



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2007.
De gegevens mogen met bronvermelding (K.F.J. Spijkers,
A.L. Francke, J.M.G.A. Schols, *Indicatoren voor
medische zorg in verpleeghuissettings*, NIVEL 2007)
worden gebruikt.

U vindt dit rapport en alle andere NIVEL-publicaties in
PDF-format op www.nivel.nl

Indicatoren voor medische zorg in verpleeghuissettings

K.F.J. Spijkers
A.L. Francke
J.M.G.A. Schols



ISBN 978-9069-5855-9

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2007 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
Samenvatting	7
1 Inleiding	11
1.1 Achtergronden	11
1.2 Doelstelling	13
1.3 Onderzoeksvragen	14
1.4 Leeswijzer	14
2 Methode	17
2.1 Afbakenen onderzoek en samenstellen 1 ^e concept indicatorenset	18
2.2 Samenstelling 2 ^e concept indicatorenset	20
3 Resultaten	23
3.1 Eerste bijeenkomst met inspecteurs IGZ	23
3.2 Inventarisatie meldingen IGZ loket	24
3.3 Afbakening begrip ‘medische zorg’ en onderwerpen voor indicatorenset	25
3.4 Literatuurstudie	26
3.5 Expertbijeenkomst	27
3.6 Samenstelling 2 ^e concept indicatorenset	31
3.7 Afsluitende bijeenkomst met inspecteurs IGZ	32
3.8 Laatste versie indicatorenset	33
3.8.1 Mogelijke nieuwe uitkomstindicatoren	33
3.8.2 Vragen voor de tweede fase van het GGT betreffende de medische zorg	39
4 Conclusies, aanbevelingen en vervolgtraject	63
4.1 Nieuwe uitkomstindicatoren	63
4.2 Tweede fase van het GGT betreffende de medische zorg	64
4.3 Vervolgtraject vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg	65
Literatuur	67
Bijlage 1 Deelnemers bijeenkomsten IGZ	71
Bijlage 2 Zoekstrategieën NIVEL catalogus en Pubmed	73
Bijlage 3 Resultaten Literatuursearch	77
Bijlage 4 Deelnemers Expertbijeenkomst 25 april 2007	85
Bijlage 5 Eerste concept indicatorenset	87

Voorwoord

Het voor u liggende rapport betreft een inventarisatie en onderbouwing van indicatoren voor de eerste en de tweede fase van het Gelaagd en Gefaseerd Toezicht (GGT) van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in verpleeghuissettings met betrekking tot de medische zorg.

Het onderzoek is door het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) in samenwerking met Tranzo (Universiteit van Tilburg) in de eerste helft van 2007 uitgevoerd, met financiering van de IGZ. De IGZ acht dit project van belang, omdat ze op voorhand een aantal (onderwerpen voor) nieuwe indicatoren wil voorstellen aan de stuurgroep van het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg zodat doorontwikkeling van indicatoren een voordurend proces wordt. Dit kwaliteitskader is het uitgangspunt bij het Gelaagd en Gefaseerd Toezicht en bestaat onder andere uit cliëntgebonden en zorginhoudelijke indicatoren. Daarnaast had de inspectie behoefte, aan een aantal onderbouwde vragen die, in de tweede fase van het Gelaagd en Gefaseerd Toezicht, specifiek aan verpleeghuisartsen/sociaal geriater gesteld kunnen worden. Tot dusver wordt deze professional vaak niet afzonderlijk geïnterviewd wanneer een inspecteur, aan de hand van de resultaten uit de eerste fase van het Gelaagd en Gefaseerd Toezicht, bij een instelling op inspectiebezoek gaat. De inspectie wil hier in de toekomst verandering in brengen, om zo meer zicht te krijgen op de kwaliteit van de medische zorgverlening in verpleeghuissettings.

De resultaten van dit onderzoek zijn met name gebaseerd op een screening van de nationale literatuur op bestaande indicatoren of voorlopers hiervan en op bijeenkomsten met experts op het terrein van de ouderenzorg en/of kwaliteitsindicatoren.

De begeleiding van onderhavig project was vanuit de IGZ in handen van mw. drs. M.J. Peper en mw. dr. C.A.J. Ketelaars. Ik dank hen en de onderzoekers van Nivel en Tranzo voor hun waardevolle bijdragen en suggesties. Verder een woord van dank aan diegenen die hebben deelgenomen aan de bijeenkomsten die de afgelopen maanden werden georganiseerd en die een belangrijk onderdeel vormden van dit onderzoek.

Mevr. Drs J.A.H van Veen
Hoofdinspecteur Verpleging en Chronische zorg
Inspectie voor de Gezondheidszorg

Utrecht, juli 2007

Samenvatting

Achtergronden en doelstelling (hoofdstuk 1)

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft tot taak toezicht te houden op de kwaliteit van de zorgverlening onder andere in verpleeghuissettings (verpleeghuizen, verpleegafdelingen in verzorgingshuizen en in kleinschalige woonvormen). Hiervoor hanteert de inspectie het zogenaamde Gelaagd en Gefaseerd Toezicht (GGT). Dit toezicht bestaat uit drie afzonderlijke fasen. In de eerste fase dienen alle instellingen bij de IGZ gegevens aan te leveren over kwaliteitsindicatoren. In de tweede fase bezoekt een inspecteur die instellingen waar op basis van de resultaten uit de eerste fase een verhoogd risico op onverantwoorde zorg aanwezig is. In deze fase wordt gesproken met relevante personen binnen de betreffende instelling, zoals managers, teamleiders, verzorgenden en leden van de cliëntraad. Wanneer op grond van de uitkomsten uit fase twee, de zorg onvoldoende blijft, treedt het repressief toezicht in werking (fase 3).

Verschillende (koepel)organisaties en de IGZ hebben, binnen de Stuurgroep Verantwoorde Zorg, vanaf 2005 gewerkt aan kwaliteitsnormen wat uiteindelijk heeft geleid tot het 'Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg'. Dit kwaliteitskader bevat, onder andere, zorginhoudelijke indicatoren* en vormt dit jaar voor het eerst het uitgangspunt van de eerste fase van het GGT. Mocht op basis van de resultaten uit de eerste fase blijken dat de zorginhoudelijke indicatoren nog niet de gewenste informatie opleveren, dan kan de inspectie voorstellen aan de Stuurgroep Verantwoorde Zorg een aantal indicatoren toe te voegen of te vervangen. Doelstelling van onderhavig project is op de eerste plaats, op voorhand een aantal (onderwerpen voor) nieuwe zorginhoudelijke indicatoren te inventariseren, die betrekking hebben op de medische zorgverlening. Daarnaast heeft de IGZ aangegeven, ook met de verpleeghuisarts/sociaal geriater** in de tweede fase van het GGT in gesprek te willen gaan. Tot nu toe gebeurde dat vaak niet. Door de IGZ is ervoor gekozen om in dit onderzoek juist deze professional eruit te lichten, omdat de verpleeghuisarts binnen het multidisciplinaire geheel van (para)medische disciplines een regiefunctie vervult en het beste zicht heeft op alle onderdelen van de (para)medische zorgverlening. De IGZ heeft het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), in samenwerking met Tranzo verzocht een aantal onderbouwde vragen te formuleren waarmee ook het handelen van de verpleeghuisarts, in de tweede fase van het GGT besproken zou kunnen worden. Na afloop van dit project zal de IGZ in afstemming met onder meer de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen en Sociaal Geriaters (NVVA) en de Organisatie van zorgondernemers (ActiZ), daar keuzes in maken.

* *Zorginhoudelijke indicatoren: indicatoren die worden gemeten op o.a. cliëntniveau en betrekking hebben op thema's als decubitus, valincidenten, medicijnincidenten, vaccinatiegraad et cetera.*

** *Overal waar in de tekst verpleeghuisarts staat, dient verpleeghuisarts/sociaal geriater gelezen te worden.*

Onderzoeksvragen (hoofdstuk 1)

De volgende onderzoeksvragen staan centraal in dit project:

1. *Welke (onderwerpen voor) nieuwe indicatoren zijn geschikt voor het meten van de kwaliteit van de medische zorg in verpleeghuissettings in de eerste fase van het GGT?*

Toelichting: hierbij wordt bedoeld op (onderwerpen voor) nieuwe uitkomstindicatoren die relevant kunnen zijn om in de toekomst eventueel op te nemen in het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg.

2. *Welke vragen zijn geschikt voor het toezicht op de kwaliteit van de medische zorg in verpleeghuissettings in de tweede fase van het GGT?*

Toelichting: hierbij wordt bedoeld op vragen die geschikt zijn om in de tweede fase van het GGT specifiek te stellen aan verpleeghuisartsen.

Methode (hoofdstuk 2)

Dit project duurde 6 maanden en ging van start in januari 2007 met een bijeenkomst met inspecteurs van de IGZ. Tijdens dit overleg stond de volgende vraag centraal: “Welke knelpunten en risico’s worden er momenteel signaleerd als het gaat om ‘medische zorg’ in verpleeghuissettings?”

Verder werden in diezelfde periode meldingen, die in de tweede helft van 2006 binnenkwamen bij het IGZ loket, bestudeerd en geïnventariseerd. Op basis van de resultaten van de bijeenkomst met inspecteurs, de inventarisatie van meldingen en een literatuurstudie (zie hierna) werd in overleg met de IGZ besloten dat de focus binnen dit onderzoek zou liggen bij proces- en uitkomstindicatoren van zorg die betrekking hebben op het directe contact van de verpleeghuisarts met zijn cliënten of op aspecten die gerelateerd zijn aan overdracht, samenwerking en continuïteit waarvoor de verpleeghuisarts rechtstreeks verantwoordelijk is.

De uitkomstindicatoren voor de eerste fase van het GGT en de vragen voor de tweede fase, moesten gebaseerd zijn op bestaande indicatoren of voorlopers van indicatoren (een richtlijn, standaard, criterium, norm, vraag in een meetinstrument of aanbeveling die omgevormd kan worden tot een indicator/vraag). Uitgebreide screening van relevante, voornamelijk Nederlandse literatuurreferenties op (voorlopers van) indicatoren, resulteerde in een concept indicatorenset die werd besproken in een expertbijeenkomst (april 2007) met deskundigen op het terrein van de medische verpleeghuiszorg en/of kwaliteitsindicatoren. De uitkomsten van de expertbijeenkomst hebben geleid tot een volgende versie van de concept indicatorenset. Deze versie werd in een afsluitende bijeenkomst besproken met inspecteurs van de IGZ. Suggesties voor verbetering werden zoveel mogelijk verwerkt in de laatste versie van de indicatorenset.

Resultaten (hoofdstuk 3)

Tijdens de expertbijeenkomst, werden de gevonden (voorlopers van) indicatoren uitvoerig besproken. Nieuwe indicatoren voor de eerste fase van het GGT zouden volgens de experts betrekking moeten hebben op ernstige en frequent voorkomende problemen. Daarbij werden specifiek uitgelicht: delirium, diabetes mellitus, infecties, pijn en slikproblemen. Aansluitend aan de expertbijeenkomst werden deze vijf onderwerpen steeds volgens een zelfde systematiek uitgewerkt, onder andere met een overzicht van alle uitkomstindicatoren die in de bestudeerde literatuur gevonden werden.

Ter beantwoording van de tweede onderzoeksvraag werd, op advies van de experts, voor alle zorginhoudelijke indicatoren die momenteel opgenomen zijn in het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg vragen opgesteld, zoveel mogelijk op basis van richtlijnen ontwikkeld door de NVVA. De vragen werden opgesteld volgens een terugkerende systematiek en hadden bijvoorbeeld betrekking op onderwerpen als: diagnostiek en anamnese, behandeling, overleg met de cliënt/diens vertegenwoordiger, schriftelijke rapportage, multidisciplinaire afstemming et cetera. De IGZ zal, in een vervolgtraject, een selectie maken uit deze vragen.

Conclusies en aanbevelingen (hoofdstuk 4)

Dit onderzoek heeft geresulteerd in een vijftal onderwerpen voor nieuwe indicatoren die in de toekomst eventueel opgenomen kunnen worden in het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg. Het NIVEL heeft deze vijf onderwerpen steeds volgens een zelfde systematiek uitgewerkt en (wetenschappelijk) onderbouwd.

Voor toekomstig gebruik van de opgestelde vragen dient echter met een aantal zaken rekening gehouden te worden:

- in een vervolgonderzoek zouden de gevonden indicatoren nader onderzocht moeten worden op sensitiviteit, specificiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid. Voor de interpretatie van de resultaten is het verder aan te bevelen dat aan de indicatoren veldnormen worden gekoppeld;
- de geïnventariseerde indicatoren zijn afkomstig uit een beperkte search, met name in nationale literatuur. Ditzelfde geldt voor de meetinstrumenten die worden opgesomd. In de search werden met name reeds veel gebruikte meetinstrumenten gevonden (zoals de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ), RAI-View et cetera). Aanvullend onderzoek is nodig om een volledig beeld te krijgen van geschikte meetmethoden.

In dit onderzoek werden verder vragen opgesteld, die geschikt zijn om in de tweede fase van het GGT specifiek aan de orde te stellen bij verpleeghuisartsen van instellingen met een verhoogd risico op zorg van onvoldoende kwaliteit. De deskundigen in de expertbijeenkomst, vonden het belangrijk dat ook de verpleeghuisarts wordt geïnterviewd in deze fase van het inspectietoezicht. Het NIVEL heeft daarom voor de zorginhoudelijke indicatoren die momenteel zijn opgenomen in het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg systematisch, onderbouwde vragen opgesteld.

Voor toekomstig gebruik van de opgestelde vragen dient echter met een aantal zaken rekening gehouden te worden:

- door de gekozen afbakening ligt bij de opgestelde vragen de nadruk op diagnosestelling en behandeling. Naar primaire en secundaire preventie van ziektebeelden (zoals infectieziekten, valincidenten), zou in de toekomst ook gekeken kunnen worden;
- het cliëntperspectief met betrekking tot de medische zorgverlening, dat in dit project buiten beschouwing werd gelaten, zou eventueel opgenomen kunnen worden in de cliëntraadpleging (CQ-index);

- de focus binnen dit onderzoek lag met name bij zogenaamde proces- en uitkomstkenmerken van zorg. Structuurkenmerken (bijvoorbeeld interne/externe samenwerking; kwaliteitssystemen; scholingsgraad/beschikbaarheid verpleeghuisarts; medisch equipment) komen nauwelijks aan bod. Het is aan te bevelen dat de IGZ, bij het ontwerpen van een vernieuwd tweede fase instrument, hier aandacht aan besteedt;
- de vragen voor de tweede fase werden zoveel mogelijk afgeleid uit richtlijnen ontwikkeld door de NVVA. Bij thema's waarvoor geen richtlijn van de NVVA voorhanden was, werd of gebruik gemaakt van algemene principes uit een richtlijn van de NVVA betreffende een ander onderwerp of er werd gebruik gemaakt van richtlijnen ontwikkeld door andere beroepsverenigingen. Het is aan te bevelen dat de vragen, die niet onderbouwd werden met richtlijnen van de NVVA, in een vervolgtraject beoordeeld worden door leden van de NVVA.

Vervolgtraject vanuit de IGZ (hoofdstuk 4)

Het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg wordt dit jaar en in 2008, voor het eerst landelijk in de eerste fase van het GGT gebruikt. De IGZ kan de Stuurgroep Verantwoorde Zorg in de toekomst verzoeken één of meer van de uitkomstindicatoren uit dit onderzoek ter vervanging/uitbreiding op te nemen in het Kwaliteitskader, indien de eerste fase niet de gewenste informatie oplevert. Verder ontwikkelt het programma Ouderenzorg van de IGZ, momenteel een nieuw instrument voor haar tweede fase toezicht. Relevante vragen die in onderhavig onderzoek voor de tweede fase werden opgesteld, worden opgenomen in dit vernieuwde toezichtinstrument. Hierdoor kan ook met de verpleeghuisarts in de tweede fase van het GGT, de dialoog worden aangegaan.

1 Inleiding

1.1 Achtergronden

Medische zorg in de verpleeghuissector

In Nederland zijn er circa 350 verpleeghuizen (www.brancherapporten.minvws.nl). De medische zorg in verpleeghuizen wordt onder andere verleend door de verpleeghuisarts/sociaal geriater*. Daarnaast zijn er diverse andere settings waar de verpleeghuisarts medische zorg verleend: bijvoorbeeld op het toenemend aantal verpleegafdelingen in verzorgingshuizen en in kleinschalige woonvormen voor met name psychogeriatrische cliënten. Deze vormen noemen we in dit rapport “verpleeghuissettings”. Verpleeghuisartsen zijn gespecialiseerd in de medische zorg aan chronisch zieken en kwetsbare cliënten, in relatie tot het zorgsysteem (context van de cliënt, naasten en hulpverleners). Door verschillende psychosociale en/of somatische oorzaken, is bij deze groep - veelal oudere - cliënten de functionele autonomie en regie over het eigen leven vaak verstoord. Externe samenwerking, bijvoorbeeld met huisartsen en medisch specialisten, maar ook interne samenwerking met bijvoorbeeld het verpleegkundige en verzorgende personeel en paramedici is zeer belangrijk voor verpleeghuisartsen. De verpleeghuisarts vervult in de verpleeghuiscontext de rol van hoofdbehandelaar. Het medisch handelen richt zich met name op revalidatie, chronisch somatische en/of psychogeriatrische zorg, palliatieve (terminale zorg), diagnostiek en advies en crisisinterventies. Taken van de verpleeghuisarts die hiermee samenhangen hebben betrekking op het primair medisch handelen en de zorgdiagnostiek, zorgprognostiek en het zorgmanagement (Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen et al., 2003).

Dit rapport gaat over indicatoren en vragen die betrekking hebben op de kwaliteit van de medische zorg in verpleeghuissettings en die door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gebruikt kunnen worden in het inspectietoezicht. In dit kader wordt er in dit inleidende hoofdstuk eerst stil gestaan bij belangrijke ontwikkelingen in het kwaliteitsbeleid in de sector en bij taken van de inspectie.

Kwaliteitsbeleid in de verpleeghuissector

In Nederland is de laatste jaren grote vooruitgang geboekt in het verbeteren en zichtbaar maken van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Door ondermeer branche- en beroepsorganisaties en de IGZ zijn veel initiatieven genomen om de kwaliteit van zorg te bevorderen en te toetsen. Eén van deze initiatieven, zijn de ‘Normen voor Verantwoorde Zorg’ (Arcares et al., 2005). Doel is de kwaliteit van de zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen op basis van vastgestelde normen structureel te verbeteren. Deskundigheidsbevordering van onder meer verpleegkundigen, verzorgenden en verpleeghuisartsen moet zorgen voor de opname van deze normen in de dagelijkse praktijk. Dit kan met instrumenten zoals richtlijnen, lesbrieven of trainingen.

* Overal waar in de tekst verpleeghuisarts staat, dient verpleeghuisarts/sociaal geriater gelezen te worden.

In de ‘Normen voor Verantwoorde Zorg’ is een onderverdeling gemaakt in verschillende domeinen, te weten: zorg- en leef/behandelplan; communicatie en informatie; lichamelijk welbevinden; zorginhoudelijke veiligheid; woon en leefomstandigheden; participatie en dagstructurering; mentaal welbevinden; veiligheid tijdens verblijf (w.o. toezicht); voldoende bekwaam personeel; ketenzorg; kwaliteitszorg (Stuurgroep Verantwoorde Zorg, 2005). Gebaseerd op de Normen voor Verantwoorde Zorg is inmiddels het ‘Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg’ ontwikkeld, met kwaliteitsindicatoren, die ondermeer gebruikt worden voor het inspectietoezicht. Hierna wordt er eerst ingegaan op dit toezicht, om vervolgens het kwaliteitskader nader toe te lichten.

Gelaagd en Gefaseerd Toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg

De IGZ heeft onder andere tot taak toezicht te houden op de kwaliteit van de gezondheidszorg, in zorginstellingen waaronder ook verpleeghuissettings. Sinds een aantal jaar hanteert de IGZ een nieuwe wijze van toezicht, het zogenaamde Gelaagd en Gefaseerd Toezicht (GGT). Dit toezicht van de inspectie bestaat uit drie afzonderlijke fasen. In de eerste fase moeten zorginstellingen gegevens aanleveren over kwaliteitsindicatoren (zie ook volgende paragraaf). Deze eerste fase levert de inspectie globaal inzicht of de zorgverlening verantwoord is. Op basis van deze uitkomsten kan de inspectie in de tweede fase gericht toezichtbezoeken uitvoeren bij instellingen met een mogelijk verhoogd risico op zorg van onvoldoende kwaliteit. In deze fase interviewt een inspecteur, aan de hand van het zogenaamde tweede fase toezichtinstrument, een aantal relevante professionals binnen de desbetreffende instelling, zoals managers, teamleiders, verzorgenden, leden cliëntraad. Tot nu toe worden verpleeghuisartsen – ondanks hun verantwoordelijkheid voor de medische zorgverlening – meestal niet bevraagd in de tweede fase. Het management van de desbetreffende instelling dient vervolgens, op basis van een concreet plan van aanpak, waar nodig zaken te verbeteren. Wanneer op grond van de uitkomsten uit fase twee, de zorg onvoldoende blijft, treedt het repressief toezicht in werking (fase 3) (Inspectie voor de gezondheidszorg, 2006d).

Indicatoren en het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg

In de eerste fase van het inspectietoezicht worden zoals gezegd, gegevens over kwaliteitsindicatoren verzameld. Colsen en Casperie (Colsen et al., 1995) definiëren een indicator als: “Een meetbaar fenomeen dat een signalerende functie heeft met betrekking tot de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van de organisatie”. Indicatoren kunnen voor verschillende doeleinden gebruikt worden. Enerzijds kunnen indicatoren worden gebruikt voor interne zelfevaluatie. Een organisatie kan de kwaliteit van zorg binnen de eigen organisatie in kaart brengen om zodoende knelpunten op te sporen en verbeteracties uit te zetten. Aan de andere kant kan een toezichthoudende instantie, zoals de inspectie, indicatoren gebruiken om de prestaties van de zorgverleners in beeld te brengen. In drie opeenvolgende jaren (2004, 2005, 2006) heeft de inspectie met behulp van het inspectieformulier, een groot aantal gegevens over kwaliteitsindicatoren in onder meer verpleeghuizen verzameld. Op deze wijze is een schat aan informatie beschikbaar gekomen die er toe heeft bijgedragen dat de kwaliteit van zorg in deze instellingen in het algemeen is verbeterd (Inspectie voor de gezondheidszorg, 2006a). Vanaf 2007 is het inspectieformulier vervangen door het ‘Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg’, ontwikkeld door de ‘Stuurgroep Verantwoorde Zorg’, bestaande uit de Landelijke Organisatie

Cliëntenraden (LOC), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen en Sociaal Geriaters (NVVA), Landelijke beroepsvereniging verzorging (Sting), Organisatie van zorgondernemers (ActiZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de IGZ, met ondersteuning van Plexus Medical Group. In het ‘Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg’ zijn drie soorten kwaliteitsindicatoren opgenomen, namelijk:

- **cliëntgebonden indicatoren** (bijvoorbeeld zeggenschap, bejegening, privacy, wooncomfort et cetera.) die worden gemeten door middel van een cliëntraadpleging (CQ-index);
- **zorginhoudelijke indicatoren op cliëntniveau** (bijvoorbeeld decubitus, voedingstoestand, valincidenten en medicijnincidenten) die op basis van uniforme methode door de organisaties zelf worden gemeten;
- **zorginhoudelijke indicatoren op organisatieniveau** (bijvoorbeeld vaccinatiegraad medewerkers, beleid vrijheidsbeperkende maatregelen en instructie tilliften) die eveneens door de organisaties zelf worden gemeten.

Het ‘Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg’, met de cliëntgebonden en zorginhoudelijke indicatoren, wordt dit jaar (2007) voor het eerst landelijk toegepast. Voorafgaand werden de cliëntgebonden en zorginhoudelijke indicatoren uit het Kwaliteitskader getest in een pilot bij 120 instellingen (Berg et al., 2007).

Belangrijk verschil tussen het Kwaliteitskader en het voormalige inspectieformulier voor de eerste fase van het GGT, betreft een verschuiving van het meten van vooral structuur-, en proceskenmerken van zorg, naar met name uitkomsten van zorg (Inspectie voor de gezondheidszorg, 2006c). Daarbij gaat het hoofdzakelijk om uitkomstkenmerken die betrekking hebben op de (multidisciplinaire) verpleeghuiszorg in het algemeen.

1.2 Doelstelling

Het ‘Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg’ wordt zoals gezegd, dit jaar en deels in 2008, voor het eerst landelijk uitgezet. Mocht op basis van de resultaten uit de vernieuwde eerste fase blijken dat de zorginhoudelijke indicatoren nog niet de gewenste informatie opleveren, dan kunnen eventueel een aantal indicatoren worden toegevoegd/vervangen. Doelstelling van onderhavig project is onder andere, op voorhand een aantal (onderwerpen voor) nieuwe indicatoren te inventariseren, die in de toekomst door de inspectie voorgelegd zouden kunnen worden aan de Stuurgroep Verantwoorde Zorg en mogelijk daarna opgenomen kunnen worden in het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg. Op verzoek van de IGZ ligt hierbij de focus op *zorginhoudelijke* indicatoren en met name uitkomstindicatoren. Cliëntengebonden indicatoren (gebaseerd op oordelen van cliënten zelf) worden op verzoek van de IGZ buiten beschouwing gelaten. Dergelijke indicatoren zijn reeds opgenomen in de CQ-index, die twee jaarlijks wordt afgenomen (Stuurgroep Verantwoorde Zorg, 2007).

De IGZ heeft verder aangegeven, in verband met haar tweede fase toezicht, behoefte te hebben aan de inventarisatie van een aantal onderbouwde vragen die inspecteurs in deze fase van het GGT specifiek aan verpleeghuisartsen kunnen stellen. Tot dusver werd de verpleeghuisarts in deze fase vaak niet geïnterviewd. De IGZ wil hier graag verandering

in brengen en heeft het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) verzocht een aantal onderbouwde vragen te formuleren waarmee ook het handelen van de verpleeghuisarts, in de tweede fase besproken kan worden. De indicatoren uit het huidige Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg vormen daarbij het uitgangspunt. Aangezien de verpleeghuisarts niet verantwoordelijk is voor de meeste structuuraspecten met betrekking tot de medische zorgverlening (bezettingsgraad personeel, medische equipment et cetera) lag op verzoek van de IGZ de focus bij zogenaamde proces- en uitkomstkenmerken.

De verpleeghuisarts is slechts één van de (para)medische disciplines die werkzaam is in een verpleeghuissetting. Door de IGZ is ervoor gekozen om deze professional eruit te lichten, omdat de verpleeghuisarts binnen het multidisciplinaire geheel van (para)medische disciplines een regierol vervult en het beste zicht heeft op alle onderdelen van de (para)medische zorg. Indien aan de hand van het interview met de verpleeghuisarts blijkt dat er knelpunten zijn in de zorgverlening door één of meer andere (para)medische disciplines, kan ervoor gekozen worden ook met deze discipline(s) in gesprek te gaan. Op dit moment wordt binnen het Programma Ouderenzorg van de IGZ een nieuw instrument ontwikkeld voor het tweede fase toezicht. Het vernieuwde toezichtinstrument zal uit verschillende modules bestaan, waarbij de domeinen uit het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg overgenomen worden. De uitkomsten van het gepresenteerde NIVEL-onderzoek zullen in het vernieuwde toezichtinstrument geïntegreerd worden.

1.3 Onderzoeksvragen

De volgende onderzoeksvragen staan centraal in dit project:

1. *Welke (onderwerpen voor) nieuwe indicatoren zijn geschikt voor het meten van de kwaliteit van de medische zorg in verpleeghuissettings in de eerste fase van het GGT?*
Toelichting: hierbij wordt bedoeld op (onderwerpen voor) nieuwe uitkomst-indicatoren die relevant kunnen zijn om in de toekomst eventueel op te nemen in het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg.
2. *Welke vragen zijn geschikt voor het toezicht op de kwaliteit van de medische zorg in verpleeghuissettings in de tweede fase van het GGT?*
Toelichting: hierbij wordt bedoeld op vragen die geschikt zijn om in de tweede fase van het GGT specifiek te stellen aan verpleeghuisartsen.

