

Kwaliteitskader gehandicaptenzorg

landelijk kader voor zorg onder de Wlz

-
1. Doel en reikwijdte
 2. Gehandicaptenzorg
 3. Kwaliteitskader voor gehandicaptenzorg
 4. Bouwsteen (1): zorgproces rond de individuele cliënt
 5. Bouwsteen (2): onderzoek naar cliëntervaringen
 6. Bouwsteen (3): zelfreflectie in teams
 7. Bouwsteen (4): kwaliteitsrapport en visitatie
 8. Verantwoording en informatie
 9. Samenhang met landelijk zorgbeleid
 10. Onderhoud en ontwikkeling
-

1. Doel en reikwijdte

1.1. Kwaliteitskader

De sector gehandicaptenzorg heeft al enige jaren een kwaliteitskader dat vanuit 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 precificeert 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. De partijen zijn:

- landelijke cliëntenorganisaties,
- beroepsgroepen,
- branchevereniging,
- zorgkantoren,
- 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),
- Zorginstituut Nederland.

Samen hebben de partijen een vernieuwd kwaliteitskader met een nieuwe systematiek ontwikkeld. Deze nieuwe systematiek is zinvol en werkbaar, zo blijkt uit proeftuinen die er in 2016 mee zijn uitgevoerd. Bovendien heeft ze op drie gebieden meerwaarde ten opzichte van de werkwijzen uit het huidige kwaliteitskader. Allereerst focussen de werkwijzen op de kwaliteit van bestaan van mensen en de bijdrage die zorg en ondersteuning daaraan leveren. Bovendien krijgen leren en verbeteren in de praktijk een sterk accent. Ten slotte 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 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. In 2020 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 landelijke 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. Mensen die zulke ernstige beperkingen hebben, dat continu nabije zorg nodig is. 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 Wlz bestaan grote verschillen als het gaat om de achtergrond van beperkingen. Driekwart van de doelgroep heeft primair een verstandelijke beperking, een kwart heeft een complexe lichamelijke handicap 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,
- of oudere mensen met beperkingen die langer leven door betere medische zorg en dan 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 zorgprogramma's voor deze cliëntgroepen, gebaseerd op onderzoek en praktijkervaring.³

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 leven 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,

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 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.

- en 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:

- 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.
- 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.
- 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 vorm geeft 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.

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'.
- (3) 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.

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.

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.

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.

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 is gewezen op het belang van 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.

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 te overstijgen met het oog op gezondheidsbescherming van de persoon en/of 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: lichamelijk welbevinden,
 - gezondheid: psychisch welbevinden,
 - betekenisvolle contacten/interpersoonlijke relaties,
 - deelname aan de samenleving door wonen, werken, bezigheid en vrijetijdsbesteding,
 - en persoonlijke ontwikkeling en zelfbepaling.

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),
- en samenhang in het geheel van zorg en ondersteuning (en coördinatie rond de cliënt).

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.

In het onderstaande kader staat een nadere duiding.

Visiekader

Autonomie en zelfbepaling

De cliënt kan eigen keuzes maken en kan zijn leven invullen op zijn eigen 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: lichamenlijk 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 dat hij 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 het doen van 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.
- *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.

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

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,
- en welke wensen iemand heeft 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. 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 verbetertrajecten; het inzicht van de centrale cliëntenraad is erbij betrokken.

(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 medewerkers-onderzoek). 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, maar 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 benodigde verbeteringen. Daar zijn een open cultuur binnen de zorgorganisatie en openheid bij de omgeving van de gehandicaptenzorg voor nodig. 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

