

# **actiz**

*organisatie van zorgondernemers*

## 'Handle with Care TOO!'

Handreiking voor gebruik van  
de zorginhoudelijke indicatoren  
van het kwaliteitskader  
Verantwoorde zorg VV&T  
2010/2011





## Vooraf

Voor u ligt de handreiking 'Handle with care **TOO!**', die hoort bij de zorginhoudelijke indicatoren van het kwaliteitskader Verantwoorde zorg voor de Verpleging, Verzorging en Zorg thuis (VV&T).

In juni 2011 verscheen reeds de CQ-handreiking 'Handle with care', ontwikkeld door ActiZ, Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) in samenwerking met het Centrum Klantervaring Zorg en Significant. Deze handreiking had als doel om zorgvuldig gebruik van de *cliëntervaringen* zoals deze worden verzameld met de CQ-index VV&T te bevorderen.

In 'Handle with care **TOO!**' heeft ActiZ in één document alle achtergrondinformatie verzameld die relevant is bij het interpreteren en gebruiken van de resultaten op de *zorginhoudelijke indicatoren*, die in 2010 en 2011 aangeleverd zijn.

ActiZ en haar leden staan voor transparantie. Wij dringen wél aan op verantwoord gebruik van de resultaten, en doen daarom aan de gebruikers van de indicatoren voor verantwoorde zorg VV&T de oproep om óók de zorginhoudelijke cijfers met zorg te behandelen: Handle with care **TOO!**

ActiZ, Organisatie van zorgondernemers

# Inhoudsopgave

<b>Vooraf</b> .....	3
<b>Inhoudsopgave</b> .....	4
1. Inleiding.....	6
1.1 Doel.....	6
1.2 Doelgroep.....	6
1.3 Leeswijzer.....	6
2. Veelgestelde vragen.....	7
2.1 Hardheid van de uitkomsten .....	7
a. Wat zeggen de uitkomsten van de metingen (cijfers, percentages) over de kwaliteit van de zorgverlening?.....	7
b. Wat zeggen de signaalvlaggen over de 'hardheid' van de cijfers?.....	7
c. Waarom zijn de resultaten van zorgorganisaties op indicatoren met deels rode signaalvlaggen toch gepubliceerd? .....	8
d. Wanneer het 'percentage onbekend' hoog is, zijn de gegevens dan per definitie onbetrouwbaar? .....	8
e. Zijn controles uitgevoerd op een uniforme aanlevering van gegevens? .....	8
f. Zijn de metingen altijd gebaseerd op voldoende aantallen cliënten? .....	8
g. Kunnen kleine organisaties wel een andere score halen dan een gemiddelde score?.....	9
h. Hoe wordt bepaald wat onder een 'Organisatorische Eenheid' valt, dat lijkt niet overal hetzelfde te zijn? .....	9
2.2 Weging van uitkomsten .....	10
i. Kan op basis van de zorginhoudelijke indicatoren een (sub)totaalscore berekend worden? .....	10
j. Wat zijn aandachtspunten bij het maken van een selectie of het toepassen van een weging? .....	10
k. Kan een rangorde worden gemaakt op basis van de indicatoren?.....	11
l. Kan de score van 2010 vergeleken worden met die van de zorginhoudelijke indicatoren in 2009? .....	11
m. Kan de score van 2011 vergeleken worden met die van de zorginhoudelijke indicatoren in 2010? .....	11
2.3 Aan- en doorlevering van gegevens .....	12
n. Valt het een zorgorganisatie aan te rekenen als haar gegevens ontbreken in de openbare database? .....	12
o. Wat was in 2010 en 2011 precies de wettelijke plicht t.a.v. het aanleveren van kwaliteitsinformatie? .....	13
p. Was publiceren op kiesBeter.nl een wettelijke plicht? .....	14
q. Heeft de IGZ in 2010 en 2011 gehandhaafd op het aanleveren van de kwaliteitsgegevens? .....	14
r. Is kiesBeter (of De Volkskrant, of Elsevier, ...) te beschouwen als een betrouwbare gegevensbron? .....	14
2.4 Totstandkoming van gegevens.....	15
s. Welke zwakke plekken en verwerkingsfouten zijn geconstateerd?.....	15
t. De uitkomsten worden sinds meetjaar 2010 als 'gecorrigeerd percentage' gepresenteerd, wat is het voordeel daarvan?.....	15
u. Kan het zo zijn dat niet alle aangeleverde data zijn meegenomen in de berekeningen? .....	15

	v.	Hoe worden de indicatoren berekend? .....	15
	w.	Hoe worden de cijfers vergelijkbaar gemaakt? .....	15
	x.	Waarom worden er sinds meetjaar 2010 geen sterren meer gebruikt?.....	16
3.		Meetjaar 2012.....	18
4.		Referenties .....	19
Bijlage 1a:		Kengetallen zorginhoudelijke indicatoren Verpleging en Verzorging (VV) 2011 meetronde 3 .....	p1
Bijlage 1b:		Kengetallen zorginhoudelijke indicatoren Verpleging en Verzorging (VV) 2011 meetronde 3 .....	p3
Bijlage 2a:		Kengetallen zorginhoudelijke indicatoren Zorg Thuis (ZT) 2011 meetronde 3 .....	p5
Bijlage 2b:		Kengetallen zorginhoudelijke indicatoren Zorg Thuis (ZT) 2011 meetronde 3 .....	p6

# 1. Inleiding

## 1.1 Doel

Deze handreiking richt zich expliciet op de zorginhoudelijke indicatoren van het kwaliteitskader Verantwoorde zorg VV&T<sup>1</sup>. De informatie waarop de berekeningen van de zorginhoudelijke indicatoren zijn gebaseerd is niet altijd toegankelijk en is verspreid over een groot aantal rapporten. In dit document wordt de belangrijkste informatie over de zorginhoudelijke indicatoren samengebracht. De handreiking beschrijft hoe de uitkomsten op deze indicatoren *geïnterpreteerd* en op een *verantwoorde manier gebruikt* kunnen worden.

## 1.2 Doelgroep

Dit document is bedoeld voor de professionele gebruikers van de resultaten op de zorginhoudelijke indicatoren van het kwaliteitskader Verantwoorde zorg. Daarmee bedoelen we de organisaties en medewerkers die de resultaten verder verwerken, gebruiken en interpreteren. Bijvoorbeeld voor intern verbeteren, zorginkoop, toezicht, het informeren van consumenten, maatschappelijke verantwoording, onderzoek, et cetera.

## 1.3 Leeswijzer

De informatie in dit document zal hier en daar sterk overeenkomen met, of verwijzen naar de handreiking 'Handle with care' die is opgesteld voor de *cliëntervaringen* van het kwaliteitskader Verantwoorde zorg. Dit komt doordat de analyses op zowel de zorginhoudelijke indicatoren als de cliëntervaringen grotendeels gelijk zijn en de indicatoren voor dezelfde doeleinden worden gebruikt. Desondanks is er een aantal belangrijke verschillen.

*Hoofdstuk 2* is opgebouwd als een Q&A: Vraag en Antwoord. De vragen en antwoorden zijn geclusterd binnen de thema's:

1. Hardheid van de uitkomsten
2. Weging van de uitkomsten
3. Aan- en doorleveren van gegevens
4. Totstandkoming van gegevens

In *Hoofdstuk 3* geven we aan hoe de stand van zaken voor meetjaar 2012 eruit ziet, en wat de veranderingen in verantwoordelijkheden zijn.

De *Bijlagen 1a en b, en 2a en b* geven een overzicht en de kengetallen voor de zorginhoudelijke indicatoren voor de Verpleging en Verzorging (VV) en Zorg Thuis (ZT) voor 2011.

