kunt u alleen zijn als u dat wilt?</p> <p>49. Laten de verzorgenden en medewerkers u met rust als u dat wilt?</p> <p>Vertegenwoordigers van bewoners</p> <p>47. Heeft de bewoner genoeg woonruimte?</p> <p>48. Kan de bewoner zich met bezoek op een rustige plek terugtrekken?</p> <p>49. Kan de bewoner zelf bepalen hoe de eigen kamer of woonruimte is ingericht? (met eigen spullen, enz.)</p>

2.4 Ervaren veiligheid woon- en leefomgeving

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers een veilige woonleefomgeving ervaren
CQ-index lijst	Bewoners Vertegenwoordigers Thuiswonende cliënten
CQ-index vragen	<p>Bewoners</p> <p>53. Voelt u zich veilig in huis?</p> <p>Vertegenwoordigers van bewoners</p> <p>45. Is er genoeg toezicht in de huiskamer, gangen, liften, enz.? Het gaat hier om de aanwezigheid van personeel dat alert is</p> <p>Thuiswonende cliënten</p> <p>48. Hebben uw zorgverleners aandacht voor uw veiligheid en het voorkomen van ongelukken in en om het huis? (bijvoorbeeld door te letten op losliggende matjes/kleedjes)</p> <p>49. Vertellen uw zorgverleners u over mogelijkheden voor woningaanpassingen of hulpmiddelen?</p> <p>50. Letten uw zorgverleners op de houdbaarheid van eten en drinken? (om ziekte te voorkomen)</p> <p>51. Heeft de zorginstelling met u afgesproken wat u in geval van nood moet doen? (welk telefoonnummer u kunt bellen, wanneer en hoe u de alarmering gebruikt, enz.)</p>

3. Participatie

3.1 Ervaringen met dagbesteding en participatie

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goede mogelijkheden voor dagbesteding en participatie aan de samenleving ervaren
CQ-index lijst	Bewoners Vertegenwoordigers Thuiswonende cliënten
CQ-index vragen	<p>Bewoners</p> <p>56. Heeft u genoeg mogelijkheden voor activiteiten en dagelijkse bezigheden?</p> <p>57. Wordt u goed op de hoogte gehouden van de activiteiten in huis?</p> <p>58. Organiseert het huis genoeg activiteiten?</p> <p>59. Vindt u de activiteiten die georganiseerd worden leuk?</p> <p>61. Is er hulp van verzorgenden, vrijwilligers of naasten als u ergens naar toe wilt? (naar buiten, bezoek aan anderen, uitstapjes, activiteiten, enz.)</p> <p>Vertegenwoordigers van bewoners</p> <p>50. Heeft de bewoner genoeg mogelijkheden voor activiteiten en dagelijkse bezigheden?</p> <p>51. Worden er genoeg activiteiten door de zorginstelling georganiseerd?</p> <p>52. Sluiten de georganiseerde activiteiten aan op wat de bewoner leuk vindt?</p> <p>54. Is er hulp voor de bewoner om naar buiten te gaan of uitstapjes te maken? (hulp van zorgverleners, vrijwilligers en naasten)</p> <p>Thuiswonende cliënten</p> <p>60. Is er hulp van zorgverleners, vrijwilligers of naasten als u ergens naar toe wilt? (naar buiten, bezoek aan anderen, uitstapjes, activiteiten, enz.)</p> <p>61. Helpt uw zorgverlener voldoende bij het vinden van mogelijkheden voor dagbesteding, sociale contacten en activiteiten?</p> <p>62. Helpt uw zorgverlener u voldoende bij regelzaken? (telefoneren, formulieren invullen, regelen van hulp(middelen) of financiële zaken, enz.)</p>

3.2 Ervaren zelfstandigheid/autonomie

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goede zelfstandigheid/ autonomie ervaren
CQ-index lijst	Bewoners Thuiswonende cliënten
CQ-index vragen	<p>Bewoners</p> <p>9. Kunt u opstaan en naar bed gaan wanneer u dat wilt?</p> <p>50. Kunt u zelf bepalen hoe uw dag eruit ziet?</p> <p>51. Kunt u komen waar u wilt in het verpleeg-/ verzorgingshuis?</p> <p>52. Kunt u komen waar u wilt buitenshuis?</p> <p>Thuiswonende cliënten</p> <p>54. Kunt u zich met Zorg Thuis goed redden in het dagelijks leven?</p> <p>55. Kunt u zelf bepalen hoe uw dag eruit ziet?</p> <p>56. Schikken de tijdstippen en dagen waarop u Zorg Thuis krijgt?</p> <p>58. Kunt u de dingen doen die u belangrijk vindt?</p> <p>59. Kunt u komen waar u wilt in huis?</p>

4. Mentaal welbevinden

4.1 Ervaringen op het gebied van mentaal welbevinden

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goede mentale ondersteuning ervaren
CQ-index lijst	Bewoners Vertegenwoordigers Thuiswonende cliënten
CQ-index vragen	<p>Bewoners</p> <p>37. Hebben de verzorgenden en verpleegkundigen voldoende aandacht voor hoe het met u gaat?</p> <p>38. Bent u wel eens ongerust?</p> <p>39. Voelt u zich eenzaam?</p> <p>40. Kunt u bij een geestelijk verzorger in het huis terecht? (bijv. een dominee/ pastor, humanistisch raadsman/-vrouw of maatschappelijk werker)</p> <p>45. Voelt u zich hier thuis?</p> <p>Vertegenwoordigers van bewoners</p> <p>27. Hebben de zorgverleners genoeg aandacht voor hoe het met de bewoner gaat?</p> <p>Thuiswonende cliënten</p> <p>52. Voelt u zich thuis in uw eigen woning?</p> <p>63. Voelt u zich eenzaam?</p> <p>64. Heeft uw zorgverlener voldoende aandacht voor hoe het met u gaat?</p> <p>65. Biedt uw zorgverlener voldoende emotionele ondersteuning als gespreks-partner of luisterend oor?</p>

Kwaliteit van de zorgverleners

5. Kwaliteit van de zorgverleners

5.1 Ervaren professionaliteit en veiligheid zorgverlening

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers een goede professionaliteit (en veiligheid) in de zorgverleningen ervaren
CQ-index lijst	Bewoners Vertegenwoordigers Thuiswonende cliënten
CQ-index vragen	<p>Bewoners</p> <p>15. Werken de zorgverleners vakkundig?</p> <p>17. Zijn uw zorgverleners goed op de hoogte van uw ziekte(n) of gezondheidsproblemen?</p> <p>18. Houden de verzorgenden en verpleegkundigen rekening met wat u zelf wel en niet kunt?</p> <p>19. Nemen de zorgverleners uw gezondheidsklachten serieus?</p> <p>20. Krijgt u genoeg informatie over nieuwe medicijnen? (over de naam, werking en eventuele bijwerkingen)</p> <p>22. Komt het verpleeg-/verzorgingshuis de afspraken over uw verzorging en behandeling goed na?</p> <p>Vertegenwoordigers van bewoners</p> <p>9. Komt de zorginstelling de afspraken over de verzorging en behandeling van de bewoner goed na?</p> <p>35. Werken de verzorgenden en verpleegkundigen vakkundig?</p> <p>37. Kunnen de verzorgenden en verpleegkundigen goed omgaan met de bewoners?</p> <p>38. Houden de verzorgenden en verpleegkundigen voldoende rekening met wat de bewoner zelf wel en niet kan?</p> <p>39. Nemen de zorgverleners de gezondheidsklachten van de bewoner serieus? Denk hierbij aan verzorgenden, verpleegkundigen, arts, fysiotherapeut, enz.</p> <p>40. Krijgt u goede informatie over medicijnen? Denk hierbij aan de naam, werking, eventuele bijwerkingen enz.</p> <p>Thuiswonende cliënten</p> <p>9. Komt de zorginstelling de afspraken over de zorg goed na?</p> <p>32. Werken de zorgverleners vakkundig?</p> <p>34. Zijn de zorgverleners goed op de hoogte van uw ziekte(n) of gezondheidsproblemen?</p> <p>44. Houden uw zorgverleners voldoende rekening met wat u zelf wel en niet kunt?</p>

- 45. Letten of wijzen uw zorgverleners op veranderingen in uw gezondheid?
- 46. Letten uw zorgverleners erop dat u uw medicijnen goed inneemt?
(dat u voorgeschreven medicijnen op de juiste tijd en manier inneemt)
- 47. Nemen de zorgverleners uw gezondheidsklachten serieus?

5.2 Ervaren bejegening

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers een goede bejegening ervaren
CQ-index lijst	Bewoners Vertegenwoordigers Thuiswonende cliënten
CQ-index vragen	<p>Bewoners</p> <ul style="list-style-type: none"> 32. Zijn de zorgverleners beleefd tegen u? 34. Zijn de zorgverleners bereid met u te praten als iets niet goed is gegaan? 35. Luisteren zorgverleners aandachtig naar u? 36. Geven de zorgverleners goed antwoord op uw vragen? <p>Vertegenwoordigers van bewoners</p> <ul style="list-style-type: none"> 22. Kunt u met de zorgverleners praten als er iets niet goed is gegaan? 23. Geven de verzorgenden en verpleegkundigen goed antwoord op uw vragen? 25. Zijn de zorgverleners beleefd tegen de bewoner? <p>Thuiswonende cliënten</p> <ul style="list-style-type: none"> 22. Kunt u met uw zorgverleners praten als iets niet goed is gegaan? 23. Geven uw zorgverleners goed antwoord op uw vragen? 36. Zijn de zorgverleners beleefd tegen u? 38. Luisteren de zorgverleners aandachtig naar u?

