

KWALITEITSKADER GEHANDICAPTENZORG 2017-2022

LANDELIJK KADER BINNEN DE WLZ



KWALITEITSKADER GEHANDICAPTENZORG 2017-2022

Landelijk kader binnen de Wlz



Landelijke stuurgroep kwaliteitskader gehandicaptenzorg
Utrecht, mei 2017

INHOUD

| | |
|---|----|
| VOORWOORD | 3 |
| 1 DOEL EN REIKWIJDTE | 4 |
| 2 GEHANDICAPTENZORG | 6 |
| 3 KWALITEITSKADER VOOR GEHANDICAPTENZORG | 9 |
| 4 BOUWSTEEN: ZORPROCES ROND DE INDIVIDUELE CLIËNT | 15 |
| 5 BOUWSTEEN: ONDERZOEK NAAR CLIËNTERVARINGEN | 17 |
| 6 BOUWSTEEN: ZELFREFLECTIE IN TEAMS | 20 |
| 7 BOUWSTEEN KWALITEITSRAPPORT EN VISITATIE | 22 |
| 8 VERANTWOORDING EN INFORMATIE | 26 |
| 9 SAMENHANG MET LANDELIJK ZORGBELEID | 28 |
| 10 ONDERHOUD EN ONTWIKKELING | 30 |
| BIJLAGE 1: LANDELIJKE STUURGROEP | 32 |
| BIJLAGE 2: AFKORTINGEN- EN BEGRIPPENLIJST | 33 |
| BIJLAGE 3: SAMENWERKINGSAFSPRAKEN STUURGROEP KWALITEITSKADER GEHANDICAPTENZORG (2017-2022) | 34 |
| COLOFON | 37 |

VOORWOORD

In 2015 en 2016 hebben alle relevante partijen uit de gehandicaptenzorg gewerkt aan een vernieuwing van het landelijke Kwaliteitskader. Deze partijen zijn al enige jaren verenigd in een landelijke stuurgroep.

Het vernieuwde kader berust op een aansprekende visie, geeft helderheid aan cliënten over goede zorg, helpt teams om de zorg te verbeteren en biedt handvatten voor bestuurlijke verantwoording. In het kader ligt een sterk accent op leren en verbeteren. Bovendien laat het ruimte voor diversiteit en stimuleert het eigen accenten.

In 2016 zijn 24 organisaties als proeftuinen aan de slag gegaan met het vernieuwde kwaliteitskader. Het heeft tot daadwerkelijke vernieuwing geleid en geresulteerd in 24 kwaliteitsrapporten waarin de organisaties op eigen wijze verschillende aspecten van kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg zichtbaar maken. Ook laten ze zien aan welke verbeteracties ze werken.

Met ingang van 2017 is het vernieuwde kwaliteitskader van kracht voor de gehele sector. Het loopt door tot 2022 met een tussentijdse evaluatie in 2020.

Zorginstituut Nederland heeft het kader opgenomen in het register Zorginzicht.nl, ter vervanging van de systematiek die in eerdere jaren is gehanteerd.

Aan de invoering van het kader is een ontwikkelagenda gekoppeld met daarin aandacht voor de ondersteuning bij de toepassing. Bijvoorbeeld in de vorm van handreikingen en andere ondersteunende of richtinggevende documenten.

Voorliggend kerndocument beschrijft het vernieuwde kwaliteitskader. Het geeft informatie over de onderliggende visie, de bouwstenen, de reikwijdte en de context en daarmee over een nieuwe manier van omgaan met het vraagstuk van kwaliteit in de sector. Zonder twijfel zal dit vernieuwde kwaliteitskader een belangrijke bijdrage gaan leveren aan het versterken van de kwaliteit van bestaan van mensen met een beperking in de langdurige zorg.

Dat het vernieuwde kwaliteitskader er nu ligt is mede te danken aan de geweldige inspanning die velen in de sector in de voorgaande jaren hebben gedaan om het te ontwikkelen en van het benodigde draagvlak te voorzien. Ze verdienen daarvoor veel respect.

Prof. dr. Martin Boekholdt,

voorzitter Landelijke Stuurgroep Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg.

1 DOEL EN REIKWIJDTE

1.1 KWALITEITSKADER

De sector gehandicaptenzorg heeft al enige jaren een kwaliteitskader dat in het brede werkveld is ontwikkeld. Sinds de stelselwijziging in de langdurige zorg (2015) is dit kader toegespitst op de zorg die onder de Wet langdurige zorg (Wlz) valt.

Het uitgangspunt van het kwaliteitskader is een gedeelde visie op de vraag wat goede zorg is voor mensen met langdurige beperkingen. Die visie blijft van kracht (zie paragraaf 3). Tegelijkertijd is het wenselijk dat de werkwijzen uit het kader worden aangepast aan moderne inzichten over kwaliteitsbevordering (zie: paragraaf 4-5-6-7).

Het doel van het landelijk kwaliteitskader is meerledig:

- Het geeft duidelijkheid naar cliënten: wat mogen zij verwachten van de geboden zorg en ondersteuning (hier toegespitst op de Wlz).
- Het is stimulerend voor de medewerkers die de zorg uitvoeren; het helpt hen bij het voortdurend werken aan kwaliteitsverbetering.
- Het is richtinggevend voor de leiding van een zorgorganisatie. Zij kan met het kader sturen op kwaliteit doordat ze zicht heeft op kwaliteit, weet wat goed gaat en wat beter moet.
- Het preciseert hoe elke zorgorganisatie het zicht op kwaliteit gebruikt voor externe verantwoording (naar de samenleving, het zorgkantoor en IGZ).

1.2. GEZAMENLIJKE PARTIJEN

In 2015 en 2016 hebben alle relevante partijen uit de gehandicaptenzorg gewerkt aan een vernieuwing van het landelijk kwaliteitskader. Dit deden ze vanuit een gezamenlijk initiatief. Deze partijen zijn landelijke cliëntenorganisaties, beroepsgroepen, branchevereniging, Zorgkantoren en de Inspectie voor Gezondheidszorg

De partijen hebben zich verenigd in een landelijke stuurgroep, onder voorzitterschap van prof. dr. M.G. Boekholdt.

Bij de stuurgroep zijn twee waarnemers betrokken; Ministerie van VWS (directie langdurige zorg) en Zorginstituut Nederland

Samen hebben de partijen het vernieuwd kwaliteitskader met een nieuwe systematiek doorontwikkeld. Deze nieuwe systematiek is zinvol en werkbaar, zo blijkt uit proeftuinen die in 2016 zijn uitgevoerd. Bovendien heeft ze op drie gebieden meerwaarde ten opzichte van de werkwijzen uit het huidige kwaliteitskader. Allereerst focust de werkwijze zich meer dan voorheen op de kwaliteit van bestaan van mensen met een beperking en de bijdrage die zorg en ondersteuning daaraan leveren. Bovendien krijgen leren en verbeteren in de praktijk een sterk accent. Tenslotte is er onmisbare aandacht voor wat cliënten zelf vinden van kwaliteit.

1.3. REIKWIJDTE

Het kwaliteitskader heeft betrekking op gehandicaptenzorg die onder de Wlz valt. Dit is:

- Zorg binnen woonlocaties of 'zorg in de wijk' rond steunpunten (minimaal 4 dagen per week zorg);
- Integrale zorg en ondersteuning: rond wonen, dagactiviteiten en behandeling;
- Wlz-zorg in iemands eigen woning via een 'volledig pakket thuis'.

Nader valt te bezien of de reikwijdte wordt verruimd met MPT ('modulair pakket thuis') en/of met zorg via een Pgb.

Alle domeinen van de gehandicaptenzorg vallen onder het kader. Deze domeinen vertegenwoordigen samen een grote diversiteit aan cliënten. Het vernieuwde kwaliteitskader laat ruimte voor die diversiteit: organisaties kunnen eigen accenten aanbrengen in de onderwerpen en zicht op kwaliteit intern verbeteren en extern verantwoorden.

1.4. INVOERING

Het vernieuwde kwaliteitskader is van kracht met ingang van 2017 en loopt door tot 2022. Aan Zorginstituut Nederland is gevraagd het kader op te nemen in het register van het instituut, ter vervanging van de systematiek die in eerdere jaren is gehanteerd.¹

De invoering van het kader is gekoppeld aan een 'ontwikkelagenda'. Daarmee komt de landelijke stuurgroep tot de gewenste ondersteuning van het werkveld en tot de realisatie van zinvolle handreikingen voor het werkveld. Hoofdlijnen van die agenda staan in paragraaf 10. Eind 2019 vindt er een evaluatieonderzoek plaats en op basis daarvan kunnen aanpassingen in het kwaliteitskader worden doorgevoerd.

1.5. OPBOUW DOCUMENT

Het kwaliteitskader berust op een aansprekende visie, geeft helderheid aan cliënten over 'goede zorg', helpt teams om de zorg voortdurend te verbeteren en biedt een handvat voor bestuurlijke verantwoording naar de omgeving. In dit document komen achtereenvolgens de volgende onderwerpen aan de orde:

- Gehandicaptenzorg
- Kwaliteitskader voor gehandicaptenzorg
- Het zorgproces rond de individuele cliënt (bouwsteen 1)
- Ervaringen van cliënten (bouwsteen 2)
- Medewerkers die aan kwaliteit werken (bouwsteen 3)
- Bestuurlijk leiderschap rond kwaliteit (bouwsteen 4)
- Verantwoording en kwaliteitsinformatie naar het zorginstituut
- Samenhang met landelijk beleid voor de gehandicaptenzorg
- Onderhoud en ontwikkeling van het kwaliteitskader

¹ Vooruitlopend op de formele besluitvorming over opname van het vernieuwd kwaliteitskader in het Register van Zorginstituut Nederland, heeft dit instituut reeds het huidige kwaliteitskader aangepast: met ingang van 1 januari 2017 vervalt de huidige "pijler 2a" (jaarlijkse registratie van gegevens per individuele cliënt in een landelijk datasysteem).

2 GEHANDICAPTENZORG

2.1. DOELGROEP IN DE WLZ

De gehandicaptenzorg op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) richt zich op mensen die doorgaans hun leven lang en op veel gebieden ondersteuning nodig hebben. Ongeveer 100.000 mensen hebben een indicatie voor zulke zorg. Niet iedereen komt vanuit die indicatie direct tot zorggebruik; jaarlijks maken zo'n 80.000 mensen gebruik van zorg op basis van de Wlz.² Die zorg krijgen ze in een grote verscheidenheid aan woonvormen, van 'gewone' huizen in een wijk, tot kleinschalige woonvoorzieningen, woongroepen op grotere locatie of appartementen rond een steunpunt.

Binnen de gehandicaptenzorg is sprake van een grote diversiteit aan problematiek onder mensen met een beperking. Driekwart van de doelgroep heeft primair een verstandelijke beperking, een kwart heeft een complexe lichamelijke handicap en/of een zintuiglijke beperking. En ieder mens is uniek. Voor de gehandicaptenzorg geldt als opgave: mensen ondersteunen zodat zij een leven kunnen leiden zoals zij dat willen, zodat iedereen een waardevol bestaan kan hebben.

