



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2004. De gegevens mogen met bronvermelding (A. van den Brink-Muinen, C. Wagner, *Risico-indicatoren voor de langdurige zorgverlening*, NIVEL 2004) worden gebruikt. Het rapport is te bestellen via [receptie@nivel.nl](mailto:receptie@nivel.nl).

## **Risico-indicatoren voor de langdurige zorgverlening**

A. van den Brink-Muinen  
C. Wagner

ISBN 90-6905-690-9

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2004 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd 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

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>Deel I: Selectie indicatoren</b>	
<b>1 Inleiding</b>	<b>9</b>
1.1 Doelstelling	10
1.2 Probleemstelling	10
1.3 Onderzoeksvragen	11
<b>2 Methode</b>	<b>13</b>
<b>3 Risicomodel voor de langdurige zorgverlening</b>	<b>15</b>
<b>4 Resultaten</b>	<b>17</b>
4.1 Literatuurstudie	17
4.2 MIP- en MIC-Commissies	17
<b>5 Selectie van indicatoren tot risico-indicatoren</b>	<b>25</b>
<b>6 Conclusie</b>	<b>31</b>
<b>Literatuur</b>	<b>33</b>
<b>Bijlage 1: Zoekgeschiedenis literatuursearch indicatoren</b>	<b>41</b>
<b>Deel II: Onderbouwing geselecteerde risico-indicatoren</b>	
<b>1 Inleiding</b>	<b>47</b>
<b>2 Uitkomstgebied gezondheidstoestand</b>	<b>51</b>
2.1 Aspect fysiek functioneren: zorgafhankelijkheid	51
2.2 Aspect sociaal functioneren: onvoldoende deelname aan activiteiten/ maatschappelijke participatie	52
2.3 Aspect fysieke gezondheid: ongewenste gewichtsverandering	53
2.4 Aspect fysieke gezondheid: decubitus	54

<b>3</b>	<b>Uitkomstgebied kwaliteit van leven</b>	<b>55</b>
3.1	Aspect bejegening: onvoldoende communicatie	55
3.2	Aspect gedragsproblemen: agressie	56
3.3	Aspect gedragsproblemen: verzet tegen zorg	57
3.4	Aspect cliëntgerichtheid: onvoldoende keuzemogelijkheden	58
3.5	Aspect emotionele veiligheid: onvoldoende geborgenheid	59
3.6	Aspect emotionele veiligheid: ongewenste seksuele intimiteiten	60
3.7	Aspect veiligheid omgeving: valincidenten/ongelukken	61
3.8	Aspect fysiek welbevinden: pijn	62
3.9	Aspect psychisch welbevinden: depressieve gevoelens	63
3.10	Aspect psychisch welbevinden: eenzaamheid	64
3.11	Aspect psychisch welbevinden: suïcide(poging)	65
3.12	Aspect sociaal welbevinden: onvoldoende ontwikkelingsperspectief	66
3.13	Aspect zinvolle dagbesteding: onvoldoende activiteiten aanbod	67
<b>4</b>	<b>Uitkomstgebied kwaliteit van zorg</b>	<b>69</b>
4.1	Aspect zorgplan: onvoldoende inspraak zorgplan	69
4.2	Aspect zorgplan: afwijkingen zorgplan	70
4.3	Aspect medicatieverstrekking: medicatiefouten	71
4.4	Aspect medicatieverstrekking: ongewenst psychofarmacagebruik	72
4.5	Aspect medicatieverstrekking: polyfarmacie	73
4.6	Aspect vocht- en voedselvoorziening: onvoldoende kwaliteit vocht- en voedselvoorziening	74
4.7	Aspect vocht- en voedselvoorziening: onvoldoende hulp bij vocht- en voedselinname	75
4.8	Aspect continuïteit: veel verschillende hulpverleners	76
4.9	Aspect continuïteit: onvoldoende informatie bij overdracht	77
4.10	Aspect vrijheidsbeperking: vrijheidsbeperkende/-beschermende maatregelen	78
<b>5</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>79</b>
	<b>Literatuur</b>	<b>81</b>

## Voorwoord

Het voor u liggende rapport betreft een onderbouwing van indicatoren voor het Gelaagd en Gefaseerd Toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in instellingen voor langdurige zorg/care, te weten verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorginstellingen, instellingen voor langdurige psychiatrische zorg en instellingen voor gehandicapten.

Het onderzoek is door het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) verricht in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en is uitgevoerd in de eerste helft van het jaar 2004. De opdracht is gegeven, omdat de IGZ behoefte had aan risico-indicatoren die praktisch toepasbaar zijn en die direct gerelateerd kunnen worden aan ongewenste uitkomsten op cliëntniveau. De resultaten van deel I van het rapport zijn gebaseerd op een literatuurstudie naar indicatoren in de Nederlandse literatuur. Aan de hand van relevante criteria zijn vervolgens 27 risico-indicatoren geselecteerd. In deel II zijn deze risico-indicatoren via een screening van de Engelstalige en Nederlandstalige literatuur onderbouwd.

Het onderzoek maakt deel uit van een groeimodel om tot valide en betrouwbare risico-indicatoren te komen. De risico-indicatoren zijn vertaald naar vragen die kunnen worden opgenomen in de inspectieformulieren van de vier care-sectoren.

De begeleiding van het onderzoek was vanuit de IGZ in handen van mw. dr. C.A.J. Ketelaars, mw. dr. A.M. Koster, mw. drs. P.A.M. Leemans, dhr. dr. M.E.W. Melchior, dhr. drs. P.A.Q.M. Lamers. Wij danken hen voor hun waardevolle bijdragen en suggesties.

Daarnaast zijn wij mw. E. Breuning dank verschuldigd voor de adequate wijze waarop zij de literatuursearces heeft uitgevoerd en een eerste selectie heeft gemaakt van de relevante literatuur. Ten slotte een woord van dank aan onze collega-onderzoekers die op kundige wijze commentaar hebben gegeven op het rapport.

Utrecht, juli 2004

Mw. dr. A. van den Brink-Muinen,  
Mw. dr. C. Wagner



## **Deel I: Selectie indicatoren**





# 1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft onder andere tot taak toezicht te houden op de kwaliteit van de zorgverlening in het IGZ subdomein langdurige zorg/care. Dit subdomein omvat vier sectoren, te weten verpleeg- en verzorgingshuizen (V&V), thuiszorginstellingen (TZ), instellingen voor langdurige psychiatrische zorg (GGZ) en instellingen voor gehandicaptenzorg (GZ).

Tot nu toe bezocht de inspectie zorginstellingen één keer in de twee tot vier jaar voor een algemene inspectie (1). In recente beleidsstukken heeft de inspectie aangegeven de manier van toezicht houden te willen veranderen. Aan een kant zou het algemeen toezicht volgens de Commissie-Abeln (2) geïntensiveerd moeten worden omdat een systeem van toezicht via kwaliteitssystemen op dit moment nog niet haalbaar is. De ontwikkeling van kwaliteitssystemen gaat veel langzamer dan voorzien (3,4). Aan de andere kant wordt onderkend dat 150 inspecteurs onmogelijk intensiever toezicht kunnen houden op duizenden zorgaanbieders. Te meer omdat naast het algemeen toezicht ook tijd besteed moet worden aan thematisch toezicht en interventietoezicht.

Het doel van de nieuwe werkwijze is het algemeen toezicht op de kwaliteit van de zorgverlening uniformer, efficiënter, transparanter en effectiever uit te voeren. De vernieuwing van de werkwijze van de inspectie bestaat uit een systeem van Gelaagd en Gefaseerd Toezicht, waarbij er jaarlijks contact is tussen inspectie en zorginstellingen. Aan de hand van risico-indicatoren worden instellingen geselecteerd waarbij op grond van de geleverde informatie risico's voor de gezondheidstoestand en het welbevinden van de cliënten<sup>1</sup> gesignaleerd worden. Onder een risico op onverantwoorde zorg wordt verstaan de kans en de mate waarin een ongewenste verandering in de gezondheidstoestand en de kwaliteit van leven van de cliënten kan optreden die niet kan worden toegeschreven aan een onderliggende ziekte of aandoening. Hierbij speelt ook de ernst van de te verwachten schade een rol. Het gaat om tekortkomingen in de zorgverlening die kunnen leiden tot vermijdbare schade, ongemak of ontevredenheid bij de cliënt (5). Een risico-indicator is een meetbaar aspect van de uitkomst, proces of structuur van de zorg dat een aanwijzing geeft over een verhoogd risico voor de gezondheid en het welzijn van cliënten (6,7).

Het Gelaagd en Gefaseerd Toezicht bestaat uit drie fasen, waarbij in de eerste fase zorginstellingen schriftelijke informatie aanleveren aan de inspectie over risico-indicatoren. In de tweede fase worden gerichte toezichtbezoeken afgelegd om na te gaan in hoeverre er daadwerkelijk sprake is van onverantwoorde zorg en om zonodig aanwijzingen te geven voor verbetering. In fase drie gaat de inspectie over tot interventie en opsporing indien instellingen niet verbeteren (4).

---

<sup>1</sup> Lees voor cliënt: langdurig zorgafhankelijke cliënt(e), cliëntvertegenwoordiger/-ster, bewoner/ bewoonster of patiënt(e)

In het veld, bij zorginstellingen en onder beroepsbeoefenaren, is de laatste twee jaar eveneens meer aandacht voor het gebruik van indicatoren. Diverse koepels van zorgaanbieders zijn een traject gestart om te komen tot een raamwerk van indicatoren en de operationalisatie ervan. In de sector langdurige zorg/care gebruikt Arcares als koepel voor verpleeg- en verzorgingshuizen inhoudelijke kwaliteitsindicatoren in de Benchmark V&V (8). De Landelijke Vereniging van Thuiszorginstellingen (LVT) is bezig met een project dat indicatoren moet opleveren om maatschappelijk verantwoording af te kunnen leggen. GGZ Nederland is bezig een uitkomstenkwadrant te operationaliseren met de gebieden cliëntwaardering, medewerkerswaardering, klinische uitkomsten en kosten. De instellingen in de care sectoren gebruiken daarnaast veelal het Harmonisatiemodel van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) als kader voor het monitoren en beheersen van de kwaliteit van zorg (9). Voor de instellingen in de gehandicaptensector is door de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) het Model Kwaliteitssysteem Gehandicaptenzorg (MKG-model) ontwikkeld. In de langdurige zorg/care-sectoren wordt in het algemeen gestreefd naar een optimale gezondheidstoestand, kwaliteit van leven en tevredenheid van de cliënt. Internationaal wordt dan gesproken van de 5 D's, te weten: Death, Disease, Disability, Discomfort en Dissatisfaction. Op dit moment worden door zorginstellingen nog weinig indicatoren gebruikt die op instellingsniveau iets zeggen over de gezondheidstoestand en het welbevinden van cliënten of de bedreiging hiervan. De indicatoren die wel gebruikt worden, hebben betrekking op de structuur en het proces van zorgverlening, zoals bijvoorbeeld de aanwezigheid van protocollen en richtlijnen, ziekteverzuim, klachten, wachttijden en productiecijfers (3) en nog nauwelijks op (ongewenste) uitkomsten van zorg (10). Een uitzondering vormt de tevredenheid van cliënten die wel als indicator voor de kwaliteit van zorg door instellingen wordt gebruikt.

## **1.1 Doelstelling**

De doelstelling van het onderhavige onderzoek is te komen tot een risicomodel en een set risico-indicatoren die volgens inspecteurs, externe deskundigen en de literatuur, geschikt zijn om instellingen te selecteren met een mogelijk verhoogd risico op onverantwoorde zorg. Onderliggende relaties tussen indicatoren en cliëntgebonden uitkomsten zijn zo veel mogelijk via literatuurstudie onderbouwd. Wat betreft het model wordt benadrukt dat het een groeimodel is dat in de toekomst kan worden aangepast (zie deel II, ad 5: Conclusies en aanbevelingen).

## **1.2 Probleemstelling**

De inspectie heeft behoefte aan risico-indicatoren die direct gerelateerd kunnen worden aan ongewenste uitkomsten op cliëntniveau. Maar in de praktijk is vooral informatie beschikbaar over structuur en proces indicatoren die in het beste geval een indirecte relatie hebben met uitkomsten op cliëntniveau. Bij het gebruik van indirecte indicatoren moet de relatie tussen indicator en het ongewenste effect op de gezondheid en het welbevinden van cliënten aannemelijk gemaakt worden. Onduidelijk is welke risico-

indicatoren valide, betrouwbaar en toepasbaar zijn voor het signaleren van instellingen die mogelijk onverantwoorde zorg leveren. De inspectie heeft een praktisch toepasbaar model van directe en indirecte risico-indicatoren nodig die aan elkaar gerelateerd kunnen worden en die geoperationaliseerd kunnen worden in vragen voor het inspectieformulier. Het formulier moet door de instellingen van de vier care-sectoren worden ingevuld.

### 1.3 Onderzoeksvragen

Welke risico-indicatoren zijn bruikbaar om de instellingen in de langdurige zorg/care-sectoren te prioriteren voor het algemeen toezicht?

*1 'Welke directe en indirecte risico-indicatoren zijn geschikt om vermijdbare ongewenste effecten op de gezondheidstoestand of het welbevinden van cliënten in de langdurige zorg/care-sectoren te signaleren? En welke mechanismen spelen hierbij een rol?'*

*2 'Kan de validiteit van de geselecteerde risico-indicatoren onderbouwd worden door literatuurstudie?'*



## 2 Methode

Het onderzoek richt zich op het inspectie-subdomein langdurige zorg/care dat gevormd wordt door vier sectoren: verpleeg- en verzorgingshuizen (V&V), thuiszorginstellingen (TZ), instellingen voor langdurige psychiatrische zorg (GGZ) en instellingen voor gehandicaptenzorg (GZ). De verwachting van de inspectie is, dat in dit 'samengestelde' subdomein voor een groot deel dezelfde risico-indicatoren gebruikt kunnen worden.

De volgende stappen ter beantwoording van de onderzoeksvragen worden onderscheiden:

- 1 Het opstellen van een risicomodel met de drie cliëntgebonden uitkomstgebieden: gezondheidstoestand, kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg. Centraal staan de risico's voor de gezondheidstoestand en het welbevinden van de cliënten. Er wordt expliciet aandacht besteed aan de (mogelijke) samenhang tussen structuur- en procesindicatoren en cliëntgebonden uitkomsten.
- 2 Een literatuurstudie naar mogelijke indicatoren die genoemd worden in boeken, rapporten, onderzoeksartikelen, en opiniërende artikelen in Nederland, en die gebruikt worden in landelijke registraties.
- 3 Analyse van de bij de inspectie bekend zijnde incidenten, meldingen en calamiteiten. De inspectie heeft de aanwezige informatie op landelijk niveau ter beschikking gesteld voor een nadere analyse van (veel voorkomende) risicomomenten in instellingen en de onderliggende oorzaken.
- 4 Een bijeenkomst met leden van MIP- en MIC-Commissies (Melding Incidenten Patiënten/Cliënten Commissies) uit de vier care-sectoren om na te gaan of risico's en incidenten in de vier sectoren overeenkomen, of er samenhangen bestaan tussen oorzaken van incidenten, en of het instellingsbeleid mogelijk van invloed is op het voorkomen van incidenten.
- 5 Selectie van de via de literatuurstudie gevonden indicatoren aan de hand van relevante criteria: mate van toepasbaarheid in de vier care-sectoren; empirische meetbaarheid; time-span tussen optreden en gevolg van een indicator; aanwezigheid op de IGZ-incidenten/calamiteitenlijst; relevantie volgens de inspectie. Indicatoren die aan minimaal drie criteria voldoen worden geselecteerd als risico-indicatoren en worden in voor het tweede deel van het rapport verder onderbouwd (stap 6 en 7).
- 6 Screening van de nationale en internationale literatuur naar de relatie tussen de geselecteerde risico-indicatoren en beïnvloedende factoren. In deze stap wordt nagegaan of er in overzichtsstudies en meta-analyses van onder andere de Cochrane Collaboration een wetenschappelijke onderbouwing kan worden gevonden voor de geselecteerde risico-indicatoren.<sup>2</sup>
- 7 Het beschrijven van elke indicator volgens een vastgesteld stramien, te weten: onderbouwing van de risico-indicator; operationalisering ervan; teller en noemer van

---

<sup>2</sup> Er wordt bewust gesproken van een screening en niet van volledige systematische literatuurstudies omdat deze veel meer tijd zouden vergen dan voor de onderhavige studie beschikbaar was.

de risico-indicator; type risico-indicator: uitkomst-, proces- of structuurindicator; voor welke sector de risico-indicator van toepassing is; suggesties voor vragen in het inspectieformulier.

De stappen 1 tot en met 5 dienen ter beantwoording van de eerste onderzoeksvraag en deze resultaten worden beschreven in deel I van het onderhavige rapport. Met behulp van de stappen 6 en 7 wordt de tweede onderzoeksvraag beantwoord. De resultaten hiervan staan in deel II. Dit deel wordt afgesloten met een paragraaf waarin conclusies worden getrokken en aanbevelingen worden gedaan.

### 3 Risicomodel voor de langdurige zorgverlening

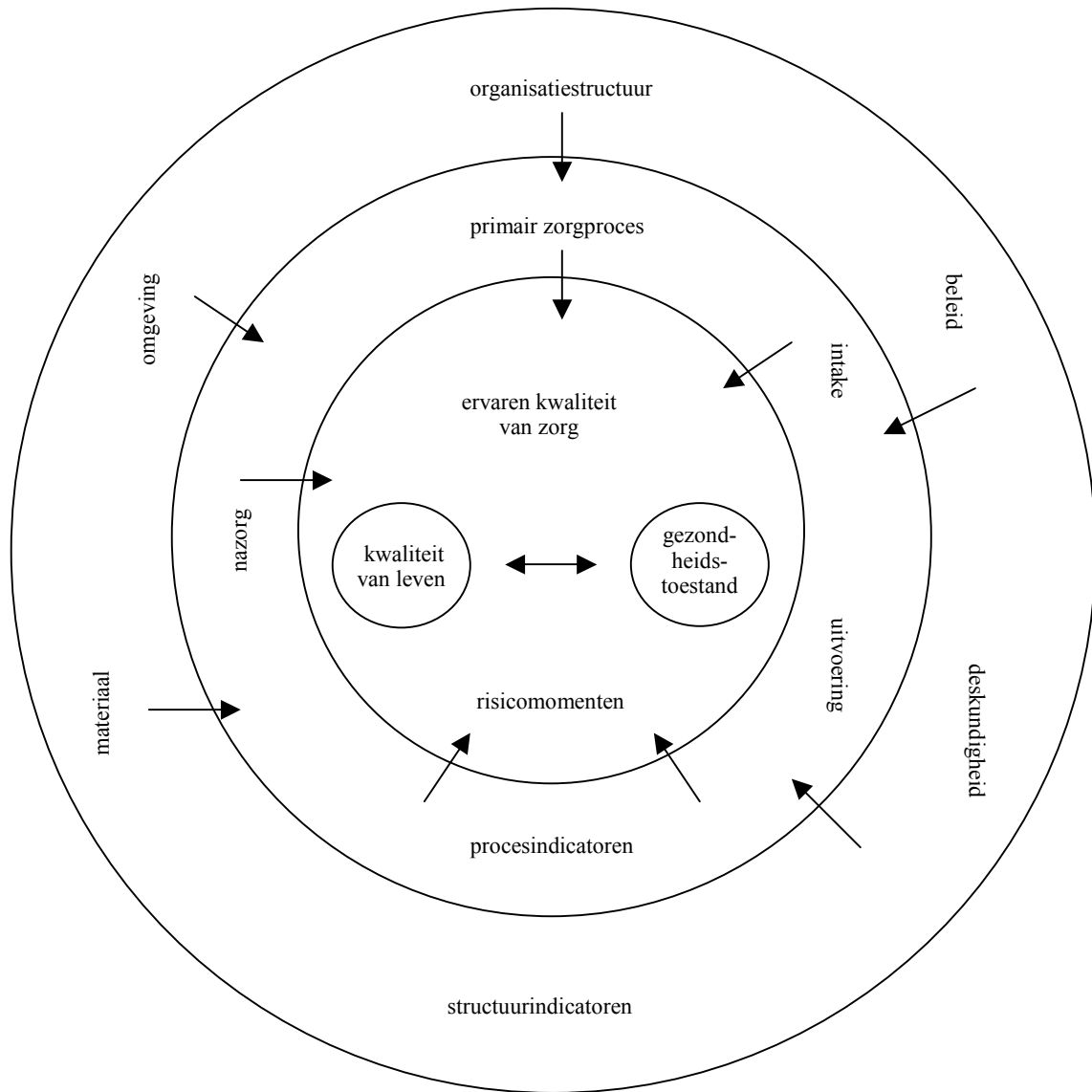
Risico-indicatoren worden verondersteld een relatie te hebben met een primair proces en de ongewenste uitkomsten voor de cliënt. Instellingen voor langdurige zorgverlening streven ernaar de gezondheid van hun cliënten zo goed mogelijk te houden, complicaties te voorkomen en de kwaliteit van leven te bevorderen. De risico-indicatoren moeten dienen ter signalering van mogelijke tekortkomingen in het zorgproces die kunnen leiden tot ongewenste uitkomsten voor cliënten. Er wordt vanuit gegaan dat verantwoorde (doeltreffende, doelmatige en cliëntgerichte) zorgverlening leidt tot optimale gezondheid en kwaliteit van leven van de cliënten.

Centraal in het onderzoek staat een in eerste instantie hypothetisch model. Tijdens het onderzoek worden de risico-indicatoren met literatuur onderbouwd, praktisch uitgewerkt en omschreven.

Het model bestaat uit diverse schillen, waarbij het accent wordt gelegd op de binnenste schil, met twee kernen: de gezondheidstoestand van de cliënten en hun kwaliteit van leven (zie figuur 3.1). Voorts omvat de binnenste schil aspecten van de kwaliteit van zorg, te weten de door de cliënt ervaren kwaliteit van zorg, en (veel voorkomende) risicomomenten die aan het primaire proces gerelateerd zijn (bijvoorbeeld medicatieverstrekking en continuïteit).

De volgende schil omvat de primaire processen: intake; uitvoering van zorg; evaluatie/nazorg. Deze processen hebben indirect invloed op de uitkomsten voor de cliënt. De buitenste schil bevat structuurkenmerken op het gebied van beleid en organisatie; deskundigheid personeel; fysieke omgeving; materiaal; diensten door derden; documenten; onderzoek. Deze kenmerken kunnen via de primaire processen invloed hebben op de gezondheid, kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg van cliënten.

Figuur 3.1 Risicomodel voor de langdurige zorgverlening





## 4 Resultaten

### 4.1 Literatuurstudie

Er is een literatuurstudie gedaan naar indicatoren die gebruikt worden in landelijke registraties en genoemd worden in gezaghebbende studies in Nederland, waaronder de thematische rapporten van de inspectie en onderzoeken naar klachten.

Alle relevante trefwoorden zijn gebruikt voor de literatuursearch in de literatuurbestanden van de NIVEL-catalogus en de Prismant-catalogus. In Bijlage 1 kunt u de gegevens van de search vinden. Op basis van deze search zijn de relevante boeken, rapporten en artikelen geselecteerd. Daarnaast zijn de gegevens gebruikt van bij de IGZ bekend zijnde incidenten, meldingen en calamiteiten. Deze gegevens van (veel voorkomende) risicomomenten in instellingen en de onderliggende oorzaken zijn door de inspectie beschikbaar gesteld. De resultaten van de literatuurstudie en de inspectiegegevens zijn verwerkt in de tabellen 4.1-4.4, per care-sector.