5.3 Ervaren betrouwbaarheid zorgverleners

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers een goede betrouwbaarheid van de zorgverleners ervaren
CQ-index lijst	Vertegenwoordigers Thuiswonende cliënten
CQ-index vragen	<p>Vertegenwoordigers van bewoners</p> <ul style="list-style-type: none"> 34. Gaan de zorgverleners zorgvuldig om met de persoonlijke eigendommen van de bewoner? (bril, sieraden, kleding, gehoorapparaat, kunstgebit, enz.) <p>Thuiswonende cliënten</p> <ul style="list-style-type: none"> 39. Houden de zorgverleners zich goed aan de afgesproken werkzaamheden (komt het werk af)? 40. Gaan de zorgverleners zorgvuldig om met uw spullen (meubels, servies, kleding enz.)? 41. Vertrouwt u de zorgverleners? 53. Voelt u zich veilig en op uw gemak in aanwezigheid van de zorgverlener(s)?

Kwaliteit van de zorgorganisatie

6. Kwaliteit van de zorgorganisatie

6.1 Ervaringen met zorgleefplan en evaluatie

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers een goed zorgleefplan ervaren
CQ-index lijst	Bewoners Vertegenwoordigers Thuiswonende cliënten
CQ-index vragen	<p>Bewoners</p> <ul style="list-style-type: none"> 21. Heeft u een zorgleefplan van de zorginstelling met daarin schriftelijke afspraken over de zorg die u krijgt? (over welke zorg en activiteiten, hoe vaak, op welke dagen/tijden, enz.) <p>Vertegenwoordigers van bewoners</p> <ul style="list-style-type: none"> 8. Is er een zorgleefplan voor de bewoner gemaakt met daarin schriftelijke afspraken over de zorg die de bewoner krijgt? (welke zorg en activiteiten, hoe vaak, op welke dagen/tijden, enz.) <p>Thuiswonende cliënten</p> <ul style="list-style-type: none"> 8. Heeft u een zorgleefplan van de zorginstelling met daarin schriftelijke afspraken over uw zorg? (welke zorg, per wanneer, van wie, hoe vaak, op welke dagen/tijden, enz.)

6.2 Ervaren inspraak en overleg

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goede inspraak en goed overleg ervaren
CQ-index lijst	Bewoners Vertegenwoordigers Thuiswonende cliënten
CQ-index vragen	<p>Bewoners</p> <p>23. Kunt u meebeslissen over wat voor zorg of hulp u krijgt?</p> <p>24. Kunt u meebeslissen over wanneer u zorg of hulp krijgt?</p> <p>30. Staat het verpleeg-/verzorgingshuis open voor uw wensen?</p> <p>31. Vindt u dat de leiding goed reageert op uw vragen of suggesties</p> <p>Vertegenwoordigers van bewoners</p> <p>10. Kunt u meebeslissen over wat voor zorg of hulp de bewoner krijgt?</p> <p>19. Staat de zorginstelling open voor uw wensen?</p> <p>20. Reageert de leiding of directie goed op uw vragen en suggesties?</p> <p>24. Overleggen de verzorgenden en verpleegkundigen met u over wat er moet gebeuren?</p> <p>Thuiswonende cliënten</p> <p>10. Kunt u meebeslissen over de inhoud van de Zorg Thuis die u krijgt? (over de soort taken en werkzaamheden)</p> <p>11. Kunt u meebeslissen over de tijdstippen en dagen waarop u Zorg Thuis krijgt?</p> <p>12. Kunt u meebeslissen over van wie u Zorg Thuis krijgt? (welke zorgverlener)</p> <p>19. Staat de zorginstelling voldoende open voor uw wensen?</p> <p>20. Vindt u dat de zorginstelling (de leidinggevende of directie) goed reageert op uw vragen en suggesties?</p> <p>21. Vragen uw zorgverleners of u tevreden bent over de zorg?</p>

6.3 Ervaren informatie

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers een goede informatie ervaren
CQ-index lijst	Bewoners Vertegenwoordigers Thuiswonende cliënten
CQ-index vragen	<p>Bewoners</p> <p>25. Geeft het huis u genoeg informatie over wat zij voor u kan doen? (over de mogelijkheden van het wonen, de zorg, de activiteiten, enz.)</p> <p>26. Geeft de zorginstelling u genoeg informatie over uw rechten? (bijv. dat u mag meebeslissen over de zorg en behandelingen, en dat u kunt klagen)</p> <p>27. Heeft de zorginstelling u genoeg informatie gegeven over haar beleid bij beslissingen over de zorg rond het levenseinde? (reanimatiebeleid, beleid rond euthanasie)</p> <p>28. Is er een cliëntenraad?</p> <p>29. Weet u bij wie u met uw vragen, problemen terecht kunt in het verpleeg-/verzorgingshuis?</p> <p>Vertegenwoordigers van bewoners</p> <p>11. Geeft de zorginstelling u genoeg informatie over wat zij kunnen doen voor de bewoner? (de woonsituatie, de mogelijkheden voor zorg en behandeling, de activiteiten, enz.)</p> <p>12. Geeft de zorginstelling u genoeg informatie over de rechten van de bewoner? (het recht om mee te beslissen over de zorg, recht op inzage in zorg-/behandelplan, recht om te klagen, enz.)</p> <p>13. Heeft de zorginstelling u uitgelegd wat er van u wordt verwacht? (bezoektijden, kosten/bijdragen, enz.)</p> <p>14. Heeft de zorginstelling u genoeg informatie gegeven over hoe zij omgaan met beslissingen rond het levenseinde? (reanimatiebeleid, beleid rond euthanasie)</p> <p>15. Is er een cliëntenraad?</p> <p>16. Weet u bij wie u terecht kunt met vragen en problemen?</p> <p>Thuiswonende cliënten</p> <p>13. Geeft de zorginstelling u voldoende informatie over wat zij voor u kunnen doen? (de mogelijkheden voor zorg thuis, het dienstenpakket, enz.)</p> <p>14. Geeft de zorginstelling u voldoende informatie over uw rechten? (bijv. dat u mag meebeslissen over uw zorg en dat u kunt klagen)</p> <p>15. Geeft de zorginstelling u voldoende informatie over wat er van u wordt verwacht? (wat u in huis moet hebben, uw eigen bijdrage, enz.)</p> <p>16. Is er een cliëntenraad?</p> <p>17. Begrijpt u de brieven en brochures of folders van de zorginstelling?</p> <p>18. Weet u bij wie u met uw vragen en problemen terecht kunt bij de zorginstelling?</p>

6.4 Ervaren telefonische bereikbaarheid

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers een goede telefonische bereikbaarheid (en communicatie) ervaren
CQ-index lijst	Vertegenwoordigers Thuiswonende cliënten
CQ- index vragen	<p>Vertegenwoordigers van bewoners</p> <p>17. Kunt u de leidinggevende of uw contactpersoon telefonisch makkelijk bereiken?</p> <p>18. Als er iets met de bewoner aan de hand is, wordt u dan snel op de hoogte gesteld?</p> <p>21. Heeft u goed contact met de zorgverleners?</p> <p>Thuiswonende cliënten</p> <p>24. Kunt u de zorginstelling overdag telefonisch goed bereiken? (van 9 tot 17 uur)</p> <p>25. Kunt u de zorginstelling buiten kantooruren goed bereiken? ('s avonds, 's nachts, in het weekeinde)</p> <p>26. Weet u hoe en wanneer uw contactpersoon bij de zorginstelling telefonisch bereikbaar is?</p> <p>27. Als u een bericht achterlaat bij de zorginstelling, wordt u dan binnen één werkdag teruggebeld?</p>

6.5 Ervaren samenhang in zorg

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers goede samenhang in zorg ervaren
CQ-index lijst	Thuiswonende cliënten
CQ-index vragen	<p>Thuiswonende cliënten</p> <p>35. Werken de zorgverleners goed samen met andere hulpverleners? Denk hierbij bijvoorbeeld aan de huisarts, een specialist, fysiotherapeut, of diëtiste.</p>

6.6 Ervaren beschikbaarheid personeel

Indicator	De mate waarin cliënten of vertegenwoordigers voldoende beschikbaarheid van personeel (en continuïteit) ervaren
CQ-index lijst	Bewoners Vertegenwoordigers Thuiswonende cliënten
CQ-index vragen	<p>Bewoners</p> <p>11. Wordt u op tijd geholpen als u naar het toilet moet?</p> <p>16. Is er genoeg personeel in huis?</p> <p>33. Hebben de zorgverleners genoeg tijd voor u?</p> <p>54. Reageert een medewerker binnen vijf minuten als u belt?</p> <p>Vertegenwoordigers van bewoners</p> <p>26. Hebben de zorgverleners genoeg tijd voor de bewoner?</p> <p>30. Kan de bewoner opstaan en naar bed gaan op tijden die bij hem/haar passen?</p> <p>31. Wordt de bewoner op tijd geholpen wanneer hij/zij naar het toilet moet?</p> <p>36. Is er genoeg personeel in huis?</p> <p>Thuiswonende cliënten</p> <p>28. Wat vindt u van het aantal verschillende zorgverleners dat bij u langskomt?</p> <p>29. Hoort u het op tijd als een zorgverlener op een ander moment komt of uitvalt wegens ziekte of vakantie?</p> <p>30. Wordt vervanging goed geregeld als een zorgverlener ziek of vrij is?</p> <p>31. Zijn de vervangende zorgverleners goed op de hoogte van hun taken en werkzaamheden</p> <p>37. Hebben de zorgverleners genoeg tijd voor u?</p> <p>57. Kunt u de Zorg Thuis gemakkelijk op een ander tijdstip of een andere dag krijgen?</p>

