

## **‘Op weg naar een landelijk erkend Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg’**

### **Inleiding**

De sector gehandicaptenzorg heeft in 2015 en 2016 doorgewerkt aan vernieuwing van het landelijk kwaliteitskader, toegespitst op de langdurige zorg die onder de Wlz valt.

Dat gebeurde vanuit een gezamenlijk initiatief van relevante partijen: landelijke cliëntenorganisaties, beroepsgroepen, zorgbranche, zorgkantoren, inspectie voor gezondheidszorg. Deze partijen hebben zich verenigd in een landelijke stuurgroep, onder voorzitterschap van prof. dr. M.G. Boekholdt.

### Proeftuinen

In 2015 is – met velerlei raadpleging – het ontwerp van een vernieuwd kader gereed gemaakt; dat was in het verlengde van een systematiek die in eerdere jaren is toegepast binnen de sector.

In het jaar 2016 is het vernieuwde kader in ‘proeftuinen’ uitgetoetst, met steun van het ministerie van VWS en na samenspraak met Zorginstituut Nederland. In totaal 24 zorgaanbieders voor gehandicaptenzorg waren actief in deze proeftuinfase; allemaal hebben ze in het najaar van 2016 de ervaringen opgetekend.

### Ons voorstel

De landelijke stuurgroep ‘Kwaliteitskader gehandicaptenzorg’ – heeft in november 2016 het geheel opnieuw overzien. In dat beraad is met algemene instemming geconcludeerd dat het vernieuwde kader als zinvol en werkbaar valt aan te merken. Het kwaliteitskader is geschikt voor zowel intern verbeteren als externe transparantie (verantwoorden). Daarom is de basiskeuze gemaakt dat de sector koerst op brede invoering van het vernieuwde kader vanaf 2017.

### Raadpleging

Met het oog op een zorgvuldige procedure worden nu twee stappen gezet:

1. een extra bestuurlijke raadpleging van de deelnemende partijen (die via hun deelname aan de landelijke stuurgroep al betrokken zijn bij de recente ontwikkelingen);
2. een vervolgproces met Zorginstituut Nederland dat in de eerste maanden van 2017 moet gaan oordelen over acceptatie van het vernieuwde kader als basis van brede landelijke invoering.

Uiteraard is de tweede stap – gepland in januari 2017 – pas mogelijk na de eerste.

### Deze notitie

Met het oog op afrondende besluitvorming – en uw standpunt daarbij – geeft deze notitie een overzicht vanuit drie vragen:

- Waarom een vernieuwd kwaliteitskader?
- Wat zijn de kernpunten van dat nieuwe kader?
- Hoe is de verdere invoering voorzien in afstemming met het Zorginstituut?

## Hoofdstuk 1 Overgang naar een nieuw kader

### 1.1 Waarom een vernieuwd kwaliteitskader?

#### Strekking van kwaliteitskader

Een landelijk kwaliteitskader vertrekt vanuit een gedeelde visie: 'wat is goede zorg voor mensen die langdurige zorg en ondersteuning ontvangen'. Wetenschappelijk inzicht over effectieve zorg – en wat eraan bijdraagt – is erin verwerkt.

In het verlengde hiervan zijn de kerndoelen van een kwaliteitskader als volgt:

- Het kader geeft duidelijkheid naar cliënten: wat mogen zij verwachten van de geboden zorg en ondersteuning (hier toegespitst op de Wlz).
- Het kader zal stimulerend zijn voor de medewerkers die de zorg uitvoeren; het helpt hen bij het voortdurend werken aan kwaliteitsverbetering.
- Het kader is richtinggevend voor 'sturen op kwaliteit' door de leiding van de zorgorganisatie: het bestuur heeft zicht op kwaliteit, weet wat goed gaat en wat beter moet.
- In het verlengde hiervan zal het kwaliteitskader preciseren hoe zorgorganisaties hun zicht op kwaliteit omzetten naar externe verantwoording (naar de samenleving, zorgkantoor, IGZ).

Kort gezegd: een kwaliteitskader berust op een aansprekende visie, het geeft helderheid naar cliënten over 'goede zorg', het helpt teams om de zorg voortdurend te verbeteren en het biedt een handvat voor bestuurlijke verantwoording naar de omgeving.

#### Drie redenen voor vernieuwing

In eerdere jaren heeft de gehandicaptenzorg gewerkt met een kwaliteitskader dat drie pijlers bevat:

1. Algemene informatie van de zorgorganisatie over beleid rond kwaliteit & veiligheid.
2. Een set gegevens per cliënt die via een vragenlijst in een landelijke dataportal worden ingevoerd.
3. Systematisch onderzoek naar cliëntervaringen over de verleende zorg en de kwaliteit van bestaan.

Aanvullend zijn kwalitatieve verkenningen naar de relatie tussen cliënt en hulpverlener opgenomen; met reflectie op aspecten als bejegening en communicatie.

Het oude kwaliteitskader heeft enige tijd vruchtbaar gewerkt; onder meer door extra aandacht voor veiligheid van zorgverlening. Maar vernieuwing is nodig. Daarvoor zijn drie redenen:

- Cliëntvertegenwoordigers en zorgverleners vinden de visie onder het kwaliteitskader nog steeds aansprekend, maar ze missen in dat kader een voortgaande reflectie op die visie.
- Medewerkers in de gehandicaptenzorg ervaren de pijlers als verplicht huiswerk dat niet bijdraagt aan verbetering van zorg en ondersteuning. Extern gevraagde informatie (die naar een landelijke portal gaat) wordt niet tijdig teruggekoppeld naar het eigen verbeterproces.
- Externe partijen signaleren dat ze maar beperkt iets hebben aan de data en onderzoekers stellen vast dat de data multi-interpretabel zijn. Het verhaal van de zorgaanbieder – vertrekkend vanuit de individuele cliënt ('doen we voor hen de goede dingen') – moet meer nadruk krijgen.