1.4 Leeswijzer

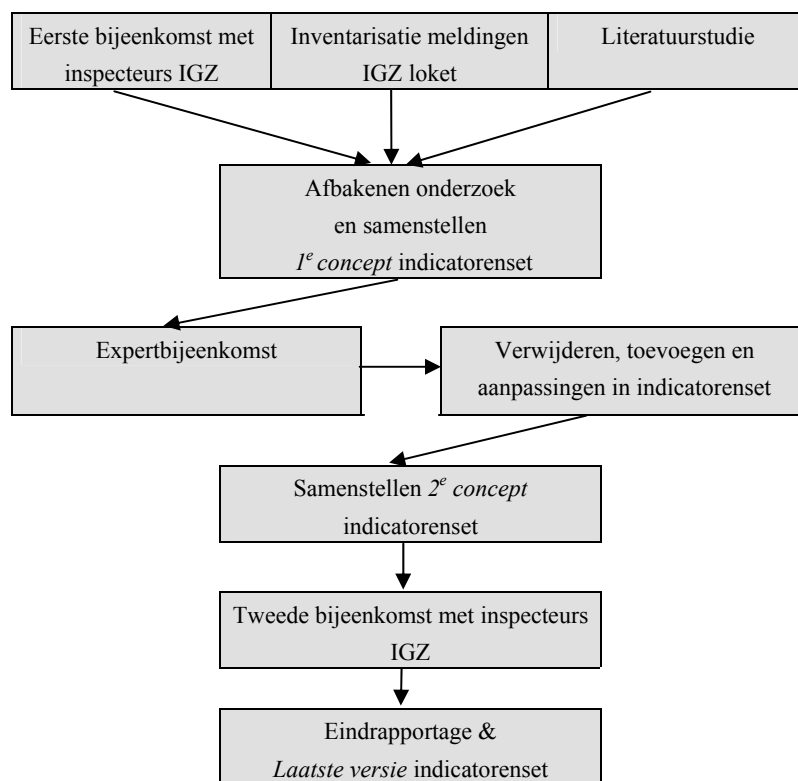
Dit rapport bestaat uit vier hoofdstukken. Na dit inleidende hoofdstuk wordt in het tweede hoofdstuk de methode beschreven, waarin uiteengezet wordt welke (onderzoeks)activiteiten hebben plaatsgevonden in de periode januari 2007 tot en met juni 2007, om de twee onderzoeksvragen te beantwoorden. In hoofdstuk 3 worden de belangrijkste resultaten van deze (onderzoeks)activiteiten besproken en vindt u in een overzicht de (onderwerpen voor) nieuwe uitkomstindicatoren die in de toekomst eventueel opgenomen zouden kunnen worden in het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg.

In de laatste paragraaf van hoofdstuk 3 vindt u de vragen, die in de tweede fase van het GGT, gesteld kunnen worden aan verpleeghuisartsen bij instelling met een verhoogd risico op zorg van onvoldoende kwaliteit. Tot slot worden in het laatste hoofdstuk de belangrijkste conclusies besproken en zijn aanbevelingen opgenomen over de wijze waarop de resultaten van dit onderzoek in de toekomst het beste gebruikt kunnen worden. Ook beschrijft dit hoofdstuk op welke manier de IGZ de resultaten kan gaan gebruiken.

2 Methode

Dit hoofdstuk beschrijft de (onderzoeks)activiteiten die hebben plaatsgevonden in de periode januari 2007 tot en met juni 2007. Het was belangrijk dat dit project voldoende draagvlak zou vinden bij de relevante partijen in het veld. Mede om deze reden is er in april 2007 een expertbijeenkomst georganiseerd waarvoor naast de relevante (koepel)organisaties, praktiserend verpleeghuisartsen en experts op het gebied van de medische verpleeghuiszorg en indicatorenontwikkeling uitgenodigd werden. Het volledige onderzoekstraject is schematisch weergegeven in figuur 2.1.

Figuur 2.1 Onderzoekstraject project Indicatoren voor medische zorg in verpleeghuissettings.



2.1 Afbakenen onderzoek en samenstellen 1^e concept indicatorenset

Eerste bijeenkomst met inspecteurs IGZ

In januari 2007 is een bijeenkomst georganiseerd met een aantal inspecteurs betrokken bij de Verpleging en Verzorging sector van de IGZ. Aan deze bijeenkomst heeft ook een arts deelgenomen. De uitkomsten van deze bijeenkomst waren van belang voor de afbakening van dit onderzoek (paragraaf 3.3). In bijlage 1 is een overzicht opgenomen van de deelnemers die aanwezig waren bij deze bijeenkomst. Tijdens dit overleg stond onder andere de volgende vraag centraal:

- Welke knelpunten en risico's worden er momenteel gesignaleerd als het gaat om 'medische zorg in verpleeghuissettings'.

In paragraaf 3.1 worden de resultaten van deze bijeenkomst beschreven.

Inventarisatie meldingen IGZ loket

Op 1 maart 2005 heeft de IGZ met een apart telefoonnummer en een website het 'Meldpunt verpleeghuiszorg' opengesteld. Doelstelling van dit meldpunt was om burgers (cliënten, diens vertegenwoordigers, familie/bekenden en professionals) een gemakkelijke toegang te bieden voor hun signalen en klachten met betrekking tot de kwaliteit van de zorgverlening in verpleeghuissettings. Sinds september 2006 kunnen burgers hier terecht met klachten met betrekking tot alle sectoren van de gezondheidszorg en is de naam van het meldpunt gewijzigd in 'IGZ loket'. Wanneer een melding wijst op een situatie die voor de algemene veiligheid of gezondheid van één of meerdere cliënten een bedreiging kan betekenen, zal de IGZ de klacht verder onderzoeken (Inspectie voor de gezondheidszorg, 2006b).

Als aanvulling op de hiervoor genoemde bijeenkomst en de literatuurstudie (zie hierna) werden meldingen die in de periode van 18 september 2006 tot 7 januari 2007 waren binnengekomen bij het IGZ loket bestudeerd en geïnventariseerd. Deze inventarisatie werd uitgevoerd door één onderzoeker en vormde een belangrijke input voor de afbakening van dit onderzoek (paragraaf 3.3). Verder leverde deze inventarisatie, als onderbouwing voor de vragen voor de tweede fase van het GGT, relevante thema's op betreffende risicovolle (medische) zorgverlening. In paragraaf 3.2 worden de belangrijkste resultaten van deze inventarisatie uitgewerkt.

Literatuurstudie

De afgelopen jaren hebben in eigen land maar ook daarbuiten verschillende organisaties zich beziggehouden met de ontwikkeling van indicatoren om de kwaliteit van zorgverlening in verpleeg- en verzorgingshuizen te evalueren. Daarnaast hebben belanghebbende (koepel-)organisaties diverse richtlijnen en kwaliteitsdocumenten ontwikkeld waaruit onderwerpen voor mogelijke indicatoren afgeleid kunnen worden. Ook heeft de IGZ in het verleden verschillende rapporten uitgebracht, onder andere op basis van resultaten van het inspectietoezicht, waarin knelpunten in de zorgverlening in verpleeg-, en verzorgingshuizen beschreven worden. De voornaamste onderzoeksactiviteit, om tot (onderwerpen voor) nieuwe indicatoren en vragen voor de eerste en tweede fase van het GGT te komen, was de inventarisatie van bestaande indicatoren of voorlopers hiervan, in met name de nationale literatuur. Met een voorloper van een indicator wordt in dit onderzoek bedoeld, een richtlijn, standaard, criterium,

norm, vraag in een meetinstrument of aanbeveling die omgevormd kan worden tot een indicator/vraag. In dit onderzoek werd specifiek gezocht in nationale literatuur, omdat de wijze waarop het vak verpleeghuisgeneeskunde in Nederland gestalte krijgt uniek is voor de rest van de wereld (Schols et al., 2004).

Op de volgende manier, werd naar relevante literatuurreferenties gezocht:

- In haar offertebrief werd door de IGZ een aantal relevante bronnen genoemd waar mogelijke indicatoren/vragen uit gedestilleerd konden worden. Ook werd hierin verzocht naar indicatoren te kijken die voor de huisartsenzorg werden ontwikkeld, aangezien deze beroepsgroep raakvlakken heeft met die van de verpleeghuisarts.
- Verder heeft er een beperkte literatuursearch in de NIVEL-catalogus en in Pubmed plaatsgevonden. In bijlage 2 is een overzicht van beide zoekstrategieën opgenomen. De search in de NIVEL-catalogus leverde na ontdebelling 156 resultaten op. De zoekactie uitgevoerd in Pubmed resulteerde in 124 verschillende literatuurbestanden. Twee onderzoekers hebben aansluitend onafhankelijk van elkaar hierin een eerste selectie gemaakt, op basis van beoordeling van de titel en indien voorhanden, abstract en/of trefwoorden. Zowel de literatuurbestanden die door beide onderzoekers werden geselecteerd, als de bestanden die door slechts één onderzoeker werden geselecteerd, werden geïnccludeerd.
- Deelnemers aan de IGZ bijeenkomst in januari 2007 ontvingen voorafgaand een overzicht van de tot dan toe gevonden literatuurreferenties met het verzoek dit overzicht aan te vullen met relevante documenten die nog ontbraken.
- Tot slot werden de rapporten die door de IGZ na 2000 werden uitgebracht en die betrekking hadden op de kwaliteit van de verpleeghuiszorg meegenomen.

Bovenstaande zoekstrategieën resulteerde in 129 verschillende (zie bijlage 3), potentieel relevante literatuurreferenties. Vervolgens vond een tweede selectie plaats, op basis van bestudering van de volledige tekst, van de geïncventariseerde literatuur met behulp van inclusie- en exclusiecriteria die werden geformuleerd naar aanleiding van de afbakening van dit onderzoek (zie paragraaf 3.3). Deze selectie werd door één onderzoeker uitgevoerd. Documenten vermeld in de opdrachtbrief van de IGZ (d.d. 21/08/06) en relevante rapporten van de IGZ werden op voorhand geïnccludeerd.

Inclusiecriteria:

1. het document heeft betrekking op medische zorg onder de directe verantwoordelijkheid van de verpleeghuisarts in verpleeghuizen, verpleegunits in verzorgingshuizen en in kleinschalige woonvormen waar verpleeghuiszorg geleverd wordt;
2. het document beschrijft aspecten van medische zorg die spelen in het directe contact (face-to-face) dat de verpleeghuisarts heeft met zijn cliënten en tot de aspecten die te maken hebben met overdracht, samenwerking, continuïteit waarbij de verpleeghuisarts een belangrijke rol speelt. De aspecten hebben betrekking op één of meer van de volgende gebieden:
 - a) diagnostiek en anamnese;
 - b) medisch behandelplan in relatie tot zorg(leef)plan;
 - c) overdracht, coördinatie en communicatie.

3. de in het document genoemde aspecten van medische zorg in verpleeghuissettings zijn in de vorm van een indicator (teller/noemer), richtlijn, standaard, criterium, norm, vraag in een meetinstrument of aanbeveling beschreven.

Exclusiecriteria:

4. documenten die uitsluitend structuurkenmerken betreffen worden niet meegenomen;
5. documenten die uitsluitend betrekking hebben op de werkzaamheden van niet-medici (bijvoorbeeld verpleegkundigen of verzorgenden) in een verpleeghuissetting worden niet meegenomen;
6. documenten ouder dan 6 jaar (van voor 2000) worden niet meegenomen.

Na de tweede selectieronde bleven 89 verschillende literatuurreferenties over (zie bijlage 3).

Afbakenen onderzoek en samenstellen 1^e concept indicatorenset

De literatuurreferenties die overbleven na de tweede selectieronde werden vervolgens door één onderzoeker uitgebreid bestudeerd. In overleg met de IGZ werd het begrip ‘medische zorg’ afgebakend en werden onderwerpen benoemd waarop de indicatoren voor de eerste en de vragen voor de tweede fase van het GGT betrekking zou moeten hebben (zie paragraaf 3.3). Deze afbakening vond mede plaats op basis van de uitkomsten van de bijeenkomst met inspecteurs van de IGZ in januari 2007 en de inventarisatie van meldingen. Aan de hand van deze afbakening, werden relevante bestaande indicatoren(sets), en eventuele voorlopers van indicatoren overgenomen uit de geïnccludeerde literatuurreferenties. Dit resulteerde in een eerste versie van de concept indicatorenset. Aangezien de eerste versie van de conceptset als input zou dienen voor de expertbijeenkomst en deze set in zijn oorspronkelijke vorm te uitgebreid was om in het (korte) tijdbestek van een expertbijeenkomst te kunnen bespreken, vond in overleg met de IGZ een eerste reductieronde plaats.

2.2 Samenstelling 2^e concept indicatorenset

Expertbijeenkomst

Op woensdag 25 april 2007 werd een expertbijeenkomst georganiseerd. Tijdens deze bijeenkomst werden experts op het terrein van de medische verpleeghuiszorg en/of kwaliteitsindicatoren geïnformeerd over het project en werd het eerste concept van de indicatorenset gepresenteerd (bijlage 5). Doelstelling was om aan de hand van de uitkomsten van de expertbijeenkomst de indicatoren/vragen verder te reduceren, aan te vullen met onderwerpen die gemist werden en de indicatoren/vragen die overbleven verder te onderbouwen. Een verslag van de expertbijeenkomst staat in paragraaf 3.5.

Tweede concept indicatorenset

Op basis van de resultaten van de expertbijeenkomst en na overleg met de IGZ, zijn aansluitend de twee onderzoeksvragen (zie paragraaf 1.3) verder uitgewerkt in een tweede concept indicatorenset. Dat betekent voor de eerste onderzoeksvraag dat, de vijf thema’s (*delirium, diabetes mellitus, infecties, pijn en slikproblemen*) die de experts het meest relevant vonden, verder werden uitgewerkt en onderbouwd. Deze thema’s werden

door de experts eruit gelicht omdat ze met een hoge frequentie voorkomen in verpleeghuissettings.

Met betrekking tot de tweede onderzoeksvraag werd opgemerkt dat de vragen voor verpleeghuisartsen in de tweede fase van het GGT, zoveel mogelijk onderbouwd zouden moeten worden met bestaande veldnormen en richtlijnen die bekend zijn bij en geaccepteerd worden door de betreffende beroepsgroep. Daarom werden, in aansluiting bij de zorginhoudelijke indicatoren die in de laatste versie van het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg zijn opgenomen, vragen voor de tweede fase van het GGT opgesteld zoveel mogelijk gebaseerd op richtlijnen van de NVVA.

Tweede bijeenkomst met inspecteurs IGZ

De tweede versie van de concept indicatorenset werd ter bespreking voorgelegd aan inspecteurs van de IGZ (zie bijlage 1) tijdens een afsluitende bijeenkomst begin juni 2007. Een aantal inspecteurs gaf schriftelijk feedback (zie bijlage 1). De uitkomsten werden zoveel mogelijk verwerkt in de laatste versie van de indicatorenset (paragrafen 3.8.1 en 3.8.2). Relevante aanbevelingen die niet meer verwerkt konden worden, zijn opgenomen in hoofdstuk vier van dit rapport.

3 Resultaten

In het vorige hoofdstuk is beschreven welke (onderzoeks)activiteiten werden georganiseerd om de twee onderzoeksvragen te beantwoorden. Dit hoofdstuk bespreekt per activiteit de belangrijkste resultaten. In de laatste paragraaf (3.8) van dit hoofdstuk is de laatste versie van de indicatorenset opgenomen met (onderwerpen voor) nieuwe uitkomstindicatoren en vragen die in de tweede fase van het GGT, eventueel gesteld kunnen worden aan verpleeghuisartsen.

3.1 Eerste bijeenkomst met inspecteurs IGZ

Het benoemen van knelpunten en risico's met betrekking tot de medische zorgverlening in verpleeghuissettings, tijdens de eerste bijeenkomst met inspecteurs van de IGZ leverde een diversiteit aan onderwerpen op. In tabel 3.1 is hiervan een overzicht te vinden.

Tabel 3.1 Knelpunten en probleem(gebieden) genoemd tijdens eerste bijeenkomst met inspecteurs IGZ

Thema	Knelpunt/probleem(gebied)
Samenwerking (intern/extern)	<ul style="list-style-type: none">- Het ontbreken van een protocol waarin is vastgelegd welke discipline waarvoor verantwoordelijk is.- Knelpunten in de samenwerking tussen verpleeghuis - ziekenhuis (ontoereikende medische overdracht na een ziekenhuisopname).- Knelpunten in de samenwerking tussen verpleeghuis - huisarts (ontoereikende medische overdracht bij opname in het verpleeghuis).
Medisch behandelplan	<ul style="list-style-type: none">- Bij opname in verpleeghuis discontinuïteit van de gewende zorg uit de thuissituatie (b.v. periodieke diabetes controles).- Onduidelijke scheiding in veel zorgdossiers tussen het algemene zorggedeelte en het medische behandelplan.- In veel zorgdossiers geen duidelijke vermelding van verantwoordelijkheden verschillende disciplines.
Lichamelijk/mentaal welbevinden	<ul style="list-style-type: none">- Onderbehandeling (b.v. in uitzichtloze situatie; bij een delirium).- Knelpunten m.b.t. het verstrekken van medicatie.- Het frequent voorkomen van slikproblemen, problemen bij hart- en vaatziekten, slechthorendheid/slechtziendheid, diabetes mellitus etc.
Personeel	<ul style="list-style-type: none">- Ontoereikende vaardigheden verzorgend personeel m.b.t. observeren, signaleren en rapporteren.- Kennisniveau personeel t.a.v. wetgeving ontoereikend (WGBO, Bopz, wilsonbekwaamheid, vrijheidsbeperkende maatregelen).

3.2 Inventarisatie meldingen IGZ loket

Als aanvulling op de bijeenkomst met inspecteurs van de IGZ en de literatuurstudie (paragraaf 3.4) werden meldingen die in de periode van 18 september 2006 tot 7 januari 2007 binnen waren gekomen bij het loket van de IGZ, bestudeerd en geïnventariseerd.

De geïnventariseerde meldingen waren voornamelijk afkomstig van medewerkers van verpleeg- en verzorgingshuizen of van vertegenwoordigers/naasten van cliënten. Een enkele keer was een melding afkomstig van een huisarts. Van een aantal meldingen was niet te achterhalen van wie deze afkomstig was.

Er werden veel meldingen gedaan over *valincidenten*. Valincidenten veroorzaakt door het niet correct handelen van verzorgend personeel of valpartijen veroorzaakt door disfunctioneren van het tilmateriaal. Maar er kwamen ook meldingen binnen van valincidenten waarbij geen personeel betrokken was (bijvoorbeeld val uit bed gedurende nacht) of waarbij het niet duidelijk was of personeel aanwezig was gedurende het incident. Het voorkomen van valincidenten kan samenhangen met het niet op de juiste wijze toepassen van *vrijheidsbeperkende maatregelen* of kennis hieromtrent bij verzorgend personeel. Verder kan het aantal meldingen van ‘*vermissing*’ (10 in totaal) samenhangen met het (niet tijdig) toekennen van de *indicatie BOPZ* (Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen).

Een aantal klachten had betrekking op de *medicatievoorziening*. Zo was er een aantal meldingen over het eenmalig/herhaaldelijk niet verstrekken van medicatie, het verstrekken van onjuiste medicatie (b.v. verkeerde bewoner krijgt bepaalde medicatie) of het niet op de juiste wijze verstrekken van medicatie:

“Mevrouw X is mogelijk overleden door een medicatiefout met lanoxin, mogelijk dubbele hoeveelheid toegediend.”

Ook kwamen er drie klachten binnen die te maken hadden met een fout omtrent het *voorschrijven/wijzigen van de medicatie*. Hierbij was het echter niet duidelijk wiens fout dit was. Alle andere meldingen in de categorie medicatie waren specifiek.

Een andere categorie was: ‘*Incorrect medisch handelen door (verpleeghuis-) arts/verpleegkundige*’. In deze categorie werden 14 meldingen ondergebracht zoals:

“Arts heeft nagelaten bij een mevrouw van 89 jaar na zowel 1^e als 2^e val foto’s te laten maken van haar heup. Na ons aandringen en nog een 3^e val werden pas foto’s gemaakt. Deze bleek gebroken te zijn waardoor deze mevrouw onnodig veel pijn heeft gehad. In het ziekenhuis werd gesteld dat de breuk niet na de 3^e val maar al eerder was ontstaan.”

Niet alle meldingen waren even specifiek en bij niet alle meldingen was duidelijk wie hiervoor verantwoordelijk was. Een aantal meldingen had net zoals in bovenstaand voorbeeld betrekking op het niet juist inschatten van de situatie door de (verpleeghuis)arts, andere klachten hadden betrekking op fouten die door verpleegkundigen of verzorgenden werden gemaakt. Opvallend waren het aantal meldingen in de categorie *suicide(poging)* (9) en *onnatuurlijke dood* (12). Doordat de context van dergelijke meldingen onvoldoende wordt beschreven is het lastig hierover

conclusies te trekken. Echter het voorkomen hiervan kan een signaal zijn voor tekortkomingen in de medische zorg. Tot slot werden er een aantal meldingen van ‘*verslikincidenten*’ (9) en ‘*agressief/onhandelbaar gedrag van de cliënt*’ (15) gedaan. Ondanks het soms ontbreken van een duidelijke context en het aspecifieke karakter van sommige meldingen, heeft deze inventarisatie mede de discussie gestructureerd over de wijze waarop het begrip ‘medische zorg’ afgebakend zou kunnen worden. Verder heeft deze inventarisatie mede de keuze voor de onderwerpen bepaald, waarop de indicatoren, met name voor de tweede fase van het GGT, betrekking zouden moeten hebben.

3.3 Afbakening begrip ‘medische zorg’ en onderwerpen voor indicatorenset

Het definiëren en operationaliseren van het begrip ‘medische zorg’ in het kader van dit onderzoek bleek vrij complex. Met als uitgangspunt de uitkomsten van de eerste bijeenkomst met inspecteurs van de IGZ (paragraaf 3.1) en de geïnventariseerde meldingen (paragraaf 3.2) werd in overleg met de IGZ diverse mogelijke afbakeningen besproken. Zo werd onder andere voorgesteld de ‘functie behandeling’ uit de AWBZ als uitgangspunt te nemen. Aangezien deze functie geïndiceerd kan worden bij bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen en bij cliënten aan wie zorg thuis verleend wordt en de risico’s ten aanzien van medische zorg in deze settings anders liggen, werd besloten dat deze afbakening te wijds was. Ook de afbakening ‘functie van de verpleeghuisarts’ bleek te breed. De kwaliteit van de medische zorg is niet altijd direct binnen de invloedssfeer van de verpleeghuisarts. Verpleeghuisartsen zijn afhankelijk van de aanwezige condities/faciliteiten in verpleeghuizen. Te weinig personeel op de afdeling of het lage opleidingsniveau van verzorgenden kan ervoor zorgen dat de verpleeghuisarts te laat of te weinig signalen doorkrijgt. Hierdoor kunnen diagnoses gemist worden, of klachten/symptomen te laat gesignaleerd worden terwijl de verpleeghuisarts wel beschikt over voldoende deskundig- en vaardigheden en goed functioneert. Aangezien het niet mogelijk was om tot een eenduidige afbakening te komen is in overleg met de IGZ, besloten niet voor een theoretisch-inhoudelijke afbakening te kiezen maar voor een pragmatische afbakening. Uitgangspunt hierbij was de afbakening uit het projectvoorstel: de medische zorg die door of onder de verantwoordelijkheid van de verpleeghuisarts in verpleeghuizen, verpleegunits in verzorgingshuizen en in kleinschalige woonvormen waar verpleeghuiszorg geleverd wordt. Daarbij werd besloten dat de focus met name zou liggen bij alle probleemgebieden/knelpunten die spelen in het directe contact (face-to-face contact) dat de verpleeghuisarts heeft met zijn cliënten en tot de aspecten die te maken hebben met overdracht, samenwerking, continuïteit waarbij de verpleeghuisarts een belangrijk rol speelt. Alle andere aspecten waarvoor de verpleeghuisarts in principe verantwoordelijk is (met betrekking tot de regiefunctie van de verpleeghuisarts), maar waarbij ook andere factoren/disciplines een rol spelen, werden buiten beschouwing gelaten. Verder werd afgesproken dat de indicatoren die in dit onderzoek ontwikkeld zou worden, in eerste instantie een basisset betreft, die in de loop der tijd verder uitgebreid kan worden (groeimodel). In overleg met de IGZ werden een drietal onderwerpen benoemd waarop de indicatoren/vragen betrekking zouden moeten hebben (zie tabel 3.2). Tijdens alle bijeenkomsten die aansluitend hebben plaatsgevonden bleef de wijze waarop het begrip ‘medische zorg’ werd afgebakend een terugkerend onderwerp van discussie.

Tabel 3.2: Afbakening onderzoek

Onderwerp	Belangrijke kwaliteitsaspecten
1. Diagnostiek en Anamnese. a) Algemeen b) In relatie tot veel voorkomende ziektebeelden.	<ul style="list-style-type: none"> - Via medisch diagnostisch onderzoek bij opname en vervolgens via periodieke herhaling hiervan, moet de verpleeghuisarts de totale medische toestand van de cliënt in kaart brengen én (met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger) tot een overzicht van de problemen komen, om vervolgens een (evidence based) behandelplan in gang te kunnen zetten. - Bij opname en vervolgens periodiek, evalueert de verpleeghuisarts de medicatie van de cliënt, om deze zo nodig te kunnen aanpassen.
2. Medische behandelafspraken in relatie tot zorg(leef)plan.	<ul style="list-style-type: none"> - Iedere cliënt heeft een behandelplan met daarin de medische behandelafspraken. Dit behandelplan is tot stand gekomen in samenspraak met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger. - De medische behandelafspraken vormen een integraal onderdeel van het zorg(leef)plan. - De medische behandelafspraken worden regelmatig geëvalueerd met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger.
3. Overdracht, Coördinatie en Communicatie.	<ul style="list-style-type: none"> - Samenwerking verpleeghuisarts met interne disciplines (verpleging/verzorging [bijv. m.b.v. algemene en observatie instructies]; collega verpleeghuisartsen; paramedici; multidisciplinair). - Samenwerking verpleeghuisarts met externe disciplines (huisartsen; medisch specialisten; apothekers).

3.4 Literatuurstudie

De literatuursearch leverde na reductie, 89 verschillende literatuurreferenties op. In de overgebleven referenties werd, binnen de context van de eerder geformuleerde drie onderwerpen, gezocht naar relevante bestaande indicatoren(sets), of voorlopers hiervan (richtlijn, standaard, criterium, norm, vraag in een meetinstrument of aanbeveling in een rapport). Dit resulteerde in een eerste versie van de concept indicatorenset, bestaande uit *uitkomst*indicatoren voor de eerste fase van het GGT en *proces*vragen voor de tweede fase. Aangezien de eerste versie van deze indicatorenset als input zou dienen voor de expertbijeenkomst en deze eerste versie in zijn oorspronkelijke vorm te uitgebreid was, vond voorafgaand aan de expertbijeenkomst een eerste reductieronde plaats. In bijlage 5 is de eerste concept indicatorenset opgenomen die het uitgangspunt vormde voor de expertbijeenkomst.

3.5 Expertbijeenkomst

Doelstelling

Het doel van de expertbijeenkomst was tweeledig. Op de eerste plaats relevante experts/(koepel)organisaties informeren over de doelstelling en werkwijze van het project en ten tweede professionals de mogelijkheid bieden hun visie te geven op de concept indicatorenset.

Tijdens de expertbijeenkomst werd de eerste versie van de concept indicatorenset besproken aan de hand van de volgende discussievragen:

1. Welke (onderwerpen voor) indicatoren zouden mogelijk relevant kunnen zijn voor de eerste fase van het GGT ter vervanging van/als aanvulling op de huidige indicatoren uit het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg?
2. Welke vragen zou de inspectie in de tweede fase van het GGT specifiek aan verpleeghuisartsen kunnen stellen (Wanneer naar aanleiding van de zorginhoudelijke indicatoren uit de eerste fase van het GGT blijkt dat er, ten aanzien van bepaalde thema's, een verhoogd risico op onverantwoorde zorg aanwezig is)?
3. Welke vragen mist u nog met het oog op de eerste en tweede fase van het GGT?

Deelnemers

In totaal waren 26 personen aanwezig bij de expertbijeenkomst (zie bijlage 4). De deelnemers waren op basis van hun deskundigheid op het terrein van de medische verpleeghuiszorg en/of kwaliteitsindicatoren geselecteerd. De experts waren veelal werkzaam bij één van de belanghebbende (koepel)organisaties op het terrein van de (medische) zorg, in verpleeg- en/of verzorgingshuizen of verbonden aan een onderzoeksinstelling of de IGZ.

Programma

De experts hadden voorafgaande aan de expertbijeenkomst een document ontvangen waarin de voorgaande (onderzoeks)activiteiten kort werden beschreven. In dit document was tevens een overzicht met de afbakening van dit onderzoek opgenomen, evenals de concept indicatorenset die als uitgangspunt diende voor de expertbijeenkomst.