2.2. MEER COMPLEXE ZORGVRAGEN

Een aanzienlijk deel van de cliënten in de Wlz heeft een complexe zorgvraag, vaak door een combinatie van beperkingen. Het gaat dan bijvoorbeeld om:

- Mensen met ernstig-meervoudige beperkingen;
- Mensen met niet-aangeboren hersenletsel;
- Mensen die naast een verstandelijke beperking ernstige psychiatrische problemen hebben;
- Mensen met lichamelijke beperkingen die uitgebreide verzorgings- en verplegingsbehoeften hebben;
- Oudere mensen met beperkingen die langer leven door betere medische zorg en intensieve begeleiding en verzorging nodig hebben.

Zulke bijzondere cliëntgroepen met complexe zorgvragen vragen om extra aandacht voor de toerusting van medewerkers en het samenspel van dagelijkse zorg en ondersteuning met (extra) behandeling. Daarom ontwikkelt de gehandicaptenzorg specifieke zorg voor deze cliëntgroepen, gebaseerd op onderzoek en praktijkervaring.³

² De genoemde aantallen zijn globale cijfers; afgeleid van informatie uit CIZ-rapporten en CBS-statistieken. Naast dit gebruik van de Wlz doen omstreeks 100.000 gehandicapte mensen voor lange tijd een beroep op hulp onder het bereik van de Jeugdwet of de Wmo; voor ambulante begeleiding, voor dagactiviteit, voor hulp aan het gezin met een thuiswonend gehandicapt kind.

³ Er is een verbinding met het ZonMw-programma "Gewoon Bijzonder" dat in 2015 is gestart; dit is het Nationaal Programma Gehandicapten dat nieuw onderzoek stimuleert op het vlak van zorg aan mensen met ernstige beperkingen in het domein van de Wlz.

2.3. UITGANGSPUNTEN

Het kwaliteitskader bouwt voort op de uitgangspunten die in de Wlz worden genoemd. Die wet benadrukt:

- Dat de geboden zorg ondersteunend is aan de kwaliteit van bestaan van de cliënt.
- Dat de cliënt een persoonlijk arrangement krijgt dat is afgestemd op eigen behoeften.
- Dat de zorgaanbieder verantwoordelijk is voor de kwaliteit van zorg en ondersteuning.
- Dat betrokken en vakbekwame zorgverleners een belangrijke basis zijn van kwaliteit.
- Dat blijvende betrokkenheid van verwanten onmisbaar is bij alle ondersteuning.

2.4. OPGAVEN ROND KWALITEIT

In de gehandicaptenzorg zijn de kwaliteit van de zorg die een cliënt krijgt en de kwaliteit van bestaan die een persoon bereikt nauw met elkaar verbonden. Persoonsgerichte zorg is immers gericht op iemands kwaliteit van bestaan.⁴ In het zorgbeleid van de aanbieders in de gehandicaptenzorg zijn daar drie accenten aan toegevoegd:

Relatie cliënt en zorgmedewerkers

Kwaliteit van zorg berust mede op de relatie tussen cliënt en zorgmedewerkers. Verdieping van de dialoog tussen beiden is een opgave voor de komende tijd.

Sociaal netwerk

Kwaliteit van bestaan berust mede op een sociaal netwerk waaruit de cliënt steun kan krijgen. De opbouw van dit netwerk is geen eenvoudige zaak, maar hoort bij de ondersteuning.

Participatie

Kwaliteit van bestaan hangt samen met kansen op participatie. Zorgorganisaties zoeken daarom verbindingen met de samenleving rond wonen, dagactiviteit en vrijetijdsbesteding.

Cliëntenorganisaties benadrukken:

- Dat elke persoon naar eigen inzicht en vermogen vormgeeft aan zijn of haar leven.
- Dat de samenleving voor iedereen mogelijkheden schept tot meedoen naar vermogen.
- En dat mensen met beperkingen daarbij de passende zorg en ondersteuning krijgen.

⁴ Dit perspectief loopt grotendeels parallel aan een visiedocument van Zorginstituut Nederland: 'Samen de kwaliteit van langdurige zorg verbeteren' (februari 2015). Er is ook samenhang met de kwaliteitsagenda die in 2016 is opgesteld onder verantwoordelijkheid van de staatssecretaris van VWS: 'Samenwerken aan een betere gehandicaptenzorg', ministerie van VWS, 1 juli 2016.

Voortbouwen op goede praktijken

Organisaties voor gehandicaptenzorg verbinden hun 'zicht op kwaliteit' met 'kwaliteitsverbetering'. Op dit vlak bestaan veel goede praktijken. Onder meer:

1 Persoonlijk maatwerk via een individueel ondersteuningsplan

- Zicht op mogelijkheden en beperkingen van de persoon
- Alertheid op gezondheidsrisico's van de individuele persoon
- Kapstok voor open dialoog over iemands kwaliteit van bestaan

2 Kwaliteitsverbetering op grond van ervaringen van cliënten

- Systematisch onderzoek naar 'wat de cliënt ervan vindt'
- Vertalen van dat onderzoek naar beter passende zorg en ondersteuning
- Opsporen van lacunes in het aanbod (wonen, zorg en ondersteuning, dagactiviteit)

3 Reflectie op kwaliteit in teams en locaties

- Methodisch kijken naar 'hoe doen we het voor cliënten' (bejegening, etc.)
- Periodieke zelfevaluaties als middel tot reflectie en kwaliteitsverbetering
- Interne visitatieprocedures (onder meer cliënten die elders gaan meekijken)
- Organisatieontwikkeling met het oog op 'regie door teams'

4 Sturen op kennis/kunde van medewerkers

- Nieuwe interventies voor effectieve zorg (begeleiding, verzorging, behandeling)
- Aanvullende leertrajecten om competenties te versterken
- Profielen voor beroepen maken en opleidingstrajecten erop afstemmen
- Kennisprogramma's uitwerken met betrekking tot bijzondere doelgroepen

3 KWALITEITSKADER VOOR GEHANDICAPTENZORG

3.1. VERNIEUWING

De gehandicaptenzorg werkt al vele jaren met een landelijk gezaghebbend kwaliteitskader. Dat kader berust op samenwerking tussen alle relevante veldpartijen en een brede consensus.⁵ Het vertrekpunt van het kwaliteitskader is een gedeelde visie. Die visie blijft ook de komende jaren onverminderd van kracht.⁶

In het verlengde van de visie zijn werkwijzen ontwikkeld waarmee zorgverleners tot zicht op kwaliteit en continue kwaliteitsverbetering kunnen komen. Op dit vlak is vernieuwing noodzakelijk. Daar zijn drie redenen voor:

- Het visiedocument is aansprekend, maar de gangbare werkwijzen leiden onvoldoende tot een systematische reflectie op die visie (bereiken we voor cliënten wat in de visie staat?).
- Op grond van landelijke afspraken wordt veel kwaliteitsinformatie verzameld, maar die is niet direct betekenisvol voor verbetering van de zorg en ondersteuning op de werkvloer.
- Het oude kwaliteitskader legt weliswaar een basis voor transparantie, maar er is geen levendig zicht op kwaliteit. Dit komt doordat het verhaal ('waar staan we?', 'wat gaat goed en wat moet beter?') niet duidelijk naar voren komt.

Met behoud van de gedeelde visie is een aanpassing van de werkwijzen ontwikkeld. Die aanpassing is verwerkt in de bouwstenen van het vernieuwde kwaliteitskader. In paragraaf 3.3 staan de hoofdlijnen daarvan beschreven, de uitwerking volgt in de paragrafen 4 tot en met 7.

De gekozen opzet leidt tot meer focus op kwaliteitsverbetering als een voortgaand leerproces. Het doel is dat het landelijke kwaliteitskader inspireert tot interne kwaliteitsverbetering binnen locaties en zorgorganisaties. En in het verlengde daarvan ligt de externe verantwoording: de organisatie is transparant over kwaliteit van zorg en over verbetertrajecten.

⁵ Het kwaliteitskader uit eerdere jaren had drie zogenoemde 'pijlers':

- 1 Algemene informatie van de zorgorganisatie over beleid rond kwaliteit & veiligheid.
 - 2 Gegevens per cliënt die via een vragenlijst in een landelijke dataportal worden ingevoerd.
 - 3 Systematisch onderzoek naar cliëntervaringen over verleende zorg en kwaliteit van bestaan.
- Aanvullend zijn kwalitatieve verkenningen naar de relatie tussen cliënt en hulpverlener opgenomen, met reflectie op aspecten als bejegening en communicatie.
- Het *nieuwe* kwaliteitskader staat in het verlengde van de zojuist genoemde pijlers:
- Algemene informatie van de zorgorganisatie blijft relevant (komt in een kwaliteitsrapport).
 - Zo ook het systematisch onderzoek naar cliëntervaringen met een erkend instrument.
 - Informatie over zorg rond de individuele cliënt is vastgelegd in het zorgplan.
 - Nieuwe werkwijzen, zoals reflectie in zorgteams, zijn toegevoegd.

⁶ De bedoelde visie is opgenomen in het register van Zorginstituut Nederland. Zie: 'Kwaliteitskader gehandicaptenzorg; visiedocument' (februari 2013). Daarin hoofdstuk 4; bijlagen 2 en 3.

3.2. GEDEELDE VISIE

De samenwerkende partijen uit het werkveld hebben in eerdere jaren een 'Visiedocument Kwaliteit Gehandicaptenzorg' opgesteld. De uitgangspunten daarvan zijn 'kwaliteit van bestaan' en 'regie over eigen leven'. Die uitgangspunten zijn ook nader ingevuld voor domeinen die relevant zijn voor iemands kwaliteit van bestaan.

Deze gezamenlijke visie blijft ook de komende jaren waardevol.⁷ De kernpunten ervan zijn:

Cliënten hebben eigen regie.

- Cliënten hebben invloed op wat er wel of niet in hun leven gebeurt.
- Er is aandacht voor 'kleine' keuzemogelijkheden in het dagelijks leven, zoals welke muziek iemand mooi vindt of welke kleren iemand wil dragen.
- Mensen hebben invloed op belangrijke beslissingen, bijvoorbeeld over waar ze wonen of wat voor werk of dagactiviteit ze doen.

De zorg draagt bij aan kwaliteit van bestaan.

- Er is aandacht voor alle domeinen van het leven die voor de cliënt belangrijk zijn, zoals gezondheid, wonen, werk/dagactiviteit of het sociale netwerk.
- Mensen krijgen de ruimte om eigen levensdoelen na te streven in een veilige en tegelijk stimulerende omgeving.

De beroepskrachten ondersteunen de cliënt bij het invullen van een eigen leven.

- De professional heeft een vraaggerichte en responsieve houding en biedt kansen aan de cliënt om zich te ontwikkelen.
- Het gaat daarbij altijd om de cliënt in relatie tot zijn of haar sociale omgeving. Het doel is betrokkenheid van nabije verwanten en vrienden.
- Soms is het nodig om vanuit professioneel perspectief de vraag ondergeschikt te maken, met het oog op bescherming van de gezondheid van de persoon en/of het afwenden van gevaar voor anderen.

Kwaliteit komt tot stand in dialoog tussen zorgverlener en cliënt (met familie/netwerk).

- Medewerkers zijn betrokken en vakbekwaam.
- Medewerkers maken gebruik van de beschikbare 'evidence' over goede zorg.
- De relatie met de cliënt is gebaseerd op respect en vertrouwen en er worden heldere afspraken gemaakt over de invulling van zorg en ondersteuning.