#### Overheidsbeleid

In het zorgbeleid van de regering zijn vergelijkbare accenten te vinden. Met ingang van 2015 is de nieuwe Wlz van kracht, met drie opgaven voor de zorgaanbieders:

- De zorg moet ondersteunend zijn aan de kwaliteit van leven die de cliënt nastreeft; de cliënt krijgt daarom een persoonlijk arrangement dat is afgestemd op eigen behoeften.
- Kwaliteit van zorg berust vooral op de relatie tussen cliënt en zorgverlener; dit vraagt van zorgaanbieders extra inzet op betrokkenheid en deskundigheid van medewerkers.
- De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor kwaliteit van zorg, de leiding stuurt op continu verbeteren en legt erover verantwoording af.

Medio 2016 heeft de staatssecretaris van VWS – in samenspraak met het brede werkveld – een kwaliteitsagenda<sup>1</sup> voor de gehandicaptenzorg opgesteld. Speerpunten daarin zijn:

- versterking van de regie van de cliënt over zorg en ondersteuning;
- extra aandacht voor cliënten met complexe zorg- en ondersteuningsvragen;
- toerusting van betrokken en vakbekwame medewerkers die werken in dialoog met de cliënt;
- technologische innovatie die autonomie van cliënten en kwaliteit van bestaan ten goede komt;
- een nieuw kwaliteitskader met ruimte voor reflectie over kwaliteit van zorg, samen met een rol voor bestuurders om actief te sturen op kwaliteit (verbeteren en transparant zijn).

## 1.2 Wat zijn de kernpunten van het vernieuwde kader?

### Gedeelde visie

Eind 2015 hebben de relevante partijen een vernieuwing van het landelijk kwaliteitskader voorgesteld. Hierbij is vastgehouden aan de gedeelde visie op gehandicaptenzorg<sup>2</sup>. Kernpunten ervan zijn als volgt:

- Cliënten hebben eigen regie.
  - De zorg zal bijdragen aan hun kwaliteit van bestaan.
  - Het gaat daarbij altijd om de cliënt in relatie tot zijn of haar sociale omgeving.
  - Gestreefd wordt naar betrokkenheid van nabije verwanten en vrienden.
- Kwaliteit komt tot stand in dialoog tussen zorgverlener en cliënt (met familie/netwerk).
  - Er zijn betrokken en vakbekwame medewerkers.
  - Ze benutten de beschikbare ‘evidence’ over goede zorg.
- Kwaliteit wordt primair op het niveau van de cliënt ingevuld (met individueel maatwerk).
  - Het ondersteuningsplan is een instrument voor samen bepalen ‘wat belangrijk is’.
  - Aandachtsvelden bij dat individuele plan zijn:
    - Gezondheid: lichamelijk welbevinden;
    - Gezondheid: psychisch welbevinden;
    - Betekenisvolle contacten/interpersoonlijke relaties;
    - Deelname aan de samenleving (wonen, werk/bezigheid, vrije tijd);
    - Persoonlijke ontwikkeling en zelfbepaling.
- Als belangrijke voorwaarden noemt het visiedocument:
  - Individueel maatwerk in afspraken met de persoon (via het ondersteuningsplan)
  - Een omgeving die cliëntveiligheid bevordert (fysiek, sociaal, emotioneel)
  - Kwaliteit van medewerkers/teams (w.o. kwaliteit in de relatie cliënt-medewerker)
  - Samenhang in het geheel van zorg en ondersteuning

### Bouwstenen

Een vernieuwd kwaliteitskader is primair gericht op intern verbeteren en in het verlengde ervan op externe transparantie. Het kader heeft de volgende bouwstenen:

1. *Kwaliteit rond de individuele persoon.* Per cliënt moet helder zijn:

- welke problemen bij zelfredzaamheid er zijn, welke ondersteuningsbehoeften?
- welke bijzondere gezondheidsrisico's bestaan, welke aandachtspunten voor veiligheid?
- welke wensen de persoon heeft voor een prettig leven (hoe kan de zorg eraan bijdragen).

In het zorg- en ondersteuningsplan is de informatie over deze onderwerpen vastgelegd. De organisatie borgt dat het plan actueel is en dat het in samenspraak met de cliënt is opgesteld.

<sup>1</sup> Kwaliteitsagenda ‘Samenwerken aan een betere gehandicaptenzorg’, ministerie van VWS, 1 juli 2016

<sup>2</sup> Visiedocument Kwaliteitskader 2.0 GHZ, februari 2013

2. *De inzichten van cliënten.* Een onmisbare tweede bouwsteen is dat cliënten zeggen wat ze ervan vinden (mijn ervaringen), enerzijds over de geboden zorg en ondersteuning, anderzijds over hun kwaliteit van bestaan.

Hiervoor zijn erkende instrumenten beschikbaar. In landelijke spelregels is vastgelegd wat de zorgaanbieder moet doen, bijvoorbeeld minimale frequentie van cliëntwaarderingsonderzoek. In het huidige kwaliteitskader zijn de bevindingen uit cliëntwaarderingsonderzoek niet openbaar. De zorgaanbieder neemt een overzicht van bevindingen op in een jaarlijks kwaliteitsrapport; met daarbij de keuzes ten aanzien van verbetertrajecten. Het oordeel van de centrale cliëntenraad is hierbij nadrukkelijk betrokken.

3. *De zelfreflectie in teams en woonvormen*<sup>3</sup>. Naast regulier werkoverleg komen de teams tot een gerichte reflectie aan de hand van landelijk vastgestelde thema's, uiteraard met ruimte voor zelfgekozen extra onderwerpen. Dat is de derde bouwsteen. De beoogde reflectie heeft de strekking van 'wat doen we goed, wat staat zwak en moet beter'. De bevindingen zijn vastgelegd in een beknopt overzicht. In ieder geval komen de volgende zaken 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, etc.
- De kwaliteit van de relatie tussen cliënt en medewerker (reflectie hierop). Bovendien de competenties van medewerkers, samenwerking in het team en samenspel met nabije familie.
- De borging van veiligheid op enkele gebieden die als prioriteit zijn aangemerkt. Nu geldt dat bijvoorbeeld voor veilige geneesmiddelenzorg. Het gaat dan niet meer om lange afvinklijstjes maar om een beperkt aantal 'zaken die ertoe doen'.