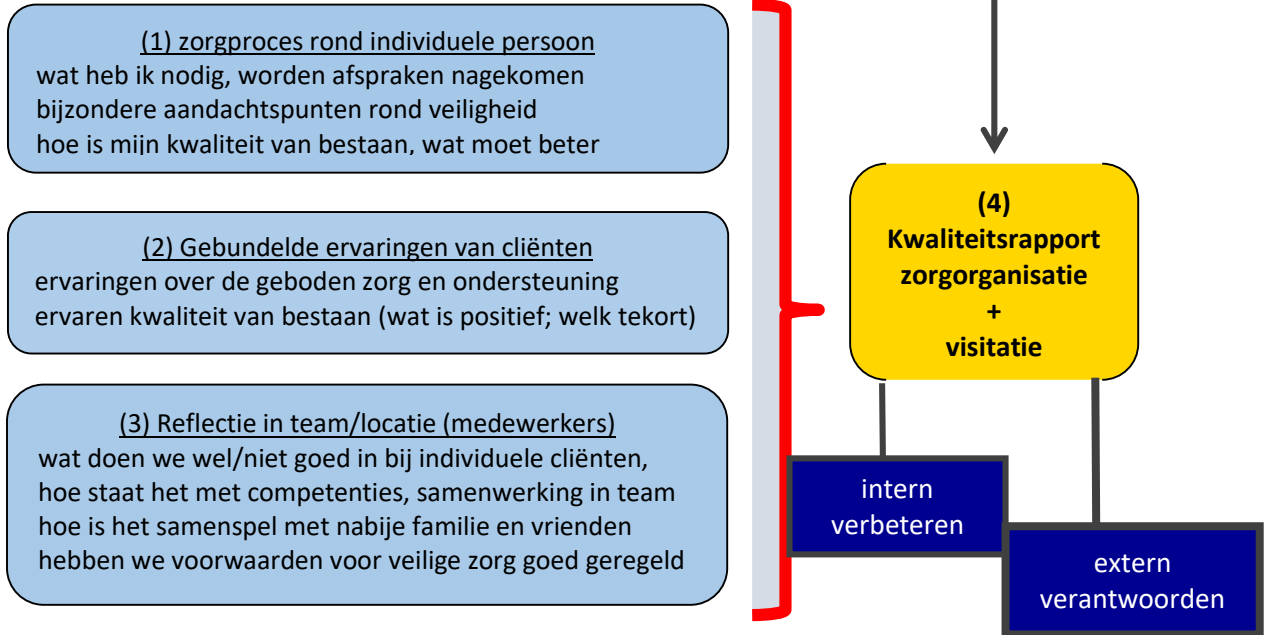
⁹ Zie ook: Toezichtkader bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid (Zorgbrede governance-code 2017)

SCHEMA: vernieuwd kwaliteitskader gehandicaptenzorg

VISIE



WERKWIJZEN



De volgende hoofdstukken bevatten een nadere uitwerking van de bouwstenen.

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 komt voort uit de dialoog tussen de medewerkers en de cliënt of zijn 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 kan omgaan 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 al gangbaar in de gehandicaptenzorg. Vrijwel elke cliënt heeft een actueel plan. In landelijk zorgbeleid¹⁰ zijn vooral 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 is bekend 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.

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 over elke cliënt helder:

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

De direct betrokken medewerkers hebben, voor al hun cliënten, inzicht in:

- 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,
- en de afspraken over dagelijkse zorg en ondersteuning (komen we afspraken na).

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

4.3. Werkwijze

Op basis 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 meer is binnen organisaties gangbaar dat medewerkers – over grenzen van locaties – af en toe 'bij elkaar in de keuken kijken' als 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 landelijk overzicht¹¹ heeft vrijwel elke cliënt in de gehandicaptenzorg een actueel plan (betreffende de zorg onder de Wlz):

- Halfjaarlijkse evaluatie van het plan is de regel; op voorstel van de cliënt – of 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 vanuit het multidisciplinair behandelplan – punten die relevant 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 gewoon individuele behoeften en wensen. En ook als cliënten langdurige zorg nodig hebben, 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 een 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 van wonen, werk en leren.

Daar hoort ook bij dat cliënten zelf kunnen vertellen wat voor hen belangrijk is. Dat gebeurt altijd in relatie tot het individueel ondersteuningsplan (zie paragraaf 4); daarnaast in verbinding met 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 en hun locaties 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 de raadpleging waardevolle aanknopingspunten.

Vanuit onderzoek¹² in eerdere jaren is onder meer het volgende bekend:

- 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).

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). Jos van Loon: Persoonlijke ondersteuningsuitkomsten schaal (2012-2015); gegevens op basis van de POS.

- 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 verzorgd eruit uitzien.

Zorgaanbieders kunnen de opgedane inzichten verwerken in het zorgbeleid. Dit is al een goede 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 die die zij Wlz-zorg biedt. Voor het 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 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.

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 met betrekking tot het ondersteuningsplan.
- 2) Op het niveau van de locatie. De informatie helpt medewerkers en teams bij hun zicht op kwaliteit en bij 'leren en 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.

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

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 een of meer beperkingen.¹⁴

Medewerkers-onderzoek 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 divers 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. Dat vindt zijn neerslag in zelfreflectie, met de gedeelde visie op gehandicaptenzorg als het ankerpunt.

6.2. Kernpunten

De derde bouwsteen van het kwaliteitskader is de reflectie in teams en op locaties. Kern ervan 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:

- 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 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.

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.