Aan kwaliteit wordt primair op het niveau van de cliënt invulling gegeven. Dat gebeurt door individueel maatwerk.

- Het ondersteuningsplan helpt om samen te bepalen 'wat belangrijk is'.
- Aandachtsvelden bij dat individuele plan zijn:
 - Gezondheid: lichamenlijk welbevinden
 - Gezondheid: psychisch welbevinden
 - Betekenisvolle contacten/interpersoonlijke relaties
 - Deelname aan de samenleving door wonen, werken, bezigheid en vrijetijdsbesteding
 - Persoonlijke ontwikkeling en zelfbepaling

⁷ Afgeleid van het 'Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg' (2013) is in 2015 een versie gemaakt die is gericht op cliënten. Beide documenten zijn geaccepteerd door ZiNL.

Het visiedocument geeft daarnaast een schets van belangrijke voorwaarden. Die liggen vooral op vier gebieden:

- Individueel maatwerk in afspraken met de cliënt (via het ondersteuningsplan)
- Een omgeving die cliëntveiligheid bevordert op fysiek, sociaal en emotioneel vlak
- Kwaliteit van medewerkers en teams (zoals kwaliteit in de relatie cliënt-medewerker)
- Samenhang in het geheel van zorg en ondersteuning (en coördinatie rond de cliënt)

In het onderstaande kader staat een nadere duiding.

VISIEKADER

Autonomie en zelfbepaling

De cliënt kan eigen keuzes maken en kan zijn leven invullen op persoonlijke wijze, binnen de grenzen van de maatschappelijke aanvaardbaarheid. Professionals ondersteunen die zelfregie. Bijvoorbeeld door cliënten ervaring te laten opdoen met keuzemomenten en inspraak. Hierbij hoort ook: cliënten inzicht geven in keuzemogelijkheden binnen de maatschappelijke context. Er is samenhang met 'belangen'. De cliënt is betrokken bij het persoonlijk ondersteuningsplan en binnen woonlocaties bestaan mogelijkheden tot collectieve belangenbehartiging.

Individueel maatwerk⁸:

- **Gezondheid: lichamelijk welbevinden**
Hierbij gaat het om optimale gezondheid van de cliënt. Daar kan aan gewerkt worden door het verbeteren of in stand houden van de gezondheid of door verslechtering tegen te gaan. Met de cliënt worden afspraken gemaakt over gezond leven, over ondersteuning bij algemene dagelijkse levensverrichtingen en over eten en drinken. Daarbij is er ook aandacht voor de balans tussen activiteit, ontspanning, rust en slaap.
- **Gezondheid: psychisch welbevinden**
Hierbij staat voorop dat de cliënt een positief zelfbeeld kan hebben, zich thuis voelt in de woonomgeving en de omgeving voor werk of dagbesteding en zich begrepen voelt door mensen die voor hem belangrijk zijn.
- **Betekenisvolle contacten en relaties**
Hierbij gaat het om opbouwen en onderhouden van relaties, waaruit zowel praktische als sociaal-emotionele steun voort kan komen. Er is aandacht voor het omgaan met genegenheid en intimiteit. De ondersteuning richt zich op het sociale netwerk van de cliënt en de (positieve) beleving daarvan.
- **Deelname aan de samenleving door wonen, werken, bezigheid en vrijetijdsbesteding**
Hier staan kansen op participatie centraal. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de verbinding met algemene lokale voorzieningen, het lidmaatschap van clubs en verenigingen, en vrijwilligerswerk. De ondersteuning is alert op persoonlijke wensen en op het aanleren van vaardigheden die nodig zijn voor de gewenste participatie.
- **Persoonlijke ontwikkeling en zelfbepaling**
Als de cliënt daar behoefte aan heeft, krijgt hij ondersteuning bij mogelijkheden om nieuwe dingen te leren en nieuwe ervaringen op te doen die zijn welzijn ten goede komen.
- **Materieel welzijn**
De cliënt wordt ondersteund bij financieel beheer. De organisatie biedt een verantwoorde woonsituatie die voldoet aan bouwkundige en functionele maatstaven. En de begeleiders zijn alert op de bereikbaarheid van openbaar vervoer.

⁸ Schalock, R & Verdugo Alonso, M.A. 'Handbook of Quality of Life for Human Service Practitioners; 2002.

- Belangen

Een voorwaarde om zelfbepaling en medezeggenschap te kunnen vormgeven, is dat cliënten en hun vertegenwoordigers op een voor hen begrijpelijke manier geïnformeerd en geraadpleegd worden. De ondersteuning richt daarbij zich op het optimaliseren van de uitoefening van de rechten als burger en de rechten als cliënt. Dat gaat bijvoorbeeld om het recht om te klagen, het recht op privacy en het recht op goede kwaliteit van zorg.

Voorwaarden in de organisatie:

- Afspraken via het ondersteuningsplan

Elke cliënt heeft een individueel ondersteuningsplan met afspraken over de hulpverlening en met (ontwikkel)doelen die vanuit het cliëntperspectief zijn geformuleerd. Alle relevante behandeldisciplines zijn betrokken bij de totstandkoming van het plan en bij alle afspraken is duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is. De aandacht voor professionele standaarden is geborgd binnen de organisatie.

- Omgeving die cliëntveiligheid bevordert

De locatie(s) en de organisatie zorgen voor een veilige omgeving. Dat doen ze op veel verschillende terreinen, zoals medicatie, het gebruik van medische hulpmiddelen, de brandveiligheid en het risico op grensoverschrijdend gedrag. En er is een zorgvuldige aanpak rond vrijheidsbeperkende maatregelen. Daarnaast is er oog voor de ervaren veiligheid. De cliënt heeft daardoor een gevoel van geborgenheid, goede communicatie, privacy, prettige bejegening en zichzelf kunnen zijn.

- Kwaliteit van medewerkers en teams

De medewerkers zijn deskundig en toegerust om taken adequaat uit te voeren. De organisatie borgt dat ze bekwaam blijven. Het is duidelijk welke eisen aan de medewerkers worden gesteld.

- Samenhang in zorg en ondersteuning

Binnen de zorg en ondersteuning bestaat continuïteit. Er zijn geen hinderlijke hiaten en de overdracht tussen zorgverleners verloopt goed. Cliënten krijgen hun dagelijkse zorg en ondersteuning zo veel mogelijk uit een kleine kring van bekende medewerkers.

3.3. BOUWSTENEN VAN HET NIEUWE KWALITEITSKADER

In het verlengde van de visie komt het vernieuwde kwaliteitskader tot werkwijzen die zowel op de werkvloer en in de rest van de organisatie leiden tot 'zicht op kwaliteit' en tot 'leren en verbeteren'. Die werkwijzen worden bouwstenen genoemd. Het kwaliteitskader bevat vier bouwstenen:

1 Zorgproces rond de individuele cliënt

De eerste bouwsteen betreft de individuele cliënt. Voor elke persoon moet helder zijn:

- Welke problemen rond zelfredzaamheid er zijn en welke ondersteuningsbehoeften.
- Welke bijzondere gezondheidsrisico's er zijn en welke aandachtspunten voor veiligheid.
- Welke wensen er zijn voor een prettig leven en hoe de zorg daaraan kan bijdragen.

In het persoonlijk ondersteuningsplan is de informatie over deze onderwerpen vastgelegd. De organisatie zorgt ervoor dat het plan in samenspraak met de cliënt is opgesteld en dat het plan actueel is.

2 Onderzoek naar cliëntervaringen

De tweede bouwsteen gaat over systematische raadpleging van cliënten over de geboden zorg en ondersteuning en over hun kwaliteit van bestaan. Hiervoor zijn erkende instrumenten beschikbaar en bestaan landelijke spelregels voor elke zorgorganisatie (bijvoorbeeld over de minimale frequentie van het cliëntwaarderingsonderzoek). In het huidige kwaliteitskader zijn de bevindingen uit onderzoek naar cliëntervaringen nog niet openbaar gemaakt. In het vernieuwde kader neemt de aanbieder een overzicht van bevindingen op in een jaarlijks kwaliteitsrapport. De zorgaanbieder geeft ook duidelijkheid over keuzes ten aanzien van verbeteringen; het inzicht van de centrale cliëntenraad is daarbij meegenomen.

3 Zelfreflectie in teams (woonvormen en andere organisatorische eenheden)

Elk zorgteam komt periodiek tot een gerichte reflectie op kwaliteit aan de hand van vastgestelde thema's. Daarbij is uiteraard ook ruimte voor zelfgekozen, extra onderwerpen. De beoogde reflectie heeft de strekking van 'wat doen we goed, wat staat zwak en wat moet beter'. De bevindingen worden vastgelegd in een beknopt overzicht. In ieder geval komen aan de orde:

- Het proces rond de individuele cliënt. Is er een actueel plan? Worden afspraken nagekomen, is er zicht op veiligheid en gezondheidsrisico's per cliënt en doen we wat nodig is?
- De kwaliteit van de relatie tussen cliënt en medewerkers. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om bejegening en communicatie, maar ook om de competenties van medewerkers en samenwerking in het team en met nabije familie.
- Borging van veiligheid op enkele gebieden die door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) met de landelijke stuurgroep als prioriteit zijn aangemerkt (bijvoorbeeld veilige geneesmiddelenzorg en 'zorg en dwang').
- Zelfreflectie leidt per team tot ontwikkelpunten voor kwaliteitsverbetering.

4 Kwaliteitsrapport en visitatie

De zorgaanbieder maakt jaarlijks een bondig kwaliteitsrapport op grond van informatie uit de bouwstenen en andere relevante bronnen (zoals een medewerkersonderzoek). Hier is het bestuur van de zorginstelling verantwoordelijk voor. Het rapport geeft een geobjectiveerd zicht op kwaliteit. De bevindingen worden gecombineerd met uitleg over achtergronden en verdere ontwikkelingen.