#### 4. *Kwaliteitsrapport*

Op grond van de genoemde bouwstenen maakt de zorgaanbieder jaarlijks een bondig Kwaliteitsrapport; dit is een verantwoordelijkheid van het bestuur van de zorginstelling.

In het verlengde van de zojuist genoemde bouwstenen, biedt het rapport een geobjectiverd zicht op kwaliteit. Bevindingen zijn gecombineerd met uitleg over achtergrond en verdere ontwikkeling. Bijvoorbeeld: 'kennen we de cliënt' (wat is voor hem/haar belangrijk) en is de zorg daarop gericht. Of: 'hoe staat het met deskundigheid van medewerkers'; is die toereikend in het licht van allerlei zorgvragen. Landelijk wordt een beknopt aantal thema's vastgesteld (6 à 8) waarover het rapport informatie zal geven; het staat de zorgorganisatie vrij om andere onderwerpen toe te voegen. Het rapport geeft niet alleen overzicht, het komt ook tot beredeneerde keuzes over verbeteringen die nodig zijn. Dat veronderstelt een open cultuur ook bij de omgeving van de gehandicaptenzorg; er kunnen onvolkomenheden zijn, of nieuwe opgaven die nog tijd vragen. Op deze manier is het kwaliteitsrapport verbonden met 'goed bestuur', waar onder systematische raadpleging van de cliëntvertegenwoordigers, medewerkers, en medezeggenschap.<sup>4</sup>

Niet onbelangrijk: het kwaliteitsrapport bevat tevens de inzichten uit cliëntervaringsonderzoek. In het huidige kader zijn die niet openbaar; er wordt nu een stap gezet naar overzicht als hulpmiddel naar intern beraad over verbetertrajecten en externe transparantie.

#### 5. *Externe visitatie*

In de nieuwe opzet worden niet langer allerlei data in een landelijke portal ingevoerd, maar is er een integraal kwaliteitsrapport als neerslag van de inzichten uit de bouwstenen.

<sup>3</sup> Of andere organisatorische eenheden

<sup>4</sup> Zie ook: Toezichtkader Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid (Zorgbrede governance-code 2017)

Het is wenselijk dat zorgaanbieders kritische tegenspraak organiseren over hun kwaliteitsrapport – en de aanpak eronder – met een vorm van externe visitatie (vakmensen, andere deskundigen). Zo'n opzet past bij een nieuw kader waarin zorgorganisaties het voortouw nemen bij 'zicht op kwaliteit'. In het kwaliteitsrapport wordt onderbouwd hoe de visitatie plaatsvindt, de bestuurder geeft zicht op de bevindingen van de externe visitatie en laat zien wat met de inzichten gebeurt.

### 1.3 Stappen naar een verdere invoering

#### Proeftuinen

Met instemming van het ministerie van VWS en het Zorginstituut zijn begin 2016 proeftuinen gestart met het vernieuwde kwaliteitskader. Uit een bredere inzending van plannen zijn 24 zorgaanbieders geselecteerd. Die kregen de opdracht en de ruimte om met de bouwstenen van het nieuwe kader te werken en in het najaar van 2016 te rapporteren over de eerste bevindingen.

Alle deelnemende zorgaanbieders hebben zich aan het schema gehouden en zijn bovendien met een eerste kwaliteitsrapport gekomen.

Een gezamenlijke werkconferentie (16 november 2016) leidde tot de volgende inzichten:

- het kwaliteitskader blijft vertrekken vanuit de individuele cliënt en zijn/haar wensen ten aanzien van een prettig leven (kwaliteit van bestaan);
- de nieuwe aanpak vergroot het kwaliteitsbewustzijn bij zorgteams en organisaties en geeft tegelijk een bijdrage aan 'leren en ontwikkelen';
- ruimte voor reflectie (en opdracht daartoe) werkt stimulerend om de zorg en ondersteuning nadrukkelijk te richten op meerwaarde voor cliënten;
- de formule van een kwaliteitsrapport weerspiegelt de wens van organisaties om in dialoog met interne en externe partijen transparant te zijn over kwaliteit en verbetertrajecten.

Op de werkconferentie hebben vertegenwoordigers van externe partijen – landelijke cliëntenorganisaties, zorgverzekeraars, IGZ, VWS, IGZ uitgesproken dat ze vertrouwen hebben in de wending naar een nieuwe versie van een kwaliteitskader voor de gehandicaptenzorg.

Hierbij is gesignaleerd dat 'intern verbeteren' en 'transparant zijn' in elkaars verlengde liggen. Tegelijk is aangetekend dat de kwaliteitsrapportages niet direct leiden tot keuze-ondersteunende informatie voor zorgvragers. Ter overweging staat om via een beknopte 'cliënten-versie' daartoe te bij te dragen, dan wel via nieuwe wegen – bijvoorbeeld formats voor brochures en filmpjes – te komen tot publieksinformatie die mensen bruikbaar vinden<sup>5</sup>.

#### Naar brede invoering

De landelijke stuurgroep heeft vastgesteld dat de nieuwe opzet als zinvol wordt gezien en tevens werkt in de praktijk – ook al zal er nog aangescherpt en bijgeslepen worden. In het verlengde hiervan is het voorstel gedaan om het vernieuwde kader breed in de gehandicaptenzorg te gaan invoeren vanaf 2017. Dat moet gepaard gaan met een 'steunstructuur' zodat zorgorganisaties die ondersteuning wensen daarop direct een beroep kunnen doen.

Het vereist daarnaast een formele instemming van het Zorginstituut, zodat het vernieuwde kader wordt erkend als gezaghebbend voor de gehele sector en met die status wordt opgenomen in het kwaliteitsregister.

Hierbij is tevens het volgende voorzien: in de overgang naar een vernieuwde opzet (2017) zullen de zorgorganisaties nog de huidige 'pijler 1' toepassen; aan de hand van kernvragen wordt informatie gegeven over het beleid rond kwaliteit en veilige zorg (zie bijlage 1 voor Kwaliteitsinformatie per verslagjaar).

