



Erasmus  
Centrum voor  
Zorgbestuur

# Kleurrijke zorg

Sectorbeeld Gehandicaptenzorg 2017

Wilma van der Scheer  
Annemiek Stoopendaal

Rotterdam, december 2018

Onderzoek en tekst: Wilma van der Scheer en Annemiek Stoopendaal  
Interviews en eindredactie: Krista Kroon  
Illustratie titelblad: Kevin van Wijnsberge (eerder gepubliceerd in kwaliteitsverslag Severinus)  
Ontwerp en drukwerk: Grapefish, Voorschoten

© Erasmus Centrum voor Zorgbestuur, in opdracht van Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland  
Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke nadere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs en/of voorzitters van de stuurgroep en programma board. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Kleurrijke zorg

Sectorbeeld Gehandicaptenzorg 2017



# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	<b>3</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>2 Opzet onderzoek</b>	<b>6</b>
<b>3 Historie</b>	<b>7</b>
<b>4 De kwaliteitsrapporten</b>	<b>8</b>
<b>5 De gehandicaptenzorg in zeven thema's</b>	<b>9</b>
5.1 De kwaliteit van het zorgproces rond de individuele cliënt	9
5.2 De ruimte die cliënten hebben op het gebied van eigen regie	9
5.3 De ervaringen van cliënten	10
5.4 Samenspel in zorg en ondersteuning	12
5.5 Borging van veiligheid in zorg en ondersteuning	13
5.6 Betrokken en vakbekwame medewerkers: opleiding, tevredenheid, reflectie	14
5.7 Geprioriteerde verbeteringen, externe visitatie en bestuurlijke reflectie	16
<b>6 Reflectie op de kwaliteitsrapporten</b>	<b>18</b>
6.1 Sectorale vraagstukken	18
6.2 Kwaliteit in balans	20
6.3 Cyclisch leren en verbeteren	22
6.4 Interne en externe reflectie	23
<b>7 Conclusie en blik vooruit</b>	<b>26</b>
<b>Bijlage 1</b>	<b>28</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>29</b>
<b>Bijlage 3</b>	<b>30</b>
<b>Bijlage 4</b>	<b>31</b>
<b>Bijlage 5</b>	<b>32</b>

# Samenvatting

## Lerend verantwoord

Sinds 2017 hanteren aanbieders van langdurige gehandicaptenzorg het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022. Ze publiceren jaarlijks een kwaliteitsrapport dat hun inspanningen en vorderingen laat zien op vier cruciale onderdelen ofwel 'bouwstenen'<sup>1</sup> en op zeven thema's<sup>2</sup>. In dit sectorbeeld wordt de balans opgemaakt van het eerste jaar waarop aanbieders zich op deze wijze 'lerend verantwoord'.

Aandacht voor leren en reflecteren is een andere vorm van sturing dan controle. Bij controle gaat de aandacht uit naar de prestatie. Bij leren staat het proces centraal: de manier waarop professionals groeien in hun vakmanschap, organisaties zich ontwikkelen en samen met cliënten en medewerkers de zorg blijven verbeteren. Zou je dit leerproces willen kwantificeren (meten), dan verlies je de kern. De kwaliteitsrapporten combineren daarom het bekende *tellen* (cijfermatige verantwoording) met het nieuwe element *vertellen* (narratieve verantwoording). Het zijn waardevolle documenten die een geschakeerd beeld geven van het leven en werken in de organisaties.

## Verskil maken

De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) wil met dit sectorbeeld het lerend vermogen van de langdurige gehandicaptenzorg zichtbaar maken en versterken. Dit doet zij niet door een vergelijking tussen organisaties te maken, maar door te kijken naar hoe organisaties zichzelf verbeteren in de tijd. Dat neemt niet weg dat organisaties ook veel kunnen leren van elkaar. Het sectorbeeld laat zien dat heel verschillende organisaties worstelen met gelijksoortige vraagstukken. Gemeenschappelijke kwesties zijn: de druk op het (zelforganiserend) personeel, consequenties van toenemende zorgzwaarte, techniek en digitalisering als probleem én oplossing, de zorg voor relaties.

Verschillen in context en cultuur bepalen hoe organisaties het Kwaliteitskader benutten én erover rapporteren. Bij zorgaanbieders die kampen met financiële of organisatorische perikelen 'landt' het nieuwe Kwaliteitskader anders dan in stabiele, financieel gezonde organisaties. Ook de cultuur van organisaties schemert door in de verschillende typen rapporten die we onderscheiden: *managerial*, *marketinggericht*, *verantwoordend en reflectief*.

De zeven landelijk vastgestelde thema's uit het Kwaliteitskader zijn als uitgangspunt genomen voor dit verslag. Op die zeven thema's laten de organisaties zien voortgang te hebben geboekt. Zo geldt voor '*kwaliteit van het zorgproces rondom de individuele cliënt*' (thema 1) dat bij alle organisaties het ondersteuningsplan een belangrijke rol speelt: een op maat gemaakt plan, dat in overleg met de cliënt wordt opgesteld. In dit plan staan de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt, risico's, voorkeuren en persoonlijke doelstellingen.

Digitalisering van het ondersteuningsplan biedt nieuwe mogelijkheden, onder andere voor bevordering van de '*eigen regie van cliënten*' (thema 2). Hoe ver de eigen regie van cliënten kan gaan wisselt per persoon, maar hangt ook samen met de ruimte en zeggenschap die medewerkers hebben. Meer eigen regie voor cliënten is gebaat bij meer eigen regie voor medewerkers, zo blijkt. Een interessante trend is dat naast de formele vormen van inspraak- en medezeggenschap (door cliëntenraad en verwantenraad) organisaties op allerlei andere manieren proberen cliënten (en verwanten) zeggenschap te geven in de dagelijkse gang van zaken.

Het belang van eigen regie wordt ondersteund door de uitkomsten van cliëntervaringsonderzoeken (thema 3: '*ervaringen van cliënten*'). Cliënten vragen ook aandacht voor praktische zaken als lekker eten, kunnen sporten. Ruimte voor verbetering is er volgens cliënten in het algemeen vooral op de gebieden 'deelname aan de samenleving', 'zelfbepaling' en 'interpersoonlijke relaties'. Zij willen graag een partner, vrienden, vaste begeleiders, contact met hun familie.

'*Samenspel in zorg en ondersteuning*' (thema 4) gaat dieper in op de onderlinge relatie tussen

<sup>1</sup> Cliëntproces, cliëntervaring, teamreflectie, kwaliteitsrapport & externe visitatie

<sup>2</sup> Zorgproces rond individuele cliënt, eigen regie, cliëntervaringen, samenspel in zorg en ondersteuning, veiligheid, betrokken en vakbekwame medewerkers en geprioriteerde verbeteringen.

begeleiders, cliënten en naasten. Zowel medewerkers als cliënten voelen zich gezien en gewaardeerd als zij een goede, persoonlijke relatie hebben met elkaar. Moeilijk is in dit verband dat er op veel plekken personeelstekorten zijn en dat het ziekteverzuim hoog is. Hierdoor is het lastig tegemoet te komen aan de wens van veel cliënten om vaste, vertrouwde begeleiders te hebben. Omgaan met en voorkomen van agressie is een belangrijk aandachtspunt (thema 5: *'borging van veiligheid in zorg en ondersteuning'*). Doordat in veel organisaties de zwaarte van de doelgroep toeneemt, krijgen begeleiders meer te maken met moeilijk verstaanbaar gedrag en agressie van cliënten. Andere belangrijke thema's op het gebied van veiligheid zijn medicatieveiligheid en een zorgvuldige aanpak bij vrijheidsbeperking. Informatieveiligheid is een nieuw thema dat aandacht vraagt.

Investeren in *'betrokken en vakbekwame medewerkers'* (thema 6) staat hoog op de agenda. Organisaties proberen medewerkers te ondersteunen door gerichte scholing, op maat gemaakt voor de omgang met specifieke doelgroepen, en besteden veel aandacht aan de tevredenheid van hun medewerkers. Ondersteuning bij zeggenschap verhoogt bijvoorbeeld het werkplezier.

## Reflectie op alle niveaus

Teamreflectie en visitatie zijn relatief nieuwe fenomenen die belangrijke bouwstenen vormen in het Kwaliteitskader. Uit de rapporten blijkt dat de teamreflecties bijdragen aan het stellen van concrete verbeterdoelen op de werkvloer, daar waar cliënten kwaliteit ervaren. Hoe meer (team) reflectie een onderdeel is van het 'normale' werk, hoe minder de belasting is, zo is de indruk op basis van de rapporten. Het meest stimulerend en kritisch zijn doorgaans de vragen van collega's die goed weten wat het werk inhoudt. Hun adviezen leg je niet zomaar naast je neer. Onderlinge teamvisitaties zijn een goede manier om tot net dat extra stapje te komen.

Uiteraard moet het reflecteren zich niet beperken tot de teams. Belangrijk is ervaringen van teams naast elkaar te leggen en te verbinden met organisatiedoelen en beleid. Niet alles is immers oplosbaar op de werkvloer. Sommige zaken vragen bij uitstek overleg en reflectie van en met management, stafafdelingen en bestuur. Het is belangrijk dat alle organisatorische lagen reflecterend werken, inclusief de raad van toezicht. Ook van deze raad wordt een open, lerende en reflectieve houding gevraagd. Externe visitaties, tot slot, bieden een onafhankelijke, kritische blik van buitenaf en geven verdieping aan het kwaliteitsrapport. Het is veel werk, maar wel een noodzakelijke onafhankelijke toetssteen.

'Leren en reflecteren' is een andere vorm van sturing dan controle, maar net zo min vrijblijvend. Ook voor de externe toezichthouders is dit een uitdaging die zij hopelijk zullen oppakken. Maar de échte ervaringsdeskundigen zijn natuurlijk de cliënten, zo benadrukt een van de geraadpleegde experts. Van hen willen leren, is de basis voor een reflectieve wijze van verantwoorden.

Beleidsmakers en politici benadrukken vaak dat er meer maatwerk moet komen. We concluderen dat het lerend verantwoorden conform het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg een goede manier is om maatwerk daadwerkelijk tot stand te brengen. Externe toezichthouders kunnen hier hun bijdrage aan leveren door dit leerproces kritisch te bevragen en mee te denken over of de juiste kennisbronnen zijn gebruikt, of de aandacht voor merkbare en meetbare kwaliteit in balans is en of er voldoende ruimte wordt besteedt aan nieuwe leervragen, professionele dilemma's en innovaties. Het zou mooi zijn als deze vragen leiden tot een respectvolle dialoog die zich niet beperkt tot de gehandicaptenzorg alleen. Een dialoog die stimulerend én controlerend is.

# 1 Inleiding

---

*Een cliënt van Severinus tekende een pauw. Wij gebruikten deze tekening als de leidraad voor dit sectorbeeld. Een pauw heeft mooie veren, die hij graag toont. Een pauw is trots op zijn veren. De veren zijn kleurrijk en sommigen een beetje ideologisch. De kwaliteitsrapporten waar wij dit sectorbeeld op baseerden zijn de veren waar de sector trots op mag zijn. Trots als een pauw.*

---

Voor u ligt het sectorbeeld 2017 dat een inzicht geeft in de ontwikkeling van de langdurige gehandicaptenzorg. Het sectorbeeld is gebaseerd op een analyse van de kwaliteitsrapporten uit 2017, die voortkomen uit het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022. Het sectorbeeld laat zien wat organisaties doen om goede zorg te leveren en hoe zij leren en zich verbeteren. Daarnaast geeft het zicht op trends en ontwikkelingen in de gehandicaptenzorg.

Sinds 2017 maken aanbieders van de langdurige gehandicaptenzorg zich het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022 eigen. Dit Kwaliteitskader is gebaseerd op vier bouwstenen en omvat zowel het (leer)proces dat plaatsvindt in de organisaties, als de voortgang op een aantal thema's (zie hoofdstuk 2). De bedoeling is dat aanbieders in de gehandicaptenzorg jaarlijks vóór 1 juni een kwaliteitsrapport leveren aan Zorginstituut Nederland. De kwaliteitsrapporten worden openbaar gemaakt op de website van Zorginstituut Nederland en op de eigen websites van aanbieders. De kwaliteitsrapporten bieden een openbare en up-to-date bron van informatie over de kwaliteit van zorg en het lerend vermogen van zowel de organisaties als de sector.

De VGN kiest met het kwaliteitskader voor het stimuleren van leren en verbeteren in plaats van onderling vergelijken. Verantwoorden wordt gezien als een verlengde van leren en verbeteren. In dat kader is het een strategische keuze geweest in dit sectorbeeld vooral het lerend vermogen van de sector zichtbaar te maken. Erasmus Centrum voor Zorgbestuur, onderdeel van de Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM), heeft het sectorbeeld over 2017 opgesteld in opdracht van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN).

We kunnen, *tellend*, vaststellen dat de sector trots kan zijn op het kwantitatieve resultaat: van de 186 aanbieders die aan de veldnorm moeten voldoen heeft 98 procent in 2018 een kwaliteitsrapport volgens de nieuwe methode opgezet en vóór de afgesproken datum ingestuurd naar Zorginstituut Nederland. Uit de rapporten, hoe divers ook, blijkt dat deze nieuwe manier van rapporteren over kwaliteit zeer welkom is. Er is een groot enthousiasme over de ruimte om het eigen verhaal van organisaties en cliënten te kunnen vertellen.

Het nieuwe kwaliteitskader biedt de sector de mogelijkheid zich te tonen in al zijn kleurrijkheid en eigenheid, maar ook in de verantwoordelijkheid voor het leven van de cliënten. Het geeft de sector een impuls. In dit sectorbeeld *vertellen* wij hoe de gehandicaptenzorg in Nederland zich op grond van deze impuls ontwikkelt.