6.7 Beschikbaarheid verpleegkundige

Indicator	De organisatorische eenheid kan aantonen dat voor de functie verblijf gecombineerd met verpleging en/of behandeling 7 x 24 uur een BIG-geregistreerde verpleegkundige bereikbaar is die binnen tien minuten ter plaatse kan zijn
VV / ZT	Verpleeg- en Verzorgingshuiszorg
Correctie voor	Niet van toepassing
Registratievragen	Kunt u aantonen dat voor de functie verblijf gecombineerd met verpleging en/of behandeling 7 x 24 uur een BIG-geregistreerde verpleegkundige bereikbaar is, die binnen tien minuten ter plaatse kan zijn?
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Anders, wij bieden zorg aan cliënten met een lichte zorgzwaarte waar wel binnen tien minuten telefonisch contact wordt gelegd met een BIG-geregistreerde verpleegkundige
Toelichting	<ul style="list-style-type: none"> - Het is de bedoeling dat de organisatorische eenheid dit kan aantonen vanuit een eigen registratie. - Met een BIG-geregistreerde verpleegkundige wordt bedoeld: minimaal een verpleegkundige niveau 4. - In geval van lichte zorgzwaarte geldt dat het ook acceptabel is als binnen tien minuten telefonisch contact wordt gelegd met een verpleegkundige. Deze afwijking van de regel wordt in voorkomende gevallen gemotiveerd toegelicht als de IGZ daarom vraagt.
Onderbouwing indicator	<p>Kwaliteitskader</p> <p>Het Kwaliteitskader stelt als norm: <i>“De zorgorganisatie voorziet in voldoende en competente zorgverleners, is goed bereikbaar en heeft bij acute zorgvraag deskundige zorgverleners beschikbaar.”</i> Voor intramurale organisaties wordt specifiek aangegeven: <i>“Voor cliënten met verpleging en/of behandeling heeft de zorgorganisatie zowel een arts als verpleegkundige oproepbaar en bereikbaar.”</i> Deze indicator is hiervan een uitwerking.</p>

6.8 Beschikbaarheid arts

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

6.9 Bekwaamheid voorbehouden en risicovolle handelingen

Indicator	De organisatorische eenheid kan aantonen dat het een cyclisch scholingsbeleid heeft op voorbehouden en risicovolle handelingen en dat door middel van een 'praktijktoets' is getoetst of de medewerkers die voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren hierin bekwaam zijn
VV / ZT	Verpleeg- en Verzorgingshuiszorg / Zorg Thuis
Correctie voor	Niet van toepassing
Registratievragen	Kunt u aantonen dat u een cyclisch scholingsbeleid heeft op voorbehouden en risicovolle handelingen? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee Kunt u aantonen dat in het afgelopen verslagjaar door middel van een 'praktijktoets' getoetst werd of de medewerkers die voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren hierin bekwaam zijn? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Toelichting	<ul style="list-style-type: none"> - Voorbehouden handelingen zijn handelingen die alleen in opdracht van een arts uitgevoerd mogen worden. Deze handelingen zijn in de Wet BIG beschreven (hoofdstuk IV, artikel 35 tot en met 39). - Risicovolle handelingen zijn handelingen, bijvoorbeeld met technische hulpmiddelen, die specifieke deskundigheid vereisen. Voorbeelden van risicovolle handelingen zijn het toedienen van oor-, oog- en neusdruppels of het verzorgen van een sonde. - Bij een 'praktijktoets' wordt de voorbehouden of risicovolle handeling uitgevoerd in aanwezigheid van een deskundige. Dit kan een arts zijn, een verpleegkundig specialist of een praktijkbegeleider. De deskundige bepaalt of de handeling juist is uitgevoerd en maakt hiervan een aantekening. Van belang is dat u met een document (verslag, registratie, etc.) kunt aantonen dat de bekwaamheid van de zorgverleners die voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren op een dergelijke wijze is getoetst. - Met een cyclisch scholingsbeleid wordt bedoeld dat de organisatie scholing en toetsing van voorbehouden en risicovolle handelingen op regelmatige basis aanbiedt, tegemoetkomend aan de voorwaarden zoals deze gelden voor de BIG-registratie.
Onderbouwing indicator	<p>Relevantie Cliënten lopen een verhoogd risico bij voorbehouden en risicovolle handelingen. Daarom dient de zorgorganisatie de deskundigheid van zorgverleners op dit gebied te waarborgen.</p> <p>Kwaliteitskader Het Kwaliteitskader stelt als norm: "Voorbehouden en risicovolle handelingen die specifieke deskundigheid vereisen, worden uitgevoerd door daartoe bekwame en bevoegde zorgverleners. De zorgorganisatie heeft hiervoor een cyclisch scholingsbeleid." Deze norm en indicator zijn afgeleid van de wettelijke norm.</p>

Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid

7. Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid

7.1 Risicosignalering zorgproblemen

Indicator	<p>a. Risicosignalering - uitvoering: Percentage cliënten bij wie uit het zorgleefplan blijkt dat een risicosignalering is gedaan op de zorgproblemen huidletsel, ondervoeding/overgewicht, vallen, problemen medicatiegebruik, depressie en incontinentie</p> <p>b. Risicosignalering - opvolging: Percentage cliënten bij wie uit het zorgleefplan blijkt dat een risicosignalering is gedaan op de betreffende zorgproblemen en bij wie naar aanleiding van verhoogd risico adequate opvolging heeft plaatsgevonden</p>					
VV / ZT	Verpleeg- en Verzorgingshuiszorg / Zorg Thuis					
Teller	<p>a. Het aantal cliënten bij wie uit het zorgleefplan blijkt dat in het afgelopen halfjaar een risicosignalering is gedaan op de zorgproblemen huidletsel, ondervoeding/overgewicht, vallen, problemen medicatiegebruik, depressie en incontinentie</p> <p>b. Het totaal aantal cliënten bij wie adequate opvolging heeft plaatsgevonden</p>					
Noemer	<p>a. Het aantal cliënten bij wie in de meetperiode is gemeten</p> <p>b. Het totaal aantal cliënten bij wie er een verhoogd risico is geconstateerd</p>					
Niet meten bij	Niet van toepassing					
Correctie voor	Niet van toepassing					
Registratievragen	Zorgprobleem	<i>Blijkt uit het zorgleefplan dat in het afgelopen halfjaar een risicosignalering is gedaan op de volgende zorgproblemen?</i>	<i>Als er een risicosignalering is uitgevoerd op dit punt, was er bij de cliënt sprake van een verhoogd risico?</i>	<i>Als er sprake was van een verhoogd risico, blijkt uit het zorgleefplan dat er adequate opvolging heeft plaatsgevonden?</i>		
		ja nee	ja nee	ja nee		
	Huidletsel	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		
	Ondervoeding en/of overgewicht	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		
	Vallen	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		
	Problemen medicatiegebruik	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		
	Depressie	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		
	Incontinentie	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		

Toelichting	<ul style="list-style-type: none"> - Het is de bedoeling dat de risicosignalering voor elk probleemgebied afzonderlijk is terug te vinden in het zorgleefplan van de cliënt. - Het staat de organisatorische eenheid vrij <i>hoe</i> zij deze signalering uitvoert, <i>als</i> deze maar op een structurele manier en op cliëntniveau plaatsvindt en wordt vastgelegd in het zorgleefplan. Er bestaan meerdere checklists en instrumenten om op een verantwoorde manier risico's te signaleren. Verschillende settings of zorgzwaartes zullen ook om andere alertheid op risico's vragen. De organisatorische eenheid kan zelf bepalen hoe zij de signalering uitvoert en in welke situatie sprake is van een verhoogd risico. In het handboek wordt verwezen naar diverse checklists en instrumenten die eventueel gebruikt kunnen worden bij de risicosignalering. - De enige uitzondering op bovenstaande is het zorgprobleem ondervoeding in de intramurale situatie. In de vorm van de indicator 'Risico op ondervoeding' wordt wel voorgeschreven hoe het risico op ondervoeding in kaart moet worden gebracht, namelijk met de vragen van de SNAQRC (zie indicator 7.3a). - Voor de opvolging van situaties waarin sprake is van een verhoogd risico is niet voorgeschreven wat 'adequate opvolging' exact inhoudt. Dat kan van situatie tot situatie verschillen. Het is onder meer afhankelijk van de geïndiceerde zorg, de wensen en mogelijkheden van de cliënt. Ook hier geldt: het staat de organisatorische eenheid vrij hoe zij de opvolging uitvoert, als deze maar plaatsvindt en wordt genoteerd in het zorgleefplan.
Onderbouwing indicator	<p>Kwaliteitskader</p> <p>Het Kwaliteitskader stelt als norm bij het thema 'Lichamelijk welbevinden en gezondheid' dat de cliënt mag rekenen op adequate gezondheidsbescherming en – bevordering. Dit houdt onder meer in dat gezondheidsrisico's tijdig worden herkend. Vroege herkenning van zorgproblemen zoals doorligwonden of incontinentie kan veel leed en verlies van kwaliteit van leven voor de cliënt voorkomen.</p> <p>Wijziging t.o.v. vorige Kwaliteitskader</p> <p>Vooral de Zorg Thuis heeft een dergelijke signalerende rol. Uitkomstindicatoren bleken niet altijd even geschikt voor de ZT, omdat de thuiszorgorganisatie in de meeste gevallen slechts gedeeltelijk verantwoordelijk kan worden gehouden voor uitkomsten zoals het voorkomen van huidletsel. Deze nieuwe indicator sluit nadrukkelijk wel aan bij de signalerende rol van de thuiszorgorganisatie. Signalering van risico's is echter ook intramuraal belangrijk en daarom is de indicator ook van toepassing voor de verpleeg- en verzorgingshuiszorg, aanvullend op de uitkomstindicatoren.</p>
Berekening Indicator	<p>Voor elk zorgprobleem worden een aparte percentages berekend.</p> <p>De percentages die de indicatoren laten zien zijn gemiddelden van de zes zorgprobleemgebieden.</p>

¹⁰ Om de prestaties vergelijkbaar te maken tussen zorgorganisaties, wordt gecorrigeerd voor versturende variabelen waarop de zorgorganisatie geen invloed heeft (zg casemixcorrectie). De correctiefactoren die worden vermeld zijn gebaseerd op de analyses van de voorgaande jaren. In sommige gevallen is de indicator echter aangepast of helemaal nieuw en is een inschatting gemaakt van de vermoedelijke versturende variabelen waarvoor gecorrigeerd zal worden. Na de eerste verwerkingsronde van 2010 wordt pas definitief voor welke variabelen wordt gecorrigeerd.