<sup>5</sup> Zie: Kwaliteitsagenda 'Samenwerken aan een betere gehandicaptenzorg', ministerie van VWS, 1 juli 2016

### Zorginstituut Nederland

Volgens landelijke regelgeving is het Zorginstituut bevoegd om voor een domein van zorgverlening een kwaliteitsstandaard of een kwaliteitskader vast te stellen. Standaarden zijn vooral van toepassing in de curatieve zorg, gericht op specifieke aandoeningen. Voor de langdurige zorg kan een 'kwaliteitskader' het best werken met een integrale benadering van de opgaven in een zorgdomein.

Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn de volgende (zie beleidsdocumenten van het Zorginstituut):

- Vertrekkend vanuit cliëntperspectief bevat het kader een gedeelde visie; die verheldert wat goede zorg is voor mensen die in dat domein hulp en ondersteuning ontvangen. Wetenschappelijk inzicht over effectieve zorg – en wat eraan bijdraagt – is erin verwerkt.
- In het kader wordt aangeduid welke informatie op het niveau van de individuele cliënt altijd wordt vastgelegd met het oog op een goed lopend zorgproces.
- In het kader wordt tevens opgenomen hoe op het niveau van zorgteams gekomen wordt tot een helder zicht op 'wat gaat goed, wat moet beter'.
- Het kader preciseert hoe de zorgorganisatie komt tot externe verantwoording over de kwaliteit van zorg en ondersteuning; op welke thema's en met welke informatiebronnen.
- Bij dit alles is gezamenlijkheid van relevante partijen belangrijk: landelijke cliëntenorganisaties, beroepsgroepen, zorgbranches, zorgkantoren, IGZ.

De landelijke stuurgroep heeft zich beraden op deze eisen en stelt vast dat het vernieuwde kader eraan tegemoet komt. Het staat tevens in verbinding met het basisdocument dat het Zorginstituut maakte voor de langdurige zorg, onder de titel: 'Samen de kwaliteit van langdurige zorg verbeteren'<sup>6</sup>. Hierin is als fundament gekozen: persoonsgerichte zorg met individueel maatwerk gericht op kwaliteit van leven. Erop aansluitend is benadrukt dat medewerkers deskundig zijn (kennis van doelgroep, zicht op effectieve interventies); bovendien dat bestuurders de kwaliteit van zorg bevorderen (sturen op de passende samenstelling van het personeelsbestand, op 'zorg in dialoog met cliënt', op benutting van inzicht uit wetenschappelijk onderzoek).

Aan het bestuur van Zorginstituut Nederland zal daarom in januari 2017 het verzoek worden gedaan dat vanaf het voorjaar 2017 het vernieuwde kwaliteitskader als norm zal gelden voor de gehandicaptenzorg die onder de Wlz valt.

Hieraan voorafgaand vindt bij de betrokken veldpartijen een bevestiging van bestuurlijk commitment plaats (december 2016) aanvullend op de consensus in de landelijke stuurgroep.

We verwachten in maart 2017 een standpunt van het Zorginstituut; de eigen kwaliteitsraad van het instituut zal in de tussentijd tot een oordeel kunnen komen.

---

<sup>6</sup> Samen de kwaliteit van langdurige zorg verbeteren, Zorginstituut Nederland, 10 februari 2015

## Hoofdstuk 2: Vernieuwd kwaliteitskader gehandicaptenzorg

### 2.1 Kwaliteitskader

Een landelijk kwaliteitskader is een gezaghebbende leidraad naar zorgaanbieders: het berust op een aansprekende visie, het geeft helderheid naar cliënten over 'goede zorg', het helpt medewerkers en teams om de zorg voortdurend te verbeteren en het biedt een handvat voor bestuurlijke verantwoording naar de omgeving. Het onderliggende motto: intern verbeteren staat voorop en in het verlengde ervan transparant maken van kwaliteitszorg (extern verantwoord).

Het kwaliteitskader voor gehandicaptenzorg heeft betrekking op de zorg die onder de Wlz<sup>7</sup> valt, met inachtneming van het VN-verdrag. Andere sectoren (onderwijs, werk, recreatie, wonen, maatschappelijke ondersteuning) kunnen voor cliënten ook van belang zijn, maar die vallen in beginsel buiten de reikwijdte van dit kwaliteitskader.

Het kwaliteitskader voor de gehandicaptenzorg vertrekt vanuit een gedeelde visie op 'goede zorg en ondersteuning'. Het betreffende basisdocument is in eerdere jaren opgesteld; het is onverminderd van betekenis<sup>8</sup>. Als zodanig heeft Zorginstituut Nederland dat document opgenomen in het register.

#### Gedeelde visie op gehandicaptenzorg: de kernpunten

- Cliënten hebben eigen regie.
  - De zorg zal bijdragen aan hun kwaliteit van bestaan.
  - Het gaat daarbij altijd om de cliënt in relatie tot zijn of haar sociale omgeving.
  - Gestreefd wordt naar betrokkenheid van nabije verwanten en vrienden.
- Kwaliteit komt tot stand in dialoog tussen zorgverlener en cliënt (met familie/netwerk).
  - Er zijn betrokken en vakbekwame medewerkers.
  - Ze benutten de beschikbare 'evidence' over goede zorg.
- Kwaliteit wordt primair op het niveau van de cliënt ingevuld (met individueel maatwerk).
  - Het ondersteuningsplan is een instrument voor samen bepalen 'wat belangrijk is'.
  - Aandachtsvelden bij dat individuele plan zijn:
    - Gezondheid: lichamelijk welbevinden;
    - Gezondheid: psychisch welbevinden;
    - Betekenisvolle contacten / interpersoonlijke relaties;
    - Deelname aan de samenleving (wonen, werk/bezigheid, vrijetijd);
    - Persoonlijke ontwikkeling en zelfbepaling.
- Als belangrijke voorwaarden noemt het visiedocument:
  - Individueel maatwerk in afspraken met de persoon (via het ondersteuningsplan);
  - Een omgeving die cliëntveiligheid bevordert (fysiek, sociaal, emotioneel);
  - Kwaliteit van medewerkers/teams (w.o. kwaliteit in de relatie cliënt-medewerker);
  - Samenhang in het geheel van zorg en ondersteuning.