- 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:

- o Het bestuur van de zorgorganisatie stimuleert de reflectie in teams en locaties en bevordert ook de gewenste diepgang.
- o 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.
- o De vastgelegde bevindingen en ontwikkelpunten per team zijn opvraagbaar en beschikbaar voor bijvoorbeeld de IGZ.
- o Op het niveau van de zorgorganisatie bestaat overzicht van het geheel van teamreflecties:
 - 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 brengen op basis van een gedeelde visie en het bevorderen 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 hieronder geschetste werkwijze is in overeenstemming met de Zorgbrede Governance-code 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

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' bieden,

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, waar onder de invulling van 'persoonsgerichte zorg'. Bij dit alles is de IGZ geïnteresseerd in de vraag of de bestuurders adequaat sturen op kwaliteitsverbetering.

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 management, cliëntenraad, 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, is vergelijkbaarheid nagestreefd via een vast geheel van thema's. Het jaarlijks kwaliteitsrapport geeft zo in ieder geval zicht op:

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 en op locatieniveau.
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 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, het veilig gebruik van medicatie, het omgaan met agressie en de 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 verbetertrajecten. 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 andere informatiebronnen. Bij voorkeur wordt dat nog aangevuld met cliënt- en medewerkersverhalen. Het vertellen en tellen werkt aanvullend op elkaar. Ook kan het bestuur nader ingaan op cliënten met complexe zorgvragen (zie § 3.2).

7.3. Werkwijze

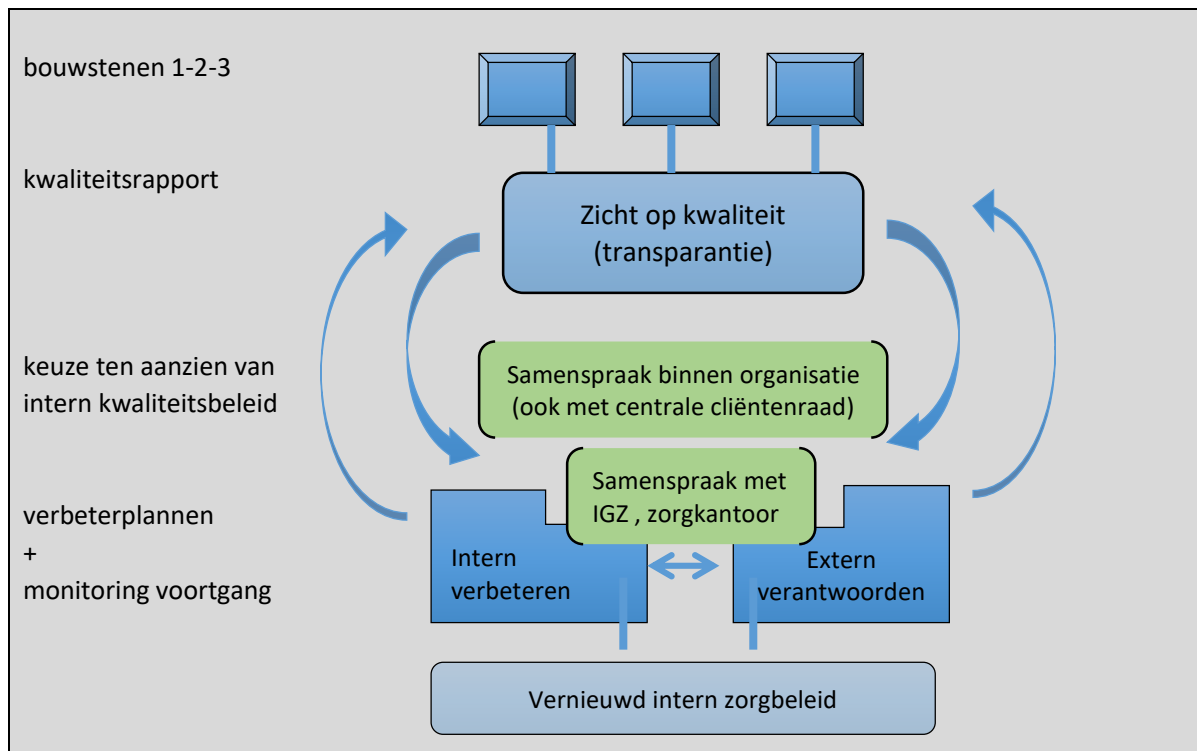
Het kwaliteitsrapport over een afgelopen jaar is uiterlijk 1 juni van het volgende jaar beschikbaar (gelijk aan jaarrekening en jaardocument MV), met inbegrip van de bevindingen uit de interne samenspraak ervoor (CR, OR en RVT) en de externe visitatie over de kwaliteitsrapportage die erop aansluit. Het rapport geeft een overzicht voor 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 daaruit 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 in ‘lekentaal’, die ook openbaar is.