De vier tabellen bevatten gegevens over indicatoren in relatie tot respectievelijk de gezondheidstoestand van de cliënt, diens kwaliteit van leven, en de kwaliteit van zorg die is uitgesplitst in ervaren kwaliteit van zorg en (veel voorkomende) risicomomenten. De uitkomstgebieden omvatten meerdere aspecten. Meestal worden per aspect meerdere indicatoren genoemd.

De lijst met literatuur-referenties die in de tabellen 4.1-4.4 zijn verwerkt, vindt u achteraan in deel I van het rapport.

### 4.2 MIP- en MIC-Commissies

Als aanvulling op de literatuurstudie zijn er gesprekken gevoerd met leden van MIP- en MIC- Commissies uit alle vier care-sectoren. Deze experts zijn gevraagd hun mening te geven over de risico's en de risicomomenten die volgens hen optreden in de zorgverlening. Het bleek dat de belangrijkste risico's of risicomomenten voor alle vier care-sectoren zijn:

- medische fouten;
- valincidenten/ongelukken;
- agressie/verzet tegen zorg.

Verder werden onder andere nog genoemd:

- vocht en voedingvoorziening;
- fixaties (vrijheidsbeperkende/beschermende maatregelen);
- communicatie.

Daarnaast werd door de afgevaardigden van de thuiszorg als vierde belangrijk risico genoemd: 'het vergeten om patiënten te bezoeken'. Hoewel hierover niets naar voren is gekomen uit de literatuur, is deze indicator wel opgenomen in tabel 4.4, bij 'continuïteit'.

Tabel 4.1 Indicatoren gezondheidstoestand: literatuurverwijzingen per indicator en per care-sector

Aspecten van gezondheidstoestand	Indicator	V&V	TZ	GGZ	GZ
Fysiek functioneren	- zorgafhankelijkheid	11,12	13	14	15
Sociaal functioneren	- deelname aan activiteiten	16-19		20-23	15,24
	- sociale relaties			21	15,24,25
	- maatschappelijke participatie	26		23	15,25,27
Cognitief functioneren	- cognitieve functies	16,28			
Fysieke gezondheid	- eet-/drinkproblemen	16,29,30			31
	- gewichtsverandering	8,29			
	- voedingspatroon				32
	- decubitus	8,10,11,16,33-35	36	37	31
	- (wond)infectie	11,38			
	- urineweginfectie	11,34			
	- incontinentie	12,33			39
	- verblijfskatheter	11,16,34			

Legenda:

V&V: Verpleeg- en Verzorgingshuizen

TZ: Thuiszorginstellingen

GGZ: Instellingen voor langdurige psychiatrische zorg

GZ: Instellingen voor Gehandicaptenzorg

#### *Leeswijzer voor tabel 4.1*

Voor het uitkomstgebied gezondheidstoestand zijn diverse aspecten van gezondheid gedefinieerd, bijvoorbeeld fysiek en sociaal functioneren. Vervolgens staan voor elk aspect van gezondheid één of meer risico-indicatoren vermeld die zijn geselecteerd op basis van de Nederlandstalige literatuurstudie. Per care-sector worden de literatuurverwijzingen over aspecten van gezondheid vermeld.

De hierna volgende tabellen 4.2, 4.3 en 4.4 zijn op dezelfde wijze opgebouwd.

De in tabel 4.2 genoemde aspecten en indicatoren van kwaliteit van leven zijn niet alleen afkomstig uit relevante boeken en tijdschriften, maar sommige aspecten worden ook genoemd door patiëntorganisaties en komen voort uit onderzoek van de Stichting Cliënt en Kwaliteit, of zijn afkomstig uit rapporten van koepelorganisaties.

Tabel 4.2 Indicatoren kwaliteit van leven: literatuurverwijzingen per indicator en per care-sector

Aspecten van kwaliteit van leven	Indicator	V&V	TZ	GGZ	GZ
Bejegening	- communicatie	10,18,38,40-43	9-11,13,31,39,44-46	10,47-51	22,31,32,52-54
	- respectvol	18,55	13,56	51,57-59	15,24,32
	- serieus nemen	18,39,60		59	
	- vriendelijk	18,39,60,61	13		
	- gelijkwaardig	10,18,55		10,59	10
	- empathie/affectie	8,18			54
	- excuses aanbieden	61			
Gedragsproblemen	- agressie/verzet tegen zorg	8,16,62,63		53,64,65	53,65
Cliëntgerichtheid	- cliëntgerichtheid algemeen	10,18,48,66-68		10	10
	- persoonlijke aandacht	8,18,31,39,48,69	13	70,71	
	- informatie geven	10,18,39,41,42,56,71-73	9,10,13,31,39,44-46	10,37,50,51,58,59,71,74,75	10,24
	- laten meebeslissen	76		59,74	
	- direct contact personeel	72,73		70,71	31
Autonomie	- autonomie algemeen	10,26,40,42,67,68,71,72,77,78	13,46	10,25,59,71	10,24,32,79
	- zelfzorg	18,28,40,42,60,78		21,71	22,80
	- keuzemogelijkheden (bijv. dagritme, voeding, activiteiten, vervoer)	10,24,40,42,43,60,77,81	31	10,59,71,75	10,15,24,82
	- onafhankelijkheid/zelfstandigheid	40		71	15,27
	- eigen regie mogelijk w.b. dagindeling/dagritme/zorg	33,40,55,83		10,57,59,71	24,84
Privacy	- privacy algemeen	10,26,40,43,60,62,69,85	44,45	10,31,50	10,24,31,32,52,84
	- keuze kamergenoot	71		59	84
	- één-/meerpersoonskamers	18,31,43,60,71			79,86

- vervolg tabel 4.2 -

- vervolg tabel 4.2 -

Aspecten van kwaliteit van leven	Indicator	V&V	TZ	GGZ	GZ
Privacy (vervolg)	- aparte ruimte om zich terug te trekken	18,31,43,60,62		50	31
	- aankloppen	18,60			31
	- privacy patiëntgegevens	18,45	9		
Emotionele veiligheid	- geborgenheid	10,41,42,68,71,72	87	10,51,70	24
	- seksuele intimiteiten	18,45,88		49,65	49,65
Veiligheid omgeving	- valincidenten/ongelukken	8,11,16,63,72,77,89	9	31,50,54,59,65	15,65,84
	- diefstal/ inbraak/brand	18,31,42,68		50	
Fysiek welbevinden	- pijn	8,16,40,55,62			
Psychisch welbevinden	- depressiever gevoelens	8,16,71,90		21	24,25,27,28
	- eenzaamheid	28,85,90			24
	- suicide(pogingen)	88		37,53,65	53,65
Sociaal welbevinden	- ontwikkelingsperspectief			25	15,27,80,84
	- religie/levensovertuiging	18,55,66,91		25,31	24
	- seksuele voorlichting				22
Zinvolle dagbesteding	- omvang en variatie activiteiten aanbod (incl. religie/levensovertuiging)	8,16,18,31,33,41,69,72,83		21,25,31,50,70,75,93	15,24,27,32,39,79,94-96
	- werk/onderwijs/hobby's	85,92		20,21	15,22,25

Legenda:

V&V: Verpleeg- en Verzorgingshuizen

TZ: Thuiszorginstellingen

GGZ: Instellingen voor langdurige psychiatrische zorg

GZ: Instellingen voor Gehandicaptenzorg

Tabel 4.3 Indicatoren ervaren kwaliteit van zorg: literatuurverwijzingen per indicator en per care-sector

Aspecten van ervaren kwaliteit van zorg	Indicator	V&V	TZ	GGZ	GZ
Zorgplan	- inspraak zorgplan	10,18,39,40,67,72,73,97	10,13,39,40	31,47,50,51,59,75,93	24,31,60,67,71,76,79,84,94,98
	- afwijkingen zorgplan	18,28,31,33,35,40,61,69,71,83,92	10,13,31,39,45	38,59	15,27,31,32,32,52,66,79
Vocht- en voedselvoorziening	- tijdstip maaltijden	18,29,71,77			
	- kwaliteit maaltijden	18,29,33,72,73,77,81,83,99		71	
Wachttijd	- waardering wachttijd hulp	31,72,77	13,39,46		
Leef-/woon-omgeving:	- waardering kwaliteit accommodatie/bouwkundige kenmerken	8,18,40,42,62,69-72,77,100		21,25,31,59,75,101,102	15,24,31,32,52,82,86,96,102,103
	- toegankelijkheid	10,18,31,69,72,101		10,50,102	10,102
	- eigen spullen	18,66			25
	- eigen huishouding				15,25,104
	- groepsgrootte				52,86,103

Legenda:

V&V: Verpleeg- en Verzorgingshuizen

TZ: Thuiszorginstellingen

GGZ: Instellingen voor langdurige psychiatrische zorg

GZ: Instellingen voor Gehandicaptenzorg

De indicatoren die in tabel 4.3 worden vermeld zijn waarderingsaspecten van cliënten over de kwaliteit van zorg, bijvoorbeeld over de communicatie met hulpverleners<sup>3</sup> of over de cliëntwaardering wat betreft de kwaliteit van het eten en het tijdstip waarop de maaltijden worden genuttigd.

Tabel 4.4 Indicatoren risicomomenten: literatuurverwijzingen per indicator en per care-sector

Aspecten van risicomomenten	Indicator	V&V	TZ	GGZ	GZ
Medicijn-verstrekking	- medicatiefouten	8,11,16,63,88,105		37,49,65,106	49,65,96
	- psychofarmaca	16,89		37,107,108	107,108
	- polyfarmacie	16			
Vocht- en voedselinname	- hulp bij vocht- en voedselinname	18,29,33,69,83			31
Continuïteit	- aantal hulpverleners in team/op afdeling	31,39,40		10,59	10,27,54
	- aantal verschillende hulpverleners		10,31,39	23,50	109
	- vast tijdstip zorg	31,43,45,60	10,13,31,39		
	- aantal keer overleg/overleg afgelast	10,39,67,83,97	13,45,56	10,47,58,110	10,22
	- beschikbaarheid hulpverleners/aantal uren hulp	31	13,31,45,46	31	
	- vast contactpersoon	39,71	13,31,39		
	- bereikbaarheid hulpverleners	10,13,18,31,33,83	10,31,39,46,56	110	
	- vroegtijdige beëindiging hulp		45	20,23,28	
	- vergeten patiënten te bezoeken		111		
	- informatie bij overdracht	105	13,31,46	37,59,112	103
Vrijheidsbeperking	- vrijheidsbeperkende/beschermbende maatregelen	16,35,89,113		23,37,49,50,57,59,65,114,115	10,49,79,96,116,117
	- bedekken	113			
Hygiëne	- afwijkingen hygiëne	18,31,39,61,83		37,50,71	31
	- schone toilet/douche	31,72			

Legenda:

V&V: Verpleeg- en Verzorgingshuizen

TZ: Thuiszorginstellingen

GGZ: Instellingen voor langdurige psychiatrische zorg

GZ: Instellingen voor Gehandicaptenzorg

<sup>3</sup> Lees voor hulpverlener: hulpverlener of begeleider.

De in tabel 4.4 vermelde indicatoren vinden cliënten belangrijk, maar het zijn strikt genomen geen uitkomsten van kwaliteit van zorg. Wel beïnvloeden ze de waardering van de cliënten over de geleverde zorg en is er sprake van (veel voorkomende) risicomomenten.





## 5 Selectie van indicatoren tot risico-indicatoren

Via het literatuuronderzoek zijn in totaal 81 indicatoren gevonden (zie tabellen 4.1-4.4). Deze indicatoren zijn vervolgens beoordeeld aan de hand van de onderstaande criteria.

- 1 Er is een relatie van de indicator met het probleem of het risico.
- 2 De indicator is beïnvloedbaar door de hulpverlener.
- 3 De variatie van de indicator kan worden gemeten, waardoor vergelijking met andere instellingen mogelijk is (benchmarking).
- 4 De indicator is breed toepasbaar, dat wil zeggen zoveel mogelijk in alle care-sectoren bruikbaar. Indien voor een indicator in alle care-sectoren literatuur gevonden is, krijgt hij in de tabellen 5.1-5.4 een plusteken.
- 5 De indicator is volgens de literatuur reeds gemeten (veelal is dit in een onderzoekssetting gebeurd, maar in de praktijk dit zal vaak niet het geval zijn): een plusteken betekent dat de indicator wordt gemeten.
- 6 Er is een kleine timespan, dat wil zeggen er zit niet meer dan ongeveer vier weken tussen proces en uitkomst. In die periode kunnen ongewenste gevolgen optreden ten gevolge van het zorgproces: een plusteken betekent dat ongewenste gevolgen binnen vier weken kunnen optreden.
- 7 De indicator wordt genoemd in de registratie van fouten/incidenten/calamiteiten door IGZ en MIP- en MIC-commissies: een plusteken betekent dat die indicator wordt genoemd.
- 8 De indicator heeft volgens de inspectie relatief meer prioriteit: de indicatoren die volgens de inspectie relatief meer prioriteit hebben voor het opsporen van ongewenste gevolgen voor de cliënt dan andere indicatoren. Hiermee wordt *niet* gezegd dat de andere indicatoren die via het literatuuronderzoek zijn geselecteerd *niet belangrijk* zijn. Het is een extra afweging in het selectieproces om te komen tot een uiteindelijke lijst van risico-indicatoren die ongewenste gevolgen voor de patiënt kunnen aangeven en die relatief gezien het belangrijkste zijn. Sommige indicatoren zijn voor slechts één of twee sectoren als belangrijk beschouwd: bij het plusteken staat dan vermeld voor welke sectoren dit plusteken geldt: V&V, TZ, GGZ of GZ.

Aan de eerste 3 criteria voldoen in eerste instantie alle indicatoren, het tegendeel is althans uit de screening van de literatuur nog niet gebleken. De indicatoren zijn daarom beoordeeld aan de hand van de criteria 4 t/m 8 (zie tabellen 5.1-5.4).

### Interpretatie van de tabellen

Een hoge score op ongewenste uitkomsten ten aanzien van de gezondheidstoestand en de kwaliteit van leven van cliënten kan een signaal zijn van tekortkomingen in het zorgproces in een bepaalde instelling. Voorbeelden van dergelijke risico-indicatoren zijn het percentage cliënten met valincidenten of ongelukken, of het percentage cliënten bij wie fouten zijn gemaakt bij de medicatieverstrekking.

De beoordeling wat een hoge of lage score is hangt af van het gemiddelde van vergelijkbare andere instellingen en van de 'best practices' (beste 10%). Er is geen absolute gouden standaard voor, zodat de praktijk zal moeten leren welke normen moeten worden gehanteerd ter signalering van mogelijk onverantwoorde zorg.

Het niet scoren op activiteiten die relevant geacht worden voor het voorkómen van fouten, (bijna) ongelukken, calamiteiten en complicaties kan een signaal zijn voor een verhoogde kans op onverantwoorde zorgverlening en in het verlengde daarvan voor risico's op ongewenste uitkomsten voor de cliënt.

Het niet scoren op randvoorwaarden/structuren die relevant geacht kunnen worden voor het waarborgen van het zorgproces en de deskundigheid van hulpverleners kan eveneens een signaal zijn voor een verhoogde kans op onverantwoorde zorgverlening en in het verlengde daarvan voor risico's op ongewenste uitkomsten voor de cliënt.

In de volgende tabellen 5.1-5.4 krijgt een indicator een 'plusje' als hij voldoet aan een criterium. Er zijn 5 selectiecriteria geformuleerd, dus de maximum score is 5. Indicatoren die wel in de tabellen 4.1-4.4 voorkomen, maar op geen van de selectiecriteria scoorden (dus een totaalscore van nul hadden) zijn niet opgenomen in de tabellen 5.1-5.4.

Tabel 5.1 Indicatoren gezondheidstoestand: beoordeling volgens selectiecriteria

Aspecten van gezondheidstoestand	Indicator	Breed toepasbaar	Empirisch gemeten	Kleine timespan	Incident/calamiteit	Prioriteit inspectie	Totaal score
Fysiek functioneren	- zorgafhankelijkheid	+	+			+	3
Sociaal functioneren	- deelname aan activiteiten/ maatschappelijke participatie	+	+			+	3
Cognitief functioneren	- cognitieve functies		+			+*	2
Fysieke gezondheid	- eet-/drinkproblemen		+	+			2
	- gewichtsverandering		+	+		+	3
	- decubitus	+	+	+		+**	4
	- (wond)infectie		+	+			2
	- urinewegproblemen		+	+			2

\* GZ

\*\* niet GZ

Legenda:

Breed toepasbaar: indicator is toepasbaar in alle care-sectoren

Empirisch gemeten: volgens de literatuur meetbare indicator

Timespan: periode van max. 4 weken tussen optreden en gevolgen van voorkomen van indicator

Incident/calamiteit: aanwezigheid op de IGZ-incidenten/calamiteitenlijst

Prioriteit inspectie: volgens de inspectie heeft de indicator relatief meer prioriteit

Tabel 5.2 Indicatoren kwaliteit van leven: beoordeling volgens selectiecriteria

Aspecten van kwaliteit van leven	Indicator	Breed toepasbaar	Empirisch gemeten	Kleine time-span	Incident/calamiteit	Prioriteit inspectie	Totaalscore
Bejegening	- communicatie	+	+		+	+	4
Gedragsproblemen	- agressie/verzet tegen zorg	+	+	+	+	+	5
Cliëntgerichtheid	- cliëntgerichtheid algemeen	+	+				2
	- informatie geven	+	+				2
	- keuzemogelijkheden (bijv. dagritme, voeding, activiteit, vervoer)	+	+			+	3
	- autonomie algemeen	+	+				2
	- eigen regie mogelijk w.b. dagindeling/dagritme/zorg	+				+*	2
Privacy	- privacy algemeen	+	+				2
	- aantal één/meer-persoonskamers		+				1
	- aparte ruimte om zich terug te trekken	+					1
Emotionele veiligheid	- geborgenheid	+	+			+	3
	- seksuele intimiteiten		+	+	+	+*	4
Veiligheid omgeving	- valincidenten/ongelukken	+	+	+	+	+***	5
	- diefstal/inbraak/brand	+	+				2
Fysiek welbevinden	- pijn	+	+	+		+	4
Psychisch welbevinden	- depressieve gevoelens	+	+			+	3
	- eenzaamheid	+	+			+	3
	- suicide(pogingen)	+	+	+	+	+**	5
Sociaal welbevinden	- ontwikkelingsperspectief		+			+*	2
Vocht-/voedselvoorziening	- tijdstip maaltijden		+				1
	- kwaliteit maaltijden		+				1
Zinvolle dagbesteding	- omvang en variatie activiteiten(aanbod (incl. religie/ levensovertuiging)	+	+			+	3
	- werk/onderwijs/ hobby's		+			+*	1

\* GZ

\*\* GGZ

\*\*\* V&V, TZ

Legenda:

Breed toepasbaar: indicator is toepasbaar in (bijna) alle care-sectoren

Empirisch gemeten: volgens de literatuur meetbare indicator

Time-span: periode van max. 4 weken tussen optreden en gevolgen van voorkomen van indicator

Incident/calamiteit: aanwezigheid op de IGZ-incidenten/calamiteitenlijst

Prioriteit inspectie: volgens de inspectie heeft de indicator relatief meer prioriteit

Tabel 5.3 Indicatoren ervaren kwaliteit van zorg: beoordeling volgens selectiecriteria

Aspecten ervaren kwaliteit van zorg	Indicator	Breed toepasbaar	Empirisch gemeten	Kleine time-span	Incident/calamiteit	Prioriteit inspectie	Totaalscore
Zorgplan	- inspraak zorgplan	+	+	+		+	4
	- afwijkingen zorgplan	+	+	+		+	4
Vocht- en voedselvoorziening	- kwaliteit vocht- en voedselvoorziening		+	+		+	3
Wachttijd	- wachttijd hulp		+	+			2
Leef-/woonomgeving	- kwaliteit accommodatie/bouwkundige kenmerken	+	+				2
	- toegankelijkheid	+	+				2
	- groepsgrootte		+				2

Legenda:

Breed toepasbaar: indicator is toepasbaar in alle care-sectoren

Empirisch gemeten: volgens de literatuur meetbare indicator

Time-span: periode van max. 4 weken tussen optreden en gevolgen van voorkomen van indicator

Incident/calamiteit: aanwezigheid op de IGZ-incidenten/calamiteitenlijst

Prioriteit inspectie: volgens de inspectie heeft de indicator relatief meer prioriteit

Tabel 5.4 Indicatoren risicomomenten: beoordeling volgens selectiecriteria

Aspecten van risicomomenten	Indicator	Breed toepasbaar	Empirisch gemeten	Kleine timespan	Incident/calamiteit	Prioriteit inspectie	Totaalscore
Medicijnverstrekking	- medicatiefouten	+	+	+	+		4
	- psychofarmaca	+	+	+			3
	- polyfarmacie	+	+			+	3
Vocht- en voedselinname	- hulp bij vocht- en voedselinname	+	+	+			3
Continuïteit	- aantal verschillende hulpverleners	+	+			+	3
	- aantal keer overleg/overleg afgelast	+	+				2
	- bereikbaarheid hulpverleners		+				1
	- vroegtijdige beëindiging hulp		+				1
	- informatie bij overdracht		+	+		+	3
Vrijheidsbeperking	- vrijheidsbeperkende/ beschermende maatregelen	+	+	+	+	+/**	5
Hygiëne	- afwijkingen hygiëne	+	+				2

\* GZ

\*\* V&V

Legenda:

Breed toepasbaar: indicator is toepasbaar in alle care-sectoren

Empirisch gemeten: volgens de literatuur meetbare indicator

Timespan: periode van max. 4 weken tussen optreden en gevolgen van voorkomen van indicator

Incident/calamiteit: aanwezigheid op de IGZ-incidenten/calamiteitenlijst

Prioriteit inspectie: volgens de inspectie heeft de indicator relatief meer prioriteit



## 6 Conclusie

Er zijn uiteindelijk 27 van de 81 indicatoren die via het literatuuronderzoek waren gevonden, geselecteerd als risico-indicator: 23 algemene risico-indicatoren, dat wil zeggen geldend voor alle care-sectoren, en 4 sector-specifieke risico-indicatoren. De selectie is gedaan op basis van de criteria, vermeld in paragraaf 5. De gegevens ter beoordeling van de criteria zijn afkomstig uit de hierboven genoemde literatuurstudie, een analyse van klachten, meldingen bij MIP- en MIC-Commissies, en de registratie van incidenten/calamiteiten van de IGZ. De beoordeling van de mate van prioriteit is door de inspectie gedaan.

De selectie heeft de volgende resultaten opgeleverd:

### **5 indicatoren die aan 5 criteria voldoen:**

- agressie
- verzet tegen zorg
- valincidenten/ongelukken (voor de sectoren V&V,TZ)
- suïcide(poging) (voor de sector GGZ)
- vrijheidsbeperkende/beschermende maatregelen

### **7 indicatoren die aan 4 criteria voldoen:**

- decubitus
- onvoldoende communicatie
- ongewenste seksuele intimiteiten (voor de sector GZ)
- pijn
- onvoldoende inspraak zorgplan
- afwijkingen zorgplan
- medicatiefouten

### **14 indicatoren die aan 3 criteria voldoen:**

- zorgafhankelijkheid
- onvoldoende deelname aan activiteiten/maatschappelijke participatie
- ongewenste gewichtsverandering
- onvoldoende keuzemogelijkheden
- onvoldoende geborgenheid
- depressieve gevoelens
- eenzaamheid
- onvoldoende activiteiten aanbod
- ongewenst psychofarmacagebruik
- polyfarmacie
- onvoldoende kwaliteit vocht- en voedselvoorziening

- onvoldoende hulp bij vocht- en voedselinname
- veel verschillende hulpverleners
- onvoldoende informatie bij overdracht

**1 indicator specifiek voor de GZ die aan 2 criteria voldoet:**

- onvoldoende ontwikkelingsperspectief (GZ)

De 27 geselecteerde risico-indicatoren zijn in het tweede deel van dit rapport onderbouwd aan de hand van een screening van de nationale en internationale literatuur naar de relatie tussen de geselecteerde uitkomstindicatoren en de beïnvloedende factoren van de cliënt, het zorgproces, en de organisatiestructuur van een instelling. In deze stap is nagegaan of er in overzichtsstudies en meta-analyses van onder andere de Cochrane Collaboration een wetenschappelijke onderbouwing kon worden gevonden voor de geselecteerde uitkomstindicatoren

De beschrijving van elke indicator is volgens een van tevoren vastgesteld stramien gebeurd.