Voor de langdurige zorg heeft het Zorginstituut een helder vertrekpunt gekozen: persoonsgerichte zorg<sup>9</sup>. Dit is zorg die aansluit op de wensen en voorkeuren van de bewoner; met zorg die is afgestemd op het leven van de individuele cliënt; met echte betrokkenheid van nabije verwanten en vrienden.

<sup>7</sup> Reikwijdte is momenteel gelijk aan het huidige kader: WLZ cliënten met een ZZP die bij de instelling wonen (min. 4 dagen per week zorg), inclusief VPT en exclusief cliënten met een MPT of PGB. Dit laatste wordt nader onderzocht en opgenomen in de ontwikkelagenda.

<sup>8</sup> Visiedocument Kwaliteitskader 2.0 GHZ, februari 2013

<sup>9</sup> Samen de kwaliteit van langdurige zorg verbeteren, Zorginstituut Nederland, 10 februari 2015

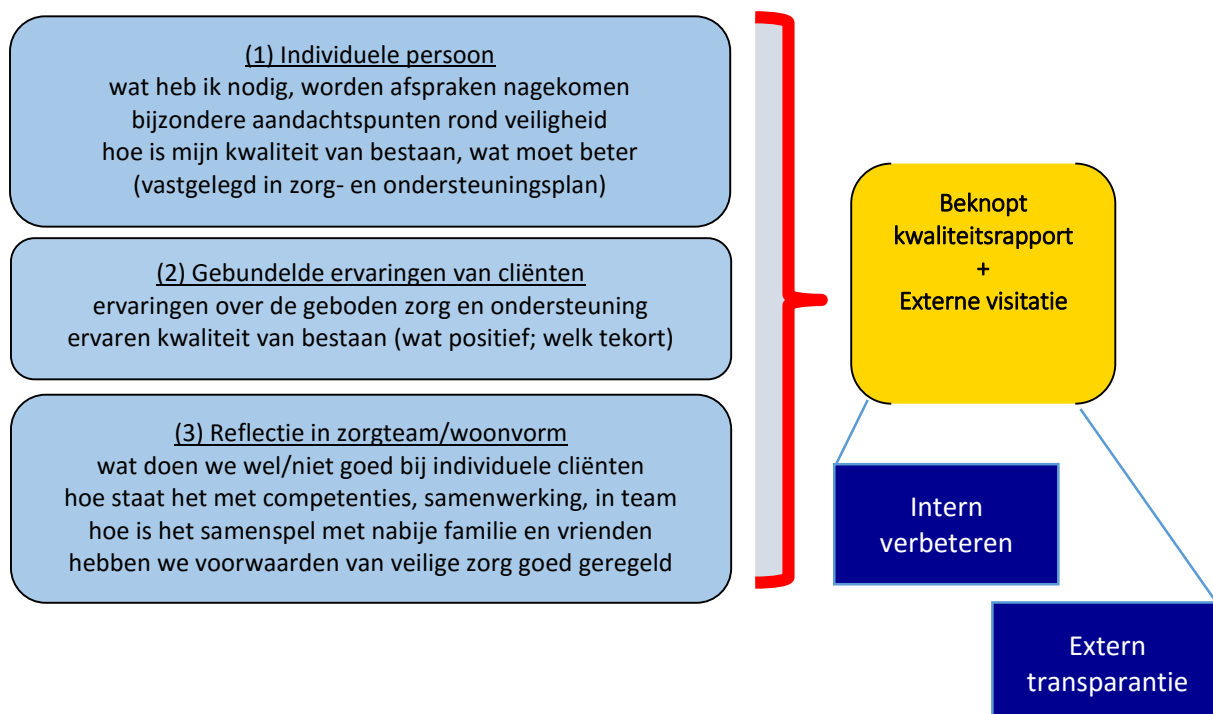
Persoonsgerichte zorg berust op samenspraak tussen de medewerkers en de cliënt of zijn directe vertegenwoordiger. Nodig is dat medewerkers de persoon goed kennen, respectvol bejegenen, samen met hem/haar blijven nagaan wat bijdraagt aan 'kwaliteit van bestaan'. Ook iemands beperkingen in het dagelijks leven overzien; kijken hoe de persoon ermee kan omgaan en welke hulp erbij nodig is.

De gehandicaptenzorg heeft eigen accenten toegevoegd: kijken vanuit 'kwaliteit van bestaan' met een eigen invulling voor elke cliënt; tegelijk aandacht voor veilige zorg en gezondheidsbescherming (met individuele risico-afweging); goed letten op samenhang van zorg met maatschappelijke voorzieningen ('inclusie'). Cliëntenorganisaties wijzen erop dat de zorg en ondersteuning ten principale vanuit het leven van de mens met een beperking wordt georganiseerd; in dialoog tussen cliënt en zorgverleners.

Mensen met beperkingen hebben individuele behoeften en wensen; ze willen zelf kiezen hoe ze leven; en verbonden zijn met anderen. Dit uitgangspunt is terug te vinden in een belangrijk VN-verdrag over rechten van personen met een handicap. Hierin staat dat mensen deel uitmaken van de samenleving. Ook mensen met een beperking moeten ten volle kansen hebben tot meedoen en zich ontwikkelen.

## 2.2 Bouwstenen

Het vernieuwde kwaliteitskader berust op drie bouwstenen; samen zijn ze de informatiebronnen voor een kwaliteitsrapport van de zorgorganisatie.



*Eerste bouwsteen: DE CLIENT:*

*kwaliteit bij de individuele persoon (= vernieuwing huidige pijler 2A)*

De eerste bouwsteen geeft informatie op cliëntniveau, vanuit de dialoog met de individuele cliënt (en de gemeten cliëntervaring). Voor elke cliënt zal helder zijn:

- welke problemen bij zelfredzaamheid er zijn, welke ondersteuningsbehoeften;
- welke bijzondere gezondheidsrisico's er bestaan, welke aandachtspunten voor veiligheid;
- welke wensen de persoon heeft voor een prettig leven (hoe kan de zorg eraan bijdragen).