7.2 Huidletsel

Indicator	Percentage cliënten met huidletsel (decubitus graad 2 t/m 4 en/of vochtletsel/smetten)
VV / ZT	Verpleeg- en Verzorgingshuiszorg
Teller	Het aantal cliënten met decubitus graad 2 t/m 4 en/of vochtletsel/smetten
Noemer	Het aantal cliënten bij wie in de meetperiode is gemeten
Niet meten bij	Niet van toepassing
Correctie¹⁰ voor	<ul style="list-style-type: none"> - Aantal cliënten waarbij het huidletsel niet is ontstaan in de organisatorische eenheid - CDS¹¹: Houding, Mobiliteit, Gevaar ontwijken, Contactuele vaardigheden
Registratievragen	<p><i>Is in de zorgovereenkomst of het zorgleefplan vastgelegd dat de cliënt niet systematisch op huidletsel onderzocht wil worden t.b.v. het Kwaliteitskader VV&T?</i></p> <p><input type="radio"/> Ja dit is vastgelegd: de cliënt wil hierop niet onderzocht worden t.b.v. het kwaliteitskader VV&T</p> <p><input type="radio"/> Nee, dit is niet vastgelegd</p> <p><i>Heeft de cliënt vochtletsel of smetten?</i></p> <p><input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Onbekend</p> <p>Zo ja: is het vochtletsel of zijn de smetten in de organisatorische eenheid ontstaan?</p> <p><input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Onbekend</p> <p><i>Heeft de cliënt decubitus?</i></p> <p><input type="radio"/> Nee</p> <p><input type="radio"/> Ja, van de volgende graad:</p> <p><input type="radio"/> Graad 1 <input type="radio"/> Graad 2 <input type="radio"/> Graad 3 <input type="radio"/> Graad 4 <input type="radio"/> Onbekend</p> <p>Zo ja: is de decubitus in de organisatorische eenheid ontstaan?</p> <p><input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Onbekend</p>
Toelichting	<ul style="list-style-type: none"> - De cliënt dient daadwerkelijk te worden onderzocht op huidletsel. Beantwoorden van de registratievragen gebeurt op basis van lichamelijke inspectie en dus niet alleen op basis van anamnese. - Decubitus is iedere vorm van weefselversterf, veroorzaakt door de inwerking op het lichaam van langdurige druk-, schuif-, en/of wrijfkraften (CBO richtlijn 2002). Decubitus kent vier graden, met de volgende kenmerken: <ul style="list-style-type: none"> - Graad 1: rode huid, niet weg te drukken - Graad 2: oppervlakkige wonden, blaar, ontveling - Graad 3: onderliggende weefsel aangetast, grotere wond - Graad 4: zichtbare, uitgebreide beschadiging van huid, spieren en/of bot - Vochtletsel: irritatie of het stukgaan van de huid door de inwerking van vocht zoals urine, ontlasting, transpiratievocht of wondvocht. - Smetten: elke huidirritatie of huiddefect dat zich voordoet in de grote huidplooien (zoals huidplooien van de liezen, onder de borsten, de buikplooien, de

¹¹ De Care Dependency Scale (CDS) (Dijkstra et al, 1999) is in zijn geheel in de registratievragenlijst opgenomen en bevat 15 schalen. Een aantal hiervan worden gebruikt bij de correcties die plaatsvinden om de gegevens vergelijkbaar te maken. Zie het handboek voor een verwijzing naar de handleiding van het instrument.

	<p>oksel, de bilnaad). In het algemeen wordt aangenomen dat smetten ontstaan door huid-op-huid contact.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Als er sprake is van meer vochtletsel/smetplekken bij de cliënt, en één daarvan is in de organisatorische eenheid ontstaan, dan vult u 'ja' in bij de vraag of het letsel in de organisatorische eenheid is ontstaan. - Als er sprake is van meerdere decubituswonden bij de cliënt, dan kiest u 1) een wond die in de organisatorische eenheid is ontstaan en vervolgens 2) de ernstigste graad. <p><i>Bijvoorbeeld:</i> voor een cliënt die een decubitusplek graad 4 heeft die elders is ontstaan, en een decubitusplek graad 2 die wel in de organisatorische eenheid is ontstaan, dan vult u de laatste in (decubitus 'ja', graad 2, in de OE ontstaan).</p>
Onderbouwing indicator	<p>Relevantie</p> <p>Ouderen in zorgorganisaties hebben een hoog risico voor het ontwikkelen van doorligwonden (decubitus), in het bijzonder als ze bedlegerig en immobiel zijn. De aandoening is pijnlijk en beperkend en de behandeling is tijdrovend en kostbaar. Ook ander huidletsel, zoals vochtletsel en smetten, kan nare gevolgen voor de cliënt opleveren.</p> <p>Kwaliteitskader</p> <p>Het Kwaliteitskader stelt als norm dat een cliënt mag rekenen op adequate gezondheidsbescherming en -bevordering waarbij steeds goed wordt ingespeeld op veranderingen in het lichamelijk welzijn en de gezondheid. Het tijdig voorkomen, herkennen en eventueel behandelen van huidletsel hoort daarbij.</p> <p>Wijziging t.o.v. vorige Kwaliteitskader</p> <p>Het verschil tussen decubitus en vochtletsel bleek in de praktijk een moeilijk onderscheid. Daarom is ervoor gekozen om in de indicator voortaan alle soorten van huidletsel uit te vragen. Alle vormen van huidletsel (decubitus, smetten en vochtletsel) zijn nare en vaak onnodige aandoeningen die door goede zorg voorkomen en als nodig behandeld kunnen worden. Het prevalentiecijfer huidletsel geeft daarmee een indicatie van de kwaliteit van de verpleging en verzorging in een zorgorganisatie.</p>
Correctie	<p>Om goed te kunnen vergelijken tussen zorgorganisaties worden de uiteindelijke scores gecorrigeerd voor het aantal cliënten waarbij het huidletsel niet in de zorgorganisatie is ontstaan. Belangrijke correctiefactoren voor huidletsel zijn mobiliteit (mobiele cliënten hebben minder kans op decubitus) en het gegeven of de cliënt al decubitus had opgelopen voordat hij in de zorgorganisatie kwam, Hiervoor wordt gecorrigeerd omdat de zorgorganisatie deze factoren ook vrijwel niet kan beïnvloeden.</p>
Percentage Onbekend	<p>Voor deze indicator wordt in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording ook het percentage cliënten berekend bij wie onbekend is of er sprake is van decubitus en/of vochtletsel/smetten. In dit percentage tellen niet mee: de cliënten waarbij in de zorgovereenkomst of het zorgleefplan is vastgelegd dat ze niet systematisch onderzocht wensen te worden op huidletsel t.b.v. het kwaliteitskader VV&T.</p>

7.3 Voedingstoestand

Indicator	<p>a. Risico op ondervoeding: Percentage cliënten dat volgens de SNAQ^{RC} een verhoogd risico heeft op ondervoeding*</p> <p>b. Onbedoeld gewichtsverlies:</p> <p>b1. Percentage cliënten met onbedoeld gewichtsverlies van meer dan drie kilo in de afgelopen maand en/of meer dan zes kilo in de afgelopen zes maanden</p> <p>b2. Gemiddeld aantal kilo's onbedoeld gewichtsverlies per cliënt in de afgelopen zes maanden</p> <p>* <i>De indicator '7.3a Risico op ondervoeding' wordt alleen voor interne verbetering gebruikt, niet voor publicatie</i></p>
VV / ZT	Verpleeg- en Verzorgingshuiszorg
Teller	<p>a. Het aantal cliënten dat volgens de SNAQRC een risico heeft op ondervoeding</p> <p>b1. Het aantal cliënten waarbij sprake is van onbedoeld gewichtsverlies van meer dan drie kilo in de afgelopen maand en/of meer dan zes kilo in de afgelopen zes maanden</p> <p>b2. Het totaal aantal kilo's dat alle cliënten onbedoeld zijn afgevallen in de afgelopen zes maanden</p>
Noemer	<p>a. Het aantal cliënten bij wie in de meetperiode is gemeten</p> <p>b1. Het aantal cliënten bij wie in de meetperiode is gemeten</p> <p>b2. Het aantal cliënten bij wie in de meetperiode is gemeten</p>
Niet meten bij	Cliënten die terminaal zijn
Correctie voor	<ul style="list-style-type: none"> - CDS: Gevaar ontwijken, Contactuele vaardigheden - Aantal cliënten met kanker
Registratievragen	<p><i>Is in de zorgovereenkomst of het zorgleefplan vastgelegd dat de cliënt niet systematisch op voedingstoestand onderzocht wil worden t.b.v. het Kwaliteitskader VV&T?</i></p> <p><input type="radio"/> Ja dit is vastgelegd: de cliënt wil hierop niet onderzocht worden t.b.v. het kwaliteitskader VV&T</p> <p><input type="radio"/> Nee, dit is niet vastgelegd</p> <p><i>Is de cliënt terminaal?</i></p> <p><input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja</p> <p><i>Is bij de cliënt sprake van onbedoeld gewichtsverlies in de laatste maand?</i></p> <p><input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Zo ja, hoeveel kilogram? _____, ___ kg</p> <p><input type="radio"/> Onbekend</p> <p><i>Is bij de cliënt sprake van onbedoeld gewichtsverlies in de afgelopen zes maanden?</i></p> <p><input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Zo ja, hoeveel kilogram? _____, ___ kg</p> <p><input type="radio"/> Onbekend</p> <p><i>Heeft de cliënt een vorm van kanker?</i> <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja</p> <p><i>Heeft de cliënt hulp nodig van een ander bij het eten?</i> <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja</p> <p><i>Had de cliënt de afgelopen maand een verminderde eetlust?</i></p> <p><input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Onbekend</p> <p><i>Wat is de lengte van de cliënt?</i> _____ cm</p> <p><i>Wat is het gewicht van de cliënt?</i> _____, ___ kg</p>