## 2. Veelgestelde vragen

Dit hoofdstuk vormt de kern van de handreiking. Aan de hand van een aantal vragen en antwoorden (Q&A) geven we informatie over de interpretatie en zorgvuldig gebruik van de metingen met het kwaliteitskader 2010/2011. We hebben deze vragen geordend onder een aantal thema's, namelijk: hardheid van de uitkomsten, weging van uitkomsten, aan- en doorlevering van gegevens en totstandkoming van gegevens.

### 2.1 Hardheid van de uitkomsten

*Dit thema gaat over de kwaliteit en zeggingskracht van de zorginhoudelijke indicatoren. De publicatie van de resultaten in het openbaar kan suggereren dat die zeggingskracht in alle gevallen voldoende groot is, maar dat is een onjuiste aanname. Het ligt genuanceerder. De vragen en antwoorden onder dit thema maken dit helder.*

#### a. Wat zeggen de uitkomsten van de metingen (cijfers, percentages) over de kwaliteit van de zorgverlening?

Het is belangrijk om te realiseren dat een individuele indicator altijd maar een beperkt beeld van de werkelijkheid geeft. Kwaliteit is veel meer dan één indicator kan bevatten. En het is een momentopname. Een indicator is letterlijk een 'aanwijzer'. Het geeft een aanwijzing hoe het met de kwaliteit zou kunnen zijn, waar onderwerpen liggen die mogelijk nader onderzocht of gemonitord zouden moeten worden. Het is belangrijk om uitkomsten op indicatoren altijd met verstand te blijven interpreteren en het gesprek erover aan te gaan. Misschien is er namelijk een begrijpelijke verklaring voor een slechte score? Of wellicht zijn er signalen dat er toch wat aan de hand is, ondanks de goede score? Het gesprek is essentieel, een indicator is niet geschikt om als 'harde waarheid' aan te nemen, of als instrument om een zorgorganisatie zonder meer op te beoordelen.

#### b. Wat zeggen de signaalvlaggen over de 'hardheid' van de cijfers?

De signaalvlaggen zijn toegekend door en geëvalueerd met een aantal professionele gebruikers van de kwaliteitsgegevens. Een uitleg van de signaalvlaggen vindt u in de Leeswijzer bij het prestatieoverzicht<sup>2</sup>. De bijlagen geven een overzicht van alle zorginhoudelijke indicatoren van het kwaliteitskader, inclusief de door de Stuurgroep Verantwoorde zorg VV&T toegekende vlaggen. De stuurgroep heeft besloten om een aantal indicatoren niet openbaar te maken. Deels omdat deze niet valide en/of betrouwbaar genoeg waren (zoals de vlaggen ook aangeven), deels omdat er fouten waren geconstateerd in de verwerking en berekening van de indicatoren. Fouten die de uitkomsten onbetrouwbaar maken. Deze afgekeurde indicatoren vindt u in Bijlage 1b en 2b. De redenen voor niet-publiceren zijn per indicator vermeld. Voor de Zorg Thuis zijn uiteindelijk slechts twee indicatoren openbaar gemaakt. Van de openbare indicatoren heeft geen enkele indicator enkel groene vlaggen (een teken van grote zeggingskracht). Een groot deel van de indicatoren kleurt oranje of rood op inhoudsvaliditeit, registratiebetrouwbaarheid en/of statistisch onderscheidend vermogen. Dit betekent dat voorzichtigheid is geboden bij het gebruik van de indicatoren voor de verschillende doeleinden van het kwaliteitskader: *de zeggingskracht van de uitkomsten op de indicatoren is beperkt*. Dat geldt zeker voor de indicatoren met meerdere oranje signaalvlaggen of één of meer rode signaalvlaggen. De uitkomsten op deze indicatoren zijn slechts zeer beperkt betrouwbaar. De Leeswijzer van Zichtbare Zorg zegt hierover: "Zijn er meerdere zwakke plekken (...) dan wordt de uiteindelijke kwaliteit (en dus ook de gebruikswaarde) zwakker dan de zwakste schakel."<sup>2</sup>

**c. Waarom zijn de resultaten van zorgorganisaties op indicatoren met deels rode signaalvlaggen toch gepubliceerd?**

De maatschappelijke druk om cijfers te publiceren is erg groot. De politiek, overheid en de media zien liever cijfers die misschien niet helemaal betrouwbaar zijn, maar die wel een indicatie geven van de kwaliteit, dan helemaal geen cijfers. Daar is wat voor te zeggen en dat kan ook goed werken, als de cijfers maar op een verantwoorde manier gebruikt worden. Dat is in het verleden echter nogal eens mis gegaan en dat heeft soms onterechte nadelige gevolgen gehad voor individuele zorgorganisaties. Bovendien heeft dit het draagvlak voor het meten en publiceren in het algemeen geen goed gedaan. Vanuit die gedachte zijn de signaalvlaggen ontwikkeld. En hebben wij deze handreiking ontwikkeld. Op die manier hopen we verantwoord gebruik te stimuleren.

**d. Wanneer het 'percentage onbekend' hoog is, zijn de gegevens dan per definitie onbetrouwbaar?**

Nee, dat is zeker niet het geval. We weten namelijk nog niet precies wat de betekenis van het percentage onbekend is. Daarvoor is onderzoek nodig. De score is ooit bedacht om een indicatie te krijgen van de betrouwbaarheid van de gegevens. Als door een Organisatorische Eenheid (OE) relatief vaak de optie 'de cliënt wilde/kon niet onderzocht worden' wordt gekozen, zou dat kunnen duiden op het niet betrouwbaar invullen van de vragen. Maar het is ook denkbaar dat een OE legitieme redenen heeft om een hoog percentage onbekend te hebben, bijvoorbeeld wanneer een groot aantal cliënten terminaal ziek is en men deze cliënten niet extra wil belasten. Zolang legitieme redenen niet zijn uit te sluiten is dit percentage niet te gebruiken als aanwijzing voor (on)betrouwbaarheid van de gegevens.

**e. Zijn controles uitgevoerd op een uniforme aanlevering van gegevens?**

Nee, dat is niet het geval. In het Handboek<sup>3</sup> staat beschreven hoe gemeten dient te worden: welke organisaties moeten meten, welke cliënten worden geïncludeerd, wanneer wordt gemeten, door welke medewerkers, welke vragen precies moeten worden beantwoord, et cetera. De zorgorganisaties dienen zich aan de richtlijnen van het Handboek te houden, maar hierop worden geen controles uitgevoerd.

**f. Zijn de metingen altijd gebaseerd op voldoende aantallen cliënten?**

Nee, dat is niet altijd het geval. De zorginhoudelijke indicatoren worden in de Verpleging en Verzorging in principe bij alle cliënten gemeten, mits zij binnen de selectiecriteria vallen. In de Zorg Thuis wordt een steekproef getrokken onder de cliënten die aan de selectiecriteria voldoen. De exacte criteria zijn te vinden in het Handboek<sup>3</sup>. Uitgangspunt is dat er, ondanks deze uitsluitcriteria, voldoende waarnemingen overblijven. Het aantal observaties dat nodig is om statistisch betrouwbaar onderscheid te kunnen maken is minimaal 30<sup>4</sup>.

Het kan echter voorkomen dat een OE minder dan 30, of zelfs maar enkele cliënten in zorg heeft die aan de selectiecriteria voldoen. Daar heeft een zorgorganisatie dan geen invloed op. Bij de zorginhoudelijke indicatoren wordt géén harde ondergrens gehanteerd voor het aantal respondenten waaraan een meting moet voldoen. Het kan dus zijn dat de meting gebaseerd is op één enkele waarneming. Bij het bepalen van de score wordt hier wel enigszins rekening mee gehouden, de score wordt namelijk geschat met behulp van de zg. 'Empirical Bayes'-methode. Meer over deze methode kunt u lezen in 'Handle with care'<sup>5</sup>. De betrouwbaarheid van de geschatte score is mede afhankelijk van het aantal cliënten waarbij de indicator is vastgesteld: hoe kleiner het aantal waarnemingen, hoe kleiner de betrouwbaarheid van de schatting is. Door gebruik te maken van Empirical-Bayes schattingen, schuift de score van de zorgorganisatie op richting het landelijk gemiddelde. Deze verschuiving is groter naarmate het aantal cliënten kleiner is.