# Literatuur

- 1 Blanken J. Is uw instelling 'at risk'? Inspectie hanteert nieuwe werkwijze. *Zorg & Ondernemen* juni 2003; 14-16.
- 2 Commissie-Abeln. Op weg naar gezond vertrouwen. Advies over de strategie voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Den Haag: IGZ, 2001.
- 3 Sluijs EM, Wagner C. Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2000. Utrecht: NIVEL, 2000.
- 4 Inspectie voor de Gezondheidszorg. SGZ: Staat van de Gezondheidszorg. Kwaliteitsborging in zorginstellingen: intentie, wet en praktijk. Den Haag: IGZ, 2002.
- 5 Baan CA. Risico's verkend. Naar een risicomodel voor toezichtstrategie van IGZ. Bilthoven: RIVM, 2001.
- 6 Colsen PJA, Casparie AF. Indicatorregistratie: een model ten behoeve van integrale kwaliteitszorg in een ziekenhuis. *Medisch Contact* 1995; 50:297-299.
- 7 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Definitielijst voor Gefaseerd Toezicht en Risicomodel. Versie 1.0. Den Haag: IGZ, 2004.
- 8 Arcares. Benchmarking verpleeg- en verzorgingshuizen. Tweede test benchmarkinstrumentarium. Algemeen rapport. Utrecht: Arcares, 2002.
- 9 Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ). Certificatieschema instellingen voor thuiszorg. Utrecht: St HKZ, 1997.
- 10 Sluijs E, Beek S van, Mouthaan I, Neef M de, Wagner C. Verdiepingsstudie transparantie kwaliteit van zorg. Utrecht: NIVEL, 2002.
- 11 Wagner C, Wiersma L, Ribbe MW, Wal G van de. Bewonersgebonden kwaliteitsindicatoren in de ouderenzorg. *Kwaliteit in Beeld* 2001; 11(5):3-5.
- 12 Frijters DHM. Zorgzwaartebepaling in verpleeghuizen. *Signet* 1991; (3):5-9.
- 13 Poerstamper RJC, Kerkstra A. Benchmarkonderzoek 2000 verscherpt inzicht in prestaties en bedrijfsvoering thuiszorginstellingen: resultaten benchmarkonderzoek op sectorniveau: eindrapport. Almere: PWC Consulting, 2002.
- 14 Maas HAA, Hoogmoed J, Goluke-Willems GAM, Berg YWM. Gunstige ontwikkeling van de zelfredzaamheid van patiënten tijdens opname op een geriatrische afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1995; 139(48):2494-2498.

- 15 Kersten M, Douma J. Instrumenten en methoden voor het bepalen van kwaliteit van bestaan. Utrecht: Landelijk KennisNetwerk Gehandicaptenzorg (LKNNG), 2001.
- 16 Frijters D, Gerritsen D, Steverink N. Zorginhoudelijke kwaliteit: betrouwbaarheid en bruikbaarheid van observatiegegevens in de benchmark voor verpleeg- en verzorgingshuizen. Tijdschr Gerontol Geriatr 20034; 34, 21-27.
- 17 Grypdonck M. Kwaliteit van leven in verpleeghuizen: het leven boven de ziekte en de beperkingen uittillen, ook in de zorg voor ouderen. TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen 2000; 110(6):175-180.
- 18 Landelijke Organisatie Cliëntenraden. Verantwoorde zorg. Verpleeghuizen en verzorgingshuizen vanuit cliëntenperspectief. Utrecht: Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC), 2003.
- 19 Stevens FCJ, Have ML. Activiteiten, verveling, gezondheid en het ervaren participatief klimaat in verzorgingshuizen. T Geront Geriatrie 1993; 24(1):18-24.
- 20 Franchimont M. Meten, weten, weten verbeteren. Kwaliteit in Beeld 2000; 6, 12-15.
- 21 Hoof F van, Stolker JJ, Zitman FG, Donker MVH, Weeghel J van. Uitkomstindicatoren op het gebied van de chronische psychiatrie. Den Haag: NWO, 1994.
- 22 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Gezien en gehoord. Een onderzoek naar de kwaliteit van zorg voor mensen met een zintuiglijke beperking. Den Haag: IGZ, 2003.
- 23 Veer A de. Het gebruik van kwaliteitsindicatoren in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 2002; 57, 1061-1069.
- 24 Kok R, Smit B. Ander spoor: emancipatorisch werken met mensen met een verstandelijke handicap. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, 1999.
- 25 Douma JCH, Kersten MCO, Koopman HM et al. Het meten van kwaliteit van bestaan van mensen met een verstandelijke handicap. Ned Tijdschr Zwakzinnigenzorg 2001; 27(1), 17-36.
- 26 Pols J, Depla M, Lange J de. 'Dat kunt u best zelf': zorg voor autonomie van ouderen met een psychiatrische achtergrond in het verzorgingshuis. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 2000; 55(1):3-15.
- 27 Huizing AR, Maaskant MA, Hamers JPH, Groot W. Een eigen invulling. Zorgbehoeften van mensen met een verstandelijke handicap. Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten 2003; 143-161.
- 28 Lemmens KMM, Harteloh PPM, Walburg JA. De validiteit van kwaliteitssystemen in zorginstellingen. Rotterdam: Instituut Beleid en Management in de Gezondheidszorg, 2003.
- 29 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Vocht- en voedselvoorziening in de Nederlands verpleeghuizen: beleid en praktijk. Den Haag: IGZ, 1999.
- 30 Kayser-Jones J. Ondervoeding, uitdroging en honger temidden van overvloed. TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen 2003; 113(11):52-58.

- 31 Mistiaen P, Delnoij DMJ. 'Quick scan' kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief in de care-sector. Utrecht: NIVEL, 2003.
- 32 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Verantwoorde zorg en personele consequenties. Den Haag: IGZ, 2004.
- 33 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Evaluatierapport 'Zorgen in de zomer'. Den Haag: IGZ, 2002.
- 34 Klein Ikkink K, Wagner C. Relatie tussen kwaliteits(deel)systemen en de kwaliteit van de zorg in verpleeghuizen. Utrecht: NIVEL, 2000.
- 35 NRC. Bezuinigingen verpleeg- en verzorgingshuizen. Mediator 2003; 14 (7), 32.
- 36 Rosier J. Eén lijn in de eerste lijn. Nursing juni 2004; 5:14-16.
- 37 GGZ Nederland. Kwaliteitsnormen somatische zorg in de GGZ. Utrecht: GGZ Nederland, 2001.
- 38 Mistiaen P, Wagner C, Bours G, Halfens R. Prevalentie meting van smetten in Nederlandse intramurale zorginstellingen. 2003.
- 39 Veer G van de, Sixma HJ, Kerkstra A. Kwaliteit van zorg vanuit cliëntperspectief: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL, 2003.
- 40 Campen C van, Kerkstra A. Over de bijdrage van somatische verpleeghuiszorg aan de kwaliteit van leven. Kwaliteit & Zorg 1995; 253-66.
- 41 Spinhoven M. Vrijheid in verzorgingshuis geeft 'thuisgevoel': LOC meet tevredenheid van de cliënt. Zorginstellingen 2000; 25(3):12-13.
- 42 Taes CGT, Campen C van, Kerkstra A. Ervaren autonomie en ervaren veiligheid bij somatische verpleeghuisbewoners. Kwaliteit & Zorg 1996; 4(2):52-62.
- 43 Thiel E van. Ruimte voor het eigen leven van verpleeghuisbewoners: VWS-Stimuleringsprogramma Bejegening. Tijdschrift voor Verzorgenden 1999;(6):42-45.
- 44 Landelijke Klachtencommissie Thuiszorg. Jaarverslag 2001. Bunnik: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, 2002.
- 45 Landelijke Klachtencommissie Thuiszorg. Jaarverslag 2002. Bunnik: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, 2003.
- 46 PricewaterhouseCoopers & Berenschot. Benchmarkonderzoek Thuiszorg biedt aanknopingspunten voor instellingen en overheid. Definitieve rapportage. Utrecht: PwC/Berenschot BV, 1999.
- 47 Aarse HR. De betekenis van cliënttevredenheid als indicator voor kwaliteit van zorg. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2003.
- 48 Berghmans R. Autonomie: tussen wens en werkelijkheid: over de autonomie van bewoners in het verpleeg- en verzorgingshuis. TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen 2000; 110(11):350-353.

- 49 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Meldingen en Calamiteiten GGZ en GZ 2002. Den Haag: IGZ, 2003.
- 50 Nijssen YAM, Haan RJ, Schene AH, Koeter MWJ, Gersons BPR. Kwaliteitsbeoordeling op gesloten psychiatrische opnameafdelingen: een illustratie van het KWAZOP-instrument. Tijdschr Psychiatr 2001; 43(8):545-558.
- 51 Trimbos-instituut. Cliëntwaardering in de GGZ. Utrecht: GGZ Nederland, 2003.
- 52 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Ernstig meervoudig gehandicapt en dan? Den Haag: IGZ, 2000.
- 53 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Meldingen en Calamiteiten GGZ en GZ 2002. Den Haag: IGZ, 2003.
- 54 Staring MATM, Duterloo CM, Horn GHMMt. Kwaliteitsmeting van Proceskenmerken in de Zwakzinnigenzorg. Den Haag: NWO, 1993.
- 55 Marini B. Het zorggedrag van verpleegkundigen zoals beoordeeld door ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen: een pilot onderzoek. Verpleegkundig Perspectief 2000; 2:15-18.
- 56 Geraets J. Kwaliteit van de thuiszorg: feedback door de cliënt. Kwaliteit in Beeld 2000; 10(2):14-16.
- 57 Berghmans R, Elfahmi D, Goldsteen M, Widdershoven G. Kwaliteitscriteria Dwang en Drang. Utrecht: GGZ Nederland, 2001.
- 58 Sluijs EM, Friele RD. Onvrede over klachtbehandelingen in het kader van de Wet klachtrecht Cliënten Zorgsector. TSG 2003; 6:318-326.
- 59 Steketee M, Rijkschroeff R. De cliënt als toetsers van de geestelijke gezondheidszorg. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 2000.
- 60 Boer Ad, Klerk M de, Iedema J. Privacy in verpleeghuizen: oordeel van bewoners. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2002; 80(8):489-495.
- 61 Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC). Leven in een zorginstelling. Klachten. [www.loc.nl](http://www.loc.nl) . 4-2-2004.
- 62 Schols JMGA. Agressie bij dementerenden: een teken van slechte zorg? Medisch Contact 2000; 55(46):1628-1630.
- 63 Tak J. Jaaroverzicht 2003 MIB-commissie Hannie Dekhuijzen. Rotterdam: Verpleeghuis Hannie Dekhuijzen, 2003.
- 64 Elias M. Ik had de neiging iedereen te slaan. Klik 2000; 20-21.
- 65 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Jaarrapport GZ/GGZ 2002. Den Haag: IGZ, 2002.
- 66 Griepsma GJ. Niet langer sjouwen met eigen spulletjes: bewonersgroepen ingedeeld naar afkomst en interesse. Tijdschrift voor Verzorgenden 2000; 32(10):10-13.

- 67 Oldeniel H van, Dijk S van. Met indicatoren meer kwaliteit. *Kwaliteit in Beeld* 1996; 1:11-13.
- 68 Timmermans J, Campen C van, Hessing J. Zorg. In: *Sociaal en Cultureel Rapport 2002. De kwaliteit van de quartaire sector*. Den Haag: SCP, 2002: 275-337.
- 69 Wever I, Coolen J. Onderzoek naar verzorgingshuizen: een verkenning van de zorgvraag en het zorgaanbod. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, 2000.
- 70 Haan K de, Leeuwen L van, Lange J de. Samen zorg verbeteren. Signaleringsinstrumenten voor minimale kwaliteit. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen* 2003; 5:16-20.
- 71 Kroon K. Baas over eigen blaas. *ZorgVisie* 2003; 9:22-27.
- 72 Stichting Cliënt en Kwaliteit. Alles naar wens?: kwaliteitsonderzoek in verpleging en verzorging: rapportage stichting Cliënt en Kwaliteit over de periode april 2002-december 2002. Utrecht: Stichting Cliënt en Kwaliteit, 2003.
- 73 Stichting Cliënt en Kwaliteit. Alles naar wens?: kwaliteitsonderzoek in verpleging en verzorging: resultaatgrafieken en cijfermatige gegevens: bijlage bij de rapportage Stichting Cliënt en Kwaliteit over de periode april 2002-december 2002. Utrecht: Stichting Cliënt en Kwaliteit, 2003.
- 74 Kerkhof MPN van. Cliënten geven rapportcijfer. *Psy* 2001; 12:4-6.
- 75 Rigter H, Have M, Cuijpers P, Depla M et al. Brancherapport GGZ-MZ '98 - '01. Utrecht: Trimbos-instituut, 2002.
- 76 Hauer H, Jansen L, Keij A, Snijders J. Toetsing kwaliteit van behandelplannen: de ontwikkeling van een evaluatie-instrument. *Kwaliteit in Beeld* 2001; 11(2):4-5.
- 77 Cliënt & Raad/LOC. Wat is verantwoorde zorg in verpleeghuizen? Cliënt & Raad/LOC, 2000.
- 78 Driessen S, Casparie AF, Bos GAM van den. Uitkomstindicatoren voor kwaliteitsbewaking en -bevordering in de zorg voor chronisch zieken. Den Haag: NWO, 1994.
- 79 Lakerveld A, Nissen MJF, Haveman MJ, Horn GHMM ten. Kwaliteit van zorg voor mensen met een verstandelijke handicap en ernstig zelfverwondend gedrag: consulenteams een eerste stap. *Ned Tijdschr Zwakzinnigenzorg* 1999; 25(3), 163-175.
- 80 Vreeke GJ, Janssen CGC, Haveman MJ, Horn GHMM ten. Uitkomstindicatoren in de zorg aan mensen met een verstandelijke handicap. Den Haag: NWO, 1993.
- 81 Inspectie voor de Gezondheidszorg. "Zorgen in de zomer": inventarisatie van de personeelsproblematiek in verpleeghuizen gedurende de zomermaanden 2000. Den Haag: IGZ, 2000.
- 82 Nienhuis T, Buysse WH, Os MCV. Tevredenheidsonderzoek onder WVG-cliënten in Sliedrecht. Voorburg: Tympan Instituut, 2002.
- 83 Landelijke Organisatie Cliëntenraden. Cliëntenraden en verantwoorde zorg. Utrecht: LOC, 2003.

- 84 Dijk S van, Carlier A. Signaallijst voor onderkenning van risicovolle situaties in de gehandicaptenzorg. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 1999.
- 85 Zijlmans T. Somatische bewoners in gesprek. AS 2001; september:30-32.
- 86 College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen. Signaleringsrapport inzake intramurale voorzieningen voor Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten (SGLVG). Utrecht: College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, 2001.
- 87 Dange B, Tiel M van, Beyers J, Horst F van der, Buntinx F. Thuisverblijvende CVA-patiënten: beantwoordt het zorgaanbod aan hun vraag? Huisarts Nu 1995; 24(1):14-18.
- 88 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Meldingen en Calamiteiten VVT 2002. Den Haag: IGZ, 2003.
- 89 Landelijke Organisatie Cliëntenraden. Leven in een zorginstelling. Wat vinden cliënten verantwoorde zorg? www.loc.nl . 4-2-2004.
- 90 Eisses AMH, Kluiters H, Jongenelis K et al. Prevalentie en incidentie van depressie in Drentse verzorgingshuizen. Ned Tijdschr Geneesk 2002; 46(20), 946-949.
- 91 Bosman M. Levensbeschouwing en kwaliteitsbeleid. Cliënt & Raad/LOC 2003; mei/juni:10-12.
- 92 Tits MHL, Naafs J, Rosendal H, Willems CG. Ondersteunende technologie in verzorgingshuizen: bevordering zelfredzaamheid en vermindering werkdruk. Tilburg: Instituut voor Sociaal-Wetenschappelijk Beleidsonderzoek, 1999.
- 93 Brugge F van de. Een ander licht op de uitvoering van onze zorg. Basis 2003; 24-26.
- 94 Dijk SGM van, Elsinga M. Op weg naar kwaliteitsborging van zorgprocessen. Een experiment met indicatoren in twee instellingen voor gehandicaptenzorg. Utrecht: NZi, 1994.
- 95 Ginneken P van, Michon H, Koedoot P. Evaluatie van uitbreiding van dagbesteding voor mensen met een verstandelijke handicap. Utrecht: Trimbos-instituut, 2000.
- 96 Vreeke GJ, Janssen CGC, Haveman MJ, Horn GHMM ten. Uitkomstindicatoren in de zorg aan mensen met een verstandelijke handicap. Den Haag: NWO, 1993.
- 97 Kooij C van de. Gewoon lief zijn? Utrecht: Lemma BV, 2003.
- 98 Bernard S, Groot J de, Buntinx W, Boxel M van. De ontwikkeling van een checklist 'kwaliteit handleiding zorgplannen'. NTZ 1996; (4):235-247.
- 99 Landelijke Organisatie Cliëntenraden. Wat eten we vandaag in het verpleeghuis? www.loc.nl . 2004.
- 100 College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen. Verpleging en verzorging. Bouwmaatstaven voor nieuwbouw. Basiskwaliteitseisen voor bestaande bouw. Utrecht: College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, 2002.
- 101 College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen. Verpleging en verzorging. Bouwmaatstaven voor nieuwbouw. Basiskwaliteitseisen voor bestaande bouw. Utrecht: College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, 2002.

- 102 College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen. Separeer- en afzonderingsvoorzieningen. Bouwmaatstaven voor nieuwbouw. Utrecht: College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, 2003.
- 103 Evenhuis HM. Moderne gezondheidszorg voor mensen met verstandelijke beperkingen. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2002.
- 104 Leemans E, Zomerplaat J. Vernieuwing in woonbegeleiding: evaluatie van trainingstehuizen, begeleid zelfstandig wonen en woonbemiddeling voor mensen met een lichamelijke handicap: samenvatting, conclusies en aanbevelingen. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, 1992.
- 105 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Geneesmiddelen distributie in verpleeghuizen. Den Haag: IGZ, 1998.
- 106 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Geneesmiddelen distributie en farmacotherapie in APZ-en. Den Haag: IGZ, 2000.
- 107 Stolker JJ. Het gebruik van psychofarmaca door mensen met een verstandelijke handicap. Tijdschr Orthopedagog 2002; 41:17-21.
- 108 Stolker JJ, Koedoot ER, Heerdink ER, Leufkens HGM, Nolen WA. Het psychofarmaca-gebruik door verstandelijk gehandicapte bewoners van gezinsvervangende tehuizen. Tijdsch Psychiatr 2003; 45(11):666-676.
- 109 Buntinx WHE. Wat is een verstandelijke handicap? NTZ 2003; (1):4-24.
- 110 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Somatische zorg in APZ-en. Den Haag: IGZ, 1999.
- 111 MIP-commissie Thuiszorginstellingen. Mondelinge communicatie. 2004.
- 112 Kok I, Wennink H. Ketenkwaliteit in de GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut, 2004.
- 113 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Veiligheidsrisico's bij het gebruik van bedden, beddekken en fixatiemateriaal in verpleeghuizen. Den Haag: IGZ, 2000.
- 114 Stolker JJ, Nijman H, Zwanikken P. Separatie: een noodzakelijk kwaad? Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 2004; 3:193-204.
- 115 Zorgvisie. Kinderpsychiatrie past dwang niet correct toe. ZorgVisie 2004; 34(14):1.
- 116 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Risico's bij het gebruik van de Zweedse band in de gehandicaptenzorg. Den Haag: IGZ, 2002.
- 117 Opdebeeck S, Audenhove C van. De regels van het huis. Omgaan met vrijheidsbeperking in de gehandicaptenzorg en in de bijzondere jeugdzorg. Leuven: Uitgeverij Acco, 2001.





## **Bijlage 1 Zoekgeschiedenis literatuursearch indicatoren**

Er is steeds met trefwoorden gezocht, tenzij anders vermeld.

### **Set 1**

Indicatoren OR procesindicatoren OR uitkomstindicatoren OR gezondheidsindicatoren  
OR sociale indicatoren OR outcome  
431 records

### **Set 2**

kwaliteitseisen OR kwaliteit van de zorg  
4562 records

### **Set 3**

doelmatigheid OR doeltreffendheid OR evaluatie OR programma-evaluatie OR  
effectmeting OR werkzaamheid OR benchmarking  
5269 records

### **Set 4**

risico-analyse OR risk management  
32 records

### **Set 5**

satisfactie OR patientensatisfactie OR klantgerichtheid OR patientgerichtheid  
1942 records

### **Set 6**

klachten OR klachtenbehandeling  
379 records

### **Set 7**

veiligheid OR fouten OR fona OR wanpraktijken OR vallen OR hygiene OR decubitus  
OR ongevallen OR wonden OR verwondingen OR brandwonden  
695 records

### **Set 8**

infectieziekten OR urineweginfecties OR bacteriele infecties OR schimmelinfecties OR  
virale aandoeningen  
683 records

**Set 9**

incontinentie OR ontlastingsincontinentie OR urine-incontinentie  
116 records

**Set 10**

kwaliteit van het leven OR gezondheidstoestand OR gezondheidsbeleving OR invaliditeit  
OR lichamelijke gezondheid OR geestelijke gezondheid OR pijn OR obstipatie OR  
geneesmiddelengebruik  
5200 records

**Set 11**

voedingstoestand OR ondervoeding OR zelfredzaamheid OR adl  
499 records

**Set 12**

psychosociale problemen OR afhankelijkheid OR isolement OR eenzaamheid OR  
autonomie OR sociale vaardigheden OR gedragsstoornissen OR agressie OR  
automutilatie  
2288 records

**Set 13**

destructief gedrag OR depressie OR angst  
924 records

**Set 14**

conflicten OR suicide OR suicidepogingen OR suïcidaal gedrag  
269 records

**Set 15**

levensomstandigheden OR woonomgeving OR privacy  
621 records

**Set 16**

continuïteit van de zorg OR zorgcoördinatie OR wachttijden OR wachtlijsten  
1673 records

**Set 17**

participatie OR patientenparticipatie OR patientenraden OR medezeggenschap  
964 records

**Set 18**

zingeving  
10 records

**Set 19**

vermijdbare sterfte  
44 records

**Set 20**

set 1 – set 19 /OR  
21106 records

**Set 21**

vrije tekst  
risico OR mobiliteit OR medicatieveiligheid OR heupfractuur OR fractuur  
853 records

**Set 22**

set 20 OR set 21  
21655 records

**Set 23**

verpleeghuizen OR gecombineerde verpleeghuizen OR psychogeriatrische  
verpleeghuizen OR somatische verpleeghuizen OR verzorgingshuizen OR verpleegunits  
3175 records

**Set 24**

thuiszorg OR thuiszorgorganisaties OR thuisverpleging OR complexe thuiszorg OR  
intensieve thuiszorg OR psychiatrische thuiszorg OR wijkverpleging OR gespecialiseerde  
verzorging  
4324 records

**Set 25**

gehandicaptenzorg OR zorg voor lichamelijk gehandicapten OR zorg voor verstandelijk  
gehandicaptten OR inrichtingen voor zintuiglijk gehandicaptten OR inrichtingen voor de  
zorg van verstandelijk gehandicaptten  
833 records

**Set 26**

activiteitencentra OR gezinsbegeleiding OR hometraining OR lange termijn zorg  
237 records

**Set 27**

gapz OR gezinsverpleging OR ouderenpsychiatrie OR ouderenzorg  
1630 records

**Set 28**

psychiatrie OR paaz OR psychiatrische ziekenhuizen OR puk OR iggz  
1085 records

**Set 29**

beschermende woonvormen OR begeleid wonen OR ribw OR semimurale zorg OR  
dagopvang OR gvt  
192 records

**Set 30**

sociale werkvoorziening OR terminale zorg OR hospices OR pallatieve zorg  
744 records

**Set 31**

set 21 – 28/OR  
9327 records

**Set 32**

set 22 AND set 31  
3225 records

**Set 33**

jaar van uitgave >= 1999  
12783 records

**Set 34**

set 32 AND set 33  
464 records  
na ontdubbelen 411 records

## **Deel II: Onderbouwing geselecteerde risico-indicatoren**



# 1 Inleiding

In deel II van dit rapport worden de risico-indicatoren uitgewerkt die eerder zijn geselecteerd (zie deel I) voor de eerste fase van het Gelaagd en Gefaseerd Toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in de care-sector. Op basis van een (inter)nationale literatuurstudie zijn deze indicatoren onderbouwd. Gezocht is naar literatuur waarin een relatie wordt gelegd tussen de ongewenste uitkomst op cliëntniveau<sup>4</sup> en een aspect van het zorgproces dat door hulpverleners<sup>5</sup> beïnvloedbaar is. In verband met de sterkte van de bewijsvoering is eerst gescreend op reviews, daarna op (randomized) controlled trials, en vervolgens op verklarende en beschrijvende studies. Indien dit niets opleverde is de beschrijving op basis van bijvoorbeeld praktijkervaring gebeurd.