Toelichting	<ul style="list-style-type: none"> - Deze indicator wordt niet gemeten als de cliënt terminaal is omdat op de uitkomst geen actie meer ondernomen wordt en het vaak te belastend is voor de cliënt. In deze context wordt onder een terminale cliënt verstaan: een cliënt in de eindfase van het leven. Medisch gezien wordt er geen genezing van ziekte meer verwacht en meestal wordt drie maanden voor het verwachte overlijden als het begin van de terminale fase beschouwd. - Voor de registratie van gewicht en gewichtsafname dient de cliënt daadwerkelijk te worden gewogen. Dat gebeurt dus minimaal een half jaar voor de meetperiode, een maand ervoor en tijdens de meetperiode zelf. - Wanneer het meten van de lengte niet mogelijk is, kan de lengte worden ingevuld door navragen, raadpleging van het zorgdossier of andere schattingsmethoden (zie handboek). - Als het gewichtsverlies van de cliënt juist gewenst was, bijvoorbeeld in verband met overgewicht, wordt 'nee' ingevuld bij de vraag of de cliënt onbedoeld is afgevallen. - Met 'hulp nodig van een ander bij het eten' wordt bedoeld dat de cliënt fysiek geholpen wordt bij het eten zelf. Het ondersteunen in de voorbereiding geldt niet als hulp van een ander bij het eten.
Onderbouwing indicator	<p>Relevantie Kwetsbare verzorgings- en verpleeghuiscliënten hebben een verhoogde kans op gewichtsverlies door een tekort aan voeding of voedingsstoffen, vaak veroorzaakt door meervoudige chronische aandoeningen of bijwerking en interactie van medicijnen.</p> <p>Kwaliteitskader Het Kwaliteitskader heeft op een aantal punten aandacht voor eten en drinken. Bij het thema 'Lichamelijk welbevinden en gezondheid' worden de volgende normen aangegeven voor maaltijden, hapjes en drankjes: passende hulp en voldoende tijd, keuzemogelijkheden, maaltijden goed gespreid over de dag en een prettige ambiance. Daarnaast valt een adequate gezondheidsbescherming en –bevordering onder dit thema. Deze norm schrijft onder meer voor dat gezondheidsrisico's, zoals het risico op ondervoeding, tijdig worden herkend en dat er naar gehandeld wordt. Benadrukt wordt dat het van belang is dat zorgverleners inspelen op de situatie van de cliënt en veranderingen hierin. Cliënten met een depressie of cognitieve beperkingen kunnen bijvoorbeeld eten en drinken weigeren. Ook kunnen lichamelijke klachten of ziektes een verlies van eetlust en gewicht met zich meebrengen. Bij de zorg voor eten en drinken is een zorgvuldig gekozen evenwicht tussen goed vaktechnisch handelen (zoals het aanbieden van voldoende voedingsstoffen op een dag) en de wensen en voorkeuren van de cliënt/ vertegenwoordiger (smaak, sfeer) van belang. Door zicht te houden op gewichtsafname, aan te moedigen om zelfstandig te eten, voeding aan te passen en een andere omgeving aan te bieden waarin gegeten en gedronken wordt, kan een zorgorganisatie onbedoeld gewichtsverlies mogelijk voorkomen.</p>

	<p>Wijziging t.o.v. vorige Kwaliteitskader De Stuurgroep verantwoorde zorg VV&T heeft bepaald dat in de intramurale situatie voortaan het risico op ondervoeding met behulp van de SNAQ^{RC} (Short Nutritional Assessment Questionnaire for Residential Care) wordt gemonitord. Hiervoor is, naast de indicator gewichtsafname die er al was, indicator 7.3a in het leven geroepen, het risico op ondervoeding. Deze indicator bevat echter elementen die niet of moeilijk door de zorgorganisatie te beïnvloeden zijn (zoals eetlust en zelfstandig kunnen eten) en daarom is ervoor gekozen om het percentage cliënten dat aangemerkt wordt met een verhoogd risico niet openbaar te maken, maar alleen terug te koppelen aan de zorgorganisatie voor de directe zorg en interne verbetering. Het zorgprobleem ondervoeding in de intramurale situatie is daarmee wel het enige zorgprobleem waarbij wordt voorgeschreven hoe het risico gesignaleerd wordt (zie indicator 7.1). De Stuurgroep Ondervoeding geeft aan dat bij een verhoogd risico de volgende acties wenselijk zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 keer per maand wegen - 2 tot 3 keer per dag tussentijdse verstrekking - Verrijken hoofdmaaltijden - Globale monitoring van de inname - Inschakelen diëtetiek binnen 3 dagen na screening, binnen 8 dagen na screening start behandeling; binnen 5 dagen na start behandeling evaluatie <p>Referenties:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stuurgroep Ondervoeding. Richtlijn screenen en behandelen van ondervoeding, oktober 2009; - Stuurgroep Ondervoeding. Toolkit vroege herkenning & behandeling van ondervoeding in verpleeg en verzorgingshuizen;
Uitleg berekeningen	<ul style="list-style-type: none"> - De b-indicator, onbedoeld gewichtsverlies, zegt iets over de mate waarin de zorgorganisatie er daadwerkelijk in slaagt om gewichtsverlies te voorkomen. Hier zijn twee berekenvarianten opgenomen, waarvan er één zal worden gehanteerd, afhankelijk van de statistische kracht (power). In de eerste instantie wordt voor alle organisatorische eenheden de percentages risico op ondervoeding (7.3a) en onbedoeld gewichtsverlies (7.3b) berekend. Indien het percentage cliënten met onbedoeld gewichtsverlies in de afgelopen zes maanden (7.3b) niet statistisch voldoende onderbouwd is (d.w.z. de uitkomst wordt in hoge mate door toeval bepaald), wordt het gemiddelde aantal kilo's onbedoeld gewichtsverlies (7.3b) in de organisatorische eenheid berekend. - De Body Mass Index wordt als volgt berekend: het gewicht (in kilo's) gedeeld door de lengte van de cliënt (in meters) in het kwadraat. - Op basis van de SNAQ^{RC} (Short Nutritional Assessment Questionnaire for residential care) (Kruizenga 2009) wordt in de volgende antwoord opties een verhoogd risico toegekend: - Meer dan 6 kg afgevallen in afgelopen 6 maanden en/of meer dan 3 kg afgevallen in de afgelopen maand - BMI onder 22

	<ul style="list-style-type: none"> - Hulp nodig van een ander bij het eten én een BMI lager dan 22 - Verminderde eetlust én een BMI lager dan 22 - Hulp nodig van een ander bij het eten én een verminderde eetlust
Correctie	Om goed te kunnen vergelijken tussen zorgorganisaties worden de uiteindelijke scores gecorrigeerd voor het aantal cliënten met een vorm van kanker. Deze ziekte gaat vaak gepaard met een gewichtsafname en ondervoedingsrisico waarop de zorgorganisatie vrijwel geen invloed heeft.
Percentage Onbekend	Voor deze indicator wordt in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording ook het percentage cliënten berekend bij wie onbekend is of er een verhoogd risico op ondervoeding bestaat volgens de SNAQRC. Dit is aan de orde als de score niet opgemaakt kan worden omdat er teveel vragen met 'onbekend' zijn ingevuld. In dit percentage tellen niet mee: de cliënten waarbij in de zorgovereenkomst of het zorgleefplan is vastgelegd dat ze niet systematisch onderzocht wensen te worden op voedingstoestand t.b.v. het Kwaliteitskader VV&T en cliënten die terminaal zijn.

7.4 Valincidenten

Indicator	Percentage cliënten dat in de afgelopen dertig dagen te maken had met een valincident
VV / ZT	Verpleeg- en Verzorgingshuiszorg / Zorg Thuis* * <i>De indicator 'Valincidenten' wordt in de Zorg Thuis alleen voor interne verbetering gebruikt, niet voor publicatie</i>
Teller	Het aantal cliënten dat de afgelopen dertig dagen te maken had met een valincident
Noemer	Het aantal cliënten bij wie in de meetperiode is gemeten
Niet meten bij	Niet van toepassing
Correctie voor	<ul style="list-style-type: none"> - Leeftijd - CDS: Houding Mobiliteit, Gevaar ontwijken, Leercapaciteit, Contactuele vaardigheden
Registratievragen	<i>Had de cliënt de afgelopen dertig dagen te maken met een valincident?</i> <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Onbekend
Toelichting	<ul style="list-style-type: none"> - Onder een val wordt verstaan: het uit verticale of horizontale positie plotseling en onvrijwillig op de grond terechtkomen. Of iets een val is of niet, wordt dus niet bepaald door het feit of er wel of geen letsel is opgetreden. - Alle valincidenten dienen meegenomen te worden. Dit is inclusief: <ul style="list-style-type: none"> - Valincidenten die door cliënten zijn gemeld, dus ook een val waarbij geen medewerker aanwezig was; - Valincidenten buitenshuis. Buitenshuis betekent bijvoorbeeld ook vallen in de supermarkt; - Valincidenten met aanvaardbaar risico. Met 'aanvaardbaar risico' betekent dat vallen een bewust risico is van de afgesproken zorg, bijvoorbeeld dat er geen fixatie wordt toegepast. Dit moet zijn vastgelegd in het zorgleefplan.