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 zorg- en dienstverlening van de organisatie. De erop 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 heeft minimaal twee externe deskundigen. Het bestuur van de organisatie onderbouwt de keuze ten aanzien van 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 in een ontmoeting met het instellingsbestuur – en met erbij aanwezige vertegenwoordigers van cliënten en medewerkers – de inzichten in dialoog doorneemt; die kunnen dan verwerkt. De bevindingen van de visitatie worden als bijlage toegevoegd aan het bestuurlijke kwaliteitsrapport en zijn daarmee beschikbaar voor IGZ en 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 ze 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 volgens hen mogelijk beter zou kunnen.
- In het jaar dat er geen visitatie plaatsvindt, beschrijft de bestuurder in het kwaliteitsrapport wat er met de inzichten vanuit 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. Dat zijn de uitgangspunten waar het kwaliteitsrapport op berust. Het is een openbaar document. Vanaf het rapportagejaar 2017 levert elke zorgorganisatie uiterlijk op 1 juni van het volgende jaar een kwaliteitsrapport aan 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, daarbij 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:

- 1) de individuele ondersteuningsplannen,
- 2) de peilingen bij cliënten (het cliëntervaringsonderzoek),
- 3) 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, inclusief de bevindingen vanuit interne governance en externe visitatie¹⁹

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.

¹⁹ Dit verslag wordt toegevoegd over het jaar waarin de visitatie plaatsvindt. Het kwaliteitskader vermeldt dat de externe visitatie 1 keer per twee jaar plaatsvindt.

- 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 maken 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 keuze-ondersteuning). Toch zijn er openingen.

In het vernieuwde kwaliteitskader is de opdracht vastgelegd dat elke zorgorganisatie jaarlijks een kwaliteitsrapport opstelt waarin ook de inzichten uit cliëntervaringsonderzoek 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 keuzeondersteunende 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 nieuw onderzoek laten doen naar keuzeprocessen van zorgvragers. Dat onderzoek kan ook licht werpen op de informatiebehoeften van mensen. Met die inzichten kan de opzet van keuzeondersteuning 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 1'²¹) beschikbaar voor publieksinformatie.

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.

9. 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 naar 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. Zo is er een sterke associatie met zorg onder de Wlz. Het programma kijkt naar thema's als gezondheid, sociale participatie, welbevinden en probleemgedrag.²² Het is de bedoeling dat onderzoeksgroepen, zorginstellingen en opleidingen tezamen een 'duurzame kennisinfrastructuur' ontwikkelen. Praktijkgerichte kennis wordt gebundeld in het landelijk 'Kennisplein Gehandicaptenzorg'. Dit is een bestaand initiatief van Vilans, VGN, MEE-Nederland, met betrokkenheid van ZonMw.

Door deze opzet zal het programma extra kennis geven over factoren die bijdragen aan de kwaliteit van bestaan van mensen met ernstige beperkingen. Daarnaast komt er extra kennis beschikbaar met betrekking tot 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 verstandelijk gehandicapte mensen die tevens ernstige psychiatrische 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).

²² 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?'

10. Onderhoud en ontwikkeling

10.1. Onderhoud

Het vernieuwde kwaliteitskader geldt in ieder geval voor de periode 2017 – 2022. In 2020 vindt er een evaluatieonderzoek plaats, vanuit de intentie dat dit kader wordt voortgezet.

In de tussentijd is ondersteuning nodig bij de toepassing van het kwaliteitskader, bijvoorbeeld met extra verduidelijking via een website. De landelijke stuurgroep wil ook werkinstructies ontwikkelen voor delen 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 aanlevering van kwaliteitsinformatie naar 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.
- Het opstellen van een ‘lekenversie’ van dit kerndocument.
- 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.
- De werkwijzen bij externe visitatie waaronder de diversiteit van aanpakken en de merites daarvan binnen de gezamenlijke opdracht tot ‘leren en verbeteren’.
- 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.²³

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

²³ 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.

Bijlage 1

Landelijke stuurgroep

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 pedagogen en Onderwijskundigen (NVO)
ook vertegenwoordigende 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. De VGN heeft het projectteam dat de ontwikkeling en invoering van het kwaliteitskader ondersteunt 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. Daarnaast heeft de VGN een ondersteunende rol.