In het persoonlijke zorg- en ondersteuningsplan is de informatie over deze onderwerpen vastgelegd. De organisatie borgt dat het plan actueel is en dat het in samenspraak met de cliënt is opgesteld.

Het zorgteam, en zo ook de zorgorganisatie, heeft inzicht in het geheel van cliënten:

- Zelfredzaamheid en ondersteuningsbehoeften (wat is nodig);
- Gezondheidsrisico's en veiligheid (een individuele risico-weging);
- Ervaren kwaliteit van bestaan (welke tekorten wat doen we eraan);
- Betrokkenheid van familieleden en belangrijke anderen;
- Afspraken over dagelijkse zorg en ondersteuning (komen we afspraken na).

#### *Tweede bouwsteen: CLIENTERVARINGEN*

*inzichten van het geheel van cliënten (= doorgaan met pijler 2B)*

-----

Een onmisbare tweede bouwsteen is dat cliënten zeggen wat ze ervan vinden (mijn ervaringen), enerzijds over de geboden zorg en ondersteuning, anderzijds over hun kwaliteit van bestaan. Hiervoor zijn erkende instrumenten beschikbaar<sup>10</sup> ('waaier'); de zorgaanbieder kiest daar uit. In landelijke spelregels is vastgelegd wat de zorgaanbieder moet doen; de minimale frequentie van cliëntwaarderingsonderzoek is 1 keer per drie jaar.

In het huidige kwaliteitskader zijn de bevindingen uit cliëntwaarderingsonderzoek niet openbaar: in het vernieuwde kader is dat wel het geval via een duiding ervan in het kwaliteitsrapport.

Op landelijk vlak bestaat een erkende werkwijze voor onderhoud en verbetering van instrumenten voor cliëntenraadpleging. Een wetenschappelijke commissie beoordeelt en monitort aangedragen instrumenten op validiteit, betrouwbaarheid, bruikbaarheid. Uitsluitend toegelaten instrumenten kunnen door de zorgorganisaties worden gebruikt als onderdeel van het landelijk kwaliteitskader. In 2017 wordt gewerkt aan verdere harmonisatie; de sector wil in komende jaren bereiken dat elk instrument informatie bevat over: ervaren kwaliteit van zorg en ervaren kwaliteit van bestaan.

De organisatie-eenheid, zo ook de zorgaanbieder, heeft inzicht in het geheel van cliëntervaringen. Teams en management benutten dat inzicht bij de zelfreflectie en verbetertrajecten. De zorgaanbieder zal de bevindingen over alle geraadpleegde cliënten verwerken in het kwaliteitsrapport met daarbij de keuzes ten aanzien van verbetertrajecten.

#### *Derde bouwsteen: DE TEAMS*

*zelfreflectie in zorgteams (= vernieuwing i.r.t. huidige pijler 3)*

-----

De derde bouwsteen is de systematische reflectie in teams. Kern ervan is dat teams, naast regulier werkoverleg, komen tot een gerichte reflectie aan de hand van landelijk vastgestelde thema's; en daarnaast is er uiteraard ruimte voor zelfgekozen extra onderwerpen.

De beoogde reflectie zal minimaal jaarlijks plaatsvinden; en heeft de strekking van 'wat doen we goed, wat kan beter'. De bevindingen worden vastgelegd in een beknopt overzicht. In ieder geval komen de volgende zaken aan de orde:

- Het proces rond de individuele cliënt: kennen we de cliënten; is er een actueel plan, worden afspraken nagekomen, is er zicht op veiligheid en gezondheidsrisico's per cliënt etc.
- De kwaliteit van de relatie tussen cliënt en medewerker; bovendien het samenspel met de nabije familieleden.
- De borging van veiligheid.

---

<sup>10</sup> Zie ook: <http://www.vgn.nl/artikel/24599>

- Of het team voldoende is toegerust voor de zorg- en ondersteuningsvragen van de cliënten; samen met de vraag 'kunnen we als team ons werk goed doen'.

Het management faciliteert en stimuleert de reflectie in teams en bevordert diepgang. Doel is primair interne kwaliteitsverbetering; verkregen inzichten leiden tot een ontwikkelplan met enkele speerpunten. Op het niveau van de zorgaanbieder bestaat overzicht van het geheel van teamreflecties, op grond van de opgestelde verslagen met ontwikkelplannen. We sluiten hierbij aan bij de kwaliteitsagenda gehandicaptenzorg met de acties het stimuleren van leren reflecteren om het toerusten van professionals te versterken.

Het bestuur van de zorgaanbieder bevordert dat teams een passende manier van reflecteren kiezen die bij hen past en het 'gezamenlijk leren' en samenwerking ten goede komt. Dit vereist een veilig werkklimaat waarin medewerkers open naar elkaar kunnen zijn, onvolkomenheden in de zorg kunnen signaleren en samen tot gerichte verbeteracties komen.

Aanvullend kan een organisatie ervoor kiezen dat teams 'bij elkaar in de keuken kijken'; of dat een methodiek van (externe) observaties wordt toegepast.

### 2.3 Kwaliteitsrapport

Jaarlijks wordt een bondig kwaliteitsrapport uitgebracht door de Raad van Bestuur vanuit hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van de instelling.

Het kwaliteitsrapport is een belangrijk onderdeel van het Kwaliteitskader, omdat het de ervaringen met de drie bouwstenen, (1) de dialoog met de individuele cliënt, (2) cliëntervaringen en (3) teamreflecties, met elkaar verbindt. Het geeft een samenhangend beeld over de gewenste balans tussen de kwaliteit van dienstverlening en de kwaliteit van bestaan van mensen met een beperking in de langdurige zorg en activering. En brengt bovendien de ontwikkeling in beeld brengen (waar staan we, waar gaan we heen).

Het doel van dit rapport is drieledig:

1. het inzichtelijk maken van de kwaliteit en de interne verbeteracties (met steeds beantwoording van de vraag 'waarom doen we dit, wat levert deze actie/verbetering op voor de individuele cliënt?');
2. als middel voor interne verantwoording; naar o.a. Cliëntenraad, Ondernemingsraad en Raad van Toezicht;
3. als middel voor de externe verantwoording naar diverse stakeholders, zoals IGZ en Wlz-uitvoerders.

