



**BOSMAN & VOS**  
GEVOEL VOOR MENSEN, VERSTAND VAN ORGANISATIES

## **Evaluatie van de proeftuinen vernieuwing kwaliteitskader gehandicaptenzorg**

Bosman & Vos  
Paul Poortvliet, Pim Lameris  
27 december 2016

*In het getal bezwijkt het verhaal en wordt geen beeld geboren  
Johan Huizinga*



## INHOUDSOPGAVE

Samenvatting, conclusies en aanbevelingen .....	1
Conclusies .....	3
Aanbevelingen .....	7
1. Inleiding .....	9
1.1. Aanleiding en vraagstelling.....	9
1.2. Beleidsmatige context .....	10
1.3. Organisatorische context.....	12
1.4. Vraagstelling .....	14
1.5. Aanpak.....	15
2. Procesevaluatie .....	16
2.1. Voorbereidingsfase inhoudelijk .....	16
2.2. Voorbereidingsfase procesmatig.....	21
2.3. Uitvoeringsfase.....	25
2.4. Besluitvormingsfase .....	28
3. Wat zagen wij binnen de proeftuinen .....	31
3.1. Bouwsteen 1: Zorg rond individuele cliënt.....	31
3.2. Bouwsteen 2: Ervaringen van verzameling van cliënten.....	33
3.3. Bouwsteen 3: Zelfreflectie in teams .....	35
3.4. Organisatorische aspecten.....	38
4. Kwaliteitsrapporten en visitaties .....	41
4.1. Kwaliteitsrapporten .....	41
4.2. Visitaties .....	45
Bijlage 1: Zorgaanbieders, die als proeftuin hebben gefungeerd.....	49
Bijlage 2: Checklist bouwsteen 1 (individuele cliënt).....	50
Bijlage 3: Checklist bouwsteen 3 (teamreflectie).....	51
Bijlage 4: Indeling kwaliteitsrapport .....	52
Bijlage 5: Toetsvragen kwaliteitsrapporten.....	54



## **SAMENVATTING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN**

In **hoofdstuk 1** van dit rapport gaan we in op de aanleiding voor de vernieuwing van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg, de reden en vraagstelling voor een evaluatie en de aanpak, die we hebben gevolgd.

De VGN heeft in het voorjaar 2015 het initiatief genomen om het landelijk kwaliteitskader gehandicaptenzorg te vernieuwen. Het jaar 2015 is gebruikt voor de inhoudelijke ontwikkeling. Besloten is dat het vernieuwde kader ingevuld wordt door aan de slag te gaan in proeftuinen. In de periode van februari t/m december 2016 hebben 24 instellingen in proeftuinen gewerkt aan de ontwikkeling en invulling van het nieuwe kwaliteitskader voor de gehandicaptenzorg.

Door het ministerie van VWS zijn drie centrale vragen voor de evaluatie geformuleerd:

- Leidt het nieuwe kwaliteitskader tot betere zorg voor de cliënt?
- Leidt het nieuwe kwaliteitskader tot kwaliteitsverbetering binnen de organisaties?
- Leidt het nieuwe kwaliteitskader tot adequate informatie aan de stakeholders?

Op basis van deze vraagstelling moet het evaluatieonderzoek duidelijkheid geven of het vernieuwde kwaliteitskader een effectief instrument is om intern de verbetering van de zorg te stimuleren en gelijktijdig een goed instrument is om extern verantwoording af te leggen. We hebben de evaluatie uitgevoerd terwijl de ontwikkeling van het nieuwe Kwaliteitskader nog volop gaande is. Het karakter van deze evaluatie is summatief (terugkijkend en evaluerend) en formatief (vooruitkijkend en adviserend). Wij hebben gekeken naar het ontstaan van het kader en het verloop en de resultaten van de proeftuinen tot nu toe. Daarnaast kijken we vooruit en geven een advies over de punten waarop het kader nog doorontwikkeld kan worden.

In **hoofdstuk 2** is de procesevaluatie opgenomen. We beschrijven de voorbereidingsfase. We zien de contouren van het vernieuwde kwaliteitskader in de loop van 2015 ontstaan. In een relatief korte periode wordt de stuurgroep en de algemene ledenvergadering van de VGN meegenomen in een uitwerking op hoofdlijnen van het vernieuwde kwaliteitskader.

Voorgesteld wordt om het vernieuwde kwaliteitskader met gebruikers en betrokkenen verder te ontwikkelen. De stuurgroep kiest voor een ontwikkelingsgerichte benadering via proeftuinen. Ook de algemene ledenvergadering van de VGN stemt daarmee in.