**g. Kunnen kleine organisaties wel een andere score halen dan een gemiddelde score?**

De scores van Organisatorische Eenheden (OE's) met weinig cliëntgegevens worden in de 'Empirical Bayes'-schattingen (zie Q&A f) sterker gecorrigeerd richting het landelijk gemiddelde van OE's met veel cliëntgegevens. Zij kunnen daardoor moeilijker anders dan 'gemiddeld' scoren. Zeker wanneer de scores van alle OE's op een indicator allemaal heel dicht op elkaar liggen, is het vrijwel niet mogelijk voor een kleine OE om zich te onderscheiden van het landelijk gemiddelde.

Als de spreiding groot is, ofwel als de percentages van alle OE's op de betreffende indicator onderling voldoende verschillen, dan is het voor kleine OE's wél beter mogelijk om te kunnen afwijken van het gemiddelde. Die spreiding is per indicator verschillend. Gegevens over de verdeling van de scores op de indicatoren van 2011, meetronde 3, zijn te vinden in de rapportage van Significant<sup>6</sup>. Het vergelijken van zorgorganisaties met ongeveer evenveel (in dit geval: even weinig) cliëntgegevens is wél goed mogelijk, want de indicatorwaarden van deze zorgorganisaties hebben allemaal een vergelijkbare correctie ondergaan.

**h. Hoe wordt bepaald wat onder een 'Organisatorische Eenheid' valt, dat lijkt niet overal hetzelfde te zijn?**

Dat klopt. Een zorgorganisatie moet cijfers aanleveren van cliënten per Organisatorische Eenheid (OE). Dit is gebaseerd op de eenheid van organisaties waar de IGZ nog vóór het ontstaan van het eerste Toetsingskader van 2005 mee werkte. Deze indeling sluit aan bij de wijze waarop de betreffende zorgorganisatie stuur op kwaliteit. De organisatiestructuur bepaalt daarmee de indeling van de organisatie in OE's. Een organisatie kan zelf besluiten om de OE-indeling aan te passen, bij de IGZ kunnen dan nieuwe OE-codes worden aangevraagd.

In de praktijk betekent dit dat de ene organisatie de kwaliteitsinformatie van verschillende locaties bij elkaar voegt, terwijl een andere organisatie die informatie onder de noemer van één OE verzamelt, bijvoorbeeld omdat één manager de kwaliteit in deze verschillende locaties aanstuurt. Het heeft ook tot gevolg dat een cijfer soms iets weergeeft over tientallen cliënten, in andere situaties over honderden cliënten. Het is wel zo dat er voor de VV en ZT een aparte zorginhoudelijke indicatorenset is ontwikkeld, dus deze cijfers worden nooit bij elkaar genomen.

## 2.2 Weging van uitkomsten

*Dit thema richt zich op bewerkingen die worden uitgevoerd met de zorginhoudelijke indicatoren. Er blijkt veel behoefte te bestaan aan het ontwikkelen van één totaalcijfer, aan subtotalen, aan het maken van selecties, wegingen, rankings, vergelijkingen. Dat lijkt misschien eenvoudig om te doen, maar er zitten nogal wat haken en ogen aan. De vragen en antwoorden onder dit thema maken dit helder.*

### i. Kan op basis van de zorginhoudelijke indicatoren een (sub)totaalscore berekend worden?

Dit kan niet zo maar worden gedaan. De zorginhoudelijke indicatoren gaan over zeer verschillende onderwerpen, die niet zo maar opgeteld of gemiddeld kunnen worden. De voorloper van de huidige indicatorenset (de set behorend bij het kwaliteitskader 2007) is onderzocht op samenhang tussen de verschillende indicatoren<sup>7</sup>. Daarin werden vrijwel geen verbanden gevonden. Het leek erop dat de indicatoren verschillende aspecten van kwaliteit in kaart brengen, die los van elkaar kunnen staan. Een organisatie kan goed scoren op het ene, en slecht op het andere aspect. Optellen zorgt dan vooral voor verlies van informatie.

Inmiddels is de set van 2007 op diverse fronten aangepast. Er is echter niet opnieuw onderzoek gedaan naar de relaties tussen de verschillende zorginhoudelijke indicatoren van de nieuwe set. Dergelijk onderzoek zou een basis kunnen geven voor eventuele (sub)totaalscores, maar zonder deze kennis is clustering van indicatoren niet verantwoord.

De ordening in thema's zoals deze wordt gehanteerd in het kwaliteitskader 2010<sup>1</sup> is een theoretische ordening, die op basis van consensus van de stuurgroeppartijen tot stand is gekomen. Deze is nadrukkelijk niet gebaseerd op onderzoek naar de samenhang tussen de indicatoren. Het is dus geen geschikte indeling op basis waarvan subtotalen kunnen worden afgeleid. Dat geldt ook voor de indeling en selectie van indicatoren op [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl).

### j. Wat zijn aandachtspunten bij het maken van een selectie of het toepassen van een weging?

De zorginhoudelijke indicatoren hebben ieder hun eigen plek in het kwaliteitskader. En deze indicatoren worden aangevuld met de CQ-indicatoren die de cliëntervaringen meten. Geprobeerd is om een set samen te stellen die de diverse aspecten van kwaliteit in beeld brengt. Inmiddels heeft de praktijk geleerd dat er aspecten zijn die onderbelicht zijn, maar ook dat een deel daarvan gewoonweg niet meetbaar is. Bijvoorbeeld een (niet bestaande) indicator 'Echte betrokkenheid' van medewerkers zouden we wellicht heel zwaar willen laten wegen, maar is moeilijk te meten. Een paar overwegingen bij het maken van selecties of wegingen:

- Elke selectie maakt het zicht op de kwaliteit kleiner en geeft de overblijvende indicatoren een relatief zwaarder gewicht.
- Houd rekening met de zeggingskracht van de indicatoren die in een selectie vallen, of een zwaar gewicht krijgen toebedeeld. Ook de zwakte van de indicator wordt dan groter.
- De gedachte achter het kwaliteitskader is dat de eigen regie, keuzevrijheid en kwaliteit van leven van de cliënt centraal staan. Een selectie of weging zou met name gebaseerd moeten zijn op onderzoek naar wat de cliënt belangrijk vindt.

**k. Kan een rangorde worden gemaakt op basis van de indicatoren?**

Rangordenen vraagt allereerst de ontwikkeling van één (sub)totaalscore, of selectie van één indicator. Zie Q&A i) en j) voor de haken en ogen die dat met zich meebrengt. Daarbij komt dat het rangordenen van indicatorwaarden misleidend kan zijn. Een rangorde suggereert vaak veel grotere verschillen dan er in werkelijkheid zijn. In een rangorde kan het verschil tussen organisatie nummer 1 en nummer 100 van de rangorde gemakkelijk als groot worden geïnterpreteerd, zonder dat duidelijk is hoe groot het werkelijke verschil is en of dat ook een significant verschil is. Om deze reden wordt afgeraden om gebruik te maken van rangordes.

**l. Kan de score van 2010 vergeleken worden met die van de zorginhoudelijke indicatoren in 2009?**

Nee, dit is voor de openbare gegevens niet mogelijk. De uitkomsten voor 2010 zijn als 'gecorrigeerd percentage' weergegeven; in de jaren hiervoor is de 'prestatie-index' berekend. Zie Q&A t). Daarnaast is in 2010 de indicatorenset ook inhoudelijk aangepast en is een aantal vragen weggevallen.