In de literatuur is gezocht naar risico's op uitkomst-, proces- en structuurniveau die als risico-indicatoren kunnen dienen voor onverantwoorde zorg. Aangezien nog maar weinig zorginstellingen uitkomstgegevens systematisch vastleggen, is het mogelijk dat er geen risico-indicator gemeten wordt op uitkomstniveau (voor de cliënt). In dat geval kan de inspectie vragen naar de gegevens van een proces- of structuurindicator die een relatie heeft met de uitkomstindicator.

De verwijzingen zijn te vinden in de literatuurlijst achterin deel II van het onderhavige rapport.

De volgende definities van indicatoren zijn gebruikt (1;2):

**Uitkomstindicator:** een meetbaar aspect van de **uitkomst** van zorg, preventie of productie dat een aanwijzing geeft over de geleverde kwaliteit;

**Procesindicator:** een meetbaar aspect van het **proces** van zorg, preventie of productie dat een aanwijzing geeft over de geleverde kwaliteit;

**Structuurindicator:** een meetbaar aspect van de **structuur** van zorg, preventie of productie dat een aanwijzing geeft over de geleverde kwaliteit

## *Algemene stramien van de beschrijving per risico-indicator*

- **Uitkomstgebied:** geeft aan tot welk gebied van gezondheid en welbevinden de risico-indicator behoort: gezondheidstoestand, kwaliteit van leven of kwaliteit van zorg;
- **Aspect:** geeft aan tot welk aspect van het uitkomstgebied de risico-indicator behoort;
- **Risico-indicator:** de naam van de risico-indicator;
- **Onderbouwing:** de onderbouwing op basis van de literatuurscreening geeft de relevantie aan van de risico-indicator. Vermeld worden: de mogelijk negatieve

---

<sup>4</sup> Lees voor cliënt: langdurig zorgafhankelijke cliënt(e), cliëntvertegenwoordiger/-ster, bewoner/ bewoonster of patiënt(e)

<sup>5</sup> Lees voor hulpverlener: hulpverlener of begeleider

gevolgen voor de cliënt, risicoverhogende factoren en zorgprocessen die bepalend zijn voor de ongewenste uitkomsten. De verwijzing naar zorgprocessen geeft tevens aan hoe de risico-indicator kan worden beïnvloed, en welke mogelijke preventieve maatregelen op basis van onderzoeksresultaten kunnen worden genomen;

- **Omschrijving indicator:** omvat de operationalisatie - in negatieve bewoording - van de risico-indicator. Soms wordt een risico-indicator op meer dan één manier geoperationaliseerd;
- **Risicocorrectie:** voor instellingen die een groot aantal cliënten met een verhoogd risico hebben kan een risicocorrectie worden toegepast;
- **Teller:** het aantal cliënten van de instelling in de afgelopen periode (jaar/maand/week/bepaald moment) bij wie ongewenste uitkomsten zijn voorgekomen;
- **Noemer:** totaal aantal cliënten van de instelling in de afgelopen periode (jaar/maand/week/bepaald moment); soms wordt gevraagd naar een subgroep van cliënten;
- **Type risico-indicator:** uitkomst-, proces- of structuurindicator (zie definities);
- **Sector:** sectorbreed te gebruiken of in de met name genoemde sector(en) of uitgezonderd de met name genoemde sector(en);
- **Suggesties voor vragen op het inspectieformulier:** vragen die eventueel kunnen worden opgenomen in de inspectieformulieren voor de verschillende care-sectoren. Indien een vraag niet aan alle care-sectoren moet worden gesteld maar aan één of meer van de sectoren wordt dit apart vermeld. Soms worden er voor een bepaalde sector, bijvoorbeeld de Thuiszorg, aparte vragen gesteld, omdat de algemene vragen niet van toepassing zijn.

#### *Algemene stramien van de vragen op het inspectieformulier*

- 1 **Registratie:** er wordt gevraagd of het voorkomen van de betreffende ongewenste uitkomst in het zorgdossier van de cliënten wordt geregistreerd door de instelling ofwel of er periodiek waarderingsonderzoeken worden gehouden, waarin wordt gevraagd naar het oordeel over het betreffende aspect. In het zorgdossier worden relevante en actuele gegevens van de cliënt bijgehouden. Antwoordcategorieën: nee/ja.

Zo ja, dan wordt gevraagd naar:

- bij hoeveel procent van de cliënten van de instelling de risico-indicator is voorgekomen in het afgelopen jaar of hoeveel procent van de cliënten negatief oordeelde over het betreffende aspect;
- hoe de risico-indicator wordt gemeten (indien van toepassing);
- wanneer het laatste waarderingsonderzoek is uitgevoerd (indien van toepassing);
- of er aantoonbare maatregelen zijn genomen naar aanleiding van de uitkomsten van het onderzoek, bijvoorbeeld een verbeterproject, registratie, verandering in het zorgproces (indien van toepassing).

- 2 **Aanwezigheid van een protocol/beleid:** er wordt gevraagd of er een protocol of beleid in de instelling aanwezig is om het betreffende risico te verminderen. Onder een protocol wordt verstaan een document dat aangeeft hoe hulpverleners moeten handelen in specifieke situatie. Antwoordcategorieën: nee/ja.
- 3 **Gebruik van een protocol/uitvoeren van een beleid:** er wordt gevraagd of het betreffende protocol aantoonbaar wordt gebruikt in de instelling, ofwel of een beleid



aantoonbaar wordt uitgevoerd. Aantoonbaar dat wil zeggen het gebruik/de uitvoering blijkt bijvoorbeeld uit schriftelijke verslaglegging van notulen en afspraken en uit andere documenten, zoals cliëntendossiers. Antwoordcategorieën: nee/ja.

- 4 **Evaluatie:** er wordt gevraagd wanneer voor het laatst het gebruik van het betreffende protocol ofwel wanneer voor het laatst het beleid is geëvalueerd.  
Antwoordcategorieën: 19.. / 200. / nog niet geëvalueerd.
- 5 **Scholing:** er wordt gevraagd of de direct zorggebonden hulpverleners van de instelling aantoonbaar worden geschoold in de preventie van de ongewenste uitkomst en het gericht verminderen van het risico op ontstaan van de ongewenste uitkomst of proces.  
Aantoonbaar dat wil zeggen dat schriftelijk wordt vastgelegd of een hulpverlener is geschoold.  
Antwoordcategorieën: nee/ja.

*Algemene definities:*

- **Instelling:** een instelling wordt hier gedefinieerd als de organisatorische eenheid die intramurale zorg verleent of – zoals in de GGZ en GZ – tevens semi-murale of extramurale zorg. Alle vragen hebben betrekking op *één specifieke instelling*.
- **Percentages:** het aantal cliënten genoemd in de teller wordt gedeeld door het aantal cliënten genoemd in de noemer en dit getal wordt vervolgens vermenigvuldigd met 100.

De volgorde van de presentatie van de risico-indicatoren is dezelfde als in de tabellen van het eerste deel van het rapport, dat wil zeggen eerst worden de risico-indicatoren beschreven voor de gezondheid van de cliënten, daarna voor de kwaliteit van leven en ten slotte voor de kwaliteit van zorg. Voor ieder van de uitkomstgebieden van risico-indicatoren worden de betreffende risico-indicatoren per aspect gepresenteerd.



## 2 Uitkomstgebied gezondheidstoestand

### 2.1 Aspect fysiek functioneren: zorgafhankelijkheid

Risico-indicator	Zorgafhankelijkheid
Onderbouwing	Cliënten die weinig tot niets zelf meer kunnen en langdurig zorgafhankelijk zijn vormen een kwetsbare groep in de zorgverlening. Ze lopen een groter risico dat hun kwaliteit van leven slecht is of slechter wordt. De achteruitgang van zorgafhankelijkheid kan een gevolg zijn van de ziekte of aandoening of worden veroorzaakt door comorbiditeit, cognitieve beperkingen, onderliggende fysieke en structurele factoren, en bijwerkingen van medicijnen (4). Functionele achteruitgang kan o.a. leiden tot urine-incontinentie, vallen, decubitus, sociale isolatie, en depressie. Een lage ADL-score van cliënten kan soms verbeterd worden via oefenprogramma's of door cliënten te betrekken bij dagelijkse doelgerichte activiteiten (5-7). Bij cliënten met cognitieve beperkingen en Alzheimer verbeterde de mobiliteit door een gecombineerde therapie van begeleid lopen en conversatie (5;8). Bij cliënten van een psychiatrisch ziekenhuis die tijdelijk waren opgenomen op een geriatische afdeling verbeterde de zelfredzaamheid, ongeacht de aard van de onderliggende aandoening (9). In de gehandicaptenzorg is een vooruitgang in fysiek functioneren niet altijd haalbaar. Voor deze groep cliënten is een juiste interpretatie van hun signalen en behoeften van groot belang.
Omschrijving risico-indicator	1) % zeer zorgafhankelijke cliënten (uitgedrukt in ADL-score) in het afgelopen jaar 2) % zeer zorgafhankelijke cliënten met ADL-verbeterpotentieel, maar zonder therapie in het afgelopen jaar
Risicocorrectie	Geen
Teller	1) Aantal zeer zorgafhankelijke cliënten (uitgedrukt in ADL-score) in het afgelopen jaar 2) Aantal zeer zorgafhankelijke cliënten met ADL-verbeterpotentieel, maar zonder therapie in het afgelopen jaar
Noemer	1) Totaal aantal zeer zorgafhankelijke cliënten in het afgelopen jaar 2) Totaal aantal zeer zorgafhankelijke cliënten met ADL-verbeterpotentieel in het afgelopen jaar
Type	Uitkomstindicator
Sector	Sectorbreed (uitgezonderd GZ)

#### Suggesties vragen inspectieformulier:

- 1 Meet u de ADL-score van de cliënten? Zo ja:
  - a Hoeveel procent van de cliënten was zeer zorgafhankelijk (uitgedrukt in ADL-score) in het afgelopen jaar?
  - b Welke therapieën gebruikt u ter verbetering van de ADL?
  - c Hoe heeft u de ADL-score gemeten?
  - d Registreert u in het zorgdossier van de cliënten hun ADL-verbeterpotentieel?
  - e Hoeveel procent van de zeer zorgafhankelijke cliënten met ADL-verbeterpotentieel kreeg geen therapie in het afgelopen jaar?
- 2 Is er in uw instelling een protocol aanwezig voor het verbeteren van de zelfredzaamheid?
- 3 Wordt het betreffende protocol aantoonbaar gebruikt?
- 4 Wanneer is het gebruik van het betreffende protocol voor het laatst geëvalueerd?
- 5 Worden de direct zorggebonden hulpverleners van uw instelling aantoonbaar geschoold in het scoren en verbeteren van de zelfredzaamheid van cliënten?

## 2.2 Aspect sociaal functioneren: onvoldoende deelname aan activiteiten/maatschappelijke participatie

Risico-indicator	Onvoldoende deelname aan activiteiten/maatschappelijke participatie
Onderbouwing	Activiteiten in instellingen zijn gericht op het sociaal functioneren van de cliënten. Ze hebben de volgende functies: verhoging van de kwaliteit van leven, therapeutische interventie, preventie van achteruitgang en het vergemakkelijken van aanpassing aan de instelling (10). Cliënten die niet deelnemen aan (gezamenlijke of individuele) activiteiten die door de instelling worden georganiseerd en/of niet deelnemen aan maatschappelijke activiteiten tonen vaker ontevredenheid, verveling, psychisch onwelbevinden/achteruitgang, eenzaamheid en depressiviteit, en passen zich moeilijker aan aan het leven in een instelling (11;12). Vrouwen participeren vaker in activiteiten dan mannen (13). Het deelnemen aan activiteiten hangt nauw samen met de mate van cognitieve en lichamelijke beperkingen (10;14). Het is essentieel om rekening te houden met het eerdere leefpatroon van een cliënt indien activiteitenprogramma's worden aangeboden en om naar voorkeuren van de cliënten te vragen (10). Cliënten die niet in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg wonen, maar 'begeleid wonen' buiten de instelling, zijn beter sociaal geïntegreerd, functioneren beter en zijn tevredener dan geïnstitutionaliseerde cliënten (15;16). Activiteitenprogramma's moeten worden toegespitst op de cognitieve, fysieke en sociale mogelijkheden van de cliënt (10;16;17) en gestimuleerd worden door het personeel, bijv. door speciale activiteitenbegeleiders (18). Hulpverleners in de gehandicaptensector en in de geestelijke gezondheidszorg moeten cliënten ook helpen bij sociale contacten buiten de instelling (15;19)
Omschrijving risico-indicator	% cliënten dat in de afgelopen 3 maanden <2 maal per week deelnam aan (gezamenlijke of individuele) activiteiten georganiseerd door de instelling of <2 maal per week participeerde in maatschappelijke activiteiten
Risicocorrectie	Cognitieve beperkingen, slechte gezondheid
Teller	Aantal cliënten dat in de afgelopen 3 maanden <2 maal per week deelnam aan (gezamenlijke of individuele) activiteiten georganiseerd door de instelling of <2 maal per week participeerde in maatschappelijke activiteiten
Noemer	Totaal aantal cliënten in de afgelopen 3 maanden
Type	Uitkomstindicator
Sector	Sectorbreed (uitgezonderd Thuiszorg)

### Suggesties vragen inspectieformulier:

- 1
  - a Registreert u in het zorgdossier van de cliënten de deelname aan (gezamenlijke of individuele) activiteiten georganiseerd door de instelling en maatschappelijke participatie?
  - b Registreert u in het zorgdossier van de cliënten aan welke soort (gezamenlijke of individuele) activiteiten zij deelnemen?
  - c Hoeveel procent van de cliënten heeft in de afgelopen drie maanden niet deelgenomen aan (gezamenlijke of individuele) activiteiten georganiseerd door de instelling of participeerde niet in maatschappelijke activiteiten?
- 2 Is er in uw instelling een beleid gericht op het stimuleren van cliënten om deel te nemen aan (gezamenlijke of individuele) activiteiten of te participeren in maatschappelijke activiteiten?
- 3 Wordt het betreffende beleid aantoonbaar uitgevoerd?
- 4 Wanneer is het betreffende beleid voor het laatst geëvalueerd?
- 5 Worden de direct zorggebonden hulpverleners van uw instelling aantoonbaar geschoold in het stimuleren van de cliënten om aan activiteiten deel te nemen of te participeren in maatschappelijke activiteiten?

## 2.3 Aspect fysieke gezondheid: ongewenste gewichtsverandering

Risico-indicator	Ongewenste gewichtsverandering
Onderbouwing	<p>Onbedoeld gewichtsverlies, d.w.z. gewichtsverlies dat niet veroorzaakt is door een (vermagerings)dieet komt veel voor bij ouderen (20), die daardoor een verhoogd risico hebben op infectie, depressie, ziekte en overlijden (21). De belangrijkste oorzaken van onbedoeld gewichtsverlies zijn depressie, kanker, hartziekten en goed- (en kwaad)aardige maag-darmziekten, (bijwerkingen van) medicatie, polyfarmacie en reductie van psychofarmaca (22). Cognitieve beperkingen en psychiatrische ziekten kunnen, naast kauw-, slik- en gebitsproblemen en algemeen verlies van eetlust (wat normaal is bij ouderen), eveneens gerelateerd zijn aan gewichtsverlies (21;23). Een cliënt met gewichtsverlies moet lichamelijk onderzocht worden, inclusief de mond- en keelholte, wekelijks of maandelijks gewogen worden en een consult van een diëtist krijgen i.v.m. voedingssupplementen. Hulp van een bekend persoon bij het eten en drinken, eten in een rustige omgeving, voldoende tijd om te eten en rekening houden met individuele voorkeuren zijn factoren die kunnen bijdragen aan een verbeterde voedselinname (22). In het uiterste geval kan worden overgegaan tot sondevoeding (23). Een beleid gericht op het opsporen, rapporteren en monitoren van gewichtsverlies (24) is noodzakelijk evenals de aanwezigheid van voldoende personeel, of bijv. een aparte hulpverlener die toeziet op cliënten met een slechte vocht- en voedselinname.</p> <p>In de gehandicaptenzorg is, in tegenstelling tot de andere care-sectoren, overgewicht een risico-indicator voor de gezondheid van een cliënt. Overgewicht kan veroorzaakt worden door bijv. te geringe mobiliteit en kwalitatief slechte voeding (25).</p>
Omschrijving risico-indicator	<p>1) % cliënten op een bepaald moment met &gt;5% (onbedoeld) gewichtsverlies in 1 maand of &gt;10% in 3 maanden (puntprevalentie)</p> <p>2) (voor GZ) % cliënten op een bepaald moment met overgewicht (puntprevalentie)</p>
Risicocorrectie	Kanker/terminale ziekte
Teller	<p>1) Aantal cliënten op een bepaald moment met &gt;5% (onbedoeld) gewichtsverlies in 1 maand of &gt;10% in 3 maanden (puntprevalentie)</p> <p>2) (voor GZ) Aantal cliënten op een bepaald moment met overgewicht (puntprevalentie)</p>
Noemer	Totaal aantal cliënten op een bepaald moment (puntprevalentie)
Type	Uitkomstindicator
Sector	Sectorbreed

### Suggesties vragen inspectieformulier:

- 1 Registreert u in het zorgdossier van de cliënten als ze te maken hebben met (onbedoeld) gewichtsverlies? Zo ja:
  - a Hoeveel procent van de cliënten had op een bepaald moment >5% (onbedoeld) gewichtsverlies in 1 maand of >10% in 3 maanden (puntprevalentie)?
  - b (voor GZ) Hoeveel procent van de cliënten had op een bepaald moment overgewicht (puntprevalentie)?
  - c Worden de cliënten maandelijks gewogen?

*Vragen voor Thuiszorg:*

  - d Informeert u de verantwoordelijke arts indien u cliënten signaleert met >5% (onbedoeld) gewichtsverlies in 1 maand of >10% in 3 maanden?
  - e Heeft u hieromtrent een samenwerkingsafpraak met huisartsen?
- 2 Is er in uw instelling een protocol voor het signaleren van (onbedoeld) gewichtsverlies of (voor GZ) gewichtstoename?
- 3 Wordt het betreffende protocol aantoonbaar gebruikt?
- 4 Wanneer is het gebruik van het betreffende protocol voor het laatst geëvalueerd?

## 2.4 Aspect fysieke gezondheid: decubitus

Risico-indicator	Decubitus
Onderbouwing	Decubitus komt veel voor en kan leed, pijn en infectie bij cliënten tot gevolg hebben, en soms ook het overlijden van de cliënt (26;27). Risicoverhogende factoren voor het ontwikkelen van decubitus kunnen zijn een onderliggende ziekte, bijv. diabetes, een slechte voedingstoestand, immobiliteit, incontinentie, en een hoge leeftijd (28). Ter voorkoming van decubitus moet de huid van risicovolle cliënten dagelijks gecontroleerd worden, de genezing van een wond gemonitord worden, en moeten specifieke middelen ter behandeling van de wond gebruikt worden (29). Ook maatregelen ter vermindering van de druk op de huid kunnen preventief werken, zoals een speciaal bed, matras of zitkussen (30). Het gebruik van een protocol strekt tot aanbeveling en controle op naleving hiervan dient regelmatig plaats te vinden. Dit gebeurt nu nog onvoldoende (26). Een richtlijn 'decubitus' en een registratie van het voorkomen van decubitus zijn wel vereist, maar zijn nog onvoldoende vaak aanwezig (26). Hulpverleners zouden moeten worden opgeleid in het opsporen en behandelen van decubitus en het gebruiken van een instrument voor systematische risico-inventarisatie. Voorts zou gebruik kunnen worden gemaakt van de 'kwaliteitscirkel' PDSA (Plan-Do-Study-Act) (31) om het decubitusbeleid te implementeren.
Omschrijving risico-indicator	% cliënten met decubitus (graad 2 t/m 4 (32)) op een bepaald moment (puntprevalentie)
Risicocorrectie	Bedlegerigheid, stoelgebondenheid (immobiliteit)
Teller	Aantal cliënten met decubitus (graad 2 t/m 4) op een bepaald moment (puntprevalentie)
Noemer	Totaal aantal cliënten op een bepaald moment (puntprevalentie)
Type	Uitkomstindicator
Sector	Sectorbreed

### Suggesties vragen inspectieformulier:

- 1 Registreert u in het zorgdossier van de cliënten decubitus (graad 2 t/m 4), zoals gedefinieerd door het CBO (32) of volgens de landelijke decubitus prevalentie meting van Maastricht (33)? Zo ja:
  - a Hoeveel procent van de cliënten had decubitus (graad 2 t/m 4) op een bepaald moment (puntprevalentie)?
  - b Hoe heeft u decubitus gemeten?
- 2 Is er in uw instelling een protocol aanwezig voor de herkenning, preventie en behandeling van decubitus?
- 3 Wordt het betreffende protocol aantoonbaar gebruikt?
- 4 Wanneer is het gebruik van het betreffende protocol voor het laatst geëvalueerd?
- 5 Worden de direct zorggebonden hulpverleners van uw instelling aantoonbaar geschoold in de herkenning, preventie en behandeling van decubitus?