## 2 Opzet onderzoek

Wij hebben samen met de beleidsmedewerkers van de VGN in totaal 41 rapporten geselecteerd van zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg (zie bijlage 1). We hebben daarbij gelet op diversiteit in omvang van de organisaties, doelgroepen en regio's. We lazen 41 van de 182 aangeleverde kwaliteitsrapporten. De steekproef is representatief te noemen. Het lezen van de geselecteerde rapporten leidde tot voldoende 'verzadiging', de laatste rapporten voegden weinig nieuwe inzichten toe. Beleidsmedewerkers van VGN hebben ruim 80 rapporten gelezen en hebben op onze bevindingen gereflecteerd. Voor het merendeel van de organisaties was het de eerste keer dat zij een kwaliteitsrapport in deze vorm opstelden. Een aantal van de organisaties nam een jaar eerder deel aan de proeftuin waarin de opzet van het kwaliteitsrapport is ontwikkeld. Van het totaal aantal gelezen rapporten, zijn er 15 van eerdere deelnemers aan de proeftuin.

We analyseerden de rapporten op trends en ontwikkelingen in de vier bouwstenen en de zeven landelijk vastgestelde thema's uit het Kwaliteitskader (Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022, blz 12-14 en blz.23)<sup>3</sup>. Dit zijn:

### Bouwstenen

1. Zorgproces rond de individuele cliënt (zorgaanbieders gaan in gesprek met iedere cliënt en geven de uitkomsten een plek in het ondersteuningsplan)
2. Onderzoek naar cliëntervaringen (alle cliënten wordt gevraagd naar hun ervaringen en zorgaanbieders gebruiken die ervaringen om zich op alle niveaus te verbeteren)
3. Zelfreflectie in teams (teams doen aan systematische zelfreflectie en formuleren ontwikkelpunten voor kwaliteitsverbetering)
4. Kwaliteitsrapport & externe visitatie (zorgaanbieders stellen een kwaliteitsrapport op en laten externe deskundigen reflecteren ).

### Thema's

1. Kwaliteit van het zorgproces rondom de individuele cliënt
2. Eigen regie cliënten
3. Ervaringen van cliënten (gebruik Cliëntervaringsinstrumenten Waaier 2017-2019<sup>4</sup>)
4. Samenspel in zorg en ondersteuning
5. Borging van veiligheid in zorg en ondersteuning
6. Betrokken en vakbekwame medewerkers
7. Geprioriteerde verbeteringen met een overzicht van de keuzes die het bestuur maakt ten aanzien van kwaliteitsverbetering.

Daarnaast zochten we naar overkoepelende sectorale trends en ontwikkelingen. Aanvullend spraken wij met enkele deskundigen uit het veld en benaderden wij zes experts om te reflecteren op onze analyse. Wij hebben deze experts gevraagd hun reflecties te geven vanuit verschillende invalshoeken: ontwikkeling cliënttevredenheid, professioneel leren, verantwoording/governance, maatschappelijk leren.<sup>5</sup>

Dit sectorbeeld kan worden gezien als een meta-reflectie: een door onafhankelijke wetenschappers opgesteld kwaliteitsrapport van de sector waarop weer gereflecteerd wordt door externe deskundigen. De reflectieve 'loops' op verschillende niveaus scheppen samenhang en geven de richting aan waarin de sector zich verder zou kunnen ontwikkelen.

<sup>3</sup> In bijlage 5 is de samenhang tussen de vier bouwstenen grafisch weergegeven.

<sup>4</sup> Op initiatief van de VGN is een waaier ontwikkeld die een keuze aan instrumenten biedt om cliëntervaringen te inventariseren. Een onafhankelijke commissie van deskundigen toetst deze instrumenten jaarlijks op basis van een aantal criteria. In bijlage 3 een overzicht van de cliëntervaringsinstrumenten in deze waaier.

<sup>5</sup> Zie voor geraadpleegde experts bijlage 2.



### 3 Historie

Voor een schets van de ontstaansgeschiedenis van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg gaan we terug naar de Leidschendam-conferenties eind jaren negentig van de vorige eeuw, waarin kwaliteit op de bestuurlijke agenda werd gezet. Kwaliteit werd daarna vooral vertaald in 'harde' indicatoren (Zichtbare Zorg 2007-2012) en normen. Deze uniformerende en sterk reducerende manier om kwaliteit te meten werd in de gehandicaptenzorg als beknellend ervaren en als een gemankeerde representatie van de complexiteit van de zorgverlening. Het systeem en de verslaglegging kunnen immers goed op orde zijn terwijl de zorg en ondersteuning toch te wensen overlaten. Het leek een aantal bestuurders een beter idee om in plaats van kwantitatieve kwaliteitsmetingen te werken aan kwalitatieve beschrijvingen, waarin het verhaal van de cliënt centraal zou staan. Besloten is een beter passend kader te maken om kwaliteit in beeld te krijgen. Dit is ontwikkeld tot het huidige Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg.

De ontwikkeling van een eigen Kwaliteitskader is uniek in Nederland en tekent de sector, die ideologisch gedreven is en een tikje eigenwijs. Ook uniek is dat de VGN voor de opzet van het Kwaliteitskader heeft samengewerkt met alle betrokken partijen in het veld.<sup>6</sup> Deze partijen zijn in 2012 verenigd in de Stuurgroep Kwaliteitskader die, onder leiding van een onafhankelijk voorzitter, een belangrijke rol heeft gespeeld in de ontwikkeling van het uiteindelijke Kwaliteitskader en het verkrijgen van draagvlak hiervoor bij zorgaanbieders. De bedoeling van de stuurgroep was geen beperkende standaard voor het kwaliteitsrapport aan te geven, maar juist een generieke vorm te vinden die veelkleurigheid toelaat om de rapportages passend te kunnen maken bij de specifieke organisaties.

De uitgangspunten voor het Kwaliteitskader waren: cliënten hebben eigen regie, de zorg draagt bij aan hun kwaliteit van bestaan, de beroepskrachten ondersteunen de cliënt bij het leiden van zijn of haar eigen leven, kwaliteit komt tot stand in dialoog tussen zorgverlener en cliënt (met familie/netwerk), en aan kwaliteit wordt primair invulling gegeven op het niveau van de cliënt, door individueel maatwerk. Het Kwaliteitskader kent vier doelen: het geeft cliënten duidelijkheid over wat zij mogen verwachten van de zorg, het helpt medewerkers de zorg voortdurend te verbeteren, het helpt leidinggevendenden te sturen op kwaliteit, en het helpt zorgorganisaties bij de externe verantwoording over de geleverde kwaliteit van zorg en ondersteuning.

Kwaliteit wordt in de rapporten beschreven vanuit drie perspectieven: dat van de individuele cliënt over zijn zorg en ondersteuning, dat van meerdere cliënten over hun ervaringen en dat van teams over hun leren en ontwikkelen. Het rapport brengt in beeld hoe zorgaanbieders werken aan doorlopende verbetering van de zorg en ondersteuning.<sup>7</sup>

In 2015-2016 hebben 24 organisaties als proeftuinen geëxperimenteerd met de voorgestelde opzet van de vier bouwstenen. Het werk van de proeftuinen is geëvalueerd door het bureau Bosman & Vos (2017). Ook de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft de kwaliteitsrapporten van de 24 proeftuinen bestudeerd en de bevindingen vastgelegd in het rapport *Vertellen telt*. De IGJ omarmt de koers van de sector, gericht op lerend vermogen, reflectie en transparantie. Dat zorgaanbieders zelf de kwaliteitsrapporten openbaar maken vindt de IGJ een goede bijdrage aan de transparantie in de zorg. De IGJ onderzoekt hoe zij de kwaliteitsrapporten kan benutten voor haar toezicht.

De proeftuin heeft gediend om de bouwstenen nader in te vullen. De deelnemers aan deze proeftuin hebben met de stuurgroepleden naast de vier bouwstenen nog zeven thema's geïdentificeerd die van belang zijn in de kwaliteitsrapporten. Het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022 is door drie partijen (aanbieders/VGN, zorgkantoren/ZN en cliëntenorganisaties) gezamenlijk ingediend in het Kwaliteitsregister van Zorginstituut Nederland. Vanaf 1 juni 2017 geldt het Kwaliteitskader als veldnorm.

6 Betrokken zijn: Ieder(in), Landelijk Steunpunt Medezeggenschap (LSR), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG), Nederlandse Vereniging van pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), en in de rol van toehoorder: Zorginstituut Nederland (ZiNL) en Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

7 De kwaliteitsrapporten hebben voorsnog alleen betrekking op de zorg die onder de Wet Langdurige Zorg (Wlz) valt.

## 4 De kwaliteitsrapporten

In de kwaliteitsrapporten die wij lezen, valt ons een aantal algemene zaken op. Die algemene bevindingen geven wij in dit hoofdstuk weer. In het volgende hoofdstuk analyseren we de kwaliteitsrapporten op de richtinggevende zeven thema's.

In alle rapporten is zowel aandacht voor *tellen* (cijfermatige verantwoording) als voor *vertellen* (narratieve verantwoording). Door beide vormen van verslaglegging zijn de kwaliteitsrapporten waardevolle documenten die een geschakeerd beeld geven van het leven en werken in deze organisaties. Organisaties laten in de rapporten zien waar zij trots op zijn, maar ook wat voor hen de ontwikkel- of verbeterpunten zijn: wat kan er beter? Vooral vanuit de onderzoeken naar cliëntervaringen en uit de teamreflecties komen veel suggesties voor verbetering naar voren. De vraag is of het agenderen daarvan voldoende is. Het is belangrijk verbeterpunten zo te formuleren dat ook helder is hoe deze opgevolgd en gemonitord gaan worden. Het kwaliteitsrapport zou zicht moeten geven op drie vragen: 'wat gaat goed?' 'wat kan beter?' en 'hoe gaan we het aanpakken?'. De eerste twee vragen worden door de meeste organisaties beantwoord, de laatste vraag niet. Zorgaanbieders die wel schrijven over de voorgenomen aanpak, doen dit vooral in de prioritering van verbeterpunten of de reflectie van de bestuurders op het eigen kwaliteitsrapport. Sommige organisaties leggen niet alleen in het kwaliteitsrapport vast wie verantwoordelijk is, maar ook wanneer het actiepunt moet zijn uitgevoerd. Andere beschrijven vooral het systeem waarmee zij volgen of de gewenste verbeteringen daadwerkelijk tot stand komen.

De bouwstenen zijn voor de organisaties richtinggevend in de opbouw van de kwaliteitsrapportages. Cliëntproces, cliëntervaring en teamreflectie komen aan bod in vrijwel alle rapporten die wij lezen. Dat geldt niet voor de externe visitatie die een belangrijk element is in de vierde bouwsteen, het kwaliteitsrapport zelf. Daar zijn nog niet alle organisaties aan toegekomen. Dit is niet perse afwijkend van het kwaliteitskader, want daarin wordt gestuurd op een externe visitatie eens in de twee jaar. Het merendeel van de rapporten die wij lezen bevat wel een reflectie op het kwaliteitsrapport vanuit medezeggenschapsorganen en de raad van toezicht.

Doordat de bouwstenen en thema's richtlijnen zijn, een kapstok om het rapport te schrijven, is er ruimte voor diversiteit. Zo zagen wij meerdere stijlen om een kwaliteitsrapport te schrijven: managerial, marketinggericht, verantwoordend, reflectief (zie voor verdere uitwerking paragraaf 6.2). Deze stijlen zeggen ons inziens iets over de cultuur en de focus van de betreffende organisatie. Het kwaliteitskader geeft geen hiërarchie aan in stijlen, dus zorgaanbieders kunnen het rapport laten passen bij hun cultuur.

Zorgaanbieders worden geacht ook een cliëntversie te maken van het kwaliteitsrapport. Niet alle organisaties hebben dit gedaan. Waar dat wel is gebeurd, geeft deze versie ook voor niet-clienten een heel handzaam overzicht en inzicht. Enkele organisaties hebben ervoor gekozen geen onderscheid te maken tussen cliënten en anderen. Hun rapporten zijn volgens hen voor iedereen helder en navolgbaar. Andere hebben een makkelijk leesbare samenvatting toegevoegd in het rapport. De kwaliteitsrapporten worden gelezen door medewerkers, vaak ook door de cliëntenraden en naasten. Of de cliënten zelf ook de kwaliteitsrapporten (kunnen) lezen is op kleine schaal onderzocht door Ieder(in) en de LFB, twee landelijke organisaties voor cliënten<sup>8</sup>. Dat blijkt nog niet zo makkelijk. Cliënten gaan zelf niet snel op zoek naar een kwaliteitsrapport en zij begrijpen het begrip 'kwaliteitsrapport' niet altijd goed.

<sup>8</sup> Ieder(in) is een netwerk voor mensen met een chronische beperking of ziekte. LFB is de landelijke belangenorganisatie dóór en vóór mensen met een verstandelijke beperking. Het genoemde onderzoek zal medio 2019 verschijnen op de website [www.ikdoemee.nl](http://www.ikdoemee.nl).

# 5 De gehandicaptenzorg in zeven thema's

Zoals gezegd bevat het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022 naast de vier bouwstenen ook zeven thema's. We geven in dit hoofdstuk een indruk van wat er wordt geschreven over de betreffende thema's en welke sectorbrede ontwikkeling of stand van zaken uit de kwaliteitsrapporten naar voren komt over deze thema's.

## 5.1 De kwaliteit van het zorgproces rond de individuele cliënt

Alle organisaties streven ernaar dat hun cliënten gezien en gekend worden: dat medewerkers de persoonlijke mogelijkheden en beperkingen van elke cliënt kennen en weten wat belangrijk is voor hem of haar. Zij organiseren dit ieder op hun eigen manier. Ze streven ernaar de kwaliteit van het zorgproces te waarborgen door zoveel mogelijk overleg te bevorderen tussen cliënten, hun naasten, begeleiders en behandelaren. Persoonsgerichte zorg betekent in eerste instantie dat men systematisch werkt met het ondersteuningsplan. Dit ondersteuningsplan wordt in de meeste organisaties jaarlijks bijgesteld, maar soms ook tweemaal per jaar of zelfs vaker. Het ondersteuningsplan wordt vastgelegd in een digitaal systeem. Enkele organisaties maken het mogelijk dat cliënten zelf ook het ondersteuningsplan digitaal kunnen inzien of zelfs beheren.