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

7.5 Medicijnincidenten

Indicator	Percentage cliënten dat in de afgelopen dertig dagen te maken had met een medicijnincident
VV /ZT	Verpleeg- en Verzorgingshuiszorg
Teller	Het aantal cliënten dat de afgelopen dertig dagen te maken had met een medicijnincident
Noemer	Het aantal cliënten bij wie in de meetperiode is gemeten en voor wie de zorgorganisatie (een deel van) het beheer van de medicatie verzorgt
Niet meten bij	Niet van toepassing
Correctie voor	Niet van toepassing
Registratievragen	<p><i>Verzorgt de zorgorganisatie (een deel van) het beheer van de medicatie van de cliënt?</i></p> <p><input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja</p> <p><i>Indien ja, had de cliënt de afgelopen dertig dagen te maken met een medicijn-incident?</i></p> <p><input type="radio"/> Ja:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Medicijn niet gegeven <input type="radio"/> Verkeerde dosering gegeven <input type="radio"/> Medicijn op verkeerd tijdstip gegeven <input type="radio"/> Verkeerd medicijn gegeven <input type="radio"/> Verkeerde toedieningwijze <p><input type="radio"/> Nee, geen van bovenstaande medicijnincidenten</p> <p><input type="radio"/> Onbekend</p>
Toelichting	<ul style="list-style-type: none"> - Indien de zorgorganisatie niet (een deel van) het beheer van de medicatie van de cliënt verzorgt, dan vallen het voorschrijven en toedienen van medicatie buiten de verantwoordelijkheid van de zorgorganisatie en zijn de verdere vragen t.a.v. medicijnincidenten niet van toepassing. Dit is bijvoorbeeld het geval als een cliënt in het verzorgingshuis zijn eigen huisarts heeft en de medicatie zelf inneemt zonder hulp. Als de zorgorganisatie wel een rol heeft in het voorschrijven óf beheren/uitdelen van de medicatie dan is het antwoord 'ja' en worden de vragen wel beantwoord. - Het gaat hierbij om medicijnincidenten die zijn gerelateerd aan de zorgverlener. Incidenten die door toedoen van de apotheek of de cliënt zelf zijn voorgevallen (bijvoorbeeld medicijn niet ingenomen) horen niet bij bovengenoemde medicijnincidenten. Als dit voorkomt kan 'Nee, geen van bovenstaande medicijnincidenten' worden ingevuld. - De optie 'onbekend' dient ingevuld te worden, als het niet bekend is of één van de genoemde medicijnincidenten heeft plaatsgevonden. - Voor het beantwoorden van deze vraag gebruikt u de volgende bronnen: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Het cliëntendossier; <input type="radio"/> Het geheugen van de verzorgende én de cliënt (indien mogelijk); <input type="radio"/> De MIC (Melding Incidenten Cliënten)-registratie.

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

7.6 Antipsychotica

Indicator	Percentage cliënten dat in de afgelopen zeven dagen antipsychotica gebruikte
VV/ ZT	Verpleeg- en Verzorgingshuiszorg
Teller	Het aantal cliënten dat de afgelopen zeven dagen antipsychotica gebruikte
Noemer	Het aantal cliënten bij wie in de meetperiode is gemeten en voor wie de zorgorganisatie (een deel van) het beheer van de medicatie verzorgt
Niet meten bij	Niet van toepassing
Correctie voor	- Diagnose delier, schizofrenie, psychotische stoornis - Geslacht
Registratievragen	<p><i>Verzorgt de zorgorganisatie (een deel van) het beheer van de medicatie van de cliënt?</i></p> <p><input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja</p> <p><i>Zo ja, heeft de cliënt in de afgelopen zeven dagen antipsychotica ontvangen?</i></p> <p><input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Onbekend</p> <p><i>Als de cliënt antipsychotica heeft ontvangen, heeft de cliënt de diagnose delier, schizofrenie of psychotische stoornis?</i></p> <p><input type="radio"/> Ja, namelijk</p> <p><input type="radio"/> Delier</p> <p><input type="radio"/> Schizofrenie</p> <p><input type="radio"/> Psychotische stoornis</p> <p><input type="radio"/> Nee</p>
Toelichting	<ul style="list-style-type: none"> - Indien de zorgorganisatie niet (een deel van) het beheer van de medicatie van de cliënt verzorgt, dan vallen het voorschrijven en toedienen van medicatie buiten de verantwoordelijkheid van de zorgorganisatie en zijn de verdere vragen t.a.v. antipsychotica niet van toepassing. Dit is bijvoorbeeld het geval als een cliënt in het verzorgingshuis zijn eigen huisarts heeft en de medicatie zelf inneemt zonder hulp. Als de zorgorganisatie wel een rol heeft in het voorschrijven óf beheren/uitdelen van de medicatie dan is het antwoord 'ja' en worden de antipsychotica-vragen wel beantwoord. - Onder antipsychotica worden geneesmiddelen verstaan die psychotische verschijnselen kunnen verminderen of doen verdwijnen. Indien degenen die de meting uitvoeren niet voldoende op de hoogte zijn van de stofnamen van antipsychotica, kan de apotheek mogelijk een oplossing bieden door lijstjes met merknamen aan te leveren. - De diagnose delier, schizofrenie of psychotische stoornis moet door een arts zijn gesteld.
Onderbouwing indicator	<p>Relevantie</p> <p>Antipsychotica worden met een terechte basis voorgeschreven bij de diagnoses delier, schizofrenie en psychotische stoornis. Achtergrond van de indicator is de ervaring dat antipsychotica ook onterecht worden voorgeschreven bij 'probleemgedrag'. Deze indicator is erop gericht om het voorschrijfgedrag van antipsychotica inzichtelijk te maken.</p>

Kwaliteitskader

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

Verantwoordelijkheid zorgorganisatie

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

Percentage Onbekend

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

7.7 Depressieve symptomen

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

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

7.8 Incontinentie

Indicator	<p>a. Incontinentie – prevalentie: Percentage cliënten dat een paar keer per week of elke dag incontinent is van urine</p> <p>b. Incontinentie – diagnose: Percentage cliënten met urine-incontinentie bij wie een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, uroloog of continëntieverpleegkundige betrokken was bij de diagnose*</p>
VV /ZT	<p>Verpleeg- en Verzorgingshuiszorg / Zorg Thuis*</p> <p>* <i>In de Zorg Thuis wordt alleen 7.8a Incontinentie – prevalentie gemeten, dus niet 7.8b Incontinentie – diagnose 7.8a Incontinentie – prevalentie wordt in de Zorg Thuis alleen voor interne verbetering gebruikt, niet voor publicatie</i></p>
Teller	<p>a. Het aantal cliënten dat in de afgelopen maand een paar keer per week of elke dag incontinent was van urine (inclusief cliënten met een katheter)</p> <p>b. Het aantal cliënten bij wie een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, uroloog of continëntieverpleegkundige betrokken was bij de diagnose</p>
Noemer	<p>a. Het aantal cliënten bij wie in de meetperiode is gemeten</p> <p>b. Het aantal cliënten dat in de afgelopen maand een paar keer per week of elke dag incontinent is van urine (inclusief cliënten met een katheter)</p>
Niet meten bij	Niet van toepassing
Correctie voor	<p>a. - Leeftijd</p> <p>- CDS: Houding, Mobiliteit, Gevaar ontwijken, Leercapaciteit, Contactuele vaardigheden</p> <p>- Antipsychotica</p> <p>b. Niet van toepassing</p>
Registratievragen	<p><i>Is in de zorgovereenkomst of het zorgleefplan vastgelegd dat de cliënt niet systematisch op incontinentie onderzocht wil worden t.b.v. het Kwaliteitskader VV&T?</i></p> <p><input type="radio"/> Ja dit is vastgelegd: de cliënt wil hierop niet onderzocht worden t.b.v. het kwaliteitskader VV&T</p> <p><input type="radio"/> Nee, dit is niet vastgelegd</p> <p><i>Heeft de cliënt 'urineretentie'?</i></p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee</p> <p>Indien nee:</p> <p><i>Hoe vaak was de cliënt in de afgelopen maand incontinent van urine?</i></p> <p><input type="radio"/> Cliënt heeft een katheter</p> <p><input type="radio"/> Nooit</p> <p><input type="radio"/> Drie of vier keer per maand</p> <p><input type="radio"/> Een paar keer per week</p> <p><input type="radio"/> Elke dag</p> <p><input type="radio"/> Onbekend</p> <p><i>Is de diagnose urine- incontinentie geregistreerd in het zorgleefplan?</i></p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee</p> <p>Indien ja:</p>