### 3 Uitkomstgebied kwaliteit van leven

#### 3.1 Aspect bejegening: onvoldoende communicatie

Risico-indicator	Onvoldoende communicatie
Onderbouwing	Voor cliënten is het belangrijk dat hulpverleners vriendelijk zijn, respect, interesse en aandacht tonen en de cliënten serieus nemen (34-36). Indien dit niet het geval is, kan dit de kwaliteit van leven negatief beïnvloeden. De bejegening door hulpverleners wordt veelal positief beoordeeld (20;37). Verbale communicatie is een belangrijk onderdeel van bejegening, omdat dit cliënten in staat stelt hun emoties te uiten, naar anderen te luisteren en informatie uit te wisselen. Bovendien vermindert communicatie de kans op sociale isolatie, depressieve gevoelens en gedragsproblemen (38). Daarnaast kan goede communicatie en een goede hulpverlener-cliënt relatie het behalen van therapeutische doeleinden bevorderen, bijv. in de psychiatrie (39). Voor cliënten die niet in staat zijn zich te uiten, anderen te begrijpen of informatie te horen kunnen andere (non)verbale communicatievormen worden gebruikt, bijv. snoezelen (40;41). Communicatie- en attitudetraining van hulpverleners en voldoende personeel kunnen een positieve bijdrage leveren aan een goede bejegening van en communicatie met de cliënten (42).
Omschrijving risico-indicator	% cliënten dat in een waarderingsonderzoek negatief oordeelt over de communicatie met de hulpverleners
Risicocorrectie	Geen
Teller	Aantal cliënten dat negatief oordeelde over de communicatie met de hulpverleners in een waarderingsonderzoek
Noemer	Totaal aantal cliënten dat deelnam aan het betreffende waarderingsonderzoek
Type	Uitkomstindicator
Sector	Sectorbreed

#### Suggesties vragen inspectieformulier:

- 1 Verricht u periodiek waarderingsonderzoeken onder de cliënten? Zo ja:
  - a Hoeveel procent van de cliënten oordeelde in een waarderingsonderzoek negatief over de communicatie met de hulpverleners?
  - b Hoe heeft u dit gemeten?
  - c Wanneer is het laatste waarderingsonderzoek uitgevoerd?
  - d Kunt u aantonen welke maatregelen u naar aanleiding van de uitkomsten van dit onderzoek heeft genomen?
- 2 Is er in uw instelling een beleid gericht op de bejegening van en (non)verbale communicatie met de cliënten?
- 3 Wordt het betreffende beleid aantoonbaar uitgevoerd?
- 4 Wanneer is het betreffende beleid voor het laatst geëvalueerd?
- 5 Worden de direct zorggebonden hulpverleners van uw instelling aantoonbaar geschoold in de bejegening van en (non)verbale communicatie met cliënten?

### 3.2 Aspect gedragsproblemen: agressie

Risico-indicator	Agressie
Onderbouwing	Agressief gedrag van cliënten bedreigt de veiligheid en het welbevinden van het personeel en andere cliënten. De definitie van agressief gedrag is niet eenduidig in de literatuur (43-45). In dit document wordt eronder verstaan elk bedreigend verbaal of fysiek gedrag gericht tegen anderen. Dit kan bestaan uit schreeuwen, vloeken, vernielen van eigendommen, bedreigen en vechten (43;44). Bij verstandelijk gehandicapten blijkt dat angst agressief gedrag beïnvloedt (46). Mogelijke gevolgen zijn verwondingen en psychische problemen, zoals verdere afzondering bij o.a. de ziekte van Alzheimer (47). In 74% van de gevallen is de agressie gericht op het personeel; agressie komt vaak voort uit onvoldoende communicatie en omgevingsfactoren, naast (verergering van) psychopathologie en weinig expressieve communicatievaardigheden (43;45;48-50). Interactionele factoren zijn o.a.: niet luisteren naar de cliënt, geen aandacht geven, niet serieus nemen, en afzondering. Omgevingsfactoren zijn bijv. gebrek aan privacy en veel cliënten op een afdeling. Het relatieve risico neemt toe als er minder verzorgenden aanwezig zijn, er meer cliënten zijn die aanzetten tot geweld, gedesoriënteerd zijn of gedwongen zijn opgenomen, en als afzondering vaker voorkomt (43;51;52). Het begrijpen van de aard en de oorzaak van agressief gedrag en het effectief aanpakken ervan kan de kwaliteit van het leven van de cliënt, diens medebewoners en het personeel verbeteren (47). Training van personeel in omgaan met agressie in de gehandicaptenzorg verminderde agressief gedrag (53). Feedback kan bijdragen aan de preventie van agressie, evenals psychosociale training van cliënten (51). Een duidelijk beleid voor agressiepreventie en -behandeling is gewenst (47). In de gehandicaptenzorg komt agressie veelvuldig voor en hangt veelal samen met de aandoening. Per sector zal bepaald moeten worden welke vorm en mate van agressie onwenselijk is voor de cliënten en de hulpverleners.
Omschrijving risico-indicator	% cliënten met verbaal of fysiek agressief of gewelddadig gedrag jegens hulpverleners en/of andere cliënten in de afgelopen 3 maanden
Risicocorrectie	Gedwongen opname; cognitieve beperking
Teller	Aantal cliënten met verbaal of fysiek agressief of gewelddadig gedrag jegens hulpverleners en/of andere cliënten in de afgelopen 3 maanden
Noemer	Totaal aantal cliënten in de afgelopen 3 maanden
Type	Uitkomstindicator
Sector	Sectorbreed

#### Suggesties vragen inspectieformulier

- 1 Registreert u in het zorgdossier van de cliënten verbaal of fysiek agressief of gewelddadig agressief gedrag jegens hulpverleners, andere cliënten of (voor TZ) partner/naaste? Zo ja:  
*Vraag voor V&V, TZ en GGZ:*
  - a Hoeveel procent van de cliënten vertoonde verbaal of fysiek agressief of gewelddadig gedrag jegens hulpverleners of andere cliënten in de afgelopen 3 maanden?  
*Vraag voor GZ:*
    - b Analyseert u agressie-incidenten van cliënten? Zo ja:
    - c Zijn er veranderingen doorgevoerd naar aanleiding van deze analyses?
- 2 Is er in uw instelling een beleid gericht op de preventie van en het omgaan met verbaal of fysiek agressief of gewelddadig gedrag?
- 3 Wordt het betreffende beleid aantoonbaar uitgevoerd?
- 4 Wanneer is het betreffende beleid voor het laatst geëvalueerd?
- 5 Worden de direct zorggebonden hulpverleners van uw instelling aantoonbaar geschoold in de preventie van en het omgaan met verbaal of fysiek agressief of gewelddadig gedrag?



### 3.3 Aspect gedragsproblemen: verzet tegen zorg

Risico-indicator	Verzet tegen zorg
Onderbouwing	Verzet tegen zorg wordt gedefinieerd als weerstand tegen zorg of het dwarsbomen van zorg (54). Het verschil met agressief gedrag is dat verzet als defensief gedrag kan worden gekenmerkt en agressief gedrag als offensief, maar de uitingen kunnen dezelfde zijn, bijv. slaan, gillen, knijpen, vastgrijpen en gooien met voorwerpen (54). Verzet tegen zorg kan nadelige gevolgen hebben voor de fysieke en geestelijke gezondheid van cliënten. Hulpverleners melden deze vorm van gedragsproblemen tegenwoordig vaker dan vroeger (lopend onderzoek).
Omschrijving risico-indicator	% cliënten dat zich in de afgelopen 3 maanden verzette tegen zorg
Risicocorrectie	Cognitieve beperking
Teller	Aantal cliënten dat zich in de afgelopen 3 maanden verzette tegen zorg
Noemer	Totaal aantal cliënten in de afgelopen 3 maanden
Type	Uitkomstindicator
Sector	Sectorbreed

#### Suggesties vragen inspectieformulier

- 1 Registreert u in het zorgdossier van de cliënten als ze zich verzetten tegen zorg?  
Zo ja:
  - a Hoeveel procent van de cliënten verzette zich in de afgelopen 3 maanden tegen zorg?  
*Vragen voor Thuiszorg:*
  - b Hoeveel procent van de cliënten verzette zich in de afgelopen 3 maanden tegen zorg of was het niet eens met de hulp die geboden werd?
- 2 Is er in uw instelling een protocol aanwezig voor de preventie van en het omgaan met verzet tegen zorg?
- 3 Wordt het betreffende protocol aantoonbaar gebruikt?
- 4 Wanneer is het gebruik van het betreffende protocol voor het laatst geëvalueerd?
- 5 Worden de direct zorggebonden hulpverleners van uw instelling aantoonbaar geschoold in de preventie van en het omgaan met verzet tegen zorg?

### 3.4 Aspect cliëntgerichtheid: onvoldoende keuzemogelijkheden

Risico-indicator	Onvoldoende keuzemogelijkheden
Onderbouwing	De mogelijkheden om te kiezen voor bijv. dagritme, voeding, activiteiten, kamergenoot, verblijfsruimte; vervoer; werk/hobby, is belangrijk voor de mate van autonomie van cliënten en is een belangrijk aspect van cliëntgericht werken (37;55). Voor het welbevinden van de cliënten is het belangrijk te vragen naar hun preferenties en keuzemogelijkheden aan te bieden (37;56). Preferenties kunnen worden vastgelegd in het zorgplan van de cliënten. Een training van hulpverleners in het beoordelen van de preferenties van cliënten om deze meer af te stemmen op hun individuele wensen lijkt succesvol (14;56;57). Meer oriëntatie op het aanbieden van keuzes, de mogelijkheid te participeren in activiteiten en deze activiteiten te plannen lijkt deelname te bevorderen (14). Een training van zorggebonden hulpverleners in de verstandelijk gehandicaptenzorg ter stimulering van het maken van keuzes verhoogde het aantal gemaakte keuzes (58;59).
Omschrijving risico-indicator	% cliënten dat in het afgelopen jaar geen keuzemogelijkheid had w.b.: dagritme; voeding; activiteiten; kamergenoot; verblijfsruimte; vervoer; werk; scholing; hobby's/vrijtijdsbesteding (per categorie invullen)
Risicocorrectie	Geen
Teller	Aantal cliënten dat in het afgelopen jaar geen keuzemogelijkheid had w.b.: dagritme; voeding; activiteiten; kamergenoot; verblijfsruimte; vervoer; werk; scholing; hobby's/vrijtijdsbesteding (per categorie invullen)
Noemer	Totaal aantal cliënten in het afgelopen jaar
Type	Procesindicator
Sector	Sectorbreed

#### Suggesties vragen inspectieformulier:

- 1 Registreert u in het zorgdossier van de cliënt hun wensen ten aanzien van dagritme; voeding; activiteiten; kamergenoot; verblijfsruimte; vervoer; werk; scholing; hobby's/vrijtijdsbesteding (per categorie invullen)? Zo ja:  
Hoeveel procent van de cliënten had in het afgelopen jaar geen keuzemogelijkheid w.b.: dagritme; voeding; activiteiten; kamergenoot; verblijfsruimte; vervoer; werk; scholing; hobby's/vrijtijdsbesteding (per categorie invullen)?
- 2 Is er in uw instelling een beleid gericht op het aanbieden van keuzemogelijkheden?
- 3 Wordt het betreffende beleid aantoonbaar uitgevoerd?
- 4 Wanneer is het betreffende beleid voor het laatst geëvalueerd?
- 5 Worden de direct zorggebonden hulpverleners in uw instelling aantoonbaar geschoold in het stimuleren van cliënten om te kiezen?

### 3.5 Aspect emotionele veiligheid: onvoldoende geborgenheid

Risico-indicator	Onvoldoende geborgenheid
Onderbouwing	Cliënten die zich niet geborgen voelen in een instelling, hebben een hoger risico op psychische, emotionele en sociale problemen, eenzaamheid, vervreemding en gedragsproblemen (60). Geborgenheid betekent zich thuis voelen in en betrokken voelen bij de instelling. Dit kan alleen als men zich gewaardeerd en geaccepteerd voelt. Persoonlijke betrokkenheid bij een organisatie of omgeving zorgt ervoor dat iemand zich een integraal deel voelt van die organisatie of omgeving (61). Cliënten voelen zich meer thuis in een warme en huiselijke omgeving (37). Via een zelfbeoordelings-instrument kan de mate van 'ergens bij te horen' worden gemeten (62;63).
Omschrijving risico-indicator	% cliënten dat in een waarderingsonderzoek aangeeft zich niet geborgen te voelen in de instelling
Risicocorrectie	Geen
Teller	Aantal cliënten dat in een waarderingsonderzoek aangaf zich niet geborgen te voelen in de instelling
Noemer	Totaal aantal cliënten in de instelling tijdens het waarderingsonderzoek
Type	Uitkomstindicator
Sector	Sectorbreed (uitgezonderd TZ en extramurale GGZ en GZ)

#### Suggesties vragen inspectieformulier:

- 1 Verricht u periodiek waarderingsonderzoeken onder de cliënten? Zo ja:
  - a Hoeveel procent van de cliënten gaf in een waarderingsonderzoek aan zich niet geborgen te voelen in de instelling?
  - b Hoe heeft u dit gemeten?
  - c Wanneer is het laatste waarderingsonderzoek uitgevoerd?
  - d. Kunt u aantonen welke maatregelen u naar aanleiding van de uitkomsten van dit onderzoek heeft genomen?
- 2 Is er in uw instelling een beleid gericht op het bevorderen van het gevoel van geborgenheid van cliënten?
- 3 Wordt het betreffende beleid aantoonbaar uitgevoerd?
- 4 Wanneer is het betreffende beleid voor het laatst geëvalueerd?
- 5 Worden de direct zorggebonden hulpverleners van uw instelling aantoonbaar geschoold in het bevorderen van het gevoel van geborgenheid van cliënten?

### 3.6 Aspect emotionele veiligheid: ongewenste seksuele intimiteiten

Risico-indicator	Ongewenste seksuele intimiteiten
Onderbouwing	Seksueel overschrijdend gedrag tussen cliënten onderling en tussen cliënten en hulpverleners in de gehandicaptenzorg gebeurt nog steeds, zo schreef de IGZ in 2003 (64;65). Dit ondanks het feit dat inspanningen zijn verricht voor normontwikkeling (door beroepsverenigingen en de koepelorganisatie) en ondanks deskundigheidbevordering t.a.v. begeleiding van relatievorming en seksuele voorlichting. Ongewenste intimiteiten kunnen een verslechtering van de lichamelijke en geestelijke gezondheid tot gevolg hebben, en een risico op infecties, bijv. HIV-besmetting (66). Het blijkt dat er grote behoefte is aan voorlichtingsmateriaal over seksualiteit voor verstandelijk gehandicapten (67) en ook voor doven, omdat zij veel informatie moeten missen en daardoor kwetsbaarder zijn voor seksueel misbruik (68). Beleid t.a.v. seks tussen bewoners is nodig, bijv. m.b.t de autonomie en rechten van de cliënt. Training en begeleiding van hulpverleners bij seksuele incidenten is wenselijk (69).
Omschrijving risico-indicator	% cliënten dat in het afgelopen jaar ongewenste seksuele intimiteiten heeft gemeld en/of bij wie ongewenste seksuele intimiteiten zijn gesignaleerd door hulpverleners
Risicocorrectie	Geen
Teller	Aantal cliënten dat in het afgelopen jaar ongewenste seksuele intimiteiten heeft gemeld en/of bij wie ongewenste seksuele intimiteiten zijn gesignaleerd door hulpverleners
Noemer	Totaal aantal cliënten in het afgelopen jaar
Type	Uitkomstindicator
Sector	GZ

#### Suggesties vragen inspectieformulier:

- 1 Registreert u in het zorgdossier van de cliënten ongewenste seksuele intimiteiten die door de cliënten zelf zijn gemeld of gesignaleerd zijn door hulpverleners? Zo ja:  
Hoeveel procent van de cliënten heeft in het afgelopen jaar ongewenste seksuele intimiteiten gemeld en/of bij hoeveel procent van de cliënten zijn ongewenste seksuele intimiteiten gesignaleerd door hulpverleners?
- 2 Is er in uw instelling een protocol aanwezig voor de preventie van en het omgaan met ongewenste seksuele intimiteiten?
- 3 Wordt het betreffende protocol aantoonbaar gebruikt?
- 4 Wanneer is het gebruik van het betreffende protocol voor het laatst geëvalueerd?
- 5 Worden de direct zorggebonden hulpverleners van uw instelling aantoonbaar geschoold in de preventie van en het omgaan met ongewenste seksuele intimiteiten, en het herkennen van signalen hiervan bij cliënten?

### 3.7 Aspect veiligheid omgeving: valincidenten/ongelukken

Risico-indicator	Valincidenten/ongelukken
Onderbouwing	Valpartijen zijn een belangrijke oorzaak van ziekte en overlijden in de langdurige zorg voor ouderen (70). Bijna 50% van de cliënten valt eenmaal per jaar, en 10% van de valincidenten leidt tot ernstige verwondingen, met name tot heupfracturen. Als oorzaken worden o.a. genoemd functionele beperkingen, cognitieve beperkingen, gebruik van psychofarmaca, urine-incontinentie en hoge leeftijd. Eerdere valpartijen zijn ook een verhoogde risicofactor, evenals het gebruik van vrijheidsbeperkende of beschermende maatregelen (71-73). Transfers en het tijdstip van de dag, met name de avond, doen het risico op vallen ook toenemen. Een multifactoriële val-risicoanalyse, evaluatie van een valincident en oefenprogramma's werken preventief t.a.v. vallen (70;71;73-75). Daarnaast werken het aanpassen van de omgeving, voldoende toezicht in huiskamers, de aanwezigheid van voldoende personeel en controle van hulpmiddelen ook preventief, met name in de gehandicaptenzorg (76;77).
Omschrijving risico-indicator	% cliënten in het afgelopen jaar met valincident/ongeluk dat voor de cliënt zodanig nadelig was dat (be)handeling noodzakelijk was
Risicocorrectie	Leeftijd (>70), slechte ADL/mobiliteit, cognitieve beperking
Teller	Aantal cliënten in het afgelopen jaar met valincident/ongeluk dat voor de cliënt zodanig nadelig was dat (be)handeling noodzakelijk was
Noemer	Totaal aantal cliënten in het afgelopen jaar
Type	Uitkomstindicator
Sector	V&V, TZ

#### Suggesties vragen inspectieformulier

- 1 Registreert u in het zorgdossier van de cliënten valincidenten/ongelukken die voor de cliënten zodanig nadelig zijn dat (be)handeling noodzakelijk is? Zo ja:
  - a Hoeveel procent van de cliënten had in het afgelopen jaar te maken met een valincident/ongeluk dat voor de cliënt zodanig nadelig was dat (be)handeling noodzakelijk is?
  - b Wordt er bij de cliënten een risicoanalyse ter preventie van vallen/ongelukken gedaan?  
*Vraag voor Thuiszorg:*
  - c Informeert u de verantwoordelijke huisarts indien u een cliënt signaleert met een valincident/ongeluk dat voor de cliënt zodanig nadelig is dat (be)handeling noodzakelijk is?
  - d Heeft u hieromtrent een samenwerkingsafspraken met huisartsen?
- 2 Is er in uw instelling een protocol aanwezig voor de preventie van valincidenten/ongelukken?
- 3 Wordt het betreffende protocol aantoonbaar gebruikt?
- 4 Wanneer is het gebruik van het betreffende protocol voor het laatst geëvalueerd?
- 5 Worden de direct zorggebonden hulpverleners van uw instelling aantoonbaar geschoold in de preventie van vallen/ongelukken inclusief het uitvoeren van een risicoanalyse?

### 3.8 Aspect fysiek welbevinden: pijn

Risico-indicator	Pijn
Onderbouwing	Pijn komt veel voor bij ouderen vanwege problemen met het bewegingsapparaat, neurologische stoornissen en ernstige ziekten als kanker (78;79). De perceptie van pijn kan verschillen per persoon en is gerelateerd aan psychische processen. De pijnintensiteit kan bijvoorbeeld worden gemeten met de Visual Analog Scale (VAS). Bij verstandelijk gehandicapten worden non-verbale gezichtsuitdrukkingen gebruikt of visuele middelen (o.a. foto's) om de plaats en intensiteit van de pijn te weten te komen (80;81). Pijn betekent een verminderde kwaliteit van leven en kan leiden tot meerdere problemen, zoals depressie, verminderde mobiliteit (waardoor kans op o.a. decubitus en spierzwakte), verminderde eetlust, slaapproblemen, angst, incontinentie, verminderde cognitieve functies en verminderde socialisatie (79;82). Pijn wordt vaak onder-geïdiagnostiseerd, mede omdat cliënten pijn lang niet altijd rapporteren (79). Dit geldt met name 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 (78). Niet-farmacologische interventies, zoals cognitieve gedragstherapie, kunnen de pijn en pijngerelateerde beperkingen doen verminderen (83), maar voor een ontspanningsprogramma is dat niet bewezen (79) evenmin als voor een oefenprogramma, hoewel het fysiek functioneren daarbij wel verbeterde (84). Effectieve pijnbestrijding zou de morbiditeit moeten verminderen, het omgaan ermee verbeteren, invaliditeit voorkomen en functionele afhankelijk en de kwaliteit van leven verhogen (82). Meetinstrumenten om de pijn te beoordelen en training in de toepassing ervan en in attitudeverandering van de hulpverleners zijn noodzakelijk (82).
Omschrijving risico-indicator	% cliënten met langdurige hevige pijn in de afgelopen 3 maanden
Risicocorrectie	Ernstige somatische ziekte, cognitieve beperking
Teller	Aantal cliënten met langdurige hevige pijn in de afgelopen 3 maanden
Noemer	Totaal aantal cliënten in de afgelopen 3 maanden
Type	Uitkomstindicator
Sector	Sectorbreed

#### Suggesties vragen inspectieformulier:

- 1 a Registreert u in het zorgdossier van de cliënten als ze hevige pijn hebben (bijvoorbeeld gemeten met de VAS (85))? Zo ja:
  - b Hoeveel procent van de cliënten had in de afgelopen 3 maanden te maken met langdurige hevige pijn?
  - c Hoe heeft u de pijnintensiteit gemeten?

*Vragen voor de Thuiszorg:*

  - d Informeert u de verantwoordelijke huisarts indien u een cliënt met langdurige hevige pijn signaleert?
  - e Heeft u hieromtrent een samenwerkingsafpraak met huisartsen?
- 2 Is er in uw instelling een protocol aanwezig voor pijnbestrijding?
- 3 Wordt het betreffende protocol aantoonbaar gebruikt?
- 4 Wanneer is het gebruik van het betreffende protocol voor het laatst geëvalueerd?
- 5 Worden de direct zorggebonden hulpverleners van uw instelling aantoonbaar geschoold in het signaleren van langdurige hevige pijn?