Als het lukt de ondersteuningsplannen en de uitvoering te realiseren in nauw overleg tussen cliënt en begeleider, kan dat voor cliënten heel betekenisvol zijn. Het vergroot hun gevoel van gelijkwaardigheid:

Een cliënt legt uit dat het woord luisteren een andere betekenis heeft gekregen door de dialoog. 'Voorheen zei een begeleider: "luister naar wat ik zeg", en dat betekende vooral "doe wat ik zeg". Nu is het meer echt luisteren naar wat de cliënt wil en met elkaar in overleg gaan om er samen iets moois van te maken. Het helpt mij dat mijn ondersteuningsplan nu in de ik-vorm wordt geschreven. Dat geeft mij het gevoel dat ik word gezien als mens, dat ik gelijkwaardig ben.' (uit kwaliteitsrapport Sherpa)

9

De combinatie van de ondersteuningsplannen en de cliëntervaringsonderzoeken geven de organisaties zicht op de kwaliteit van zorg en op hoe cliënten hun bestaan ervaren. De kwaliteit van zorg en de kwaliteit van bestaan van de cliënt zijn twee verschillende entiteiten die elkaar natuurlijk wel beïnvloeden. Sommige organisaties streven naar het geluk van cliënten, andere organisaties laten juist zien dat de realiteit van alledag in de gehandicaptenzorg vaak een andere is. Cliënten zijn kwetsbaar, de werkelijkheid niet ideaal en het leven niet maakbaar. Zij zien het streven naar geluk als een *'illusie die de compassie met kwetsbare mensen in de weg kan zitten'*. (uit kwaliteitsrapport Siza)

In de meeste rapporten staat onder de kop 'cliëntproces' een beschouwing over veiligheid en risico-beheersing (dit wordt in de sector ook wel pijler 1 informatie genoemd). Deze informatie wordt veelal gepresenteerd op een zakelijke overzichtelijke manier. Zo moeten de gebouwen waar cliënten en medewerkers verblijven veilig zijn. De risico's die de zorg zelf kan veroorzaken, bijvoorbeeld door medicatiefouten of incidenten met agressieve (mede)cliënten worden door organisaties in beeld gebracht, geanalyseerd en zo goed als mogelijk beperkt. In de kwaliteitsrapporten is er gepaste aandacht voor dit aspect van de zorg. Door de combinatie met de andere bouwstenen en thema's wordt veiligheid één van de vele aspecten die zorg tot goede zorg maken.

## 5.2 De ruimte die cliënten hebben op het gebied van eigen regie

Het is duidelijk merkbaar dat de sector bezig is aan een omschakeling: *zorgen* voor cliënten verandert in *zorgen dat* cliënten zelfstandig, naar hun eigen wensen en in eigen regie kunnen leven.

In alle organisaties is het mogelijk maken en vergroten van eigen regie voor cliënten een belangrijk onderwerp. Eigen regie wordt gezien als het bepalen van het eigen leven in zowel kleine keuzes als in grote beslissingen. Het gaat niet alleen over grote thema's zoals wonen, werken en behandeling, maar ook over de dagelijkse dingen zoals dagritme, bejegening, eten en drinken en het uitzoeken van je eigen kleding. Medewerkers, zo staat in veel kwaliteitsrapporten, zoeken naar wat cliënten gelukkig maakt en hoe zij de kwaliteit van hun leven kunnen verhogen. Dat lijkt bij alle organisaties de rode draad in het professionele werk. En hoewel medewerkers niet alles kunnen regelen wat cliënten zouden willen, proberen zij de wensen zo dicht mogelijk te benaderen, in overleg met de cliënt en diens familie. Soms helpen naasten de zelfredzaamheid te vergroten, er wordt dan gesproken over 'samenredzaamheid'.

Zeggenschap gaat vaak over kleine dagelijkse dingen. Zo wilde een cliënt met een dieet graag dat zijn diëtist deelnam aan zijn goedlevengesprek. Hij wilde weten of hij één keer per week een roze koek mocht. De diëtist heeft samen met hem geschoven in het dieet en de wekelijkse roze koek hierin opgenomen. (uit kwaliteitsrapport Ipse de Bruggen)

Hoe ver de eigen regie van cliënten kan gaan wisselt per persoon. Het vraagt van medewerkers continu reflecteren op de risico's voor cliënten. Het vraagt ook reflectie op de eigen professionele en persoonlijke normen en waarden van de medewerker ten opzichte van die van de cliënten. Bij specifieke groepen (ouderen, mensen met ernstige meervoudige beperkingen, zorgmijders) is het lastiger de afweging te maken tussen risico's en eigen regie. Dit vraagt nogal wat van medewerkers. Het betekent dat zij gevoelig, creatief, communicatief en soms ook moedig moeten zijn en het vergt flexibiliteit om hun eigen bestaande routines en regels te bevragen en hun blinde vlekken te ontdekken. Terugkoppelingen uit de individuele gesprekken met cliënten en hun naasten, uit de cliënttevredenheidsonderzoeken, uit de inbreng van de cliënten- en verwantenraden en uit de interne en externe visitatie helpen de teams hierop te reflecteren. Belangrijk is bovendien, zo geven meerdere organisaties aan, dat eigen regie voor de cliënten gepaard gaat met ruimte en zeggenschap voor de medewerkers. Het één kan niet zonder het ander. Het organiseren van eigen regie voor de cliënt vereist dat de organisatie ruimte en zeggenschap voor de professionals faciliteert.

10

In een aantal organisaties hebben cliënten de mogelijkheid digitaal in het eigen dossier te kijken en schrijven en praten zij mee in de teamoverleggen of in de overleggen met de behandelaars. Soms kunnen cliënten zelf kiezen wie zij om hulp vragen en kunnen zij bepalen wie hun dagelijks begeleider is. De kern is uiteindelijk, blijkt uit citaten van cliënten, dat zij gehoord willen worden. Ze willen kunnen uitpraten zonder dat een begeleider ze in de rede valt of met hen in discussie gaat.

In enkele organisaties krijgen cliënten de mogelijkheid hun 'zeggenschapsvaardigheden' te trainen of worden zij daarin ondersteund. Zeggenschap in een meer dagelijkse vorm op de woon- of werklocatie gebeurt op veel verschillende manieren, bijvoorbeeld in huiskamerbijeenkomsten, een klantenpanel, een cliëntenraad, een cliënten- en verwantenraad of een verwantenraad. Wanneer daar behoefte aan is, wordt een themabijeenkomst georganiseerd, bijvoorbeeld over palliatieve zorg of wilsbeschikking. We zien in de kwaliteitsrapporten dat de instrumenten voor formele medezeggenschap in de zorgorganisaties aangevuld worden door instrumenten die informele zeggenschap voor cliënten mogelijk maken.

Een belangrijke reflectie is erop alert te blijven dat 'eigen regie' geen platgetreden, uitgeholde term wordt. Eigen regie vergt het vermogen sturing te geven aan je leven en te weten wat je wilt. Niet iedereen beschikt in dezelfde mate over dit vermogen. Naarmate mensen hier minder over beschikken, komt de regie meer in handen van anderen terecht. Eigen regie realiseren bij mensen met een beperking betekent hen op maat helpen aan vermogen om sturing te geven aan hun leven.

### 5.3 De ervaringen van cliënten

Voor medewerkers en organisaties is het belangrijk te weten waaraan cliënten zelf belang hechten. Cliëntervaringsonderzoek is een gangbare manier om hier inzicht in te krijgen. Om het gebruik van valide, betrouwbare en bruikbare instrumenten te stimuleren heeft de VGN

de Cliëntervaringsinstrumenten Waaier ontwikkeld: een selectie van instrumenten die door deskundigen jaarlijks wordt getoetst en beoordeeld op methodologische criteria.<sup>9</sup> De leden van de VGN maken dankbaar gebruik van deze instrumenten. Doelstelling is dat organisaties minimaal eens per drie jaar een cliëntervaringsonderzoek uitvoeren onder hun cliënten die onder de Wlz vallen. Het nut van het cliëntervaringsonderzoek wordt breed onderschreven en leden zijn gecommiteerd aan de doelstelling, zo blijkt uit de kwaliteitsrapporten. Ondanks de niet geringe inspanning die dit vraagt op het gebied van training van medewerkers, tijd, ondersteuning en het verkrijgen van medewerking van cliënten en de familie en naasten.

De verschillende instrumenten leggen eigen accenten. Sommige zijn gericht op kwaliteit van bestaan, andere meer op de kwaliteit van dienstverlening. Organisaties maken eigen keuzes, passend bij waar zij zelf behoefte aan hebben om inzicht in te krijgen en passend bij de doelgroepen waarmee zij werken. Sommige organisaties werken (ook) (op dit moment nog) met andere en/of zelf ontwikkelde instrumenten, die zij beter geschikt vinden voor de bijzondere doelgroep. Soms wordt een instrument ook op maat gemaakt, bijvoorbeeld door de cliëntenraad de gelegenheid te bieden eigen vragen toe te voegen. Een veelgebruikt instrument is 'Dit Vind Ik Ervan' (DVIE), ontwikkeld door enkele samenwerkende organisaties. Interessant is dat een van deze organisaties opmerkt dat weinig grote veranderingen meer zichtbaar zijn in de ervaringsscores nadat het instrument drie jaar achtereenvolgens is gebruikt. Procentueel zijn er soms lichte verschuivingen tussen 'Top!', 'Goed', 'Matig' en 'Slecht', maar in grote lijnen blijven de uitkomsten hetzelfde en zie je in wat cliënten belangrijk vinden of waar ze verandering in wensen een vast patroon. De vraag wordt opgeworpen wat dit zegt en hoe dit zich verhoudt tot de ervaringen van cliënten die in DVIE opgetekend worden. Dit zijn belangrijke observaties en reflecties, waaruit naar voren komt dat doorontwikkeling van de instrumenten uit de waaier wenselijk is om de zorg en ondersteuning nog weer verder te verbeteren.

In de kwaliteitsrapporten is terug te lezen wanneer het laatste cliëntervaringsonderzoek is uitgevoerd, wat de respons was en wat de uitkomsten waren. Ruimte voor verbetering is er volgens de cliënten in het algemeen vooral op de gebieden 'deelname aan de samenleving', 'zelfbepaling' en 'interpersoonlijke relaties'. Deze aspecten zijn eerder gerelateerd aan kwaliteit van bestaan dan aan kwaliteit van zorg en hebben met elkaar gemeen dat zij moeilijker te beïnvloeden zijn door zorgverleners dan bijvoorbeeld aspecten als lichamelijk of psychisch welbevinden of het materieel welzijn van cliënten.

Een aantal uitspraken van cliënten in het onderzoek op de vraag "Wat kan er beter?"

- Minder lawaai, meer rust, betere isolatie
  - Grotere kamer, eigen sanitair
  - Meer activiteiten in het weekend
  - Ik wil meer familie zien
  - Meer vrienden opdoen en ontmoeten
  - Ik zou graag een mooi park op het terrein willen waar je kan gaan vissen
  - Helemaal niets, alles moet zo blijven
  - Soms wat beter luisteren, wat meer geduld hebben
  - Dat mijn persoonlijk begeleider vaker werkt, ik kan dan dingen vragen
  - Beter luisteren en niet in de rede laten vallen door andere bewoners
  - Meer allemaal hetzelfde zeggen
  - Soms sneller ingelicht willen worden rondom veranderingen. Bijv. of het sporten doorgaat, roosterveranderingen, of iemand langskomt voor een klusje etc.
  - Minder met de telefoon bezig zijn
  - Begeleiding moet altijd gelijk luisteren want dat moet ik ook
  - Meer luisteren naar cliënten in plaats van zelf bepalen
  - Meer persoonlijke aandacht
- (uit kwaliteitsrapport ASVZ)

9 Een overzicht van de instrumenten uit de kwaliteitswijzer staat in bijlage 3.

Alle instrumenten uit de waaier geven inzicht in ervaringen en verbetermogelijkheden op individueel niveau en op het niveau van de (deel)organisatie. Wanneer het instrument wordt afgenomen in een individueel gesprek (mondeling), biedt dat medewerkers direct inzicht in de beleving en wensen van individuele cliënten. Sommige organisaties vinden dat een dergelijk ‘goed gesprek’ tussen zorgverlener en cliënt continu moet plaatsvinden. Zij koppelen dit aan de bespreking van het ondersteuningsplan en vergemakkelijken dit bijvoorbeeld digitaal (via het elektronisch cliëntendossier). Soms wordt ook aanvullend cliëntervaringsonderzoek gedaan, rondom specifieke activiteiten. Uitvoering van een cliëntervaringsonderzoek leidt echter niet vanzelfsprekend tot verbeteringen. Soms willen cliënten een grotere kamer en eigen sanitair; dat vergt besluitvorming op managementniveau. Maar ‘meer aandacht voor privacy, niet zomaar kamers binnenlopen’ is een punt dat op het niveau van de teams besproken moet worden. Het is van belang de uitkomsten van het cliëntervaringsonderzoek te bespreken op alle lagen van de organisatie, maar vooral op het passende niveau, en concrete aanpassingen af te spreken. Wanneer uitkomsten worden besproken in een groepsgesprek met cliënten, krijgen zij de kans ook mee te denken over hoe het beter kan. Zorgverleners en cliënten werken op deze manier samen aan kwaliteit. Het spiegelen van het cliëntervaringsonderzoek aan het medewerkerstevredenheidsonderzoek levert ook nuttige informatie op. Afhankelijk van de doelgroep zijn ook heel andere vormen van cliëntervaringsonderzoek mogelijk. Bijvoorbeeld door cliënten te laten meedenken over de manier waarop kwaliteit wordt gemeten. Bij dit alles moeten zorgorganisaties in acht blijven nemen dat de wensen of kritiek van cliënten beïnvloed kunnen worden door de (asymmetrische) relatie tussen de gesprekspartners, de context, of de beperkte cognitieve en verbale vaardigheden.