In de eerste helft van de bijeenkomst, werd aan de hand van verschillende presentaties door de projectuitvoerders van de IGZ, NIVEL en Tranzo het doel en de aanpak van onderhavig project en de expertbijeenkomst toegelicht. Tevens werd verhelderd hoe het thema 'medische zorg in verpleeghuissettings' was afgebakend en hoe de projectuitvoerders tot de keuze voor de afbakening waren gekomen. In het tweede deel van de bijeenkomst werd er plenair gediscussieerd over de concept indicatorenset aan de hand van de voornoemde discussievragen.

Eerste reacties van de experts naar aanleiding van de presentaties

De geuite reacties en vragen, hadden betrekking op de volgende onderwerpen:

- De wijze waarop de indicatoren uiteindelijk gebruikt zouden gaan worden?
Door de projectuitvoerders en de IGZ werd getracht deze onduidelijkheden weg te nemen door de doelstelling van onderhavig project nogmaals toe te lichten (zie paragraaf 1.2).
- Onduidelijkheden ten aanzien van de afbakening. Richt het project zich op vragen voor het feitelijk medisch handelen van de verpleeghuisarts, of wordt er ook gekeken naar vragen die betrekking hebben op de coördinerende rol die de verpleeghuisarts in multidisciplinair teamverband heeft?
Naar aanleiding van deze opmerkingen werd door de projectuitvoerders verteld dat het lastig was om beide taken van de verpleeghuisarts strikt van elkaar te scheiden, omdat ze nauw met elkaar verbonden zijn en er sprake is van een grijs gebied. Vandaar aandacht voor indicatoren gericht op enerzijds diagnostiek en behandeling (het medisch handelen zelf, waarbij de gangbare medische werkwijze gevolgd wordt) en anderzijds indicatoren gericht op overdracht, coördinatie en communicatie. De onderwerpen voor de afbakening (zie paragraaf 3.3) werden daarom niet gekozen op grond van theoretisch-inhoudelijke overwegingen, maar er is gekozen voor een pragmatische afbakening: gekeken is naar onderwerpen met relatief veel risico's/bedreigingen voor de kwaliteit van medische zorg onder andere blijkend uit de drie onderzoeksactiviteiten (bijeenkomst inspecteurs IGZ; analyse meldingen IGZ loket; literatuurstudie).
- Waarom wordt er in de eerste fase van het GGT alleen gekeken naar uitkomstindicatoren en niet naar structuur- en procesaspecten (bijvoorbeeld op het gebied van formatie, equipment, scholing van personeel, structuur van de medicatievoorziening et cetera)?
Hierop werd door de IGZ geantwoord dat goede uitkomsten van zorg worden bepaald door de processen en structuren binnen een organisatie. Om het veld niet te overbelasten met lange vragenlijsten is er door de Stuurgroep Verantwoorde Zorg voor gekozen, vooral te kijken naar evidence based uitkomstindicatoren. Mocht een bepaalde uitkomstindicator bij een organisatie een slechte score opleveren, wordt er in de tweede fase van het GGT automatisch gekeken naar structuur- en procesaspecten.
- Welke partijen worden betrokken bij de uiteindelijke keuze/vaststelling van de indicatoren?
Tijdens de expertbijeenkomst is afgesproken om de NVVA bij de laatste fase van onderhavig onderzoek te betrekken. Verder is benadrukt dat dit project uitmondt in een inventarisatie van reeds bestaande (voorlopers van) indicatoren, maar dat als het gaat om de eerste fase van het GGT, de IGZ gebonden is aan het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg. Wel kan de IGZ - mede op basis van de uitkomsten van dit project - voorstellen doen aan de Stuurgroep Verantwoorde Zorg om indicatoren toe te voegen of te vervangen.
- Waarom wordt alleen het handelen van de verpleeghuisarts (onderdeel van een integraal geheel waarbinnen meerdere actoren actief zijn) in de tweede fase van het GGT geëvalueerd en niet het handelen van andere (para)medische disciplines?

Geantwoord is, dat wanneer momenteel in de eerste fase van het GGT blijkt dat een instelling slecht scoort op bijvoorbeeld de prevalentie van decubitus, in de tweede fase de verpleeghuisarts tot op heden hierover niet vaak geïnterviewd wordt. De inspectie wil in de toekomst meer zicht krijgen op de rol van de verpleeghuisarts binnen het multidisciplinaire geheel en wil dit doen middels onderbouwde vragen.

- *Waarom wordt het toezichtinstrument voor de tweede fase, nu al aangepast, terwijl de resultaten van de vernieuwde eerste fase volgend jaar pas bekend worden? Het GGT bestaat bij de IGZ al ruim vijf jaar. Bij het verzamelen van gegevens in de eerste fase is vanaf 2007 het inspectieformulier (IF) vervangen door cliëntgebonden en zorginhoudelijke indicatoren uit het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg. Het toezichtinstrument voor de tweede fase wordt de komende tijd eveneens aangepast door een nieuw instrument waardoor een duidelijke relatie tussen fase 1 en fase 2 van het GGT gaat ontstaan. De indicatoren waarmee in de tweede fase eventueel het handelen van de verpleeghuisarts inzichtelijk gemaakt kan worden, kunnen gelijk aan het nieuwe formulier toegevoegd worden.*

- *Welke wetenschappelijke onderbouwing ligt ten grondslag aan de gevonden indicatoren?*

Deze laatste vraag werd beantwoord door te stellen dat de toegestuurde concept indicatorenset een overzicht betreft van (voorlopers van) indicatoren die tot nu toe, met name in de Nederlandse literatuur, gevonden werden. Daarbij werd, gezien de doelstelling van onderhavig project, met name gezocht naar relevante proces- en uitkomstindicatoren. De conceptindicatoren zijn bestaande indicatoren of voorlopers van indicatoren uit relevante richtlijnen, handleidingen, kwaliteitsdocumenten et cetera. In de selectiefase werden alleen de (voorlopers van) indicatoren overgenomen die aansloten bij de drie onderwerpen van de afbakening: 1). Diagnostiek en anamnese; 2). Medische behandelafspraken in relatie tot zorg(leef)plan; 3). Overdracht, coördinatie en communicatie. Niet alle bestaande (voorlopers van) indicatoren die de medische zorg in verpleeghuissettings betroffen werden dus overgenomen. Tot slot werd opgemerkt dat wanneer naar aanleiding van de uitkomsten van deze bijeenkomst een tweede reductieronde heeft plaatsgevonden, de overgebleven indicatoren/vragen door een onderzoeker van het NIVEL verder worden uitgewerkt en (wetenschappelijk) onderbouwd.

Bespreken concept indicatorenset

In het tweede gedeelte van de expertbijeenkomst werd de toegezonden concept indicatorenset (zie bijlage 5) aan de hand van de voornoemde drie discussievragen besproken.

Op de eerste plaats werd aan de experts gevraagd welke (onderwerpen voor) indicatoren mogelijk relevant zouden kunnen zijn voor de eerste fase van het GGT. Indicatoren die betrekking hebben op de volgende thema's werden door experts als potentieel relevant bestempeld:

- *Delirium.* Als verantwoording werd daarbij aangegeven dat dit een symptoom is waarvan in ieder geval is aangetoond dat het frequent voorkomt bij ouderen en waarvoor een continue registratie noodzakelijk is (incidentiëmetingen).

- *Diabetes mellitus.* Ziektebeeld dat frequent voorkomt bij ouderen. Ook is de verpleeghuisarts nauw betrokken bij de behandeling van deze groep cliënten. Volgens experts zouden mogelijk relevante uitkomstindicatoren kunnen zijn: het percentage hypoglykemieën; percentage niet-ulcereuze voetafwijkingen; het percentage retinopathie. Toetsing of iedere diabetespatiënt een individueel behandelplan heeft voor deze aandoening, zou ook relevant kunnen zijn.
- *Infecties.* Naast urineweginfecties en influenza die frequent voorkomen in het verpleeghuis, kunnen ook andere infecties vaak voorkomen. Het aantal antibioticavoorschriften zou daarom een relevante indicator kunnen zijn aldus de experts, mede omdat dit eenvoudig te meten is.
- *Pijn.* Experts zagen dit als een belangrijk zorginhoudelijk probleem waarvoor diverse goede bestaande indicatoren en meetschalen beschikbaar zijn. Hoewel het waarschijnlijk lastig is om in verpleeghuissettings ‘pijn’ continue te registreren, is uit onderzoek gebleken dat dit thema veel meer aandacht dient te krijgen.
- *Slikproblemen.* Het percentage cliënten met een slikprobleem lijkt een goede en relevante uitkomstmaat. Of hiervoor ook al wetenschappelijk onderbouwde uitkomstindicatoren beschikbaar zijn, was de experts niet bekend.

Daarnaast werd met de experts gesproken over de vragen die de inspectie in de tweede fase van het GGT specifiek aan verpleeghuisartsen zou kunnen stellen. Hieronder de mogelijkheden die werden besproken:

- *Diagnostiek & Anamnese*

Tijdens de expertbijeenkomst werd onder andere het idee geopperd dat, indien een instelling ten aanzien van een bepaalde zorginhoudelijke indicator uit het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg niet zo goed presteert, in de tweede fase van het GGT, met de verpleeghuisarts wordt gekeken of hij/zij heeft gehandeld conform de vastgestelde normen en richtlijnen. Hierbij zou op de meest relevante aanbevelingen uit een bepaalde richtlijn getoetst kunnen worden. Voor deze evaluatie in de tweede fase, zou onder andere gebruik gemaakt kunnen worden van cliëntdossiers.

- *Behandelafspraken in relatie tot zorg(leef)plan*

Indicatoren betreffende dit onderwerp werden slechts kort besproken. Opgemerkt werd dat het met name belangrijk is, dat medische behandelafspraken periodiek worden geëvalueerd (in overleg met (medische) professionals; cliënt/diens vertegenwoordiger) en dat deze afspraken vervolgens in het zorg(leef)plan worden geactualiseerd.

- *Overdracht, Coördinatie en Communicatie*

Besproken werd of het maken van afspraken ten aanzien van de medische overdracht met ziekenhuizen/huisartsen, een verantwoordelijkheid van de verpleeghuisarts of van het management is? Een verpleeghuisarts zou wel bevroegd mogen worden over de inspanningen die hij/zij levert om de medische overdracht door de huisarts/vanuit het ziekenhuis te completeren. De medische overdracht van de verpleeghuisarts zelf zou in de tweede fase getoetst kunnen worden door zijn ontslagbrieven te evalueren.

Naar aanleiding van de derde discussievraag werd opgemerkt dat indicatoren ten aanzien van de terminale/palliatieve zorgverlening nog werden gemist in de conceptset. Ook werd opgemerkt dat binnen het onderwerp ‘Overdracht, Coördinatie en Communicatie’ niet werd gevraagd naar de samenwerking van de verpleeghuisarts met de tandarts.

Uitkomsten

Na de bijeenkomst zijn de notulen uitgewerkt in een conceptverslag. Dit conceptverslag werd ter accodering gestuurd naar alle experts die hadden deelgenomen. De resultaten van de expertbijeenkomst werden zoveel mogelijk verwerkt in een tweede versie van de indicatorenset.

3.6 Samenstelling 2^e concept indicatorenset

Met de IGZ werd vervolgens besproken op welke wijze de resultaten van de expertbijeenkomst verwerkt zouden kunnen worden in een tweede versie van de concept indicatorenset.

Hierbij werd afgesproken, de vijf thema's (*delirium, diabetes mellitus, infecties, pijn en slikproblemen*) die door de experts als meest relevant werden bestempeld voor de eerste fase van het GGT, volgens de volgende systematiek verder uit te werken:

- *Onderbouwing*: de onderbouwing, op basis van een literatuurscreening, geeft de relevantie aan van het desbetreffende zorginhoudelijke onderwerp. Vermeld worden bijvoorbeeld: de mogelijk negatieve gevolgen voor de cliënt; risicoverhogende factoren; zorgprocessen die bepalend zijn voor de ongewenste uitkomsten.
- *Gevonden indicatoren (inclusief bronverwijzing)*: op verschillende manieren is er de afgelopen maanden in internationale literatuur, maar met name in nationale literatuur gezocht naar eventueel geschikte indicatoren ten aanzien van het betreffende zorginhoudelijke probleem. In dit onderdeel worden *alle* bestaande (titels van) indicatoren genoemd die in deze search gevonden werden en waarvan er per onderwerp één of meerdere relevant kunnen zijn.
- *Methodologische kwaliteit gevonden indicatoren*: bij dit onderdeel wordt, voor zover hier informatie over beschikbaar is, kort de methodologische kwaliteit van de desbetreffende indicator beschreven. Doordat niet in ieder brondocument dit op dezelfde manier is gedaan, kan de methodologische kwaliteit niet voor iedere indicator op eenzelfde manier beschreven worden.
- *Voorbeelden van meetinstrumenten om de indicator te meten*: bij dit onderdeel wordt een aantal meetmethoden genoemd, die gebruikt zouden kunnen worden om de betreffende indicator te meten.

De zorginhoudelijke indicatoren die in de laatste versie van het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg (Stuurgroep Verantwoorde Zorg, 2007) zijn opgenomen, moesten onderbouwd worden met vragen die in de tweede fase van het GGT specifiek aan verpleeghuisartsen gesteld kunnen worden. Op advies van de experts en na overleg met de IGZ, werden deze vragen zoveel mogelijk afgeleid uit richtlijnen ontwikkeld door de NVVA, specifiek voor het betreffende onderwerp. Hierbij werden alleen aspecten overgenomen betreffende de drie onderwerpen zoals die eerder in overleg met de IGZ benoemd werden (paragraaf 3.3). Qua bewoording werd de desbetreffende richtlijn zoveel mogelijk aangehouden. Bij thema's waarvoor geen richtlijn van de NVVA

voorhanden was, werd of gebruik gemaakt van algemene principes uit een richtlijn van de NVVA betreffende een ander onderwerp of er werd gebruik gemaakt van richtlijnen ontwikkeld door andere beroepsverenigingen (Nederlandse Huisartsen Genootschap, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie et cetera).

De mogelijke vragen voor de tweede fase van het GGT werden in de tweede versie van de concept indicatorenset steeds, volgens eenzelfde systematiek uitgewerkt, namelijk:

- a) vermelding van de indicator(en) uit de versie *april 2007* van het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg;
- b) beschrijving van de mogelijk relevante vragen voor verpleeghuisartsen in de tweede fase m.b.t. de aspecten: *diagnostiek en anamnese; behandeling; overleg cliënt/diens vertegenwoordiger; schriftelijke rapportage; evaluatie; multidisciplinaire afstemming, schriftelijke afspraken.*

3.7 Afsluitende bijeenkomst met inspecteurs IGZ

Begin juni 2007 werd de tweede versie van de concept indicatorenset besproken met verschillende inspecteurs van de IGZ (zie bijlage 1). Een aantal inspecteurs was niet in de gelegenheid om te komen en gaf de feedback schriftelijk (zie bijlage 1). Diverse opmerkingen die schriftelijk en mondeling geuit werden, hadden betrekking op de manier waarop sommige indicatoren/vragen geformuleerd werden, of de manier waarop de indicatoren/vragen gestructureerd werden. Dergelijke suggesties werden zoveel mogelijk verwerkt in de laatste versie van de set. Andere opmerkingen konden niet direct verwerkt worden. Zoals dat niet alle vragen voor de tweede fase van het GGT onderbouwd werden met richtlijnen, waarvan verondersteld mag worden dat die bij de beroepsgroep bekend zijn. Door het ontbreken van dergelijke richtlijnen was dat niet altijd mogelijk en werd of gebruik gemaakt van algemene principes uit een richtlijn van de NVVA betreffende een ander onderwerp of er werd gebruik gemaakt van richtlijnen ontwikkeld voor andere beroepsgroepen (bijvoorbeeld huisartsen). Dergelijke structurele opmerkingen werden derhalve als aanbeveling opgenomen in hoofdstuk 4.

3.8 Laatste versie indicatorenset

3.8.1 Mogelijke nieuwe uitkomstindicatoren

In dit onderzoek werden 5 thema's voor nieuwe uitkomstindicatoren benoemd die relevant zijn, maar momenteel nog niet vertegenwoordigd zijn in het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg. Hierna worden deze vijf thema's volgens het in paragraaf 3.6 beschreven stramien één voor één uitgewerkt.

Delirium		
Onderbouwing		
<p>Delirium (<i>min of meer plotseling ontstane verwardheid</i>) is een ernstig psychiatrisch syndroom dat frequent voorkomt (hoge prevalentie) onder oudere patiëntpopulaties (Timmers et al., 2004). Delirium wordt veroorzaakt door één of meerdere somatische ziekten, of het gebruik van bepaalde (genees)middelen en gaat gepaard met meer morbiditeit en oversterfte (Nederlandse vereniging voor psychiatrie, 2004). Delirium kent verschillende verschijningsvormen, namelijk: 1). de onrustige/hyperactieve vorm; 2). de apathische/hypoactieve vorm; 3). de gemengde vorm (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2003). Belangrijke predisponerende factoren die kwetsbaar maken voor een delirium zijn: leeftijd ≥ 70 jaar; cognitieve stoornissen; visus- en gehoorstoornissen en stoornissen in de dagelijkse activiteiten. Factoren die een delirium kunnen uitlokken zijn onder andere infectie, koorts, dehydratie, polifarmacie (Morris et al., 1996; Nederlandse vereniging voor psychiatrie, 2004). Verder is dementie één van de belangrijkste risicofactoren van een delirium, echter een nauwkeurige schatting van de incidentie van een delirium bij dementie is moeilijk. Bovendien zijn er aanwijzingen dat ouderen die in het verleden een delirium hebben gehad, meer kans hebben op het ontwikkelen van dementie. Delirium is bij cliënten met dementie dan ook moeilijker te herkennen, omdat er al cognitieve en in veel gevallen ook gedragsstoornissen bestaan. De behandeling van een delirium is bij dementie echter niet anders. Wetenschappelijk is aangetoond dat medische en omgevingsinterventies de incidentie van een delirium verminderen en de uiteindelijke duur verkorten. Interventies gericht op de primaire preventie zijn aanbevelingswaardig (Nederlandse vereniging voor psychiatrie, 2004).</p>		
Gevonden uitkomstindicator	Bron	Methodologische kwaliteit
- Percentage cliënten dat in de afgelopen zeven dagen symptomen van een delirium vertoonde (<i>gemakkelijk afgeleid; waarnemen, bewustzijn van omgeving wisselend; episoden van onsamenhangend praten; perioden van onrust; perioden van lusteloosheid; geestelijk functioneren wisselend gedurende de dag</i>).	(Morris et al., 1996)	Deze indicator is gebaseerd op de MDS-RAI. Dit instrument wordt internationaal toegepast in landen als Amerika, Canada en verschillende Europese landen. RAIview is de internetvariant. De gegevens die met de MDS-RAI verkregen worden, zijn over het algemeen voldoende valide en betrouwbaar. Gedrag- en stemmingsschalen zijn over het algemeen wat minder, maar wel voldoende goed (Achterberg, 2004). Er werd tot op heden nationaal en internationaal nog geen onderzoek gedaan naar de methodologische kwaliteit van de indicatoren als ze zelfstandig worden gebruikt.
Voorbeelden van meetinstrumenten om delirium te meten		
MDS-RAI	Observatie-instrument, voor instellingen met langdurige zorgverlening, waarbij de zorgverlener moet beoordelen, mede op basis van gesprekken met andere zorgverleners en familie, of de cliënt bepaalde gedragingen vertoont (<i>b.v. gemakkelijk afgeleid worden; episodes van onsamenhangend praten</i>) (Morris et al., 1996).	
DOS (<i>Delirium Observation Screening Scale</i>)	Observatie-instrument, gebaseerd op de DSM-IV criteria voor een delirium, waarbij de verpleegkundige aan de hand van observaties tijdens de dagelijkse zorg, 25 items betreffende 8 symptomen (<i>b.v. stoornissen in het bewustzijn, aandacht en concentratie etc.</i>) dient te scoren. Bewezen effectief in algemene ziekenhuizen (Timmers et al., 2004).	

Vervolg Delirium	
NEECHAM Confusion Scale	Screenings-instrument, gebaseerd op literatuuronderzoek en een consensusoordeel van experts, waarbij de verpleegkundige aan de hand van observaties/metingen tijdens de dagelijkse routine, 9 items onderverdeeld in drie domeinen dient te scoren (<i>verwerking van informatie; gedrag; fysiologische controle etc.</i>). Bewezen effectief in algemene ziekenhuizen (Timmers et al., 2004).
DOM (<i>Delier-O-Meter</i>)	Screenings-instrument voor verpleegkundigen en artsen waarmee de <i>ernst</i> van een delirium bij onder andere verpleeghuispatiënten vastgesteld kan worden (en <i>niet</i> de diagnose). Op basis van twaalf symptomen en een schaal van 0 (normaal) tot 3 (ernstig verstoord) brengt de DOM de ernst van het delirium in kaart. Ook toepasbaar bij geriatrische patiënten (Kalisvaart, 2005).

Diabetes Mellitus		
Onderbouwing		
<p>Diabetes Mellitus is een progressieve chronische ziekte waarvoor wel behandeling, maar nog geen genezing bestaat. In 1995 waren er in Nederland ongeveer 270.000 mensen bekend met diabetes mellitus. Het aantal mensen met diabetes neemt sterk toe: de ramingen voor het jaar 2010 gaan uit van 400.000 - 500.000 mensen met diabetes. Diabetes wordt daarmee één van de meest voorkomende chronische ziekten in Nederland. Diabetes mellitus type 1, komt bij 3 op de 1000 mensen voor. Dit percentage verdubbelt elke 25 jaar. Diabetes mellitus type 2, komt bij meer dan 8% van de 50 - 75-jarigen voor (Nederlandse Diabetes Federatie et al., 1998). De behandeling ten aanzien van de bloedglucose-regeling bestaat uit dagelijkse toediening van insuline en/of orale geneesmiddelen. Te hoge gemiddelde glucosewaarden over langere termijn zijn oorzaak van complicaties aan hart- en bloedvaten, ogen, nieren en voeten. Onderbehandeling verergert in sterke mate het aantal en de ernst van complicaties. Bij diabetes kunnen op termijn ernstige complicaties ontstaan. Tijdige herkenning en goede diabeteszorg zijn van het grootste belang ter voorkoming van deze complicaties (www.diabetesfederatie.nl).</p>		
Gevonden uitkomstindicatoren (in willekeurige volgorde)	Bron	Methodologische kwaliteit
- Percentage cliënten met diabetes, dat op de meetdag een HbA1c kleiner of gelijk heeft aan 8,5%.	(Storms et al., 2002)	Alle 11 uitkomstindicatoren zijn afgeleid van processen die onmiddellijk volgen uit aanbevelingen van algemeen geaccepteerde richtlijnen, te weten: Nederlandse Diabetes Federatie (NDF); Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO); Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Van een aantal indicatoren is tevens aangetoond dat deze verbeteren, indien inspanningen worden geleverd om dit aspect van zorg te verbeteren (Storms et al., 2002).
- Percentage cliënten met diabetes dat het afgelopen jaar één of meer ernstige hypoglykemieën heeft doorgemaakt.	(Storms et al., 2002)	
- Percentage cliënten met diabetes met angina pectoris, dat op de meetdag anti-angineuze medicatie krijgt.	(Storms et al., 2002)	
- Percentage cliënten met diabetes dat op de meetdag een diastolische bloeddruk heeft, kleiner of gelijk aan 90 mmHg (in de eerste lijn kan hier gekozen worden voor 85 mmHg).	(Storms et al., 2002)	
- Percentage cliënten met diabetes, dat op de meetdag een systolische bloeddruk heeft, kleiner of gelijk aan 150 mmHg.	(Storms et al., 2002)	
- Percentage cliënten met diabetes, dat op de meetdag een totaal cholesterol heeft, kleiner of gelijk aan 5 mmol/l.	(Storms et al., 2002)	
- Percentage cliënten met diabetes dat op de meetdag een verhoogd microalbuminurie (b.v. > 30mg/24 uur) en/of bloeddruk boven 150/85 mmHg heeft, en dat antihypertensiva voorgeschreven krijgt.	(Storms et al., 2002)	
- Percentage cliënten met diabetes dat op de meetdag microalbuminurie heeft (> 30mg/24 uur).	(Storms et al., 2002)	
- Percentage cliënten met diabetes dat op de meetdag een niet-ulcereuze voetafwijkingen heeft (callus, drukkpunten, roodheid, vasculopathie, neuropathie).	(Storms et al., 2002)	
- Percentage cliënten met diabetes dat op de meetdag een ulcus heeft of heeft gehad.	(Storms et al., 2002)	
- Percentage cliënten met diabetes dat op de meetdag retinopathie heeft.	(Storms et al., 2002)	
Voorbeelden van meetinstrumenten om diabetes mellitus te meten		
Er zijn diverse meetmethoden (bijvoorbeeld bloedbepaling; urinebepaling; voetonderzoek; oogheelkundig onderzoek; bloeddrukmeting) om de verschillende waarden van de uitkomstindicatoren te bepalen.		

Infecties		
Onderbouwing		
<p>Urineweginfecties vormen de meest voorkomende infecties in het verpleeghuis. De incidentie is in vergelijking met de huisartsenpraktijk zeker 10 keer zo hoog en gemiddeld krijgen 50 per 100 psychogeriatrische patiënten per jaar een urineweginfectie (Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2006). Verder is pneumonie onder verpleeghuisbewoners, en met name onder bewoners met dementie, een ernstige en veelvoorkomende infectieziekte. Bij onderzoek naar het beloop van pneumonie op psychogeriatrische verpleeghuisafdelingen van Nederlandse verpleeghuizen, werd een incidentie berekend van 0.095 per bed per jaar (van der Steen et al., 2003). Bacteriële infecties worden doorgaans behandeld met antibioticum. Bij het voorschrijven van antibiotica is echter een zekere terughoudendheid geboden. Antibiotica kunnen vervelende bijwerkingen hebben en naarmate ze vaker worden voorgeschreven neemt de kans toe dat bacteriën resistent worden. Voor de huisartsenzorg is gebleken, dat het voorschrijfvolume (aantal voorschriften per 1.000 ingeschreven patiënten) een indicatie geeft van de mate van terughoudendheid in voorschrijven (van den Berg et al., 2005).</p>		
Gevonden uitkomstindicatoren (in willekeurige volgorde)	Bron	Methodologische kwaliteit
- Percentage cliënten dat in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) een <i>antibiotica-resistente infectie</i> (b.v. Methicilline resistente staphilococce) heeft gehad.	(Morris et al., 1996)	Referentie (Morris et al., 1996): Deze indicatoren zijn gebaseerd op de MDS-RAI. Dit instrument wordt internationaal toegepast in landen als Amerika, Canada en verschillende Europese landen. RAIview is de internetvariant. De gegevens die met de MDS-RAI verkregen worden, zijn over het algemeen voldoende valide en betrouwbaar. Met name aspecten m.b.t. lichamelijk functioneren laten uitstekende resultaten zijn (Achterberg, 2004). Er werd tot op heden nationaal en internationaal nog geen onderzoek gedaan naar de methodologische kwaliteit van de indicatoren als ze zelfstandig worden gebruikt.
- Percentage cliënten dat in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) een <i>pneumonie</i> heeft gehad.	(Morris et al., 1996)	
- Percentage cliënten dat in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) een <i>sepsis</i> heeft gehad.	(Morris et al., 1996)	
- Percentage cliënten dat in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) een <i>wondinfectie</i> heeft gehad.	(Morris et al., 1996)	
- Percentage cliënten dat in de afgelopen 30 dagen een <i>urineweginfectie</i> heeft gehad.	(Morris et al., 1996; Wagner et al., 2001)	
- Percentage cliënten dat in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) een <i>infectie van de luchtwegen</i> heeft gehad.	(Morris et al., 1996; Wagner et al., 2001)	
- Percentage cliënten dat in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) een <i>maagdarminfectie</i> heeft gehad.	(Wagner et al., 2001)	
- Percentage cliënten dat in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) antibiotica ontving.	(van den Berg et al., 2005; Wagner et al., 2001)	Referentie (van den Berg et al., 2005): Voor de ontwikkeling van de indicator is o.a. gebruik gemaakt van literatuur, wetsteksten, veldnormen, kwantitatieve data voor de analyse en empirische onderbouwing, en de expertise van belanghebbenden en experts. In 2006 werd deze indicator door de IGZ uitgetest in een pilot.
Voorbeelden van meetinstrumenten om de verschillende infecties te meten		
- Bij het beantwoorden van de indicatoren die betrekking hebben op een bepaalde infectie (antibiotica-resistente infectie, pneumonie et cetera) dient het cliëntdossier geraadpleegd te worden.		
- Bij het beantwoorden van de indicator die betrekking heeft op het aantal voorschriften antibiotica kan een beroep worden gedaan op de registraties van apotheken.		