### 3.9 Aspect psychisch welbevinden: depressieve gevoelens

Risico-indicator	Depressieve gevoelens
Onderbouwing	<p>Clënten met depressieve gevoelens kunnen dientengevolge te maken krijgen met functionele achteruitgang en sociale isolatie, o.a. door minder (of niet) deelnemen aan activiteiten, en eventueel sterfte (86;87). Risicoverhogende factoren kunnen bijv. zijn slechte lichamelijke toestand, pijn, geheugenverlies, slaapstoornissen, verlies van partner en eerdere depressies. Bij verstandelijk gehandicapten kan angst ook van invloed zijn (46). Nieuwe cliënten van een instelling zijn ook vaker depressief, o.a. omdat ze geconfronteerd worden met verlies van autonomie en een veranderde leefomgeving gepaard gaande met meer sociale isolatie (88). Depressieve gevoelens worden vaak ondergediagnostiseerd (89), reden waarom screening m.b.v. speciale meetinstrumenten belangrijk is (89;90), zoals de Geriatric Depression Scale (GDS (91) of de MDS Depression Rating Scale (MDS-DRS) (87). Ook van belang is de arts te informeren over een risicocliënt bij signalering van depressieve gevoelens. Als therapieën worden, naast medicatie en cognitieve gedragstherapie, ook genoemd: lichttherapie, muziek, oefeningen om de ADL te verhogen, snoezelen (92), recreatieve activiteiten (93), de mogelijkheid tot expressie, spiritualiteit, deelnemen aan religieuze activiteiten, en het hebben van een huisdier (89). Daarnaast zou het vertellen van het levensverhaal door een cliënt aanknopingspunten kunnen geven ter behandeling van de depressieve gevoelens (94;95). Richtlijnen en een protocol zijn belangrijk, evenals deskundig personeel (90).</p>
Omschrijving risico-indicator	% cliënten met depressieve gevoelens met minstens 2 symptomen van depressie (87) in de afgelopen 3 maanden
Risicocorrectie	Nieuwe cliënten, cognitieve achteruitgang
Teller	Aantal cliënten met depressieve gevoelens met minstens 2 symptomen van depressie in de afgelopen 3 maanden
Noemer	Totaal aantal cliënten in de afgelopen 3 maanden
Type	Uitkomstindicator
Sector	Sectorbreed

#### Suggesties vragen inspectieformulier:

- 1 Registreert u in het zorgdossier van de cliënten als ze depressieve gevoelens hebben met minstens twee symptomen van depressie, bijvoorbeeld bedroefdheid, desinteresse, verminderde eetlust, gewichtsverlies, verandering van slaapgewoonten (87)?
  - a Hoeveel procent van de cliënten had depressieve gevoelens met minstens twee symptomen van depressie in de afgelopen drie maanden?
  - b Hoe heeft u dit gemeten?

*Vragen voor Thuiszorg:*

  - c Informeert u de verantwoordelijke huisarts indien u een cliënt signaleert met depressieve gevoelens met minstens 2 symptomen van depressie (volgens MDS-DRS)?
  - d Heeft u hieromtrent een samenwerkingsafpraak met huisartsen?
- 2 Is er in uw instelling een beleid gericht op de preventie en herkenning van en het omgaan met depressieve gevoelens?
- 3 Wordt het betreffende beleid aantoonbaar uitgevoerd?
- 4 Wanneer is het betreffende beleid voor het laatst geëvalueerd?
- 5 Worden de direct zorggebonden hulpverleners van uw instelling aantoonbaar geschoold in de preventie en herkenning van en het omgaan met depressieve gevoelens en symptomen van depressie?

### 3.10 Aspect psychisch welbevinden: eenzaamheid

Risico-indicator	Eenzaamheid
Onderbouwing	Eenzaamheid komt vaak voor bij depressieve cliënten, en komt vaker voor bij cliënten met cognitieve beperkingen, bij cliënten met een slechte gezondheid of bij cliënten die een verminderde ADL functies hebben en daardoor toenemend afhankelijk zijn. Ook cliënten die geen (intieme) relaties hebben en sociaal geïsoleerd zijn, geen hoop meer hebben, geen of slechte communicatiemogelijkheden hebben en zintuiglijke beperkingen hebben zijn vaker eenzaam, terwijl het niet deelnemen aan activiteiten en het vertonen van agressief gedrag eveneens de eenzaamheid kan bevorderen (11;89;96). Hulpverleners moeten zich ervan bewust zijn dat depressie en eenzaamheid vaak samengaan. Regelmatige beoordeling van de mate van eenzaamheid met gestandaardiseerde meetinstrumenten kan helpen eenzaamheid te herkennen (89;90;96). Om de gevolgen van eenzaamheid te verminderen kan medicatie worden gebruikt. Afgestemd op de individuele cliënt, kan men cliënten stimuleren om deel te nemen aan activiteiten, meer te communiceren met personeel of andere cliënten, te praten over hun gevoelens en ervoor te zorgen dat ze zich thuis voelen in de instelling (89;97).
Omschrijving risico-indicator	% cliënten dat zich gedurende een langere periode eenzaam voelde in het afgelopen jaar
Risicocorrectie	Depressieve gevoelens, cognitieve beperking, slechte gezondheid
Teller	Aantal cliënten dat zich gedurende een langere periode eenzaam voelde in het afgelopen jaar
Noemer	Totaal aantal cliënten in het afgelopen jaar
Type	Uitkomstindicator
Sector	Sectorbreed

#### Suggesties vragen inspectieformulier:

- 1 Registreert u in het zorgdossier van de cliënten als deze zich gedurende een langere periode eenzaam voelen? Zo ja:
  - a Hoeveel procent van de cliënten voelde zich gedurende een langere periode eenzaam in het afgelopen jaar?
  - b Hoe heeft u dit gemeten?
  - c Kunt u aantonen welke maatregelen u heeft genomen na het signaleren van eenzaamheid van een cliënt?

*Vragen voor Thuiszorg:*

  - e Informeert u de verantwoordelijke huisarts indien u een cliënt signaleert zich gedurende een langere periode eenzaam voelt?
  - f Heeft u hieromtrent een samenwerkingsafpraak met huisartsen?
- 2 Is er in uw instelling een beleid aanwezig gericht op de herkenning en preventie van en het omgaan met eenzaamheid?
- 3 Wordt het betreffende beleid aantoonbaar uitgevoerd?
- 4 Wanneer is het betreffende beleid voor het laatst geëvalueerd?
- 5 Worden de direct zorggebonden hulpverleners van uw instelling aantoonbaar geschoold in de herkenning en preventie van en het omgaan met eenzaamheid?



### 3.11 Aspect psychisch welbevinden: suicide(poging)

Risico-indicator	Suicide(poging)
Onderbouwing	Het aantal (pogingen tot) suicides neemt de laatste jaren toe, o.a. omdat er relatief meer cliënten met ernstigere psychiatrische afwijkingen in de instellingen zijn, terwijl de minder ernstige cliënten vaker ambulante behandeld worden (51;64). De kans op het plegen van suicide is groter bij: cliënten met schizofrenie en schizo-affectieve stoornissen, cliënten onder de 40 jaar, cliënten die eerder al een poging hebben gedaan, cliënten met suicide in de familie, en cliënten die gedwongen of langdurig zijn opgenomen (98-101). Een risicobeoordeling en herkenning van signalen kunnen preventief werken, waarbij een goede hulpverlener-cliënt relatie en continuïteit van zorg belangrijk is (99). De mogelijkheid om regelmatig supervisie en feedback te krijgen, kan hulpverleners helpen bij het herkennen van en omgaan met signalen (101).
Omschrijving risico-indicator	% cliënten dat suicide pleegde of een suicidepoging heeft gedaan in het afgelopen jaar
Risicocorrectie	Schizofrenie/schizo-affectieve stoornis
Teller	Aantal cliënten dat suicide pleegde een suicidepoging heeft gedaan in het afgelopen jaar
Noemer	Totaal aantal cliënten in het afgelopen jaar
Type	Uitkomstindicator
Sector	GGZ

#### Suggesties vragen inspectieformulier:

- 1 Registreert u in het zorgdossier van de cliënten of ze een suicidepoging hebben gedaan? Zo ja: Hoeveel procent van de cliënten heeft suicide gepleegd of poging(en) tot suicide gedaan in het afgelopen jaar?
- 2 Is er in uw instelling een protocol aanwezig voor de preventie van suicide(pogingen) en het omgaan met suicide(pogingen)?
- 3 Wordt het betreffende protocol aantoonbaar gebruikt?
- 4 Wanneer is het gebruik van het betreffende protocol voor het laatst geëvalueerd?
- 5 Worden de direct zorggebonden hulpverleners van uw instelling aantoonbaar geschoold in de preventie van suicide(pogingen) en het herkennen van signalen van en omgaan met suicidepogingen?

### 3.12 Aspect sociaal welbevinden: onvoldoende ontwikkelingsperspectief

Risico-indicator	Onvoldoende ontwikkelingsperspectief
Onderbouwing	Het is belangrijk dat cliënten met een verstandelijke handicap de kans krijgen zich te ontwikkelen (102;103). Deze cliënten beschikken over onvoldoende vaardigheden om qua ontwikkeling in beweging te blijven. Daarom moet er gezocht worden naar manieren om die persoonlijke ontwikkeling te stimuleren en om suggesties hiervoor aan te reiken (67). Domeinen van persoonlijke ontwikkeling zijn o.a. werk, dagbesteding, hobby's en vrije tijd, en ontwikkeling van algemene en cognitieve vaardigheden (68). Via een speciaal voor verstandelijk gehandicapten ontwikkeld opleidings- en trainingsprogramma konden zij meer en meer betekenisvolle taken aan (104).
Omschrijving risico-indicator	% cliënten dat, hoewel ze dat wensten, in het afgelopen jaar niet de mogelijkheid heeft gekregen zich (verder) te ontplooiën in onderwijs, werk of hobby's
Risicocorrectie	Geen
Teller	Aantal cliënten dat, hoewel ze dat wensten, in het afgelopen jaar niet de mogelijkheid heeft gekregen zich (verder) te ontplooiën in onderwijs, werk of hobby's
Noemer	Totaal aantal cliënten in het afgelopen jaar dat zich (verder) wenste te ontplooiën in onderwijs, werk of hobby's
Type	Uitkomstindicator
Sector	GZ

#### Suggesties vragen inspectieformulier:

- 1 Registreert u in het zorgdossier van de cliënten of en hoe ze zich (verder) wensen te ontplooiën in onderwijs of werk? Zo ja:  
Hoeveel procent van de cliënten heeft, hoewel zij dat wensten, in het afgelopen jaar niet de mogelijkheid gekregen zich (verder) te ontplooiën in onderwijs, werk of hobby's?
- 2 Is er in uw instelling een beleid gericht op de (verdere) ontplooiing van cliënten in onderwijs, werk of hobby's?
- 3 Wordt het betreffende protocol aantoonbaar gebruikt?
- 4 Wanneer is het gebruik van het betreffende protocol voor het laatst geëvalueerd?
- 5 Worden de direct zorggebonden hulpverleners van uw instelling aantoonbaar geschoold in de begeleiding van cliënten die zich wensen te ontplooiën in onderwijs, werk of hobby's?

### 3.13 Aspect zinvolle dagbesteding: onvoldoende activiteitenaanbod

Risico-indicator	Onvoldoende activiteitenaanbod
Onderbouwing	Activiteiten kunnen meehelpen om cliënten een zinvolle dagbesteding te geven (34). Dit aanbod dient divers te zijn en zo mogelijk afgestemd te zijn op de individuele cliënt. Dit houdt in dat er diverse ontspanningsactiviteiten/bezigheidsactiviteiten moeten worden aangeboden (17;105). Er moet, met name in de gehandicaptenzorg, de mogelijkheid worden geboden om werk (binnen en buiten het instituut), inclusief huishoudelijk werk (106), te verrichten, onderwijs te volgen, en hobby's uit te oefenen (35;37;55;107). Ook moet er aandacht besteed worden aan de geestelijke verzorging (55). In verpleeghuizen of psychiatrische instellingen zijn vragen rond ziekte, invaliditeit, leven en dood in intensiteit en omvang geconcentreerd. De norm van 1 geestelijk verzorger op 150 bedden blijkt echter in vrijwel geen enkel verpleeghuis te worden gehaald (108).
Omschrijving risico-indicator	% cliënten dat in de afgelopen 3 maanden aan <2 activiteiten per week (GZ) of per maand (V&V, GGZ) deelnam
Risicocorrectie	Geen
Teller	Aantal cliënten dat in de afgelopen 3 maanden aan <2 activiteiten per week (GZ) of per maand (V&V, GGZ) deelnam
Noemer	Totaal aantal cliënten in de afgelopen 3 maanden
Type	Uitkomstindicator
Sector	Sectorbreed (uitgezonderd Thuiszorg)

#### Suggesties vragen inspectieformulier:

- 1 a Registreert u in het zorgdossier van de cliënten het aantal activiteiten waaraan ze deelnemen? Zo ja:
  - b Hoeveel procent van de cliënten nam in de afgelopen drie maanden aan <2 activiteiten per week (GZ) of per maand (V&V, GGZ) deel?
- 2 Is er in uw instelling een beleid gericht op het aanbod van activiteiten?
- 3 Wordt het betreffende beleid aantoonbaar uitgevoerd?
- 4 Wanneer is het betreffende beleid voor het laatst geëvalueerd?
- 5 Worden de direct zorggebonden hulpverleners van uw instelling aantoonbaar geschoold in het stimuleren tot deelname aan activiteiten?



## 4 Uitkomstgebied kwaliteit van zorg

### 4.1 Aspect zorgplan: onvoldoende inspraak zorgplan

Risico-indicator	Onvoldoende inspraak zorgplan
Onderbouwing	Van iedere cliënt moet een individueel zorgplan beschikbaar zijn om zorg op maat te kunnen leveren, aansluitend op de individuele behoeften van cliënten en hun wensen t.a.v. onder andere: dagritme, voeding en aansprekende activiteiten (34;35;37). Een zorgplan moet duidelijke richtlijnen bevatten voor het dagelijks handelen. Indien er geen zorgplan is, kan dit een verslechtering van fysieke en geestelijke gezondheid tot gevolg hebben door geen of onjuiste behandeling, en een verminderde kwaliteit van leven (42). Inspraak is een belangrijk aspect van cliëntgerichtheid, en is gerelateerd aan de autonomie en zeggenschap over eigen leven en zorg (20;42). Het blijkt echter dat niet in alle sectoren cliënten inspraak hebben in hun zorgplan en dat zorgplannen niet altijd frequent genoeg worden geëvalueerd (20;37). M.b.v. 'Advanced Care Planning' kunnen cliënten hun voorkeuren t.a.v. moeilijke beslissingen over behandelingen overwegen, beslissen en meedelen, zodat deze bekend zijn als een cliënt cognitief verslechtert (109). Gebruik van het Resident Assessment Instrument (110) heeft positieve effecten op de volledigheid en accuraatheid van een zorgplan, en op de gezondheid van cliënten met verminderd fysiek en geestelijk functioneren. (111). Via het vertellen van zijn of haar levensverhaal kunnen de belangrijkste thema's verwerkt worden in het zorgplan, hetgeen de kwaliteit van leven ten goede komt (88). Indien zorgplannen worden geautomatiseerd, worden waarschijnlijk meer (be)handelingen en activiteiten vermeld (112), evenals na een training in het documenteren van gegevens (113;114). Een flexibele organisatiestructuur is noodzakelijk voor het bieden van individueel gekleurde zorg (34).
Omschrijving risico-indicator	% cliënten dat in het afgelopen jaar geen inspraak heeft gehad in het zorgplan, blijkend uit het ontbreken van een handtekening
Risicocorrectie	Geen
Teller	Aantal cliënten dat in het afgelopen jaar geen inspraak heeft gehad in het zorgplan, blijkend uit het ontbreken van een handtekening
Noemer	Totaal aantal cliënten in het afgelopen jaar
Type	Procesindicator
Sector	Sectorbreed

#### Suggesties vragen inspectieformulier:

- 1 Laat u cliënten ter goedkeuring hun zorgplan ondertekenen? Zo ja:  
Hoeveel procent van de cliënten heeft in het afgelopen jaar het individuele zorgplan niet ondertekend?
- 2 Is er in uw instelling een beleid gericht op het betrekken van de cliënten bij het opstellen van het individuele zorgplan?
- 3 Wordt het betreffende beleid aantoonbaar uitgevoerd?
- 4 Wanneer is het betreffende beleid voor het laatst geëvalueerd?
- 5 Worden de direct zorggebonden hulpverleners van uw instelling geschoold in het gebruik van een zorgplan, bijvoorbeeld ten aanzien van de documentatie, inhoud, evaluatie en instemming?

## 4.2 Aspect zorgplan: afwijkingen zorgplan

Risico-indicator	Afwijkingen zorgplan
Onderbouwing	In een zorgplan horen o.a. afspraken te staan over de dagelijkse verzorging, dagritme en aansprekende activiteiten (20;34). Indien een zorgplan niet wordt gevolgd kan dit een verslechtering van de lichamelijke en psychische gezondheid tot gevolg hebben. Uit een onderzoek van de IGZ bleek dat de meeste meldingen (van in totaal 31 meldingen) afwijkingen van het zorgplan betroffen (115). In de thuiszorg krijgt men bijv. niet altijd het gewenste aantal uren hulp (37).
Omschrijving risico-indicator	% cliënten bij wie in het afgelopen jaar is afgeweken van het zorgplan t.a.v. dagritme; voeding; activiteiten; kamergenoot; verblijfsruimte; vervoer; werk; scholing; hobby's/vrijtijdsbesteding (per categorie invullen)
Risicocorrectie	Geen
Teller	Aantal cliënten bij wie in het afgelopen jaar is afgeweken van het zorgplan t.a.v. dagritme; voeding; activiteiten; kamergenoot; verblijfsruimte; vervoer; werk; scholing; hobby's/vrijtijdsbesteding (per categorie invullen)
Noemer	Totaal aantal cliënten in het afgelopen jaar
Type	Procesindicator
Sector	Sectorbreed

### Suggesties vragen inspectieformulier:

- 1 Registreert u in het zorgdossier van de cliënten afwijkingen van het individuele zorgplan, bijvoorbeeld ten aanzien van dagritme; voeding; activiteiten; kamergenoot; verblijfsruimte; vervoer; werk; scholing; hobby's/vrijtijdsbesteding? (per categorie invullen) Zo ja:  
Bij hoeveel procent van de cliënten is in het afgelopen jaar afgeweken van het zorgplan ten aanzien van dagritme; voeding; activiteiten; kamergenoot; verblijfsruimte; vervoer; werk; scholing; hobby's/vrijtijdsbesteding (per categorie invullen)?
- 2 Heeft u de afwijkingen van het individuele zorgplan geanalyseerd? Zo ja:  
Zijn er veranderingen doorgevoerd naar aanleiding van deze analyses?
- 3 Worden de direct zorggebonden hulpverleners aantoonbaar gestimuleerd om afwijkingen van het zorgplan te registreren?

### 4.3 Aspect medicatieverstrekking: medicatiefouten

Risico-indicator	Medicatiefouten
Onderbouwing	Uitgangspunt van medicatieverstrekking (uitzetten en/of toedienen van geneesmiddelen) is dat het juiste geneesmiddel op de juiste tijd aan de juiste cliënt wordt toegediend (116). Fouten komen vaak voor, kunnen ernstig zijn en zijn vaak te voorkomen (117;118). Fouten bij de medicatieverstrekking kunnen niet alleen lichamelijke gevolgen hebben voor de cliënt, maar ook achteruitgang in het geestelijk functioneren, gedragsproblemen en valincidenten veroorzaken. Bij nieuwe bewoners is het risico op fouten hoger, evenals bij polyfarmacie (119) en bij communicatieproblemen tussen hulpverleners (120). Transfers tussen afdelingen of instellingen kunnen samengaan met het stoppen van medicatie, verandering van de dosis en het soort medicijn (121). Geen goede registratie van de medicatie in het zorgplan komt ook vaak voor (122). Slecht leesbaar handschrift en telefonische opdrachten die niet goed worden gecontroleerd leveren fouten op, evenals het uitleveren en uitzetten van de medicijnen (123). Preventieve maatregelen zijn o.a. systematische monitoring van de medicatieverstrekking (124), versimpeling van het uitleveren, en uitvoering van meerdere controles tijdens het uitleveren en het gebruik van richtlijnen (116).
Omschrijving risico-indicator	% cliënten bij wie in het afgelopen jaar fouten zijn gemaakt bij de medicatieverstrekking w.b. het soort geneesmiddel, de voorgeschreven dosis of het tijdstip van toedienen
Risicocorrectie	Geen
Teller	Aantal cliënten bij wie in het afgelopen jaar fouten zijn gemaakt bij de medicatieverstrekking w.b. het soort geneesmiddel, de voorgeschreven dosis of het tijdstip van toedienen
Noemer	Totaal aantal cliënten aan wie medicatie is verstrekt in het afgelopen jaar
Type	Procesindicator
Sector	Sectorbreed

#### Suggesties vragen inspectieformulier:

- 1 Registreert u in het zorgdossier van de cliënten als fouten plaatsvinden bij de medicatieverstrekking?  
Zo ja:
  - a Bij hoeveel procent van de cliënten zijn in het afgelopen jaar fouten bij de medicatieverstrekking gemaakt w.b. het soort geneesmiddel, de voorgeschreven dosis of het tijdstip van toedienen?  
*Vragen voor Thuiszorg:*
  - b Informeert u de verantwoordelijke huisarts indien u een cliënt signaleert bij wie fouten zijn gemaakt bij de medicatieverstrekking w.b. het soort geneesmiddel, de voorgeschreven dosis of het tijdstip van toedienen?
  - c Heeft u hieromtrent een samenwerkingsafpraak met huisartsen?
- 2 Is er in uw instelling een protocol aanwezig voor medicatieverstrekking?
- 3 Wordt het betreffende protocol aantoonbaar gebruikt?
- 4 Wanneer is het gebruik van het betreffende protocol voor het laatst geëvalueerd?
- 5 Worden de direct zorggebonden hulpverleners van uw instelling aantoonbaar geschoold in een zorgvuldige medicatieverstrekking?

#### 4.4 Aspect medicatieverstrekking: ongewenst psychofarmacagebruik

Risico-indicator	Ongewenst psychofarmacagebruik
Onderbouwing	<p>Psychofarmaca (medicijnen die de psyche, emoties en gedrag beïnvloeden) behoren tot de meest voorgeschreven medicijnen in de langdurige zorg voor ouderen: 35 tot 65% van de cliënten gebruikt deze medicijnen (125), maar zelfs hogere percentages worden genoemd, nl. 51-94% (126). Psychofarmaca worden met name voorgeschreven aan hoogbejaarden en aan cliënten met co-morbiditeit en cognitieve beperkingen. Nadelige gevolgen voor de cliënt kunnen zijn: bijwerkingen van de medicatie, verergering van (reeds bestaande) symptomen/ problemen, hypotensie bij gaan staan; vallen; delirium (acute verwarring), en interactie met andere medicatie (125). Psychofarmaca en irrationele combinaties komen veelvuldig voor bij verblijfscliënten in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis en lijken onvermijdelijk, omdat ze na jarenlange behandeling tot stand zijn gekomen en de problematiek door die medicijnen beheersbaar is geworden (127). Het psychofarmacagebruik door verstandelijk gehandicapte bewoners van gezinsvervangende tehuizen betreft met name antipsychotica, maar daarnaast wordt waarschijnlijk een aanzienlijk deel van de verstandelijk gehandicapten met psychiatrische symptomen onderbehandeld (128). Psychofarmaca zouden alleen gebruikt moeten worden bij specifieke diagnoses en indien maatregelen t.a.v. gedrag en omgeving niet succesvol zijn (129). Ook moet, in alle care-instellingen, de werking en de noodzaak van medicijnen regelmatig worden geëvalueerd en ook eventuele bijwerkingen, die per cliënt kunnen verschillen (130). Indien psychofarmaca zorgvuldig en onder optimale supervisie worden gebruikt, zijn ze in het algemeen veilig en effectief (131). Aanbevolen wordt om alternatieve of additionele therapieën te gebruiken bij psychische problemen. Gedragstherapie leidde bijv. tot een substantiële afname van psychofarmacagebruik zonder toename van gedragsproblemen (132). Apothekers zouden een rol kunnen hebben in de juiste coördinatie van medicijnen (133). Psychologische en anderszins ondersteunende counseling en het vertellen van het levensverhaal door de cliënt zijn andere mogelijkheden, waarbij met name verpleegkundigen een rol moeten spelen en waarin ze getraind zouden moeten worden (134).</p>
Omschrijving risico-indicator	% cliënten dat in het afgelopen jaar psychofarmaca gebruikte zonder specifieke diagnose
Risicocorrectie	Geen
Teller	Aantal cliënten dat in het afgelopen jaar psychofarmaca gebruikte zonder specifieke diagnose
Noemer	Totaal aantal cliënten in het afgelopen jaar
Type	Uitkomstindicator
Sector	Sectorbreed (uitgezonderd Thuiszorg)

##### Suggesties vragen inspectieformulier:

- 1 Controleert u periodiek of de cliënten die psychofarmaca gebruiken hiervoor een specifieke diagnose hebben? Zo ja:  
Hoeveel procent van de cliënten gebruikte in het afgelopen jaar psychofarmaca zonder specifieke diagnose?
- 2 Is er in uw instelling een protocol aanwezig om het gebruik van psychofarmaca terug te dringen?
- 3 Wordt het betreffende protocol aantoonbaar gebruikt?
- 4 Wanneer is het gebruik van het betreffende protocol voor het laatst geëvalueerd?
- 5 Worden de direct zorggebonden hulpverleners van uw instelling aantoonbaar geschoold in het toepassen van alternatieve therapieën om het gebruik van psychofarmaca terug te dringen?