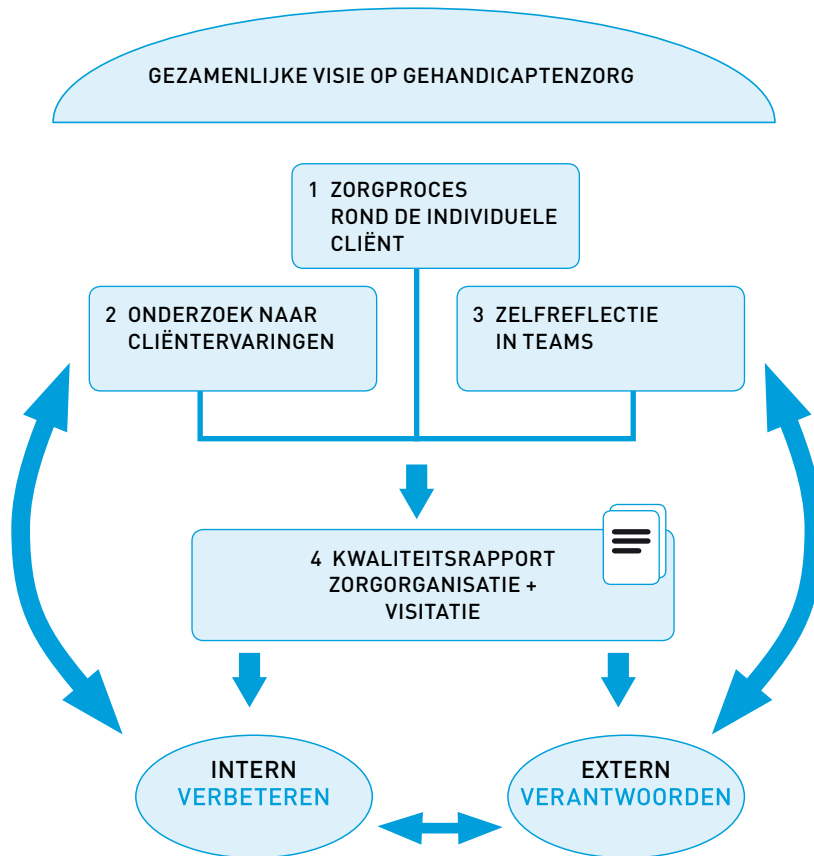
De rapportage gaat altijd in op landelijk vastgelegde thema's en laat ook ruimte voor andere opgaven die de zorgaanbieder zich heeft gesteld. Landelijk vastgestelde thema's zijn onder meer de invulling van persoonsgerichte zorg en ondersteuning, de alertheid op gezondheidsrisico's en veiligheid, de bijdrage van de zorg aan de kwaliteit van bestaan (gelet op de ervaringen van cliënten zelf) en de toerusting van de medewerkers in relatie tot de zorgvragen van cliënten.

Het rapport biedt overzicht en komt tot beredeneerde keuzes over de verbeteringen die nodig zijn. Dit vergt een open cultuur binnen de zorgorganisatie en openheid bij de omgeving van de gehandicaptenzorg, zodat de zorgorganisatie kan leren van onvolkomenheden.

De gekozen opzet moet gepaard gaan met een vorm van externe visitatie. De zorgaanbieder kiest voor kritische samenspraak over het kwaliteitsrapport en de aanpak die eraan ten grondslag ligt (denk aan de eerste drie bouwstenen). In paragraaf 7.4 staan de eisen die aan zo'n visitatie worden gesteld.

Het kwaliteitsrapport is onderdeel van 'goed bestuur', waaronder ook systematische raadpleging van cliëntvertegenwoordigers, medewerkers en medezeggenschap vallen.⁹

SCHEMA: vernieuwd kwaliteitskader gehandicaptenzorg



⁹ Zie ook: Toezichtkader bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid (Zorgbrede governance-code 2017)

4 BOUWSTEEN 1: ZORGPROCES ROND DE INDIVIDUELE CLIËNT

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

4.1. OPTIEK

Persoonsgerichte zorg is dienstverlening die aansluit op de wensen en voorkeuren van de bewoner, die is afgestemd op het leven van de individuele cliënt en die gepaard gaat met echte betrokkenheid van nabije verwanten en vrienden. Persoonsgerichte zorg komt voort uit de dialoog tussen de medewerkers en de cliënt of de directe vertegenwoordiger. Daarvoor is het nodig dat medewerkers de cliënt goed kennen en respectvol bejegenen. Bovendien moeten ze iemands beperkingen in het dagelijks leven overzien en inschatten hoe iemand met gezondheidsrisico's omgaat en welke hulp daarbij nodig is. Veilige zorg is een onderdeel van persoonsgerichte zorg en ondersteuning.

Al deze zaken komen aan bod in een beknopt individueel plan per cliënt. Werken met een zorgplan of ondersteuningsplan is gangbaar in de gehandicaptenzorg. Vrijwel iedere cliënt heeft een actueel plan. In landelijk zorgbeleid wordt een aantal aanvullende opgaven benadrukt:

- Verdieping van de dialoog tussen cliënt en zorgverleners (begeleiders, verzorgenden, verpleegkundigen en behandelaars). Daarbij is het wenselijk dat het perspectief van de cliënt duidelijk naar voren komt.
- Versterking van het sociaal netwerk van de cliënt. Voor effectieve ondersteuning is de inzet van familie, vrienden, beroepskrachten en vrijwilligers van groot belang. Uit onderzoek kwam naar voren dat een ondersteunend netwerk het welbevinden van de persoon bevordert.
- Een betere persoonlijke afweging bij gezondheidsrisico's, in plaats van het hanteren van rigide protocollen. Dat kan ook leiden tot dilemma's tussen eigen regie en veiligheid. Daarom is een professionele afweging belangrijk, als het gaat over de balans tussen zelfregie, gezondheidsbescherming en het voorkomen van schade bij de cliënt of bij anderen.

¹⁰ O.a. kwaliteitsagenda 'Samenwerken aan een betere gehandicaptenzorg', ministerie van VWS, 1 juli 2016.

4.2. KERNPUNTEN

De eerste bouwsteen van het kwaliteitskader stelt het zorgproces rond de cliënt centraal. Als gevolg van de dialoog tussen cliënt en medewerker(s) is voor elke cliënt inzichtelijk:

- de zelfredzaamheid en ondersteuningsbehoeften (wat is nodig)
- de gezondheidsrisico's en veiligheid (een individuele risico-weging)
- de ervaren kwaliteit van bestaan (welke tekorten, wat doen we eraan)
- de betrokkenheid van familieleden en belangrijke anderen
- de afspraken over dagelijkse zorg en ondersteuning (komen we afspraken na)

4.3. WERKWIJZE

Op basis van de dialoog met de cliënt wordt het persoonlijke ondersteuningsplan opgesteld. In dit plan staat alle informatie over problemen bij zelfredzaamheid, aanmerkelijke gezondheidsrisico's en ervaren kwaliteit van bestaan. Verder maakt het duidelijk welke zorg en ondersteuning bij dit alles nodig is. En welke betrokkenheid mogelijk is vanuit het informele steunnetwerk van bijvoorbeeld familie, vrienden of vrijwilligers. De organisatie zorgt ervoor dat het plan in samenspraak met de cliënt is opgesteld en dat het plan actueel is. Periodieke evaluatie is vanzelfsprekend.

Steeds vaker kijken medewerkers – over grenzen van locaties – af en toe 'bij elkaar in de keuken', met een kritisch-constructieve blik waarvan medewerkers leren. Er zijn bijvoorbeeld interne audits vanuit de vraag of het zorgproces rond de cliënt zorgvuldig verloopt.

Ondersteuningsplan

Volgens het landelijk overzicht¹¹ heeft vrijwel iedere cliënt in de gehandicaptenzorg een actueel plan (over de zorg onder de Wlz):

- Halfjaarlijkse evaluatie van het plan is de regel; op voorstel van de cliënt – of in overleg met de wettelijk vertegenwoordiger – wordt regelmatig gekozen voor jaarlijkse evaluatie.
- Met de persoonlijk begeleider en/of behandelaar wordt gekeken naar de uitvoering van de gemaakte afspraken, naar de gewenste alertheid op kwetsbaarheden, ook naar mogelijke verbetering van de kwaliteit van bestaan.
- Het ondersteuningsplan is een houvast voor de cliënt (gemaakte afspraken). Het geeft weer wat de cliënt belangrijk vindt. Het is tegelijk een hulpmiddel voor zorgverleners (wat staat ons te doen).
- Kernpunten uit het multidisciplinair behandelplan – punten die relevant zijn voor dagelijkse zorg en ondersteuning – zijn beknopt opgenomen in het ondersteuningsplan.

¹¹ Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg, gegevens pijler 2a.

5 BOUWSTEEN 2: ONDERZOEK NAAR CLIËNTERVARINGEN

Zorg en ondersteuning gericht op kwaliteit van bestaan

5.1. OPTIEK

Mensen met beperkingen hebben ook individuele behoeften en wensen. Hebben cliënten langdurige zorg nodig, dan willen ze zelf kiezen hoe hun leven is ingevuld, willen ze verbonden zijn met anderen en willen ze kunnen meedoen in de samenleving. Om dat waar te maken, is passende zorg en ondersteuning nodig.

Dit uitgangspunt is terug te vinden in het VN-verdrag over rechten van personen met een handicap. Ook mensen met een beperking moeten ten volle kansen hebben om mee te doen en zich te ontwikkelen.

Om ervoor te zorgen dat mensen met beperkingen een zo gewoon mogelijk leven kunnen leiden, legt de gehandicaptenzorg verbindingen met de maatschappelijke domeinen wonen, werk en leren.

Daar hoort bij dat cliënten zelf kunnen vertellen wat voor hen belangrijk is. Dit gebeurt altijd in relatie tot het individueel ondersteuningsplan (zie paragraaf 4) en een periodieke bevraging van de cliënten van een organisatie, het cliëntervaringsonderzoek.

5.2. KERNPUNTEN

De tweede bouwsteen van het kwaliteitskader stelt de stem van de cliënt op de voorgrond, op basis van systematisch onderzoek naar de ervaringen van cliënten. Daarbij vertellen cliënten wat ze vinden van de geboden zorg en ondersteuning en vertellen ze over hun kwaliteit van bestaan. Daarbij is er uiteraard aandacht voor vragen als 'wat gaat er goed?' en 'welke tekorten zijn nog?'.

Op basis van het cliëntervaringsonderzoek kunnen zorgorganisaties verbeteringen doorvoeren in bijvoorbeeld werkstijlen van medewerkers, kansen op ontwikkeling van cliënten, of het aanbod van wonen, ondersteund werken en dagactiviteit. In de gehandicaptenzorg is deze werkwijze al enige jaren gangbaar. Er zijn dan ook erkende instrumenten voor cliëntervaringsonderzoek beschikbaar.

Op de werkvloer van de gehandicaptenzorg wordt veel waarde gehecht aan de raadpleging van cliënten en worden de bevindingen gebruikt bij het opstellen verbeterplannen. Ook voor de rest van de zorgorganisatie geeft deze raadpleging waardevolle aanknopingspunten.

Recent onderzoek¹² wijst het volgende uit:

- In het algemeen hebben cliënten een gunstig oordeel over de bejegening door medewerkers, over de samenspraak rond de invulling van het eigen leven en over de inzet door beroepskrachten. Nabije familieleden zijn eveneens tevreden over de inzet van medewerkers, maar willen ook meer tijd voor de cliënt (persoonlijke aandacht, werken aan psychisch welbevinden).
- Onderzoek laat tevens zien welke zaken voor cliënten erg belangrijk zijn. Veel genoemd zijn: zelfbepaling, wooncomfort, meedoen in de samenleving, de mentale en fysieke gezondheid. Familieleden noemen dezelfde zaken en leggen extra accent op de kwaliteit van medewerkers ('want er zijn steeds meer cliënten met een ingewikkelde zorgvraag').
- Onderzoek geeft ook een indruk van de ervaren kwaliteit van bestaan die cliënten bereiken. Als positieve ervaringen noemen cliënten: meedoen via dagactiviteit, een eigen woonruimte, contacten met de samenleving. Familieleden noemen dezelfde punten in positieve zin; maar zijn minder positief over een schone woning en er verzorgd uitzien.

Zorgaanbieders kunnen de opgedane inzichten verwerken in het zorgbeleid. Dit is al praktijk in de gehandicaptenzorg. Cliëntenraden zijn betrokken bij de bepaling van speerpunten. In het vernieuwde kwaliteitskader zijn de bevindingen uit cliëntervaringsonderzoek onderdeel van het openbare kwaliteitsrapport dat de zorgorganisatie jaarlijks maakt.