De zorgorganisatie zelf beschikt over de ruwe, ongecorrigeerde scores. Deze zijn niet openbaar. Voor de indicatoren die gelijk zijn gebleven kan de zorgorganisatie zelf eventueel de eigen ruwe percentages over de jaren vergelijken. Die is vergelijkbaar zolang de cliëntpopulatie niet extreem is veranderd qua leeftijd, geslacht en zorgbehoefte. Voor een overzicht van de vergelijkbaarheid zie Bijlage 1a en 2a, kolom '*Vergelijkbaar met 2007?*'. Deze kolom is gebaseerd op een rapport van Plexus in opdracht van Zichtbare zorg<sup>8</sup>.

**m. Kan de score van 2011 vergeleken worden met die van de zorginhoudelijke indicatoren in 2010?**

In 2010 en 2011 is weliswaar gebruik gemaakt van dezelfde maat, het gecorrigeerde percentage, maar in 2011 zijn de rekenregels van de zorginhoudelijke indicatoren gebruiksvriendelijker gemaakt<sup>9</sup>. Hierdoor is het niet zonder meer mogelijk is om de uitkomsten uit 2010 te vergelijken met de uitkomsten zoals deze zijn verzameld in 2011. Sowieso is voorzichtigheid geboden bij het vergelijken van cijfers uit twee meetronden omdat de correcties in elke ronde afhankelijk zijn van de kenmerken van de totale groep zorgaanbieders die in die ronde aanleveren<sup>6</sup>. Ook vergelijking tussen jaren moet met voorzichtigheid worden gedaan, omdat correcties zijn gebaseerd op de cliënten waarover in een betreffend jaar is aangeleverd en cliëntenpopulaties tussen jaren kunnen verschillen.

### 2.3 Aan- en doorlevering van gegevens

*Dit thema richt zich op het proces van aanleveren en doorleveren van gegevens. Dit is een vrij complex proces, waarbij verschillende partijen betrokken zijn. De ervaring heeft geleerd dat gebruikers van de resultaten vooral één partij verantwoordelijk houden voor het aan- en doorleveren van gegevens, namelijk de zorgaanbieder. Deze aanname is onjuist. De vragen en antwoorden onder dit thema maken dit helder.*

#### **n. Valt het een zorgorganisatie aan te rekenen als haar gegevens ontbreken in de openbare database?**

Nee, in de meeste gevallen niet. In enkele gevallen heeft een zorgorganisatie zelf steken laten vallen in de aanlevering, maar vaak was er een andere reden waarom de gegevens ontbreken in de landelijke database. Een toelichting hierbij:

##### 1. Technische problemen door veranderingen in 2010

De veranderingen in 2010 hebben veel stof doen opwaaien: er is veel discussie geweest over de aanleveringsprocessen in 2010. Met de vernieuwde indicatorenset én een wisseling van de wacht in de beheersorganisatie (het beheer ging van Prismant naar Xsarus) ontstonden er nieuwe problemen. De vernieuwde aanlevering in 2010 vereiste veel afstemming tussen aanleverpartijen en Zichtbare Zorg en hierin ging het een en ander mis. Zo bleek bijvoorbeeld een rekenregel een foutief resultaat op te leveren, specifiek bij de LPZ<sup>1</sup>-data.

Daarnaast liepen er gegevensleveringen verkeerd door een miscommunicatie. Diverse zorgorganisaties kregen bijvoorbeeld eerst een bericht van Zichtbare Zorg dat de gegevens succesvol waren aangeleverd, maar een aantal dagen later werd de zending toch afgekeurd. Deze situaties leidden ertoe dat veel zorgorganisaties hun gegevens van meetjaar 2010 niet konden aanleveren terwijl zij dat wel wilden. Deze problemen zijn ook erkend door Zichtbare Zorg maar konden niet meer worden rechtgezet. Omdat zorgorganisaties in de praktijk vaak afgerekend worden op niet aanleveren van gegevens, heeft ActiZ een pleidooi gehouden om de indicatoren niet te publiceren en IGZ en zorginkopers verzocht om deze niet te gebruiken bij zorginkoop en toezicht. De zorginhoudelijke indicatoren van meetjaar 2010 zijn uiteindelijk wel gepubliceerd, maar de cijfers werden niet gebruikt in zorginkoop en toezicht.

Om het aanleverproces in betere banen te leiden is in 2011 de Portal van Zichtbare Zorg aangepast en zijn verbeteringen ingevoerd in de processen en communicatie. Zo is bijvoorbeeld de communicatie rond goedkeuring veranderd, en is een uitgebreide gebruikershandleiding<sup>10</sup> voor de Portal geschreven.

##### 2. Grote motivatie om te publiceren

ActiZ heeft tot november 2011 een lidmaatschapsverplichting gekend die inhield dat elk lid verplicht werd gesteld om de indicatoren voor verantwoorde zorg te meten en openbaar te maken via kiesBeter. Een toetsingscommissie van leden werd in het leven geroepen om deze lidmaatschapseis te controleren en handhaven. Er bleek slechts één lid van de ruim 240 lidinstellingen te zijn dat per 1 september 2010 de gegevens bewust niet op kiesBeter had gepubliceerd vanwege inhoudelijke kritiek op het instrumentarium. Dit ene lid heeft na een gesprek met de commissie aangegeven in het vervolg wel te zullen publiceren. De overige zorgorganisaties hadden andere redenen (soms meerdere tegelijk) waarom de gegevens niet op kiesBeter waren gepubliceerd. Zie Tabel 1.

<sup>i</sup> LPZ: Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen, één van de wegen via welke zorgorganisaties hun kwaliteitsgegevens konden aanleveren

Redenen niet (volledig) gepubliceerd per 1 september 2010	Aantal
• Bewust niet gepubliceerd (ZI_ZT) – inhoudelijke kritiek op instrumentarium	1
• Cliëntengroep te klein voor representatieve meting / te kleine N (vooral CQ)	106
• Problemen met ZiZo-portal (o.a. als gevolg van het faillissement Prismant)	54
• Fusie en/of reorganisatie	51
• Feitelijk geen levering Zorg Thuis	43
• Feitelijk geen levering V&V	13
• Nieuwe startende organisatie (in 2009)	2
• Anders (per abuis vergeten te accorderen i.v.m. personele wisseling, sluiting locatie / nieuwe locatie, werk in onderaanneming, locatie=logeerhuis - < 30 dagen, etc.)	31

Tabel 1 Redenen die leden van ActiZ hebben aangegeven waarom zij niet per 1 september 2010 hun (volledige) gegevens op kiesBeter hebben gepubliceerd. Organisaties konden meerdere redenen aangegeven (N=224).

Deze tabel illustreert dat er geen aanleiding is om te denken dat zorgorganisaties in 2010 hun resultaten niet wilden publiceren. Integendeel, ActiZ heeft vaak het verzoek gekregen om ervoor te zorgen dat de technische problemen rond aanlevering, accordering en doorlevering nu eens werden opgelost! De leden van de toetsingscommissie hadden er vertrouwen in dat de lidmaatschapsverplichting, voor zover technische problemen dat niet verhinderden, werd nagekomen en het bestuur heeft de commissie opgeheven.