Landelijk is afgesproken dat het kwaliteitsrapport ten minste zicht geeft op:

- het zorgproces bij de individuele cliënt
- de ruimte die cliënten hebben op het vlak van zeggenschap en eigen regie
- veilige zorg
- kwaliteit van bestaan
- de kwaliteit van de relatie tussen cliënt en medewerkers
- kwaliteit van arbeid (personeel)
- vakmanschap medewerkers
- betrokkenheid verwanten

De bevindingen in het kwaliteitsrapport zijn onderbouwd, waarbij gebruik gemaakt wordt van de drie bouwstenen, in onderlinge samenhang en andere informatiebronnen (zie bijlage 2), bij voorkeur aangevuld met cliënt - en medewerkers verhalen. Het vertellen en tellen werkt aanvullend op elkaar.

Er zijn algemene uitgangspunten voor het kwaliteitsrapport:

- het rapport geeft een algemeen overzicht voor de zorgorganisatie, maar daaronder is een verbijzondering naar organisatie-eenheden mogelijk; de zorgaanbieder laat zien waar die informatie te vinden is;
- het rapport maakt duidelijk welke informatiebronnen zijn benut (zie ook bijlage 2);
- het rapport berust op een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve informatie (dus: 'tellen en vertellen');
- het rapport maakte onderbouwde keuzes ten aanzien van verbetertrajecten, met een beknopte aanduiding van 'wat, hoe, wanneer';
- reflectie met interne en externe stakeholders vindt plaats aan de hand van het kwaliteitsrapport; uitkomsten hiervan worden bijgevoegd bij het rapport;
- in het opvolgende jaar vindt, in het kader van de leercirkel, reflectie plaats en laat het kwaliteitsrapport zien wat er verbeterd is t.o.v. het voorgaande jaar;
- het rapport bevat een samenvatting die ook voor 'leken' leesbaar is (of er is een losse samenvatting die hierin voorziet), waarin de belangrijkste thema's aan de orde komen.

Het rapport is gereed in Q1 van het opvolgend jaar; en daarna wordt het rapport aangeboden aan de IGZ, tevens naar het zorgkantoor waarmee de zorgaanbieder is verbonden. De zorgaanbieder plaatst het rapport op de eigen website; er is ook een korte samenvatting beschikbaar (die ook een onderdeel van het rapport is). Er vindt nadere afstemming plaats met het Zorginstituut over de wijze van het leveren van het publieksinformatie, zie paragraaf 2.5.

## 2.4 Externe Visitatie

Via het kwaliteitsrapport is de bestuurder transparant over de kwaliteit van zorg- en dienstverlening van diens organisatie en laat hij zien welke verbeteracties waarom en wanneer plaatsvinden. Hij wordt hierop, zowel door interne als externe stakeholders, bevraagd. De bestuurder regelt kritische, opbouwende reflectie ter bevordering van het leer- en ontwikkelvermogen van de organisatie door een externe visitatie te organiseren.

Externe visitatie reflecteert op de kwaliteit van zorg- en dienstverlening en de bijbehorende verbeteracties (beschreven in het kwaliteitsrapport) ten behoeve van de individuele zorg- en dienstverlening aan mensen met een beperking. Door bij visitatie ook vanuit externe perspectieven mee te kijken en de dialoog aan te gaan wordt het leerproces versterkt en wordt transparantie gegeven, zodat cliënten en stakeholders vertrouwen kunnen hebben in de kwaliteit van zorg en dienstverlening.

De visitatie geeft een antwoord op de vraag *hoe* de organisatie de kwaliteit van zorg duidt en welke verbeteracties nodig zijn, zonder een oordeel te geven over de verschillende facetten van de kwaliteit van dienstverlening *zelf*. De visitatie is daarmee een aanvullende bron en geeft verdieping aan het kwaliteitsrapport.

Leidende uitgangspunten zijn als volgt:

- Het bestuur van de zorgaanbieder draagt zorg voor de samenstelling van het visitatieteam en het bewerkstelligt daarbij dat ten minste twee externe deskundigen aan het proces meedoen. In het kwaliteitsrapport onderbouwt het bestuur de gemaakte keuzes en laat zien op welke wijze het cliëntperspectief is meegenomen.
- Het kwaliteitsrapport is input voor de visitatie. De visitatie heeft daarmee betrekking op hetzelfde aggregatieniveau als het kwaliteitsrapport.
- Het visitatieteam geeft mondeling en schriftelijk terug aan de zorgorganisatie wat is gezien en gehoord, wat daar positief in opvalt en wat mogelijk beter zou kunnen.
- Het bedoelde visitatieproces vindt één keer per twee jaar plaats.
- In het kwaliteitsrapport wordt onderbouwd hoe de visitatie plaatsvindt, de bestuurder geeft zicht op de bevindingen van de externe visitatie en laat zien wat met de inzichten gebeurt. In het jaar dat er geen visitatie plaatsvindt, beschrijft de bestuurder in het kwaliteitsrapport wat er met de inzichten vanuit de visitatie is gebeurd.

## 2.5 Ontwikkelagenda

Mensen met een beperking, van welke aard dan ook, mogen in deze tijd rekenen op maatwerk. De gehandicaptenzorg kent uiteenlopende cliëntgroepen waarbij een complexe zorgbehoefte voorkomt. Zoals mensen met ernstig meervoudige beperkingen, mensen met niet – aangeboren hersenletsel, verstandelijk gehandicapte mensen met psychiatrische problemen en ouderen met een zorgbehoefte veelal van somatische aard.

Er is de komende jaren behoefte aan een verdere ontwikkeling/verdieping van kwaliteit omtrent de zorgbehoeften van mensen met een beperking. Eén van de kenmerken voor de gehandicaptenzorg is het gebruik maken van multidisciplinaire kennis en kunde. In dat kader streven we naar een samenhangend zicht op goede zorg, in plaats van een losse stapeling van richtlijnen en protocollen.