5.3. WERKWIJZE

Elke zorgorganisatie voert minimaal eens per drie jaar een cliëntervaringsonderzoek uit bij alle cliënten aan wie zij Wlz-zorg biedt. Bij dit onderzoek worden erkende instrumenten voor cliëntenraadpleging gebruikt. De sector heeft gekozen voor een 'waaier van instrumenten' waar elke organisatie een keuze uit maakt.

Een wetenschappelijke commissie van externe deskundigen beoordeelt de instrumenten onder andere op validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid.¹³ Uitsluitend instrumenten die door deze commissie zijn toegelaten, kunnen door de zorgorganisatie worden gebruikt als onderdeel van het landelijk kwaliteitskader.

De commissie stimuleert de verdere ontwikkeling van werkwijzen voor cliëntervaringsonderzoek, zoals een instrument om de ervaringen van mensen met een ernstig meervoudige beperking inzichtelijk op te halen. De sector wil verder dat elk instrument informatie kan geven over de ervaren kwaliteit van zorg én de ervaren kwaliteit van bestaan.

¹² Onder meer: NIVEL: CQ-index Gehandicaptenzorg. Wil Buntinx: Wat willen cliënten? Markant april 2015. Wil Buntinx: Inhoudsanalyse van kwaliteitservaringen van cliënten, cliëntvertegenwoordigers, begeleiders in residentiële zorgorganisaties (Utrecht, Focus op Kennis & Onderzoek, juni 2015).

¹³ De commissie bestaat uit drie hoogleraren van universitaire vakgroepen; met een inhoudelijk secretaris voor ondersteuning. Deze opzet blijft vanaf 2017 gecontinueerd.

De zorgorganisatie maakt op drie niveaus gebruik van de verzamelde cliëntervaringen:

- 1 Op het niveau van de individuele cliënt. Uit de informatie komen aandachtspunten voor de dialoog over het ondersteuningsplan.
- 2 Op het niveau van de locatie. De informatie helpt medewerkers en teams zicht te houden op kwaliteit en 'te leren en te verbeteren'.
- 3 Op het niveau van de organisatie. De informatie geeft waardevolle handvatten voor de voortgaande vernieuwing van het zorgbeleid en de verbetering van de toerusting van medewerkers.

6

BOUWSTEEN 3: ZELFREFLECTIE IN TEAMS

Betrokken medewerkers werken aan kwaliteitsverbetering

6.1. OPTIEK

Kwaliteit steunt primair op betrokken en vakbekwame medewerkers die in dialoog met de cliënt hun werk doen. In de gehandicaptenzorg zijn elke dag meer dan 100.000 medewerkers bezig met de zorg en ondersteuning voor mensen met één of meer beperkingen.¹⁴

Medewerkersonderzoek laat een grote betrokkenheid zien. Medewerkers zijn trots op het werk dat zij doen voor gehandicapte mensen, staan achter de visie op zorg en zijn vaak bereid tot extra inzet voor de cliënt. Er is ook onderzocht of medewerkers vinden dat ze voldoende ruimte hebben voor 'cliëntgericht werken vanuit hun vak'. Het gemiddelde rapportcijfer dat medewerkers daarvoor geven is 7,8. Hun kanttekening is dat ze de beschikbare tijd niet optimaal kunnen besteden aan cliëntgerichte zorg, vooral door de omvangrijke registratielast die in de zorg is ontstaan ('onnodige bureaucratie').¹⁵

De gehandicaptenzorg kent, misschien nog wel meer dan andere sectoren van langdurige zorg, een palet aan cliëntgroepen waarvoor telkens een geëigende mix van kennis en kunde nodig is.¹⁶ Kwaliteit is daarom gebaat bij blijvende impulsen tot onderhoud van de competenties van alle betrokken medewerkers. Daarnaast is het van belang dat medewerkers en teams zich mede-eigenaar weten van de kwaliteitsopgave. Dit leidt tot zelfreflectie, met gedeelde visie op gehandicaptenzorg als ankerpunt.

6.2. KERNPUNTEN

De derde bouwsteen van het kwaliteitskader is de reflectie in teams en op locaties. De kern is dat de teams naast hun reguliere werkoverleg ook tot systematische reflectie komen, aan de hand van landelijk vastgestelde thema's. Uiteraard is er daarbij ook ruimte voor zelfgekozen extra onderwerpen.

De beoogde reflectie vindt minimaal jaarlijks plaats en heeft de strekking van 'wat doen we goed, wat kan beter'. De bevindingen, inclusief de ontwikkelpunten, worden vastgelegd. In ieder geval komen de volgende zaken aan de orde:

¹⁴ Voor alle gehandicaptenzorg (Wlz, Wmo, Jeugdwet) zijn omstreeks 166.000 banen geteld (samen met omstreeks 104.000 arbeidsjaren). Een globale schatting is dat driekwart van de banen in het domein van Wlz-zorg ligt.

¹⁵ Onderzoeksbureau Effectory: Onderzoek naar medewerkerstevredenheid 2014-2015. Daarnaast is onderzoek gedaan door NIVEL: "De aantrekkelijkheid van werken in de zorg" (2015).

¹⁶ In de zorg voor sommige cliënten is extra expertise nodig op het vlak van chronische ziekte. Bij andere cliënten zijn aanvullende competenties gewenst rond psychiatrische problematiek. In de zorg voor oudere mensen met verstandelijke beperking (55+) is extra vakkennis over dementie wenselijk.

- Het proces rond de individuele cliënt. Zijn de wensen van de cliënt duidelijk? Worden afspraken nagekomen, is er zicht op veiligheid en gezondheidsrisico's per cliënt en doen we wat nodig is?
- De kwaliteit van de relatie tussen cliënt en medewerkers. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om bejegening en communicatie, maar ook om de competenties van medewerkers en de samenwerking in het team en met nabije familie.
- Borging van veiligheid met accent op een persoonlijke afweging per cliënt over aanmerkelijke risico's en gezondheidsbescherming.
- De toerusting van medewerkers voor de zorg- en ondersteuningsvragen van de cliënten, samen met de vraag 'kunnen we als team ons werk goed doen?'.

6.3. WERKWIJZE

Het bestuur van de zorgorganisatie bevordert dat teams een passende manier van reflecteren kiezen, met een werkwijze die 'gezamenlijk leren' ten goede komt. Dit vereist een veilig werkklimaat waarin medewerkers open naar elkaar kunnen zijn, waarin ze onvolkomenheden in de zorg kunnen signaleren en waarin ze vervolgens samen tot gerichte verbeteracties komen.

Enkele aandachtspunten:

- Het bestuur van de zorgorganisatie stimuleert de reflectie in teams en locaties en bevordert ook de gewenste diepgang.
- Daarbij is duidelijk dat de reflectie primair de interne kwaliteitsverbetering dient:
 - De verkregen inzichten leiden tot ontwikkelpunten per team
 - Er is doorgaans een gerichte keuze voor enkele weloverwogen speerpunten
- De vastgelegde bevindingen en ontwikkelpunten per team zijn opvraagbaar en beschikbaar voor bijvoorbeeld de IGZ.
- Op het niveau van de zorgorganisatie bestaat overzicht van het geheel van team-reflecties:
 - Het bevat de beknopte verslagen van verkregen inzichten
 - Met speerpunten voor kwaliteitsverbetering (dat laatste is soms aangeduid als ontwikkelplan)

Ook kan een organisatie ervoor kiezen om teams niet louter aan zelfreflectie te laten doen, maar ruimte te geven om 'bij elkaar mee te kijken'. Hiermee zijn op diverse plaatsen gunstige ervaringen opgedaan: teams leren van elkaar.

7 BOUWSTEEN 4: KWALITEITSRAPPORT EN VISITATIE

Bestuurlijk leiderschap focust op kwaliteit

7.1. OPTIEK

Bestuurlijk leiderschap draait om een cultuur van cliëntgerichtheid, inspiratie op basis van een gedeelde visie en bevordering van verbindend werken (medewerkers in de dagelijkse zorg, familieleden, vrijwilligers, multidisciplinaire behandeling). Belangrijk is openheid met ruimte voor iedereen om mee te denken over verbetering en vernieuwing van de zorg en ondersteuning. Ook belangrijk is dat medewerkers de toerusting krijgen die past bij hun veeleisende taken. En dat bestuurders alert zijn op onnodige registratielast, zoals een onwerkbaar veelheid van protocollen en registraties die onvoldoende nut hebben of hinderlijk omslachtig zijn in de praktijk.

Sturen op kwaliteit en veiligheid is binnen de zorginstelling minstens even belangrijk als sturen op middelen voor zorgverlening. In dat verband zijn drie zaken van belang (bouwstenen 1-2-3):

- Een verzorgd proces rond de individuele cliënt borgen: in dialoog vaststellen welke ondersteuning nodig is, alert zijn op gezondheidsrisico's en op kwaliteit van bestaan.
- Leren van onderzoek naar cliëntervaringen: een overzicht maken van inzichten uit dat onderzoek en in afstemming met de cliëntenraad de belangrijke verbeteracties bepalen.
- Zelfreflectie door teams stimuleren: opdat teams de praktijk spiegelen aan de visie, stilstaan bij wat wel en niet goed gaat in het zorgproces en bij de voorwaarden van veilige zorg.

Sturen op kwaliteit vraagt verder een lerende houding en nieuwsgierigheid naar kennis over effectieve zorg en ondersteuning.

De hierna geschetste werkwijze is in overeenstemming met de Zorgbrede Governance-code 2017 die brancheorganisaties hebben vastgesteld. Deze nieuwe code heeft als basisprincipe: goede zorg aan cliënten bieden. Extra aandacht is er daarbij voor dialoog en (mede)zeggenschap. De werkwijze heeft verder een duidelijk raakvlak met het vernieuwde toezicht op de zorg. Het bestuur heeft actueel zicht op kwaliteit en heeft het vermogen tot adequaat bijsturen bij onvolkomenheden in het zorgproces.¹⁷

¹⁷ Gezond vertrouwen is een uitgangspunt bij het vernieuwde toezicht door de IGZ. Professionals zijn intrinsiek gemotiveerd om goede zorg te verlenen. Het toezicht door de IGZ is mede afgestemd op het lerend vermogen en op de ontwikkelingsfase van de zorgorganisatie. Het toezicht zoekt naar een balans tussen enerzijds vertrouwen in het lerend vermogen van zorgaanbieders, anderzijds de interveniërende benadering waar die nodig is in relatie tot een ondermaatse kwaliteit van zorg. Gezond vertrouwen komt niet vanzelf, maar berust op resultaten van de zorgorganisatie. Hierbij wil de IGZ kijken vanuit het perspectief van de cliënt, waaronder de invulling van 'persoonsgerichte zorg'. Bij dit alles is de IGZ geïnteresseerd in de vraag of de bestuurders adequaat sturen op kwaliteitsverbetering.

7.2. KERNPUNTEN

De vierde bouwsteen van het kwaliteitskader omvat de opdracht aan het bestuur van de organisatie om jaarlijks een bondig kwaliteitsrapport op te stellen, op basis van de inzichten uit bouwstenen 1, 2 en 3, en andere relevante informatiebronnen.