“Volgens professionals ben ik ernstig verstandelijk en meervoudig beperkt. Maar ik ben vooral gewoon Perry.” (uit kwaliteitsrapport Ipse de Bruggen).

Interessant zijn de reflecties in de kwaliteitsrapporten van cliënten zelf: de dingen die zij belangrijk vinden. Bijvoorbeeld dat zorgverleners goed luisteren, dat zij zich niet haasten, dat cliënten goed geïnformeerd worden over veranderingen, dat er aandacht is voor eenzaamheid. Cliënten geven bijvoorbeeld aan dat het vervoer niet goed geregeld is of zij vragen meer aandacht voor hun gezondheid.

12

Wat opvalt is dat de prioriteiten die cliënten zelf stellen vaak praktisch van aard zijn: ze willen lekker eten, gezond zijn (kunnen sporten). Hun wensen zijn ook vaak relationeel van aard: zij willen graag een partner, vrienden, vaste medewerkers, contact met de familie. Naast praktische en relationele zaken, vragen cliënten ook aandacht voor de manier waarop de begeleiding en de organisatie met hen omgaan. Ze willen duidelijkheid, ze willen inspraak in praktische zaken (inrichting, eten), ze zijn gevoelig voor sfeer (gezelligheid en veiligheid) en hebben liever geen verandering. Familie/naasten vragen vooral aandacht voor de manier van communiceren, de manier waarop zij betrokken worden en veiligheid.

## 5.4 Samenspel in zorg en ondersteuning

Het belang van een goede relatie tussen cliënten en medewerkers en tussen medewerkers onderling behoeft weinig toelichting. Vertrouwd zijn met elkaar, wederzijdse betrokkenheid en overleg zijn voorwaarden voor goede, prettige en persoonlijke zorg en ondersteuning. Als medewerkers cliënten goed kennen, kunnen zij signalen van onrust vroegtijdig herkennen en een situatie tijdig bijsturen. Een goede, persoonlijke relatie met cliënten maakt het werk voor medewerkers bovendien bijzonder en zinvol. Zij voelen zich gezien en gewaardeerd door cliënten. Voor cliënten geldt hetzelfde. Zij voelen zich gezien en gewaardeerd als er een goede en persoonlijke band is met zorgverleners. Het biedt hun veiligheid en comfort, ze durven meer of zijn beter aanspreekbaar.

Samenspel veronderstelt wederkerigheid. Bijzondere voorbeelden hiervan zijn: medewerkers die cliënten vragen om feedback of advies, teamreflecties of multidisciplinair overleg samen met cliënten, cliënten die de agenda van medewerkers (mee) mogen bepalen, cliënten die meedoen aan sollicitatiegesprekken. Er worden ook cursussen ontwikkeld voor cliënten en leerlijnen om zich desgewenst te bekwamen in het samenspel.

Voor die situaties waarin de omgang tussen medewerkers en cliënten niet goed verloopt en waar het vertrouwen wordt beschaamd, zijn er vertrouwenspersonen, onafhankelijke klachtenfunctionarissen en ombudsfunctionarissen. In de kwaliteitsrapporten wordt het aantal meldingen en klachten vermeld, de aard van de problemen die aan de orde waren, hoe klachten zijn opgevolgd en of er meldingen zijn gedaan bij de inspectie.

Voor cliënten is belangrijk dat 'de lijnen' kort zijn, dat medewerkers betrouwbaar zijn en niet gehaast. Vaak ook zijn cliënten gehecht aan bepaalde (vaste) medewerkers en hechten zij eraan dat de dingen gaan zoals zij gewend zijn. Veel wisselend personeel, werkdruk en onderbezetting zijn zaken die direct ingrijpen in de relatie tussen cliënten en medewerkers en daarmee zeer bedreigend zijn voor de ervaren kwaliteit van zorg en ondersteuning. Alle goede overdrachten en dossiervoering ten spijt. Gezien de huidige arbeidsmarktomstandigheden is goed werkgeverschap een prioriteit voor organisaties. Als medewerkers het naar de zin hebben, dan hebben cliënten het meestal ook goed. 'Continuïteit in teams' is bij veel organisaties een aandachtspunt voor komend jaar.

Organisaties getroosten zich veel moeite om de betrokkenheid van naasten te verbeteren. Familie/naasten zijn te beschouwen als de klant achter de cliënt; ook zij moeten tevreden zijn. Tegelijkertijd kunnen zij ook worden gezien als collega's/medezorgverleners. Ook zij hebben een belangrijke rol in de verzorging, ondersteuning en begeleiding van de cliënt. Organisaties zetten daarom in op driehoekskunde, samenredzaamheid, voeren een samenspelscan uit, houden moreel beraad met familie en/of cliënten, organiseren lokale inspraakbijeenkomsten, gaan met naasten in dialoog over kwaliteit en betrekken hen bij concrete zaken als de inrichting van de locatie. Er zijn vele manieren denkbaar om de band met familie/naasten te versterken. Sommige concepten en methoden komen voort uit wetenschappelijk onderzoek (bijvoorbeeld systeemgericht werken), andere zijn ontwikkeld door organisaties zelf, passend bij de specifieke doelgroep en bij de zorg en ondersteuning die zij bieden.

Bij een goed samenspel met cliënten en met familie/naasten hoort goede communicatie. Een intranet voor cliënten en/of familie (familienet) kan behulpzaam zijn, een elektronisch cliënten-dossier waar cliënten (indien mogelijk) zelf mede regie over voeren ook. Technologie kan nog op andere manieren ondersteunend zijn. Het kan medewerkers helpen efficiënter te werken, waardoor er meer tijd over is voor persoonlijke begeleiding. Het kan cliënten bovendien helpen bij de eigen regievoering, antwoorden geven op vragen en het zelfoplossend vermogen versterken. Zaken waardoor de afhankelijkheid van medewerkers minder pregnant wordt.

Ondanks de inspanningen van medewerkers en organisaties zijn 'betere communicatie met familie/naasten' en 'meer betrokkenheid van familie/naasten' veelgenoemde verbeterpunten in de kwaliteitsrapporten. De wens van cliënten om een goede relatie te hebben met hun naasten is hierin sturend. De problemen met de personele bezetting maken bovendien dat betrokkenheid van naasten nog belangrijker wordt voor een goede zorgverlening. Tegelijkertijd ontbreekt daardoor soms de tijd voor een open gesprek. Ook wordt het in sommige organisaties moeilijk gevonden niet-westerse families op een goede manier te betrekken.

Naast familie en naasten hebben vrijwilligers een rol in de zorg en is er samenwerking met scholen, werkgevers en andere organisaties die relevant zijn voor cliënten. Sommige zorgaanbieders voeren om die reden een ketenpartneronderzoek uit naar de kwaliteit van de samenwerking. Een bijzondere groep zijn de ervaringsdeskundigen. Zij werken bijvoorbeeld bij de helpdesk, maar ook op de communicatieafdeling om informatie te toetsen op begrijpelijkheid en duidelijkheid voor cliënten.

## 5.5 Borging van veiligheid in zorg en ondersteuning

Veiligheid in de zorg kent meerdere schakeringen. Enerzijds gaat het erom dat cliënten en medewerkers zich geborgen voelen in hun woning en veilig op hun werk, anderzijds is het van belang mogelijke risico's te signaleren om deze te voorkomen. Het één kan het ander in de weg staan: een sterke focus op mogelijke risico's kan het gevoel van veiligheid ook ondermijnen. Tot voor kort vulden toezichthouders en zorgorganisaties 'kwaliteit van zorg' vooral in vanuit het concept 'veiligheid'. Zorgaanbieders moesten gezondheidsrisico's te allen tijde voorkomen en

aantonen dat zij systemen hanteerden om de veiligheid te garanderen. Dit ging gepaard met strikte regelgeving. Strikte regels werken echter niet goed in de gehandicaptenzorg, waar de balans tussen veiligheid en vrijheid vraagt om een afweging per individu en per situatie.

Dankzij deze scherpe aandacht voor veilige zorg hebben de meeste organisaties hun risico-inventarisatie, analyse van incidenten en systematische borging van veiligheid goed op orde, zo is in de kwaliteitsrapporten te lezen. Zorg is en blijft echter een risicovolle bezigheid. Zo neemt in veel organisaties de zwaarte van de doelgroep toe, waardoor begeleiders meer te maken krijgen met moeilijk verstaanbaar gedrag en agressie van cliënten. Ook het zoeken naar mogelijkheden voor eigen regie levert soms meer risico op. Denk aan het verkeerd innemen van medicijnen wanneer de cliënt deze zelf beheert (soms wordt een app als geheugensteun voor de cliënt ingezet), aan seksueel overschrijdend gedrag of aan verdwalen of vallen. In de cliëntdossiers worden de specifieke individuele risico's van cliënten beschreven en – in samenspraak met de cliënt, de naasten, de begeleiders en de behandelaren – gewogen. Deze risico's veranderen in de loop van de tijd. Organisaties beschrijven daarom in de kwaliteitsrapporten dat en hoe zij deze risico-inventarisaties voor individuele cliënten actueel houden.

Het veilige gebruik van medicatie, omgaan met agressie, voorkomen van vallen en een zorgvuldige aanpak bij vrijheidsbeperking (BOPZ) zijn zaken die niet alleen op het niveau van de cliënt worden geregeld, maar ook onderwerp zijn van beleid. De meeste organisaties besteden veel aandacht aan het beperken of stoppen van allerhande vrijheidsbeperkende maatregelen door middel van een heldere koers (de regel 'nee, tenzij'), scholing en teamreflectie. Zij zoeken naar alternatieven of mogelijk andere bejegening. Risico's hangen samen met de context. Op een zorgboerderij levert het werk soms specifieke risico's op waarvoor de organisatie maatregelen moet nemen. Maar ook andere aspecten van fysieke veiligheid – zoals brandveiligheid, voedselveiligheid, hygiëne en betrouwbare hulpmiddelen – vergen risicogestuurd beleid dat past bij de cliëntenpopulatie op de betreffende locatie. Meerdere organisaties werken integraal aan het thema veiligheid, bijvoorbeeld door risico's voor de organisatie, de teams en locaties in kaart te brengen en te prioriteren op basis van vier pijlers: cliëntveiligheid, medewerkerveiligheid, fysieke veiligheid en informatieveiligheid. Sommige organisaties werken met externe toetsingscommissies bij incidenten en organiseren zelf onaangekondigde auditbezoeken of gebruiken ict-systemen die ondersteunen bij het melden. Door de meldingen systematisch te analyseren en de informatie daarna te delen in de organisatie wordt de veiligheid verbeterd. Vooral de analyse van meldingen van (bijna-)incidenten helpt organisaties toekomstige voorvallen te voorkomen. Een goede organisatie van meldingen en terugkoppeling naar de teams versterkt de interne cultuur om onveiligheid op te merken en te onderzoeken. Analyses van meldingen over bijvoorbeeld (kinder)mishandeling, seksueel misbruik en huiselijk geweld kunnen ook aanleiding zijn voor betere scholing van medewerkers op gebied van signalering en gespreksvoering.

14

Goede medische zorg is een belangrijk aspect van goede zorg, naast veiligheid en welzijn. Het is belangrijk dat cliënten de juiste medicijnen krijgen, maar ook dat hun gebit en mond goed verzorgd worden, dat bijkomende aandoeningen of pijn worden onderkend en dat zij wanneer zij bedlegerig zijn of aan een rolstoel zijn gebonden geen doorligplekken ontwikkelen. De noodzakelijke medische (mond)zorg wordt soms niet vrijwillig door cliënten ondergaan. Sommige instellingen hebben dat onderwerp specifiek onder de loep genomen en kijken naar alternatieven voor dwang en drang in deze situaties. Sommige organisaties besteden ook specifiek aandacht aan algeheel lichamelijk welzijn zoals bijvoorbeeld seksualiteit, slapen, gezond eten, sporten. In een enkele organisatie wordt (sensor)technologie gebruikt om het lichamelijk en geestelijk welbevinden van cliënten beter te herkennen.

## **5.6 Betrokken en vakbekwame medewerkers: opleiding, tevredenheid, reflectie**

Goede zorg en ondersteuning vraagt om kundige en betrokken medewerkers. In alle kwaliteitsrapporten is er aandacht voor dit thema. Het werven en goed inwerken van medewerkers is belangrijk; zij worden warm welkom geheten en bekend gemaakt met de specifieke visie van de organisatie en de manier van werken. Het merendeel van de organisaties heeft opleidingsplannen en -programma's. Er vindt veel na- en bijscholing op maat plaats, gericht op specifieke thema's of



op aanvullende behandel- of begeleidingsmethodieken die passen bij de cliëntgroep.<sup>10</sup> Sommige organisaties hebben een digitaal leerplein, kenniscirkels, een eigen academie of een leershuis waar medewerkers zich kunnen inschrijven voor allerlei leertrajecten, kennisdagen, e-learning, intervisie en trainingen. Ook is er op sommige plaatsen samenwerking met initiële opleidingen.

Bevlogenheid en vakbekwaamheid zijn voorwaarden voor professionele en tegelijkertijd liefdevolle zorg. Daarnaast is het, net zoals bij cliënten, belangrijk te achterhalen wat medewerkers ervaren. Daarom houden alle organisaties medewerkertevredenheidsonderzoeken. Professionals gemotiveerd en tevreden houden is van belang om hen, en hun specifieke kennis, te behouden. In de kwaliteitsrapporten wordt beschreven hoe het management medewerkers ondersteunt, juist ook als de teams zelforganiserend werken. Het werk is mooi, maar ook uitdagend, zeker als je je als medewerker niet helemaal goed voelt. In bijna alle organisaties is het ziekteverzuim erg hoog. Het moeten werken met invalkrachten door ziekte en uitval doorkruist de wens van cliënten, die graag zorg en ondersteuning ontvangen van hun vertrouwde begeleider. Dit is in het merendeel van de organisaties een probleem.

