

## **Handboek voor zorgaanbieders van verpleeghuiszorg**

*Toelichting op de kwaliteitsindicatoren  
en meetinstructie meetjaar 2018  
Versie 18 oktober 2018*

*ActiZ, Zorgthuisnl,*

*Verenso, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland*

### **Inhoud**

1. Inleiding .....	2
2. Indicatoren: achtergrond en basisfilosofie .....	3
2.1 Leren en verbeteren in teams.....	3
2.2 Indicatoren basisveiligheid .....	4
2.3 Indicatoren toezicht IGJ.....	5
2.4 Indicatoren direct vanuit het Kwaliteitskader .....	5
3. Overzicht indicatoren meetjaar 2018.....	6
3.1 Indicatoren basisveiligheid .....	7
Thema 1 Decubitus.....	7
Thema 2 Advance Care Planning.....	8
Thema 3 Medicatieveiligheid .....	10
Thema 4 Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking.....	11
3.2 Indicatoren toezicht IGJ.....	13
Thema 5 Sturen op kwaliteit en veiligheid.....	13
Thema 6 Continuïteit van de zorg.....	15
3.3 Indicatoren direct vanuit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.....	17
Thema 7 Kwaliteitsverslag (URL) .....	17
Thema 8 Aanbevelingsscore (Net Promotor Score).....	17
4. Leren en verbeteren met de indicatoren basisveiligheid.....	19
5. Aanlevering indicatoren .....	21
5.1 Gegevensmakelaar .....	21
5.2 Van afdelingsniveau naar locatieniveau.....	21
5.3 Planning.....	21
Indicatoren basisveiligheid .....	23
Indicatoren toezicht IGJ.....	24
Indicatoren direct vanuit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.....	24

Bijlage: Overzicht van de kwaliteitsindicatoren Verpleeghuiszorg 2018

# 1. Inleiding

Voor verslagjaar 2018 voor aanbieders van verpleeghuiszorg worden drie categorieën indicatoren uitgevraagd. Deze worden alle drie in dit handboek beschreven:

## 1. Indicatoren basisveiligheid

Zorgverleners hebben de verantwoordelijkheid om in hun dagelijkse praktijk, samen met collega's continu aan de verbetering van de zorg te werken. Eén van de hulpmiddelen hierbij is regelmatig metingen te doen. De uitslag van deze metingen brengt in teams het gesprek op gang: *wat vertelt deze uitkomst? Herkennen we deze uitslag? Zien we een trend? Vinden we het goed genoeg of gaan we actie ondernemen?* Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg heeft vier thema's benoemd die belangrijk zijn voor de veiligheid van cliënten: decubitus, advance care planning, medicatieveiligheid, en gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking. Op deze thema's zijn door Verenso en V&VN indicatoren ontwikkeld met als doel het leren en verbeteren in teams op deze thema's een impuls te geven.

## 2. Indicatoren toezicht IGJ

Specifiek ten behoeve van hun toezichtsrol, en in aanvulling op hun andere informatiebronnen, zijn door de IGJ twee indicatoren opgesteld. Dit betreft: 'Sturen op kwaliteit en veiligheid' en 'Continuïteit van zorg'.

## 3. Indicatoren direct vanuit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

Tot slot zijn er twee indicatoren gekoppeld aan twee overige verplichtingen die vastliggen in het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Dit betreft de aanlevering van de vindplaats (URL) van het kwaliteitsverslag van de organisatie en de aanlevering van de jaarlijks verplichte aanbevelingsscore (Net Promoter Score).

## Reikwijdte

De uitvraag van deze indicatoren betreft de zorg die aan cliënten verleend wordt volgens de reikwijdte van het Kwaliteitskader: "cliënten met een ZZP indicatie 4 t/m 10, die 24 uur aangewezen zijn op WLZ zorg en ondersteuning. Dit gaat over zorg die geboden wordt aan groepen van cliënten, dan wel zorg die voor een deel van de tijd geclusterd geboden wordt, zoals tijdelijke opnamen. Het kader geldt ook voor situaties waarin mensen kiezen om met een persoonsgebonden budget in groepsverband zorg te krijgen".

## Het doel van het handboek

Dit handboek is geschreven ter ondersteuning van professionals en zorgaanbieders van verpleeghuiszorg bij de kwaliteitsmeting in 2018. In het handboek worden de indicatoren toegelicht en wordt beschreven hoe deze kunnen worden gebruikt bij het leren en verbeteren. Er worden daarnaast ook meetinstructies gegeven en suggesties gedaan ter voorbereiding van de meting. De resultaten van de meting dienen ingevoerd te worden in de portal van de gegevensmakelaar (zie Hoofdstuk 4). Welke gegevens u moet registreren kunt u lezen in dit handboek.

## Helpdesk voor vragen

In dit handboek wordt zo veel mogelijk ingegaan op de indicatoren en daarmee zijn waarschijnlijk veel vragen van u beantwoord. Toch kan het zijn dat u nog vragen heeft, daarvoor kunt u contact opnemen met de volgende organisaties:

- Voor inhoudelijke vragen omtrent de indicatoren kunt u terecht bij uw beroeps- of branchevereniging.
- Voor vragen over de reikwijdte van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg kunt u terecht bij Zorginstituut Nederland.
- Voor technische vragen over de portal kunt u tijdens de periode van aanlevering terecht bij de gegevensmakelaar.

## 2. Indicatoren: achtergrond en basisfilosofie

In dit hoofdstuk wordt uitgelegd wat indicatoren zijn. Bij elk van de drie categorieën indicatoren gaan we in op hun achtergrond en basisfilosofie. Voorafgaand daaraan besteden we speciale aandacht aan de vraag welke rol de indicatoren voor basisveiligheid kunnen spelen bij het leren en verbeteren binnen teams.

### 2.1 Leren en verbeteren in teams

Kwalitatief goede zorg is persoonsgericht en veilig. Verschillende bronnen geven zorgverleners en behandelaars informatie over wat er voor hun cliënten toe doet en waar verbeterpunten liggen, met andere woorden, of de zorg persoonsgericht en veilig is. Hierbij valt te denken aan:

- dagelijkse zorg die zijn weerslag vindt in zorgleefplannen en multidisciplinaire overleggen;
- huiskamergesprekken met cliënten;
- cliëntbesprekingen in teams;
- audits op basis van professionele standaarden en richtlijnen;
- een overzicht van adviesvragen van verzorgenden aan (para)medici en activiteitenbegeleiding;
- cliënttevredenheidsonderzoeken;
- meldingen van (bijna-)incidenten;
- exit-gesprekken met familieleden;
- etc.

De indicatoren basisveiligheid vormen ook zo'n bron.

#### *Getallen als uitgangspunt van een teamgesprek*

De uitkomsten van het meten van de indicatoren voor basisveiligheid, geven informatie in de vorm van getallen en woorden. Teams gaan aan de slag met die resultaten in (multidisciplinaire) teamgesprekken hierover. Vragen die in het team kunnen worden beantwoord zijn:

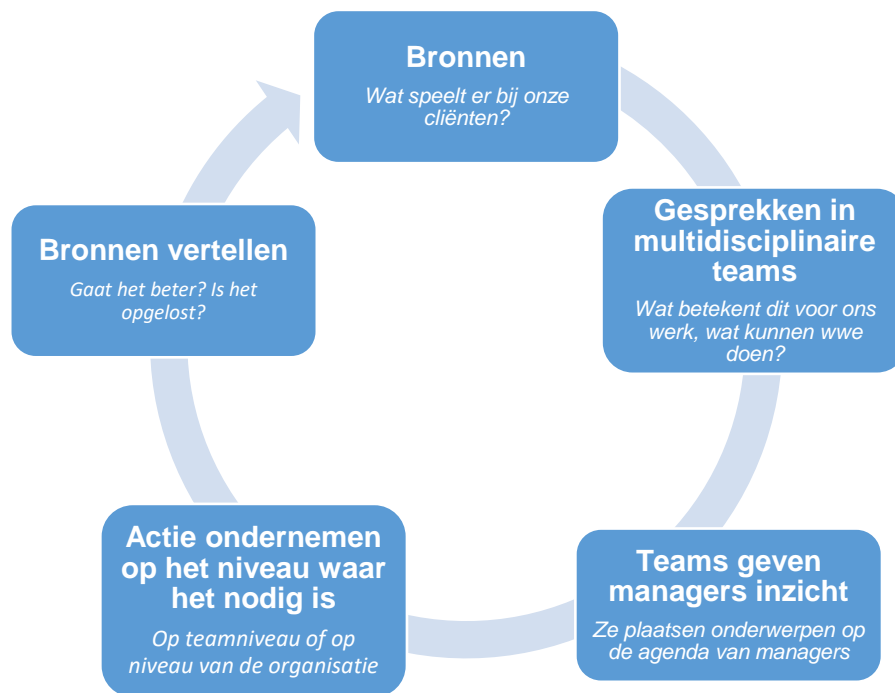
- Herkennen: kunnen we deze resultaten plaatsen?
- Begrijpen: kunnen we de resultaten verklaren?
- Waarderen: vinden we de resultaten goed genoeg?
- Handelen: welke verbeteracties zijn nodig?

Het voeren van deze gesprekken sluit aan bij de behoefte van professionals om met collega's over de zorg in gesprek te gaan om daarvan te leren. Met elkaar praten over kwaliteit begint niet altijd bij cijfers. Zorgverleners en behandelaars zijn de hele dag bezig met de kwaliteit van hun werk. Ze signaleren wat goed gaat en wat niet en denken na en praten over hoe het anders kan. Cijfers kunnen wel helpen deze signalen hard te maken en verder te verduidelijken.