### 3. Zorgorganisaties voldeden aan wettelijke verplichting

In 2011 is onder de leden van ActiZ grote onrust ontstaan ten aanzien van de indicatoren en publicatie ervan. Mogelijk zijn er daardoor in 2011 meer organisaties die weerstand hadden tegen publicatie dan in 2010. De manier waarop de processen georganiseerd waren gaf ook de mogelijkheid om wel aan de wettelijke verplichting te voldoen, maar geen verdere doorlevering van gegevens toe te staan. Als zorgorganisaties de gegevens aanleverden, gaven zij daarmee namelijk automatisch een machtiging om de gegevens door te geven aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en aan zorginkopers. Zo voldeden zorgorganisaties aan hun wettelijke informatieplicht. Voor het publiceren op kiesBeter en voor andere doeleinden (de openbare database) moesten de zorgorganisaties een aparte machtiging afgeven. Sommigen hebben ervoor gekozen om dit laatste niet te doen, doorgaans met zeer steekhoudende argumenten. Hun gegevens ontbreken dan in de openbare database waar partijen als kiesBeter, onderzoekers en de media mee werken, maar dit geeft nog geen grond om aan te nemen dat de kwaliteit slecht is of te concluderen dat zij niet transparant willen zijn. De gegevens zijn immers aangeleverd en openbaar gemaakt in het Jaardocument.

#### **o. Wat was in 2010 en 2011 precies de wettelijke plicht t.a.v. het aanleveren van kwaliteitsinformatie?**

Alle VV&T-instellingen waren volgens de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) in 2010 en 2011 verplicht om hun Jaardocument in te dienen. Als de VV&T-instelling langdurige en/of complexe zorg bood was het meten van zorginhoudelijke indicatoren (jaarlijks) en cliëntervaringen (eenmaal per twee jaar) onderdeel hiervan. Dit is vastgelegd in de 'Regeling verslaggeving WTZi' waarin verwezen wordt naar het model-jaardocument. Dit model-jaardocument is uiteindelijk gestoeld op de besluitvorming in de Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde zorg VV&T. De Stuurgroep stelde voor 2010 en 2011 het volgende vast: 'Elke Organisatorische Eenheid (OE) moet de indicatoren volgens het kwaliteitskader 2010 en bijbehorend Handboek meten, en de (ruwe) gegevens aanleveren bij Zichtbare Zorg.'

Deze gegevens werden bewerkt en automatisch in de module digiMV van het Jaardocument ingelezen. De zorgorganisatie moesten deze gegevens controleren en het Jaardocument als geheel accorderen.

**p. Was publiceren op kiesBeter.nl een wettelijke plicht?**

Nee, doorlevering van gegevens aan kiesBeter of aan de openbare databestanden voor derden is nooit een wettelijke verplichting geweest, in tegenstelling tot wat vaak wordt gesuggereerd. Wel heeft ActiZ een lidmaatschapsverplichting gekend die de leden verplichtte om de gegevens te publiceren op kiesBeter. Deze verplichting is in november 2011 opgeschort. Zie ook Q&A o) en n).

**q. Heeft de IGZ in 2010 en 2011 gehandhaafd op het aanleveren van de kwaliteitsgegevens?**

Nee. De IGZ is wel de toezichthouder die zou handhaven op publicatie van de kwaliteitsgegevens in het Jaardocument. De IGZ beschikte voor verslagjaar 2010 en 2011 echter over onvoldoende gegevens en menskracht om te bepalen welke zorgorganisaties verplicht waren om te meten en welke organisaties daarvan voor *alle* bijbehorende Organisatorische Eenheden hun kwaliteitsgegevens hadden aangeleverd. In 2011 heeft de IGZ wel gehandhaafd op aanlevering van het Jaardocument als geheel en heeft zij in dat kader dwangsommen opgelegd aan een aantal zorgorganisaties.

**r. Is kiesBeter (of De Volkskrant, of Elsevier, ...) te beschouwen als een betrouwbare gegevensbron?**

KiesBeter wordt hier apart genoemd, omdat zij voorheen een wat speciale positie had. KiesBeter was in de eerste jaren direct betrokken bij het kwaliteitskader. Aanvankelijk opereerde zij ook in het verlengde van de Stuurgroep. Dat is de laatste jaren wezenlijk anders, kiesBeter wordt gefinancierd door de VWS, maar heeft een zelfstandige opdracht om onafhankelijke en betrouwbare informatie over de zorg te verstrekken aan professionals en het publiek. Zij volgde niet zonder meer de besluiten van de Stuurgroep Verantwoorde zorg.

Partijen als kiesBeter, De Volkskrant, of Elsevier ordenen, bewerken en koppelen gegevens met een bepaald doel en een bepaalde visie. Zij maken keuzes ten aanzien van de bewerking of presentatie van gegevens uit het openbare databestand. Keuzes die te bediscussiëren zijn. En die onvermijdelijk gegevensverlies met zich meebrengen, en hierdoor misleidend kunnen zijn. Soms ook omdat partijen niet over alle relevante kennis en documenten beschikken. Kortom, het is van belang om goed te blijven nadenken en de eigen verantwoordelijkheid te nemen bij het gebruik van bewerkte gegevens.

## 2.4 Totstandkoming van gegevens

*De schoning, validatie, berekening en bewerking van de zorginhoudelijke indicatoren is een zeer complex proces dat in de praktijk vaak wordt aangeduid als een 'black box'. Het roept veel vragen op en het vertrouwen hierin heeft in 2010 een deuk gekregen. Er leven veel vragen, deze zijn opgenomen onder dit thema.*

### s. Welke zwakke plekken en verwerkingsfouten zijn geconstateerd?

De Stuurgroep kwaliteitskader Verantwoorde zorg VV&T heeft besloten om een aantal indicatoren uit het kwaliteitskader 2010 niet te publiceren. In Bijlage 1b en 2b staan deze beschreven, met daarbij de reden waarom zij niet gepubliceerd zijn. De meeste argumenten waren van niet van tijdelijke maar structurele aard en daarom is ook voor 2011 besloten om deze indicatoren niet te publiceren.

### t. De uitkomsten worden sinds meetjaar 2010 als 'gecorrigeerd percentage' gepresenteerd, wat is het voordeel daarvan?

De Stuurgroep kwaliteitskader Verantwoorde zorg VV&T heeft ervoor gekozen de indicatoren vanaf 2010 te presenteren als gecorrigeerde percentages omdat deze beter aansluiten bij de definities van de indicatoren en de belevingswereld van de gebruikers. Een percentage van 11% bij de indicator "Percentage cliënten dat in de afgelopen dertig dagen te maken had met een valincident" zegt immers meer dan een prestatie-indexcijfer van 1.2, de maat die vóór 2010 werd gehanteerd. De prestatie-index werd berekend door de verwachte score te relateren aan de daadwerkelijk behaalde score. De verwachte score werd weer berekend door rekening te houden met het landelijk gemiddelde en de kenmerken van de cliënten in de organisatie. De prestatie-index bleek in de praktijk een moeilijk te interpreteren maat.

### u. Kan het zo zijn dat niet alle aangeleverde data zijn meegenomen in de berekeningen?

Ja, dat is mogelijk. Gegevens van cliënten kunnen worden uitgesloten doordat de vraag waarmee de indicator berekend of gecorrigeerd wordt niet is ingevuld, of omdat ze niet vallen onder de cliëntgroep waarvoor de indicator is gedefinieerd (bv terminale cliënten worden niet meegenomen bij de indicator 'voedingstoestand').

### v. Hoe worden de indicatoren berekend?

Voor elke indicator zijn door Zichtbare Zorg rekenregels opgesteld<sup>9</sup>. Soms is de berekening zeer eenvoudig, bestaat de indicator uit een eenduidige teller en een noemer. De rekenregels van een aantal indicatoren zijn zeer complex. Dit komt onder meer door de selectiecriteria, de keuzes rondom de antwoordcategorie 'onbekend', of de ingewikkelde berekeningen die horen bij de gebruikte, bestaande instrumenten (bv de 'SNAQ'). Na schoning en validatie van de gegeven worden de rekenregels toegepast en ontstaat een 'ruwe' score. Op de ruwe scores worden vervolgens aanvullende bewerkingen uitgevoerd om te zorgen dat deze scores beter te vergelijken worden: zie Q&A w).