## Teamreflectie

Veel organisaties werken met teamreflectie of zijn voornemens dit te gaan doen. Teamreflectie is een relatief nieuw fenomeen dat een belangrijke bouwsteen vormt in het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022. Kwaliteit van leven kan bij elk individu van dag tot dag net iets anders inhouden. Het vraagt van de medewerker telkens weer aan te sluiten bij de cliënt. Medewerkers zijn gewend te reflecteren op hun handelen en het effect ervan, om zo de zorg steeds weer en steeds beter te kunnen afstemmen op het individu. Lerend verbeteren moet een competentie zijn van de medewerkers, zo geven organisaties aan. Het gaat hierbij om vragen als: wat bepaalt mijn kijk op deze situatie en waarom handel ik op deze manier? En wat betekent dit voor cliënten? Vaak komen in de reflecties van medewerkers dilemma's naar voren die voortkomen uit de botsing van verschillende waarden in de zorg, zoals het vermijden van risico's versus het laten leiden van het eigen leven, wils(on)bewaamheid versus regie (overnemen), of de (on)mogelijkheden te doen wat goed is binnen de beschikbare randvoorwaarden. Doordat medewerkers de dilemma's die zij tegenkomen delen in teamreflecties, leren zij van elkaars aanpak. Teams kunnen bestaan uit begeleiders, behandelaren, soms ook familie/naasten, in homogene of heterogene samenstelling.

Daar waar teamreflecties plaatsvinden zijn de medewerkers hier meestal enthousiast over. Wel zoeken alle organisaties naar de juiste vorm. Is teamreflectie iets dat bovenop de gewone werkzaamheden komt als extra activiteit of is het te integreren in het werk? Sommige organisatie benaderen het instrumenteel. Zij ontwikkelen methoden of programma's, stellen werkgroepen in, formuleren opdrachten. Andere vragen zich juist af of het verplicht stellen en het instrumentalisieren van teamreflectie wel verstandig is. Zij laten de teams zelf de vorm en de thema's kiezen voor de teamreflectie of stellen daarin een aantal kernvragen centraal. Enkele organisaties voeren reflectie breder in. Zij introduceren reflectie ook als werkwijze in de verbinding tussen teams onderling en tussen werkvloer en management. Reflectiviteit in de gehele organisatie komt tot stand als het ook wordt uitgedragen, ondersteund en voorgeleefd door staf, coaches, kwaliteitsmedewerkers, managers, en bestuurders. Reflectief werken is gebaat bij een open, eerlijke en vertrouwenwekkende cultuur. Ondersteunend zijn ook heldere kernwaarden of een gezamenlijk gedragen visie op wat goede zorg betekent. De reflectie kan hier tegen afgezet worden: wat zou passen bij onze waarden? Door teamreflectie krijgen medewerkers inzicht in wat er al goed gaat binnen het team, wat aandachtspunten zijn, hoe ze ontwikkeldoelen kunnen stellen en hoe ze deze in concrete acties kunnen omzetten. De bevindingen van de reflecties worden vaak vastgelegd in een teamontwikkelplan of in een beknopt verslag. In een enkele organisatie wordt dit verslag dan weer voorgelegd aan een onafhankelijke medewerker, die niet werkzaam is binnen het team, om een beschouwing te geven op de teamreflectie. Men noemt deze reflectie op de teamreflectie 'spiegelreflectie'.

<sup>10</sup> Bijvoorbeeld Triple C, LACCS, Active Support, Belevingsgerichte zorg, HouVast, LifeWise.

De gebruikte werkvormen<sup>11</sup> voor teamreflectie zijn zeer divers, variërend van een groeps gesprek tot het gebruik van spellen of trainingen of de inzet van derden zoals orthopedagoog/psycholoog, coach of P&O-adviseur. Ook worden gevolgde trainingen of invaldiensten van medewerkers op andere plekken aangegrepen om de opgedane ervaringen met elkaar te bespreken en kritisch te plaatsen naast de eigen werkwijze en opvattingen. Daarbij zoeken veel organisaties naar mogelijkheden om de teamreflecties te laten voeden door de teamspecifieke informatie die naar voren komt uit de cliëntervaringsonderzoeken en uit de andere bouwstenen.

Enkele organisaties werken met de methode Beelden van Kwaliteit om de teamreflecties te ondersteunen. In deze methode wordt de dagelijkse gang van zaken in de zorg geobserveerd. De observaties worden voorgelegd aan het team en aan een extern kwaliteitspanel van buitenstaanders met een link naar de zorg: een cliënt, verwant, gedragsdeskundige, clustermanager, geestelijk verzorger, et cetera. De observaties en de bespreking in de kwaliteitspanels houden het team een spiegel voor, waardoor medewerkers opnieuw, met andere ogen, naar de situatie kunnen kijken. Zorgaanbieders die met deze methode werken leiden zelf de observatoren op en/of wisselen deze uit met andere organisaties. De methode Beelden van Kwaliteit is nuttig, zo blijkt uit een onderzoek bij Noorderbrug, maar ook relatief arbeidsintensief. Daarom wordt de methode meestal periodiek toegepast en gecombineerd met andere vormen van teamreflectie.

Veel organisaties onderkennen dat je er nog niet bent met goed ondersteunde en georganiseerde teamreflecties. De ideeën voor verbetering die eruit voortkomen, werken pas echt goed als ze worden gekoppeld aan het cliëntervaringsonderzoek en aan een 'Plan, Do, Check, Act' (PDCA)- of beleidscyclus. Simpel gezegd moet duidelijk worden vastgelegd: wat kan er beter en hoe gaan we dat aanpakken? Hiermee ontstaat er een leercyclus en komt er een verbinding tussen de verschillende niveaus in de organisatie: van team, naar afdeling, naar organisatieniveau en weer terug. In sommige organisaties beleggen ook managers, behandelaars en coaches reflecties binnen hun eigen teams en/of met elkaar. Het is mooi als medewerkers uit alle lagen, inclusief de leden van raden van toezicht, reflecteren op hun eigen werk en zich afvragen wat zij toevoegen aan het leven van cliënten. Dit laatste is nog geen gemeengoed, maar wat ons betreft wel aanbevelenswaardig.

## 5.7 Geprioriteerde verbeteringen, externe visitatie en bestuurlijke reflectie

Het laatste thema draait om het overzichtelijk maken van de informatie uit de verschillende bouwstenen en de keuzes die het bestuur maakt in kwaliteitsverbetering. Er zijn natuurlijk altijd vele verbeteringen in de zorgorganisaties mogelijk. Om het overzichtelijk en werkbaar te houden, vermeldt een aantal organisaties (maar lang nog niet allemaal) welke verbeteringen of risico's zij met voorrang aanpakken. Het is de kunst de verbeterpunten die naar voren komen uit alle bouwstenen af te wegen op een manier die recht doet aan de inbreng van alle partijen, en de verbeteringen zoveel mogelijk te concretiseren en te monitoren. Vaak gebeurt de prioritering aan de hand van de uitkomsten van externe visitaties (bouwsteen vier) of volgt deze uit een reflectie op het kwaliteitsrapport door bestuur, interne adviesorganen, raad van toezicht en externe belanghebbenden zoals zorgkantoren of Inspectie. De prioriteiten worden vertaald in concrete ontwikkelpunten, die organisaties in een toetsing aan de praktijk verder kunnen uitwerken, implementeren, evalueren en doorontwikkelen. Zo blijven zij continu, cyclisch, verbeteren.

### Externe visitatie

Het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022 heeft als uitgangspunt dat minimaal één keer per twee jaar een externe visitatie plaatsvindt door minimaal twee externe deskundigen. Doel is een externe reflectie te organiseren op de gedegenheid van het kwaliteitsrapport (benutting van de bouwstenen) en op het informatiegehalte ervan. Ontstaat vanuit de relevante informatiebronnen een zowel geobjectiveerd als doorleefd beeld dat volledig is op de vastgelegde thema's en zit er logica in de gekozen verbetertrajecten? Nog niet alle zorgorganisaties hebben een externe visitatie georganiseerd, maar de meeste hebben haar wel op de planning staan. De externe visitatie biedt

<sup>11</sup> Specifieke methodes die genoemd worden zijn Teamscan, Beelden van Kwaliteit, Gentle Teaching, Presentiebenadering, Heijkoop-analyse/karrewiel, Geweldloze Communicatie, Video interactie Begeleiding, TOF (Teamgesprek Over functioneren).

een onafhankelijke, kritische blik van buitenaf en levert daardoor waardevolle inzichten. Ze is daarmee een aanvullende bron van informatie en geeft verdieping aan het kwaliteitsrapport. De uitkomsten van de externe visitaties zijn vaak waarderend, maar ook kritisch; met de nodige ‘tips’ en ‘tops’.

Zorgaanbieders organiseren externe visitaties op hun eigen manier. Meestal, zoals het kwaliteitskader voorschrijft, bestaat een visitatiecommissie uit twee of meer deskundigen met elk een andere inbreng (bijvoorbeeld bestuurlijk, zorginhoudelijk, cliënten- of beleidsperspectief). Er zijn ook brede commissies met bijdragen vanuit bijvoorbeeld de wetenschap, zorgconsultancy, bedrijfsleven, regionale cliëntenorganisaties, zorgkantoren, zorgpartners, inspectie, raad van toezicht. Een enkele keer worden ook naasten van cliënten of de cliëntenraden betrokken bij de visitaties. Sommige organisaties laten teams zoveel mogelijk zelf een visitatie organiseren. Enkele zorgaanbieders werken naast externe visitaties met een certificerende instantie. Andere organiseren visitaties met zorgorganisaties uit andere sectoren, de zogenaamde sectorvreemde blik.

Hoe de externe visitaties verlopen verschilt. Sommige organisaties gaan met externe betrokkenen in gesprek over het (concept)kwaliteitsrapport of over specifieke thema's. In andere organisaties lopen leden van de visitatiecommissie mee in het zorgproces en doen zij eigen observaties. Wanneer de methoden Beelden van Kwaliteit, Met andere ogen of ZIEN worden gebruikt, kunnen observaties van het zorgproces worden besproken met een extern panel. Ook gaan collega's van binnen of buiten de organisatie bij elkaar op bezoek. Bezoekteams met twee cliënten of naasten en twee medewerkers kijken bij elkaar in de keuken met ondersteuning van een procesbegeleider. (Externe) stakeholders zoals zorgkantoor, inspectie, raad van toezicht, of collega-zorgaanbieders krijgen de kans om deel te nemen aan deze visitaties. Een groot voordeel van deze bezoeken is dat de organisaties veel van elkaar leren en ook weer met andere ogen naar hun eigen zorgprocessen kunnen kijken.

# 6 Reflectie op de kwaliteitsrapporten

In dit hoofdstuk maken we de balans op. We laten zien welke actuele vraagstukken binnen de gehandicaptenzorg naar voren komen uit de kwaliteitsrapporten. Vervolgens gaan we terug naar de visie van de sector dat cliënten meer gebaat zijn bij *merkbare* dan *meetbare* kwaliteit en dat merkbare kwaliteit vooral gebaat is bij een lerende cultuur. Vinden organisaties de juiste balans tussen ‘merken’ en ‘meten’ en is er een cyclisch leerproces zichtbaar in de hele organisatie? We staan daarnaast expliciet stil bij de werking van het kwaliteitskader. Zijn de doelstellingen bereikt en hoe pakt het kader uit? In het bijzonder besteden we aandacht aan de rol van de verschillende interne en externe betrokkenen, van cliëntenraad tot externe deskundigen.

Om consistent te zijn aan de opbouw van de kwaliteitsrapporten, waarin reflectie en externe visitatie belangrijke onderdelen zijn, hebben wij ook zes externe deskundigen gevraagd te reflecteren op het voorliggend sectorbeeld. Wij vroegen Gustaaf Bos, Jan Kremer, Pauline Meurs, Manon Ruijters, Jorgen Schram en Mark van Twist het sectorbeeld te beschouwen aan de hand van hun eigen expertise. Zij vertegenwoordigen vijf verschillende invalshoeken: cliëntperspectief, governance van kwaliteit van zorg, maatschappelijk leren, professioneel leren en verantwoording.<sup>12</sup> Deze interviews zijn verwerkt in de hoofdstukken 6 en 7. Na onze analyse volgen telkens uitspraken van deze experts over het betreffende onderwerp.

## 6.1 Sectorale vraagstukken

Naast de bouwstenen en de zeven thema’s waarvoor het kwaliteitskader aandacht vraagt, komen in de kwaliteitsrapporten ook andere onderwerpen aan bod. De rapporten verhalen over specifieke cliëntsituaties, projecten en aanpakken, zaken waar men trots op is of zorgen over heeft. Wij zagen organisaties vaak worstelen met gelijksoortige vraagstukken. Het loont daarom de moeite bij elkaar te rade te gaan (elkaars rapporten te lezen en mee te kijken bij elkaar). Enkele gemeenschappelijke kwesties – die betrokkenen overigens verschillend kunnen beleven – beschrijven wij hieronder.

### Druk op het (zelforganiserende) personeel

Een (dreigend) tekort aan medewerkers leidt tot een hoge werkdruk onder medewerkers en een hoog ziekteverzuim. Van zelforganisatie wordt onder meer verwacht dat het bijdraagt aan het oplossen van roosterproblemen. Voor veel medewerkers is die zelforganisatie wennen, maar zij waarderen de ruimte die zij krijgen om eigen oplossingen te vinden voor vraagstukken. Cliënten zijn hierover niet vanzelfsprekend positief. Een grote groep cliënten in de gehandicaptenzorg is vooral gebaat bij vaste gezichten en duidelijkheid over bij wie ze waarvoor terecht kunnen. Er zijn ook cliëntgroepen die wel baat hebben bij flexibilisering: meer eigen regie voor medewerkers vergroot ook hun eigen regie.