Pijn		
Onderbouwing		
<p>Pijn is een veelvoorkomend probleem bij ouderen vanwege problemen met het bewegingsapparaat, neurologische stoornissen en ernstige ziekten zoals bijvoorbeeld kanker (Won et al., 2001; Fox et al., 1999). De perceptie van pijn kan per persoon verschillen en is daarom gerelateerd aan psychische processen. Pijn kan bijdragen aan een verminderde kwaliteit van leven en kan eventueel leiden tot multiple problemen zoals depressie, verminderde mobiliteit (met aanvullend de kans op o.a. decubitus en spierzwakte), verminderde eetlust, slaapproblemen, incontinentie, angst, verminderde sociale omgang en verminderde cognitieve functies (Won et al., 2001; Cowan et al., 2003). Vaak wordt pijn onder gediagnosticeerd, mede doordat cliënten pijn niet altijd (goed kunnen) rapporteren. Dit geldt bijvoorbeeld voor hoogbejaarden, vrouwen, minderheden en cliënten met een cognitieve beperking. Hoewel in 90 % van de gevallen pijn kan worden verlicht, ontvangt een belangrijk aantal cliënten onvoldoende of geen behandeling. Verder kan geconcludeerd worden dat adequate pijnbehandeling met name bij oudere cliënten met dementie dikwijls ontbreekt (Scherder, 2006). Effectieve pijnbestrijding zou de morbiditeit moeten verminderen, het omgaan ermee verbeteren, invaliditeit voorkomen en functionele afhankelijk en de kwaliteit van leven verhogen (Cowan et al., 2003). Meetinstrumenten om de pijn te beoordelen, training in de toepassing ervan en attitudeverandering van de hulpverleners zijn hiervoor noodzakelijke voorwaarden (Cowan et al., 2003).</p>		
Gevonden uitkomstindicatoren (in willekeurige volgorde)	Bron	Methodologische kwaliteit
- Percentage cliënten dat in de afgelopen 7 dagen heeft geklaagd over pijn en/of tekenen van pijn heeft vertoond.	(Morris et al., 1996)	Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat de betrouwbaarheid van de pijnitems uit de MDS-RAI varieert van adequaat tot excellent in een onderzoekssetting. Volgens dit onderzoek was de validiteit van de items adequaat, i.i.g. voor cliënten waarbij de cognitieve achteruitgang beperkt was (Achterberg, 2004).
- Percentage cliënten met langdurige hevige pijn in de afgelopen 3 maanden.	(Brink-Muinen et al., 2004)	Indicator tot stand gekomen op basis van literatuuronderzoek. Indicator werd voor zover bekend niet uitgetest in de praktijk.
- Aantal cliënten met tekortschietende pijnbestrijding (Pijn die volgens de cliënt niet afdoende wordt bestreden).	(ARCARES, 2004)	Indicator afkomstig uit vragenlijst die de afgelopen jaren meerdere malen op grote schaal werd toegepast.
- Aantal cliënten dat aangeeft pijn te hebben, en waarvoor een pijnmanagement plan werd opgesteld.	(The Gerontic Nursing Clinical School et al., 2004)	Indicatoren tot stand gekomen op basis van literatuuronderzoek en consultatie van experts op het terrein van de geïnstitutionaliseerde ouderenzorg. Het meten van beide items werd door de experts in de focusgroepbijeenkomsten als een belangrijk knelpunt gezien.
- Aantal cliënten dat bij de evaluatie aangeeft pijn te hebben maar hiervoor geen pijnstillende medicatie ontvangt.	(The Gerontic Nursing Clinical School et al., 2004)	
Voorbeelden van meetinstrumenten om pijn te meten		
MDS-RAI	Observatie-instrument, voor de langdurige zorgverlening, waarbij de zorgverlener de <i>frequentie, intensiteit</i> en <i>plaats</i> van de pijn moeten inventariseren (Morris et al., 1996).	
VAS (<i>Visual Analog Scale</i>)	Zelfrapportage-instrument waarbij de cliënt op een 10 cm lange horizontale lijn (0 = geen pijn; 10 = ondragelijke pijn) een streepje dient te zetten (Zuurmond et al., 2006).	
PASCAL (<i>The Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate</i>).	Observatie-instrument, bruikbaar bij cliënten met dementie, waarbij de zorgverlener moet scoren op 60 verschillende items verdeeld over 4 subschalen (Gelaatsuitdrukking; Activiteit/lichaamsbeweging; Sociaal/persoonlijkheid/stemming; Fysiologisch/verandering van eet-, slaap- en mondeling gedrag) (Zwakhalen et al., 2006).	

Slikproblemen		
Onderbouwing		
<p>Slikstoornissen kunnen op elke leeftijd voorkomen, maar worden vaker aangetroffen bij de oudere populatie (Dejaeger, 2004). Hoewel er nog maar weinig onderzoek is gedaan naar de prevalentie en incidentie van problemen m.b.t. slikken in verpleeghuizen in Nederland, gaat men ervan uit dat slikproblemen daar veelvuldig voorkomen (Ritmeijer et al., 2001a; Ritmeijer et al., 2001b). Slikproblemen in het verpleeghuis komt men vaak tegen bij veel voorkomende en vaak progressieve neurodegeneratieve aandoeningen zoals dementie, Parkinson en cerebrovasculaire pathologie. Slikproblemen kunnen ook verband houden met bepaalde medicatie die regelmatig in het verpleeghuis wordt voorgeschreven. Slikstoornissen kunnen diverse problemen veroorzaken en kunnen de kwaliteit van leven van de cliënt sterk verminderen (Ritmeijer et al., 2001b). Een cliënt kan zich als gevolg van een slikprobleem verslikken en aspireren (d.w.z. voeding komt in de longen terecht) wat mogelijk een slikpneumonie tot gevolg kan hebben. Slikproblemen kunnen verder voedingsproblemen of problemen m.b.t. de vochtinname veroorzaken (Dejaeger, 2004). Tot slot is verslikken voor zowel de cliënt als zijn omgeving een zeer ingrijpende gebeurtenis. Slikproblemen en de gevolgen hiervan, zijn doorgaans een onderdeel van een groter gezondheidsprobleem. Daarom is het noodzakelijk dat slikproblemen multidisciplinair en probleemgeoriënteerd behandeld worden, waarbij de verpleeghuisarts de regie voert (Ritmeijer et al., 2001b).</p>		
Gevonden uitkomstindicatoren (in willekeurige volgorde)	Bron	Methodologische kwaliteit
- Percentage cliënten dat in de afgelopen 7 dagen last heeft gehad van een slikprobleem (<i>dysfagie: bijvoorbeeld zich herhaaldelijk verslikken en hoesten bij eten en drinken, voedsel lange tijd in de mond houden of buitensporig kwijlen</i>).	(Morris et al., 1996)	Deze indicatoren zijn gebaseerd op de MDS-RAI. Dit instrument wordt internationaal toegepast in landen als Amerika, Canada en verschillende Europese landen. RAIview is de internetvariant. De gegevens die met de MDS-RAI verkregen worden, zijn over het algemeen voldoende valide en betrouwbaar. Met name aspecten m.b.t. lichamelijk functioneren laten uitstekende resultaten zien (Achterberg, 2004). Er werd tot op heden nationaal en internationaal nog geen onderzoek gedaan naar de methodologische kwaliteit van de indicatoren als ze zelfstandig worden gebruikt.
- Percentage cliënten dat in de afgelopen 7 dagen last heeft gehad van een kauwprobleem (<i>niet in staat zijn gemakkelijk en zonder pijn of moeilijkheden, ongeacht de oorzaak, voedsel te kauwen</i>).	(Morris et al., 1996)	
- Percentage cliënten dat in de afgelopen 7 dagen last heeft gehad van een mondprobleem (<i>pijn of ongemak die met een deel van de mond samenhangen, ongeacht de oorzaak ervan bijvoorbeeld: aan één kant van de mond eten, weigeren te eten, weigeren van voedsel of drankjes van bepaalde temperaturen (heet of koud)</i>).	(Morris et al., 1996)	
Voorbeelden van meetinstrumenten om slikproblemen te meten		
MDS-RAI	Observatie-instrument, voor de langdurige zorgverlening, waarbij de zorgverlener het <i>wel</i> of <i>niet</i> voorkomen van een kauw-, mond en/of slikprobleem in de laatste zeven dagen moet vastleggen en eventueel onderliggende/samenhangende problemen (Morris et al., 1996).	

3.8.2 Vragen voor de tweede fase van het GGT betreffende de medische zorg

Hieronder worden de zorginhoudelijke indicatoren die in het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg (Stuurgroep Verantwoorde Zorg, 2007) zijn opgenomen gespecificeerd met onderbouwde vragen die de inspectie in de tweede fase van het GGT specifiek aan verpleeghuisartsen kan stellen.

Aan het einde van deze paragraaf worden de vijf thema's (*delirium, diabetes mellitus, infecties, pijn en slikproblemen*) die in paragraaf 3.8.1 aan bod kwamen op een zelfde manier uitgewerkt.

Decubitus		
Zorginhoudelijke indicator Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg		
Percentage cliënten met decubitus graad 2 t/m 4 die in de organisatorische eenheid is ontstaan.		
Vragen voor de 2 ^e fase van het GGT betreffende de medische zorg		Bron
Diagnostiek & Anamnese	Heeft de verpleeghuisarts cliënten met decubitus integraal beoordeeld (zowel lichamelijke als geestelijke aspecten)?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2002; Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen et al., 2003)
	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met decubitus de wond beoordeeld (locatie op het lichaam; gradering volgens de richtlijn decubitus van het CBO; grootte en diepte; toestand van het wondbed; mate van exsudaat; toestand van de omringende huid; bijkomende dermatologische aandoeningen; eventuele complicaties)?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2002)
	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met decubitus, in overleg met de leden van het multidisciplinaire team en de cliënt/diens vertegenwoordiger, een probleeminventarisatie gemaakt (een inventarisatie van de problemen die samenhangen met decubitus)?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2002)
Behandeling	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met decubitus het zorgdoel vastgesteld (het wenselijke eindresultaat van de acties van zorgverleners over een vastgestelde periode)?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2002)
	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met decubitus gepaste maatregelen geformuleerd met betrekking tot: a). druk-, schuif- en wrijfkraften; b). wondbehandeling; c). complicaties (erysipelas, cellulitis, artritis, osteomyelitis, abces; sepsis); d). algemene aspecten (voeding, psychosociale aspecten, palliatie); e). specifieke aspecten (pijn, geuroverlast)?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2002)
	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met decubitus, paramedische disciplines (ergotherapie, fysiotherapie, diëthetiek) bij de decubitusbehandeling betrokken door middel van (een) schriftelijke verwijzing(en)?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2002; Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen et al., 2003)
Overleg cliënt/diens vertegenwoordiger	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met decubitus informatie verstrekt aan de cliënt en/of diens vertegenwoordiger en instemming gevraagd met de behandeling?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen et al., 2003)

Vervolg Decubitus		Bron
<i>Schriftelijke rapportage</i>	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met decubitus de volgende aspecten schriftelijk vastgelegd (in het zorg(leef)plan): - resultaten diagnostisch onderzoek; - probleeminventarisatie; - het zorgdoel; - de ingestelde behandeling/interventies inclusief de verantwoordelijkheid hierover; - (observatie)instructies voor verpleging/verzorging; - hetgeen besproken is met de cliënt/diens vertegenwoordiger?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2002; Universiteit Maastricht, 2006)
<i>Evaluatie</i>	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met decubitus <i>wekelijks</i> het effect van de behandeling geëvalueerd en deze zo nodig bijgesteld?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2002)
<i>Multidisciplinaire afstemming</i>	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met decubitus in het multidisciplinair overleg (MDO) de afstemming tussen de afzonderlijke interventies van de betrokken disciplines bewaakt, ten aanzien van de behandeling van decubitus?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2002; Universiteit Maastricht, 2006)
<i>Schriftelijke afspraken</i>	Is er binnen de organisatorische eenheid een actueel en geaccordeerd protocol/richtlijn voor de preventie en behandeling van decubitus aanwezig en heeft de verpleeghuisarts hieraan een inhoudelijke bijdrage geleverd?	(Universiteit Maastricht, 2006)
	Zijn er schriftelijke afspraken gemaakt met betrekking tot de delegatie van bevoegdheden in het kader van de wet BIG, bij de behandeling van decubitus?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2002)

Voedingstoestand		
Zorginhoudelijke indicator Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg		
Percentage cliënten met een onbedoelde gewichtsafname en niet binnen het afgesproken behandelbeleid passende gewichtsafname van meer de 3 kg in de laatste maand of meer dan 6 kg in de afgelopen 6 maanden.		
Vragen voor de 2^e fase van het GGT betreffende de medische zorg		Bron
Diagnostiek & Anamnese	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met een onbedoelde gewichtsafname, middels diagnostiek en (hetero)anamnese, in overleg met de betrokken professionals, een probleeminventarisatie gemaakt (o.a. - volledig lichamelijk onderzoek; - inventarisatie medicatie; - screening eventueel onderliggende ziekten; - evaluatie geregistreerde gewichtsveranderingen; - evaluatie voedselkeuze, voedingsbehoefte en voedselinname; - evaluatie eventueel abnormaal verlies van voedingsstoffen; - screening eventuele mond-, gebit- en/of slikproblemen)?	(Arcares et al., 2001; Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen et al., 2003)
	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met een onbedoelde gewichtsafname, andere (para)medische disciplines (ergotherapeut, diëtist, logopedist, tandarts, mondhygiënist) ingeschakeld middels (een) schriftelijke verwijzing(en) ten behoeve van de diagnostiek van het voedingsprobleem?	(Arcares et al., 2001; Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen et al., 2003)
Behandeling	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met een onbedoelde gewichtsafname, in overleg met het multidisciplinaire team en de cliënt/diens vertegenwoordiger, concrete behandeldoelen en een gepaste behandeling/interventies vastgesteld (het wenselijke eindresultaat van de acties van zorgverleners over een vastgestelde periode)?	*
	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met een onbedoelde gewichtsafname, medicamenteuze en/of niet medicamenteuze oplossingen geprobeerd te vinden en te initiëren voor somatische, psychogeriatrische of (geronto)psychiatrische stoornissen die ten grondslag liggen aan het voedingsprobleem?	(Arcares et al., 2001)
Overleg cliënt diens vertegenwoordiger	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met een onbedoelde gewichtsafname informatie verstrekt aan de cliënt en/of diens vertegenwoordiger en instemming gevraagd met de behandeling?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen et al., 2003)
Schriftelijke rapportage	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met een onbedoelde gewichtsafname de volgende aspecten schriftelijk vastgelegd (in het zorg(leef)plan): - resultaten diagnostisch en (hetero)anamnesisch onderzoek; - het behandeldoel; - de ingestelde behandeling/interventies inclusief de verantwoordelijkheid hierover; - (observatie)instructies voor verpleging/verzorging; - hetgeen besproken is met de cliënt/diens vertegenwoordiger?	*
Evaluatie	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met een onbedoelde gewichtsafname, op een bij inzet van de behandeling vastgesteld tijdstip, het effect van de behandeling geëvalueerd en deze zo nodig bijgesteld?	*
Multidisciplinaire afstemming	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met een onbedoelde gewichtsafname in het multidisciplinair overleg (MDO) de afstemming tussen de afzonderlijke interventies van de betrokken disciplines bewaakt, ten aanzien van de behandeling van het voedingsprobleem?	(Arcares et al., 2001; Universiteit Maastricht, 2006)

Vervolg Voedingstoestand		Bron
<i>Schriftelijke afspraken</i>	Is er binnen de organisatorische eenheid een actueel en geaccordeerd protocol/richtlijn voor de preventie en behandeling van een onbedoelde gewichtsafname aanwezig en heeft de verpleeghuisarts hieraan een inhoudelijke bijdrage geleverd?	(Universiteit Maastricht, 2006)
*Vraag niet afkomstig uit richtlijn van de NVVA behorende bij het betreffende ziektebeeld, maar overgenomen uit richtlijn van de NVVA betreffende een ander ziektebeeld.		

Valincidenten		
Zorginhoudelijke indicator Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg		
Percentage cliënten dat de afgelopen 30 dagen te maken had met een valincident.		
Vragen voor de 2^e fase van het GGT betreffende de medische zorg		Bron
Diagnostiek & Anamnese	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten die te maken hebben gehad met een valincident, in overleg met de leden van het multidisciplinaire team, middels diagnostiek en (hetero)anamnese, een probleeminventarisatie uitgevoerd/laten uitvoeren? Deze probleeminventarisatie bestond i.i.g. uit: 1). hetero(anamnestic) en lichamelijk onderzoek (a). evaluatie valgeschiedenis en medische voorgeschiedenis; b). beoordeling: - lichaamsgewicht; - visus en gehoor: - urine-continentie; - sta- en loopfunctie in functionele zin; - ADL activiteiten; - bloeddruk; - pols; - suikerspiegel i.v.m. eventuele diabetes mellitus; c). evaluatie omgevingsfactoren); 2). evaluatie (risico)medicatie; 3). aanvullend onderzoek m.b.t. eventuele cardiovasculaire en/of neurologische aandoeningen?	(Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, 2004; Neyens et al., 2005; Neyens, 2007)
	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten die te maken hebben gehad met een valincident, andere (para)medische disciplines (verpleging/verzorging, fysiotherapie, ergotherapie, et cetera) middels (een) schriftelijke verwijzing(en) ingeschakeld voor aanvullend onderzoek, ten behoeve van de probleeminventarisatie m.b.t. het valincident?	(Neyens et al., 2005; Neyens, 2007)
Behandeling	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten die te maken hebben gehad met een valincident, in overleg met het multidisciplinaire team en de cliënt/diens vertegenwoordiger, op basis van de probleeminventarisatie, concrete behandeldoelen en een gepaste behandeling/interventie vastgesteld (het wenselijke eindresultaat van de acties van zorgverleners over een vastgestelde periode)?	*
	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten die te maken hebben gehad met een valincident, medicamenteuze en/of niet medicamenteuze oplossingen geprobeerd te vinden en te initiëren voor somatische, psychogeriatrische of (geronto)psychiatrische stoornissen die ten grondslag liggen aan het valincident?	*
Overleg cliënt/diens vertegenwoordiger	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten die te maken hebben gehad met een valincident informatie verstrekt aan de cliënt en/of diens vertegenwoordiger en instemming gevraagd met de behandeling/interventie?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen et al., 2003)
Schriftelijke rapportage	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten die te maken hebben gehad met een valincident de volgende aspecten schriftelijk vastgelegd (in het zorg(leef)plan): - resultaten van het diagnostisch en (hetero) anamnestic onderzoek; - het behandeldoel; - de ingestelde behandeling/interventie en eventuele preventieve maatregelen inclusief de verantwoordelijkheid hierover; - (observatie)instructies voor verpleging/verzorging; - hetgeen besproken is met de cliënt/diens vertegenwoordiger?	*/(Neyens et al., 2005; Neyens, 2007)

Vervolg Valincidenten		Bron
Evaluatie	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten die te maken hebben gehad met een valincident, op een bij inzet van de behandeling/interventie vastgesteld tijdstip, het effect van de behandeling/interventie geëvalueerd en deze zo nodig bijgesteld?	*
	Ziet de verpleeghuisarts erop toe dat bij cliënten die in het verleden te maken hebben gehad met een valincident, de risico-inventarisatie m.b.t. vallen, periodiek of indien de gezondheidssituatie wijzigt, wordt herhaald?	(Neyens et al., 2005; Neyens, 2007)
Multidisciplinaire afstemming	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten die te maken hebben gehad met een valincident in het multidisciplinair overleg (MDO) de afstemming tussen de afzonderlijke interventies van de betrokken disciplines bewaakt, ten aanzien van de preventie van een nieuw valincident?	*
Schriftelijke afspraken	Is er binnen de organisatorische eenheid een actueel en geaccordeerd protocol/richtlijn voor de preventie en de manier van omgaan met valincidenten aanwezig en heeft de verpleeghuisarts hieraan een inhoudelijke bijdrage geleverd?	*
*Vraag niet afkomstig uit richtlijn van de NVVA behorende bij het betreffende ziektebeeld, maar overgenomen uit richtlijn van de NVVA betreffende een ander ziektebeeld.		

Medicijnincidenten		
Zorginhoudelijke indicator Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg		
Percentage cliënten dat de afgelopen 30 dagen te maken had met een medicijnincident.		
Vragen voor de 2^e fase van het GGT betreffende de medische zorg		Bron
Diagnostiek en Anamnese	Evalueert de verpleeghuisarts bij (her)opname van iedere cliënt, binnen X aantal dagen (nog nader te bepalen periode) de medicatie die de cliënt op dat moment krijgt en bepaalt welke medicatie (opnieuw) moet worden voorgeschreven?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen et al., 2003)
Overleg cliënt/diens vertegenwoordiger	Heeft de verpleeghuisarts bij iedere medicamenteuze wijziging informatie verstrekt aan de cliënt en/of diens vertegenwoordiger en instemming gevraagd met de medicamenteuze wijziging?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen et al., 2003)
Schriftelijke rapportage	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten aan wie hij medicatie heeft voorgeschreven de volgende aspecten schriftelijk vastgelegd (in het zorg(leef)plan); - waarom deze medicatie werd voorgeschreven; - (observatie) instructies voor verpleging/verzorging (m.b.t. toediening van de medicatie (toedieningsvorm; tijdstip; frequentie; dosering; gebruiksduur; etc.); - hetgeen besproken is met de cliënt/diens vertegenwoordiger?	*
Evaluatie	Evalueert de verpleeghuisarts ten minste maandelijks, in overleg met a). vertegenwoordigers van verpleging/verzorging en b). de toezichthoudend apotheker, van iedere cliënt de voorgeschreven medicatie (review van: - regelmatig voorgeschreven medicijnen; - tijdelijk voorgeschreven medicijnen; - middelen die zonder voorschrift te krijgen zijn) en bepaalt hij vervolgens welke medicatie (opnieuw) moet worden voorgeschreven?	(de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie et al., 1998; Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen et al., 2003)
	Bepaalt de verpleeghuisarts bij iedere medicamenteuze wijziging op welke tijdstip het effect van de medicamenteuze wijziging geëvalueerd dient te worden?	*
Multidisciplinaire afstemming	Heeft de verpleeghuisarts periodiek multidisciplinair overleg (MDO), met i.i.g. de toezichthoudend apotheker en vertegenwoordigers van verpleging/verzorging, betreffende het farmacotherapiebeleid binnen de organisatorische eenheid?	(de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie et al., 1998)
Schriftelijke afspraken	Is er binnen de organisatorische eenheid een actueel en geaccordeerd farmacieprotocol voor de medicatieverstrekking en medicatiebewaking aanwezig en heeft de verpleeghuisarts hieraan een inhoudelijke bijdrage geleverd?	*
	Heeft de verpleeghuisarts gezorgd dat adequate informatie en instructies, aangaande de toedieningswijze van geneesmiddelen door medewerkers van verpleging en verzorging, beschikbaar zijn?	(de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie et al., 1998)
	Draagt de verpleeghuisarts, binnen het kader van de in de verpleeghuissetting bestaande beleidscyclus, bij aan de planmatige verbetering van de farmaceutische zorg?	(de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie et al., 1998)
<i>*Vraag niet afkomstig uit richtlijn van de NVVA behorende bij het betreffende ziektebeeld, maar overgenomen uit richtlijn van de NVVA betreffende een ander ziektebeeld.</i>		

Vaccinatiegraad		
Zorginhoudelijke indicator Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg		
a). Percentage cliënten en b). percentage medewerkers dat het afgelopen jaar tussen de tweede week van september en de tweede week van november gevaccineerd is tegen influenza.		
Vragen voor de 2^e fase van het GGT betreffende de medische zorg		
a). Cliënten		Bron
Preventie/ Behandeling	Heeft de verpleeghuisarts (erop toe gezien dat) alle cliënten, waarbij hij hoofdbehandelaar is, influenzavaccinatie (werden) aangeboden?	(Cools et al., 2005; Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2004)
	Heeft de verpleeghuisarts, indien in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) sprake was van een influenza-uitbraak** alle influenzapatiënten gedurende vijf dagen met tweemaal daags 75 mg oseltamivir behandeld? De behandeling startte i.i.g. binnen 48 uur na de aanvang van de symptomen.	(Cools et al., 2005; Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2004)
	Heeft de verpleeghuisarts, indien in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) sprake was van een influenza-uitbraak**, alle cliënten, die nog niet gevaccineerd waren, geadviseerd zich alsnog te laten vaccineren?	(Cools et al., 2005; Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2004)
	Heeft de verpleeghuisarts, indien in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) sprake was van een influenza-uitbraak**, medisch geïndiceerd en onder voorbehoud, medicamenteuze profylaxe voorgeschreven aan alle cliënten binnen de organisatorische eenheid?	(Cools et al., 2005; Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2004)
	Heeft de verpleeghuisarts, indien in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) sprake was van een influenza-uitbraak**, cohort verpleging ingesteld?	(Cools et al., 2005; Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2004)
	Heeft de verpleeghuisarts, indien in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) sprake was van een influenza-uitbraak**, nieuwe opnames in de organisatorische eenheid waar de influenza-uitbraak heerst beperkt, tot cliënten die al behandeld worden voor influenza en tot cliënten die vooraf instemmen met profylaxe?	(Cools et al., 2005; Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2004)
Overleg cliënt/diens vertegenwoordiger	Heeft de verpleeghuisarts (erop toegezien dat), de cliënt en/of diens vertegenwoordiger geïnformeerd (geïnformeerd werd) over het verhoogde risico op complicatie ten gevolge van influenza?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2004)
	Heeft de verpleeghuisarts (erop toegezien dat), de cliënt en/of diens vertegenwoordiger individueel om instemming gevraagd (werd) voor de vaccinatie, therapie en/of profylaxe tegen influenza?	(Cools et al., 2005; Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen et al., 2003; Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2004)
Multidisciplinaire afstemming	Heeft de verpleeghuisarts vanaf november de oplettendheid t.a.v. een mogelijke influenza-uitbraak door interne signalering van gevalsbeschrijvingen en extra informatie over de verspreiding van influenza gestimuleerd?	(Cools et al., 2005; Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2004)
Schriftelijke afspraken	Is er binnen de organisatorische eenheid een actueel en geaccordeerd influenzavaccinatie- en uitbraakplan voor cliënten aanwezig en heeft de verpleeghuisarts hieraan een inhoudelijke bijdrage geleverd?	(Cools et al., 2005; Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2004)

Vervolg Vaccinatiegraad		
b). Medewerkers		Bron
Samenwerking-overeenkomst	Heeft de verpleeghuisarts met relevante huisartsen en bedrijfsartsen een schriftelijke samenwerkings-overeenkomst opgesteld, betreffende de taken en medische verantwoordelijkheden in de preventie en behandeling van influenza onder <i>medewerkers</i> ?	(Cools et al., 2005; Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2004)
Preventie/Behandeling	Heeft de verpleeghuisarts, <i>indien hij volgens de schriftelijke samenwerkingsovereenkomst hiervoor verantwoordelijk is</i> , (erop toe gezien dat) alle zorgverleners, influenzavaccinatie (werd) aangeboden?	(Cools et al., 2005; Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2004)
	Heeft de verpleeghuisarts, indien in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) sprake was van een influenza-uitbraak** en <i>hij volgens de schriftelijke samenwerkingsovereenkomst hiervoor verantwoordelijk is</i> , alle medewerkers, die nog niet gevaccineerd waren, geadviseerd zich alsnog te laten vaccineren?	(Cools et al., 2005; Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2004)
	Heeft de verpleeghuisarts, indien in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) sprake was van een influenza-uitbraak** en <i>hij volgens de schriftelijke samenwerkingsovereenkomst hiervoor verantwoordelijk is</i> , medisch geïndiceerd en onder voorbehoud, medicamenteuze profylaxe voorgeschreven aan medewerkers die in de daaropvolgende twee weken zorg moesten verlenen binnen de betreffende organisatorische eenheid?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2004)
Overleg Zorgverleners	Heeft de verpleeghuisarts, <i>indien hij volgens de schriftelijke samenwerkingsovereenkomst hiervoor verantwoordelijk is</i> , (erop toegezien dat), medewerkers geïnformeerd (werden) over het verhoogde risico van cliënten op complicaties, ten gevolge van influenza?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2004)
	Heeft de verpleeghuisarts, <i>indien hij volgens de schriftelijke samenwerkingsovereenkomst hiervoor verantwoordelijk is</i> , (erop toegezien dat) medewerkers individueel om instemming gevraagd (werden) voor de vaccinatie, therapie en/of profylaxe tegen influenza?	(Cools et al., 2005; Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen et al., 2003; Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2004)
Schriftelijke afspraken	Is er binnen de organisatorische eenheid een actueel en geaccordeerd influenzavaccinatie- en uitbraakplan voor medewerkers aanwezig en heeft de verpleeghuisarts, <i>indien hij volgens de schriftelijke samenwerkings-overeenkomst hiervoor verantwoordelijk is</i> , hieraan een inhoudelijke bijdrage geleverd?	(Cools et al., 2005; Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2004)
**Influenza uitbraak: Hiervan is klinisch gezien sprake indien zich binnen 48 uur een tweede geval van influenza voordoet binnen eenzelfde organisatorische eenheid. Tijdens een influenza-epidemie in de open bevolking, spreekt men al van een uitbraak in een organisatorische eenheid als het nieuwe geval zich elders in de zorginstelling voordoet. Het influenza-uitbraakplan dient pas in werking gezet te worden nadat de klinisch geconstateerde influenza-uitbraak, virologisch wordt bevestigd (Cools et al., 2005).		