Het doel van het rapport is tweeledig: enerzijds biedt het een geobjectiveerd 'zicht op kwaliteit',

Anderzijds bevat het een onderbouwde keuze van verbeteracties. Het rapport heeft zo een interne en een externe functie. Intern is het een basis voor overleg met het management, de cliëntenraad, de ondernemingsraad, platforms voor kwaliteit en de raad van toezicht. Extern is het een hulpmiddel voor transparantie, doordat het de basis legt voor samenspraak met de IGZ en met het zorgkantoor als uitvoerder van de Wlz.

Om optimaal gebruik door externe instanties mogelijk te maken, zijn met een aantal vaste thema's vergelijkingen gemaakt. Het jaarlijks kwaliteitsrapport biedt daardoor het volgende beeld:

- 1 De kwaliteit van het zorgproces rond de individuele cliënt (informatie uit bouwsteen 1 en 3). Met aandacht voor persoonsgerichte zorg en met oog voor vragen als: kennen medewerkers de cliënt met zijn of haar persoonlijke mogelijkheden en beperkingen? Weten ze wat belangrijk is voor hem of haar?
- 2 De ruimte die cliënten hebben op het gebied van eigen regie. Met aandacht voor de wijze waarop de zorgorganisatie de zeggenschap en eigen regie van cliënten versterkt, op individueel niveau en op locatie niveau.
- 3 De ervaringen van cliënten over wat zij zelf vinden van hun kwaliteit van bestaan, in relatie tot de ervaren kwaliteit van zorg en ondersteuning (informatie uit bouwsteen 1 en 2).
- 4 Het samenspel van de cliënt, medewerkers, informeel netwerk en vrijwilligers. Met aandacht voor de kwaliteit van de relatie tussen cliënt en medewerkers, bijvoorbeeld waar het gaat om bejegening en communicatie. En aandacht voor de betrokkenheid van verwanten en de samenwerking tussen begeleiders en behandelaars.
- 5 De borging van veiligheid in zorg en ondersteuning (onder meer informatie uit bouwsteen 1 en 3). Met aandacht voor zaken als de onderkenning van aanmerkelijke gezondheidsrisico's, veilig gebruik van medicatie, omgang met agressie en een zorgvuldige aanpak bij vrijheidsbeperking.
- 6 Betrokken en vakbekwame medewerkers (bouwsteen 3 en andere informatiebronnen). Met aandacht voor de ervaren kwaliteit van het werk, de toerusting van medewerkers en de vraag of hun competenties toereikend zijn voor de zorg- en ondersteuningsvragen van cliënten.
- 7 De geprioriteerde verbeteringen. Met een overzicht van de keuzes die het bestuur maakt ten aanzien van kwaliteitsverbetering en vergezeld van een beknopte uitleg van 'waarom, wat, hoe en wanneer'.

De bevindingen ten aanzien van bovengenoemde thema's zijn in het kwaliteitsrapport onderbouwd met gebruik van de eerste drie bouwstenen. In onderlinge samenhang en in combinatie met andere informatiebronnen. Bij voorkeur wordt dit nog aangevuld met cliënt- en medewerkersverhalen. Het vertellen en tellen werkt aanvullend. Ook kan het bestuur nader ingaan op cliënten met complexe zorgvragen (zie § 3.2).

7.3. WERKWIJZE

Het kwaliteitsrapport over een afgelopen jaar is uiterlijk op 1 juni van het volgende jaar beschikbaar (gelijk aan jaarrekening en jaardocument MV), met inbegrip van de bevindingen uit de interne samenspraak ervoor (CR, OR en RVT) en de externe visitatie over de kwaliteitsrapportage die erop aansluit. Het rapport geeft een overzicht van de zorgorganisatie als geheel. Verbijzondering naar organisatie-eenheden is mogelijk; de zorgorganisatie maakt hierin keuzes.

De inzichten uit cliëntervaringsonderzoek zijn samengevat in het rapport. De zelfreflecties door teams of locaties zijn geen onderdeel van het rapport, maar de informatie die eruit voortkwam is wel gebruikt.

Verder gelden de volgende eisen:

- Het rapport biedt kwantitatieve informatie en krijgt extra diepgang door 'verhalen'. Er wordt in verteld wat er rond kwaliteit wordt gedaan en welke ontwikkelingen er spelen.
- Met interne én externe stakeholders vindt reflectie plaats over het rapport. De bevindingen worden bijgevoegd bij het rapport, net als de bevindingen uit de externe visitatie.
- In opeenvolgende jaren wordt de voortgang van de geplande verbetertrajecten getoond.
- Het kwaliteitsrapport is openbaar.
- De zorgorganisatie zorgt voor een korte samenvatting van het rapport, die begrijpelijk is voor cliënten.

Schema: cyclisch proces van 'zicht op kwaliteit' en 'kwaliteitsverbetering'



7.4. EXTERNE VISITATIE

De systematiek van een jaarlijks kwaliteitsrapport past bij een moderne visie op bestuurlijk leiderschap rond kwaliteit van zorg. De systematiek is tegelijk gebaat bij een 'blik van buitenaf'.

Het bestuur regelt kritische, opbouwende reflectie door een externe visitatie te organiseren. Dit ter bevordering van het leer- en ontwikkelvermogen van de organisatie.

Via het kwaliteitsrapport is de bestuurder transparant over de kwaliteit van de zorg en dienstverlening die de organisatie levert. De aansluitende visitatie vindt één keer per twee jaar plaats. De vorm van de visitatie kan variëren. Bijvoorbeeld een commissie met externe deskundigen of een leernetwerk van vakmensen.

Hoe dan ook, het visitatieteam telt minimaal twee externe deskundigen. Het bestuur van de organisatie onderbouwt de keuze voor de invulling van de externe visitatie.

De visitatie geeft een antwoord op de vraag hoe de organisatie kwaliteit van zorg en kwaliteit van bestaan en bijbehorende verbeteracties duidt en onderbouwt in het kwaliteitsrapport. Daarbij geeft ze geen oordeel over de verschillende facetten van de kwaliteit van de dienstverlening zelf. Ook aspecten van volledigheid en objectiviteit komen aan de orde.

Het visitatieteam komt tot een beknopt verslag van bevindingen. Het is tevens wenselijk dat het team tijdens een ontmoeting met het instellingsbestuur – en aanwezige vertegenwoordigers van cliënten en medewerkers – de inzichten in dialoog doorneemt en verwerkt. De bevindingen van de visitatie worden als bijlage toegevoegd aan het bestuurlijke kwaliteitsrapport en zijn daarmee beschikbaar voor de IGZ en het zorgkantoor.

Leidende uitgangspunten voor de externe visitatie zijn:

- Het bestuur van de zorgaanbieder regelt de samenstelling van het visitatieteam en het bewerkstelligt daarbij dat ten minste twee externe deskundigen aan de visitatie meedoen. In het kwaliteitsrapport onderbouwt het bestuur de gemaakte keuzes en laat zien hoe het cliëntperspectief is meegenomen.
- Het kwaliteitsrapport is input voor de visitatie. De visitatie heeft daarmee betrekking op hetzelfde aggregatieniveau als het kwaliteitsrapport. Het visitatieproces vindt eens per twee jaar plaats.
- Het visitatieteam geeft mondeling en schriftelijk terugkoppeling aan de zorgorganisatie over wat ze hebben gezien en gehoord, wat daar positief in opvalt en wat mogelijk beter zou kunnen.
- In het jaar dat er geen visitatie plaatsvindt, beschrijft de bestuurder in het kwaliteitsrapport wat er met de inzichten uit de visitatie is gebeurd.

8 VERANTWOORDING EN INFORMATIE

Transparant over kwaliteit in een setting van leren en verbeteren

8.1. JAARLIJKS KWALITEITSRAPPORT

Een landelijk kwaliteitskader berust op een aansprekende visie, geeft helderheid aan cliënten over 'goede zorg', helpt medewerkers en teams om de zorg voortdurend te verbeteren, biedt een handvat voor herijking van intern zorgbeleid en voor bestuurlijke verantwoording naar de omgeving. Het is een openbaar document. Vanaf het rapportagejaar 2017 levert elke zorgorganisatie uiterlijk op 1 juni van het volgende jaar een kwaliteitsrapport aan Zorginstituut Nederland.¹⁸

De IGZ en het zorgkantoor zullen voor hun taken gebruik maken van het integrale kwaliteitsrapport. Extra uitvraag van kwaliteitsinformatie is niet voorzien. Uiteraard kan in het kader van toezicht aan een organisatie aanvullende informatie worden gevraagd bij risico's op onverantwoorde zorg of in relatie tot thematisch onderzoek door de IGZ.

8.2. TRANSPARANTIEKALENDER

Zorginstituut Nederland hanteert een 'transparantiekalender' waarop is aangegeven op welke datum de zorgaanbieders uit een sector de afgesproken informatie hebben geleverd. De algemene aandachtspunten, voor alle sectoren zijn:

- De kwaliteitsgegevens moeten betrouwbaar en vergelijkbaar zijn en 'van goede kwaliteit'.
- Het aanleveren van de gegevens verloopt via een intermediaire partij die voor een zorgsector de gegevens verzamelt.
- Zorginstituut Nederland maakt de aangeleverde kwaliteitsgegevens openbaar. De gegevens uit de openbare database zijn bedoeld voor professionele gebruikers van kwaliteitsgegevens.

Voor de gehandicaptenzorg is het jaarlijkse kwaliteitsrapport als eenheid van informatie gedefinieerd. Dat rapport berust op informatie die samenhangt met de individuele ondersteuningsplannen, de peilingen bij cliënten (het cliëntervaringsonderzoek) en de systematische reflectie door teams, uitmondend in vastgelegde ontwikkelpunten. Met het oog op vergelijkbaarheid volgt het kwaliteitsrapport een landelijk vastgelegd geheel van thema's (zie hoofdstuk 7). Bij elke zorgorganisatie zal de openbare kwaliteitsinformatie bestaan uit een samenvattend kwaliteitsrapport over de organisatie

¹⁸ Op grond van een wettelijke regeling zijn zorgaanbieders verplicht informatie over de kwaliteit van zorg beschikbaar te maken voor Zorginstituut Nederland. Zie: Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn & Sport, 10-03-2014, kenmerk 33 1490-117789-mc.

(inclusief de bevindingen vanuit interne governance en externe visitatie¹⁹) en een bijlage met informatie van de zorgorganisatie over beleid rond kwaliteit en veiligheid (op grond van een landelijke vragenlijst).²⁰

Over de intermediaire organisatie die de informatie van afzonderlijke organisaties bundelt komt de landelijke stuurgroep kwaliteitskader per jaar tot afspraken met Zorginstituut Nederland.

8.3 PUBLIEKSINFORMATIE

Aan een landelijk kwaliteitskader is veelal nog een aparte functie toegekend: de basis leggen voor publieksinformatie, oftewel keuze-ondersteunende informatie voor zorgvragers. Binnen en buiten de gehandicaptenzorg speelt de discussie over hoe die informatie het best kan worden opgebouwd. Ook is nog de vraag of een kwaliteitskader wel allerlei doelen tegelijk kan dienen (intern verbeteren, extern verantwoorden én keuzeondersteuning).