	<p><i>Door wie is de diagnose urine-incontinentie gesteld?</i></p> <p><input type="radio"/> Huisarts</p> <p><input type="radio"/> Specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts)</p> <p><input type="radio"/> Uroloog</p> <p><input type="radio"/> Continentieverpleegkundige</p>
Toelichting	<ul style="list-style-type: none"> - Onder urine-incontinentie wordt verstaan: iedere vorm van onvrijwillig urineverlies. - Urineretentie is daarmee geen urine incontinentie. Een cliënt kan een katheter hebben in verband met urineretentie. Maar dit wordt verder niet geregistreerd, de incontinentievragen worden overgeslagen als sprake is van urineretentie. - Volgens de indicator wordt de cliënt vanaf 'een paar keer per week' of vaker incontinent van urine als 'incontinent' beschouwd. Ook cliënten met een katheter worden voor deze indicatoren beschouwd als incontinent (met uitzondering van de genoemde situatie van urineretentie). - Alle soorten katheters worden meegenomen. - De registratievragen over de diagnose worden ingevuld voor cliënten die een paar keer per week of vaker incontinent zijn van urine en voor cliënten die een verblijfskatheter hebben. - Het gaat erom dat het soort incontinentie gediagnosticeerd is en dat de diagnose 'incontinentie' is vastgelegd in het zorgleefplan. Een NHG diagnose voor incontinentie is opgebouwd uit de volgende onderdelen: <ul style="list-style-type: none"> - Type - Omvang - Impact - De onderliggende aandoening - Andere beïnvloedende factoren <p>Voor een nadere specificatie van de diagnose, onderliggende aandoeningen en andere factoren kunt u de NHG standaard 'Incontinentie voor urine' van september 2006 raadplegen via http://nhg.artsennet.nl.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voor de indicator Incontinentie – diagnose worden alleen diagnoses die gesteld zijn door huisarts, specialist ouderengeneeskunde, uroloog of continëntieverpleegkundige meegeteld. Diagnoses die door iemand anders gesteld zijn, kunt u hier niet invullen. In dit geval kunt u deze vraag open laten.
Onderbouwing indicator	<p>Relevantie</p> <p>Te vaak en te gemakkelijk worden cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen als incontinent bestempeld en voorzien van incontinentiemateriaal. Vroegdiagnostiek, genoeg tijdige hulp en bepaalde oefeningen kunnen dit voorkomen. Het percentage incontinentiegevallen in een organisatorische eenheid kan daarom iets zeggen over de wijze waarop deze zorg geleverd wordt. Het percentage incontinentiegevallen waarbij een arts betrokken is bij de indicatiestelling kan iets zeggen over de mate waarin een instelling/organisatorische eenheid serieus werkt aan de preventie en het behandelen van incontinentie.</p>

	<p>Kwaliteitskader</p> <p>Het Kwaliteitskader stelt als norm dat de zorgorganisatie een preventiebeleid voert en bij besprekingen van het zorgleefplan nadrukkelijke op zorginhoudelijke veiligheidsaspecten let, zoals incontinentie.</p>
Percentage Onbekend	<p>Voor deze indicator wordt in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording ook het percentage cliënten berekend bij wie onbekend is of ze incontinent zijn van urine. In dit percentage tellen niet mee: de cliënten waarbij in de zorgovereenkomst of het zorgleefplan is vastgelegd dat ze niet systematisch onderzocht wensen te worden op incontinentie t.b.v. het Kwaliteitskader VV&T.</p>

7.9 Probleemgedrag

Indicator	Percentage cliënten dat één of meer symptomen van probleemgedrag vertoonde
VV / ZT	Verpleeg- en Verzorgingshuiszorg
Teller	Het aantal cliënten dat in de laatste zeven dagen één of meer van de genoemde symptomen van probleemgedrag vertoonde
Noemer	Het aantal cliënten bij wie in de meetperiode is gemeten
Niet meten bij	Niet van toepassing
Correctie voor	<ul style="list-style-type: none"> - Leeftijd - CDS: Houding, Mobiliteit, Gevaar ontwijken, Leercapaciteit, Contactuele vaardigheden
Registratievragen	<p><i>Is in de zorgovereenkomst of het zorgleefplan vastgelegd dat de cliënt niet systematisch op probleemgedrag onderzocht wil worden t.b.v. het Kwaliteitskader VV&T?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja dit is vastgelegd: de cliënt wil hierop niet onderzocht worden t.b.v. het kwaliteitskader VV&T <input type="radio"/> Nee, dit is niet vastgelegd <p><i>Vertoonde de cliënt in de afgelopen zeven dagen deze gedragssymptomen?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja, en wel de volgende: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Verbaal probleemgedrag, omschrijving: cliënt bedreigt, schreeuwt naar of vloekt op anderen <input type="radio"/> Fysiek probleemgedrag, omschrijving: cliënt slaat, duwt, krabt of intimideert (seksueel) anderen <input type="radio"/> Sociaal onacceptabel of storend gedrag, omschrijving: cliënt maakt storende geluiden, is luidruchtig, schreeuwt, mishandelt zichzelf, vertoont seksueel of exhibitionistisch gedrag, smeert of gooit met voedsel of feces, hamstert of snuffelt door andermans eigendommen <input type="radio"/> Weigeren van zorg, omschrijving: cliënt weigert het innemen van medicijnen of injecties en hulp bij dagelijkse activiteiten of eten <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Onbekend
Toelichting	<ul style="list-style-type: none"> - De vraag of de cliënt deze verschijnselen vertoont, kan door waarneming of observatie worden beantwoord.

Onderbouwing indicator	<p>Relevantie</p> <p>Agressief gedrag van cliënten bedreigt de veiligheid en het welbevinden van het personeel en andere cliënten. De definitie van agressief gedrag is niet eenduidig in de literatuur. In dit geval gaat het om elk bedreigend verbaal of fysiek gedrag gericht tegen anderen. Dit kan bestaan uit schreeuwen, vloeken, vernielen van eigendommen, bedreigen en vechten. Mogelijke gevolgen zijn verwondingen en psychische problemen, zoals verdere afzondering bij o.a. de ziekte van Alzheimer.</p> <p>Kwaliteitskader</p> <p>Het Kwaliteitskader stelt als norm dat de zorginstelling verantwoordelijk is voor het signaleren van veranderingen in het mentaal welbevinden van de cliënt, aandacht heeft voor mogelijke oorzaken en zo nodig deskundigheid inschakelt of hiernaar doorverwijst. Het is nodig dat zorgverleners actief betrokken zijn bij het leven van cliënten in hun eigen sociale setting om zo sensitief te zijn voor de veranderingen in het gedrag van de cliënt.</p>
Uitleg berekeningen	Als een cliënt één van de gedragssymptomen onder antwoord 'ja' vertoont, geldt dit voor de indicator als probleemgedrag.
Percentage Onbekend	Voor deze indicator wordt in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording ook het percentage cliënten berekend bij wie onbekend is of zij de gedragssymptomen vertoonden. In dit percentage tellen niet mee: de cliënten waarbij in de zorgovereenkomst of het zorgleefplan is vastgelegd dat ze niet systematisch onderzocht wensen te worden op probleemgedrag t.b.v. het Kwaliteitskader VV&T.

7.10 Vrijheidsbeperkende maatregelen

Indicator	<p>a. Prevalentie: Percentage cliënten bij wie in de afgelopen 30 dagen een onrustband, een tafelblad of diepe stoel als vrijheidsbeperkende maatregel is toegepast</p> <p>b. Beschrijving: Percentage cliënten bij wie de toepassing van deze vrijheidsbeperkende maatregelen beschreven is in het zorgleefplan</p> <p>c. Effectevaluatie: Percentage cliënten bij wie het effect van deze vrijheidsbeperkende maatregelen is geëvalueerd en vastgelegd in het zorgleefplan</p> <p>d. Afbouw onrustband: Percentage cliënten met een onrustband, bij wie afbouw mogelijk is</p>				
VV / ZT	Verpleeg- en Verzorgingshuiszorg				
Teller	<p>a. Het aantal cliënten bij wie in de afgelopen 30 dagen een onrustband, een tafelblad of diepe stoel als vrijheidsbeperkende maatregelen zijn toegepast</p> <p>b. Het totaal aantal cliënten bij wie de afgelopen 30 dagen de toepassing van deze vrijheidsbeperkende maatregelen beschreven is in het zorgleefplan</p> <p>c. Het totaal aantal cliënten bij wie de afgelopen 30 dagen het effect van de maatregel is geëvalueerd en vastgelegd in het zorgleefplan</p> <p>d. Het totaal aantal cliënten waarbij de mogelijkheid tot afbouw bestaat</p>				
Noemer	<p>a. Het aantal cliënten bij wie in de meetperiode is gemeten</p> <p>b. Het totaal aantal cliënten bij wie in de afgelopen dertig dagen de betreffende vrijheidsbeperkende maatregelen zijn toegepast</p> <p>c. Het totaal aantal cliënten bij wie in de afgelopen dertig dagen de betreffende vrijheidsbeperkende maatregelen zijn toegepast</p> <p>d. Het totaal aantal cliënten bij wie in de afgelopen dertig dagen een onrustband is toegepast</p>				
Niet meten bij	Niet van toepassing				
Correctie voor	<ul style="list-style-type: none"> - Leeftijd - CDS: Houding, Mobiliteit, Gevaar ontwijken, Leercapaciteit, Contactuele vaardigheden 				
Registratievragen	Vrijheidsbeperkende maatregel	<i>Is de maatregel toegepast in de afgelopen 30 dagen?</i>	<i>Als de maatregel is toegepast, staat deze beschreven in het zorgleefplan?</i>	<i>Als de maatregel is toegepast, is het effect van de maatregel geëvalueerd en vastgelegd in het zorgleefplan?</i>	<i>Als een onrustband is toegepast, is afbouw van de onrustband mogelijk?</i>
		ja nee onbekend	ja nee	ja nee	ja nee
	Onrustband	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
	Tafelblad	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
	Diepe stoel	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	