### Toenemende zorgzwaarte

De langdurige gehandicaptenzorg kent een diverse populatie. Er zijn cliënten met lichte en zware verstandelijke beperkingen, neurologische aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of specifieke lichamelijke of psychische beperkingen. Zij kunnen meerdere diagnoses hebben, worden net als iedereen ouder, ontwikkelen dientengevolge ouderdomskwalen en dementie en kunnen kampen met problemen op meerdere levensterreinen. Zij beschikken wel of niet over zorgzame familie of naasten, zijn al dan niet gemakkelijk in de omgang, kunnen de neiging hebben zichzelf te over- of juist te onderschatten, kunnen zorg mijden of zich juist erg afhankelijk voelen. Zij kunnen eenzaam zijn, positief in het leven staan of juist angstig en bezorgd.

Dit alles vraagt veel van de deskundigheid van medewerkers en van de organisatie van de zorg. Veel organisaties ervaren een verzwaring van de zorgvraag als gevolg van dubbele diagnostiek en ouder wordende cliënten. De verzwaring kan ook een gevolg zijn van veranderingen in de visie en

<sup>12</sup> Zie bijlage 2 voor meer informatie over de experts.

organisatie van de zorg en ondersteuning. Denk aan cliënten die voorheen beschermd woonden en zich nu moeten redden te midden van de ‘gewone’ maatschappij vol van prikkels. Dat kan fijn zijn en nieuwe mogelijkheden bieden, maar ook tot veel stress leiden waardoor cliënten met een relatief lichte indicatie toch veel zorg vragen. Ook personele wisselingen en de introductie van nieuwe methoden en technieken kunnen onrust geven en risico’s met zich meebrengen. In veel organisaties is er bezorgdheid over toenemende agressie die de veiligheid van cliënten en medewerkers bedreigt. Ook de medezeggenschapsorganen vragen hiervoor aandacht. Agressie het hoofd bieden vereist specifieke deskundigheid, en dus training en opleiding, maar ook nauwkeurig onderzoek naar oorzaken en aanpakken. Het verdient aanbeveling hierbij cliënten en naasten te betrekken. Zij kunnen meedenken over wat stress geeft en wat rust, wat veiligheid biedt en wat niet.

### **Techniek en digitalisering als probleem en oplossing**

Het elektronisch cliëntendossier is een ander thema dat de gemoederen in organisaties bezighoudt. Het vraagt grote investeringen en wordt als wisselend ondersteunend ervaren. Het up-to-date houden, completeren en regelmatig evalueren van zorgplannen samen met cliënten is voor veel medewerkers een hele opgave. Terwijl deze zaken uiterst belangrijk zijn voor de continuïteit van zorg en de overdracht tussen medewerkers. Organisaties tellen en controleren in hoeverre dossiers op orde zijn, hoe vaak plannen worden besproken met cliënten en/of naasten. Het elektronisch cliëntendossier kan de eigen regievoering door cliënten ondersteunen. In sommige gevallen kunnen cliënten zelf bepalen wie hun digitale dossier mag inzien en met wie zij doelen willen bespreken. Voor de meeste cliënten is de directe toegevoegde waarde van een ingevuld en regelmatig geëvalueerd zorgplan echter beperkt merkbaar. Prettige dagelijkse contacten en een fijne daginvulling is wat voor hen telt. Dááaraan moet het zorgplan bijdragen. Datzelfde geldt voor technologische innovaties en snufjes. Een app om zelf met het openbaar vervoer te kunnen reizen of iPads met makkelijk invulbare dagschema’s zijn voor bepaalde doelgroepen zeer behulpzaam, maar voor anderen onbegrijpelijk. Ook innovatie is maatwerk.

### **Zorg voor relaties**

Zorg is een relatie, zorg bestaat uit relaties maar in de gehandicaptenzorg betekent zorg ook zorgdragen voor relaties. Cliënten geven in alle cliëntervaringsonderzoeken aan dat zij graag goed contact hebben met hun familie en naasten en met hun begeleiders. Maar zij zouden ook collega’s en vrienden willen hebben of een partner. Bouwen aan relaties die ertoe doen lijkt de kern, het wezen van de gehandicaptenzorg. Cliënten worden gelukkiger als zij de mogelijkheid krijgen en geholpen worden goede banden aan te knopen en te onderhouden. Daarom zijn communicatie, zeggenschap en medezeggenschap belangrijke termen, maar dekken zij niet helemaal datgene wat nodig is voor liefdevolle zorg. In de kwaliteitsrapporten staan heel veel verschillende manieren om deze specifieke taak te vervullen. Er wordt op veel plaatsen op verschillende manieren invulling gegeven aan het organiseren van liefdevolle zorg. Door de heldere beschrijvingen in de kwaliteitsrapporten valt er enorm veel van elkaar te leren. En dat leren vindt ook al plaats doordat organisaties steeds meer bij elkaar komen kijken.

## **Externe experts over sectorale vraagstukken**

### ***Pauline Meurs, voorzitter Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, hoogleraar bestuur van de gezondheidszorg Erasmus Universiteit Rotterdam:***

“Ik ben verrast over hoe actief de organisaties in de gehandicaptenzorg meewerken om het kwaliteitskader handen en voeten te geven en daarvan verslag te doen. Kwaliteitssystemen op basis van generieke indicatoren maken je een beetje lui. Je vult ze in en ze zeggen wel iets, maar ze dagen je niet uit te kijken naar de inhoud en de relatie met de cliënt. Ik vind dat je in dit sectorrapport een veel beter beeld krijgt van wat er in instellingen gebeurt, dichtbij de realiteit van alledag. In beleid en politiek wordt voortdurend gezegd dat er meer maatwerk moet komen. Dit is een manier om dat in de praktijk te brengen en ook te verantwoorden. Je ziet nu dat sommige organisaties werken met technologie waardoor cliënten meer zelf kunnen doen. Dat is een nieuw element, dat nog niet in het kwaliteitskader zit. Het is belangrijk innovaties mee te nemen in het kader.”

**Manon Ruijters, hoogleraar leren, ontwikkelen en gedragsverandering Vrije Universiteit, lector professionele identiteit en organisatieontwikkeling Aeres Hogeschool Wageningen, mede-eigenaar/adviseur Good Work Company:**

“Eigenaarschap wordt steeds belangrijker. Weten wat je vak is en ervoor gaan staan. We zien dit bij behandelaren, maar bij begeleiders lijkt dit minder het geval. Staat het vak al zelfstandig en stevig genoeg, of heeft dit een impuls nodig? Zowel voor het vak van begeleider als voor organisaties kunnen *professional leaders* behulpzaam zijn: mensen die het leuk vinden het voortouw te nemen en hun tanden in dilemma’s te zetten, die de norm helpen stellen en werken aan ontwikkeling. Zorg dus als organisaties voor voldoende doorgroeimogelijkheden, waarbij mensen zonder leidinggevende functie *professional leader* kunnen worden.”

**Gustaaf Bos, onderzoeker Amsterdam UMC, afdeling Metamedica; doet onder meer onderzoek naar participatie, ervaringsdeskundigheid en het instrument ‘Dit vind ik ervan’:**

“In het sectorbeeld staat dat organisaties proberen families bij de zorg te betrekken. Ze doen dat vaak sterk methodisch, bijvoorbeeld met inspraakbijeenkomsten en vanuit driehoekskunde. Van verwanten hoor ik soms dat zij dergelijke vormen van inspraak ingewikkeld vinden, ook omdat zij vaak geen zicht hebben op de dagelijkse zorg en ondersteuning. Ze willen soms liever een open gesprek met de begeleider waarin ook oog is voor hun pijn, frustraties en angsten. En waarin begeleiders ook uitspreken wat zij moeilijk vinden. Nu horen ouders soms vooral dat het heel goed gaat met hun kind en blijft het andere achterwege. Daarin ligt mijns inziens een onderbenutte mogelijkheid voor verbinding.

Ik vind het heel goed als organisaties blijven vragen naar de kwaliteit van bestaan. Als je drie jaar achtereen dezelfde uitkomsten krijgt, zou je moeten onderzoeken: waar zit dat in? Sommige dingen zijn onverhelpbaar; niet elke cliënt krijgt vrienden en kan alles zelf bepalen. Het kan dus zijn dat je tien jaar dezelfde frustratie in beeld brengt. Ook al kun je die niet veranderen, je moet er wel zicht op hebben en er, indien gewenst, over praten.

Wat je op structureel niveau bepaalt, zijn de *voorwaarden* voor goede zorg. Je moet teams faciliteren – met geld, werkwijzen, reflectie – om aan de slag te gaan met datgene wat ertoe doet voor hún cliënten. Wat je op een algemener niveau wel kunt doen is thema’s identificeren die veel cliënten benoemen. Daarvan kan het bestuur zeggen: we geven alle teams budget om er iets mee te doen. Maar wát teams met die thema’s doen moeten zij bepalen, vanuit de context van hun cliënten.”

## 6.2 Kwaliteit in balans

Een belangrijk doel van het kwaliteitskader is een betere balans tussen meetbare en merkbare kwaliteitsinformatie, informatie die levendig is en het leren stimuleert. Het kwaliteitskader biedt veel ruimte om dit op een eigen manier aan te pakken en in te kleuren. Een eerlijk rapport geeft niet alleen zicht op de kwaliteit van zorg en leven, maar ook op de cultuur en context van de zorgverlening. Er zijn organisaties die in zwaar weer verkeren. Zij kennen financiële, personele of bestuurlijke dilemma’s, hebben te maken met zorginhoudelijke crises, met fusie- of samenwerkingsperikelen. In een dergelijke context ‘landt’ het nieuwe kwaliteitskader anders dan in een organisatie die gezegend is met veel stabiliteit: eenheid in visie en uitvoering, een gezonde financiële positie, weinig verloop op de sleutelposities en goed functionerende medezeggenschapsorganen die de bestuurders continu scherpen. In een compleet rapport lees je dit allemaal terug, zowel in de kwantitatieve informatie als in de verhalen.

In hoofdstuk vier gaven we een typologie van vier verschillende soorten kwaliteitsrapporten. We onderscheiden de volgende genres:

### Managerial

Kenmerkend voor dit type zijn veel managementtaal, veel telinformatie en weinig voorbeelden. De rapportage is belegd bij een stafdienst kwaliteit of een werkgroep die moet zorgen voor de implementatie en fasering. Het vertelde verhaal is een managementverhaal dat inzicht geeft in de feitelijkheden: structuren, mensen, middelen, scores. Het rapport is compleet en geeft veel (stuur)

informatie. De prioriteitstelling heeft soms de vorm van een risicoanalyse: rood heeft prioriteit, oranje betekent gevaar, groen is goed.

### **Marketinggericht**

Een fraai vormgegeven rapport, een 'glossy'. Het is positief van toon, kleurrijk en optimistisch, en bevat veel individuele verhalen, de goede voorbeelden. Kritische geluiden zijn moeilijk te vinden. Wat beter kan krijgt minder aandacht en wordt weinig concreet gemaakt. Harde informatie wordt selectief verschaft. Het verhaal is beeldend met gebruikmaking van professionele foto's en verwijzing naar aansprekende filmpjes.

### **Verantwoordend**

In dit rapport is het kwaliteitskader gebruikt als format, als een verantwoordingsinstrument. Het kwaliteitskader lijkt weinig doorleefd en eigen gemaakt. Het wordt niet duidelijk of de organisatie de visie van lerend verbeteren omarmt, of leren tot stand komt en hoe dat dan gebeurt. De organisatie maakt de eigen visie ondergeschikt aan het kader. Het kader wordt minimaal gevolgd, als een verplichting. Van een reflectie vanuit (interne) stakeholders of een externe visitatie is meestal (nog) geen sprake.

### **Reflectief**

Dit rapport geeft zowel tel- als vertelinformatie. Er is moeite gedaan een goede balans te vinden tussen beide, waarbij keuzes worden uitgelegd. Er wordt gezocht naar spiegelinformatie om eigen uitkomsten/bevindingen te kunnen duiden en vervolgens weer te verbeteren. Het is duidelijk wat er goed is gegaan, wat minder goed ging en wat daarmee is gedaan. De reflecties van medezeggenschapsorganen en raad van toezicht zijn opbouwend kritisch geformuleerd; vaak wordt benadrukt dat successen ook wel gevierd mogen worden. Er zijn vaak verschillende soorten externe visitaties uitgevoerd.

Zoals eerder is beschreven, is er geen goede of verkeerde aanpak en natuurlijk zijn de verschillen in de typologie enigszins uitvergroet. Het kader biedt de ruimte voor een uitvoering die de organisatie het beste past. Het reflectieve rapport is echter het meest in de geest van de visie op kwaliteit die de VGN uitdraagt en die ten grondslag ligt aan het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022.

## **Externe experts over kwaliteit in balans**

**Mark van Twist, hoogleraar bestuurskunde, in het bijzonder bestuurs- en beleidsadviesgeving in publiek-private context, aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, decaan van de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur:**

“Het idee dat vertellen telt, vind ik wijs. Met een narratieve insteek van kwaliteitsrapporten kun je de mensen in beeld brengen om wie het gaat in de zorg. Ik raad de sector aan daarnaast ook stil te staan bij het omgekeerde: tellen vertelt. Wat je telt, bepaalt wat meetelt en waar je op aanspreekt en afrekent. Tel je de bedbezetting? De solvabiliteit? Het aantal keren dat mensen op het toilet worden gezet? De minuten voor een bezoekje aan bewoners? Het is minstens zo belangrijk ook daar intelligent mee om te gaan.”

**Gustaaf Bos:**

“Verhalen van cliënten inzetten om de kwaliteit te verbeteren, past goed bij het idee van zelfsturende teams. Wat ik wel zie is dat organisaties het beste van twee werelden willen. Ze willen kwalitatief, narratief onderzoek, maar tegelijkertijd uitkomsten die je kunt generaliseren, zoals bij kwantitatief onderzoek. Dat kan niet. Het verhaal dat iemand vertelt, wordt beïnvloed door de luisteraar en de plek. De cliënt heeft bepaalde verwachtingen van de begeleider aan wie hij het vertelt. Om erachter te komen wat het verhaal betekent, moet je teruggaan naar die context. Je kunt individuele verhalen niet samenvoegen en er voor de hele organisatie een betekenis aan geven: ‘Dit wil de cliënt.’”