Toch zijn er openingen: In het vernieuwde kwaliteitskader is de opdracht vastgelegd dat elke zorgorganisatie jaarlijks een kwaliteitsrapport opstelt waarin ook de inzichten uit cliëntvervalsingsonderzoek zijn verwerkt. In het verlengde van die rapportage is publieksinformatie denkbaar, ook omdat elke organisatie een beknopte samenvatting maakt die is afgestemd op cliënten en hun vertegenwoordigers.

Wellicht zijn andere werkwijzen (meer) zinvol. Met het oog op keuze-ondersteunende informatie valt bijvoorbeeld te denken aan YouTube-filmpjes die volgens een landelijk format worden ingericht en die inzoomen op de locatie(s) waarvoor iemand belangstelling heeft. Zorginstituut Nederland heeft onderzoek laten doen naar keuzeprocessen van zorgvragers. Dit onderzoek kan ook licht werpen op de informatiebehoefte van mensen. Met die inzichten kan de opzet van keuze-ondersteuning opnieuw worden doordacht. Dit is een onderdeel van de ontwikkelagenda voor 2017-2020.

Hangende de ontwikkelagenda, blijven aanbieders de landelijke vragenlijst ('pijler 1') invullen. Op deze wijze blijven gegevens van zorgorganisaties over beleid rond kwaliteit en veiligheid (op grond van een landelijke vragenlijst 'pijler 1') beschikbaar voor publieksinformatie.

¹⁹ Dit verslag wordt toegevoegd over het jaar waarin de visitatie plaatsvindt. Het kwaliteitskader vermeldt dat de externe visitatie één keer per twee jaar plaatsvindt.

²⁰ Deze vragenlijst is de meest recente set vragen onder 'pijler 1' van het eerdere kwaliteitskader; de vragen zijn gericht op de zorgorganisatie als geheel.

SAMENHANG MET LANDELIJK ZORGBELEID

9.1. LANDELIJK BELEIDSPLAN

In samenspraak met alle partijen uit het werkveld van de gehandicaptenzorg heeft de staatssecretaris van VWS in 2016 een beleidsplan opgesteld. Het is een kwaliteitsagenda onder de titel: 'Samenwerken aan een betere gehandicaptenzorg'. Het plan is opgebouwd rond vijf thema's:

- 1 Cliënten met eigen regie: zorg die is afgestemd op mijn leven (eigen regie, voortgaande dialoog tussen cliënt en zorgverleners, zorg die bijdraagt aan kwaliteit van bestaan).
- 2 Betrokken en vakbekwame professionals: ruimte voor maatwerk in de zorg, samenwerking met het informeel netwerk van de cliënt, mogelijkheden tot leren en reflectie.
- 3 Bestuurlijk leiderschap op het vlak van kwaliteit: sturen op persoonsgerichte zorg; openheid over wat goed gaat en wat beter moet; gunstige voorwaarden scheppen (zoals medezeggenschap).
- 4 Bijzondere cliëntgroepen: extra focus op cliëntgroepen met een extra complexe zorgvraag (optie van 'zorgprogramma's'; versterken van ketenzorg; herijken van competenties bij medewerkers).
- 5 Ondersteuning van de sector: een vernieuwde opzet voor 'zicht op kwaliteit'; meer kennis over effectieve zorg; beroepsgroepen stimuleren ('het vak vernieuwen').

Het werkveld komt vanaf 2017 met concrete acties binnen de thema's. Daarin zit een impuls voor betere kwaliteit. De focus ligt op resultaten voor cliënten: het is immers hun kwaliteit van bestaan. Daarnaast richt het werkveld zich op meerwaarde voor medewerkers, zodat zij met plezier hun werk doen en daar voldoende voor toegerust zijn.

9.2. ONDERZOEKSPROGRAMMA

Op verzoek van de sector gehandicaptenzorg heeft het ministerie van VWS vanaf 2015 een nieuw onderzoeksprogramma mogelijk gemaakt. Het is een meerjarig programma dat via ZonMw wordt uitgevoerd onder de titel 'Gewoon bijzonder'. De opbrengst van het programma komt het continu werken aan kwaliteit ten goede.

Het onderzoeksprogramma richt zich vooral op de zorg aan cliënten met een relatief zware zorgbehoefte. Het programma kijkt naar thema's als gezondheid, sociale participatie, welbevinden en probleemgedrag.²¹

²¹ De leidende vraag is: 'Hoe komen mensen met beperkingen tot betere gezondheid, beter functioneren, participatie, kwaliteit van bestaan en hoe dragen ondersteuning, zorg en behandeling hieraan bij?'

Het is de bedoeling dat onderzoeksgroepen, zorginstellingen en opleidingen tezamen een 'duurzame kennisinfrastructuur' ontwikkelen. Praktijkgerichte kennis wordt gebundeld in het landelijk 'Kennislein Gehandicaptenzorg'. Dit is een bestaand initiatief van Vilans, VGN, MEE-Nederland, met betrokkenheid van ZonMw.

Door deze opzet zal het programma extra kennis bieden over factoren die bijdragen aan de kwaliteit van bestaan van mensen met ernstige beperkingen. Daarnaast komt er meer kennis beschikbaar over mensen met een extra moeilijke zorgvraag. Op dit vlak is inhoudelijke verdieping nog gewenst. Bijvoorbeeld in de zorg voor mensen met ernstig meervoudige beperkingen, zorg voor licht verstandelijk beperkte mensen die tevens ernstige psychische problemen hebben, of de zorg voor mensen met ernstig hersenletsel dat met blijvende, uitgebreide functiebeperkingen gepaard gaat. De uitdaging is: een samenhangend zicht op goede zorg (in plaats van een stapeling van losse richtlijnen en protocollen).

10 ONDERHOUD EN ONTWIKKELING

10.1. ONDERHOUD

Het vernieuwde kwaliteitskader geldt in ieder geval voor de periode 2017 – 2022. Eind 2019 vindt er een evaluatie plaats, met de intentie dit kader voort te zetten. In de tussentijd is ondersteuning nodig bij de toepassing van het kwaliteitskader, bijvoorbeeld met extra verduidelijking via een website. De landelijke stuurgroep wil ook handreikingen ontwikkelen voor onderdelen van het kwaliteitskader. Dat wil ze in ieder geval doen voor de opbouw van het kwaliteitsrapport en de opzet van de externe visitatie. Hierbij wordt gebruik gemaakt van 'goede praktijken'. Een bijzonder aandachtspunt is de levering van kwaliteitsinformatie aan het Zorginstituut. Het is de bedoeling dat hiervoor een intermediaire organisatie wordt aangewezen. De landelijke stuurgroep zal hierover afspraken maken met het Zorginstituut. Brancheorganisatie VGN zal de implementatie steunen en zal daar mensen en middelen voor vrijmaken.

10.2. ONTWIKKELING

In relatie tot het voorgelegde kwaliteitskader is een ontwikkelagenda noodzakelijk. Met de partijen uit het werkveld zal hierover – via de landelijke stuurgroep – een jaarlijks geactualiseerd plan komen. Het plan wordt afgestemd met het Ministerie van VWS en met Zorginstituut Nederland.

Hieronder volgen enkele onderwerpen die vanaf 2017 gerichte aandacht krijgen:

- De toepassing van het kwaliteitskader op de geïndiceerde Wlz-zorg die een cliënt invult op basis van een persoonsgebonden budget of een 'modulair pakket thuis' (MPT).
- De aanpassing van de handreiking voor het zorg- en ondersteuningsplan, in de richting van een beknopte leidraad (gereed januari 2018).
- Het opstellen van een 'lekenversie'/ cliëntversie van dit kerndocument (gereed juni 2017).
- Het opstellen van een samenvatting van dit kerndocument (gereed juni 2017)
- De invulling van het bestuurlijk kwaliteitsrapport door de afzonderlijke zorgorganisaties. Onder meer hoe zorgorganisaties meerwaarde halen uit de samenhang van bouwstenen, hoe binnen thema's een goed informatiegehalte kan bestaan (een mix van 'tellen en vertellen') en hoe vanuit een veelheid van teamreflecties een overzicht voor de organisatie te maken is (gereed oktober 2017).
- De werkwijzen bij externe visitatie, waaronder de diversiteit van de aanpak en de merites, binnen de gezamenlijke opdracht tot 'leren en verbeteren' (gereed oktober 2017).
- De voortgaande verbetering van cliëntervaringsonderzoek, met een wetenschappelijke commissie die instrumenten beziet op geldigheid, betrouwbaarheid en relevantie voor kwaliteitsverbetering.
- Samen met het Zorginstituut een passende methodologische benadering ontwikkelen voor publieksinformatie (keuze-ondersteunende informatie voor zorgvragers).

- De verwerking van inzichten uit het landelijk onderzoeksprogramma 'Gewoon bijzonder' naar onderdelen van het kwaliteitskader, of voor verdieping van de visie op 'goede zorg' bij bijzondere cliëntgroepen met een (extra) complexe zorgvraag.²²

Deze activiteiten wil de landelijke stuurgroep oppakken in afstemming met Zorginstituut Nederland. De VGN continueert het secretariaat van de stuurgroep.

²² Er is een raakvlak met een rapport van Zorginstituut Nederland (dec.2016): "Passend onderzoek effectiviteit langdurige zorg". Centraal inzicht hierin: (meer) evidence-based werken moet berusten op meer onderzoek naar effectiviteit van zorg, specifiek bij interventies die herstel of een beter functioneren als beoogd effect hebben.

Partijen in de stuurgroep

In de stuurgroep zijn de volgende partijen vertegenwoordigd:

- Ieder(in) (koepelorganisatie van mensen met een lichamelijke handicap, verstandelijke beperking of chronische ziekte)
- LSR (landelijk steunpunt medezeggenschap)
- Nederlandse Vereniging van pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO) ook vertegenwoordiger van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
- Zorgverzekeraars Nederland namens de gezamenlijke zorgkantoren (ZN)
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

Als waarnemers participeren:

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
- Zorginstituut Nederland (bureau ZiNL)

De stuurgroep heeft een onafhankelijk voorzitter: prof dr. M.G. Boekholdt.

Het secretariaat van de stuurgroep berust bij het bureau van de VGN. Met een projectteam ondersteunt de VGN de ontwikkeling en invoering van het kwaliteitskader en betreft daarbij externe expertise.

Wetenschappelijke commissie

Verbonden met de landelijke stuurgroep is een wetenschappelijke commissie, die zich buigt over de instrumenten en werkwijzen voor onderzoek naar cliëntervaringen. Deze commissie bestaat op dit moment uit de volgende personen:

- prof. dr. H. Nies (voorzitter; wordt vacant)
- prof. dr. P. Embregts
- prof. dr. C. Ahaus

Het secretariaat van de commissie berust bij een eigen secretaris, met een ondersteunende rol voor de VGN.