#### *Verantwoordelijkheid nemen en plannen maken*

Met elkaar reflecteren op vaste tijdstippen moet je organiseren in je team, anders schiet het erbij in. In de zorg is altijd genoeg werk. Ook verslag doen van deze gesprekken aan leidinggevenden en bestuurders is belangrijk. Deze terugkoppeling versterkt het vertrouwen van de leidinggevenden en bestuurders in de professionals. Dat gesprek is een vorm van verantwoorden naar anderen, waarin zorgverleners tonen dat zij handelen vanuit verantwoordelijkheid.

Op basis van de gesprekken met meerdere teams maakt het management op hun beurt plannen voor organisatiebrede acties. Zorgprofessionals, leidinggevenden en bestuurders bepalen zo samen waar voor de organisatie ontwikkelpunten liggen. Met behulp van het kwaliteitsplan maken verpleeghuisorganisaties helder uit welke bronnen zij hun informatie halen, welke aandachtspunten hun cliënten en de professionals aangeven en welke acties zij daarop gaan ondernemen. In het kwaliteitsverslag wordt vervolgens beschreven wat gelukt is, hoe dit geborgd wordt en wat nog of opnieuw aandacht verdient. Het kwaliteitsverslag is belangrijke input voor de dialoog tussen zorgaanbieders en het zorgkantoor. In de dialoog kan het leren en ontwikkelen – als een van thema's uit het kwaliteitskader – aan de orde komen. Zorgkantoren kunnen hierbij zo nodig ondersteunen.



## 2.2 Indicatoren basisveiligheid

De set indicatoren is tot stand gekomen in werksessies met professionals. Uiteraard zijn andere belanghebbenden geraadpleegd, maar het startpunt lag bij verzorgenden, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en specialisten ouderengeneeskunde, werkzaam in de verpleeghuiszorgsector. Uit de werksessies kwam een basisfilosofie naar voren voor het werken met indicatoren. Deze wordt in de volgende punten toegelicht.

- Leren en verbeteren vraagt om reflectie: zorgverleners en behandelaars leren het meeste van het terugkijken op hun werk. Zoals het bespreken van casuïstiek en daar lessen uit trekken voor de zorg aan deze en andere cliënten. Informatie, zoals verzameld met de indicatoren, kan hierbij ondersteunend zijn.
- Tijd en ruimte zijn nodig om te kunnen reflecteren: professionals hebben behoefte aan tijd en ruimte om bijvoorbeeld gezamenlijk medicatiereviews te doen, aan 'training on the job' als het gaat om huidletsel, om in multidisciplinair verband te zoeken naar alternatieven voor vrijheidsbeperkende maatregelen, enzovoorts. Daarnaast is er behoefte aan up-to-date protocollen en richtlijnen en de mogelijkheid deskundigen te consulteren.
- Cijfers kunnen helpen bij leren en verbeteren: hoe ging het toen (volgens cijfers) en hoe gaat het nu (volgens cijfers) en welke verbetering willen we bereiken? Eén van de manieren om leren in teams te ondersteunen, is dus zorgen dat (multidisciplinaire) teams weten hoe vaak iets voorkomt. Tegelijkertijd wordt geconstateerd dat cijfers alleen weinig zeggen, ze moeten altijd geïnterpreteerd worden in de eigen werksituatie.
- Gebruik van cijfers: momenteel maken teams nog weinig gebruik van cijfers uit indicatoren. Als we willen dat dat gebeurt, hebben professionals een begrijpelijke weergave van actuele gegevens nodig. Ook is ondersteuning nodig om het systematisch en structureel bespreken van de cijfers in te passen in de drukke werkweek.
- Registratie: om registratielast te voorkomen, maken we in het ideale geval alleen gebruik van registraties die we toch al doen in het kader van de zorg of de beroepsuitoefening. Op dit moment is dat nog geen realiteit, maar er wordt wel hard aan gewerkt. Betere ICT-ondersteuning is nodig en aansluiten bij landelijke ontwikkelingen rondom registratie aan de bron.
- Voor een zinvol gebruik van indicatoren is het goed om het aantal indicatoren beperkt te houden en ons af te vragen: op welke punten willen we als beroepsgroepen en

zorgorganisaties echt leren om de zorg te verbeteren? De indicatoren moeten niet leiden tot een onevenredige administratielast.

- De indicatoren geven aanleiding om actie te ondernemen, dus gaan over zaken waar de beroepsgroep of organisatie invloed op heeft.

In 2018 worden de nieuwe indicatoren basisveiligheid voor het eerst uitgevraagd. De indicatoren richten zich op vier thema's: decubituspreventie, advance care planning, medicatieveiligheid en gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen. Deze meting zal door Verenso en V&VN worden geëvalueerd. De belangrijkste vraag bij deze evaluatie zal zijn of de indicatoren ook echt teams ondersteunen bij het leren en verbeteren op de werkvloer.

### 2.3 Indicatoren toezicht IGJ

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (IGJ i.o.) is onafhankelijk toezichthouder in de Nederlandse gezondheidszorg en heeft als taak toe te zien of er goede en veilige zorg wordt geleverd. Het uitgangspunt daarbij is: gezond vertrouwen en uitgaan van dialoog en verbinding. De IGJ i.o. verzamelt periodiek informatie om zicht te krijgen op mogelijke risico's per organisatie en/of vestiging. Deze informatie, verkregen uit indicatoren, wordt samen met informatie uit onder andere het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording, bij de Inspectie gemelde calamiteiten, Inspectiebezoeken en Zorgkaart Nederland gebruikt bij de prioritering in het risicogestuurd toezicht. Vanaf 1 januari 2018 gebruikt de Inspectie ook de kwaliteitsplannen en de kwaliteitsverslagen die openbaar gemaakt moeten worden.

De set indicatoren basisveiligheid (zie paragraaf 2.2), die ontwikkeld is onder regie van V&VN en Verenso, is gericht op lokaal leren en verbeteren. De IGJ wil daarnaast weten hoe zorgorganisaties sturen op kwaliteit en veiligheid binnen hun instelling. En hoe de continuïteit van zorg wordt geborgd. De indicatoren die door de IGJ op deze twee thema's zijn geformuleerd, maken deel uit van de uitvraag 2018.

### 2.4 Indicatoren direct vanuit het Kwaliteitskader

Naast de indicatoren basisveiligheid en de indicatoren toezicht IGJ, worden nog twee indicatoren gevraagd. Dit betreft het webadres (URL) van het Kwaliteitsverslag en de jaarlijkse meting van de aanbevelingsscore (Net Promotor Score, NPS).

#### *Kwaliteitsverslag*

Het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg vraagt zorgorganisaties jaarlijks een kwaliteitsverslag op te stellen, waarin verantwoording wordt afgelegd over de wijze waarop gewerkt wordt aan kwaliteit. In het verslag besteedt de organisatie aandacht aan drie onderdelen: veiligheid, cliëntoordelen en leren en werken aan kwaliteit. Het kwaliteitsverslag moet gepubliceerd worden op de eigen website van de zorgorganisatie. Het kwaliteitskader geeft aan dat het webadres (URL) aangeleverd moet worden aan het Zorginstituut.

#### *Aanbevelingsscore (Net Promotor Score)*

Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg bepaalt dat aanbieders van verpleeghuiszorg jaarlijks de Net Promotor Score (NPS) aan moeten leveren. Hiervoor mag ook de aanbevelingsvraag van ZorgKaartNederland.nl worden gebruikt. Met deze gegevens wordt landelijk vergelijkbare informatie over cliëntenwaardering openbaar beschikbaar.

### 3. Overzicht indicatoren meetjaar 2018

In dit hoofdstuk volgt een beschrijving van de indicatoren. Per indicator wordt de titel, relevantie, definitie, teller, noemer, indicatortype, meetniveau en bron weergegeven. Bij iedere indicator wordt ook de meetperiode en meetinstructie vermeld.

#### Reikwijdte

De uitvraag van deze indicatoren betreft de zorg die aan cliënten verleend wordt volgens de reikwijdte van het Kwaliteitskader: "Cliënten met een ZPP indicatie 4 t/m 10, die 24 uur aangewezen zijn op WLZ zorg en ondersteuning. Dit gaat over zorg die geboden wordt aan groepen van cliënten, dan wel zorg die voor een deel van de tijd geclusterd geboden wordt, zoals tijdelijke opnamen. Het kader geldt ook voor situaties waarin mensen kiezen om met een persoonsgebonden budget in groepsverband zorg te krijgen."

#### Verschillende niveaus

De indicatoren worden verzameld op verschillende niveaus: cliënt-, afdelings-, locatie- of concernniveau. Doorlevering aan het Openbaar Databestand (ODB) geschiedt op locatieniveau (of in een enkele uitzondering op concernniveau).

De indicatoren 4.2 (terugdringen vrijheidsbeperking) en 4.3 (werken aan vrijheidsbevordering) zijn tekstvelden en worden niet geaggregeerd naar locatieniveau. Zij worden dan ook niet aangeleverd om opgenomen te worden in het Openbaar Data Bestand (ODB) van het Zorginstituut.

#### Indeling van de organisatie in afdelingen

Verschillende indicatoren vragen informatie op afdelingsniveau. Afdelingen zijn er in alle soorten en maten. U kunt zelf bepalen hoe u de afdelingen wilt indelen. U kunt uitgaan van bestaande afdelingen of nieuwe afdelingen samenstellen. U kunt zelfs van één locatie een afdeling maken, afhankelijk van hoe u het leren en verbeteren hebt vormgegeven binnen uw organisatie. Belangrijk is dat de gegevens zodanig worden gemeten dat ze leren en verbeteren in multidisciplinaire teams mogelijk maken. Twee uitgangspunten zijn essentieel voor het definiëren van een afdeling:

- Het minimale aantal cliënten op de afdeling is 10. Bij minder cliënten komt de privacy van de cliënt in het geding. Heeft u minder dan 10 cliënten binnen uw organisatie, dan hoeft u de indicatoren die op cliëntniveau worden gemeten niet in te vullen in de portal.
- Een afdeling bestaat zoveel mogelijk uit hetzelfde soort cliënten.