## 4.5 Aspect medicatieverstrekking: polyfarmacie

Risico-indicator	Polyfarmacie
Onderbouwing	Het komt vaak voor dat langdurig zieke cliënten en cliënten met co-morbiditeit (te veel medicijnen krijgen voorgeschreven, bijv. twee of meer psychofarmaca, waarbij in 89% van de gevallen irrationele combinaties voorkomen (127;135). Het blijkt dat cliënten met cognitieve beperkingen minder medicijnen gebruiken dan andere cliënten (136). Een nadelige gevolg van polyfarmacie kan zijn dat er een interactie tussen verschillende medicijnen optreedt waardoor een cliënt ziek wordt of eventueel kan overlijden. Andere gevolgen zijn gewichtsverlies, verminderde ADL, vallen, verwardheid, slaperigheid en depressie (119). Daarnaast neemt het risico op medicatiefouten met het aantal verschillende medicijnen, waarbij zowel de cliënt als de hulpverlener een fout kunnen maken, toe (135). Het voorschrijven van veel medicijnen is deels een gevolg van de problemen die cliënten in de langdurige zorg hebben, zoals slapeloosheid, angst, depressieve gevoelens, opgewondenheid en gedragsproblemen (135). Kritische en systematische evaluatie van de gebruikte medicatie is noodzakelijk, zeker bij cliënten met cognitieve beperkingen, omdat bij hen het risico bestaat op onderdiagnose en dus onderbehandeling (136). Richtlijnen voor monitoring van medicatie en een terughoudend prescriptiebeleid kunnen polyfarmacie helpen voorkomen, evenals gecomputeriseerde prescriptie ('medicatieprofiel') (135).
Omschrijving risico-indicator	% cliënten dat in het afgelopen jaar meer dan 9 verschillende medicijnen per dag kreeg
Risicocorrectie	Geen
Teller	Aantal cliënten dat in het afgelopen jaar meer dan 9 verschillende medicijnen per dag kreeg
Noemer	Totaal aantal cliënten in het afgelopen jaar
Type	Procesindicator
Sector	Sectorbreed

### Suggesties vragen inspectieformulier:

- 1 Registreert u in het zorgdossier van de cliënten hoeveel verschillende medicijnen ze per dag krijgen?  
Zo ja:
  - a Hoeveel procent van de cliënten kreeg in het afgelopen jaar meer dan 9 verschillende medicijnen per dag?  
*Vraag voor Thuiszorg:*
  - b Informeert u de verantwoordelijke huisarts indien u een cliënt signaleert die meer dan 9 verschillende medicijnen per dag krijgt?
  - c Heeft u hieromtrent een samenwerkingsafpraak met huisartsen?
- 2 Is er in uw instelling een beleid gericht op het monitoren van polyfarmacie?
- 3 Wordt het betreffende beleid aantoonbaar uitgevoerd?
- 4 Wanneer is het betreffende beleid voor het laatst geëvalueerd?
- 5 Worden de direct zorggebonden hulpverleners van uw instelling aantoonbaar geschoold in het monitoren van de (hoeveelheid) medicatie?

#### 4.6 Aspect vocht- en voedselvoorziening: onvoldoende kwaliteit vocht- en voedselvoorziening

Risico-indicator	Onvoldoende kwaliteit vocht- en voedselvoorziening
Onderbouwing	Voeding is een belangrijk onderdeel van de dagelijkse zorg in instellingen (137). De meeste cliënten (in verpleeghuizen) zijn goed te spreken over de maaltijden: 7 van de 10 vinden het eten uitstekend en vrijwel alle cliënten vinden dat de maaltijd er goed verzorgd uit ziet en gevarieerd is (137). Volgens een rapport van de IGZ lijkt de situatie nog voor verbetering vatbaar (138). Hoewel de laatste jaren de kwaliteit is verbeterd, moet er toch nog veel gebeuren, zoals in de vorm van het aanbieden van keuzemenu's en betere spreiding van de maaltijden (139).
Omschrijving risico-indicator	% cliënten dat in een waarderingsonderzoek negatief oordeelt over de vocht- en voedselvoorziening, bijv. keuzemenu's en spreiding van de maaltijden
Risicocorrectie	Geen
Teller	1) Aantal cliënten dat in een waarderingsonderzoek negatief oordeelde over de vocht- en voedselvoorziening, bijv. t.a.v. keuzemenu's en spreiding van de maaltijden Voor V&V: 2) Aantal cliënten dat in de afgelopen week zijn eten niet heeft opgegeten 3) Aantal cliënten dat in de afgelopen week <1000 cc heeft gedronken per dag
Noemer	1) Totaal aantal cliënten dat deelnam aan het waarderingsonderzoek 2 en 3) Totaal aantal cliënten in de afgelopen week
Type	Uitkomstindicator
Sector	Sectorbreed (uitgezonderd Thuiszorg)

##### Suggesties vragen inspectieformulier:

- 1 Verricht u periodiek waarderingsonderzoeken onder de cliënten? Zo ja:
  - a Hoeveel procent van de cliënten oordeelde negatief over de vocht- en voedselvoorziening?
  - b Hoe heeft u dit gemeten?
  - c Wanneer is het laatste waarderingsonderzoek uitgevoerd?
  - d Kunt u aantonen welke maatregelen u naar aanleiding van de uitkomsten van dit onderzoek heeft genomen?  
*Vragen voor V&V:*
  - e Hoeveel procent van de cliënten heeft in de afgelopen week zijn eten niet opgegeten?
  - f Hoeveel procent van de cliënten heeft in de afgelopen week <1000cc per dag gedronken?
- 2 Is er in uw instelling een beleid gericht op een verantwoorde vocht- en voedselvoorziening?
- 3 Wordt het betreffende beleid aantoonbaar uitgevoerd?
- 4 Wanneer is het betreffende beleid voor het laatst geëvalueerd?
- 5 Worden de direct zorggebonden hulpverleners van uw instelling aantoonbaar geschoold in het aanbieden van voeding en vocht afgestemd op de behoefte van de cliënten?

#### 4.7 Aspect vocht- en voedselvoorziening: onvoldoende hulp bij vocht- en voedselinname

Risico-indicator	Onvoldoende hulp bij vocht- en voedselinname
Onderbouwing	Vermindering van eetlust komt veel voor bij ouderen (40-60%). De oorzaken kunnen psychologisch, medisch en/of sociaal zijn (140;141). Slik- en kauwproblemen en een pijnlijke en droge mond kunnen problemen met eten en drinken tot gevolg hebben, zoals zich verslikken, en tot chronische ondervoeding en uitdroging leiden (142). Problemen met de mondholte kunnen daarnaast aanleiding zijn tot slechte communicatie en verminderde weerstand tegen infecties. Cognitieve beperkingen en medicatie kunnen tevens gerelateerd zijn aan problemen met eten en drinken. Ernstige uitdroging leidt in 40% van de gevallen tot sterfte en bij infecties is de kans op overlijden 4-5 maal zo hoog bij uitdroging (143). Andere complicaties kunnen zijn depressie, concentratiestoornissen, vermindering van ADL, hypotensie, vallen, delirium en constipatie. Daarom moeten cliënten die problemen hebben met eten en drinken hierbij geholpen worden. Ook vroege opsporing van cliënten met een verhoogd risico op ondervoeding is belangrijk om (verdere) achteruitgang te voorkomen door bijv. het geven van aanvullende of vervangende voeding (142-144). Signalen van ondervoeding en uitdroging moeten door de verpleegkundigen worden gerapporteerd aan de arts (143). Gewichtsverlies is een belangrijk signaal en het gewicht moet daarom regelmatig gecontroleerd worden (24). De voedselinname zou dagelijks gemonitord moeten worden (142) en indien nodig moeten voedingssupplementen gegeven worden (145;146). Een gedragsinterventie die bestond uit het meerdere keren per dag aansporen tot drinken, rekening houdend met de voorkeur van de cliënt, was succesvol, zeker bij psychogeriatrische cliënten (84;147). De huiselijkheid, gezelligheid en sociale context tijdens de maaltijden zouden ook nog verbeterd kunnen worden ter stimulering van de eetlust (139).
Omschrijving risico-indicator	% cliënten op een bepaald moment dat hulp bij het eten en drinken nodig heeft, maar geen hulp krijgt
Risicocorrectie	Geen
Teller	Aantal cliënten op een bepaald moment dat hulp bij het eten en drinken nodig had, maar geen hulp kreeg (puntprevalentie)
Noemer	Aantal cliënten op een bepaald moment dat hulp bij het eten en drinken nodig had
Type	Procesindicator
Sector	Sectorbreed (uitgezonderd Thuiszorg)

##### Suggesties vragen inspectieformulier:

- 1 Registreert u in het zorgdossier van de cliënten of zij hulp bij het eten en drinken nodig hebben? Zo ja: Hoeveel procent van de cliënten had hulp bij het eten en drinken nodig, maar kreeg geen hulp?
- 2 Is er in uw instelling een protocol aanwezig voor hulp bij eten en drinken?
- 3 Wordt het betreffende protocol aantoonbaar gebruikt in uw instelling?
- 4 Wanneer is het gebruik van het betreffende protocol voor het laatst geëvalueerd?
- 5 Worden de direct zorggebonden hulpverleners van uw instelling aantoonbaar geschoold in het herkennen van de noodzaak om cliënten te helpen bij het eten en drinken?

## 4.8 Aspect continuïteit: veel verschillende hulpverleners

Risico-indicator	Veel verschillende hulpverleners
Onderbouwing	Verloop van personeel is met name kritiek in de care-sectoren, omdat continuïteit van zorg en persoonlijke relaties tussen hulpverleners en cliënten belangrijke determinanten zijn van de kwaliteit van zorg (148;149). Nadelige gevolgen van personeelwisselingen kunnen bijv. zijn het maken van medicatiefouten, depressie en cognitieve achteruitgang. Voortdurende wisseling van personeel werkt desoriënterend en maakt accurate continue zorg voor cliënten onmogelijk (150). Cliëntvertegenwoordigers van demente en verstandelijk gehandicapten leggen de nadruk op vertrouwde gezichten rond de cliënt en willen daarom een vast team met zo weinig mogelijk personele wisselingen (34). Bepaalde interventies waarvoor training van de hulpverleners nodig is, zijn wellicht ineffectief vanwege veel personeelwisselingen (90). Er zijn aanwijzingen dat zowel over- als onderbezetting van personeel een negatieve invloed kan hebben op het gedrag van cliënten en de deelname aan activiteiten (14).
Omschrijving risico-indicator	% cliënten dat met >10 verschillende hulpverleners per week te maken heeft op een afdeling/binnen een team
Risicocorrectie	Geen
Teller	Aantal cliënten dat in een bepaalde week met >10 verschillende hulpverleners te maken had op een afdeling/binnen een team
Noemer	Totaal aantal cliënten in een bepaalde week
Type	Procesindicator
Sector	Sectorbreed

### Suggesties vragen inspectieformulier:

- 1 a Registreert u het aantal verschillende hulpverleners waarmee cliënten op een bepaalde afdeling/binnen een bepaald team te maken hebben? Zo ja:
  - b Hoeveel procent van de cliënten had met >10 verschillende hulpverleners te maken in een bepaalde week?
- 2 Bestaan er in uw instelling normen voor het aantal verschillende hulpverleners per cliënt?
- 3 Worden de betreffende normen gehaald?
- 4 Wanneer zijn de normen voor het laatst geëvalueerd?

## 4.9 Aspect continuïteit: onvoldoende informatie bij overdracht

Risico-indicator	Onvoldoende informatie bij overdracht
Onderbouwing	Bij de overdracht van cliënten aan andere hulpverleners en/of een andere afdeling van een instelling, is het belangrijk dat de andere hulpverleners op de hoogte zijn of worden gebracht van de zorg die cliënten nodig hebben en eventuele belangrijke veranderingen hierin. Wijzigingen in bijvoorbeeld de medicatie moeten daarom accuraat worden geregistreerd (121). Wijzigingen moeten dan ook goed worden gedocumenteerd in de zorgplannen van cliënten (122;123).
Omschrijving risico-indicator	% cliënten bij wie in de afgelopen week de afspraken rondom informatie bij overdracht niet zijn nagekomen
Risicocorrectie	Geen
Teller	Aantal cliënten bij wie in de afgelopen week de afspraken rondom informatie bij overdracht niet zijn nagekomen
Noemer	Totaal aantal cliënten in de afgelopen week
Type	Procesindicator
Sector	Sectorbreed

### Suggesties vragen inspectieformulier:

- 1
  - a Controleert u periodiek of de afspraken rondom overdracht worden nagekomen?
  - b Bij hoeveel % van de cliënten zijn in de afgelopen week de afspraken rondom overdracht niet nagekomen?
- 2 Is er in uw instelling een protocol voor de overdracht van cliënten aan andere hulpverleners of een andere afdeling?
- 3 Wordt het betreffende protocol aantoonbaar gebruikt?
- 4 Wanneer is het gebruik van het betreffende protocol voor het laatst geëvalueerd?
- 5 Worden de direct zorggebonden hulpverleners van uw instelling aantoonbaar geschoold in een zorgvuldige overdracht van cliënten aan andere hulpverleners of een andere afdeling?

#### 4.10 Aspect vrijheidsbeperking: vrijheidsbeperkende/-beschermende maatregelen

Risico-indicator	Vrijheidsbeperkende/beschermende maatregelen
Onderbouwing	<p>Fysieke vrijheidsbeperking is elke vorm van het beperken van de mobiliteit van de cliënt, bijv. diepe stoelen, tafelbladen, onrustbanden of beddekken. Het gebruik van vrijheidsbeperkende/beschermende maatregelen is geassocieerd met schadelijke effecten op fysiek, emotioneel en sociaal welbevinden. Fysiek gevaar houdt o.a. in spierverswakking, verminderde mobiliteit, huidproblemen, incontinentie, vermindering van eetlust en ook risico op overlijden, bijv. als iemand valt.</p> <p>Vastgebonden zijn roept daarnaast gevoelens van schaamte, opwinding en huilgedrag op en kan het sociale isolement van een cliënt verergeren (151). Het gevaar van bijv. het gebruik van de Zweedse band en bedden, beddekken en fixatiemateriaal wordt onvoldoende onderkend. Protocollen ontbreken vaak (152-154). Ook separatie is een omstreden interventie en heeft evenals de andere maatregelen vaak meer negatieve dan positieve effecten (155). Cliënten met een cognitieve beperking (die gaan zwerven of willen weglopen), ernstige psychische ziekte, verstorend of gewelddadig gedrag, zelfverwondend en suïcidaal gedrag hebben een verhoogd risico op separatie of beperkende maatregelen (151;156-158). Alternatieve maatregelen worden aanbevolen, zoals regelmatige observatie door hulpverleners, communicatietechniek gericht op de-escalatie, een gedragscontract (goed gedrag wordt beloond) of medicatie. Training van personeel en cliënten en gebruik van richtlijnen en protocollen worden aanbevolen (158;159).</p>
Omschrijving risico-indicator	% cliënten bij wie in de afgelopen 3 maanden vrijheidsbeperkende/ beschermende maatregelen zijn toegepast
Risicocorrectie	Cognitieve beperking, agressief gedrag, suïcidaal gedrag
Teller	Aantal cliënten bij wie in de afgelopen 3 maanden vrijheidsbeperkende/beschermende maatregelen zijn toegepast
Noemer	Totaal aantal cliënten in de afgelopen 3 maanden
Type	Procesindicator
Sector	sectorbreed

##### Suggesties vragen inspectieformulier

- 1 Registreert u in het zorgdossier van de cliënten het gebruik van vrijheidsbeperkende/ beschermende maatregelen? Zo ja:  
Bij hoeveel procent van de cliënten werden in de afgelopen drie maanden vrijheidsbeperkende/ beschermende maatregelen toegepast?
- 2 Is er in uw instelling een protocol aanwezig voor de preventie van en het omgaan met vrijheidsbeperkende/ beschermende maatregelen?
- 3 Wordt het betreffende protocol aantoonbaar gebruikt?
- 4 Wanneer is het gebruik van het betreffende protocol voor het laatst geëvalueerd?
- 5 Worden de direct zorggebonden hulpverleners van uw instelling aantoonbaar geschoold in de preventie van en het omgaan met vrijheidsbeperkende/beschermende maatregelen?

## 5 Conclusies en aanbevelingen

Het onderhavige onderzoek naar risico-indicatoren voor de langdurige zorgverlening heeft een basisset van 27 risico-indicatoren opgeleverd. Deze risico-indicatoren kunnen van invloed zijn op de gezondheidstoestand, kwaliteit van leven of kwaliteit van zorg van de cliënten in één of meer van de vier care-sectoren, te weten verpleeg- en verzorgingshuizen (V&V), thuiszorginstellingen (TZ), instellingen voor langdurige psychiatrische zorg (GGZ) en instellingen voor gehandicaptenzorg (GZ).

Nog niet alle zorginstellingen zullen de gewenste risico-indicatoren registreren. In dat geval kunnen de alternatieve proces- en structuurindicatoren gebruikt worden. Het is aan de IGZ om per sub-sector die risico-indicatoren te selecteren die op dit moment relatief meer prioriteit hebben dan andere risico-indicatoren. Instellingen krijgen dan nog de tijd om een registratiesysteem op te zetten.

In feite is sprake van een wederzijds groeiemodel. Er is vervolg onderzoek nodig om te kunnen bepalen of de risico-indicatoren voldoende sensitief, specifiek en betrouwbaar zijn om werkelijk instellingen met een verhoogd risico op onverantwoorde zorg te kunnen signaleren. Dit vervolgonderzoek kan stapsgewijs plaatsvinden.

Via verdiepend literatuuronderzoek kunnen de risico-indicatoren verder worden aangescherpt. Hetzelfde geldt voor belangrijke begrippen die in de omschrijvingen van de risico-indicatoren worden genoemd en de manier waarop de risico-indicatoren het beste kunnen worden gemeten.

Via inspectiebezoeken, die op basis van de scores op de inspectieformulieren zullen worden afgelegd, kan de validiteit en bruikbaarheid van de risico-indicatoren verder worden onderbouwd. Daarnaast is het nodig normen voor de risico-indicatoren te ontwikkelen. Zonder de beschikbaarheid van normen blijft de interpretatie lastig.

Vervolgens kan in de toekomst een risicoprofiel ofwel een combinatie van risico-indicatoren worden vastgesteld met behulp waarmee de IGZ die instellingen zou kunnen signaleren die mogelijk niet voldoende kwaliteit van zorg leveren.

Het gebruikte model zal groeien, omdat de care-instellingen de gegevens die zij registreren op den duur gaan aanpassen aan de vragen van de inspectie. Het probleem op dit moment is echter dat ongewenste uitkomsten nog lang niet altijd worden verzameld en, indien dat wel gebeurt, meestal niet geautomatiseerd en niet gestandaardiseerd. Om valide en betrouwbare informatie te kunnen leveren aan de IGZ zullen de care-instellingen moeten streven naar automatisering en standaardisering van het verzamelen van gegevens.

Om draagvlak voor de set risico-indicatoren bij instellingen te verkrijgen kunnen sectorgebonden bijeenkomsten met onder andere koepels en zorginstellingen worden georganiseerd. De kans op monitoring van de risico-indicatoren door de instelling zelf

wordt uiteraard groter naarmate de instellingen de genoemde risico-indicatoren zelf herkennen en onderschrijven.

Er blijven vragen over die in de tijd die beschikbaar was voor het onderhavige onderzoek niet beantwoord konden worden. Ten eerste zou een onderbouwing die is gericht op een specifieke care-sector gedetailleerder kunnen ingaan op de voor die sector specifieke risico-indicatoren. In de Verpleeghuissector zijn bijvoorbeeld deels andere risico-indicatoren van belang dan in de Gehandicaptenzorg of de Thuiszorg. Voorts is het voor een valide operationalisering onder andere ook nodig de precieze periode te weten waarover een risico-indicator moet worden gescoord, bijvoorbeeld een periode van een jaar of drie maanden, of een puntprevalentie op een bepaalde dag, zoals bijvoorbeeld bij decubitus. Een en ander is afhankelijk van de mate van voorkomen van een risico, hetgeen via literatuuronderzoek verder uitgezocht kan worden.

Ook is er op dit ogenblik nog geen inzicht in de soorten meetinstrumenten die gebruikt worden voor de verschillende risico-indicatoren (voorzover ze gemeten worden). Ten slotte zullen nieuwe ontwikkelingen die in de literatuur worden beschreven, moeten worden bijgehouden en zonodig worden geïntegreerd in de onderbouwing en operationalisering van de risico-indicatoren.

De resultaten van het onderhavige onderzoek zijn tijdens een afsluitende bijeenkomst met de Inspecteurs van het subdomein langdurige zorg/care besproken. Hun commentaar is verwerkt in dit rapport, dat een bijdrage wil leveren aan de gezondheidstoestand en het welbevinden van de cliënten in de langdurige zorgverlening.



# Literatuur

- 1 Colsen PJA, Casparie AF. Indicatorregistratie: een model ten behoeve van integrale kwaliteitszorg in een ziekenhuis. *Medisch Contact* 1995; 50:297-299.
- 2 Baan CA. Risico's verkend. Naar een risicomodel voor toezichtstrategie van IGZ. Bilthoven: RIVM, 2001.
- 3 Leytens J, Wagner C. Inventarisatie en kwaliteitsbeoordeling van bestaande richtlijnen en protocollen in de verpleging en verzorging: eindrapportage. Utrecht: NIVEL, 1999.
- 4 Berg K. Resident Assessment Protocol: Activities of Daily Living - Functional Rehabilitation Potential. 2001.
- 5 Ankri J. Prevention of loss of functional independence and institutionalization. *Presse Med* 2000; 29(22):1255-1262.
- 6 Latham N, Anderson C, Bennett D, Stretton C. Progressive resistance strength training for physical disability in older people. 2 ed. Chichester: The Cochrane Library, 2002; Issue 2.
- 7 MacRae PG, Asplund LA, Schnelle JF et al. A walking program for nursing home residents: effects on walk endurance, physical activity, mobility, and quality of life. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44(2):175-80.
- 8 Tappen RM, Roach KE, Applegate EB, Stowell P. Effect of a combined walking and conversation intervention on functional mobility of nursing home residents with Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Ass Disorders* 2000; 14(4):196-201.
- 9 Maas HAAM, Hoogmoed J, Golúke-Willemse GAM, Berg YWMM van den. Gunstige ontwikkeling van de zelfredzaamheid van patiënten tijdens een opname op een geriatrische afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis. *Ned Tijdschr Geneesk* 1995; 139(48), 2494-2498.
- 10 Hirdes JP. Resident Assessment Protocol: Activities. 2001.
- 11 Angell B, Test MA. The relationship of clinical factors and environmental opportunities to social functioning in young adults with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2002; 28(2):259-271.
- 12 GGZ Nederland. Een keten van lege zondagen. Utrecht: GGZ Nederland, 2001.
- 13 McGuinn KK, Mosher-Ashley PM. Participation in recreational activities and its effects on perception of life satisfaction in residential settings. *Activities, Adaptation and Aging* 2000; 25(1), 77-86.
- 14 Felce D, Emerson E. Living with support in a home in the community: predictors of behavioral development and household and community activity. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2001; 7(2):75-83.