**Jorgen Schram, onderzoeker en opleidingsmanager bij de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur; onderzoekt onder meer de rol van ervaringsdeskundigheid in toezicht en publieke verantwoording:**

“Het sectorbeeld is een mooi voorbeeld van hoe je de bekende manier van kwaliteit meten, met oog voor de technische kanten van zorg, kunt aanvullen met het perspectief van liefdevolle zorg. Daarbij gaat het om zaken als persoonlijke aandacht en geborgenheid. Kwaliteit meten op basis van liefdevolheid is lastig, want deze term laat zich niet eenvoudig operationaliseren in objectieveerbare indicatoren. Dat maakt het gesprek hierover al snel ingewikkeld en omstreken. Maar als je het toevoegen van verhalen en ervaringen serieus neemt, hoort daar volgens mij ook een professionaliseringslag bij. Anders kan het beeld ontstaan dat het narratieve toch inferieur is aan ‘meten is weten’. Je zou met elkaar in gesprek moeten gaan: waarnaar kijken we? Voor de bouwsteen ‘ervaringen van cliënten’ vragen sommige organisaties nu naar de kwaliteit van de dienstverlening en andere naar kwaliteit van bestaan. Je zou volgens mij een gezamenlijk beeld moeten hebben van wat je verstaat onder kwaliteit. Het is van belang een balans te vinden tussen de meer technische kwaliteit – worden medicijnen op de juiste manier bewaard, worden hygiëneprotocollen nageleefd, enzovoorts – en menselijke of liefdevolle kwaliteit. Die moet je in samenhang bezien. Want ‘meten is weten’ is niet genoeg, maar alleen verhalen ook niet. Cijfers geven onderbouwing. Je wilt niet alleen mooie verhalen lezen, terwijl intussen de medicijnen niet goed worden bewaard. Ik denk daarom dat de volgende stap is te bekijken hoe beide aspecten zich tot elkaar verhouden. De technische kwaliteitsbenadering is decennialang doorontwikkeld, dus het is niet gek dat je de verhalende kant ook verder moet ontwikkelen.”

### 6.3 Cyclisch leren en verbeteren

De teamreflecties vormen de basis voor een betekenisvol gesprek over kwaliteit van zorg dat moet leiden tot zinvolle verbetering van de zorg en ondersteuning. In de rapporten is te lezen hoe de reflecties plaatsvinden. Vaak wordt ook verteld hoe een teamreflectie verloopt. Soms wordt dit ook nog geïllustreerd met foto's. Input voor de teamreflecties zijn onder meer cliëntervaringsonderzoeken en informatie over personele zaken, kwaliteit en veiligheid.

22

Uit de rapporten blijkt dat de teamreflecties bijdragen aan het stellen van concrete verbeterdoelen op het niveau van de werkvloer: daar waar cliënten kwaliteit ervaren. Maar daar blijft het niet bij. Veel organisaties beogen dat reflectie onderdeel wordt van het normale werk, een grondhouding wordt in plaats van een instrument. Daar waar dat (nog) niet zo is, geven medewerkers aan dat zij de reflecties waarderen, maar ook dat het in de waan van de dag moeilijk is er tijd voor te maken. Het is mooi als het management de teams dan niet alleen controleert op de realisatie van hun verbeterplan, maar ook ondersteunt bij de uitvoering en bij het reflecteren en leren zelf. Collega's aanspreken, feedback geven en om hulp vragen is zelden vanzelfsprekend. Het helpt als hier expliciete tijd en aandacht voor is. Datzelfde geldt voor de bespreking van het teamontwikkelplan of het verbeterplan met cliënten en naasten. Waar dit gebeurt, merken cliënten echt wat van het kwaliteitskader en kan het daadwerkelijk impact hebben op hun leven. Toch tonen veel organisaties zich nog onzeker over de vraag of zij 'de cirkel rond' maken en hun verbeterpunten tot de gewenste resultaten leiden. Het werken met verbeter-registers en de verbinding van verbeterplannen aan managementrapportages en/of PDCA-cycli maken de inspanningen concreet en zichtbaar.

Het kwaliteitsrapport kan, wanneer het wordt besproken op alle niveaus in de organisatie, een leidraad vormen in het dagelijks werk. Zeker wanneer verbeterpunten helder zijn omschreven en geprioriteerd. Prettig is het als het kwaliteitsrapport afsluit met een reflectie van de bestuurder: een beschouwing over het gevolgde proces, lessen die hij/zij zelf ervan heeft geleerd, een reactie op de feedback van de externe deskundigen en de adviezen van cliënten en medewerkers, en een vooruitblik op het volgende jaar. Ook dat maakt de leercyclus rond.



## Externe experts over cyclisch leren en verbeteren

**Jan Kremer, voorzitter Kwaliteitsraad Zorginstituut Nederland, hoogleraar patiëntgerichte innovatie Radboudumc:**

“Alle mensen in de gehandicaptenzorg hebben hart voor de zaak. Als zij vanuit hun hart aan de gang gaan met leren en verbeteren, moet je eens zien wat er een kracht loskomt. Door deze manier van kijken ga je op een positieve manier om met kwaliteit. Het is een manier van verantwoord die professionals energie geeft. Daar wil ik de gehandicaptenzorg een vet compliment voor geven.

Veiligheid van de zorg, bijvoorbeeld dat de douche niet te heet kan worden, blijft een harde voorwaarde. Daar mag je op de oude manier naar kijken. Maar wees heel bescheiden met de eisen die je landelijk vastlegt, want zonder ruimte valt er weinig te leren en verbeteren. Tegelijkertijd zijn leren en verbeteren niet vrijblijvend. Je moet organisaties er niet op afrekenen als mensen vallen, wél als ze niet bereid zijn te leren van een externe blik. Daar moet je keihard in zijn.”

**Pauline Meurs:**

“In plaats van een vergelijking tussen organisaties, maken deze rapporten een vergelijking ten opzichte van vroeger: heb je je verbeterd? Daarmee eerbiedig je ook de verschillen tussen instellingen.”

**Manon Ruijters:**

“Ik ben blij met de bouwsteen teamreflectie, want dat gaat over: hoe doen we het nu? Maar met reflectie alleen kom je er niet. Er zijn ook beelden nodig van goed werk, anders leidt reflectie slechts tot gesprek, maar niet tot verbetering.

Teamleren als werk- en onderzoeksveld is sterk in beweging, dus het is niet gek dat de sector zoekende is. Belangrijk is de combinatie van actie en reflectie, van leren en realiseren. De middenweg zoeken tussen voorthollen op de gewone snelheid, en er alleen over praten tijdens een heidag.”

### 6.4 Interne en externe reflectie

De kwaliteitsrapporten hebben een interne en een externe functie. Intern is het een basis voor overleg met onder andere cliëntenraad, ondernemingsraad en raad van toezicht. Extern is het kwaliteitsrapport een hulpmiddel voor transparantie, doordat het de basis legt voor samenspraak met de IGJ en met het zorgkantoor als uitvoerder van de Wlz. De reacties op het conceptrapport vanuit de medezeggenschapsorganen en raad van toezicht maken onderdeel uit van de rapportage en helpen prioriteiten aan te brengen in de verbeterdoelen. Tegelijkertijd bieden ze ook een *reality check*: komt het gepresenteerde overeen met hun beleving? Deze werkwijze vraagt veel vertrouwen in en van de kritische meelezers, zoals de raad van toezicht. Ook van hen vraagt het een open, lerende en reflectieve houding.

Ondernemingsraden en raden van cliënten en/of verwanten vragen in hun reacties aandacht voor eigen speerpunten. Zij merken bijvoorbeeld op dat het rapport – naar hun smaak – al te rooskleurig is of onevenwichtig: de ene doelgroep komt bijvoorbeeld meer aan bod dan een andere. Zij vragen aandacht voor zaken die cliënten belangrijk vinden. Deze ruimte voor het bieden van tegenwicht is van grote waarde; het objectiveert en relativeert het beschrevene.

Reacties van raden van toezicht zijn vaak formeler van toon en minder inhoudelijk. Ze geven complimenten, zij kondigen aan de geformuleerde verbeterpunten actief te zullen monitoren of nemen de gelegenheid te baat ook op de andere verantwoordelijkheidsgebieden van de bestuurder(s) te wijzen. De rapportages bevatten in het algemeen geen informatie over de manier waarop het gesprek is gevoerd met de raden van toezicht over het kwaliteitsrapport. Was dit een reflectief gesprek waarvoor ruim de tijd is genomen, met de voltallige raad? Of is het bijvoorbeeld ‘uitbesteed’ aan de kwaliteitscommissie? Weinig raden van toezicht zeggen in hun reactie iets over de manier waarop zij de kwaliteit van zorg en ondersteuning bespreken, stimuleren, monitoren en welke plek kwaliteitsinformatie voor hen inneemt ten opzichte van andere stuurinformatie (denk

aan financiële rapportages en personele kerngegevens). Sommige organisaties zijn wel bezig de kwaliteitsreflecties te verbinden aan de beleidscyclus, door kwaliteits- en financiële rapportages te combineren. Of toezichthouders het kwaliteitsrapport als een gewichtig document zien waarvoor ook zij zich verantwoordelijk voelen, vergelijkbaar met een jaarrekening, wordt uit de rapporten niet duidelijk.

Een visitatie door externe deskundigen is een verplicht onderdeel van het Kwaliteitskader. Omdat de eis minimaal eenmaal per twee jaar is, zijn lang niet alle organisaties hier al aan toegekomen. De manier waarop het gebeurt is bovendien zeer verschillend. De brede aanpak die sommige organisaties hanteren, biedt veel toegevoegde waarde: de veelheid aan perspectieven stelt het vanzelfsprekende ter discussie en helpt de eigen routines te doordenken op nut en noodzaak. Soms komen ook externe samenwerkingspartners aan het woord in het kwaliteitsrapport, zoals een zorginkoper van het zorgkantoor die vertelt hoe hij met de organisatie praat over kwaliteit van zorg en hoe dat gesprek zijn werk heeft veranderd en verrijkt.

In een van de kwaliteitsrapporten staat:

De interne en externe reflectie hebben het beeld gecompleteerd. Beide reflecties gaven mooie aandachtspunten, maar de werkelijke opbrengst zat vooral in het enthousiasme dat ontstond bij alle deelnemers. Enthousiasme over het prachtige gesprek dat gevoerd werd. Enthousiasme over de dialoog tussen cliënten, bewoners en medewerkers waarbij uitwisseling van ervaring en kennis leidde tot concrete handvatten voor de oplossingsrichtingen. Enthousiasme ook bij de externe stakeholders over het prachtige gesprek dat we met elkaar konden voeren over de ontwikkelingen in de zorg, de mogelijkheden om de zorg nog beter te maken en de mogelijke verbeteringen voor de specifieke doelgroep en zorg waar de Coppes zich op richt. (uit kwaliteitsrapport Robert Coppes stichting)

Het kwaliteitsrapport zelf is ook aanleiding voor gesprekken tussen zorgorganisaties en zorgkantoor. Een bestuurder vertelde ons dat het zorgkantoor hem uitnodigde voor een gesprek van een paar uur over het kwaliteitsrapport. Cliënten en familie waren erbij. Hij wist tevoren niet goed wat te verwachten; het rapport was het enige agendapunt. Het werd een diepgaand gesprek met veel aandacht voor de dilemma's in de zorgverlening en hoe de organisatie daarmee omging. Ook het lerend vermogen zelf werd besproken. Alle aanwezigen ervoeren het gesprek als verrijkend. Een goed kwaliteitsrapport geeft veel aanknopingspunten voor een goed gesprek, zowel binnen als buiten de organisatie, zo blijkt.

## Externe experts over interne en externe reflectie

### **Mark van Twist:**

“Ik kan me voorstellen dat het kwaliteitsrapport wordt besproken in de raad van toezicht. Niet voor goedkeuring en decharge zoals de jaarrekening; er is tenslotte ook geen accountant die zekerheid kan bieden of het allemaal klopt. Maar wel om een lerend gesprek te voeren: hoe zien wij onszelf en wat kunnen wij nog leren? In het algemeen zijn zelfevaluaties door de leiding het minst kritisch; ze helpen vooral als basis voor reflectie. Visitaties door collega's zijn doorgaans kritischer. Een blik van een onafhankelijke partij, zoals de inspectie, is afstandelijker en daardoor vaak technischer. Het mooiste vind ik eigenlijk een audit met een centrale rol voor de mensen die in een instelling wonen en die we bij vergissing wel als 'leken' aanduiden maar die natuurlijk eigenlijk ervaringsdeskundigen zijn. Elke vorm heeft nut, dus het is goed om deze vormen af te wisselen en te combineren.”

**Pauline Meurs:**

“Ik snap dat organisaties nog niet zijn toegekomen aan visitaties, want deze nieuwe manier van kwaliteit in beeld brengen is een enorm karwei. Maar het moet wel gebeuren. Die externe blik is nodig om de cyclus rond te krijgen. Het lijkt mij mooi als teams bij elkaar op bezoek gaan met tenminste één iemand van buiten erbij. Die krijgt dan zicht op hoe het gesprek tussen teams gaat en kan zelf ook iets vinden. Teams gaan met elkaar in gesprek over wat er beter kan en vervolgens in gesprek binnen het team.”

## 7 Conclusie en blik vooruit

De kwaliteitsrapporten bieden inzicht in het leven van cliënten, in de organisaties van wie zij zorg ontvangen, de (ervaren) kwaliteit van de zorg, én het lerend vermogen van de sector. Hoe deze elementen precies samenhangen is een relevante vraag. Het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022 berust op de overtuiging dat werken aan kwaliteit vooral vraagt om een lerende cultuur en houding in alle lagen van de organisatie. Teamreflectie en visitatie zijn daarin belangrijke elementen.