#### Voorbeeld:

Een zorgorganisatie heeft vijf locaties. Vier locaties hebben zes afdelingen, telkens vier afdelingen voor cliënten met dementie en twee afdelingen voor cliënten met somatische aandoeningen. Op elke afdeling wonen 22 cliënten. U voert informatie in per afdeling, dus over de 22 cliënten per afdeling.

De vijfde locatie Huize Boslucht is een locatie met vier kleinschalige huisjes. In totaal wonen in Huize Boslucht 40 cliënten verdeeld over vier huisjes. In Huisje Eik wonen tien somatische verpleeghuiscliënten, in Lariks en Spar elk tien psychogeriatrische cliënten en in Ceder tien cliënten met Korsakov. Het is dan aan te bevelen om vanwege de verschillen in doelgroep Eik en Ceder apart als afdeling in te voeren en Lariks en Spar gezamenlijk.

## 3.1 Indicatoren basisveiligheid

### Thema 1 Decubitus

De laatste jaren is de prevalentie van decubitus flink gedaald. Echter, in de langdurige zorg is het percentage wonden met een duur van zes maanden of langer toegenomen en komen de meer ernstige vormen van decubitus ook vaker voor. Dit kan erop duiden dat de behandeling van decubitus verbeterd kan worden (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen, 2015). Daarbij komt dat decubitus ook een grote impact heeft op de kwaliteit van leven van de cliënt.

De uitkomstindicator over decubitus (aantal cliënten met decubitus vanaf categorie 2) geeft informatie over het vóórkomen (prevalentie) van decubitus en is internationaal gevalideerd. De uitkomsten (bijvoorbeeld een stijging ten opzichte van een eerdere meting) kunnen voor teams aanleiding zijn om in multidisciplinair verband, bijvoorbeeld met de wondverpleegkundige en de specialist ouderengeneeskunde, in te zoomen op casussen in het eigen team en lessen te trekken uit die casussen.

Consultatie en reflectie vergroten het bewustzijn en de kennis over de toestand van de huid van degene die aan het bed staat en dat is volgens professionals een belangrijke sleutel tot decubituspreventie. Met name het bespreken van casuïstiek met betrekking tot huidletsel is een goed middel om te leren en verbeteren op dit thema en zo de deskundigheid te vergroten. Om deze reden is een procesindicator over casuïstiekbespreking bij decubitus aan de indicatorenset toegevoegd.

1.1. Decubitus	
<i>Definitie</i>	Percentage cliënten op de afdeling met decubitus categorie 2 of hoger
<i>Vraag</i>	Heeft huidinspectie een decubitus categorie 2,3 of 4 aangetoond? <ul style="list-style-type: none"><li>• Ja</li><li>• Nee</li></ul>
<i>Teller</i>	Aantal cliënten op de afdeling met decubitus categorie 2 of hoger
<i>Noemer</i>	Totaal aantal cliënten op de afdeling.
<i>Type indicator</i>	Uitkomstindicator
<i>Niveau van meting</i>	Cliëntniveau
<i>Oorsprong</i>	Reeds bestaande vraag in de LPZ-meting
<i>In- enexclusiecriteria</i>	n.v.t.
<i>Bron</i>	Onderzoek bij cliënt
<i>Meetperiode</i>	Puntprevalentiemeting in de periode van 1 november – 31 december 2018
<i>Meetinstructie</i>	Voor het vaststellen van decubitus controleert u iedere cliënt lichamelijk op de aanwezigheid van decubitus. Heeft de cliënt decubitus categorie 2 of hoger, dan maakt u een aantekening. Per afdeling worden en het aantal cliënten met decubitus categorie 2 of hoger en het totaal aantal cliënten geregistreerd. Op basis hiervan wordt het percentage berekend van het aantal cliënten met decubitus op de afdeling.



1.2. Casuïstiekbespreking decubitus op de afdeling	
<i>Definitie</i>	Percentage afdelingen waar een casuïstiekbespreking over decubitus heeft plaatsgevonden, waarbij de volgende items zijn doorgenomen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Waar is het huidletsel ontstaan?</li> <li>• Wat is de locatie?</li> <li>• Zagen we al risico's tijdens de anamnese?</li> <li>• Interventies tot op heden, duur van de wondgenezing etc.</li> </ul>
<i>Vraag</i>	Heeft een casuïstiekbespreking over decubitus op de afdeling plaatsgevonden op basis van de volgende items? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Waar is het huidletsel ontstaan?</li> <li>• Wat is de locatie?</li> <li>• Zagen we al risico's tijdens de anamnese?</li> <li>• Interventies tot op heden, duur van de wondgenezing, etc.</li> <li>• Ja, met de volgende functionarissen: [<i>open tekstveld</i>]</li> <li>• Nee</li> </ul>
<i>Teller</i>	Aantal afdelingen waar dit jaar een casuïstiekbespreking heeft plaatsgevonden op basis van de beschreven items.
<i>Noemer</i>	Totaal aantal afdelingen in de zorgorganisatie waar decubitus categorie 2 of hoger voorkomt
<i>Type indicator</i>	Procesindicator
<i>Niveau van meting</i>	Afdelingsniveau
<i>Oorsprong</i>	Nieuw ontwikkelde vraag
<i>In- en exclusiecriteria</i>	Indicator hoeft alleen te worden gemeten op afdelingen waar decubitus categorie 2 of hoger voor komt.
<i>Bron</i>	Registratie per afdeling
<i>Meetperiode</i>	Notering in de periode van 1 november – 31 december 2018, terugkijkend op de periode januari t/m oktober 2018
<i>Meetinstructie</i>	Op de afdelingen waar decubitus categorie 2 voorkomt, gaat u na of een casuïstiekbespreking over decubitus heeft plaatsgevonden in de periode januari-oktober 2018. Zo ja, kijk dan in het verslag van de bespreking of onderstaande onderwerpen zijn doorgenomen tijdens de bespreking: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Waar is het huidletsel ontstaan?</li> <li>• Wat is de locatie?</li> <li>• Zagen we al risico's tijdens de anamnese?</li> <li>• Interventies tot op heden, duur van de wondgenezing etc.</li> </ul> <p>Als dit het geval is, dan registreert u 'ja' voor deze afdeling op de betreffende vraag. Zijn niet alle onderwerpen besproken? Dan vult u 'nee' in bij de betreffende vraag. Op basis hiervan wordt het percentage berekend van het aantal afdelingen waar een volledige casuïstiekbespreking heeft plaatsgevonden.</p> <p><b>Komt er geen decubitus voor op de afdeling? Dan hoeft u deze indicator niet in te vullen.</b></p>

## Thema 2 Advance Care Planning

In het kwaliteitskader wordt preventie van acute ziekenhuisopnames genoemd als thema. Voor het zoveel als mogelijk voorkómen van dit soort opnames is een doorlopend gesprek met cliënt en familie nodig over de door hen gewenste en medisch gezien mogelijke zorg, ook rondom het levenseinde.

De moderne geneeskunde kan steeds meer. Deze verbeterde mogelijkheden om ziektes te genezen en levens te verlengen heeft ook een keerzijde. Sommige behandelingen zijn ingrijpend, hebben grote bijwerkingen en mogelijk schadelijke gevolgen. Dit roept vragen op als: wanneer houdt medisch ingrijpen op om zinvol te zijn en is andere zorg passender? Staan arts en cliënt stil bij de kwaliteit die



het leven voor de cliënt heeft na een voorgenomen behandeling? Gaat het gesprek ook over de vraag of de cliënt zo'n behandeling nog wil en of dat realistisch is? Over wat de cliënt werkelijk belangrijk vindt en met welke zorg dit het best te bereiken is? Het zijn onderwerpen die professionals op tijd moeten bespreken met cliënten die door een ziekte of een kwetsbare situatie de dood in zicht hebben. Want zorg is alleen passend als deze aansluit bij de wens van de cliënt.

Ook is het van belang dat de uitkomsten van deze gesprekken goed worden vastgelegd. Op het moment dat de vraag naar verder behandelen namelijk acuut aan de orde is, kan die belangrijke vraag, waarover een ander onmogelijk kan beslissen, meestal niet meer worden gesteld.

Om een indruk te krijgen van de mate waarin gesprekken worden gevoerd en afspraken worden vastgelegd, is ervoor gekozen om een indicator op cliëntniveau te maken die kijkt naar de verslaglegging in het zorgdossier.

De indicator heeft als doel het voeren van de goede gesprekken een impuls te geven. Het is niet de bedoeling dat de indicator gaat werken als een met de cliënt af te vinken lijstje. Dit staat haaks op de zorgvuldigheid waarmee de gesprekken over dit onderwerp moeten worden gevoerd.