- 15 Fakhoury WK, Murray A, Shepherd G, Priebe S. Research in supported housing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37(7):301-315.
- 16 Hayden MF, Lakin KC, Hill BK, Bruininks RH et al. Social and leisure integration of people with mental retardation in foster homes and small group homes. *Education and Training in Mental Retardation* 1992; 27(3):187-199.
- 17 Dattilo J, Schlein SJ. Understanding leisure services for individuals with mental retardation. *Mental Retardation* 1994; 32(1):53-59.
- 18 Stevens FCJ, Have ML. Activiteiten, verveling, gezondheid en het ervaren participatief klimaat in verzorgingshuizen. *T Geront Geriatrie* 1993; 24(1):18-24.
- 19 Chilvers R, Macdonald GM, Hayes AA. Supported housing for people with severe mental disorders. Chichester: The Cochrane Library, 2004; Issue 2.
- 20 Arcares. Benchmarking verpleeg- en verzorgingshuizen. Tweede test benchmarkinstrumentarium. Algemeen rapport. Utrecht: Arcares, 2002.
- 21 Fabiny AR, Kiel DP. Assessing and treating weight loss in nursing home residents. *Clinics in Geriatric Med* 1997; 13(4), 737-751.
- 22 Huffman GB. Evaluating and treating unintentional weight loss in the elderly. *Am Fam Physician* 2002; 65(4):640-650.
- 23 Wang SY. Weight loss and metabolic changes in dementia. *J Nutr Health Aging* 2002; 6(3):201-205.
- 24 Cowan DT, Roberts JD, Fitzpatrick JM, While AE, Baldwin J. Nutritional status of older people in long term care settings: current status and future directions. *Int J Nurs Stud* 2004; 41(3):225-237.
- 25 Robertson J, Emerson E, Gregory N, Hatton C, Turner S, Kessissoglou S et al. Lifestyle related risk factors for poor health in residential settings for people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities* 2000; 21(6):469-486.
- 26 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Decubitus doorgelicht: richtlijn onvoldoende in praktijk toegepast. Den Haag: IGZ, 2004.
- 27 Brandeis GH. Resident Assessment Protocol: Pressure Ulcers. 2001.
- 28 Langer G, Schloemer G, Knerr A et al. Nutritional interventions for preventing and treating pressure ulcers. Chichester: The Cochrane Library, 2004, Issue 1.
- 29 Clark M. Dressings and topical agents for preventing pressure sores. Chichester: The Cochrane Library, 2004, Issue 1.
- 30 Cullum N, Deeks J, Sheldon TA et al. Beds, mattresses and cushions for pressure sore prevention and treatment. Chichester: The Cochrane Library, 2004, Issue 1.
- 31 Lyder CH, Grady J, Mathur D et al. Preventing pressure ulcers in Connecticut hospitals by using the plan-to-study-act model of quality improvement. *Joint Commission J Qual Safety* 2004; 30(4), 205-214.

- 32 Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO). Samenvatting richtlijn decubitus. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications B.V., 2002.
- 33 Bours GJJW, Halfens RJG, Winder A de. Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus. Maastricht: Universiteit Maastricht, Vakgroep Verplegingswetenschap, 1998.
- 34 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Verantwoorde zorg en personele consequenties. Den Haag: IGZ, 2004.
- 35 Landelijke Organisatie Cliëntenraden. Verantwoorde zorg. Verpleeghuizen en verzorgingshuizen vanuit cliëntenperspectief. Utrecht: LOC, 2003.
- 36 Staring MATM, Duterloo CM, Horn GHMM ten. Kwaliteitsmeting van Proceskenmerken in de Zwakzinnigenzorg. Den Haag: NWO, 1993.
- 37 Mistiaen P, Delnoij DMJ. 'Quick scan' kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief in de care-sector. Utrecht: NIVEL, 2003.
- 38 Lubinski R, Frattali C, Barth C. Resident Assessment Protocol: Communication. 2001.
- 39 Cruz M, Pincus HA. Research on the influence that communication in psychiatric encounters has on treatment. *Psychiatr Serv* 2002; 53(10):1253-1265.
- 40 Weert JCM van, Kerkstra A, Dulmen AM van, Bensing JM, Peter JG, Ribbe MW. The implementation of snoezelen in psychogeriatric care: an evaluation through the eyes of caregivers. *Int J Nurs Studies* 2004; 41(4), 397-409.
- 41 Chung JCC, Lai CKY, Chung PMB, Frnech HP. Snoezelen for dementia. Chichester: The Cochrane Library, 2004, Issue 2.
- 42 Jacelon CS. The effect of living in a nursing home on socialization in elderly people. *J Adv Nurs* 1995; 22(3):539-546.
- 43 Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C. Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatric Services* 1998; 49(11):1452-1457.
- 44 Cox C. Dealing with the aggressive nursing home resident. *J Gerontol Soc Work* 1993; 19(3-4):179-192.
- 45 Gudjonsson GH, Rabe-Hesketh S, Szmukler G. Management of psychiatric in-patient violence: patient ethnicity and use of medication, restraint and seclusion. *Br J Psychiatry* 2004; 184, 258-262.
- 46 Reiss S, Rojahn J. Joint occurrence of depression and aggression in children and adults with mental retardation. *J Intellectual Disability Research* 1993; 37(3):287-294.
- 47 Hawes C. Resident Assessment Protocol: Behavioral Symptoms. 2001.
- 48 Morrison EF. The evolution of a concept: aggression and violence in psychiatric settings. *Arch Psychiatr Nurs* 1994; 8(4):245-253.

- 49 Shinoda-Tagawa T, Leonard R, Pontikas J et al. Resident to resident violent accidents in nursing homes. *JAMA* 2004; 291(5), 591-598.
- 50 Dura J. Expressive communicative ability, symptoms of mental illness and aggressive behavior. *J Clin Psychology* 1997; 53(4):307-318.
- 51 Daffern M, Howells K. Psychiatric inpatient aggression: A review of structural and functional assessment approaches. *Aggression and Violent Behavior* 2002; 7(5):477-497.
- 52 Blair DT. Assaultive behavior. Does provocation begin in the front office? *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1991; 29(5):21-26.
- 53 Allen D. Recent research on physical aggression in persons with intellectual disability: An overview. *J Intellect Dev Disabil* 2000; 25(1):41-57.
- 54 Gibson MC. Differentiating aggressive and resistive behaviors in long-term care. *J Gerontol Nurs* 1997; 23(4):21-28.
- 55 Burger GTM. *Verplegen van verstandelijk gehandicapten*. Houten/Diegem: Bohn, Stafleu, van Loghum, 1999.
- 56 Kane RA, Degenholtz HB. Adding values: an experiment on systematic attention to values and preferences of community long-term clients. *J Geront Series-B* 1999; 54(2), S109-S119.
- 57 Kearney CA, Bergan KP, McKnight TJ. Choice availability and persons with mental retardation: A longitudinal and regression analysis. *J Dev Physical Disabil* 1998; 10(3):291-305.
- 58 Salmento M, Bambara LM. Teaching staff members to provide choice opportunities for adults with multiple disabilities. *J Posit Behav Interv* 2000; 2(1):12-21.
- 59 McKnight TJ, Kearney CA. Staff training regarding choice availability for persons with mental retardation: A preliminary analysis. *J Dev Physical Disabil* 2001; 13(1):1-10.
- 60 Bush T. Communicating with patients who have dementia. *Nurs Times* 2003; 99(48):42-45.
- 61 Hagerty BM, Lynch-Sauer J, Patusky KL, Bouwsema M, Collier P. Sense of belonging: a vital mental health concept. *Arch Psychiatr Nurs* 1992; 6(3):172-177.
- 62 Hagerty BM, Patusky KL. Developing a measure of sense of belonging. *Nurs Res* 1995; 44(1), 9-13.
- 63 Trimbos-instituut. *Cliëntwaardering in de GGZ*. Utrecht: GGZ Nederland, 2003.
- 64 Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Jaarrapport GZ/GGZ 2002*. Den Haag: IGZ, 2002.
- 65 Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Jaarrapport GZ/GGZ 2001*. Den Haag: IGZ, 2001.
- 66 Mossman D, Perlin ML, Dorfman DA. Sex on the wards: Conundra for clinicians. *J Am Acad Psychiatry Law* 1997; 25(4):441-460.

- 67 Kok R, Smit B. Ander spoor: emancipatorisch werken met mensen met een verstandelijke handicap. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, 1999.
- 68 Kok E, Middelaar M van. Ongehoord taboe in beeld. Transactua, 2004.
- 69 Buckley PF, Robben T. A content analysis of state hospital policies on sex between inpatients. *Psychiatric Services* 2000; 51(2):243-245.
- 70 Lipsitz LA, Jonson P, Kelly-Gagnon M. Resident Assessment Protocol: Falls, 2001.
- 71 Oliver D, Daly F, Martin FC, McMurdo Me. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. *Age Ageing* 2004; 33(2), 122-130.
- 72 Rubenstein LZ, Josephson KR, Robbins AS. Falls in the nursing home. *Ann Intern Med* 1994; 121(6):442-451.
- 73 Haines TP, Bennell KL, Osborne RH, Hill KD. Effectiveness of targeted falls prevention programme in subacute hospital setting: randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 328, 676.
- 74 Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people (Cochrane Review). Chichester: The Cochrane Library, 2004, Issue 2
- 75 Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojica WA et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ* 2004; 328, 680.
- 76 Kron M, Loy S, Sturm E, Nikolaus T, Becker C. Risk indicators for falls in institutionalized frail elderly. *Am J Epidemiol* 2003; 158(7):645-653.
- 77 Jensen J, Nyberg L, Gustavson Y, Lundin-Olsson L. Fall and injury prevention in residential care - effects in residents with higher and lower levels of cognition. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51, 627-635.
- 78 Won A, Gambassi G, Murphy KM. Resident Assessment Protocol: Pain. 2001.
- 79 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):329-333.
- 80 Bromley J, Emerson E, Caine A. The development of a self-report measure to assess the location and intensity of pain in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research* 1998; 42(1):72-80.
- 81 LaChapelle DL, Hadjistavropoulos T, Craig KD. Pain measurement in persons with intellectual disabilities. *Clinical Journal of Pain* 1999; 15(1):13-23.
- 82 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, 291-298.
- 83 Cook AJ. Cognitive-behavioral pain management for elderly nursing home residents. *J Geront Series-B* 1998; 51-59.

- 84 Simmons SF, Ferrell BA, Schnelle JF. Effects of a controlled exercise trial on pain in nursing home residents. *Clin J Pain* 2002; 18(6), 380-385.
- 85 Jensen MP, McFarland CA. Increasing the reliability and validity of pain intensity measurement in chronic pain patients. *Pain* 1993; 55(195), 203.
- 86 Hirdes JP, Stones.M.J. Resident Assessment Protocol: Psychosocial Well-being. 2001.
- 87 Metzger ED, Rabinowitz T. Resident Assessment Protocol: Mood Disorder. 2001.
- 88 Heliker D. Transformation of story to practice: an innovative approach to long-term care. *Issues Ment Health Nurs* 1999; 20(6):513-525.
- 89 Krohn B, Bergman-Evans B. An exploration of emotional health in nursing home residents: making the pieces fit. *Appl Nurs Res* 2000; 13(4):214-217.
- 90 Snowden M, Sato K, Roy-Byrne P. Assessment and treatment of nursing home residents with depression or behavioral symptoms associated with dementia: a review of the literature. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51(9):1305-1317.
- 91 Jongenelis K, Pot AM, Eisses AM, Beekman AT, Kluiters H, van Tilburg W et al. Depressie bij oudere verpleeghuispatiënten. Een review. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2003; 34(2):52-59.
- 92 Weert JCM van, Dulmen S van, Kerkstra A, Spreeuwenberg P, Ribbe M, Bensing J. The effects of snoezelen in dementia care. Utrecht: NIVEL, 2003.
- 93 Kizer D, Snowden M, Russo J, Roy-Byrne P. Transfer of care between physician teams does not affect length of stay or symptomatic improvement in hospitalized psychiatric patients. *General Hospital Psychiatry* 2003; 25(2):91-94.
- 94 Ryden MB, Pearson V, Kaas MJ, Hanscom J, Lee H, Krichbaum K et al. Nursing interventions for depression in newly admitted nursing home residents. *J Gerontol Nurs* 1999; 25(3):20-29.
- 95 Haight BK, Michel Y, Hendrix S. Life review: preventing despair in newly relocated nursing home residents short- and long-term effects. *Int J Aging & Human Developm* 1998; 47(2), 119-142.
- 96 Hicks TJ jr. What is your life like now? Loneliness and elderly individuals residing in nursing homes. *J Gerontol Nurs* 2000; 26(8):15-19.
- 97 Hicks MB. A community sojourn from the perspective of one who relapsed. *Issues Ment Health Nurs* 1989; 10(2):137-147.
- 98 Lloyd GG. Suicide in hospital: guidelines for prevention. *J R Soc Med* 1995; 88(6):344P-346P.
- 99 Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenia - a high-risk factor for suicide: clues to risk reduction. *Suicide Life Threat Behav* 1992; 22(4):479-493.
- 100 Roy A, Draper R. Suicide among psychiatric hospital in-patients. *Psychological Medicine* 1995; 25(1):199-202.

- 101 Burgess P, Pirkis J, Morton J, Croke E. Lessons from a comprehensive clinical audit of users of psychiatric services who committed suicide. *Psychiatric Services* 2000; 51(12):1555-1560.
- 102 Franchimont M. Meten, weten, weten verbeteren. *Kwaliteit in Beeld* 2000; 6:12-15.
- 103 Huizing AR, Maaskant MA, Hamers JPH, Groot W. Een eigen invulling. Zorgbehoeften van mensen met een verstandelijke handicap. *Ned Tijdschr voor Zorg aan verstandelijk gehandicapten* 2003; 143-161.
- 104 Eicker A, Schneider S. Production-orientated education and training of the mentally disabled in sheltered employment (PIONIER). *Disabil Rehabil* 2000; 22(4):206-210.
- 105 Lowe K, Beyer S, Kilsby M, Felce D. Activities and engagement in day services for people with a mental handicap. *J Intellect Disabil Research* 1992; 36(6):489-503.
- 106 Botuck S, Levy JM. A preliminary investigation of elderly individuals with mental retardation living in community residences. *Br J Dev Disabil* 1995; 41(80, Pt 1):3-12.
- 107 Hicks TJ jr. Spirituality and the elderly: nursing implications with nursing home residents. *Geriatr Nurs* 1999; 20(3):144-146.
- 108 Dros L. De predikant uit de buurt is goedkoper. *Trouw*, 2004.
- 109 Cantor MD, Pearlman RA. Advance care planning in long-term care facilities. *J Am Med Dir Assoc* 2004; 5(2 Suppl):S72-S80.
- 110 Morris JN, Murphy K, Phillips C, Fries BE, Hawes C, Nonemaker S et al. Resident Assessment Instrument: RAI-Patiëntenbeoordelingsmet hode: gebruikshandboek. Utrecht: SIG Zorginformatie, 1991.
- 111 Achterberg WP, Holtkamp CCM, Kerkstra A, Pot AM, Ooms ME, Ribbe MW. Improvements in the quality of co-ordination of nursing care following implementation of the Resident Assessment Instrument in Dutch nursing homes. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 35(2):268-275.
- 112 Daly J, Buckwalter K, Maas M. Written and computerized care plans. organizational processes and effect on patient outcomes. *J Gerontol Nurs* 2002; 28(9), 14-23.
- 113 Ehrenberg A, Ehnfors M. The accuracy of patient records in Swedish nursing homes: congruence of record content and nurses' and patients' descriptions. *Scand J Caring Sci* 2001; 15(4), 303-310.
- 114 Proctor R, Burens A, Powell HS et al. Behavioural management in nursing and residential homes: a randomised controlled trial. *Lancet* 1999; 354(9172), 26-29.
- 115 Inspectie voor de Gezondheidszorg. "Zorgen in de zomer": inventarisatie van de personeelsproblematiek in verpleeghuizen gedurende de zomermaanden 2000. Den Haag: IGZ, 2000.
- 116 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Geneesmiddelendistributie in verpleeghuizen. Den Haag: IGZ, 1998.

- 117 Field TS, Gurwitz JH, Avorn J et al. Risk factors for adverse drug events among nursing home residents. *Arch Intern Med* 2001; 161, 1629-1634.
- 118 Grasso BC, Bates DW. Medication errors in psychiatry: are patients being harmed? *Psychiatr Serv* 2003; 54(5):599.
- 119 LeSage J. Polypharmacy in geriatric patients. *Nurs Clin North Am* 1991; 26(2):273-290.
- 120 Dhalla IA, Anderson GM, Mamdani MM, Bronskill SE, Sykora K, Rochon PA. Inappropriate prescribing before and after nursing home admission. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50(6):995-1000.
- 121 Boockvar K, Fishman E, Kyriacou CK, Monias A, Gavi S, Cortes T. Adverse events due to discontinuations in drug use and dose changes in patients transferred between acute and long-term care facilities. *Arch Intern Med* 2004; 164(5):545-550.
- 122 Ito H, Yamazumi S. Common types of medication errors on long-term psychiatric care units. *Int J Qual Health Care* 2003; 15(3):207-212.
- 123 Schop C, Linden Tvd, Meer Kvd. De puntjes op de i. Medicatieprecisie vanuit cliëntenperspectief. Amersfoort: Centrale Cliëntenraad Symforagroep, 2002.
- 124 Grasso BC, Rothschild JM, Genest R, Bates DW. What do we know about medication errors in inpatient psychiatry? *Jt Comm J Qual Saf* 2003; 29(8):391-400.
- 125 Rabinowitz T, Murphy K, Fogel B. Resident Assessment Protocol: Psychotropic Drug Use. 2001.
- 126 Ryan JM, Kidder SW, Daiello LA, Tariot PN. Psychopharmacologic interventions in nursing homes: what do we know and where should we go? *Psychiatr Serv* 2002; 53(11):1407-1413.
- 127 Sterrenburg-van de Nieuwegiessen, C.M., Loonen AJM, Bakker JB. Polyfarmacie en irrationele combinaties van psychofarmaca bij verblijfspatiënten in het APZ: kunstfout of onvermijdelijk? *Tijdschr.Gerontol.Geriatr* 2000; 42(8), 565-574.
- 128 Stolker JJ, Koedoot ER, Heerdink ER, Leufkens HGM, Nolen WA. Het psychofarmaca-gebruik door verstandelijk gehandicapte bewoners van gezinsvervangende tehuizen. *Tijdschr Psychiatr* 2003; 45(11), 666-676.
- 129 Gurvich T, Cunningham JA. Appropriate use of psychotropic drugs in nursing homes. *Am Fam Physician* 2000; 61(5):1437-1446.
- 130 Stolker JJ. Het gebruik van psychofarmaca door emnse met een verstandelijke handicap. *Tijdschr Orthopedagog* 2002; 41, 17-21.
- 131 Pinals SL. Geriatric pharamacology: antidepressant and antipsychotic medications in the elderly. *J Geriatric Psychiatry* 2001; 34(1), 43-59.
- 132 Ray WA, Taylor JA, Meador KG et al. Reducing antipsychotic drug use in nusing homes. A controlled trial of provider education. *Arch Intern Med* 1993; 153(6), 713-721.



- 133 Furniss L, Craig SK, Burns A. Medication use in nursing homes for elderly people. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998; 13(7):433-439.
- 134 Voyer P, Martin LS. Improving geriatric mental health nursing care: making a case for going beyond psychotropic medications. *Int J Ment Health Nurs* 2003; 12(1):11-21.
- 135 Montamat SC, Cusack B. Overcoming problems with polypharmacy and drug misuse in the elderly. *Clin Geriatr Med* 1992; 8(1):143-158.
- 136 Nygaard HA, Naik M, Ruths S, Straand J. Nursing-home residents and their drug use: a comparison between mentally intact and mentally impaired residents. The Bergen district nursing home (BEDNURS) study. *Eur J Clin Pharmacol* 2003; 59(5-6):463-469.
- 137 Landelijke Organisatie Cliëntenraden. Wat eten we vandaag in het verpleeghuis? [www.loc.nl](http://www.loc.nl) . 2004.
- 138 Kruijswijk Jansen J, Pasch T van de. Vocht- en voedselvoorziening in het verpleeghuis: inspectierapport geeft aan dat de situatie voor verbetering vatbaar is. *TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen* 2000; 110(6):188-190.
- 139 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Vocht- en voedselvoorziening in de Nederlands verpleeghuizen: beleid en praktijk. Den Haag: IGZ, 1999.
- 140 Shanley C, O'Loughlin G. Dysphagia among nursing home residents: an assessment and management protocol. *J Gerontol Nurs* 2000; 26(8):35-48.
- 141 Staveren WA van, Graaf C de, Groot LC de. Regulation of appetite in frail persons. *Clin Geriatr Med* 2002; 18(4):675-684.
- 142 Beck AM, Schroll M. Resident Assessment Protocol: Nutrition, 2001.
- 143 Minaker KL. Resident Assessment Protocol: Dehydration. 2001.
- 144 Calabrese JM, Shay K, Ship J, Henshaw MM. Resident Assessment Protocol: Oral Health Problems, 2001.
- 145 Morley JE, Silver AJ. Nutritional issues in nursing home care. *Ann Intern Med* 1995; 123(11):850-859.
- 146 Milne AC, Potter J, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. Chichester: The Cochrane Library, 2004, Issue 1.
- 147 Wouters-Wesseling W. Study of the effect of a liquid nutrition supplement on the nutritional status of psycho-geriatric nursing home patients. *Eur J Clin Nutrition* 2002; 56(3), 245-251.
- 148 Cohen-Mansfield J. Turnover among nursing home staff. A review. *Nurs Manage* 1997; 28(5):59-62, 64.
- 149 Dellefield ME. The relationship between nurse staffing in nursing homes and quality indicators. *J Gerontol Nurs* 2000; 26(6):14-28.

- 150 Cohen D. Dementia, depression, and nutritional status. *Prim Care* 1994; 21(1):107-119.
- 151 Goldman BD, Beresin N, Davos J et al. Resident Assessment Protocol: Physical Restraints, 2001.
- 152 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Risico's bij het gebruik van de Zweedse band in de gehandicaptenzorg. Den Haag: IGZ, 2002.
- 153 Stolker JJ, Nijman H, Zwanikken P. Separatie: een noodzakelijk kwaad? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2004; 3:193-204.
- 154 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Veiligheidsrisico's bij het gebruik van bedden, beddekken en fixatiemateriaal in verpleeghuizen. Den Haag: IGZ, 2000.
- 155 Guttman R, Altman RD, Karlan MS. Report of the Council on Scientific Affairs. Use of restraints for patients in nursing homes. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *Arch Fam Med* 1999; 8(2):101-105.
- 156 Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. Chichester: The Cochrane Library, Issue 1, 2004.
- 157 Price JD, Hermans GD, Grimley Evans J. Subjective barriers to prevent wandering of cognitively impaired people. Chichester: The Cochrane Library, Issue 2, 2004.
- 158 Fenton M, Bowers L, Jones J et al. Containment strategies for those with serious mental illness. Chichester: The Cochrane Library, 2004, Issue 2.
- 159 Castle NG, Mor V. Physical restraints in nursing homes: a review of the literature since the Nursing Home Reform Act of 1987. *Med Care Res Rev* 1998; 55(2):139-170.