De kwaliteitsrapporten bieden een vorm van transparantie die (nog) uniek is in de zorg. Ze geven met name inzicht – het ene meer dan het andere – in de geleverde zorg en ondersteuning. Ze laten in de cliëntverhalen ook iets zien over de levens van cliënten. Het leven van mensen met een beperking is niet makkelijk en het is niet altijd mogelijk hun bestaan te verlichten. De organisaties in de gehandicaptenzorg maken door middel van de kwaliteitsrapporten duidelijk hoe zij cliënten ondersteunen om hun leven te leiden op een manier die bij hen past, wat de mogelijkheden en de moeilijkheden daarbij zijn, wat cliënten zelf belangrijk vinden:

Cliënt: “Sinds kort heb ik een buddy. Een vrijwilliger die met me op stap gaat. We zijn naar Amsterdam geweest, naar de ijssculpturen. En naar Rotterdam waar we een grote boot hebben bezocht. In maart gaan we weer uit. Ook ga ik binnenkort afspreken met een maatje uit mijn hockey team. Een begeleider kent hem van de Scouting en helpt me bij het maken van een afspraak. Dat is wel belangrijk. Dat ik meer contacten heb. Verder vind ik het goed zo.”  
(uit kwaliteitsrapport Middin)

26

In de rapporten lezen wij dat reflectie vooral gaat over de samenwerking met elkaar en met de cliënten. Dat is in de ogen van cliënten het belangrijkste. Dat begeleiders op een fijne manier met hen samenwerken, duidelijk communiceren, luisteren, overleggen en rekening houden met persoonlijke noden. Niet de resultaten maken voor hen (in grote mate) het verschil, maar het proces van zorgverlening, het gedrag van professionals. Bewust worden hiervan en investeren in medewerkers die reflecteren op hun eigen handelen, op het moment zelf en achteraf, lijkt met andere woorden een verstandige keuze.

Aandacht voor leren en reflecteren is een andere vorm van sturing dan controle. Dat is voor alle betrokkenen wettend. Het betekent niet dat er geen controle meer nodig is, dat resultaten niet meer tellen of dat regels en afspraken vrijblijvend zijn. Een versterking van de reflectiviteit in de organisatie betekent wel een verplaatsing van de aandacht van de uitkomstkant van het zorgproces naar de inputkant. In plaats van zekerheid te zoeken in de controle en beoordeling achteraf, halen organisaties zekerheid uit het zelfcorrigerende en leervermogen van professionals en uit de kritisch-stimulerende rol van cliënten, familie/verwanten en van externe deskundigen (visitaties).

De spannende vraag is in hoeverre externe toezichthouders en zorgkantoren durven af te gaan op de informatie uit de kwaliteitsrapporten. Het kan zijn dat een toezichthouder vraagt het rapport verder aan te vullen, of besluit tot een bezoek en gesprekken met cliënten en medewerkers, om na te gaan of het geschrevene ook daadwerkelijk zo wordt ervaren. Het governanceprincipe ‘pas toe of leg uit’ geldt immers niet alleen voor raden van toezicht, maar voor alle medewerkers. Wanneer een regel niet toepasbaar is in specifieke situaties moeten zij dit bespreken en duidelijk maken waarom en hoe zij afwijken van de regel. Het is een manier van lerend verantwoordelijk.

Op basis van de kwaliteitsrapporten kan een gesprek op gang komen tussen de verschillende lagen in het systeem van de gezondheidszorg, een respectvolle dialoog die zowel controlerend als stimulerend is. Dit helpt niet alleen medewerkers en teams om de zorg en ondersteuning voortdurend te blijven verbeteren, maar helpt ook om de problemen die de sector bedreigen het hoofd te bieden en gezamenlijk te blijven zoeken naar verdere verbetering van de

gehandicaptenzorg. Reflectie werkt op deze manier ook preventief. Reflectie op wat er goed gaat en wat er nog beter kan in het zorgproces is van belang om incidenten en zelfs bijna-incidenten vóór te kunnen zijn. Het is een vooruitziende vorm van risicomanagement.

## Externe experts en de blik vooruit

### **Jan Kremer:**

“Ik heb groot respect voor hoe organisaties in de gehandicaptenzorg kwaliteit in beeld proberen te krijgen. Ze laten zien aan de samenleving: zo gaan wij om met kwaliteit, wat vinden jullie ervan? Het is eigenlijk lerend verantwoord. Dat is de toekomst. Daar mogen ze best trots op zijn, mét het besef dat het altijd weer beter kan. Je bent op de goede weg als je continu bezig bent met verbeteren, in reflectie met externe stakeholders. Wat mij betreft zou dit rapport een uitnodiging zijn voor een dialoog over wat je volgend jaar beter kunt doen. Een dialoog met externe belanghebbenden op macroniveau: de hoofdinspecteur van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, de minister, Kamerleden, de landelijke cliëntenorganisatie, misschien ook de brancheorganisatie van een aanpalende zorgsector. Daarin zijn een aantal onderwerpen belangrijk. Allereerst: wat zijn onze waarden? Ten tweede: hebben we de goede partijen betrokken bij onze kwaliteitsbeoordeling, of is het toch een feestje van de professionals? Ten derde: hebben we alle relevante kennisbronnen in balans gebruikt? Het zou slecht zijn als je alléén verhalen gebruikt, alleen cijfers, of alleen eigen data zonder benchmark. Ten slotte het leerproces: zit daarin voldoende beweging of is het: eens per jaar gegevens ophalen en verder niets? Als die externen zeggen: je bent goed op weg, maar besteed wat meer aandacht aan vakmanschap; of: je hebt wel heel veel verhalen en weinig data; dan zou ik denken: dit is niet alleen ‘goed’, maar dit is: ‘elk jaar beter’! En dat is misschien wel de definitie van goed.”

### **Pauline Meurs:**

“Ik was betrokken bij de start van de zoektocht naar een alternatief voor vragenlijsten en benchmarking. Het was taaie materie, met name ook de discussie met de verzekeraars. Je hoopt dat het sectorrapport inspiratie biedt aan andere sectoren. Met name in sectoren waar welbevinden een centrale rol speelt, is het essentieel dat je probeert om aan te sluiten bij de leefwereld van de cliënt en die een beetje beter te maken. Het is daarom interessant dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd positief is over de kwaliteitsrapporten van de sector.

Wat me verrast is de openheid over de noodzaak van een volgende stap. Terecht wordt de vraag gesteld: hoe zorgen we ervoor dat we niet in slaap vallen na een paar jaar? Routinisering is een risico: daar heb je weer een visitatie of weer een ‘Dit vind ik ervan’. Een ander risico is dat het *sloppy* wordt. Het vertellen moet wel op een methodologisch verantwoorde manier blijven gebeuren. Het derde risico is dat de buitenwereld de waarde niet genoeg ziet en toch om standaardisering vraagt. Dat kunnen instellingen denk ik voorkomen als ze de cyclus compleet maken en kunnen laten zien dat ze winst boeken. En door, als er geen winst meer is te behalen op het ene gebied, te kijken of er andere domeinen zijn die te weinig aandacht hebben gekregen.”

## Tot slot

De kwaliteitsrapporten bieden een kans gezamenlijk na te denken over de richting waarin de zorg en ondersteuning binnen een specifieke organisatie of binnen de gehele sector zich zou moeten ontwikkelen. Daarnaast zouden ook andere sectoren kunnen leren van de manier waarop gewerkt is aan een kwaliteitskader dat de ervaringen van cliënten centraal stelt, past bij de sector en tegelijkertijd volstaat als externe verantwoording. Het zou mooi zijn als het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022 leidt tot een leerproces dat verder reikt dan de individuele organisaties. Wij hopen dat de analyse in dit sectorbeeld daarbij behulpzaam is.

# Bijlage 1

## Geselecteerde kwaliteitsrapporten:

### Uit de proeftuinen:

Arduin  
Cordaan  
De Noorderbrug  
Dichterbij  
Esdege Reigersdaal  
Iperse de Bruggen  
Middin  
Philadelphia  
Pluryn  
Plus home  
Sherpa  
Siza  
Visio  
Zuidwester

### Andere organisaties, geselecteerd op variatie in omvang, locatie en doelgroep:

Ambiq  
Ambulante Hulpverlening Midden Nederland  
Amerpoort  
ASVZ  
De Gelderhorst  
De Karmel  
DeSeizoenen  
De Zijlen  
Woon-zorgboerderij De Witte Hoeve  
InteraktContour  
Lievegoed  
Lunet zorg  
Nieuw Unicum  
Odion  
Pameijer  
Promens Care  
Reinaerde  
Robert Coppes Stichting  
SDW  
Severinus  
Siloah  
Stichting Agrarische Zorgonderneming Vlist  
Stichting de Driestroom  
Stichting de Okkernoot  
Stichting Ilmarinen  
Stichting Orion  
Vitree

# Bijlage 2

## Achtergrondinterviews en experts:

- Martin Boekholdt (emeritus hoogleraar organisatiewetenschappen, voorzitter Stuurgroep Kwaliteitskader)
- Gustaaf Bos (onderzoeker Amsterdam UMC-locatie VUmc, afdeling Metamedica; doet onder meer onderzoek naar participatie, ervaringsdeskundigheid en het instrument 'Dit vind ik ervan')
- Jan Coolen (adviseur VGN)
- Henk Kouwenhoven (bestuurder Sherpa, oud bestuurslid VGN)
- Jan Kremer (voorzitter Kwaliteitsraad Zorginstituut Nederland, hoogleraar patiëntgerichte innovatie Radboudumc)
- Pauline Meurs (voorzitter Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, hoogleraar bestuur van de gezondheidszorg Erasmus Universiteit Rotterdam)
- Manon Ruijters (hoogleraar leren, ontwikkelen en gedragsverandering Vrije Universiteit, lector professionele identiteit en organisatieontwikkeling Aeres Hogeschool Wageningen, mede-eigenaar/adviseur Good Work Company)
- Jorgen Schram (onderzoeker en opleidingsmanager bij de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur. Onderzoekt onder meer de rol van ervaringsdeskundigheid in toezicht en publieke verantwoording)
- Mark van Twist (hoogleraar bestuurskunde, in het bijzonder bestuurs- en beleidsadvisering in publiek-private context, aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, decaan van de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur)

## Begeleidingscommissie Sectorbeeld

Martin Boekholdt (onafhankelijk voorzitter)

Jan Duenk (bestuurder Abrona)

Natacha Lijding (Iederin)

Astrid de Bode (ZN)

Ditte van Vliet (VGN)

Marga Schrieke (secretaris, VGN)

# Bijlage 3

## Cliëntervaringsinstrumenten Waaier 2017-2019 VGN:

1. Ben ik tevreden? Gesprekslijst
2. Ben ik tevreden? Klein kijken. Observatielijst EMB
3. C-toets. OBC 2.0
4. Cliëntervaringsonderzoek
5. Cliënten over kwaliteit
6. Dit vind ik ervan!
7. Dit vind ik ervan! Ik toon
8. Mijn mening
9. Onze cliënten aan het woord
10. Personal Outcomes Scale POS
11. Quality Cube



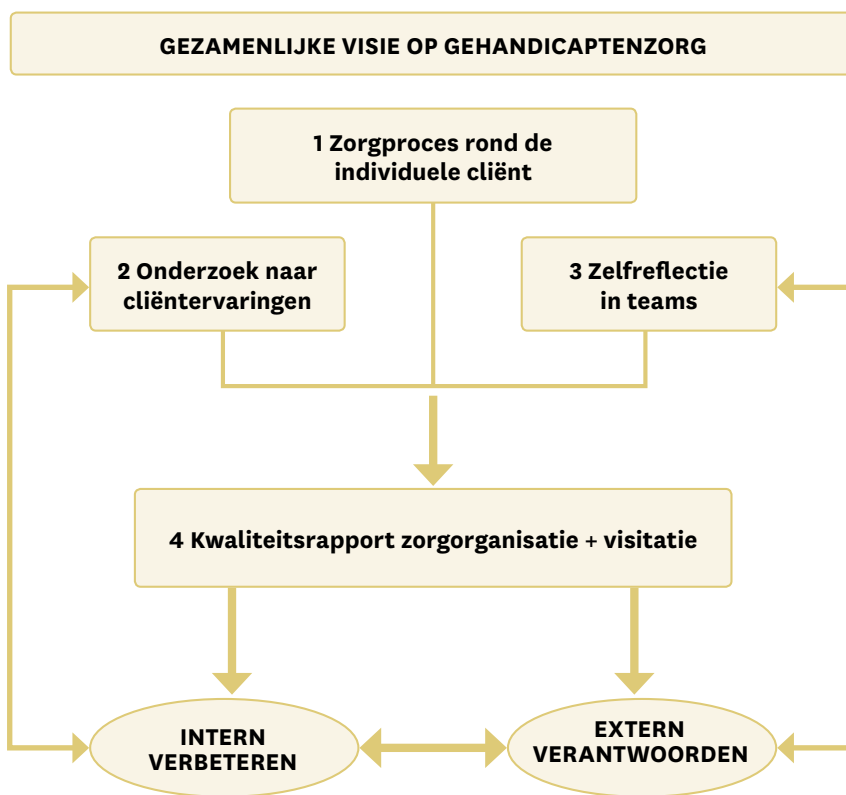
# Bijlage 4

## Geraadpleegde rapporten:

- Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022. Landelijk kader binnen de Wlz (mei 2017, VGN)
- Samen maken we de zorg steeds beter. Samenvatting Kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2017-2022 (juni 2017, VGN)
- Handreiking Kwaliteitsrapport en externe visitatie. In het kader van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022 (oktober 2017, VGN)
- Vertellen telt! Rapportage over het vernieuwde Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg en het Kwaliteitsrapport 2017-2022 (maart 2018, IGJ)
- Evaluatie van de proeftuinen vernieuwing Kwaliteitskader gehandicaptenzorg (27 september 2016, Bosman & Vos)

# Bijlage 5

Figuur: samenhang tussen de vier bouwstenen (uit Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022)





**Erasmus University Rotterdam**  
For ambitious thinkers and doers.