2. Gezamenlijke afspraken over behandeling rond het levenseinde	
<i>Definitie</i>	Percentage cliënten op de afdeling waarbij beleidsafspraken rondom het levenseinde zijn vastgelegd in het zorgdossier.
<i>Vraag</i>	Welke beleidsafspraken met de cliënt zijn vastgelegd in het zorgdossier? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wel of niet reanimeren?</li> <li>• Wel of niet starten of stoppen met levensverlengende behandelingen, zoals antibiotica, bloedproducten en preventieve medicatie.</li> <li>• Wel of geen ziekenhuisopname</li> <li>• Anders, namelijk [<i>open tekstveld</i>]</li> <li>• Er zijn geen afspraken vastgelegd in het zorgdossier</li> </ul>
<i>Teller</i>	Aantal cliënten waarbij beleidsafspraken zijn vastgelegd in het zorgdossier
<i>Noemer</i>	Totaal aantal cliënten op de afdeling
<i>Type indicator</i>	Procesindicator
<i>Niveau van meting</i>	Cliëntniveau
<i>Oorsprong</i>	Nieuw ontwikkelde vraag
<i>In- en exclusiecriteria</i>	N.v.t.
<i>Bron</i>	Dossieronderzoek
<i>Meetperiode</i>	Puntprevalentiemeting in de periode van 1 november – 31 december 2018
<i>Meetinstructie</i>	U registreert het aantal cliënten op de afdeling en voor iedere cliënt op de afdeling gaat u na in het zorgdossier of er beleidsafspraken over zorg en behandeling rond het levenseinde zijn gemaakt. Noteer per cliënt welke afspraken zijn vastgelegd op basis van de categorieën die hierboven worden genoemd. Bij categorie 'anders' geeft u een korte beschrijving van de beleidsafpraak. Ook noteert u de aantallen per categorie op de afdeling. Voor de categorie 'anders' geeft u kort eventuele andere beleidsafspraken weer die zijn opgenomen in de zorgdossiers.  Vervolgens registreert u voor hoeveel cliënten één of meerdere beleidsafspraken zijn vastgelegd in het zorgdossier. Op basis hiervan wordt het percentage berekend van het aantal cliënten bij wie een of meerdere beleidsafspraken zijn vastgelegd.

## Thema 3 Medicatieveiligheid

De 'Veilige Principes' in de medicatieketen doen verschillende aanbevelingen voor een veilige medicatieproces (zie <https://www.zorgvoorbeter.nl/medicatieveiligheid/richtlijnen-veilige-principes>). Twee van deze randvoorwaarden zijn omgezet in een indicator voor de verpleeghuiszorg. Het gaat om:

1. het op teamniveau bespreken van medicatiefouten (VP 6.3), en
2. het uitvoeren van medicatiereviews met een vertegenwoordiger van het zorgteam (VP 6.4).

Professionals geven aan dat als het gaat om leren en verbeteren het cruciaal is dat degene die de medicatie geeft, ook weet wat zij of hij geeft. Bekwaam zijn is essentieel. De indicatoren hebben daarom te maken met de randvoorwaarden voor het bekwaam worden in het toedienen.

Indicator 3.1 richt zich op het leren van medicatiefouten op de afdeling. De indicator geeft antwoord op de vraag of teams ten minste ieder kwartaal informatie over incidenten en bijna-incidenten krijgen teruggekoppeld en op basis daarvan verbeteracties kunnen uitzetten.

Indicator 3.2 geeft antwoord op de vraag of er minstens één keer per jaar een formele medicatiereview plaatsvindt met een zorgmedewerker die medicijnen aan de cliënt verstrekt. Het bespreken van de medicatie met specialist ouderengeneeskunde, apotheker en verpleegkundige en verzorgende vergroot het inzicht in de werking van medicatie bij alle betrokkenen. Het is voor de verpleegkundige en verzorgende als het ware een korte bijscholing, tegelijkertijd doen specialist ouderengeneeskunde en apotheker uit de observaties van de verpleegkundige meer kennis op over de werking van de medicatie.

3.1 Bespreken medicatiefouten in het team	
<i>Definitie</i>	Percentage afdelingen waar medicatiefouten tenminste één keer per kwartaal multidisciplinair worden besproken met medewerkers van de afdeling op basis van meldingen die zijn gedaan
<i>Vraag</i>	Worden medicatiefouten ten minste eens per kwartaal multidisciplinair besproken met medewerkers van de afdeling op basis van meldingen die zijn gedaan? <ul style="list-style-type: none"><li>• Ja, met de volgende functionarissen: [open tekstveld]</li><li>• Nee</li><li>• Niet van toepassing</li></ul>
<i>Teller</i>	Aantal afdelingen waar medicatiefouten ten minste eens per kwartaal multidisciplinair worden besproken op basis van gedane meldingen
<i>Noemer</i>	Totaal aantal afdelingen in de zorgorganisatie waar meldingen van medicatiefouten zijn geweest
<i>Type indicator</i>	Procesindicator
<i>Niveau van meting</i>	Afdelingsniveau
<i>Oorsprong</i>	Nieuw ontwikkelde vraag
<i>In- en exclusiecriteria</i>	Afdelingen waar geen meldingen van medicatiefouten waren worden uitgesloten van de meting
<i>Bron</i>	Registratie per afdeling
<i>Meetperiode</i>	Notering in de periode van 1 november – 31 december 2018, terugkijkend op de periode januari t/m oktober 2018
<i>Meetinstructie</i>	Zijn op afdelingen waar medicatiefouten gemeld werden in de periode januari-oktober deze minstens één keer per kwartaal besproken op de afdeling? Dan registreert u 'ja'. Vervolgens vult u de functieomschrijvingen in van de degenen met wie de medicatiefouten zijn besproken. Het kan zijn dat de samenstelling van personen verschillend was bij meerdere besprekingen. Vult u dit geval de functieomschrijvingen van alle aanwezigen <i>van alle bijeenkomsten</i> in 2018 in. Zijn er in 2018 geen meldingen van medicatiefouten geweest? Dan kunt u 'Niet van toepassing' invullen. Zijn er wel meldingen van medicatiefouten geweest in 2018, maar heeft niet ieder kwartaal een bespreking plaatsgevonden? Dan vult u 'nee' in.

3.2 Medicatiereview	
<i>Definitie</i>	Percentage cliënten –met een ZZP V&V indicatie met behandeling- waarbij een formele medicatiereview heeft plaatsgevonden in het bijzijn van een zorgmedewerker die medicijnen aan de cliënt verstrekt
<i>Vraag</i>	Is in het afgelopen jaar een formele medicatiereview uitgevoerd bij de cliënt? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nee</li> <li>• Cliënt korter dan zes maanden in zorg</li> </ul> <p>Zo ja, wie was hierbij aanwezig?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cliënt</li> <li>• Apotheker</li> <li>• Specialist Ouderengeneeskunde</li> <li>• Zorgmedewerker die medicijnen aan de cliënt verstrekt</li> <li>• Andere functionaris, namelijk [<i>open tekstveld</i>]</li> </ul>
<i>Teller</i>	Aantal cliënten –met een ZZP V&V indicatie met behandeling- waarbij een formele medicatiereview is uitgevoerd in het afgelopen jaar in het bijzijn van de apotheker, specialist ouderengeneeskunde en een zorgmedewerker die medicijnen aan de cliënt verstrekt
<i>Noemer</i>	Totaal aantal cliënten op de afdeling
<i>Type indicator</i>	Procesindicator
<i>Niveau van meting</i>	Cliëntniveau
<i>Oorsprong</i>	Nieuw ontwikkelde vraag
<i>In- en exclusiecriteria</i>	Alleen invullen voor cliënten die een ZZP V&V indicatie met behandeling hebben; exclusie voor cliënten die korter dan zes maanden in de zorgorganisatie verblijven
<i>Bron</i>	Zorgdossier
<i>Meetperiode</i>	Notering in de periode van 1 november – 31 december 2018, terugkijkend op de periode januari t/m oktober 2018
<i>Meetinstructie</i>	U registreert per afdeling het aantal cliënten en gaat voor iedere cliënt die langer dan zes maanden in zorg is op de afdeling na in het zorgdossier of in de periode januari t/m oktober 2018 een medicatiereview heeft plaatsgevonden. Noteer per cliënt wie bij de review aanwezig was op basis van bovenstaande antwoordcategorieën. Bij categorie ‘Andere functionaris’ geeft u een korte functieomschrijving/beschrijving van de aanwezige. Vervolgens registreert u het aantal cliënten waarbij een zorgmedewerker (die medicijnen verstrekt aan de cliënt), een specialist ouderengeneeskunde en een apotheker aanwezig waren. Op basis hiervan wordt het percentage berekend voor deze indicator.

## Thema 4 Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg benoemt als thema ‘Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperkende interventies’. Professionals en experts geven aan dat de sector juist moet insteken op *vrijheidsbevordering*. In de praktijk lopen zorgverleners er tegen aan dat zij maatregelen die niet bedoeld zijn als vrijheidsbeperking of maatregelen die bedoeld zijn als vrijheidsbevorderend allemaal moeten registreren als vrijheidsbeperkend. Hierdoor wordt niet duidelijk wat het doel is van de interventie (vrijheidsbeperking of vrijheidsbevordering).

Om die reden is gekozen voor een indicator die vrij precies vraagt welke maatregel is ingezet. De uitkomsten geven nauwkeurige input voor gesprekken binnen het team. De indicator wordt op deze wijze ook gemeten in de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen.

Teams willen uit getallen ook kunnen aflezen of ze stappen zetten in het terugdringen van vrijheidsbeperking. In de procesindicator op afdelingsniveau wordt gevraagd hoe hieraan wordt gewerkt. Op locatieniveau (structuurindicator) wordt gevraagd hoe in het verpleeghuis wordt gewerkt aan vrijheidsbevordering.