Incontinentie/Verblijfskatheter		
Zorginhoudelijke indicator Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg		
- Percentage cliënten dat een paar keer per week of elke dag incontinent is van urine.		
- Percentage cliënten met een verblijfskatheter die langer dan 14 dagen geleden werd ingebracht.		
Vragen voor de 2 ^e fase van het GGT betreffende de medische zorg		Bron
Diagnostiek & Anamnese	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten die een paar keer per week of elke dag incontinent zijn/een verblijfskatheter hebben, middels diagnostiek en anamnese, in overleg met de leden van het multidisciplinaire team, een probleeminventarisatie uitgevoerd? Het (hetero)anamnestisch en diagnostisch onderzoek bestond i.i.g. uit: 1). <i>Anamnese</i> (a. vaststellen type incontinentie [stressincontinentie, urge-incontinentie etc.]; b. inschatten omvang en impact urineverlies; c. screening eventueel onderliggende oorzaken; d. evaluatie overige factoren (medicijngebruik, vochtinname etc.); 2). <i>Lichamelijk onderzoek</i> (abdomen (buik) onderzoek; vaginaal toucher bij vrouwen en rectaal toucher bij mannen); 3). <i>Aanvullend onderzoek</i> (bijhouden mictiedagboek; urine onderzoek [o.a. op urineweginfectie]).	(Lagro-Janssen et al., 2006)
Behandeling	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten die een paar keer per week of elke dag incontinent zijn/een verblijfskatheter hebben, naar aanleiding van de gegevens uit de (hetero)anamnese en diagnostiek, in overleg met het multidisciplinaire team en de cliënt/diens vertegenwoordiger, concrete behandeldoelen en een gepaste behandeling/interventie vastgesteld (het wenselijke eindresultaat van de acties van zorgverleners over een vastgestelde periode)?	*
	Heeft de verpleeghuisarts (para)medische disciplines (verpleging/verzorging, fysiotherapie, psycholoog) bij de behandeling van de incontinentie betrokken, door middel van (een) schriftelijke verwijzing(en)?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen et al., 2003)
Overleg cliënt/diens vertegenwoordiger	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten die een paar keer per week of elke dag incontinent zijn/een verblijfskatheter hebben, informatie verstrekt aan de cliënt en/of diens vertegenwoordiger en instemming gevraagd met de behandeling/interventie?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen et al., 2003)
Schriftelijke rapportage	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten die een paar keer per week of elke dag incontinent zijn/een verblijfskatheter hebben de volgende aspecten schriftelijk vastgelegd (in het zorg(leef)plan): - resultaten probleeminventarisatie; - het behandeldoel; - de ingestelde behandeling/interventie inclusief de verantwoordelijkheid hierover; - (observatie)instructies voor verpleging/verzorging; - hetgeen besproken is met de cliënt/diens vertegenwoordiger?	(Universiteit Maastricht, 2006)
Evaluatie	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten die een paar keer per week of elke dag incontinent zijn/een verblijfskatheter hebben, op een bij inzet van de behandeling/interventie vastgesteld tijdstip, het effect van de behandeling/interventie geëvalueerd en deze zo nodig bijgesteld?	*

Vervolg Incontinentie/Verblijfskatheter		Bron
<i>Multidisciplinaire afstemming</i>	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten die een paar keer per week of elke dag incontinent zijn/een verblijfskatheter hebben, in het multidisciplinair overleg (MDO) de afstemming tussen de afzonderlijke interventies van de betrokken disciplines bewaakt, ten aanzien van de behandeling van de incontinentie?	*
<i>Schriftelijke afspraken</i>	Is er binnen de organisatorische eenheid een actueel en geaccordeerd protocol/richtlijn voor de preventie en behandeling van incontinentie aanwezig en heeft de verpleeghuisarts hieraan een inhoudelijke bijdrage geleverd?	(Universiteit Maastricht, 2006)
*Vraag niet afkomstig uit richtlijn van de NVVA behorende bij het betreffende ziektebeeld, maar overgenomen uit richtlijn van de NVVA betreffende een ander ziektebeeld.		

Probleemgedrag		
Zorginhoudelijke indicator Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg		
- Percentage cliënten dat in de afgelopen zeven dagen probleemgedrag vertoonde tegenover medewerkers en/of andere cliënten.		
- Percentage cliënten dat de afgelopen 7 dagen één dag of vaker Antipsychotica, Anxiolytica of Hypnotica gebruikte.		
Vragen voor de 2^e fase van het GGT betreffende de medische zorg		Bron
Diagnostiek & Anamnese	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met probleemgedrag, in multidisciplinair verband (i.i.g met verzorgenden), het probleem verheldert en gezocht naar mogelijke oorzaken van het probleemgedrag?	(Ypma-Bakker et al., 2002)
	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met probleemgedrag, aanvullend onderzoek verricht/laten verrichten? Aanvullend onderzoek kan bijvoorbeeld bestaan uit: a). nadere anamnese bij patiënt, verzorgenden en familie; b). onderzoek naar lichamelijke factoren; c). onderzoek naar medicijngebruik; d). neurologisch onderzoek; e). laboratorium onderzoek; f). psychologisch onderzoek; g). onderzoek met observatieschalen.	(Ypma-Bakker et al., 2002)
	Heeft de verpleeghuisarts, in overleg met het multidisciplinaire team, op basis van de probleemverheldering en eventueel het aanvullende onderzoek een probleemdefinitie geformuleerd? Deze probleemdefinitie bevat een concrete beschrijving van: a). het probleemgedrag; b). voor wie het gedrag problematisch is; c). verschijningsvorm; d). onder welke omstandigheden en wanneer het voorkomt; e). welke mogelijke oorzaken ten grondslag liggen.	(Ypma-Bakker et al., 2002)
Behandeling	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met probleemgedrag, in overleg met de leden van het multidisciplinaire team en de cliënt/diens vertegenwoordiger, concrete behandeldoelen en een gepaste behandeling/interventies vastgesteld (het wenselijke eindresultaat van de acties van zorgverleners over een vastgestelde periode)?	(Ypma-Bakker et al., 2002)
	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met probleemgedrag, medicamenteuze en/of niet medicamenteuze oplossingen geprobeerd te vinden en te initiëren voor somatische, psychogeriatrische of (geronto)psychiatrische stoornissen die ten grondslag liggen aan het probleemgedrag?	*
	Heeft de verpleeghuisarts voordat hij/zij Antipsychotica, Anxiolytica, Hypnotica voorschreef de andere medicatie van de cliënt (opnieuw) geëvalueerd i.v.m. mogelijke interacties?	(Ypma-Bakker et al., 2002)
Overleg cliënt/diens vertegenwoordiger	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met probleemgedrag informatie verstrekt aan de cliënt en/of diens vertegenwoordiger en instemming gevraagd met de behandeling?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen et al., 2003; Ypma-Bakker et al., 2002)

Vervolg Probleemgedrag		Bron
Schriftelijke rapportage	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met probleemgedrag de volgende aspecten schriftelijk vastgelegd (in het zorg(leef)plan): - resultaten probleeminventarisatie; - het behandeldoel; - de ingestelde behandeling/interventies inclusief de verantwoordelijkheid hierover; - (observatie)instructies voor verpleging/verzorging; - hetgeen besproken is met de cliënt/diensvertegenwoordiger?	(Ypma-Bakker et al., 2002)
	Heeft de verpleeghuisarts (ervoor gezorgd dat) in de zorg(leef)plannen van cliënten met probleemgedrag, op de cliënt gerichte omgangsadviezen (zijn) vermeld?	(Ypma-Bakker et al., 2002)
Evaluatie	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met probleemgedrag, op een bij inzet van de behandeling vastgesteld tijdstip, het effect van de behandeling geëvalueerd en deze zo nodig bijgesteld?	(Ypma-Bakker et al., 2002)
Multidisciplinaire afstemming	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met probleemgedrag in het multidisciplinair overleg (MDO) de afstemming tussen de afzonderlijke interventies van de betrokken disciplines bewaakt, ten aanzien van de behandeling van het probleemgedrag.	*
Schriftelijke afspraken	Is er binnen de organisatorische eenheid een actueel en geaccordeerd protocol/richtlijn aanwezig betreffende de preventie, het adequaat omgaan met en de behandeling van probleemgedrag en heeft de verpleeghuisarts hieraan een inhoudelijke bijdrage geleverd?	(Ypma-Bakker et al., 2002)
*Vraag niet afkomstig uit richtlijn van de NVVA behorende bij het betreffende ziektebeeld, maar overgenomen uit richtlijn van de NVVA betreffende een ander ziektebeeld.		

Fixatie		
Zorginhoudelijke indicator Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg		
Percentage cliënten waarbij in de afgelopen zeven dagen fixatie is toegepast.		
Vragen voor de 2^e fase van het GGT betreffende de medische zorg		Bron
Diagnostiek en Anamnese	Heeft de verpleeghuisarts bij opname de wils(on)bekwaamheid van iedere cliënt systematisch beoordeeld, en de noodzaak tot aanpassing van de juridische status en de eventuele noodzaak van de toepassing van middelen, maatregelen en dwangbehandeling?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen et al., 2003; Samenwerkingsverband Implementatieprogramma WGB0., 2004)
	Heeft de verpleeghuisarts indien een vrijheidsbeperkende interventie voor het eerst werd toegepast bij een cliënt, of indien een aanpassing plaatsvond in de toepassing van een vrijheidsbeperkende interventie, de wils(on)bekwaamheid van de cliënt opnieuw bepaald?	(Universitair Medisch Centrum Utrecht et al., 2004)
	Heeft de verpleeghuisarts indien een vrijheidsbeperkende interventie voor het eerst werd toegepast bij een cliënt, of indien een aanpassing plaatsvond in de toepassing van een vrijheidsbeperkende interventie, dit eerst besproken met de andere (para)medische disciplines binnen de organisatorische eenheid?	(Universitair Medisch Centrum Utrecht et al., 2004)
Overleg cliënt/diens vertegenwoordiger	Heeft de verpleeghuisarts voorafgaand aan de toepassing van een vrijheidsbeperkende interventie, de rechten m.b.t. deze interventie met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger besproken en toestemming gevraagd?	(Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector, 2006; Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen et al., 2003; Universitair Medisch Centrum Utrecht et al., 2004)
Evaluatie	Heeft de verpleeghuisarts, indien een vrijheidsbeperkende interventie voor het eerst werd toegepast bij een cliënt, of indien een aanpassing plaatsvond in de toepassing van een vrijheidsbeperkende interventie, na een van tevoren vastgestelde termijn de nieuwe interventie (in multidisciplinair verband), geëvalueerd en zo nodig bijgesteld?	(Universitair Medisch Centrum Utrecht et al., 2004)
Schriftelijke rapportage	Heeft de verpleeghuisarts de wils(on)bekwaamheid van de cliënt en afspraken die zijn gemaakt t.a.v. het toepassen van vrijheidsbeperkende interventies schriftelijk vastgelegd (in het zorg(leef)plan)? Dit betreft in ieder geval: a). over welke toepassingen overeenstemming bestaat en over welke toepassingen niet; b). onder welke omstandigheden de vrijheidsbeperkende interventies toegepast mogen worden; c). wie als vertegenwoordiger optreedt wanneer de behandelaar wils(on)bekwaamheid heeft geconstateerd; d). de beslissingen van de behandelaar ten aanzien van de toepassing van middelen en maatregelen, en dwangbehandeling (motieven en doelen); e). inperking van rechten van de cliënt; f). afschriften van beschikkingen over de onvrijwillige opname; g). (observatie)instructies voor verpleging/verzorging?	(Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2001; Universitair Medisch Centrum Utrecht et al., 2004)

Vervolg Fixatie		Bron
<i>Multidisciplinaire afstemming</i>	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten waarbij vrijheidsbeperkende interventies worden toegepast in het multidisciplinair overleg (MDO) de afstemming tussen de betrokken disciplines bewaakt, ten aanzien van de toepassing van vrijheidsbeperkende interventies?	*
<i>Schriftelijke afspraken</i>	Is er binnen de organisatorische eenheid een actueel en geaccordeerd protocol/instructie aanwezig betreffende de wijze van toepassing van vrijheidsbeperkende interventies en heeft de verpleeghuisarts hieraan een inhoudelijke bijdrage geleverd?	(Universitair Medisch Centrum Utrecht et al., 2004)
*Vraag niet afkomstig uit richtlijn van de NVVA behorende bij het betreffende ziektebeeld, maar overgenomen uit richtlijn van de NVVA betreffende een ander ziektebeeld.		

Depressie		
Zorginhoudelijke indicator Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg		
- Percentage cliënten dat in de afgelopen drie dagen symptomen van depressie vertoonde.		
- Percentage cliënten dat de afgelopen 7 dagen één dag of vaker Antidepressiva gebruikte.		
Vragen voor de 2 ^e fase van het GGT betreffende de medische zorg		Bron
Diagnostiek & Anamnese	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met symptomen van een depressie, middels diagnostiek en (hetero)anamnese, een probleeminventarisatie gemaakt? Hierbij heeft de verpleeghuisarts: a). lichamelijk onderzoek verricht; b). in multidisciplinair verband het probleem besproken en gezocht naar mogelijke oorzaken; c). met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger het probleem besproken en gekeken naar mogelijke oorzaken; d). het geneesmiddelgebruik geëvalueerd en gekeken naar een mogelijk verband tussen deze medicatie en een eventuele depressie.	(Ypma-Bakker et al., 2002; Trimbos-instituut, 2005)
	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met symptomen van een depressie, aanvullend onderzoek verricht/laten verrichten door een psychiater en/of psycholoog?	*
	Heeft de verpleeghuisarts op basis van de probleemverheldering en eventueel het aanvullende onderzoek een probleemdefinitie geformuleerd? Deze probleemdefinitie bevat bijvoorbeeld een concrete beschrijving van: - het aantal en de aard van de symptomen; - eventuele oorzaken van de symptomen; - de gevolgen voor het algemene functioneren; - de mate van suicidaliteit; - eventuele psychotische kenmerken.	(Trimbos-instituut, 2005)/*
Behandeling	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met symptomen van een depressie, in overleg met de leden van het multidisciplinaire team en de cliënt/diens vertegenwoordiger, concrete behandeldoelen en een gepaste behandeling (psychotherapie, antidepressivum of een combinatie van beide) vastgesteld (het wenselijke eindresultaat van de acties van zorgverleners over een vastgestelde periode)?	*
	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met symptomen van een depressie, medicamenteuze en/of niet medicamenteuze oplossingen geprobeerd te vinden en te initiëren voor somatische, psychogeriatrische of (geronto)psychiatrische stoornissen die eventueel ten grondslag liggen aan de depressie?	*
	Heeft de verpleeghuisarts voordat hij/zij Antidepressiva voorschreef de andere medicatie van de cliënt (opnieuw) geëvalueerd i.v.m. mogelijke interacties?	(Ypma-Bakker et al., 2002)
Overleg cliënt/diens vertegenwoordiger	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met symptomen van een depressie, informatie verstrekt aan de cliënt en/of diens vertegenwoordiger over de behandelmogelijkheden (psychotherapie, antidepressivum of een combinatie) en instemming gevraagd met de behandeling?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen et al., 2003; Trimbos-instituut, 2005)

Vervolg Depressie		Bron
Schriftelijke rapportage	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met symptomen van een depressie de volgende aspecten schriftelijk vastgelegd (in het zorg(leef)plan): - resultaten van de probleeminventarisatie; - de probleemdefinitie; - het behandeldoel; - ingestelde behandeling inclusief de verantwoordelijkheid hierover; - alle symptomen die verward kunnen worden met de ingestelde medicatie (antidepressiva); - (observatie)instructies voor verpleging/verzorging; - hetgeen besproken is met de cliënt/diens vertegenwoordiger?	(Ypma-Bakker et al., 2002)/*
Evaluatie	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met symptomen van een depressie, op een bij inzet van de behandeling vastgesteld tijdstip, het effect van de behandeling geëvalueerd en deze zo nodig bijgesteld?	*
	Screent de verpleeghuisarts cliënten waarbij in het verleden een depressieve stoornis werd gediagnosticeerd periodiek (nog nader te bepalen periode), op het eventueel recidiveren van de depressieve stoornis?	(Trimbos-instituut, 2005)
Multidisciplinaire afstemming	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met een depressieve stoornis in het multidisciplinair overleg (MDO) de afstemming tussen de afzonderlijke interventies van de verschillende betrokken disciplines bewaakt, ten aanzien van de behandeling van de depressieve stoornis?	*
Schriftelijke afspraken	Is er binnen de organisatorische eenheid een actueel en geaccordeerd protocol/richtlijn aanwezig betreffende de preventie en behandeling van een depressieve stoornis en heeft de verpleeghuisarts hieraan een inhoudelijke bijdrage geleverd?	*
*Vraag niet afkomstig uit richtlijn van de NVVA behorende bij het betreffende ziektebeeld, maar overgenomen uit richtlijn van de NVVA betreffende een ander ziektebeeld.		

Delirium		
Vragen voor de 2^e fase van het GGT betreffende de medische zorg.		
<i>Momenteel is dit onderwerp nog niet als zorginhoudelijke indicator opgenomen in het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg. Indien hiertoe wordt overgegaan zouden mogelijke vragen in de tweede fase van het GGT kunnen zijn:</i>		Bron
Diagnostiek & Anamnese	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met symptomen van een delirium, in multidisciplinair verband (i.i.g met verzorgenden/verpleegkundigen) het probleem geëvalueerd (begin en beloop, aard van de verschijnselen) en gezocht naar mogelijke oorzaken van een delirium?	*/(Nederlands Huisartsen Genootschap, 2003)
	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met symptomen van een delirium, aanvullend onderzoek verricht/laten verrichten? Aanvullend onderzoek kan bestaan uit: a). lichamelijk onderzoek gericht op de opsporing van eventueel onderliggende oorzaken (zoals verschijnselen van een infectie; recent trauma/medische ingreep; urineretentie; visus- en gehoorproblemen; slaaptkort etc.); b). evaluatie observatiegegevens; c). screening van centraal en perifeer werkzame (genees)middelen; d) heteroanamnese bij vertegenwoordiger/naasten; e). laboratorium onderzoek (b.v. bepalen glucose; nitriettest; BSE (of CRP); Hb; Ht; leukocyten etc.).	(Nederlands Huisartsen Genootschap, 2003; Nederlandse vereniging voor psychiatrie, 2004)
Behandeling	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met een delirium, in overleg met de leden van het multidisciplinaire team en de cliënt/diens vertegenwoordiger, concrete behandeldoelen en een gepaste behandeling vastgesteld (het wenselijke eindresultaat van de acties van zorgverleners over een vastgestelde periode)?	*
	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met een delirium medicamenteuze en/of niet medicamenteuze oplossingen geprobeerd te vinden en te initiëren voor somatische, psychogeriatrische of (geronto)-psychiatrische stoornissen die ten grondslag liggen aan het delirium?	*
Overleg cliënt/diens vertegenwoordiger	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met een delirium informatie verstrekt aan de cliënt en/of diens vertegenwoordiger en instemming gevraagd met de behandeling?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen et al., 2003)
Schriftelijke rapportage	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met een delirium de volgende aspecten schriftelijk vastgelegd (in het zorg(leef)plan): - resultaten van de probleeminventarisatie en het eventueel aanvullende onderzoek; - het behandeldoel; - de ingestelde behandeling inclusief de verantwoordelijkheid hierover; - (observatie)instructies voor verpleging/verzorging; - hetgeen besproken is met de cliënt/diens vertegenwoordiger?	*
Evaluatie	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met een delirium, de eerste paar dagen na diagnosestelling, frequente controles uitgevoerd betreffende: a). het beloop van eventueel onderliggende stoornis(sen); b). eventuele complicatie (ondervoeding/dehydratie; vallen; urineretentie; incontinentie; decubitus); c). symptomen van een delirium?	(Nederlands Huisartsen Genootschap, 2003)
Multidisciplinaire afstemming	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met een delirium in het multidisciplinair overleg (MDO) de afstemming tussen de afzonderlijke interventies van de andere betrokken disciplines bewaakt, ten aanzien van de behandeling van het delirium?	*

Vervolg Delirium		Bron
Preventie	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten die in het verleden een delirium hebben doorgemaakt preventieve maatregelen getroffen ter preventie van een recidief zoals; a). beperken van de risicofactoren (polifarmacie; medicatie met anticholinerge werking; dehydratie; slaapdeprivatie; immobiliteit); b). behandelen van functionele beperkingen (visus en gehoor); c) stimuleren van optimale omgevingsfactoren (rust, regelmaat, bewaking van het dag-nachtritme, uitleg en hulp bij oriëntatie)?	(Nederlands Huisartsen Genootschap, 2003)
Schriftelijke afspraken	Is er binnen de organisatorische eenheid een actueel en geaccordeerd protocol/richtlijn voor de preventie en behandeling van een delirium aanwezig en heeft de verpleeghuisarts hieraan een inhoudelijke bijdrage geleverd?	*
*Vraag niet afkomstig uit richtlijn van de NVVA behorende bij het betreffende ziektebeeld, maar overgenomen uit richtlijn van de NVVA betreffende een ander ziektebeeld.		

Diabetes Mellitus		
Vragen voor de 2 ^e fase van het GGT betreffende de medische zorg.		
<i>Momenteel is dit onderwerp nog niet als zorginhoudelijke indicator opgenomen in het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg. Indien hiertoe wordt overgegaan zouden mogelijke vragen in de tweede fase van het GGT kunnen zijn:</i>		Bron
Diagnostiek & Anamnese	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met diabetes de laatste 12 maanden een algehele diabetescontrole (laten) uitgevoerd (uitvoeren)? Deze diabetes controle bestond in ieder geval uit: a. laboratorium onderzoek naar HbA1c; b. bloeddruk meting; c. bepaling cholesterol/HDL waarde; d. bepaling albuminurie gehalte; e. bepaling serum creatinine gehalte; f. gedetailleerd voetonderzoek (onderzoek op afwijkingen neuropathie, ischemie); g. oogheelkundig onderzoek (hoogrisico patiënten minimaal jaarlijks oogheelkundig onderzoek, laagrisico patiënten slechts tweejaarlijks).	(Storms et al., 2002)
Behandeling	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met diabetes, naar aanleiding van de gegevens uit de diabetescontrole, in overleg met het multidisciplinaire team en de cliënt/diens vertegenwoordiger, concrete behandeldoelen en een gepaste behandeling vastgesteld (het wenselijke eindresultaat van de acties van zorgverleners over een vastgestelde periode)?	*
	Heeft de verpleeghuisarts, (para)medische disciplines (b.v. ergotherapeut, diëtist, fysiotherapeut) bij de behandeling van de diabetes betrokken, door middel van (een) schriftelijke verwijzing(en)?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen et al., 2003)
Overleg cliënt/diens vertegenwoordiger	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met diabetes informatie verstrekt aan de cliënt en/of diens vertegenwoordiger en instemming gevraagd met de behandeling?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen et al., 2003)
Schriftelijke rapportage	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met diabetes de volgende aspecten schriftelijk vastgelegd (in het zorg(leef)plan): - resultaten van de algehele diabetescontrole; - het behandeldoel; - de ingestelde behandeling inclusief de verantwoordelijkheid hierover; - (observatie)instructies voor verpleging/verzorging; - hetgeen besproken is met de cliënt/diens vertegenwoordiger?	*
Evaluatie	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met diabetes op een bij inzet van de behandeling vastgesteld tijdstip, het effect van de behandeling geëvalueerd en deze zo nodig bijgesteld?	*
Multidisciplinaire afstemming	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met diabetes in het multidisciplinair overleg (MDO) de afstemming tussen de afzonderlijke interventies van de betrokken disciplines bewaakt, ten aanzien van de behandeling van diabetes?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen et al., 2003)
Schriftelijke afspraken	Is er binnen de organisatorische eenheid een actueel en geaccordeerd protocol/richtlijn voor de (preventieve) behandeling van diabetes aanwezig en heeft de verpleeghuisarts hieraan een inhoudelijke bijdrage geleverd?	*
<i>*Vraag niet afkomstig uit richtlijn van de NVVA behorende bij het betreffende ziektebeeld, maar overgenomen uit richtlijn van de NVVA betreffende een ander ziektebeeld.</i>		

Infecties		
Vragen voor de 2 ^e fase van het GGT betreffende de medische zorg.		
<i>Momenteel is dit onderwerp nog niet als zorginhoudelijke indicator opgenomen in het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg. Indien hiertoe wordt overgegaan zouden mogelijke vragen in de tweede fase van het GGT kunnen zijn:</i>		Bron
Diagnostiek & Anamnese	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten die tekenen van een infectie vertonen, op basis van diagnostiek en (hetero)anamnese een probleeminventarisatie uitgevoerd? Het diagnostisch en (hetero)anamnestisch onderzoek bestond bijvoorbeeld uit: 1). <i>(Hetero)anamnese</i> (b.v. inventarisatie klachten bij cliënt/vertegenwoordiger/verzorging; inventarisatie medische voorgeschiedenis); 2). <i>Lichamelijk onderzoek</i> (b.v. meten temperatuur, bloeddruk, pols, onderzoeken infectiegebied); 3). <i>Aanvullend onderzoek</i> (b.v. bloed en/of urineonderzoek). [<i>Het gewenste diagnostisch onderzoek is afhankelijk van het soort infectie</i>]	*
Behandeling	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten die tekenen van een infectie vertonen, naar aanleiding van de gegevens uit de (hetero)anamnese en diagnostiek, in overleg met het multidisciplinaire team en de cliënt/diens vertegenwoordiger, concrete behandeldoelen en een gepaste behandeling vastgesteld (het wenselijke eindresultaat van de acties van zorgverleners over een vastgestelde periode)?	*/(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2006)
	Heeft de verpleeghuisarts naast de standaard behandeling van de infectie (antibiotica), maatregelen genomen om eventuele complicaties van een infectie te voorkomen en te bestrijden (b.v. preventie decubitus; preventie delirium; toezien op adequate vocht en voedselinname)?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2006)
Overleg cliënt/diens vertegenwoordiger	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten bij wie een infectie gediagnosticeerd werd, informatie verstrekt aan de cliënt en/of diens vertegenwoordiger en instemming gevraagd met de behandeling?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen et al., 2003)
Schriftelijke rapportage	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten bij wie een infectie gediagnosticeerd werd de volgende aspecten schriftelijk vastgelegd (in het zorg(leef)plan): - de resultaten van de probleeminventarisatie; - het behandeldoel; - hetgeen besproken is met de cliënt/diens vertegenwoordiger; - (observatie)instructies voor verpleging/verzorging; - ingestelde behandeling inclusief de verantwoordelijkheid hierover?	(Universiteit Maastricht, 2006)
Evaluatie	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten bij wie een infectie gediagnosticeerd werd, op een bij inzet van de behandeling vastgesteld tijdstip, het effect van de behandeling geëvalueerd en deze zo nodig bijgesteld?	*
Multidisciplinaire afstemming	Evalueert de verpleeghuisarts jaarlijks, in overleg met de medisch microbioloog, de urinekweken?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2006)
	Evalueert de verpleeghuisarts jaarlijks, in overleg met de toezichthoudend apotheker, de gebruikte antibiotica en hun bijwerkingen en vindt op basis van de resultaten een herijking van de eerste keus middelen plaats?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, 2006)
	Is er binnen de organisatorische eenheid een actieve infectiecommissie aanwezig en is de verpleeghuisarts hierin vertegenwoordigd?	(Inspectie voor de gezondheidszorg, 2006e)
	Is er vanuit de infectiecommissie periodiek overleg met de ziekenhuishygiënist en/of arts-microbioloog?	(Inspectie voor de gezondheidszorg, 2006e)
Schriftelijke afspraken	Zijn er binnen de organisatorische eenheid actuele en geaccordeerde protocollen/richtlijnen voor de preventie en behandeling van de verschillende infectieziekten aanwezig en heeft de verpleeghuisarts hieraan een inhoudelijke bijdrage geleverd?	(Inspectie voor de gezondheidszorg, 2006e)/www.wip.nl
<i>*Vraag niet afkomstig uit richtlijn van de NVVA behorende bij het betreffende ziektebeeld, maar overgenomen uit richtlijn van de NVVA betreffende een ander ziektebeeld.</i>		