### w. Hoe worden de cijfers vergelijkbaar gemaakt?

Er zijn twee belangrijke elementen die het vergelijken van ruwe scores moeilijk maken. Ten eerste kunnen er 'verstoringe variabelen' zijn, die niet door een zorgorganisatie te beïnvloeden zijn, maar wel de score mede bepalen. Zo kan de leeftijdsverdeling of het geslacht van de cliënten van invloed zijn op de indicator 'depressieve symptomen'. Een organisatie met een afwijkende verdeling van

leeftijd of geslacht kan daardoor een ander beeld laten zien, zonder dat dat iets over de kwaliteit zegt. Voor dit soort zaken wordt de score gecorrigeerd met behulp van de zogenaamde *casemix-correctie*. Meer hierover leest u in de Leeswijzer bij het prestatieoverzicht<sup>2</sup>. In tabel 2 is per indicator te zien voor welke factoren wordt gecorrigeerd.

Indicatoren	Verpleging & Verzorging							Thuiszorg										
	jaren oud	sexe	lichaamshouding	mobiliteit	gevaarontwijken	contact vaardigheden	leercapaciteit	psychofarmaca	cliënten met kanker	jaren oud	sexe	lichaamshouding	mobiliteit	gevaarontwijken	contact vaardigheden	leercapaciteit	psychofarmaca	cliënten met kanker
7.1a Risicosignalering - uitvoering	NVT							NVT										
7.1b Risicosignalering - opvolging	NVT							NVT										
7.2 Huidletsel	X		X	X	X	X	X											
7.2b Decubitus	X		X	X	X	X	X											
7.3a Risico op ondervoeding					X	X	X		X									
7.3b1 Onbedoeld gewichtsverlies - percentage cliënten					X	X	X		X									
7.3b2 Onbedoeld gewichtsverlies - gemiddeld aantal kg					X	X	X		X									
7.4 Valincidenten	X		X	X	X	X	X			X		X	X	X	X	-	X	
7.5 Medicijnincidenten	NVT																	
7.6 Antipsychotica		X																
7.7 Depressie	X	X	X	X	X	X	X											
7.8a Incontinentie – prevalentie	X		X	X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	-	X	
7.8b Incontinentie – diagnose	NVT																	
7.9 Probleemgedrag	X		X	X	X	X	X											
7.10a Vrijheidsbeperkende maatregelen - prevalentie	X		X	X	X	X	X											
7.10b Vrijheidsbeperkende maatregelen - beschrijving	NVT																	
7.10c Vrijheidsbeperkende maatregelen - effectevaluatie	NVT																	
7.10d Vrijheidsbeperkende maatregelen - afbouw	NVT																	

Tabel 2 – Overzicht van casemixvariabelen bij de indicatoren bij VV en ZT <sup>6</sup>

Ten tweede kunnen de ruwe percentages soms flink vertekend zijn door het geringe aantal waarnemingen. Als er slechts metingen van twee cliënten beschikbaar zijn, en één daarvan scoort op 'depressieve symptomen' dan is het ruwe percentage meteen 50%. Maar dat is niet realistisch als we weten dat het landelijk gemiddelde percentage 11% is. Om vergelijkingen zo betrouwbaar mogelijk te maken wordt een multilevelmodel op basis van Empirical Bayes schattingen uitgevoerd, en wordt de score aangepast. Meer hierover kunt u lezen in 'Handle with care'<sup>5</sup>. Zie ook Q&A f) en g).

#### x. Waarom worden er sinds meetjaar 2010 geen sterren meer gebruikt?

De scores op de zorginhoudelijke indicatoren werden tot meetjaar 2010 tevens beoordeeld in de vorm van 1 t/m 5 sterren. De scores van alle OE's werden in rangorde geplaatst en de 10% slechtst presterende zorgaanbieders op een indicator kregen 1 ster, de volgende 20% 2 sterren, de volgende 40% 3 sterren, de volgende 20% 4 sterren en de 10% best presterende zorgaanbieders 5 sterren. Deze sterren maakten het mogelijk om in één opslag een beeld te krijgen van de prestatie van een zorgorganisatie.

Toen de Empirical Bayes-methode (zie Q&A w) in 2010 werd ingevoerd werd duidelijk dat de sterren een misleidend beeld gaven. Door het toekennen van sterren gebaseerd op rangorde werd geïmpliceerd dat er (grote) verschillen tussen zorgorganisaties bestonden, terwijl de verschillen in werkelijkheid (zeer) klein waren. Met de Empirical Bayes-methode was het voor veel kleine zorgorganisaties onmogelijk om een andere score dan 3 sterren te behalen, terwijl zij het beste cijfer hadden behaald, bijvoorbeeld 0% huidletsel. Om deze reden heeft de Stuurgroep Verantwoorde zorg met ingang van meetjaar 2010 besloten om de sterren voor de zorginhoudelijke indicatoren af te schaffen.



De sterren voor de cliëntervarings-indicatoren (CQ-indicatoren) zijn overigens wel gehandhaafd. Deze worden namelijk op een andere wijze berekend en zijn gebaseerd op significante verschillen tussen zorgorganisaties.

### 3. Meetjaar 2012

De situatie gaat er voor meetjaar 2012 anders uitzien. Zowel qua organisatie als inhoud gaat één en ander veranderen.

#### **Verantwoordelijkheid**

Een belangrijke verandering is dat de verantwoordelijkheid van de indicatorenset niet langer bij *alle* partijen ligt zoals in de Stuurgroep kwaliteitskader Verantwoorde zorg VV&T vertegenwoordigd waren.) Het combineren van doelen die te maken hebben met externe verantwoording enerzijds en interne verbetering anderzijds in één indicatorenset bleek in de praktijk namelijk niet goed te werken. De regie en inhoud van de informatie-uitvraag ligt niet langer bij beroeps- en brancheverenigingen, maar bij de 'uitvragende partijen': de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) voor toezichtinformatie, bij Zorgverzekeraars Nederland (ZN) voor inkoopinformatie en bij VWS/LOC-Zeggenschap in Zorg als het gaat om cliëntkeuze-informatie.

#### **Andere indicatorenset**

De uitvragende partijen hebben onlangs, na een consultatieronde, de indicatorenset voor 2012 vastgesteld. Deze set is kleiner dan die van 2010/2011. ActiZ-leden en overige zorgorganisaties zullen verplicht worden deze gevraagde informatie aan te leveren. Dat is hun wettelijke verantwoordelijkheid. Daarbij vindt het merendeel van de zorgorganisaties het ook belangrijk om mee te werken aan het transparant maken van zorg.

#### **Gesprek**

Het bestuurlijk advies van ActiZ naar aanleiding van de nieuwe indicatorenset van 2012 is te vinden op [www.actiz.nl](http://www.actiz.nl). ActiZ wil benadrukken dat het vooral van belang is dat zorginkopers, inspecteurs, toekomstige cliënten (en familie) en zorgorganisaties met elkaar in gesprek gaan over de uitkomsten van de zorginhoudelijke metingen. Zeker nu het over een verkorte set gaat. Uit de handreiking blijkt immers dat cijfers op de zorginhoudelijke indicatoren minder hard zijn dan ze lijken. In dit gesprek kunnen zorgaanbieders laten zien hoe ze met interne verbetering bezig zijn, want dat is tenslotte hun verantwoordelijkheid: bieden van goede zorg en verbeteren daar waar dat nodig is.