4.1 Middelen en maatregelen rond vrijheid	
<i>Definitie</i>	Percentage cliënten op de afdeling waarbij de volgende middelen en maatregelen zijn toegepast (onderverdeling naar categorieën)
<i>Vraag</i>	Zijn er op deze afdeling tijdens de afgelopen 30 dagen bij de cliënt middelen en maatregelen rond vrijheid toegepast? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja (<i>alle toegepaste interventies moeten aangekruist worden</i>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mechanisch (<i>zoals bedhekken</i>)</li> <li>○ Fysiek (<i>zoals iemand met fysieke kracht in bedwang houden</i>)</li> <li>○ Farmacologisch</li> <li>○ Psychologisch (<i>dwingend spreken</i>)</li> <li>○ Elektronisch (<i>alarm of camerabewaking</i>)</li> <li>○ Eén-op-één toezicht</li> <li>○ In een ruimte afzonderen</li> <li>○ Andere maatregel [<i>open tekstveld</i>]</li> </ul> </li> <li>• Nee</li> </ul>
<i>Teller</i>	Aantal cliënten bij wie middelen en maatregelen zijn toegepast op de afdeling onderverdeeld naar categorieën.
<i>Noemer</i>	Totaal aantal cliënten op de afdeling
<i>Type indicator</i>	Uitkomstindicator
<i>Niveau van meting</i>	Cliëntniveau
<i>Oorsprong</i>	Reeds bestaande vraag in de LPZ-meting
<i>In- en exclusiecriteria</i>	N.v.t.
<i>Bron</i>	Dossieronderzoek
<i>Meetperiode</i>	Prevalentiemeting in de periode van 1 november t/m 31 december november 2018 (terugkijkend op de afgelopen 30 dagen)
<i>Meetinstructie</i>	U registreert per afdeling het aantal cliënten en gaat voor iedere cliënt op de afdeling na in het zorgdossier of middelen en maatregelen bij de cliënt zijn toegepast in de afgelopen 30 dagen. Noteer per cliënt het type maatregel dat is toegepast. Meerdere antwoorden zijn mogelijk. Bij categorie 'Andere maatregel' geeft u een korte beschrijving van de maatregel. Vervolgens registreert u voor hoeveel cliënten middelen en maatregelen zijn toegepast. Ook noteert u de aantallen per categorie op de afdeling. Op basis van deze gegevens wordt het percentage berekend van de middelen en maatregelen die bij cliënten op de afdeling zijn toegepast in de afgelopen 30 dagen.

4.2 Terugdringen vrijheidsbeperking	
<i>Definitie</i>	Wijze waarop op de afdeling wordt gewerkt aan het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen
<i>Vraag</i>	Hoe wordt op de afdeling gewerkt aan het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen? ( <i>open vraag</i> ) <ul style="list-style-type: none"> <li>• [<i>open tekstveld</i>]</li> <li>• Op deze afdeling worden geen vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast.</li> </ul>
<i>Teller</i>	Niet van toepassing
<i>Noemer</i>	Niet van toepassing
<i>Type indicator</i>	Procesindicator
<i>Niveau van meting</i>	Afdelingsniveau
<i>Oorsprong</i>	Nieuw ontwikkelde vraag
<i>In- en exclusiecriteria</i>	N.v.t.
<i>Bron</i>	Registratie per afdeling
<i>Meetperiode</i>	Notering in de periode van 1 november – 31 december 2018, terugkijkend op de periode januari t/m oktober 2018

<i>Meetinstructie</i>	Beschrijft u hoe wordt gewerkt aan het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen op de afdeling. Zijn er geen vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast van januari - oktober 2018 op de afdeling? Registreer dit antwoord dan.
-----------------------	--

4.3 Werken aan vrijheidsbevordering	
<i>Definitie</i>	Wijze waarop de organisatie nadenkt over vrijheidsbevordering van cliënten
<i>Vraag</i>	Hoe werkt de organisatie aan vrijheidsbevordering voor cliënten met een BOPZ-indicatie? [ <i>open tekstveld</i> ]
<i>Teller</i>	Niet van toepassing
<i>Noemer</i>	Niet van toepassing
<i>Type indicator</i>	Structuurindicator
<i>Niveau van meting</i>	Organisatieniveau
<i>Oorsprong</i>	Nieuw ontwikkelde vraag
<i>In- en exclusiecriteria</i>	Organisaties die geen cliënten in zorg hadden met een BOPZ-indicatie
<i>Bron</i>	Registratie per organisatie
<i>Meetperiode</i>	Notering in de periode van 1 november – 31 december 2018, terugkijkend op de periode januari t/m oktober 2018
<i>Meetinstructie</i>	Deze vraag dient ingevuld te worden per organisatie. Beschrijft u hoe op de locaties wordt gewerkt aan vrijheidsbevordering. Heeft u geen cliënten met een BOPZ-indicatie? Dan hoeft u deze vraag niet te beantwoorden.

## 3.2 Indicatoren toezicht IGJ

### Thema 5 Sturen op kwaliteit en veiligheid

Goede zorg en deze goed houden begint bij een goed management. Het management stuurt op de kwaliteit van zorg en de coördinatie en controle op de werkvloer. Onvoldoende sturing door het management betekent risico's op de werkvloer. De zorgaanbieder zorgt ervoor dat er methodisch wordt gewerkt. Methodisch werken zorgt ervoor dat het verbeteren van de kwaliteit continu onder de aandacht is van alle medewerkers. Methodisch werken houdt in dat er wordt gewerkt volgens de Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus: -Plan: kijken naar de werkzaamheden en plannen hoe deze kunnen worden verbeterd. - Do: de verbeteringen uitvoeren. -Check: beoordelen of het resultaat van de veranderingen het gewenste resultaat opleveren. - Act: de werkzaamheden bijstellen aan de hand van de gevonden resultaten. Kritisch kijken waar het beter kan door te leren van incidenten, calamiteiten en audits. Vervolgens monitoren hoe de effecten van verbetermaatregelen zijn.

## 5. Sturen op kwaliteit en veiligheid

<b>Definitie</b>	Wijze waarop de locatie stuurt op kwaliteit en veiligheid op basis van verschillende bronnen.																																															
<b>Vraag</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 10%;">Gebruik</th> <th style="width: 10%;">a. Aantal</th> <th style="width: 15%;">b. besproken in de teams?</th> <th style="width: 15%;">c. besproken in MT?</th> <th style="width: 15%;">d. Opgevolgd in de teams?</th> <th style="width: 15%;">e. Opgevolgd in MT?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>5.1 Incidenten</b></td> <td>Ja/nee</td> <td>[aantal]</td> <td>Ja/nee</td> <td>Ja/nee</td> <td>Ja/nee</td> <td>Ja/nee</td> </tr> <tr> <td><b>5.2 Calamiteiten</b></td> <td>Ja/nee</td> <td>[aantal]</td> <td>Ja/nee</td> <td>Ja/nee</td> <td>Ja/nee</td> <td>Ja/nee</td> </tr> <tr> <td><b>5.3 Interne audits</b></td> <td>Ja/nee</td> <td>[aantal]</td> <td>Ja/nee</td> <td>Ja/nee</td> <td>Ja/nee</td> <td>Ja/nee</td> </tr> <tr> <td><b>5.4 Externe audits</b></td> <td>Ja/nee</td> <td>[aantal]</td> <td>Ja/nee</td> <td>Ja/nee</td> <td>Ja/nee</td> <td>Ja/nee</td> </tr> <tr> <td><b>5.5 Andere bron, namelijk...</b></td> <td>Ja/nee</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">X</td> <td>Ja/nee</td> <td>Ja/nee</td> <td>Ja/nee</td> <td>Ja/nee</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Gebruik:</u> Gebruikt u deze bron om de zorg systematisch te verbeteren? <i>Indien Ja op vraag in Kolom Gebruik:</i></p> <p style="margin-left: 40px;"><u>Kolom a:</u> Hoeveel incidenten zijn er binnen uw locatie gemeld? Hoeveel calamiteiten zijn er binnen uw locatie gemeld? Hoeveel interne audits zijn er gedaan op uw locatie? Hoeveel externe audits zijn er gedaan op uw locatie?</p> <p style="margin-left: 40px;"><u>Kolom b:</u> Worden de verkregen gegevens uit deze bron besproken met de direct betrokkenen in de teams?</p> <p style="margin-left: 40px;"><u>Kolom c:</u> Worden de verkregen gegevens uit deze bron besproken met het managementteam van de locatie?</p> <p style="margin-left: 40px;"><u>Kolom d:</u> Worden de verbetermaatregelen, die uit de bespreking van deze bron naar voren kwamen, opgevolgd in de teams?</p> <p style="margin-left: 40px;"><u>Kolom e:</u> Worden de verbetermaatregelen, die uit de bespreking van deze bron naar voren kwamen, opgevolgd in het managementteam?</p> <p><b>5.6 Verbetermaatregelen</b> Zijn er verbeterplannen opgesteld op basis van de uitkomsten van eerdergenoemde bronnen? Ja/nee <i>Indien Ja:</i> Noem de drie belangrijkste thema's voor de locatie waarop verbeteringen zijn doorgevoerd (3x tekstveld) Zijn er evaluatie en bijstellingsmomenten ingepland voor de verbeterplannen? Ja/nee</p> <p><b>5.7 Openbaarheid</b> Maakt u de uitkomsten van audits openbaar op uw website? Ja/nee Maakt u de verbeterplannen openbaar op uw website? Ja/nee</p> <p><b>5.8 Toelichting Sturen op kwaliteit en veiligheid</b> Mogelijkheid tot toelichting (tekstveld)</p>							Gebruik	a. Aantal	b. besproken in de teams?	c. besproken in MT?	d. Opgevolgd in de teams?	e. Opgevolgd in MT?	<b>5.1 Incidenten</b>	Ja/nee	[aantal]	Ja/nee	Ja/nee	Ja/nee	Ja/nee	<b>5.2 Calamiteiten</b>	Ja/nee	[aantal]	Ja/nee	Ja/nee	Ja/nee	Ja/nee	<b>5.3 Interne audits</b>	Ja/nee	[aantal]	Ja/nee	Ja/nee	Ja/nee	Ja/nee	<b>5.4 Externe audits</b>	Ja/nee	[aantal]	Ja/nee	Ja/nee	Ja/nee	Ja/nee	<b>5.5 Andere bron, namelijk...</b>	Ja/nee	X	Ja/nee	Ja/nee	Ja/nee	Ja/nee
	Gebruik	a. Aantal	b. besproken in de teams?	c. besproken in MT?	d. Opgevolgd in de teams?	e. Opgevolgd in MT?																																										
<b>5.1 Incidenten</b>	Ja/nee	[aantal]	Ja/nee	Ja/nee	Ja/nee	Ja/nee																																										
<b>5.2 Calamiteiten</b>	Ja/nee	[aantal]	Ja/nee	Ja/nee	Ja/nee	Ja/nee																																										
<b>5.3 Interne audits</b>	Ja/nee	[aantal]	Ja/nee	Ja/nee	Ja/nee	Ja/nee																																										
<b>5.4 Externe audits</b>	Ja/nee	[aantal]	Ja/nee	Ja/nee	Ja/nee	Ja/nee																																										
<b>5.5 Andere bron, namelijk...</b>	Ja/nee	X	Ja/nee	Ja/nee	Ja/nee	Ja/nee																																										
<b>Teller</b>	Niet van toepassing																																															