BIJLAGE 2 AFKORTINGEN- EN BEGRIPPENLIJST

Afkortingenlijst

| | | | |
|-----------------|--|------|--|
| CBS | Centraal Bureau voor de Statistiek | Pgb | Persoonsgebonden budget |
| CIZ | Centrum Indicatiestelling Zorg | POS | Persoonlijke Ondersteuningsuitkomsten Schaal |
| CQ-index | Consumer Quality Index | RVT | Raad van Toezicht |
| CR | Cliëntenraad | VGN | Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland |
| GHZ | Gehandicaptenzorg | VWS | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport |
| IGZ | Inspectie voor de Gezondheidszorg | Wlz | Wet langdurige zorg |
| Jaardocument MV | Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording | Wmo | Wet maatschappelijke ondersteuning |
| MPT | Modulair pakket thuis | ZiNL | Zorginstituut Nederland |
| OR | Ondernemingsraad | | |

Begrippenlijst

| | |
|-----------------------|---|
| Kwaliteit: | kwalitatief goede zorg is verantwoorde zorg zoals bedoeld in artikel 2 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (effectief, veilig, cliëntgericht). |
| Zorgaanbieder: | instelling en individuele beroepsbeoefenaar die zorg levert binnen de gehandicaptenzorg. |
| Kwaliteitskader: | het geheel van instrumenten dat informatie genereert over de kwaliteit van de door zorgaanbieders geboden zorg en ondersteuning, aan de hand van vier bouwstenen: zorgproces rond de individuele cliënt (1), onderzoek naar cliëntervaringen (2), zelfreflectie in teams (3) en kwaliteitsrapport en visitatie (4). |
| Kwaliteitsrapportage: | periodiek verslag waarin inzicht wordt gegeven door de Raad van Bestuur van de zorgaanbieder over de kwaliteit van zorg en ondersteuning en de hieraan beredeneerde keuzes tot verbetering. |
| Visitatie: | kritische samenspraak over de kwaliteitsrapportage door onafhankelijken en betrokkenen van de zorgorganisatie. |
| Zelfreflectie: | het periodiek reflecteren op de kwaliteit van zorg en ondersteuning en de daaraan gekoppelde ontwikkelpunten. |

Vastgesteld door de stuurgroep op 6 april 2017

De samenwerkende partijen zijn:

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

Hierna te noemen: 'partijen',

Overwegende dat:

- De Stuurgroep in beginsel is opgericht om kwaliteitsverbetering en, in het verlengde daarvan, kwaliteitsverantwoording binnen de sector gehandicaptenzorg te stimuleren.
- De beschikbaarheid van kwaliteitsinformatie een belangrijke basis vormt voor kwaliteitsverbetering en, in het verlengde daarvan, voor kwaliteitsverantwoording.
- Partijen in de Stuurgroep zich bewust zijn van de voortrekkersrol die de VGN op zich heeft genomen met de ontwikkeling van het nieuwe Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg en dat zij de VGN ruimte en vertrouwen geven dit gedachtegoed verder uit te werken.
- Kwaliteitsinformatie voor de Gehandicaptenzorg wordt gegenereerd middels vier bouwstenen: 1) zorgproces rond de individuele cliënt, 2) onderzoek naar cliëntervaringen, 3) zelfreflectie in teams en 4) kwaliteitsrapport en visitatie en dat elk van de bouwstenen een periodieke cyclus kent van programmering (welke informatie wordt gegenereerd), uitvoering (hoe wordt de informatie gegenereerd) en gebruik (voor welke doeleinden wordt de gegenereerde informatie gebruikt).

- De beschikbaarheid van kwaliteitsinformatie op geaggregeerd niveau cliënten, zorginkopers en toezichthouders de mogelijkheid biedt om zich te oriënteren op de kwaliteit van het aanbod van verschillende aanbieders en mede op basis daarvan keuzes te maken, contracten te sluiten of toezicht te houden.
- Partijen streven naar beperking van de administratieve lastendruk. Dit komt tot uitdrukking in de beperking van de informatievraag aan aanbieders van gehandicaptenzorg tot wat is vastgelegd in de jaarverantwoording Gehandicaptenzorg en in deze samenwerkingsafspraken.
- De kerntaak van aanbieders van Gehandicaptenzorg is om zorg en ondersteuning te leveren op een kwalitatief goede en doelmatige wijze.
- Zorgaanbieders, WLZ-uitvoerders en overheid samen verantwoordelijk zijn voor de organisatie van de gezondheidszorg in Nederland.
- Cliënten en verzekeraars behoefte hebben aan betrouwbare en vergelijkbare informatie.
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg, vanuit haar wettelijke taak om toe te zien op de kwaliteit van de zorg en ondersteuning, niet dwingend beïnvloed kan worden door de hier gestelde samenwerkingsafspraken.
- De wettelijk verplichte verantwoordingsinformatiestroom van aanbieders opgenomen is in de Jaarverantwoording Gehandicaptenzorg.
- In het kader van de Jaarverantwoording Gehandicaptenzorg al verschillende afspraken zijn vastgelegd in het Convenant Maatschappelijke Verantwoording die, in geval van overlap met deze samenwerkingsafspraken, van een hogere orde worden geacht.

(preambule)

De samenwerkingsafspraken die in dit document worden vastgelegd geven weer op welke manier de Stuurgroep Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg met het veld wil samenwerken en het veld wil faciliteren om op systematische wijze te werken aan kwaliteitsverbetering en, in het verlengde daarvan, kwaliteitsverantwoording.

Komen overeen:

Art 1. Begripsbepalingen, definities

- *Kwaliteit*: kwalitatief goede zorg is verantwoorde zorg zoals bedoeld in artikel 2 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (effectief, veilig, cliëntgericht).
- *Zorgaanbieder*: instelling en individuele beroepsbeoefenaar die zorg levert binnen de gehandicaptenzorg.
- *Kwaliteitskader*: het geheel van instrumentarium om informatie te genereren over de kwaliteit van de door zorgaanbieders geboden zorg en ondersteuning aan de hand van de bouwstenen: 1) zorgproces rond de individuele cliënt, 2) uitkomsten van cliëntervaringsonderzoek, 3) zelfreflectie in teams en 4) kwaliteitsrapport en visitatie. Het kwaliteitsrapport is onder andere gebaseerd op de samenhang van de eerste drie bouwstenen (d.w.z. kwalitatieve en kwantitatieve gegevens op geaggregeerd niveau.)

Art 2. Doel van de samenwerkingsafspraken

Deze samenwerkingsafspraken hebben tot doel om informatie te genereren over de kwaliteit van de zorg en ondersteuning, middels instrumentarium op het gebied van het zorgproces rond de individuele cliënt, onderzoek naar cliëntervaringen, zelfreflectie in teams en kwaliteitsrapport en visitatie. Kwaliteitsinformatie is nodig voor:

- zorgaanbieders en professionals om hun kwaliteit van zorg te verbeteren en te verantwoorden (verbeter- en verantwoordingsinformatie);
- cliënten om te kunnen kiezen tussen zorgaanbieders (keuze-informatie);
- zorgkantoren om kwalitatief goede zorg en ondersteuning in te kunnen kopen (inkoopinformatie);
- de Inspectie voor de Gezondheidszorg om haar rol als toezichthouder te kunnen vervullen (toezichtinformatie).

Art. 3. Uitgangspunten

Bij verwezenlijking van de doelstellingen gelden de volgende uitgangspunten.

- Aan de basis van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg ligt het Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017 - 2022.
- De individuele cliënt, zijn of haar zorg- en ondersteuningsplan en het primaire proces zijn vertrekpunt.
- Kwaliteitsinformatie wordt gegenereerd vanuit

de individuele cliënt. De verkregen informatie wordt op geaggregeerd niveau gebruikt als verantwoordingsinformatie.

- Om recht te doen aan het Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017 – 2022, de grote diversiteit binnen en de eigenheid van de sector wordt informatie
- gegenereerd door middel van zowel kwalitatieve als kwantitatieve methodieken. Er zullen meerdere verschillende instrumenten worden ingezet bij te onderscheiden doelgroepen waarbij gekeken wordt naar vergelijkbaarheid binnen doelgroepen.
- Op het moment dat de partijen uit de Stuurgroep het projectplan onderschrijven, geven zij daarmee de in dit plan beschreven ontwikkelruimte die nodig is voor het project aan de gehandicaptenzorg (en dus aan de VGN).
- Het Kwaliteitskader voorziet in (kort cyclische) verbeterinformatie en, in het verlengde daarvan, in verantwoordingsinformatie.
- Het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg wordt zo eenvoudig mogelijk vormgegeven en waar mogelijk wordt aangesloten bij bestaand instrumentarium.
- De inzet van mensen, administratieve lasten en kosten staan in redelijke verhouding tot de uitvoering van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017 - 2022.

Art 4. Inrichting project

De partijen stellen een Stuurgroep in waarin zij allen rechtsgeldig vertegenwoordigd zijn, en die wordt voorgezeten door een door de Stuurgroep gekozen onafhankelijk voorzitter.

In de Stuurgroep zitten afgevaardigden van betrokken organisaties die namens de organisatie die zij vertegenwoordigen een volmacht hebben om deel te nemen aan besluitvorming. Indien bij verhindering een andere afgevaardigde van de organisatie deelneemt aan de Stuurgroep heeft hij/zij dezelfde volmacht.

VGN levert een ambtelijk secretaris voor de Stuurgroep en bereidt in nauwe samenspraak met de onafhankelijk voorzitter de vergaderingen van de Stuurgroep voor. Gegevensverzameling- en beheer wordt onder regie van VGN uitbesteed aan derden. Per bouwsteen wordt bekeken in welke vorm deze ondersteuning plaatsvindt.

De VGN is verantwoordelijk voor de ontwikkeling en implementatie van het Kwaliteitskader Gehandicap-

tenzorg 2017 – 2022 en leidt het project.
De Stuurgroep stelt de kaders vast waarbinnen het Kwaliteitskader wordt ontwikkeld en geïmplementeerd, adviseert de VGN bij de ontwikkeling en implementatie van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg en stelt hetgeen ontwikkeld is binnen het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg vast.
De Stuurgroep besluit of en voor welke onderwerpen werkgroepen ingesteld worden.
De Stuurgroep evalueert jaarlijks in het derde kwartaal van enig verslagjaar de uitvoeringspraktijk rond het Kwaliteitskader en bespreekt de resultaten onderling.

Art 5. Financiering en bekostiging

Voorafgaand aan de start van ieder jaar wordt vastgesteld op welke wijze de financiering respectievelijk bekostiging plaatsvindt, rekening houdend met de voortzetting van de activiteiten in volgende jaren. Door de Stuurgroep worden nadere afspraken gemaakt over de kostenverdeling.

Art 6. Duur van de overeenkomst en evaluatie

De samenwerkingsafspraken worden jaarlijks stilzwijgend verlengd.
Opzegging van de samenwerkingsovereenkomst is mogelijk tot oktober van enig jaar.
Partijen zullen de uitvoering en werking van deze samenwerkingsafspraken jaarlijks evalueren.

COLOFON

Dit Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022, een landelijke kader voor langdurige zorg onder de Wlz, is een uitgave van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN). Brancheorganisatie voor instellingen voor zorg, dienstverlening en ondersteuning aan mensen met een beperking.

Oudlaan 4
3515 GA Utrecht
Postbus 413
3500 AK Utrecht

Telefoon (030) 27 39 300
E-mail info@vgn.nl
www.vgn.nl

Publicatienummer: 717.251

Mei 2017

Tekst: Jan Coolen, in opdracht van de Stuurgroep
Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg
Vormgeving: Mariël Lam, grafisch ontwerp BNO

Omslag:
Marco Smits, *Ibiza*, acryl op doek, 120 x 120 cm,
Kunstuitleencollectie Special Arts.