Toelichting	<ul style="list-style-type: none"> - Vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen zijn middelen en maatregelen die met of zonder toestemming de bewegingsvrijheid en het gedrag van een cliënt beperken. - Belangrijk is dat de genoemde middelen en maatregelen pas vrijheidsbeperkend zijn als de cliënt de maatregel of het middel niet zelfstandig kan opheffen. - Het toepassen van een niet op te heffen onrustband, diepe stoel of tafelblad wordt geteld, ongeacht of de cliënt/vertegenwoordiger hiervoor toestemming heeft gegeven of niet en ongeacht het doel van het toepassen van deze maatregelen of middelen. - Voorbeelden: <ul style="list-style-type: none"> - een tafelblad dat de dementerende cliënt zelf kan wegschuiven → wordt <i>niet</i> genoteerd als een vrijheidsbeperkende maatregel - een tafelblad dat het de dementerende cliënt onmogelijk maakt om op te staan, maar wat het bekijken van een boek vergemakkelijkt → wordt <i>wel</i> genoteerd als een vrijheidsbeperkende maatregel
Onderbouwing indicator	<p>Kwaliteitskader</p> <p>Het Kwaliteitskader stelt als norm dat zorgorganisatie een beleid voeren dat gericht is op het voorkomen van vrijheidsbeperkende interventies. Dergelijke maatregelen worden gezien als een allerlaatste redmiddel. De zorgorganisatie houdt zich daarbij aan de wet en probeert veiligheidsbevorderende maatregelen zo min mogelijk te laten ingrijpen in de vrijheidsbeleving van de cliënt. De partijen in de Stuurgroep VV&T sluiten zich aan bij de afspraken die landelijk in een Convenant zijn vastgelegd naar aanleiding van het congres Zorg-vrijheid in november 2009. Het is de bedoeling dat in 2011 geen onrustbanden meer in gebruik zijn in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Alleen in uitzonderlijke situaties is het mogelijk deze nog toe te passen, mits voldaan is aan strikte kwaliteitseisen en toezicht om de veiligheid van cliënten te waarborgen. Terugdringen en afschaffen van onrustbanden leidt niet tot inzet of toename van gedwongen gedragsbeïnvloedende medicatie of andere vormen van vrijheidsbeperking en vraagt daarom om intensieve monitoring. Het is de bedoeling dat in 2011 ook andere vormen van vrijheidsbeperking fors verminderd zijn. Vrijheidsbeperking wordt uitsluitend toegepast als er voor de cliënt geen minder ingrijpende alternatieven voorhanden zijn. Bovendien moet verantwoorde toepassing van vrijheidsbeperking, ook onder deze voorwaarden, altijd gebonden zijn aan strikte kwaliteitseisen.</p> <p>Veranderingen t.o.v. vorige Kwaliteitskader</p> <p>Per toegepaste maatregel wordt nu in kaart gebracht of deze staat beschreven in het zorgleefplan en of het effect van de maatregel is geëvalueerd. Hiermee wordt gestimuleerd dat structureel gemonitord wordt welke maatregelen precies worden toegepast en of de maatregelen het beoogde effect opleveren. Ook is de vraag opgenomen 'Is afbouw van de onrustband mogelijk?'. Dit onderdeel is met name opgenomen om zorgorganisaties zich ervan bewust te maken dat afbouw beslist moet plaatsvinden als daar mogelijkheden voor worden gezien.</p>

	De Stuurgroep VV&T heeft besloten om de afspraken kracht bij te zetten door in 2010 na de eerste meting een absolute norm te formuleren voor vrijheidsbeperkende maatregelen.
Percentage Onbekend	Voor deze indicator wordt in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoordelijkheid ook het percentage cliënten berekend bij wie onbekend is of de betreffende vrijheidsbeperkende maatregelen zijn toegepast.

7.11 Preventiebeleid vrijheidsbeperkende maatregelen

Indicator	De organisatorische eenheid kan aantonen dat zij preventiebeleid heeft op vrijheidsbeperkende maatregelen
VV / ZT	Zorg Thuis
Correctie voor	Niet van toepassing
Registratievragen	Kunt u aantonen dat u preventiebeleid heeft op vrijheidsbeperkende maatregelen? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Toelichting	<ul style="list-style-type: none"> - Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn maatregelen die met of zonder toestemming van de cliënt de bewegingsvrijheid en het gedrag van een cliënt beperken. Bijvoorbeeld het gebruik van een onrustband of het afsluiten van een deur. Belangrijk hierbij is dat de genoemde middelen en maatregelen pas vrijheidsbeperkend zijn als de cliënt het middel of de maatregel niet zelfstandig kan opheffen. - Het is de bedoeling dat de organisatorische eenheid kan aantonen dat zij een preventiebeleid heeft op vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen, vanuit bronnen zoals kwaliteitshandboeken of protocollen van de eigen zorgorganisatie. Deze worden in voorkomende gevallen overlegd als de IGZ daarom vraagt.
Onderbouwing indicator	<p>Relevantie</p> <p>Op moment van het verschijnen van dit document zijn vrijheidsbeperkende maatregelen in de Zorg Thuis niet toegestaan. Dit betekent niet dat het een onderwerp is waarmee zorgverleners en organisaties in de Zorg Thuis niets te maken hebben. Zorgverleners in de ZT kunnen voor lastige dilemma's komen te staan, zoals 'vrijheid of veiligheid'?</p> <p>Zodra de Wet Zorg en Dwang van kracht wordt, mogen onder strikte condities vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen worden toegepast in de Zorg Thuis. Het beleid moet erop gericht zijn dat vrijheidsbeperkende maatregelen niet (en ook in de toekomst zo weinig mogelijk) worden toegepast.</p>

7.12 Ervaren respectering rechten vrijheidsbeperking

Indicator	De mate waarin vertegenwoordigers een goede respectering van de rechten met betrekking tot vrijheidsbeperkingen ervaren
CQ-index lijst	<p>Vertegenwoordigers</p> <p>Vertegenwoordigers van bewoners</p> <p>41. Heeft de zorginstelling u verteld wat de rechten van de bewoner zijn bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen? Denk hierbij aan bijvoorbeeld een onrustband, bedhekje, tafelblad, of diepe stoel.</p> <p>42. Wordt voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen uw toestemming gevraagd? Denk hierbij aan bijvoorbeeld een onrustband, bedhekje, tafelblad, of diepe stoel.</p>

7.13 Hitteprotocol

Indicator	De organisatorische eenheid kan aantonen dat zij een hitteprotocol heeft dat is afgestemd met de cliëntenraad
VV / ZT	Verpleeg- en Verzorgingshuiszorg
Correctie voor	Niet van toepassing
Registratievragen	<i>Kunt u aantonen dat u een hitteprotocol heeft dat afgestemd is met de cliëntenraad?</i> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Toelichting	<ul style="list-style-type: none"> - Het is de bedoeling dat de organisatorische eenheid kan aantonen dat zij een hitteprotocol heeft, vanuit bronnen zoals kwaliteitshandboeken of protocollen van de eigen zorgorganisatie. Deze worden in voorkomende gevallen overlegd als de IGZ daarom vraagt. - Als het hitteprotocol niet aantoonbaar is afgestemd met de cliëntenraad vult u het antwoord 'nee' in. - In het handboek vindt u informatie over de inhoud van een hitteprotocol en relevante verwijzingen.
Onderbouwing indicator	<p>Relevantie Zelfredzame cliënten in gesloten afdelingen en niet zelfredzame cliënten (bijvoorbeeld bedlegerige cliënten) in open afdelingen zijn speciale doelgroepen voor wie maatregelen moeten worden getroffen voor het binnenklimaat in geval van periodes van extreme hitte. Deze groepen cliënten kunnen meestal niet zelf invloed uitoefenen op de plaats waar zij verblijven, op het binnenklimaat en kunnen niet op elk moment om hulp vragen.</p> <p>Kwaliteitskader Het Kwaliteitskader VV&T stelt als norm dat de zorgorganisatie maatregelen treft om calamiteiten te voorkomen. De zorgorganisatie beschikt in dit kader ook over een voor de organisatie uitgewerkt hitteprotocol dat is afgestemd met de cliëntenraad. Hierin wordt aangegeven wat een zorgorganisatie bij aanhoudende hitte onderneemt op het vlak van extra aandacht in de cliëntenzorg, op het vlak van gebouwbeheer en aan zaken om het klimaat in het gebouw zo aangenaam mogelijk te houden.</p>

7.14 Noodvoorzieningen bij stroomuitval

Indicator	De organisatorische eenheid kan aantonen dat zij een risicoanalyse heeft opgesteld om vitale functie- en zorgprocessen te kunnen opvangen bij uitvallen van de stroom
VV / ZT	Verpleeg- en Verzorgingshuiszorg
Correctie voor	Niet van toepassing
Registratievragen	<i>Kunt u aantonen dat u een risicoanalyse heeft opgesteld om vitale functie- en zorgprocessen te kunnen opvangen bij het uitvallen van de stroom?</i> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Toelichting	<ul style="list-style-type: none"> - Het is de bedoeling dat de organisatorische eenheid kan aantonen dat zij een risicoanalyse heeft opgesteld om vitale functie- en zorgprocessen te kunnen opvangen bij uitvallen van de stroom vanuit bronnen zoals kwaliteitshandboeken of protocollen van de eigen zorgorganisatie. Deze worden in voorkomende gevallen overlegd als de IGZ daarom vraagt. - Met vitale functie- en zorgprocessen wordt bedoeld: die processen waarop staking ernstige gevolgen kan hebben voor de gezondheid van de cliënt, of de cliënt in levensgevaar brengen. - Met risicoanalyse wordt bedoeld: het in kaart brengen van bedreigingen die samengaan met het uitvallen van stroom, en daarmee de vitale functie- en zorgprocessen beïnvloeden. Ook omvat de risicoanalyse de kans op elke bedreiging en de gevolgen van stroomuitval - In het handboek vindt u informatie over de inhoud van een dergelijke risicoanalyse en relevante verwijzingen.
Onderbouwing indicator	<p>Relevantie Het is van groot belang dat cliënten geen ernstige schade ondervinden als gevolg van het onverhoopt uitvallen van de elektriciteit.</p> <p>Kwaliteitskader Het Kwaliteitskader stelt als norm dat de zorgorganisatie maatregelen treft om calamiteiten te voorkomen. Sommige cliëntgroepen maken gebruik van techniek die afhankelijk is van elektriciteit. Ook primaire zorgprocessen die afhankelijk zijn van elektriciteit zijn gevoelig voor stroomuitval. Iedere organisatie maakt hiervoor een risicoanalyse en neemt adequate maatregelen om vitale zorgprocessen en functies op te vangen tijdens stroomuitval.</p>