Pijn		
Vragen voor de 2^e fase van het GGT betreffende de medische zorg.		
<i>Momenteel is dit onderwerp nog niet als zorginhoudelijke indicator opgenomen in het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg. Indien hiertoe wordt overgegaan zouden mogelijke vragen in de tweede fase van het GGT kunnen zijn:</i>		Bron
Diagnostiek & Anamnese	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten die aangeven pijn te hebben/of tekenen van pijn vertonen, middels (hetero)anamnese en diagnostiek, een probleeminventarisatie gemaakt?	*
Behandeling	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten die aangeven pijn te hebben/of tekenen van pijn vertonen, naar aanleiding van de gegevens uit de (hetero)anamnese en diagnostiek, in overleg met het multidisciplinaire team en de cliënt/diens vertegenwoordiger, concrete behandeldoelen en een gepaste behandeling/interventie vastgesteld (het wenselijke eindresultaat van de acties van zorgverleners over een vastgestelde periode)?	*
	Heeft de verpleeghuisarts, (para)medische disciplines (ergotherapeut, diëtist, fysiotherapeut, psycholoog) bij de behandeling van de pijn betrokken, door middel van (een) schriftelijke verwijzing(en)?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen et al., 2003)
Overleg cliënt/diens vertegenwoordiger	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten die aangeven pijn te hebben/of tekenen van pijn vertonen informatie verstrekt aan de cliënt en/of diens vertegenwoordiger en instemming gevraagd met de behandeling?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen et al., 2003)
Schriftelijke rapportage	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten die aangeven pijn te hebben/of tekenen van pijn vertonen de volgende aspecten schriftelijk vastgelegd (in het zorg(leef)plan): - de resultaten van de probleeminventarisatie; - het behandeldoel; - de ingestelde behandeling/interventies inclusief de verantwoordelijkheid hierover; - (observatie)instructies voor verpleging/verzorging; - hetgeen besproken is met de cliënt/diens vertegenwoordiger?	*
Evaluatie	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten die aangeven pijn te hebben/of tekenen van pijn vertonen op een bij inzet van de behandeling vastgesteld tijdstip, het effect van de behandeling geëvalueerd en deze zo nodig bijgesteld?	*
Multidisciplinaire afstemming	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten die aangeven pijn te hebben/of tekenen van pijn vertonen, in het multidisciplinair overleg (MDO) de afstemming tussen de afzonderlijke behandelingen/interventies van de betrokken disciplines bewaakt, ten aanzien van de behandeling van de pijn?	*
Schriftelijke afspraken	Is er binnen de organisatorische eenheid een actueel en geaccordeerd protocol/richtlijn voor de preventie en behandeling van pijn aanwezig en heeft de verpleeghuisarts hieraan een inhoudelijke bijdrage geleverd?	*
<i>*Vraag niet afkomstig uit richtlijn van de NVVA behorende bij het betreffende ziektebeeld, maar overgenomen uit richtlijn van de NVVA betreffende een ander ziektebeeld.</i>		

Slikproblemen		
Vragen voor de 2^e fase van het GGT betreffende de medische zorg.		
<i>Momenteel is dit onderwerp nog niet als zorginhoudelijke indicator opgenomen in het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg. Indien hiertoe wordt overgegaan zouden mogelijke vragen in de tweede fase van het GGT kunnen zijn:</i>		Bron
Diagnostiek & Anamnese	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met een mogelijk slikprobleem, middels diagnostiek en (hetero)anamnese en in overleg met het multidisciplinaire team, een probleeminventarisatie gemaakt? Hierbij heeft de verpleeghuisarts voor zover van toepassing en nog niet bekend: a). informatie ingewonnen over de aard van het slikprobleem, de ontstaanswijze, het beloop, bepaald soort klachten, wijze waarop cliënt/omgeving het probleem ervaren; b). gezocht naar aanknopingspunten in de medische voorgeschiedenis; c). gekeken naar het geneesmiddelengebruik en de wijze en omstandigheden van medicatie-inname; d). specifiek lichamelijk onderzoek verricht (o.a. beoordeling bewustzijn, cognitie en stemming; beoordeling conditie, voeding en hydratietoestand etc.).	(Ritmeijer et al., 2001a; Ritmeijer et al., 2001b)
Behandeling	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met slikproblemen, naar aanleiding van de gegevens uit de diagnostiek, in overleg met het multidisciplinaire team en de cliënt/diens vertegenwoordiger, concrete behandeldoelen en een gepaste behandeling/interventie vastgesteld (het wenselijke eindresultaat van de acties van zorgverleners over een vastgestelde periode)?	(Ritmeijer et al., 2001a; Ritmeijer et al., 2001b)
	Heeft de verpleeghuisarts, (para)medische disciplines (ergotherapeut, diëtist, logopedist, fysiotherapeut, maatschappelijk werkende, psycholoog) bij de behandeling van het slikproblemen betrokken, door middel van (een) schriftelijke verwijzing(en)?	(Ritmeijer et al., 2001a; Ritmeijer et al., 2001b)
Overleg cliënt diens vertegenwoordiger	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met een chronisch slikprobleem of progressief verlopend slikprobleem met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger de volgende aspecten besproken: a). prognose van het probleem; b). onderliggende ziekten; c) risico's van het slikprobleem; d). (medisch) beleid bij complicaties/verdere achteruitgang?	(Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen et al., 2003; Ritmeijer et al., 2001a; Ritmeijer et al., 2001b)
Schriftelijke rapportage	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met een slikprobleem de volgende aspecten schriftelijk vastgelegd (in het zorg(leef)plan): - resultaten van de probleeminventarisatie; - het behandeldoel; - de ingestelde behandeling/interventies inclusief de verantwoordelijkheid hierover; - (observatie)instructies voor verpleging/verzorging; - hetgeen besproken is met de cliënt/diens vertegenwoordiger?	(Ritmeijer et al., 2001a; Ritmeijer et al., 2001b)
Evaluatie	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met een slikprobleem op een bij inzet van de behandeling vastgesteld tijdstip, het effect van de behandeling geëvalueerd en deze zo nodig bijgesteld?	(Ritmeijer et al., 2001a; Ritmeijer et al., 2001b)
Multidisciplinaire afstemming	Heeft de verpleeghuisarts bij cliënten met een slikprobleem in het multidisciplinair overleg (MDO) de afstemming tussen de afzonderlijke interventies van de betrokken disciplines bewaakt, ten aanzien van de behandeling van het slikprobleem?	(Ritmeijer et al., 2001a; Ritmeijer et al., 2001b)

Vervolg Slikproblemen		Bron
<i>Schriftelijke afspraken</i>	Is er binnen de organisatorische eenheid een actueel en geaccordeerd protocol/richtlijn voor de preventie en behandeling van slikproblemen aanwezig en heeft de verpleeghuisarts hieraan een inhoudelijke bijdrage geleverd?	*
<i>*Vraag niet afkomstig uit richtlijn van de NVVA behorende bij het betreffende ziektebeeld, maar overgenomen uit richtlijn van de NVVA betreffende een ander ziektebeeld.</i>		

4 Conclusies, aanbevelingen en vervolgtraject

In dit uitleidende hoofdstuk worden de belangrijkste uitkomsten besproken en aanbevelingen gedaan aan de hand van de twee onderzoeksvragen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een beschrijving van de manier waarop de IGZ, de resultaten van dit onderzoek, zou kunnen gaan gebruiken.

4.1 Nieuwe uitkomstindicatoren

De eerste onderzoeksvraag in dit onderzoek betreft:

Welke (onderwerpen voor) nieuwe indicatoren zijn geschikt voor het meten van de kwaliteit van de medische zorg in verpleeghuissettings in de eerste fase van het GGT?

Dit onderzoek heeft geresulteerd in een vijftal onderwerpen voor nieuwe indicatoren die in de toekomst eventueel opgenomen zouden kunnen worden in het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, dat vanaf 2007 wordt gebruikt in de eerste fase van het inspectietoezicht. Door de deskundigen die deelnamen aan de expertbijeenkomst werden vijf thema's, namelijk: delirium, diabetes mellitus, infecties, pijn en slikproblemen als meest relevant bestempeld, omdat deze frequent voorkomen bij bewoners van verpleeghuissettings en waarvan de negatieve gevolgen positief beïnvloed kunnen worden door de verpleeghuisarts. Aansluitend aan de expertbijeenkomst heeft het NIVEL deze vijf thema's steeds volgens een zelfde systematiek uitgewerkt en (wetenschappelijk) onderbouwd. Zo bevatten de overzichten (zie paragraaf 3.8.1), waarin de vijf thema's worden uitgewerkt een beschrijving van alle uitkomstindicatoren die in de bestudeerde literatuur gevonden werden en waaruit eventueel een keuze gemaakt kan worden.

Voor toekomstig gebruik van de geïnventariseerde uitkomstindicatoren dient echter met een aantal zaken rekening gehouden te worden. Zo werden verschillende van de in dit onderzoek geïnventariseerde uitkomstindicatoren nog niet (zelfstandig) in de praktijk uitgetest. Er is daarom vervolgonderzoek nodig om te kunnen bepalen of de indicatoren voldoende sensitief, specifiek en betrouwbaar zijn om daadwerkelijk verpleeghuissettings te kunnen opsporen met een verhoogd risico op onverantwoorde zorg. Door de indicatoren in de praktijk uit te testen kan tevens de bruikbaarheid van de indicatoren worden bepaald. Verder is het noodzakelijk om voor de indicatoren die bestemd zijn voor de eerste fase van het GGT veldnormen te ontwikkelen. De interpretatie van de resultaten blijft namelijk lastig zonder de beschikbaarheid van veldnormen. De geïnventariseerde uitkomstindicatoren zijn afkomstig uit een beperkte search, met name in nationale literatuurreferenties. Ditzelfde geldt voor de meetinstrumenten die worden opgesomd. Door de beperkte search werden met name reeds veel gebruikte meetinstrumenten

gevonden (zoals de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ), RAI-View et cetera). Andere meetmethoden zouden eveneens gebruikt kunnen worden. Daarbij kan gedacht worden aan meetsystemen die door organisaties zelf worden ontwikkeld, het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD), de ActiZ Registratietool, et cetera (Berg et al., 2007). Bij ingebruikname van de uitkomstindicatoren en/of meetinstrumenten zou eventueel nog een aanvullende search uitgevoerd kunnen worden.

4.2 Tweede fase van het GGT betreffende de medische zorg

De tweede onderzoeksvraag in dit onderzoek is:

Welke vragen zijn geschikt voor het toezicht op de kwaliteit van de medische zorg in verpleeghuissettings in de tweede fase van het GGT?

In dit onderzoek werden vragen opgesteld, die geschikt lijken om in de tweede fase van het GGT specifiek aan de orde te stellen bij verpleeghuisartsen van instellingen met een verhoogd risico op zorg van onvoldoende kwaliteit. Dit is mede relevant omdat tot dusver de verpleeghuisarts niet of nauwelijks geïnterviewd werd in de tweede fase van het GGT. Door de IGZ is ervoor gekozen om in dit project juist deze professional eruit te lichten, omdat de verpleeghuisarts binnen het multidisciplinaire geheel van (para)medische disciplines een regiefunctie vervult en het beste zicht heeft op alle onderdelen van de (para)medische zorgverlening. De deskundigen in de expertbijeenkomst vinden het belangrijk dat de verpleeghuisarts ook wordt geïnterviewd in de tweede fase van het GGT.

Het NIVEL heeft daarom voor de zorginhoudelijke indicatoren die momenteel zijn opgenomen in het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg onderbouwde vragen opgesteld, die in de tweede fase van het GGT specifiek aan verpleeghuisartsen gesteld zouden kunnen worden. Deze vragen werden zoveel mogelijk afgeleid uit richtlijnen ontwikkeld door de NVVA, specifiek voor het betreffende onderwerp. De IGZ zal, in een vervolgtraject (zie paragraaf 4.1.3), een selectie maken uit deze vragen.

Voor toekomstig gebruik van de opgestelde vragen dient echter met een aantal zaken rekening gehouden te worden. Door de gekozen afbakening (zie paragraaf 3.3) ligt bij de vragen voor de tweede fase van het GGT vooral de nadruk op diagnosestelling en behandeling en alles wat hiermee te maken heeft. Primaire en secundaire preventie van bepaalde ziektebeelden (zoals infectieziekten, valincidenten, ondervoeding, decubitus et cetera), wat voornamelijk een multidisciplinaire aangelegenheid is, komen slechts minimaal aan bod. Bij een eventuele uitbreiding van de vragen, zou aan die specifieke onderwerpen aandacht besteed kunnen worden.

In dit onderzoek werd, op verzoek van de IGZ, het cliëntperspectief buiten beschouwing gelaten. In de toekomst zou het onderwerp 'medische zorg' eventueel opgenomen kunnen worden in de cliëntraadpleging die middels de cliëntgebonden indicatoren uitgevoerd wordt (CQ-index). De focus binnen dit onderzoek lag verder op proces- en uitkomstaspecten van zorg, die betrekking hebben op het directe contact van de verpleeghuisarts met zijn cliënten en op aspecten die gerelateerd zijn aan overdracht, samenwerking en continuïteit waarvoor de verpleeghuisarts rechtstreeks verantwoordelijk

is. Tijdens de eerste bijeenkomst met inspecteurs van de IGZ (zie paragraaf 3.1) werd aangekaart dat er veel problemen zijn in de samenwerking tussen enerzijds het verpleeghuis en anderzijds de huisarts en/of het ziekenhuis. Genoemde problemen hadden bijvoorbeeld betrekking op het ontbreken van samenwerkingsafspraken tussen verpleeghuizen en huisartsen/ziekenhuizen. Dergelijke structuurproblemen, die verband houden met de ketenzorg, komen momenteel door de keuze voor proces- en uitkomstindicatoren, niet of weinig aan bod. Ook andere relevante structuurkenmerken (bijvoorbeeld scholingsgraad verpleeghuisarts; beschikbaarheid personeel, medisch equipment), die essentieel zijn voor de kwaliteit van de medische zorg, worden verder niet uitgewerkt. Het is aan te bevelen dat de IGZ, bij het ontwerpen van een vernieuwd tweede fase instrument, hier ook aandacht aan besteedt. Zoals gezegd werden, de vragen voor de tweede fase zoveel mogelijk afgeleid uit richtlijnen ontwikkeld door de NVVA. Bij thema's waarvoor geen richtlijn van de NVVA voorhanden was, werd of gebruik gemaakt van algemene principes uit een richtlijn van de NVVA betreffende een ander onderwerp of er werd gebruik gemaakt van richtlijnen ontwikkeld door andere beroepsverenigingen. Door inspecteurs van de IGZ en de NVVA werden vraagtekens geplaatst bij het voortbouwen op richtlijnen die niet voor de eigen beroepsgroep werden ontwikkeld. De vragen, die niet onderbouwd werden met richtlijnen van de NVVA, zouden in een vervoltraject beoordeeld kunnen worden door leden van de betreffende beroepsvereniging. Daarnaast lijkt het voor de positionering van de verpleeghuisarts, essentieel dat dergelijke ontbrekende richtlijnen binnen afzienbare tijd ontwikkeld en geïmplementeerd worden. De beroepsvereniging zou hierin een initiërende rol kunnen spelen.

4.3 Vervoltraject vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg

Het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg wordt dit jaar en in 2008, voor het eerst landelijk toegepast. Mochten de indicatoren uit het kwaliteitskader voor de IGZ niet de gewenste informatie opleveren, dan kan de IGZ de Stuurgroep Verantwoorde Zorg verzoeken één of meerdere uitkomstindicatoren uit dit onderzoek ter vervanging/uitbreiding op te nemen in het kwaliteitskader.

Het programma Ouderenzorg van de IGZ ontwerpt, zoals gezegd, een nieuw instrument voor haar tweede fase toezicht. Dit instrument zal uit meerdere modules bestaan, waarbij het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg richtinggevend is. Eén van deze modules betreft de zorginhoudelijke veiligheid, waarin de vragen die binnen dit onderzoek ontwikkeld werden, geïntegreerd worden. Thema's als decubitus, valincidenten, medicijnincidenten behoren hiertoe. Als in de eerste fase van het GGT blijkt dat een instelling niet goed scoort op bijvoorbeeld het thema 'decubitus', dan kan op basis van de vragen geformuleerd in dit onderzoek, met de verpleeghuisarts hierover gesproken worden. De IGZ zal in een vervoltraject, een selectie maken uit de vragen die door het NIVEL geformuleerd werden en gesprekspunten benoemen voor haar tweede fase toezichtinstrument. De verwachting is dat in najaar 2007 het concept toezichtinstrument voor de tweede fase gereed is. Met de NVVA en ActiZ is afgesproken dat, voordat het concept toezichtinstrument in de praktijk wordt uitgetest, het eerst met hen besproken zal worden.

Literatuur

Gebruikte literatuur

Achterberg WP. *Caring for quality: the use of the Minimum Data Set (MDS) for research into quality of care and patient functioning in nursing homes; proefschrift*. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2004

ARCARES. *Benchmark verpleeg- en verzorgingshuizen 2003: prestaties van zorgaanbieders gemeten: algemeen rapport*. Utrecht: Arcares, 2004

Arcares et al. *Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden*. Utrecht: Arcares, 2001

Arcares et al. *Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg. Een ontwikkelingsmodel voor verpleeg en verzorgingshuizen*. Utrecht: Arcares, AVVV, LOC, NVVA, Sting, IGZ, VWS, ZN, 2005

Berg M, Groenewoud AS. *Evaluatie Normen voor Verantwoorde Zorg VV&T*. Amsterdam: Plexus Medical Group, 2007

Brink-Muinen A, Wagner C. *Risico-indicatoren voor de langdurige zorgverlening*. Utrecht: NIVEL, 2004

Colsen PJA, Casparie AF. *Indicatorregistratie: een model ten behoeve van integrale kwaliteitszorg in een ziekenhuis*. Medisch Contact, 1995; 50(9): p.p.297-lit

Cools HJM, van Essen GA. *De richtlijn 'Influenzapreventie in verpleeghuizen en verzorgingshuizen' van de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen: taakverdeling tussen verpleeghuisarts, huisarts en bedrijfsarts*. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2005; 149(3): p.119-124

Cowan DT, Fitzpatrick JM, Roberts JD, et al. *The assessment and management of pain among older people in care homes: current status and future directions*. Int J Nursing Studies, 2003; 40: p.291-298

de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie et al. *Farmaceutische zorg in verpleeghuizen*. Utrecht: KNMP, NVVA, NVVz, NVZA, 1998

Dejaeger E. *Slikstoornissen bij ouderen, nog al te vaak een vergeten probleem*. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 2004; 35: p.3-4

Fox PL, Raina P, Jadad AR. *Prevalence and treatment of pain in older adults in nursing homes and other long-term care institutions: a systematic review*. CMAJ, 1999; 160(3): p.329-333

Inspectie voor de gezondheidszorg. *Drie jaar inspectieformulier: een verzameling van kwaliteitsinformatie*. Den Haag: IGZ, 2006a

- Inspectie voor de gezondheidszorg. *Eindrapportage Meldpunt Verpleeghuiszorg. Aanhoren en gehoor geven*. Den Haag: IGZ, 2006b
- Inspectie voor de gezondheidszorg. *Inspectieformulier Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis ten behoeve van de Pilot Normen voor Verantwoorde Zorg*. Den Haag: IGZ, 2006c
- Inspectie voor de gezondheidszorg. *Kwaliteitsverbetering mogelijk door actief gebruik indicatoren. Resultaten inspectieformulier 2005 verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en thuiszorg*. Den Haag: IGZ, 2006d
- Inspectie voor de gezondheidszorg. *Verpleeghuiszorg: kwaliteitsslag is gaande. Resultaat van geïntensiveerd toezicht 2005-2006*. Den Haag: IGZ, 2006e
- Kalisvaart CJ. *Primary prevention of delirium in the elderly; proefschrift*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2005
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. *Het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies in de zorg; een richtlijn voor verpleegkundigen en verzorgenden in een multidisciplinaire omgeving*. Utrecht: CBO, 2001
- Lagro-Janssen ALM, Breedveldt-Boer HP, Van Dongen JJAM, Lemain TJJ, Teunissen D, Van Pinxteren B. *NHG-Standaard Incontinentie voor Urine; Eerste herziening*. Huisarts en Wetenschap, 2006; 49(10): p.501-510
- Morris JN, Murphy K, Nonemaker S, Fries BE, Hawes C, Phillips C et al. *InterRAI: Resident Assessment Instrument versie 2.0; Patiëntbeoordelingsinstrument*. Utrecht: SIG zorginformatie, 1996
- Nederlands Huisartsen Genootschap. *NHG Standaard delier bij ouderen*. Utrecht: NHG, 2003
- Nederlandse Diabetes Federatie, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. *Diabetische retinopathie, Diabetische nefropathie, Diabetische voet, Hart- en vaatziekten bij diabetes mellitus. Richtlijnen NDF/CBO*. Leusden: NDF/CBO, 1998
- Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen. *Tripartiete multidisciplinaire richtlijn. Samenwerking en logistiek rond decubitus*. Utrecht: NVVA et al., 2002
- Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen. *Richtlijn Influenza preventie in verpleeghuizen en verzorgingshuizen*. Utrecht: NVVA, 2004
- Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen. *Richtlijn Urineweginfectie*. Utrecht: NVVA, 2006
- Nederlandse Vereniging Van Verpleeghuisartsen, Nederlandse Vereniging voor Sociale Geriatrie. *Nota Takenpakket verpleeghuisarts/ sociaal geriater*. Utrecht: NVVA/NSG, 2003
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. *Richtlijnen preventie valincidenten bij ouderen*. Utrecht: NVKG et al., 2004
- Nederlandse vereniging voor psychiatrie. *Richtlijn delirium*. Utrecht: NVVP, 2004
- Neyens JCL. *Fall prevention in psychogeriatric nursing home residents; proefschrift*.

Maastricht: Universiteit Maastricht, 2007

Neyens JCL, Dijcks BPJ, de Kinkelder A, Graafmans WC, Schols JMGA. *CBO Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen: wat kunnen verpleeghuizen hiermee?* Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 2005; 36(4): p.155-160

Ritmeijer CAM, Dijkerman E, van Kan ARM, Koenders HM, Kuijvenhoven FT, van der Meijden NAEM et al. *Richtlijn Slikproblemen*. Utrecht: NVVA, 2001a

Ritmeijer CAM, Dijkerman E, van Kan ARM, Koenders HM, Kuijvenhoven FT, van der Meijden NAEM et al. *NVVA-richtlijn Slikproblemen*. Vox Hospitii: Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde, 2001b; 25(1): p.6-16

Samenwerkingsverband Implementatieprogramma WGBO. *Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 2 Informatie en toestemming*. Utrecht: KNMG, 2004

Scherder EJA. *De invloed van dementie op pijnbeleving*. Tijdschrift voor verpleeghuisgeneeskunde, 2006; 31(6): p.182-185

Schols JMGA, Crebolder HFJM, Weel van C. *Nursing home and nursing home physician: the dutch experience*. Journal of American Medical Directors Association, 2004; 5: p.207-212

Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. *Certificeringsschema voor Thuiszorgorganisaties, Verpleeghuizen en Verzorgingshuizen. Versie 2006*. Utrecht: Stichting HKZ, 2006

Storms GEMG, ten Have P, Dijkstra R. *Indicatoren voor verbetering van de diabeteszorg*. Utrecht: CBO, 2002

Stuurgroep Verantwoorde Zorg. *Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg. Een operationalisatie van het Visiedocument Normen voor Verantwoorde zorg in een indicatorenset en een sturingsmodel voor de V&V*. Utrecht: Arcares, AVVV, LOC, NVVA, Sting, IGZ, VWS, ZN, 2005

Stuurgroep Verantwoorde Zorg. *Bijlage Indicatorenset Verantwoorde zorg behorende bij het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (VVT)*. Utrecht: Arcares, AVVV, LOC, NVVA, Sting, IGZ, VWS, ZN, 2007

The Gerontic Nursing Clinical School, School of Public Health, La Trobe University, Bundoora Extended Care Centre. *Public Sector Residential Aged Care. Quality of Care Performance Indicator Project Report*. Australia (Victoria): Aged Care Branch of the Department of Human Services, 2004

Timmers J, Kalisvaart K, Schuurmans M, de Jonghe J. *Een overzicht van beoordelingsschalen voor delier*. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 2004; 35: p.5-13

Trimbos-instituut. *Multidisciplinaire richtlijn Depressie; richtlijn voor de behandeling van volwassen cliënten met een depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2005

Universitair Medisch Centrum Utrecht, Universiteit Maastricht, ARCARES. *Handreiking verantwoord gebruik van vrijheidsbeperkende interventies in het verpleeg- en verzorgingshuis*. Utrecht: Arcares, 2004

Universiteit Maastricht. *Rapportage resultaten Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2006*. Maastricht: Universiteit Maastricht; Verplegingswetenschappen, 2006

van den Berg MJ, de Bakker DH, van Roosmalen M, Braspenning JCC. *De staat van de huisartsenzorg: beschrijving van de stand van zaken in de huisartsenzorg en voorstel van een serie toezichtindicatoren voor de huisartsenzorg*. Utrecht: NIVEL, 2005

van der Steen JT, Ooms ME, Frijter DHM, Ribbe MW, van der Wal G. *Incidentie van pneumonie bij Nederlandse verpleeghuisbewoners met dementie*. Infectieziekten Bulletin, 2003; 14(4): p.126-132

Wagner C, Wiersma L, Ribbe MW, van der Wal G. *Bewonersgebonden kwaliteitsindicatoren in de ouderenzorg*. Kwaliteit in Beeld, 2001; 11(5): p.3-5

Won A, Gambassi G, Murphy KM. *Resident Assessment Protocol: Pain.*, 2001

Ypma-Bakker MEM, Glas ER, Hagens JHAM, Hensels JGH, Rondas AALM, Saltet ML et al. *Richtlijn Probleemgedrag*. Utrecht: NVVA, 2002

Zuurmond WWA, Perez R, Ribbe MW. *Het belang van de meting van pijn in het verpleeghuis*. Tijdschrift voor verpleeghuisgeneeskunde, 2006; 31(6): p.186-188

Zwakhallen SM, Hamers JP, Berger MP. *The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia*. Pain, 2006; 126(1-3): p.210-220

Website: <http://www.diabetesfederatie.nl/Deomvang.htm> Geraadpleegd op 18/05/07

Website: <http://www.zorgvoorbeter.nl/> Geraadpleegd op 04/06/07

Website: http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_document/o611n438.html

Geraadpleegd op 13/06/07

Website: <http://www.wip.nl/> Geraadpleegd op 21/06/07

Bijlage 1 Deelnemers bijeenkomsten IGZ

Eerste bijeenkomst januari 2007

- | | |
|--------------------------|---|
| - Dhr H. Admiraal | Directeur behandelzaken Evenan en arts |
| - Mw M.W. Bobeldijk-Cijs | Inspecteur Ouderenzorg IGZ |
| - Mw A.L. Francke | Programmaleider Verpleging & Verzorging NIVEL |
| - Dhr H.A.J. Nooij | Inspecteur Ouderenzorg IGZ |
| - Mw M.J. Peper | Inspecteur Ouderenzorg IGZ/
Projectleider onderhavig project |
| - Dhr J.E. Slotema | Inspecteur Ouderenzorg IGZ |
| - Mw K.F.J. Spijkers | Onderzoeker NIVEL |