## 4. Referenties

---

- <sup>1</sup> Kwaliteitskader Verantwoorde zorg, Verpleging Verzorging en Zorg Thuis (VVT) (mei 2007). Rapport Stuurgroep Verantwoorde zorg.
- <sup>2</sup> Leeswijzer bij het prestatie-overzicht kwaliteitskader VV&T versie 1.8 (april 2011). Rapport Zichtbare zorg.
- <sup>3</sup> Handboek kwaliteitskader Verantwoorde Zorg Verpleging, Verzorging & Thuiszorg (januari 2011). Rapport Zichtbare Zorg.
- <sup>4</sup> Onderzoeksverantwoording signaalvlag statistisch betrouwbaar onderscheiden (april 2011). Rapport vervaardigd door Significant i.o.v. Zichtbare Zorg.
- <sup>5</sup> Handle with care; een handreiking voor het gebruik van de resultaten van het kwaliteitskader Verantwoorde zorg, versie 1.0 (juni 2011). Rapport ActiZ, Branchebelang Thuiszorg Nederland en Zorgverzekeraars Nederland.
- <sup>6</sup> Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg; Rapportage VV&T over derde meetronde 2011 (maart 2012). Rapport vervaardigd door Significant i.o.v. Zichtbare Zorg.
- <sup>7</sup> De toon gezet: één taal voor kwaliteit (september 2008). Rapport Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde zorg VV&T.
- <sup>8</sup> Vergelijking Kwaliteitskader Verantwoorde zorg VV&T (september 2010). Rapport vervaardigd door Plexus i.o.v. Zichtbare zorg.
- <sup>9</sup> Rekenregeldocument Zorginhoudelijke indicatoren Kwaliteitskader verantwoorde zorg (november 2010). Rapport Zichtbare Zorg.
- <sup>10</sup> Gebruikershandleiding ZiZo-portal VVT versie 2.1 (juli 2011). Rapport Zichtbare Zorg.

## Bijlage 1a: Kengetallen zorginhoudelijke indicatoren Verpleging en Verzorging (VV) 2011 meetronde 3

### Openbare indicatoren VV

Naam indicator	Signaalvlag Inhouds- validiteit <sup>1</sup>	Signaalvlag Registr. betrouwbaarheid <sup>1</sup>	Signaalvlag Stat. betr. ondersch. <sup>2</sup>	Landelijk Percentage <sup>3</sup>	Richting indicator	Landelijk percentage onbekend <sup>3</sup>	Vergelijk baar met 2007? <sup>4</sup>	Landelijk gemidd. N <sup>3</sup>
	Groen: goed; Oranje: matig; Rood: slecht			%, gewogen gemiddelde	↑ hoger=beter ↓ lager=beter	%, gewogen gemiddelde		
6.7 Beschikbaarheid verpleegkundige	Oranje	Oranje	-	-	-	-	Deels	-
6.8 Beschikbaarheid arts	Oranje	Oranje	-	-	-	-	Ja	-
6.9 Bekwaamheid voorbehouden en risicovolle handelingen	Oranje	Oranje	-	-	-	-	Nee	-
7.2 Huidletsel	Groen	Oranje	Rood	11%	↓	1%	Nee	79,3
7.4 Valincidenten	Groen	Rood	Rood	11%	↓	1%	Ja	80,4
7.5 Medicijnincidenten	Groen	Rood	Rood	5%	↓	2%	Ja	72,3
7.6 Antipsychotica	Groen	Oranje	Rood	11%	↓	1%	Nee	68,5
7.7 Depressieve symptomen	Groen	Oranje	Oranje	19%	↓	1%	Ja	79,1
7.8a Incontinentie –prevalentie	Oranje	Oranje	Oranje	63%	↓	7%	Deels	66,5
7.8b Incontinentie –diagnose	Rood	Oranje	Rood	79%	↑	-	Deels	43,6
7.9 Probleemgedrag	Groen	Oranje	Oranje	22%	↓	1%	Ja	79,5

Naam indicator	Signaalvlag Inhouds- validiteit <sup>1</sup>	Signaalvlag Registr. betrouwbaarheid <sup>1</sup>	Signaalvlag Stat. betr. ondersch. <sup>2</sup>	Landelijk Percentage <sup>3</sup>	Richting indicator	Landelijk percentage onbekend <sup>3</sup>	Vergelijk baar met 2007? <sup>4</sup>	Landelijk gemidd. N <sup>3</sup>
	Groen: goed; Oranje: matig; Rood: slecht			%, gewogen gemiddelde	↑ hoger=beter ↓ lager=beter	%, gewogen gemiddelde		
7.10a Vrijheidsbeperkende maatregelen –prevalentie	Groen	Rood	Rood	4%	↓	? <sup>5</sup>	Deels	80,7
7.13 Hitteprotocol	Rood	Groen	-	-	-	-	Nieuw	-
7.14 Noodvoorziening bij stroomuitval	Rood	Oranje	-	-	-	-	Nieuw	-

1. De signaalvlaggen 'Inhoudsvaliditeit' en 'Registratiebetrouwbaarheid' zijn gebaseerd op de besluitvorming in de Stuurgroep kwaliteitskader Verantwoorde zorg VV&T.
2. De signaalvlag 'Statistisch betrouwbaar onderscheiden' is gebaseerd op de doorberekening die Significant heeft uitgevoerd i.o.v. Zichtbare Zorg.
3. Het 'Landelijk percentage, het 'Landelijk percentage onbekend' en de 'Landelijk gemiddelde N' zijn overgenomen uit het rapport 'Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg; Rapportage VV&T over derde meetronde 2011' (maart 2012), vervaardigd door Significant i.o.v. Zichtbare Zorg. Voor de procesindicatoren 6.7, 6.8, 6.9, 7.13 en 7.14 (VV) zijn op dit moment nog geen cijfers bekend over 2011.
4. De kolom 'Vergelijkbaar met 2007' is gebaseerd op het rapport 'Vergelijking Kwaliteitskader Verantwoorde zorg VV&T' (september 2010), vervaardigd door Plexus i.o.v. Zichtbare zorg.
5. Wij hebben begrepen dat er een fout is gemaakt in de berekening van het 'percentage onbekend' van indicator 7.10a. Het is niet helder of de foutieve scores nog in het rapport van Significant/Zichtbare Zorg staan, en of deze uit het openbaar databestand en Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording zijn gehaald.

## Bijlage 1b: Kengetallen zorginhoudelijke indicatoren Verpleging en Verzorging (VV) 2011 meetronde 3

### Indicatoren VV die niet openbaar zijn gemaakt

Naam indicator	Signaalvlag Inhouds-Validiteit <sup>1</sup>	Signaalvlag Registr. betrouwbaarheid <sup>1</sup>	Signaalvlag Stat. betr. ondersch. <sup>2</sup>	Reden niet publiceren
7.1a Risicosignalering zorgproblemen – Uitvoering	Oranje	Rood	Oranje	De resultaten laten een meertoppige verdeling zien. Dit sluit aan bij signalen dat de indicator niet eenduidig wordt geregistreerd: vaak wordt 'nee' wordt ingevuld terwijl 'ja' bedoeld wordt. De Stuurgroep heeft besloten de indicator niet openbaar te maken.
7.1b Risicosignalering zorgproblemen - Opvolging	Oranje	Rood	Rood	7.1b is een 'vervolgindicator'. D.w.z. dat deze indicator alleen wordt gemeten als er een risicosignalering is gedaan (7.1a), en er sprake is van een verhoogd risico. Omdat we weten dat 7.1a niet goed geïnterpreteerd is, is ook de registratie van deze indicator onbetrouwbaar. Bovendien ligt hierdoor het aantal waarnemingen bij veel organisaties te laag waardoor ook de kracht om statistisch betrouwbaar onderscheid te maken beperkt is. De Stuurgroep heeft besloten de indicator niet openbaar te maken.
7.3a Voedingstoestand – Risico op ondervoeding	Oranje	Rood	Rood	Deze indicator is al vanaf de ontwikkeling aangemerkt als een indicator voor intern gebruik. Een organisatie heeft te weinig invloed op het aantal cliënten dat een risico op ondervoeding heeft, en kan daarop niet beoordeeld worden. Het werd bij de ontwikkeling wel als belangrijke informatie gezien om goede zorg te kunnen leveren.
7.3b1 Voedingstoestand –onbedoeld gewichtsverlies (% cliënten)	Groen	Rood	Rood	Voor indicator 7.3b zijn bij de ontwikkeling twee rekenvarianten meegenomen. Afhankelijk van de power zou er één worden gehanteerd. Omdat de power van variant 1 onvoldoende was, is uitgeweken naar variant 2. Overigens is ook de verdeling van deze indicator zeer scheef.
7.3b2 Voedingstoestand –onbedoeld gewichtsverlies (gem. aantal kg)	Groen	Rood	?	Gezien de geringe power van rekenvariant 1 zou variant 2 gehanteerd worden. Er is echter een fout gemaakt in de berekeningen, waardoor de organisaties die hebben aangeleverd via de LPZ een foutief, extreem hoog gewichtsverlies lieten zien. Hierdoor kloppen ook de scores van de overige organisaties niet meer, omdat deze onder meer gebaseerd worden op het landelijk gemiddelde. De Stuurgroep heeft besloten de indicator niet openbaar te maken.