<i>Noemer</i>	Niet van toepassing
<i>Type-indicator</i>	Procesindicator
<i>Niveau van meting</i>	Locatieniveau
<i>Oorsprong</i>	Ontwikkeld door IGJ
<i>In- en exclusiecriteria</i>	Niet van toepassing
<i>Bron</i>	Dossieronderzoek
<i>Meetperiode</i>	Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2018
<i>Meetinstructie</i>	<p>De vragen worden geregistreerd op locatieniveau.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Meldingen incidenten:</i> onder meldingen incidenten verstaat de Inspectie meldingen van (bijna) fouten en incidenten (op afdelingsniveau) binnen de instelling, waarbij niet de (bijna) fout van een zorgverlener of het incident centraal staat, maar de condities waaronder mensen werken en de wijze waarop de zorg is georganiseerd. Uitgangspunt is het streven om condities of de condities of organisatie te verbeteren om herhaling te voorkómen.</li> <li>• <i>Calamiteit:</i> een calamiteit is een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt heeft geleid.</li> </ul> <p><i>Op basis van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen (januari 2016) heeft de zorgaanbieder bij een calamiteit meldplicht aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Interne Audit:</i> een gestructureerd onderzoek van collega's onderling waarin geleerd wordt van elkaar door elkaar een spiegel voor te houden en waarin gezocht wordt naar verbeterpunten. Een audit kan zich richten op het geheel van de organisatie of op een bepaald onderwerp/ thema in een organisatie of systeem. Het kan hier bijvoorbeeld gaan om de veiligheid (valpreventie, medicatieveiligheid) in het primair proces, een kwaliteit managementsysteem of de klachtenprocedure.</li> <li>• <i>Externe Audit:</i> een gestructureerd onderzoek door een externe organisatie naar de geleverde kwaliteit van zorg al dan niet resulterend in een certificatie- of accreditatie bewijs.</li> </ul>

## Thema 6 Continuïteit van de zorg

Voor de continuïteit van de zorg voor kwetsbare ouderen is het essentieel dat informatieoverdracht voor vervolgzorg of start van de zorg goed plaatsvindt. Daarnaast zullen de randvoorwaarden (professionals en middelen) om te kunnen voldoen aan de zorgvragen van cliënten, 24/7 moeten zijn geborgd. Hiervoor dient er structureel afstemming plaats te vinden tussen de verschillende zorgverleners, zoals huisarts, de specialist ouderengeneeskunde, de GGZ-zorgverlener, paramedici, de verzorgende en de (wijk)verpleegkundige en de cliënt en/of haar vertegenwoordiger.

Een verantwoordelijke zorgverlener moet tijdig de relevante informatie ontvangen over de patiënt om te besluiten welke acties en randvoorwaarden nodig zijn om de continuïteit van zorg te borgen. De informatie dient te worden vastgelegd in het zorgplan. De instelling borgt de randvoorwaarden om de zorgvragen continu te kunnen blijven uitvoeren.

Uit het toezicht van de IGJ blijkt dat de informatieoverdracht, het up-to-date houden van het zorgplan en het borgen van de randvoorwaarden om aan de continuïteit van de zorgvragen te kunnen voldoen, niet altijd op orde is.



6. Continuïteit van de zorg	
<i>Definitie</i>	Wijze waarop de locatie zorgplannen en zorgdossiers benut en actueel houdt
<i>Vraag</i>	<p><b>6.1 Cyclisch systeem</b>  Heeft de locatie een systeem waarmee het werken met zorgplannen van cliënten cyclisch beoordeeld wordt op volledigheid en actualiteit? Ja/Nee  Zo ja, geef aan hoe: (meerdere antwoorden mogelijk)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Minimaal ieder half jaar vindt een bespreking van het zorgplan plaats.</li> <li>○ Het systematisch werken met zorgplannen zijn onderdeel van interne audits.</li> <li>○ Anders, namelijk:</li> </ul> <p><b>6.2 Bespreking en evaluatie zorgplan</b>  Wie zijn betrokken bij de bespreking en evaluatie van het zorgplan? (meerdere antwoorden mogelijk)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verzorgenden/verpleegkundigen</li> <li>○ Cliënt (vertegenwoordiger)</li> <li>○ Specialist Ouderengeneeskunde</li> <li>○ Interne behandel disciplines (bijv. psycholoog van de organisatie)</li> <li>○ Externe behandel disciplines (bijv. huisarts, 1<sup>e</sup> lijns fysiotherapeut)</li> <li>○ Andere functionaris, namelijk:</li> </ul> <p><b>6.3 Gebruik zorgdossier</b>  Kunnen in uw locatie alle betrokken zorgverleners, behandelaren en paramedici alle onderdelen van het zorgdossier lezen? Ja/nee  Kunnen in uw locatie alle betrokken zorgverleners, behandelaren en paramedici in alle onderdelen van het zorgdossier schrijven? Ja/nee  Kunnen cliënten(vertegenwoordigers) het zorgdossier inzien? Ja/nee/deels  Kunnen cliënten(vertegenwoordigers) in het zorgdossier schrijven? Ja/nee/deels</p> <p><b>6.4 Incidenten in zorgdossier</b>  Worden (bijna)incidenten in de zorg voor de cliënt in diens zorgdossier gemeld? Ja/nee  Indien ja, vindt er met betrokkenen een evaluatie plaats?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nee, niet structureel</li> <li>○ Ja, van elke individuele melding</li> <li>○ Ja, op geaggregeerd niveau (dwz op basis van trends die worden signaleerd)</li> <li>○ Ja, zowel elke individuele melding als op geaggregeerd niveau</li> </ul> <p><b>6.5 Toelichting Continuïteit van zorg</b>  Mogelijkheid tot toelichting (400 tekens)</p>
<i>Teller</i>	Niet van toepassing
<i>Noemer</i>	Niet van toepassing
<i>Type indicator</i>	Procesindicator
<i>Niveau van meting</i>	Locatieniveau
<i>Oorsprong</i>	Ontwikkeld door de IGJ
<i>In- en exclusiecriteria</i>	Niet van toepassing
<i>Bron</i>	Management, Zorgdossiers
<i>Meetperiode</i>	Voor deze indicator geldt de periode van 1 januari t/m 31 december 2018
<i>Meetinstructie</i>	<p>De vragen worden geregistreerd op locatieniveau. Als bij vraag 2 de situatie op afdelingen verschilt, kies dan de meest voorkomende.</p> <p><i>Zorgplan:</i> Een hulpmiddel om vraaggerichte zorg te verlenen aan cliënten. Met de cliënt overeengekomen doelen, acties en resultaten van zorg en ondersteuning staan hierin vermeld.</p> <p><i>Methodisch werken:</i> Methodisch werken bevat een aantal stappen: verzamelen van informatie, vaststellen van behoeften en problemen, vaststellen van doelen, vaststellen van en plannen van activiteiten, uitvoeren van de activiteiten volgens planning, evalueren en zo nodig bijstellen van de zorg en ondersteuning. Er wordt cyclisch gewerkt: dat wil zeggen dat op</p>

	<p>basis van de evaluatie de zorg of ondersteuning kan worden bijgesteld en alle stappen opnieuw doorlopen worden. De stappen worden vastgelegd in het zorgleefplan.</p> <p><i>Integraal gebruik dossier:</i> Zorgverleners, behandelaren en andere disciplines die betrokken zijn bij de behandeling of zorg voor de cliënt werken allemaal met hetzelfde cliëntdossier.</p> <p><i>MIC:</i> meldingen incidenten of bijna-incidenten cliënten.</p>
--	---

### 3.3 Indicatoren direct vanuit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

#### Thema 7 Kwaliteitsverslag (URL)

Het kwaliteitsverslag dat aanbieders van verpleeghuiszorg jaarlijks maken, dient op de eigen website te worden gepubliceerd. Het internetadres (URL) hiervan wordt aangeleverd met de indicatoren, zodat de vindplaats van het kwaliteitsverslag openbaar beschikbaar is. Geeft u een link die zo direct mogelijk naar het verslag leidt. Indien uw organisatie meerdere kwaliteitsverslagen maakt (bijvoorbeeld per locatie), dan levert u de URL aan waarop links naar alle verslagen te vinden zijn.

7. Webadres Kwaliteitsverslag	
<i>Definitie</i>	URL van de website waar het Kwaliteitsverslag 2018 van de zorgorganisatie te vinden is
<i>Vraag</i>	Wat is de URL van de publieke website waar het Kwaliteitsverslag 2018 van uw zorgorganisatie te vinden is?
<i>Teller</i>	Niet van toepassing
<i>Noemer</i>	Niet van toepassing
<i>Type indicator</i>	Procesindicator
<i>Niveau van meting</i>	Concernniveau
<i>Bron</i>	Website zorgorganisatie
<i>Meetperiode</i>	Niet van toepassing

#### Thema 8 Aanbevelingsscore (Net Promotor Score)

Voor de aanbevelingsscore levert u de resultaten aan van de jaarlijkse meting van de Net Promotor Score. Het Kwaliteitskader geeft aan dat hiervoor ook de aanbevelingsvraag van ZorgKaartNederland.nl worden gebruikt. Vandaar dat er, net als in meetjaar 2017, twee verschillende meetmethoden mogelijk zijn.