Tweede bijeenkomst juni 2007

- | | |
|---------------------------|---|
| - Mw A.L. Francke | Programmaleider Verpleging & Verzorging NIVEL |
| - Mw C.A.J. Ketelaars | Programmaleider Ouderenzorg/
Coördinerend inspecteur IGZ |
| - Dhr M.E.W. Melchior | Coördinerend inspecteur IGZ |
| - Mw M.J. Peper | Inspecteur Ouderenzorg IGZ/
Projectleider onderhavig project |
| - Dhr J.M.G.A. Schols | Hoogleraar Chronische Zorg
(Universiteit van Tilburg)/
Hoogleraar Verpleeghuisgeneeskunde
(Universiteit van Maastricht) |
| - Mw K.F.J. Spijkers | Onderzoeker NIVEL |
| - Mw M.J.A van der Putten | Inspecteur Ouderenzorg IGZ |

Schriftelijke bijdragen juni 2007

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| - Mw M.A.J. Bilkert-Mooiman | Inspecteur IGZ |
| - Mw M.W. Bobeldijk-Cijs | Inspecteur Ouderenzorg IGZ |
| - Mw J.E.M. Dalderup | Inspecteur IGZ |
| - Mw A.W. Geerdink | Coördinerend inspecteur IGZ |
| - Dhr H.A.J. Nooij | Inspecteur Ouderenzorg IGZ |

Bijlage 2 Zoekstrategieën NIVEL catalogus en Pubmed

2.1 Zoekstrategie NIVEL catalogus (07-02-2007)

Set 1

trefwoord = verpleeghuizen OR trefwoord = verpleeghuisgeneeskunde OR trefwoord =
ouderenzorg OR trefwoord = verpleeghuisartsen OR trefwoord = gerieters OR
trefwoord = geriatrie OR trefwoord = gerontologie

3977 records

Set 2

trefwoord = verzorgingshuizen OR trefwoord = "psychogeriatrische verpleeghuizen"
OR trefwoord = "somatische verpleeghuizen" OR trefwoord = "gecombineerde
verpleeghuizen" OR trefwoord = "klinische geriatrie" OR trefwoord = psychogeriatric
OR trefwoord = "sociale geriatrie"

1454 records

Set 3

Set 1 OR Set 2

4534 records

Set 4

trefwoord = indicatoren OR trefwoord = gezondheidsindicatoren OR trefwoord =
prestatie-indicatoren OR trefwoord = procesindicatoren OR trefwoord =
uitkomstindicatoren OR trefwoord = outcome OR trefwoord = "sociale indicatoren"

604 records

Set 5

trefwoord = richtlijnen OR trefwoord = protocollen OR trefwoord = standaarden OR
trefwoord = kwaliteitseisen OR trefwoord = Kwazo*

3692 records

Set 6

Set 4 OR Set 5

4096 records

Set 7

jaar_van_uitgave >= 2000

15678 records

Set 8

Set 3 AND Set 6 AND Set 7

147 records

Via zoekassistent:

Vrije tekst:

Risico OR risk

NOT trefwoord = risicogroepen NOT trefwoord = risicofactoren

1491 records

Opgeroepen in selectietaal: **Set 9**

Set 10

Set 3 AND Set 7 AND Set 9

11 records

Set 11

Set 8 OR Set 10

155 records

Set 12

trefwoord = benchmarking

78 records

Set 13

Set 3 AND Set 7 AND Set 12

11 records

Set 14

set 8 OR set 11 OR set 13

157 records (na ontdubbelen 156 records)

2.2 Zoekstrategie Pubmed (03-01-2007)

4

"dementia care"[Title] OR "nursing home"[Title] OR "nursing homes"[Title] OR "homes for the aged"[Title] OR "residential home"[Title] OR "residential homes"[Title] OR "long term care"[Title]

14489 records

8

"Nursing Homes"[MeSH] OR "Homes for the Aged"[MeSH] OR "Long-Term Care"[MeSH]

41563 records

9

#4 OR #8

43110 records

10

"quality indicators"[Title] OR "outcome assessment"[Title] OR "health status indicators"[Title] OR "risk indicator"[Title] OR "risk indicators"[Title]

1022 records

11

"Quality Indicators, Health Care"[MeSH] OR "Outcome Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "Health Status Indicators"[MeSH]

379604 records

12

#10 OR #11

380128 records

13

disease management

3790722 records

14

physician's practice patterns

20976 records

15

medicare OR physicians

181361 records

16

primary health care

51410 records

17

pneumonia OR decubitus OR pressure ulcer OR pressure ulcers OR dehydration OR polypharmacy
109046 records

18

"medical care"[Title/Abstract]
24676 records

19

#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18
4042707

20

#9 AND #12 AND #19
1808 records

21

#9 AND #12 AND #19 Limits: Entrez Date from 2000/01/01, only items with abstracts, English, French, German, Dutch
973 records

22

#21 NOT #13 Limits: Entrez Date from 2000/01/01, only items with abstracts, English, French, German, Dutch
124 records

Bijlage 3 Resultaten Literatuursearch

Document	Auteur	Soort document	Inclusie/Exclusie
Aan de slag met palliatief terminale zorg: hoe voer je verbeteringen door in de praktijk van verzorgingshuizen (2003).	Meerveld et al. (Prismant)	Handreiking	Inclusie
Alles naar wens? Klanttevredenheid over de zorg voor demente bewoners in verzorgings- en verpleeghuizen (2007).	Stichting Cliënt en Kwaliteit	Vragenlijst	Inclusie
Alles naar wens? Rapportage stichting cliënt en kwaliteit 2005 (2005).	Stichting Cliënt en Kwaliteit	Vragenlijst	Inclusie
Begrippen en zorgvuldigheidseisen m.b.t. de besluitvorming rond het levenseinde in de verpleeghuiszorg (2006).	AVVV, NVVA en Sting	Bronrapport	Inclusie
Benchmark verpleeg- en verzorgingshuizen 2003: prestaties van zorgaanbieders gemeten: algemeen rapport (2004).	Arcares	Vragenlijst/ Indicatoren	Inclusie
Beroepsprofiel van helpenden en verzorgenden (2000).	NIZW, Sting	Beroepsstandaard	Exclusie (5)
Beroepsprofiel van de verpleegkundige (1999).	NIZW, LCVV	Beroepsstandaard	Exclusie (5 en 6)
Bewonersgebonden kwaliteitsindicatoren in de ouderenzorg (2001).	Wagner et al. (NIVEL)	Indicatoren	Inclusie
Caring for quality: the use of the Minimum Data Set (MDS) for research into quality of care and patient functioning in nursing homes (2004).	Achterberg	Indicatoren	Inclusie
CBO Richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen: wat kunnen verpleeghuizen hiermee? (2005).	Neyens et al.	Artikel over richtlijn	Inclusie
Certificatieschema voor Thuiszorgorganisaties, Verpleeghuizen en Verzorgingshuizen. Versie 2006 (2006).	Stichting HKZ	Certificatieschema	Inclusie
Complex Regionaal Pijnsyndroom (2006).	NVR/NVA	Richtlijn	Inclusie
Continuïteit van medische zorg tussen verpleeghuisarts en huisarts (2001).	Schols et al.	Achtergrondartikel	Exclusie (3)
Decubitus doorgelicht: richtlijn onvoldoende in de praktijk toegepast. Een onderzoek naar de kwaliteit van de decubituszorg in Nederland en maatregelen om het aantal patiënten met decubitus te verminderen (2004).	IGZ	Rapport	Inclusie

Document	Auteur	Soort document	Inclusie/Exclusie
Decubituszorg in de praktijk: door sturen steeds beter (2006).	van Zelm	Achtergrondartikel	Exclusie (3)
De multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden, 2001. Een toelichting (2002).	Schols et al.	Artikel over richtlijn	Inclusie
De oudere patiënt met een delirium in het ziekenhuis: verwardheid nog onvoldoende onderkend (2005).	IGZ	Rapport	Inclusie
De richtlijn 'Influenzapreventie in verpleeghuizen en verzorgingshuizen' van de NVVA: taakverdeling tussen verpleeghuisarts, huisarts en bedrijfsarts (2005).	Cools et al.	Artikel over richtlijn	Inclusie
De staat van de huisartsenzorg: beschrijving van de stand van zaken in de huisartsenzorg en voorstel van een serie toezichtindicatoren voor de huisartsenzorg (2005).	Van den Berg et al. (NIVEL)	Indicatoren	Inclusie
Disseminatie van richtlijnen beroerte onder verpleeghuisartsen en revalidatieartsen: een cross-sectionele studie (2003).	Dautzenberg et al. (WOK)	Rapport over verspreiding richtlijn	Inclusie
Does the context matter? Utilization of sedative drugs in nursing homes - a multilevel analysis (2006).	Sonntag et al.	Achtergrondartikel	Exclusie (3)
Drie jaar inspectieformulier: een verzameling van kwaliteitsinformatie (2006).	IGZ	Rapport	Inclusie
Een nieuwe verpleegkundige in het verpleeghuis (juni 2004).	NIZW	Eindverslag	Exclusie (5)
Eindrapportage meldpunt verpleeghuiszorg. Aanhoren en gehoor geven (2006).	IGZ	Rapport	Inclusie
Effects of the Resident Assessment Instrument on quality of care and quality of life in nursing homes (2003).	Holtkamp	Proefschrift	Exclusie (3)
Ervaringen van familie met de besluitvorming rond ktvv bij mensen met dementia in het verpleeghuis (2006).	Verelst et al.	Achtergrondartikel	Exclusie (3)
Euthanasie: Zorgvuldig van begin tot einde. De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in de praktijk (2002).	KNMG	Handreiking	Inclusie
Farmaceutische zorg in verzorgingshuizen moet beter (2002).	IGZ	Rapport	Inclusie

Document	Auteur	Soort document	Inclusie/Exclusie
Feasibility of quality indicators for the management of geriatric syndromes in nursing home residents (2004).	Grabowski et al.	Artikel/Indicatoren	Inclusie
Gedeelde zorg. Medische en farmaceutische zorg in verzorgingshuizen (2002).	Bolscher (Arcares et al.)	Handreiking	Inclusie
Gekluisterd aan bed. Het proces van bedlegerig worden door geleidelijk toenemende plaatsfixatie (2006).	Zegelin	Artikel	Exclusie (3)
Geneesmiddelen distributie in verpleeghuizen (1997).	IGZ	Rapport	Exclusie (6)
Goede zorg bij verzet van dementerende ouderen (2005).	van Dartel (Landelijk Bureau Ethiek in de Zorg)	Adviesnota	Inclusie
Handreiking Reanimatie (2000).	NVVA	Handreiking	Inclusie
Handreiking verantwoord gebruik van vrijheidsbeperkende interventies in het verpleeg- en verzorgingshuis (2004).	Arcares	Handreiking	Inclusie
Handreiking: voorbeeldinstrumenten bij ontwikkeling en toetsing van PTZ: verpleeghuizen (2002).	Arcares	Handreiking	Inclusie
Handreiking voor samenwerking artsen, verpleegkundigen en verzorgenden bij euthanasie (2006).	AVVV, NU 91, en KNMG	Richtlijn	Inclusie
Health outcomes and polypharmacy in elderly individuals: an integrated literature review (2005).	Frazier	Artikel	Exclusie (3)
Herziening consensus verpleegkundige verslaglegging (1999).	CBO/Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad	Richtlijn	Exclusie (6)
Het begeleiden van mensen met dementie die depressief zijn: richtlijn voor verzorgenden (2004).	NIVEL/Waerthove	Richtlijn voor verzorgenden	Exclusie (5)
Het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies in de zorg: een richtlijn voor verpleegkundigen en verzorgenden in een multidisciplinaire omgeving (2001).	CBO	Richtlijn	Inclusie
Identification and evaluation of existing nursing homes quality indicators (2002).	Berg et al.	Artikel/indicatoren	Inclusie

Document	Auteur	Soort document	Inclusie/Exclusie
Indicatoren voor verbetering diabetes zorg (2002).	Storms et al. (CBO)	Indicatoren	Inclusie
Indicatoren voor verpleegkundigen en verzorgenden in verpleeghuizen (2006).	LEVV	Indicatoren	Inclusie
Inspectieformulier VV&Z t.b.v. pilot normen voor verantwoorde zorg (2006).	IGZ	Indicatoren	Inclusie
International comparison of quality indicators in United States, Icelandic and Canadian nursing facilities (2003).	Jensdottir et al.	Artikel/Indicatoren	Inclusie
Interrater reliability of nursing home quality indicators in the U.S (2003).	Mor et al.	Artikel/Indicatoren	Inclusie
KNMG-richtlijn palliatieve sedatie (2005).	KNMG	Richtlijn	Inclusie
Kwaliteitsaspecten mondzorg in de verpleeghuis, verzorgingshuis en gehandicapten sector (2004).	IGZ	Rapport	Inclusie
Kwaliteitsborging in verpleeghuizen en verzorgingshuizen nader bekeken (2005).	IGZ	Rapport	Inclusie
Kwaliteitsrichtlijnen palliatieve terminale zorg in en vanuit het verpleeghuis (2002).	Prismant	Richtlijn	Inclusie
Kwaliteit van zorg voor ouderen met psychogeriatrische problemen in verpleeg- en verzorgingshuizen (2005).	van Beek et al. (NIVEL)	Rapport	Exclusie (3)
Kwaliteitsverbetering palliatieve zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen in de regio Nijmegen (2004).	COPZ	Rapport	Exclusie (3)
LESA (Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak) decubitus (2004).	Vriezen et al.	Samenw. afspraken	Inclusie
LESA dementie (2005).	Boomsma et al.	Samenw. afspraken	Inclusie
LESA palliatieve zorg (2006).	Eizenga et al.	Samenw. afspraken	Inclusie
Measuring healthcare outcomes to improve quality of care across post-acute care provider settings (2004).	Bryabt et al.	Artikel	Exclusie (3)
Medische overdracht bij verpleeghuisopname: gemis aan een richtlijn (2000).	Ladenberg et al.	Artikel	Exclusie (3)
Medische zorg met Beleid. Handreiking voor de besluitvorming over verpleeghuisgeneeskundig handelen bij dementerende patiënten (1997).	NVVA	Kwaliteitsdocument	Exclusie (6)
Medische zorg onder druk (2002).	IGZ	Rapport	Inclusie
Melding Incidenten Clienten (MIC) in verpleeg- en verzorgingshuizen (2002).	Arcare	Rapport	Exclusie (3)

Document	Auteur	Soort document	Inclusie/Exclusie
Moeilijk hanteerbaar gedrag en psychologische interventies (2005).	Diesfeldt	Achtergrondartikel	Exclusie (3)
Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden (2001).	Arcares et al.	Richtlijn	Inclusie
NHG standaard M17 Hypertensie (2003).Komen te vervallen. Vervangen door NHG standaard cardiovasculair risicomangement (2006).	NHG	Standaard	Inclusie
Nota Takenpakket verpleeghuisarts/sociaal geriater (2003).	NVVA	Kwaliteitsdocument	Inclusie
Nursing home and Nursing home Physian: The Dutch experience (2004).	Schols et al.	Achtergrondartikel	Exclusie (3)
Nursing home performance on select publicly reported quality indicators and resident risk of hospitalization: grappling with policy implications (2006).	Mukamel et al.	Artikel/Indicatoren	Inclusie
NVVA-richtlijn Hartfalen (1999).	NVVA	Richtlijn	Exclusie (6)
NVVA-richtlijn Slikproblemen (2001).	NVVA	Richtlijn	Inclusie
NVVA-richtlijn Slikproblemen: de ontstaansgeschiedenis (2001)	Linden-Bollen et al.	Artikel over richtlijn	Inclusie
Ondergrens van de zorg in verpleeghuizen beter bewaakt (2005).	IGZ	Rapport/Indicatoren	Inclusie
Paramedische zorg in verpleeghuizen (2004).	Leemrijse et al. (NIVEL)	Rapport	Exclusie (1)
Perspectieven op richtlijn-ontwikkeling bij de beroepsgroepen in de sector verpleging en verzorging voor ouderen (2003).	Holleman et al. (WOK)	Rapport	Exclusie (3)
Prestaties Huisartsenzorg: Advies voor een basisset indicatoren voor VWS (2004).	de Jong et al. (RIVM)	Indicatoren	Inclusie
Preventie van depressie bij ouderen; Introductie & onderbouwing (2005).	Bohlmeijer et al. (Trimbos)	Rapport	Exclusie (1)
Profiel Eerst verantwoordelijk verzorgende (September 2003).	Cinop, SOV&V	Beroep- en kwalificatieprofiel EVV	Exclusie (5)
Providing outcomes information to nursing homes: can it improve quality of care? (2003).	Castle	Artikel/Indicatoren	Inclusie
Public Sector Residential Aged Care. Quality of Care Performance Indicator Project Report (2004).	The Gerontic Nursing Clinical School et al.	Indicatoren	Inclusie

Document	Auteur	Soort document	Inclusie/Exclusie
Psychische klachten bij Turkse en Marokkaanse ouderen; een handreiking voor de praktijk (2003).	de Vries et al. (Trimbos)	Handreiking	Exclusie (1)
Quality indicators for the management of medical conditions in nursing home residents (2004).	Saliba et al.	Artikel/Indicatoren	Inclusie
Quality of care for elderly residents in nursing homes and elderly people living at home: controlled observational study (2003).	Fahey et al.	Artikel/Indicatoren	Inclusie
Raakvlakken in de zorg: de NVVA richtlijn: influenzapreventie in verpleeghuizen en verzorgings-huizen gezien vanuit de openbare gezondheidszorg (2004).	van Kessel et al.	Artikel	Exclusie (3)
Rapportage resultaten Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2006 (2006).	Universiteit Maastricht	Rapport/Indicatoren	Inclusie
RegioMarge 2006, arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2006-2010 (hfdstk 8.4 verpleeg- en verzorgingshuizen) (2006).	Prismant	Rapport	Exclusie (5)
Resident Assessment Instrument versie 2.0 (RAI); Handboek (1996).	VU Amsterdam	Indicatoren	Inclusie
Revalidatie na een beroerte (2001).	Nederlandse Hartstichting	Richtlijn	Inclusie
Richtlijn Decubitus (2002).	CBO	Richtlijn	Inclusie
Richtlijn Delirium (2004).	NVVP	Richtlijn	Inclusie
Richtlijn Delirium (capita selecta) (2005).	van der Mast et al.	Artikel over richtlijn	Inclusie
Richtlijn Diabetes voet (2006).	NIV, CBO, NDF	Richtlijn	Inclusie
Richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie (2005).	NVKG	Richtlijn	Inclusie
Richtlijn Infecties in het verpleeghuis en het woonzorgcentrum (anders dan MRSA en scabiës) (2004).	WIP	Richtlijn	Inclusie
Richtlijn Influenza preventie in verpleeghuizen en verzorgingshuizen (2004).	NVVA	Richtlijn	Inclusie
Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen (2004).	NVKG	Richtlijn	Inclusie
Richtlijn Probleemgedrag (2002).	NVVA	Richtlijn	Inclusie
Richtlijn Mondzorg	NVVA	Richtlijn	Exclusie (<i>nog in ontwikkeling</i>)

Document	Auteur	Soort document	Inclusie/Exclusie
Richtlijn MRSA (2007).	WIP	Richtlijn	Inclusie
Richtlijn Urineweginfectie (2006).	NVVA	Richtlijn	Inclusie
Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met een licht schedel-hersenletsel (2001).	NVN	Richtlijn	Inclusie
Risico-indicatoren voor de langdurige zorgverlening (2004).	Brink-Muinen et al. (NIVEL)	Rapport/Indicatoren	Inclusie
Risico-indicatoren voor de langdurige zorgverlening (2006).	Brink-Muinen et al. (NIVEL)	Artikel/Indicatoren	Inclusie
Rollen en competenties van de HBO verpleegkundige in het verpleeghuis (2005).	NIZW zorg	Competentieprofiel	Exclusie (5)
Samenvatting van de multidisciplinaire richtlijn: "Behandeling van verpleeghuisbewoners met chronisch-neurologische dysfagie" (2001).	Linden-Bollen et al.	Artikel over richtlijn	Inclusie
Slikstoornissen bij ouderen, nog al te vaak een vergeten probleem (2004).	Dejaeger	Achtergrondartikel	Exclusie (3)
Staff turnover and quality of care in nursing homes (2005).	Castle et al.	Artikel	Exclusie (1 en 5)
State variability in indicators of quality of care in nursing facilities (2005).	Castle et al.	Artikel/Indicatoren	Inclusie
Taakdelegatie bij verpleeghuisartsen (2005).	Prismant	Rapport	Inclusie
The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia (2006).	Zwakhallen et al.	Artikel/ Meetinstrumenten	Inclusie
The quality of the quality indicator of pain derived from the minimum data set (2005).	Wu et al.	Artikel/indicator	Inclusie
Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg (2005).	Stuurgroep Verantwoorde Zorg	Rapport/Indicatoren	Inclusie
Tripartiete multidisciplinaire richtlijn. Samenwerking en logistiek rond decubitus (2002).	NVVA et al.	Richtlijn	Inclusie
Tweede nationaal studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk (2004).	WOK/NIVEL	Rapport/Indicatoren	Inclusie
Van risico-acceptatie tot fixeren: een besluitvormingsprotocol leidt tot meer kwaliteit van zorg en van leven (2000).	Dielis-van Houts et al.	Ontwikkelingstraject protocol	Inclusie

Document	Auteur	Soort document	Inclusie/Exclusie
Veiligheidsrisico's bij het gebruik van bedden, beddekken en fixatiemateriaal in verpleeghuizen (2000).	IGZ	Rapport	Inclusie
Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen: een kwalitatief onderzoek: deelrapport 1 (2005).	van Nispen et al. (NIVEL)	Rapport	Exclusie (3)
Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen: een kwalitatief onderzoek: deelrapport 2 (2005).	van Beek et al. (NIVEL)	Rapport	Exclusie (3)
Verantwoorde zorg en personele consequenties (2004).	IGZ	Rapport	Inclusie
Verdiepingsstudie transparantie kwaliteit van zorg: een exploratief onderzoek naar de mate waarin zorginstellingen indicatoren gebruiken om de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken (2002).	Sluijs et al. (NIVEL)	Achtergrondrapport	Exclusie (3)
Verpleeghuiszorg: kwaliteitsslag is gaande (2006).	IGZ	Rapport	Inclusie
Verpleeghuiszorg thuis, kwaliteit van zorg en leven, tussen thuis en ziekenhuis (2000).	NIZW	Rapport	Inclusie
Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet (2004).	IGZ	Rapport	Inclusie
Vocht en Voedselvoorziening in NL verpleeghuizen: beleid en praktijk (1999).	IGZ	Rapport	Exclusie (6)
Vrijheidsbepenkende maatregelen in de thuiszorg. Een inventarisatie onder verpleegkundigen en verzorgenden (2007).	Veer et al.	Achtergrondartikel	Exclusie (3)
Werkwijze Gelaagd en Gefaseerd toezicht (2006).	IGZ	Achtergrondartikel	Inclusie
Which clinical indicators and resident characteristics are associated with health care practitioner nursing home visits or hospital transfer for urinary tract infections? (2006).	Levy et al.	Artikel/Indicatoren	Inclusie
ZIP care, (2005).	Chr. Hogeschool Nederland, Leeuwarden	Zelfevaluatie-instrument voor zorgplannen	Inclusie
Zorg bij de toiletgang en incontinentiebleid (2006).	Actiz et al.	Handreiking	Exclusie (5)
Zorgregie van samengestelde zorg (2002)	Cools et al.	Achtergrondartikel	Exclusie (3)
Zorgvuldige zorg rond het levenseinde (2006)	AVVV, NVVA en Sting	Handreiking	Inclusie

Bijlage 4 Deelnemers Expertbijeenkomst 25 april 2007

- **Actiz, organisatie van zorgondernemers**
Mw. drs. C.T. van Sprundel; Senior beleidsmedewerker.
- **Avoord Zorg & Wonen**
Dhr. drs. M.W.F van Leen; Verpleeghuisarts/manager Advies en Behandel Centrum.
- **AxionContinu, locatie Voorhoevehuis**
Mw. drs. N.C. Heerema; Verpleeghuisarts i.o./arts M&G.
- **Evean**
Dhr. drs. H.J.Th. Admiraal MHA; Arts/directeur behandelzaken.
- **Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)**
Mw. M.W. Bobeldijk-Cijs; Inspecteur ouderenzorg en vanuit de IGZ projectlid van onderhavig project.
- **Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)**
Mw. drs. A.W. Geerdink; Coördinerend inspecteur.
- **Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)**
Mw. dr. C.A.J. Ketelaars; Programmaleider Ouderenzorg.
- **Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)**
Mw. dr. A.L. den Ouden; Coördinerend inspecteur.
- **Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)**
Mw. drs. M.J. Peper; Inspecteur/projectleider onderhavig onderzoek.
- **Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)**
Mw. drs. J.A.H. van Veen; Hoofdinspecteur verpleging en chronische zorg.
- **Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV)**
Mw. M.S. Huijzer-den Toom MSc; Adviseur.
- **Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC)**
Mw. drs. Y.C.M. van Gilse; Directeur.
- **Medisch Centrum Alkmaar/afd. Klinische Geriatrie**
Dhr. drs. R. Vreeswijk; Verpleegkundig onderzoeker.

- **Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL)**
Mw. dr. H.E. Brandt; Onderzoeker.
- **Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL)**
Mw. dr. A.L. Francke; Programmaleider verpleging en verzorging.
- **Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL)**
Mw. drs. K.F.J. Spijkers; Onderzoeker.
- **NVVA; beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriater**
Mw. A. Rühl; Coördinator kwaliteitsbeleid.
- **NVVA; beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriater**
Mw. drs. W.E. Weeder; Directeur.
- **Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)**
Dhr. dr. J.S. de Koning MPH; Projectleider prestatiemeting gezondheidszorg.
- **VIVA Zorggroep**
Dhr. mr. R. Helle; Verpleeghuisarts.
- **Vrije Universiteit Amsterdam/EMGO afd. Verpleeghuisgeneeskunde**
Dhr. dr. W.P. Achterberg; Verpleeghuisarts/onderzoeker.
- **Vrije Universiteit Amsterdam/EMGO afd. Verpleeghuisgeneeskunde**
Dhr. dr. M. Smalbrugge; Verpleeghuisarts/onderzoeker.
- **VU medisch centrum Amsterdam/Prismant**
Dhr. dr. D.H.M. Frijters; Onderzoeker.
- **Universitair Medisch Centrum St. Radboud**
Dhr. Prof. dr. R.T.C.M. Koopmans; Hoogleraar Verpleeghuisgeneeskunde.
- **Universitair Medisch Centrum Utrecht/Afdeling Urologie**
Dhr. dr. P.F.W.M. Rosier; Arts functionele urologie.
- **Universiteit van Tilburg/Universiteit van Maastricht**
Dhr. Prof. dr. J.M.G.A. Schols; Hoogleraar Chronische zorg/
Hoogleraar Verpleeghuisgeneeskunde.

Bijlage 5 Eerste concept indicatorenset

1a. Diagnostiek en anamnese algemeen

Thema	Indicatoren	Soort Indicator
<i>Anamnese</i>	Kunt u aantonen dat bij (her)opname, door de verpleeghuisarts* bij iedere cliënt binnen X aantal dagen (nog nader te bepalen periode) een medisch diagnostisch onderzoek wordt uitgevoerd? Dit onderzoek bestaat i.i.g. uit:	Proces
	- inventarisatie en evaluatie medische overdrachtsinformatie van de vorige (hoofd)behandelaar;	
	- anamnese en hetero anamnese;	
	- algemeen lichamenlijk onderzoek;	
	- bepalen wils(on)bekwaamheid cliënt en de noodzaak van toepassing van middelen en maatregelen en/of dwangbehandeling;	
	- inventarisatie van de medicatie die de cliënt op dat moment krijgt en bepalen van de medicatie die (opnieuw) moet worden voorgeschreven;	
	- bepalen gewenste (para)medische en/of psychosociale behandeling/interventies;	
	- bespreken van de voorgeschreven (para)medische en/of psychosociale behandeling/interventies - met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger en toestemming vragen;	
- bespreken wensen van de cliënt en/of diens vertegenwoordiger over het te voeren medische beleid bij verslechtering van de gezondheidssituatie/indien zich acute problemen voordoen.		
<i>Onderzoek (algemeen/specifiek)</i>	Aantal keer in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) dat de verpleeghuisarts de cliënt heeft onderzocht?	Proces
	Percentage cliënten waarbij (a) laboratoriumonderzoek en (b) technisch of specialistisch onderzoek is aangevraagd in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode)?	Proces
<i>Evaluatie</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts periodiek (en indien noodzakelijk eerder) van iedere cliënt de gezondheidsstatus evalueert en dat in overleg met de betrokken (para)medische en/of psychosociale disciplines en de cliënt en/of diens vertegenwoordiger, de wijze waarop de gewenste resultaten worden gerealiseerd eventueel bijstelt en documenteert?	Proces
	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts periodiek (nader te bepalen periode)(in overleg met de apotheker) van iedere cliënt de voorgeschreven medicatie evalueert om de behoefte eraan en het nut ervan vast te stellen (review van: - regelmatig voorgeschreven medicijnen; - tijdelijk voorgeschreven medicijnen; - middelen die zonder voorschrift te krijgen zijn)?	Proces
	Kunt u aantonen dat na iedere medicamenteuze wijziging de verpleeghuisarts bepaalt op welke tijdstip het effect van de medicamenteuze wijziging wordt geëvalueerd?	Proces
	Percentage cliënten dat de afgelopen 30 dagen te maken had met een medicijnincident? <i>Reeds opgenomen in Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg.</i>	Proces

* Overal waar verpleeghuisarts staat, wordt verpleeghuisarts/sociaal geriater bedoeld.