In dat kader vraagt de diversiteit van doelgroepen in relatie tot de ontwikkeling van leidraden (Nationaal Programma Gehandicapten), zorgprogramma's in de langdurige zorg en de ontwikkeling van richtlijnen door de beroepsgroepen nadere afstemming en doorontwikkeling.

Een tweede thema dat aandacht vraagt, is de wens om over openbare publieksinformatie te beschikken dat enerzijds geschikt is voor klantkeuze-informatie en dat anderzijds een richting geeft aan het vraagstuk van vergelijkbaarheid. Hier wordt de verbinding gezocht met de Kwaliteitsagenda van de gehandicaptenzorg. Er zal nadere afstemming plaatsvinden tussen de stuurgroep en ZinI middels een zoektocht over een wenselijke en passende methodologische benadering.

Eén van de aanbevelingen is dat dit kader ondersteund zal worden middels handreikingen, bijvoorbeeld voor het kwaliteitsrapport en externe visitatie (zonder af te doen aan de ruimte voor diversiteit en eigenheid). Deze krijgen een plek in het ontwikkel-/onderhoudsplan dat een onderdeel is van het indieningsproces van het Kwaliteitskader voor het Register van het Zorginstituut.

Andere onderwerpen die door stuurgroepleden zijn aangegeven en in de ontwikkelagenda een plek krijgen zijn:

- VWS en ZN geven aan dat het wenselijk is om de reikwijdte van dit kader te verruimen. De wens is om de mogelijkheden te onderzoeken om ook voor MPT en voor PGB dit landelijk erkend kader geldend te laten zijn.
- De wens van alle stuurgroepleden is om administratieve lasten te reduceren. Dit kader is daarbij helpend. Voorbeelden die genoemd zijn, zijn o.a. jaarverslag, inkoopproces, hkz.
- De aanbevelingen van het evaluatief onderzoek worden bediscussieerd tijdens de stuurgroep van 12 december. Aanbevelingen die daaruit voortvloeien krijgen een plek in de ontwikkelagenda, waar de stuurgroep nauw betrokken bij blijft.

**Bijlage 1 Overzicht Kwaliteitsinformatie Vernieuwd Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg (LZ), wat en wanneer**

	In 2016	In 2017	In 2018	In 2019
<b>Proeftuin – leden VGN (24 organisaties in 2016)</b>	Pijler 1 over 2015 is ingevuld. Pijler 2a over 2016 wordt niet ingevuld. Pijler 2b (cliëntervaring) heet vanaf nu bouwsteen 2 en is onderdeel van kwaliteitsrapport.	Pijler 1 over 2016 wordt niet ingevuld. Pijler 2a over 2017 vervalt. Bouwsteen 2 (cliëntervaring) heeft een plek in kwaliteitsrapport.	Pijler 1 over 2017 wordt ingevuld. Pijler 2a over 2018 vervalt.	Er is een nieuwe kwalitatieve methodologische benadering voor het transparant zijn over kwaliteitsgegevens in het belang van publieksinformatie.
	Kwaliteitsrapport over (groot deel van) 2016 is opgeleverd in de maand november. Externe visitatie over 2016 vindt plaats vanaf november en later. Kwaliteitsrapporten zijn openbaar en daarmee publieksinformatie.	Kwaliteitsrapport over 2016 is openbaar. Externe visitatie is verwerkt.	Kwaliteitsrapport over 2017 is openbaar in Q1 2018.	Kwaliteitsrapport over 2018 is openbaar in Q1 2019 Externe visitatie over 2018 vindt plaats.
<b>Overige leden VGN</b>	Pijler 1 over 2015 is ingevuld Pijler 2a over 2016 is ingevuld Pijler 2b vindt cyclisch plaats.	Pijler 1 over 2016 wordt ingevuld Pijler 2a over 2017 vervalt	Pijler 1 over 2017 wordt ingevuld. Pijler 2a over 2018 vervalt	Er is een nieuwe kwalitatieve methodologische benadering voor het transparant zijn over kwaliteitsgegevens in het belang van publieksinformatie.
		Bouwsteen 2 (= pijler 2b, cliëntervaring) krijgt een plek in kwaliteitsrapport.	Kwaliteitsrapport over 2017 is openbaar in Q 1 2018. Externe visitatie over 2017 vindt plaats uiterlijk in Q1 2018.	Kwaliteitsrapport over 2018 is openbaar in Q1 2019

## ***Bijlage 2 Kwaliteitsrapport samenvatting en bronnen***

### **Samengevat bevat het kwaliteitsrapport als hoofdlijn het volgende:**

- Wat gaat goed en op welke onderdelen kan de organisatie verbetering laten zien?
- Op welke wijze zijn gegevens tot stand gekomen en wat is er mee gedaan?
- Hoe monitort de organisatie dat de organisatieverbeteringen daadwerkelijk worden geïmplementeerd?
- Wat leveren de verbeteracties op voor cliënten?
- Hoe laat je zien dat de zorg aan individuele cliënten verbeterd?
- Welke onderwerpen spelen daarbij een centrale rol?
- Welke verbeteracties zijn nodig?
- Wanneer wil de organisatie wat bereiken hebben?
- Hoe is de reflectie georganiseerd en wat wordt er met de uitkomsten gedaan?
- Wat zijn de bevindingen van de RvT/cliëntenraad/OR over het kwaliteitsrapport?

### ***Bronnen die gebruikt kunnen worden bij de onderbouwing***

- |   |   |
|---|---|
| ▪ Dialoog cliënt / cliëntervaringsonderzoek | ▪ MIC-meldingen (agressie, medicatie, vallen) |
| ▪ Beschrijving zorgproces / OSP             | ▪ Risico-inventarisatie                       |
| ▪ Cliëntpopulatie                           | ▪ Klachten                                    |
| ▪ Cliëntervaringsonderzoek                  | ▪ Personeelsmix                               |
| ▪ Cliënten met OSP                          | ▪ Medewerkersonderzoek                        |
| ▪ Getekend/actueel OSP                      | ▪ Teamreflectie                               |
| ▪ Vrijheidsbeperkende maatregelen           | ▪ Ziekteverzuim                               |
| ▪ Medicatieveiligheid                       | ▪ Medezeggenschap                             |