8. Aanbevelingsscore (Net Promotor Score)	
<i>Definitie</i>	Percentage cliënten/cliëntenvertegenwoordigers dat de zorgorganisatie aanbeveelt aan vrienden en familie
<i>Vraag</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat is het percentage cliënten dat de zorgorganisatie aanbeveelt?</li> <li>• Welke bron gebruikt u voor de aanbevelings-score? <ul style="list-style-type: none"> <li>a. NPS-meting door gespecialiseerd bureau</li> <li>b. Aanbevelingsscore Zorgkaart Nederland</li> <li>c. Niet van toepassing</li> </ul> </li> <li>• ad a) "Zou u [naam zorgorganisatie] aanbevelen aan familie of vrienden?". Antwoord op een schaal van 0 (zeer onwaarschijnlijk) tot 10 (zeer waarschijnlijk)</li> <li>• ad b) "Zou u deze instelling aanbevelen bij uw vrienden of familie?" Ja/nee</li> <li>• Wat is het totaal aantal bevroegde cliënten?</li> <li>• Opmerkingen:[open tekstveld]</li> </ul>
<i>Teller</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aantal respondenten dat bij de NPS-vraag een 8, 9 of 10 heeft ingevuld</li> <li>2. Aantal respondenten dat bij de NPS-vraag op Zorgkaart Nederland 'ja' heeft ingevuld</li> </ol>

<i>Noemer</i>	Totaal aantal respondenten
<i>Type indicator</i>	Uitkomstindicator
<i>Niveau van meting</i>	Cliëntniveau
<i>Bron</i>	Cliëntenonderzoek / Zorgkaart Nederland
<i>Meetperiode</i>	Meting in de periode 1-1-2018 t/m 31-12-2018
<i>Meetinstructie</i>	<p>Methode 1: u laat door een extern bureau een cliënttevredenheidsonderzoek uitvoeren waarin ook de Net Promotor Score (NPS) wordt uitgevraagd. Bij het onderzoek wordt berekend hoeveel procent van de respondenten bij de NPS-vraag een 8, 9 of 10 heeft ingevuld. Hierbij wordt er dus vanuit gegaan dat een score 8, 9 of 10 een aanbeveling is van uw instelling. De meting moet zijn gedaan in de verslagperiode (voor de huidige aanlevering is dat tussen 1 januari en 31 december 2018).</p> <p>Methode 2: u heeft een vermelding op Zorgkaart Nederland. Wanneer cliënten/cliëntvertegenwoordigers een review achterlaten krijgen zij ook de vraag 'Zou u deze instelling aanbevelen bij uw vrienden of familie?'. Dit is een ja/nee-vraag. Het percentage dat de vraag met 'ja' heeft beantwoord, wordt door Zorgkaart Nederland voor u berekend. Omdat Zorgkaart Nederland een doorlopende meting doet en geen onderscheid maakt naar verslagjaren, rapporteert u het percentage zoals het op 31 december 2018 was.</p> <p>Naast het percentage levert u nog twee waarden aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de bron: u kiest hier voor 'Zorgkaart Nederland' wanneer u het percentage van Zorgkaart Nederland gebruikt.</li> </ul> <p>Als u een ander onderzoek gebruikt, vermeld dan bij 'Opmerkingen' welk onderzoek.</p> <p>Wanneer u meerdere methoden gebruikt om de cliënttevredenheid en -loyaliteit te meten, rapporteer dan op basis van de methode met de grootste N.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de N: het aantal cliënten/cliëntvertegenwoordigers dat de vraag heeft beantwoord</li> </ul> <p>Als u geen NPS-metingen uitvoert en u heeft u ook geen vermelding op Zorgkaart Nederland, vult u dan 'Niet van toepassing in' en geef in het opmerkingenveld aan waarom u geen meting heeft kunnen doen en ook niet op Zorgkaart Nederland staat. Leg ook uit in de opmerking op welke wijze u de cliënttevredenheid of -loyaliteit meet en meeneemt in de verbetering van de zorg.</p>

## 4. Leren en verbeteren met de indicatoren basisveiligheid

In hoofdstuk 2 van dit handboek worden de indicatoren basisveiligheid beschreven. De indicatoren zijn ontwikkeld om teams te helpen met het leren en verbeteren. Dit hoofdstuk beschrijft de uitgangspunten voor het gebruik van de indicatoren binnen organisaties zoals die door de Stuurgroep Verpleeghuiszorg zijn geformuleerd:

### 1. Gegevens die met de indicatoren basisveiligheid worden verzameld, worden op een begrijpelijke en zinvolle manier terug gekoppeld naar professionals

Informatie uit de indicatoren basisveiligheid levert voor afdelingen, multidisciplinaire teams en werkgroepen zinvolle kwaliteitsinformatie op. U draagt intern zorg voor een adequate terugkoppeling.

### 2. Terugkoppeling van de uitkomsten vindt plaats op afdelingsniveau

U meet de indicatoren op afdelingsniveau. Wat u als afdeling definieert bepaalt u zelf (zie hoofdstuk 3) zodat deze logisch is voor de betrokken medewerkers in uw organisatie. Wanneer u de gemeten gegevens terugkoppelt aan afdelingen of multidisciplinaire teams ten behoeve van leren en verbeteren, moeten dat voor hen relevante gegevens zijn. Met name gegevens over 'eigen cliënten' en 'eigen werkprocessen' ondersteunen het interne verbeter-/borgproces.

### 3. Terugkoppeling van de uitkomsten aan professionals binnen zes weken

Voor zorgverleners en behandelaars is het belangrijk om over actuele informatie te beschikken om te kunnen sturen op de uitkomsten uit de indicatoren. Zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen zes weken na de meting van de indicatoren worden de uitkomsten multidisciplinair besproken in bestaande overlegstructuren, zoals het teamoverleg.

### 4. Indicatoren vormen een onderdeel in de kwaliteitscyclus

De uitkomsten van de indicatoren leveren een waardevolle bijdrage aan het gesprek over kwaliteit en van de verbetercyclus in het multidisciplinaire team. Professionals formuleren verbeterpunten en nemen deze mee in hun werkplannen. Een volgende meting met de indicatoren geeft zicht op de voortgang van de acties. De indicatoren kunnen ook aanleiding zijn voor kwaliteitsplannen op organisatieniveau. Deze plannen komen tot stand komen in nauwe samenspraak met cliëntenraad, ondernemingsraad/VAR.

### 5. Indicatoren mogen aansluiten bij reeds bestaande registraties binnen de organisatie

De indicatoren zijn ontwikkeld om inzicht te geven aan professionals binnen de organisatie (zie ook Hoofdstuk 2). De beroepsorganisaties en brancheorganisaties verpleeghuiszorg vinden het belangrijk dat de meting aansluit bij bestaande registraties in de praktijk. Gebruikt u bijvoorbeeld andere vergelijkbare categorieën bij registraties van middelen en maatregelen rond vrijheid? Dan kan dat. Belangrijk is dat u deze afwijkingen in de wijze van meten documenteert en kunt verantwoorden. Het is niet mogelijk indicatoren over te slaan.

Bovenstaande werkwijze maakt het lastig om gegevens tussen organisaties te vergelijken. Bij de doorontwikkeling van de indicatoren wordt hier expliciet aandacht aan besteed door de organiserende partijen.

## 6. De indicatoren worden geëvalueerd

De indicatoren die eind 2018 worden gemeten, worden in 2019 geëvalueerd op:

- validiteit en betrouwbaarheid van de indicatoren;
- de mate waarin de indicatoren voor zorgprofessionals en behandelaars geschikt zijn om te leren en te verbeteren.

Aan een aantal zorgorganisaties zal worden gevraagd of zij hiervoor hun gegevens op afdelingsniveau beschikbaar willen stellen. Beroepsorganisaties en brancheorganisaties werken hiervoor een plan van aanpak uit. Daarin worden ook de behoefte aan ondersteunende tools in kaart gebracht.

## 5. Aanlevering indicatoren

### 5.1 Gegevensmakelaar

Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht om ieder jaar indicatoren omtrent de kwaliteit van zorg aan te leveren aan het Openbare Databestand (ODB) van Zorginstituut Nederland (ZINL). De gegevens worden aangeleverd via een TTP, oftewel een gegevensmakelaar. Een gegevensmakelaar is een betrouwbare derde partij die diensten aanbiedt om de betrouwbaarheid van de uitwisseling van gegevens tussen partijen te waarborgen. ActiZ heeft gegevensmakelaar Desan de opdracht gegeven voor het ontwikkelen van een portal waar zorgorganisaties de gegevens aan kunnen leveren bij Zorginstituut Nederland.

### 5.2 Van afdelingsniveau naar locatieniveau

De indicatoren basisveiligheid (zie 2.2) moeten voor een groot deel op afdelingsniveau worden geregistreerd. Dat is nieuw ten opzichte van voorgaande jaren. De indicatoren basisveiligheid zijn zoals eerder aangegeven tot stand gekomen in werksessies met professionals. Het idee is dat ze daardoor goed aansluiten bij de registraties op afdelingsniveau die toch al plaatsvinden in de zorg, of – waar dat niet het geval is – dat ze door de meerderheid van de professionals nuttig gevonden worden voor de beroepsuitoefening. En een nuttige meting zal niet zo snel als een meetlast voelen.

Er zijn verschillende manieren om de metingen te registreren, en de afdelingsgegevens te bundelen en verwerken tot de locatiecijfers die aangeleverd moeten worden aan het Zorginstituut. In dit Handboek is terug te vinden hoe de locatiecijfers precies samengesteld dienen te worden. Ook is aangegeven wanneer er gemeten moet worden. De manier waarop een organisatie dat precies registreert is een vrije keuze. De reden dat dit niet in de portal centraal wordt geregeld heeft te maken met de diversiteit in de sector en met de aangescherpte regelgeving rond persoonsgegevens.