1b. Diagnostiek en anamnese in relatie tot veel voorkomende ziektebeelden

Thema	Indicatoren	Soort Indicator
Decubitus		
<i>Anamnese</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts bij het medisch diagnostisch onderzoek bij opname/bij de periodieke evaluatie, aandacht besteedt aan de eventuele aanwezigheid van decubitus of het risico daarop?	Proces
<i>Onderzoek</i>	Percentage cliënten waarbij in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) enige vorm van gestructureerde risico-inventarisatie op decubitus is gedaan?	Proces
	Kunt u aantonen dat cliënten die in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) een vorm van decubitus (graad 2 of hoger) hebben ontwikkeld, de verpleeghuisarts de voedingstoestand in kaart heeft laten brengen?	Proces
	Percentage cliënten waarbij in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) enige vorm van gestructureerde risico-inventarisatie op decubitus is gedaan en waarbij tevens daarop geënte preventieve maatregelen zijn genomen?	Proces
<i>Evaluatie</i>	Kunt u aantonen dat bij cliënten die in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) decubitus (graad 2 of hoger) hebben ontwikkeld, de verpleeghuisarts periodiek (nog nader te bepalen periode) het effect van de decubitusbehandeling heeft geëvalueerd en gedocumenteerd en deze zo nodig heeft bijgesteld?	Proces
	Percentage cliënten met decubitus graad 2 t/m 4 die in de organisatorische eenheid is ontstaan? <i>Reeds opgenomen in Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg.</i>	Uitkomst
Urine incontinentie		
<i>Anamnese</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts bij het medisch diagnostisch onderzoek bij opname/bij de periodieke evaluatie aandacht besteedt aan de eventuele aanwezigheid van urine incontinentie?	Proces
<i>Onderzoek</i>	Percentage cliënten waarbij in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) enige vorm van gestructureerde inventarisatie van de aanwezigheid van urine incontinentie is gedaan?	Proces
	Kunt u aantonen dat indien bij opname of gedurende het verblijf voor het eerst blijkt dat een cliënt langer dan 1 maand incontinent van urine is, de verpleeghuisarts relevante kenmerken (bijv. t.a.v. aard en oorzaak van incontinentie, toiletgang, voorafgaande behandeling, belasting voor de cliënt en mentale status) inventariseert en documenteert?	Proces
<i>Evaluatie</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts periodiek (nog nader te bepalen periode) de urine incontinentie en de ingezette behandeling evalueert en documenteert?	Proces
	Percentage cliënten dat een paar keer per week of elke dag incontinent is van urine? <i>Reeds opgenomen in Kwaliteitskader voor Verantwoorde Zorg.</i>	Uitkomst
	Percentage cliënten met een verblijfskatheter die langer dan 14 dagen geleden werd ingebracht? <i>Reeds opgenomen in Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg.</i>	Uitkomst
	Percentage cliënten met incontinentie op de meetdag/in de meetweek waarbij een arts of incontinentieverpleegkundige betrokken was bij de diagnose? <i>Reeds opgenomen in Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg.</i>	Proces
Delirium		
<i>Anamnese</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts bij het medisch diagnostisch onderzoek bij opname/bij de periodieke evaluatie, aandacht besteedt aan de eventuele aanwezigheid van een delirium of het risico daarop?	Proces
<i>Onderzoek</i>	Percentage cliënten waarbij in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) enige vorm van gestructureerde inventarisatie van de aanwezigheid van of het risico op een delirium is gedaan?	Proces
	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts in geval van een delirium, zowel het gebruik van centraal als perifeer werkzame medicatie als mogelijke oorzaak evalueert?	Proces
<i>Evaluatie</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts bij mensen met een delirium periodiek (nog nader te bepalen periode) de verschijnselen van een delirium en de ingezette behandeling evalueert en documenteert?	Proces

Thema	Indicatoren	Soort Indicator
<i>Vervolg evaluatie</i>	Percentage cliënten dat in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) 2 of meer kenmerken van een delirium heeft vertoond (gemakkelijk afgeleid; waarnemen, bewustzijn van omgeving wisselend; episoden van onsamenhangend praten; perioden van onrust; perioden van lusteloosheid; geestelijk functioneren wisselend gedurende de dag)?	Uitkomst
Doof- en/of Slechthoorden		
<i>Anamnese</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts bij het medisch diagnostisch onderzoek bij opname/bij de periodieke evaluatie, aandacht besteedt aan de eventuele aanwezigheid van gezichts- of hoorproblemen?	Proces
<i>Onderzoek</i>	Kunt u aantonen dat bij cliënten die niet geheel blind dan wel doof zijn, periodiek (nog nader te bepalen periode) een systematische screening van het gezichts- dan wel hoorvermogen plaatsvindt?	Proces
<i>Evaluatie</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts periodiek (nog nader te bepalen periode) de doof- en/of slechthoorden en de ingezette hulpmiddelen/behandeling evalueert en documenteert?	Proces
	Percentage cliënten waarbij het gezichtsvermogen in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) is verslechterd?	Uitkomst
	Percentage cliënten waarbij het gehoor in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) is verslechterd?	Uitkomst
Pijn		
<i>Anamnese</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts bij het medisch diagnostisch onderzoek bij opname/periodieke evaluatie, aandacht besteedt aan de eventuele aanwezigheid van pijn of het risico daarop?	Proces
<i>Onderzoek</i>	Percentage cliënten waarbij in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) enige vorm van gestructureerde pijnmeting is gedaan?	Proces
<i>Evaluatie</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts periodiek (nog nader te bepalen periode) de aanwezige pijn en de ingezette behandeling evalueert en documenteert?	Proces
	Percentage cliënten met pijn op de meetdag?	Uitkomst
	Percentage cliënten dat in de afgelopen zeven dagen dagelijks pijn heeft gehad, onderscheiden naar de intensiteit van de pijn?	Uitkomst
	Percentage cliënten dat in de afgelopen drie maanden langdurige hevige pijn heeft gehad?	Uitkomst
Fracturen		
<i>Anamnese</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts bij het medisch diagnostisch onderzoek bij opname/bij de periodieke evaluatie, aandacht besteedt aan de eventuele aanwezigheid van fracturen of het risico daarop?	Proces
<i>Evaluatie</i>	Percentage cliënten dat in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) een heupfractuur heeft gehad?	Uitkomst
	Percentage cliënten dat in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) een andere fractuur heeft gehad?	Uitkomst
	Percentage nieuwe fracturen die aantoonbaar samenhangen met valincidenten in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode)?	Uitkomst
Infecties/infectieziekten		
<i>Anamnese</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts bij het medisch diagnostisch onderzoek bij opname/bij de periodieke evaluatie, aandacht besteedt aan de eventuele aanwezigheid van infecties/infectieziekten of het risico daarop?	Proces
<i>Onderzoek</i>	Kunt u aantonen dat bij tekenen van één van onderstaande infecties de verpleeghuisarts door middel van lichamelijk onderzoek is nagegaan of een andere oorzaak dan een infectie aan de klachten, symptomen of onderzoeksuitslagen ten grondslag lag?	Proces
<i>Evaluatie</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts periodiek (nog nader te bepalen periode) de ingezette behandeling evalueert en documenteert en bij aanhouding of verergering van de infectieziekte de diagnose en behandeling opnieuw in overweging wordt genomen?	Proces
	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts in overleg met de apotheker periodiek (nog nader te bepalen periode) de gebruikte antibiotica en hun bijwerkingen evalueert en dat op basis van de resultaten een herijking van de eerste keus middelen plaatsvindt?	Proces

Thema	Indicatoren	Soort Indicator
<i>Vervolg evaluatie</i>	Percentage cliënten dat in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) één van de volgende infecties/infectieziekten heeft gehad?	Uitkomst
	- Pneumonie	
	- Influenza	
	- Andere infectie van de luchtwegen	
	- Urineweginfectie	
	- Sepsis	
	- Tuberculose	
	- Wondinfectie	
	- Huidinfectie	
	- Maag/darminfectie	
Percentage cliënten dat in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) vanwege één of meer van de voornoemde infectieziekten werd opgenomen in het ziekenhuis (onderscheiden naar infectieziekte)?	Uitkomst	
Percentage cliënten dat in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) een antibiotica-resistente infectie heeft gehad?	Uitkomst	
Percentage cliënten met influenza als primaire of secundaire doodsoorzaak de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode)?	Uitkomst	
Percentage cliënten met klinische influenza de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode)?	Uitkomst	
Percentage cliënten dat het afgelopen jaar tussen de tweede week van september en de tweede week van november gevaccineerd is tegen influenza. <i>Reeds opgenomen in Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg.</i>	Proces	
Diabetes Mellitus		
<i>Anamnese</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts bij het medisch diagnostisch onderzoek bij opname/bij de periodieke evaluatie aandacht besteedt aan de eventuele aanwezigheid van diabetes mellitus of het risico daarop?	Proces
<i>Onderzoek</i>	Percentage cliënten met diabetes mellitus waarbij periodiek (nog nader te bepalen periode) een algeheel diabetesonderzoek wordt uitgevoerd? Dit diabetesonderzoek bestaat in ieder geval uit:	Proces
	- laboratorium onderzoek naar het HbA1c;	
	- bloeddruk meting;	
	- bepaling cholesterolgehalte;	
	- bepaling albuminumwaarde;	
	- bepaling creatine waarde;	
- gedetailleerd voetonderzoek (onderzoek op afwijkingen neuropathie, ischemie);		
- oogheelkundig onderzoek (n.b. niet alleen visusonderzoek ook fundusscopie of fundusfotografie).		
<i>Evaluatie</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts periodiek (nog nader te bepalen periode) de diabetes mellitus en de ingezette behandeling evalueert en documenteert?	Proces
	Percentage cliënten met diabetes mellitus dat in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) één of meer ernstige hypoglykemieën heeft doorgemaakt?	Uitkomst
	Percentage cliënten met diabetes mellitus dat in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) met afwijkende bloeddruk (nog nader te bepalen wanneer er van 'afwijkend' gesproken wordt) te maken heeft gehad?	Uitkomst
	Percentage cliënten met diabetes mellitus dat in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) niet-ulcereuze voetafwijkingen heeft gehad?	Uitkomst
	Percentage cliënten met diabetes mellitus dat in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) een ulcus heeft of heeft gehad?	Uitkomst
	Percentage cliënten met diabetes mellitus dat in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode) een retinopathie heeft gehad?	Uitkomst

Thema	Indicatoren	Soort Indicator
Mobiliteitsstoornissen/valrisico's		
<i>Anamnese</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts bij het medisch diagnostisch onderzoek bij opname/bij de periodieke evaluatie, aandacht besteedt aan mobiliteitsstoornissen en eventuele risico's m.b.t. vallen?	Proces
<i>Onderzoek</i>	Percentage cliënten waarbij d.m.v. een volledig ingevulde checklist de risicofactoren m.b.t. vallen en fracturen (waaronder medicatie) in kaart zijn gebracht en deze periodiek zijn geëvalueerd? Periodiek wil zeggen minimaal 2x per jaar én na iedere val aan de hand van het MIC formulier.	Proces
<i>Evaluatie</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts voorafgaand aan iedere multifactoriële interventie gericht op valreductie, een kritische evaluatie van de voorgeschreven medicatie verricht? Deze evaluatie wordt periodiek herhaald om te kijken of de voorgeschreven medicatie nog meerwaarde biedt.	Proces
	Percentage cliënten waarbij de verpleeghuisarts na de eerste val een valevaluatie heeft uitgevoerd?	Proces
	Percentage cliënten waarbij in de afgelopen zeven dagen fixatie is toegepast? <i>Reeds opgenomen in Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg.</i>	Proces/ Uitkomst
	Percentage cliënten dat de afgelopen 30 dagen te maken had met een valincident. <i>Reeds opgenomen in Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg.</i>	Uitkomst
Problemen t.a.v. vocht en voeding		
<i>Anamnese</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts bij het medisch diagnostisch onderzoek bij opname/bij de periodieke evaluatie, aandacht besteedt aan eventuele problemen m.b.t. de inname van vocht en voeding of het risico daarop? Hierbij wordt i.i.g. gekeken naar:	Proces
	- ongewenst gewichtsverlies of ongewenste gewichtstoename;	
	- voedselkeuze, voedingsbehoefte en voedselinname;	
	- eventuele mond- en gebitsproblemen;	
	- eventuele slikstoornissen;	
	- vochtbalans;	
	- eventuele onderliggende ziekten;	
	- medicijngebruik;	
- sociale anamnese m.n. normale eet en drinkgewoonten.		
<i>Onderzoek</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts bij cliënten met problemen bij de inname van vocht en/of voeding of bij ongewenste gewichtsafname specifiek onderzoek heeft verricht naar de oorzaken hiervan en dit heeft gedocumenteerd?	Proces
<i>Evaluatie</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts periodiek (nog nader te bepalen periode) bij cliënten met problemen t.a.v. de inname van vocht en/of voeding of ongewenste gewichtsafname, de voedingsstatus en de ingezette behandeling evalueert en documenteert?	Proces
	Percentage cliënten met een onbedoelde en niet binnen het afgesproken behandelbeleid passende gewichtsafname van meer dan 3 kg in de laatste maand of meer dan 6 kg in de afgelopen zes maanden? <i>Reeds opgenomen in Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg.</i>	Uitkomst
	Percentage cliënten met sondevoeding in afgelopen periode (nog nader te bepalen periode)?	Uitkomst
	Percentage cliënten met uitdrogingsverschijnselen in afgelopen periode (nog nader te bepalen periode)?	Uitkomst
	Percentage cliënten met slikproblemen in afgelopen periode (nog nader te bepalen periode)?	Uitkomst
Hart- en vaatziekten (CVA, hypertensie e.a.)		
<i>Anamnese</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts bij het medisch diagnostisch onderzoek bij opname/bij de periodieke evaluatie, aandacht besteedt aan de eventuele aanwezigheid van hart- en vaatziekten of het risico daarop?	Proces
<i>Onderzoek</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts bij de opname van een cliënt met diagnose hart- en vaatziekten of bij een nieuwe diagnose hart- en vaatziekten, relevante kenmerken laat onderzoeken (roken, bloeddruk, lipidenspectrum (TC, HDLm TC/HDL-ratio, LDLm triglyceriden) glucosegehalte, cholesterol gehalte, familieanamnese, voedingspatroon, lichamelijke activiteit, BMI en middelomtrek)?	Proces

Thema	Indicatoren	Soort Indicator
<i>Vervolg onderzoek</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts bij de opname van een cliënt met diagnose hart- en vaatziekten of bij een nieuwe diagnose hart- en vaatziekten een aantal standaard kenmerken documenteert (roken, bloeddruk, lipidspectrum (TC, HDLm TC/HDL-ratio, LDLm triglyceriden) glucosegehalte, cholesterol gehalte, familieanamnese, voedingspatroon, lichamelijke activiteit, BMI en middelomtrek)?	Proces
	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts bij de diagnose hypertensie binnen een periode van 4 weken de volgende onderzoeken verricht: fundoscopisch oogonderzoek, long-, hart en abdominaal onderzoek en onderzoek van de extremiteiten?	Proces
	Percentage cliënten met <i>hart- en vaatziekten</i> waarbij periodiek (nog nader te bepalen periode) bloeddruk wordt gemeten?	Proces
	Percentage cliënten met de <i>diagnose hypertensie</i> waarbij periodiek (nog nader te bepalen periode) bloeddruk wordt gemeten?	Proces
<i>Evaluatie</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts periodiek (nog nader te bepalen periode) bij cliënten met de diagnose hart- en vaatziekten de voedingsstatus en de ingezette behandeling evalueert en documenteert?	Proces
COPD		
<i>Anamnese</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts bij het medisch diagnostisch onderzoek bij opname/bij de periodieke evaluatie, aandacht besteedt aan de eventuele aanwezigheid van COPD of het risico daarop?	Proces
<i>Evaluatie</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts periodiek (nog nader te bepalen periode) bij cliënten met COPD de voedingsstatus en de ingezette behandeling evalueert en documenteert?	Proces
Probleemgedrag (depressie, agressie angst, agitatie, zwerfgedrag e.a.)		
<i>Anamnese</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts bij het medisch diagnostisch onderzoek bij opname/bij de periodieke evaluatie, aandacht besteedt aan de eventuele aanwezigheid van probleemgedrag (depressie, agressie, angst, agitatie, zwerfgedrag e.a.) of het risico daarop?	Proces
<i>Onderzoek</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts bij cliënten die gedragsproblemen vertonen systematisch onderzoek heeft gedaan naar a). Lichamelijke oorzaken; b). Psychische factoren; c). Persoonlijke factoren d). Omgevingsfactoren?	Proces
	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts bij ziektes die gepaard kunnen gaan met gedragsproblemen (b.v. CVA) standaard screent op depressie en andere gedragsproblemen en dit documenteert?	Proces
	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts bij de diagnose depressie standaard screent op suïcideneigingen en dit documenteert?	Proces
<i>Evaluatie</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisarts periodiek (nog nader te bepalen periode) de betreffende gedragsproblemen en de daarvoor ingezette behandeling evalueert en documenteert?	Proces
	Percentage cliënten dat in de afgelopen zeven dagen probleemgedrag vertoonde tegenover medewerkers en/of andere cliënten? <i>Reeds opgenomen in Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg.</i>	Uitkomst
	Percentage cliënten dat in de afgelopen drie dagen symptomen van depressie vertoonde? <i>Reeds opgenomen in Kwaliteitskader voor Verantwoorde Zorg.</i>	Uitkomst
	Percentage cliënten dat suïcide pleegde of een suïcidepoging heeft gedaan in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode)?	Uitkomst
	Percentage cliënten dat de afgelopen zeven dagen één dag of vaker Antipsychotica, Anxiolytica of Hypnotica gebruikte? <i>Reeds opgenomen in Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg.</i>	Uitkomst
	Percentage cliënten dat de afgelopen zeven dagen één dag of vaker Antidepressiva gebruikte? <i>Reeds opgenomen in Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg.</i>	Uitkomst

2. Medische behandelafspraken in relatie tot zorg(leef)plan

Thema	Indicatoren	Soort Indicator
<i>Documentatie medische behandelafspraken</i>	<p>Kunt u aantonen dat bij opname door de verpleeghuisarts voor iedere cliënt binnen een bepaalde periode (nog nader te bepalen periode) een schriftelijk plan t.a.v. de medische behandeling wordt opgesteld? Dit plan bevat i.i.g. informatie over:</p> <ul style="list-style-type: none"> - resultaten anamnese en hetero anamnese; - resultaten algemeen lichamenlijk onderzoek; - eventuele resultaten specifiek onderzoek: b.v. neurologisch en (neuro)psychologisch (test)onderzoek; psychiatrisch en psychogeriatrisch onderzoek; laboratoriumonderzoek; technisch en specialistisch onderzoek; - wils(on)bekwaamheid van de cliënt en de noodzaak van toepassing van middelen en maatregelen en/of dwangbehandeling; - medicamenteuze behandeling; - de ingeschakelde (para)medische en/of psychosociale disciplines; - doel van de ingezette (para)medische en/of psychosociale behandeling/interventies en toetsbare doelen; - eventuele observatie instructies voor verzorgenden/verpleegkundigen; - instemming met de ingezette (para)medisch en/of psychosociale behandeling/interventies door de cliënt en/of diens vertegenwoordiger; - gemaakte afspraken met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger over het te voeren medische beleid bij verslechtering van de gezondheidssituatie/indien zich acute problemen voordoen. 	Proces
<i>Medische behandelafspraken i.r.t. zorg(leef)plan</i>	Kunt u aantonen dat de medische behandelafspraken een integraal onderdeel vormen van het zorg(leef)plan?	Proces/structuur
<i>Actualisatie zorg(leef)plan</i>	Kunt u aantonen dat na iedere wijziging in de (para)medische en/of psychosociale behandeling van de cliënt de medische behandelafspraken in het zorg(leef)plan worden geactualiseerd?	Proces

3a. Interne Samenwerking

Thema	Indicatoren	Soort Indicator
Collega verpleeghuisartsen onderling		
<i>Formeel overleg</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisartsen die binnen uw organisatorische eenheid werkzaam zijn periodiek, (gezamenlijk) gestructureerd overleg hebben over de medische zorgverlening aan individuele cliënten?	Proces
	Aantal gezamenlijke bijeenkomsten met alle collega verpleeghuisartsen in de afgelopen periode (nog nader te bepalen periode)?	Proces
<i>Schriftelijke afspraken</i>	Kunt u aantonen dat tussen de verpleeghuisartsen die binnen uw organisatorische eenheid werkzaam zijn, schriftelijke afspraken zijn gemaakt over o.a.: a). de medische verantwoordelijkheidsverdeling tussen de verpleeghuisartsen onderling; b). de wijze van behandeling van veelvoorkomende ziektebeelden binnen de instelling; c). de manier waarop overdracht van medische informatie van individuele cliënten plaatsvindt?	Proces
<i>Evaluatie afspraken</i>	Kunt u aantonen dat de schriftelijke afspraken die tussen de verpleeghuisartsen onderling werden gemaakt t.a.v medische onderwerpen periodiek worden geëvalueerd?	Proces
Paramedici		
<i>Formeel overleg</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisartsen die binnen uw organisatorische eenheid werkzaam zijn periodiek gestructureerd overleg hebben met de paramedische disciplines binnen uw instelling t.a.v. de medische en paramedische zorgverlening aan individuele cliënten?	Proces
<i>Schriftelijke afspraken</i>	Kunt u aantonen dat tussen de verpleeghuisartsen en de paramedische disciplines binnen uw organisatorische eenheid schriftelijke afspraken zijn gemaakt over o.a.: a). de medische verantwoordelijkheidsverdeling; b). de manier waarop overdracht van (para)medische informatie van individuele cliënten plaatsvindt?	Proces
<i>Evaluatie afspraken</i>	Kunt u aantonen dat de afspraken die tussen de verpleeghuisartsen en de paramedische disciplines binnen uw organisatorische eenheid werden gemaakt t.a.v medische onderwerpen periodiek worden geëvalueerd?	Proces
Verpleging/verzorging		
<i>Formeel overleg</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisartsen die binnen uw organisatorische eenheid werkzaam zijn periodiek gestructureerd overleg hebben met de vertegenwoordiger(s) van verpleegkundigen en verzorgenden binnen uw instelling t.a.v. de zorgverlening en de behandeling van individuele cliënten?	Proces
<i>Schriftelijke afspraken</i>	Kunt u aantonen dat tussen de verpleeghuisartsen en de vertegenwoordiger(s) van verpleegkundigen en verzorgenden binnen uw organisatorische eenheid, schriftelijke afspraken zijn gemaakt over o.a.: a). de verantwoordelijkheidsverdeling bij zorg en behandeling; b). de manier waarop overdracht van medische informatie van individuele cliënten plaatsvindt?	Proces
<i>Evaluatie afspraken</i>	Kunt u aantonen dat de afspraken die tussen de verpleeghuisartsen en de vertegenwoordiger(s) van verpleegkundigen en verzorgenden binnen uw organisatorische eenheid werden gemaakt t.a.v zorg en behandeling periodiek worden geëvalueerd?	Proces
Multidisciplinair		
<i>Formeel overleg</i>	Kunt u aantonen dat het team van behandelaars en zorgverleners dat binnen uw organisatorische eenheid werkzaam is, periodiek een gestructureerd overleg heeft t.a.v. de zorgverlening en behandeling van individuele cliënten?	Proces
<i>Schriftelijke afspraken</i>	Kunt u aantonen dat binnen het team van behandelaars en zorgverleners binnen uw organisatorische eenheid, schriftelijke afspraken zijn gemaakt over o.a.: a). verantwoordelijkheidsverdeling t.a.v. zorgverlening en behandeling; b). de manier waarop overdracht van medische informatie van individuele cliënten plaatsvindt?	Proces
<i>Evaluatie afspraken</i>	Kunt u aantonen dat de afspraken die binnen het team van behandelaars en zorgverleners binnen uw organisatorische eenheid werden gemaakt t.a.v zorgverlening en behandeling periodiek worden geëvalueerd?	Proces

3b. Externe Samenwerking

Thema	Indicatoren	Soort Indicator
(Medisch) professionals ziekenhuis		
<i>Formeel overleg</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisartsen die binnen uw organisatorische eenheid werkzaam zijn, periodiek een gestructureerde overleg hebben met relevante (medische) professionals in ziekenhuizen?	Proces
<i>Schriftelijke afspraken</i>	Kunt u aantonen dat tussen de verpleeghuisartsen en de relevante (medische) professionals in ziekenhuizen, schriftelijke afspraken zijn gemaakt over o.a: a). inhoud medische overdracht (o.a. medische geschiedenis; medische behandeling; geneesmiddelengebruik; reden doorverwijzing; eventuele afspraken t.a.v. zorg rondom het levenseinde)?	Proces
<i>Evaluatie afspraken</i>	Kunt u aantonen dat de afspraken die tussen verpleeghuisartsen binnen uw organisatorische eenheid en de relevante (medische) professionals in ziekenhuizen werden gemaakt t.a.v. zorg, behandeling en overdracht, periodiek worden geëvalueerd?	Proces
Huisartsen		
<i>Formeel overleg</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisartsen die binnen uw organisatorische eenheid werkzaam zijn, periodiek een gestructureerd overleg hebben met de huisartsen van cliënten waarbij beide behandelaar zijn?	Proces
<i>Afspraken indien verpleeghuisarts/huisarts beide behandelaar zijn</i>	Kunt u aantonen dat, indien beide behandelaar zijn, tussen de verpleeghuisarts en de betreffende huisarts, schriftelijke afspraken zijn gemaakt over o.a: - inhoud medische overdracht (o.a. medische geschiedenis; medische behandeling; geneesmiddelengebruik; reden doorverwijzing; eventuele afspraken t.a.v. zorg rondom het levenseinde); - medische verantwoordelijkheidsverdeling; - wijze van overdracht, coördinatie, communicatie en evaluatie; - beleid bij overlijden van een cliënt;	Proces
<i>Afspraken over opname in/ontslag uit het verpleeghuis</i>	Kunt u aantonen dat tussen de verpleeghuisartsen en de relevante huisartsen schriftelijke afspraken zijn gemaakt over o.a: a). inhoud medische overdracht bij kortdurende opname van een cliënt in het verpleeghuis b). inhoud medische overdracht bij definitieve opname van een cliënt in het verpleeghuis c). inhoud medische overdracht bij ontslag van een cliënt na een kortdurende opname uit het verpleeghuis [<i>Inhoud medische overdracht o.a. t.a.v medische geschiedenis; medische behandeling; geneesmiddelengebruik; reden doorverwijzing; eventuele afspraken t.a.v. zorg rondom het levenseinde</i>]?	Proces
<i>Evaluatie afspraken</i>	Kunt u aantonen dat de afspraken die tussen de verpleeghuisartsen en relevante huisartsen werden gemaakt t.a.v. behandeling en overdracht periodiek worden geëvalueerd?	Proces
Apothekers		
<i>Formeel overleg</i>	Kunt u aantonen dat de verpleeghuisartsen die binnen uw organisatorische eenheid werkzaam zijn, periodiek gestructureerde overleg hebben met de leverend en/of toezichthoudend apotheker over de inhoud (FTO) en het verloop van de farmaceutische zorg in verpleeghuissettings?	Proces
<i>Schriftelijke afspraken</i>	Kunt u aantonen dat tussen de verpleeghuisartsen en de leverend en/of toezichthoudend apotheker, schriftelijke afspraken zijn gemaakt over o.a: a). het voorschrijfbeleid; b). periodieke evaluatie voorgeschreven medicatie?	Proces
<i>Evaluatie afspraken</i>	Kunt u aantonen dat de afspraken die tussen de verpleeghuisartsen en de relevante apotheken werden gemaakt periodiek worden geëvalueerd?	Proces