7.10b Vrijheidsbeperkende maatregelen – Beschrijving	Oranje	Rood	Rood	Onderdeel b,c en d van indicator 7.10 zijn 'vervolgindicatoren'. D.w.z. dat deze indicatoren alleen worden gemeten als er sprake is van toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen (7.10a). De kracht om statistisch betrouwbaar onderscheid te maken is door het kleine aantal waarnemingen dusdanig beperkt dat de Stuurgroep heeft besloten deze indicatoren niet openbaar te maken. Daarnaast was in verschillende eerdere meetronden bij indicator 7.10d sprake van een meertoppige verdeling, en geeft Significant het advies om deze indicator te heroverwegen.
7.10c Vrijheidsbeperkende maatregelen – Effectevaluatie	Oranje	Rood	Rood	
7.10d Vrijheidsbeperkende maatregelen – Afbouw onrustband	Oranje	Rood	Rood	

1. De signaalvlaggen 'Inhoudsvaliditeit' en 'Registratiebetrouwbaarheid' zijn gebaseerd op de besluitvorming in de Stuurgroep kwaliteitskader Verantwoorde zorg VV&T.
2. De signaalvlag 'Statistisch betrouwbaar onderscheiden' is gebaseerd op de doorberekening die Significant heeft uitgevoerd i.o.v Zichtbare Zorg. De signaalvlag statistisch betrouwbaar onderscheiden is niet bepaald voor indicator 7.3b2.

## Bijlage 2a: Kengetallen zorginhoudelijke indicatoren Zorg Thuis (ZT) 2011 meetronde 3

### Openbare indicatoren ZT

Naam indicator	Signaalvlag Inhouds- Validiteit <sup>1</sup>	Signaalvlag Registr. betrouwbaarheid <sup>1</sup>	Landelijk Percentage <sup>2</sup>	Vergelijk baar met 2007? <sup>3</sup>
	Groen: goed; Oranje: matig; Rood: slecht			
6.9 Bekwaamheid voorbehouden en risicovolle handelingen	Oranje	Oranje	-	Nee
7.11 Preventiebeleid vrijheidsbeperkende maatregelen	Oranje	Groen	-	(niet bepaald)

1. De signaalvlaggen 'Inhoudsvaliditeit' en 'Registratiebetrouwbaarheid' zijn gebaseerd op de besluitvorming in de Stuurgroep kwaliteitskader Verantwoorde zorg VV&T.
2. Voor de procesindicatoren 6.9 en 7.11 (ZT) zijn op dit moment nog geen cijfers bekend.
3. De kolom 'Vergelijkbaar met 2007' is gebaseerd op het rapport 'Vergelijking Kwaliteitskader Verantwoorde zorg VV&T' (september 2010), vervaardigd door Plexus i.o.v. Zichtbare zorg. Daarin is de indicator 7.11 om onduidelijke redenen niet meegenomen. De vraagstelling van deze indicator is ten opzichte van 2007 enigszins veranderd. Voor details zie het rapport van Zichtbare zorg 'Wijzingen Kwaliteitskader Verantwoorde zorg VV&T 2010 - Zorg Thuis'.



## Bijlage 2b: Kengetallen zorginhoudelijke indicatoren Zorg Thuis (ZT) 2011 meetronde 3

### Indicatoren ZT die niet openbaar zijn gemaakt

	Signaalvlag Inhouds- Validiteit <sup>1</sup>	Signaalvlag Registr. betrouwbaarheid <sup>1</sup>	Reden
7.1a Risicosignalering zorgproblemen – Uitvoering	Oranje	Rood	De resultaten laten een meertoppige verdeling zien. Dit sluit aan bij signalen dat de indicator niet eenduidig is, waardoor vaak 'nee' wordt ingevuld terwijl 'ja' bedoeld wordt. Vandaar ook de rode vlag voor registratiebetrouwbaarheid. De Stuurgroep heeft besloten de indicator niet openbaar te maken.
7.1b Risicosignalering zorgproblemen - Opvolging	Oranje	Rood	7.1b is een 'vervolgindicator'. D.w.z. dat deze indicator alleen wordt gemeten als er een risicosignalering is gedaan (7.1a), en er sprake is van een verhoogd risico. Omdat we weten dat 7.1a niet goed geïnterpreteerd is, is ook deze indicator onbetrouwbaar. Bovendien ligt het aantal waarnemingen bij veel organisaties te laag. De Stuurgroep heeft besloten de indicator niet openbaar te maken.
7.4 Valincidenten	Groen	Rood	Deze indicator is al vanaf de ontwikkeling aangemerkt als een indicator voor intern gebruik. Een thuiszorgorganisatie heeft te weinig invloed op het aantal cliënten dat valt, en kan daarop niet beoordeeld worden. (De signaalvlag inhoudsvaliditeit is weliswaar groen, maar is niet apart bepaald voor VV en ZT en zou in de ZT wellicht anders uitpakken.) Het werd bij de ontwikkeling wel als belangrijke informatie gezien om goede zorg te kunnen leveren.
7.8a Incontinentie –prevalentie	Oranje	Oranje	Deze indicator is al vanaf de ontwikkeling aangemerkt als een indicator voor intern gebruik. Een organisatie heeft te weinig invloed op het aantal cliënten dat incontinent is, en kan daarop niet beoordeeld worden. Het werd bij de ontwikkeling wel als belangrijke informatie gezien om goede zorg te kunnen leveren.

1. De signaalvlaggen 'Inhoudsvaliditeit' en 'Registratiebetrouwbaarheid' zijn gebaseerd op de besluitvorming in de Stuurgroep kwaliteitskader Verantwoorde zorg VV&T.

Publicatienummer - 12.014

April 2012

Ontwerp - Cascade - visuele communicatie, Amsterdam

© ActiZ 2012

Deze uitgave mag zonder toestemming van ActiZ voor niet-commercieel gebruik worden gedownload en verveelvoudigd. Voorts alle rechten voorbehouden.

Deze uitgave is met grote zorgvuldigheid en met gebruikmaking van de meest actuele gegevens tot stand gekomen. Het is echter niet geheel uitgesloten dat de informatie in deze uitgave onjuistheden en/of onvolkomenheden bevat.

ActiZ aanvaardt geen aansprakelijkheid voor directe of indirecte schade ontstaan door eventuele onjuistheden en/of onvolkomenheden. Aan de inhoud van deze uitgave kunnen geen rechten worden ontleend.

**ActiZ, organisatie van zorgondernemers**

Oudlaan 4  
3515 GA Utrecht  
Postbus 8258  
3503 RG Utrecht

Telefoon (030) 273 93 93  
Fax (030) 273 97 87  
info@actiz.nl  
www.actiz.nl

**actiz**  
*organisatie van zorgondernemers*