### 5.3 Planning

Stap	Periode	Actie
1	Begin okt 2018	Uitnodiging voor aanleveren op locatieniveau door ZINL Publicatie Handboek
2	Nov - dec 2018	Registreren indicatoren basisveiligheid op afdelingsniveau Terugkoppeling in de eigen organisatie Berekening van locatiecijfers door zorgorganisatie
3	Vanaf jan 2019	Registreren Indicatoren Toezicht IGJ en Indicatoren direct vanuit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg
4	Mrt 2019	Ontvangst (of aanvraag) inloggegevens voor portal Desan
5	Apr – mei – jun 2019	Aanleveren en accorderen van <i>alle</i> indicatoren in de portal
6	1 – 31 jul 2019	Uitlooperperiode (aanleveren kan nog, maar tegen meerkosten) Herinneringsbrieven ZINL
7	1 aug 2019	Doorlevering gegevens aan ZINL

## Toelichting stappen

### 1. Uitnodiging ZINL

ZINL stuurt half oktober 2018 een brief naar bestuurders van organisaties die verpleeghuiszorg bieden volgens de reikwijdte van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg met het verzoek om in 2018 de indicatoren, zoals aangegeven op de transparantiekalender van het ZINL, te registreren en in 2019 aan te leveren via de gegevensmakelaar (Desan), volgens de richtlijnen in dit handboek.

- ➔ *Heeft u eind oktober nog géén brief ontvangen, en valt uw zorg wél binnen de reikwijdte van het kwaliteitskader, neemt u dan contact op met het ZINL. Ook als u ten onrechte een brief heeft ontvangen, neemt u dan contact op met het ZINL.*

## 2. Registreren Indicatoren Basisveiligheid

Een zorgorganisatie organiseert in de periode november- december 2018 een meting voor het registreren van de indicatoren basisveiligheid, waarvan de meeste op afdelingsniveau worden geregistreerd. De zorgorganisatie zorgt zelf voor terugkoppeling van deze gegevens voor leren en verbeteren in de eigen organisatie én voor de berekening van de locatiegegevens volgens het handboek.

- ➔ *U levert later, in de periode april t/m juni 2019, via de portal van de gegevensmakelaar de locatiegegevens aan, samen met de indicatoren toezicht IGJ en de indicatoren direct vanuit het kwaliteitskader (zie punt 5).*

## 3. Registreren Indicatoren Toezicht IGJ en Indicatoren direct vanuit het Kwaliteitskader

Vanaf 1 januari 2019 kan teruggekeken worden op 2018 en kan de zorgorganisatie de indicatoren die uitgevraagd worden in het kader van het toezicht van de IGJ en indicatoren direct vanuit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg registreren.

- ➔ *U levert de gegevens, in de periode april t/m juni 2019 aan via de portal, samen met de indicatoren Basisveiligheid (zie punt 5). Tip: als u de Indicatoren Toezicht IGJ en Kwaliteitskader-indicatoren in die periode registreert, kunnen ze ook direct worden aangeleverd in de portal.*

## 4. Inloggegevens portal

Bestuurders van organisaties die lid zijn ActiZ of van één van de deelnemende brancheverenigingen<sup>1</sup> en die vorig jaar kwaliteitsgegevens verpleeghuiszorg hebben aangeleverd en geaccordeerd, ontvangen automatisch op Raad van Bestuur-niveau een e-mail van Desan met inloggegevens (voor het invoeren van gegevens) en een bevestigingscode (waarmee geaccordeerd wordt door de RvB) voor de portal. Voor leden van ActiZ en de overige deelnemende brancheverenigingen is het gebruik van de portal verdisconteerd in de contributie. Niet-leden kunnen gebruik maken van de portal, maar betalen een vergoeding van €200 per concern

- ➔ *Heeft uw organisatie over 2017 géén gegevens aangeleverd en geaccordeerd en/of is uw concern géén lid van één van de deelnemende brancheverenigingen, en valt uw zorg wel binnen de reikwijdte van het Kwaliteitskader, dan dient u in maart 2019 zelf de helpdesk van Desan te benaderen en kunt u zo inloggegevens verkrijgen.*

## 5. Aanlevering gegevens

In de periode april – mei – juni 2019 kunnen zorgorganisaties gegevens aanleveren in de portal en accorderen voor doorlevering.

## 6. Uitloop

De portal sluit op 30 juni 2019 en dan moeten alle zorgorganisaties de gegevens hebben aangeleverd. In juli kan er alleen in geval van nood, of tegen (extra) betaling (€150 per concern) worden aangeleverd. Dit geldt zowel voor leden als niet-leden van een brancheorganisatie. Deze uitlooperperiode is alleen bedoeld voor uitzonderingsgevallen, bv als er technische problemen zijn aan de kant van de portal. ‘Gewoon’ te laat aanleveren brengt extra kosten voor de zorgorganisatie met zich mee.

Het ZINL maakt op 1 juli 2019 de balans op en stuurt een brief met een herinnering naar zorgorganisaties die nog niet, of niet compleet hebben aangeleverd en geaccordeerd.

## 7. Doorlevering aan ODB

Uiterlijk 1 augustus 2019 worden de geaccordeerde gegevens door Desan doorgeleverd aan de Openbare Database (ODB) van het ZINL. Het ZINL maakt de gegevens openbaar op de website [www.zorginzicht.nl](http://www.zorginzicht.nl).

---

<sup>1</sup> Branchevereniging Zorgthuisnl is deelnemer, eventuele overige deelnemers worden via ActiZ voor de opening van de portal bekend gemaakt.



Indicator	Definitie	Opmerkingen t.a.v. aanlevering ODB
-----------	-----------	------------------------------------

## Indicatoren basisveiligheid

Thema 1 Decubitus		
1.1. Decubitus	Percentage cliënten op de afdeling met decubitus categorie 2 of hoger	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ODB: aggregatie naar % cliënten per locatie</li> <li>• Puntprevalentie in periode nov-dec</li> </ul>
1.2. Casuïstiek-bespreking decubitus op de afdeling	Percentage afdelingen waar een casuïstiekbespreking over decubitus heeft plaatsgevonden, waarbij de volgende items zijn doorgenomen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Waar is het huidletsel ontstaan?</li> <li>• Wat is de locatie?</li> <li>• Zagen we al risico's tijdens de anamnese?</li> <li>• Interventies tot op heden, duur van de wondgenezing etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teller/noemer per locatie</li> <li>• Noteren in periode nov-dec</li> <li>• Terugblik op periode jan - okt</li> </ul>
Thema 2 Advance Care Planning		
2. Gezamenlijke afspraken over behandeling rond het levenseinde	Percentage cliënten op de afdeling waarbij beleidsafspraken rondom het levenseinde zijn vastgelegd in het zorgdossier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ODB: aggregatie naar % cliënten per locatie</li> <li>• Puntprevalentie in periode nov-dec</li> </ul>
Thema 3 Medicatieveiligheid		
3.1 Bespreken medicatiefouten in het team	Percentage afdelingen waar medicatiefouten tenminste een keer per kwartaal multidisciplinair worden besproken met medewerkers van de afdeling op basis van meldingen die zijn gedaan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teller/noemer per locatie</li> <li>• Noteren in periode nov-dec</li> <li>• Terugblik op periode jan-okt</li> </ul>
3.2 Medicatiereview	Percentage cliënten –met een ZZP V&V indicatie met behandeling- waarbij in het afgelopen jaar een formele medicatiereview heeft plaatsgevonden in het bijzijn van een zorgmedewerker die medicijnen aan de cliënt verstrekt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ODB: aggregatie naar % cliënten per locatie</li> <li>• Noteren in periode nov-dec</li> <li>• Terugblik op periode jan-okt</li> </ul>

<b>Thema 4 Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking</b>		
4.1 Middelen en maatregelen rond vrijheid	Percentage cliënten op de afdeling waarbij de volgende middelen en maatregelen zijn toegepast (onderverdeling naar categorieën)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ODB: aggregatie naar % cliënten per locatie</li> <li>• Noteren in periode nov-dec</li> <li>• Terugblik op afgelopen 30 dagen</li> </ul>
4.2 Terugdringen vrijheidsbeperking	Wijze waarop op de afdeling wordt gewerkt aan het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekstveld, niet naar ODB</li> <li>• Per afdeling</li> </ul>
4.3 Werken aan vrijheidsbevordering	Wijze waarop de organisatie nadenkt over vrijheidsbevordering van cliënten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekstveld, niet naar ODB</li> <li>• Per concern</li> </ul>

## Indicatoren toezicht IGJ

<b>Thema 5 Sturen op kwaliteit en veiligheid</b>		
5. Sturen op kwaliteit en veiligheid	Wijze waarop de locatie stuurt op kwaliteit en veiligheid op basis van verschillende bronnen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Per locatie</li> <li>• Terugblik op 2018</li> </ul>
<b>Thema 6 Continuïteit van de zorg</b>		
6. Continuïteit van de zorg	Wijze waarop de locatie zorgplannen en zorgdossiers benut en actueel houdt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Per locatie</li> <li>• Terugblik op 2018</li> </ul>

## Indicatoren direct vanuit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

<b>Thema 7 Kwaliteitsverslag (URL)</b>		
7. Webadres Kwaliteitsverslag	URL van de website waar het Kwaliteitsverslag 2018 van de zorgorganisatie te vinden is	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Per concern</li> </ul>
<b>Thema 7 Aanbevelingsscore (Net Promotor Score)</b>		
8. Aanbevelingsscore (Net Promotor Score)	Percentage cliënten/ cliëntenvertegenwoordigers dat de zorgorganisatie aanbeveelt aan vrienden en familie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Per locatie</li> <li>• Meting in 2018</li> </ul>