Dertig organisaties dienen een plan in. Uit deze aanmeldingen worden medio februari 2016 24 zorgaanbieders geselecteerd, die als proeftuin mee gaan doen. Duidelijk is gemaakt dat de zorgaanbieder die de status van proeftuin krijgt, vrijstelling kan krijgen van verplichtingen uit het huidige kwaliteitskader; specifiek de pijlers 1 en 2A.

Vervolgens konden de proeftuinen aan de slag aan de hand van een door de VGN opgesteld werkplan. Rond 1 november 2016 hebben alle proeftuinen een kwaliteitsrapport opgeleverd. In november heeft een aantal proeftuinen visitaties georganiseerd en daarover gerapporteerd. In de maanden juli en augustus hebben wij een bezoek gebracht aan alle proeftuinen. In paragraaf 2.3 staat



wat wij bij deze bezoeken aantreffen: veel enthousiasme voor vernieuwing van het kwaliteitskader bij de medewerkers op de werkvloer en betrokkenheid van de bestuurders.

In de laatste paragraaf van hoofdstuk 2 evalueren wij de besluitvormingsfase. Door de stuurgroep en de VNG wordt toegewerkt naar de invoering van het vernieuwde kwaliteitskader met ingang van 2017. Dit betekent een aanpassing in het Register van ZiNL, dat een tripartite akkoord vraagt voor 1 januari 2017. In de vergadering van de stuurgroep van 12 december 2016 wordt vastgesteld dat er voldoende vertrouwen is in het vernieuwde kwaliteitskader om het vereiste tripartite indienen door leder(in), LSR, ZN en VGN te steunen. De leden van de VGN hebben zich ook positief uitgesproken over implementatie in 2017.

In **hoofdstuk 3** geven we weer wat wij bij onze bezoeken aan de proeftuinen zagen. Bouwsteen 1 heeft betrekking op de zorg rond de individuele cliënt. Onze algemene indruk is:

- Veel nadruk op (actualiteit van) het ondersteuningsplan en ECD.
- Evaluatie ondersteuningsplan over het algemeen niet frequenter dan eenmaal per jaar.
- Zorgaanbieders werken aan een 'cliëntvriendelijk' ondersteuningsplan.
- De automatiseringsomgeving van het ECD is vaak aan vernieuwing toe, aggregatie naar organisatieniveau is niet altijd eenvoudig.

De tweede bouwsteen gaat over cliëntervaringen. Binnen de proeftuinen zijn er geen andere eisen aan cliëntwaarderingsonderzoek dan nu gelden. Onze algemene indruk is:

- We zien mooie voorbeelden hoe ver zorgaanbieders al zijn met de toepassing van instrumenten om cliëntervaringen te onderzoeken.
- Veel zorgaanbieders zijn nog bezig met de overstap te maken van een tweejaarlijks - door een externe partij uitgevoerd - onderzoek naar een (minimaal) jaarlijks - onder eigen regie - uitgevoerd onderzoek.
- Ook zijn er incidenteel twijfels over de waarde van het onderzoek naar cliëntervaringen. Geluiden zijn: wat er uit komt weet je al, als het uitgevoerd wordt door medewerkers is het niet onafhankelijk.
- Bij sommige mensen met een bijzondere zorgvraag, waarmee moeilijk te communiceren is, is het nog een zoektocht wat een goed instrument is.

Kern van bouwsteen 3 is dat de teams, naast regulier werkoverleg, komen tot een gerichte reflectie aan de hand van landelijk vastgestelde thema's. Onze algemene indruk is:

- Er is veel enthousiasme om met teamreflectie aan de slag te gaan: "er wordt naar de werkvloer geluisterd!".
- Het was een zoektocht voor de meeste zorgaanbieders hoe de teamreflectie te organiseren, er was weinig ervaring mee.
- Er is niet het maximale uit de teamreflecties gehaald door vormvrijheid en tijdgebrek, het kost meer tijd om de teamreflectie verder te ontwikkelen.
- Er is een risico dat teams op zichzelf reflecteren en niet zozeer op de kwaliteit van bestaan van de cliënt.
- Niet overal is helder in welke mate de uitkomsten van bouwsteen 1 en bouwsteen 2 input vormden voor bouwsteen 3.



Tenslotte laten we in hoofdstuk 3 nog een aantal organisatorische aspecten de revue passeren.

In **hoofdstuk 4** gaan we in op de kwaliteitsrapporten en de visitaties. In paragraaf 4.1 is aangegeven wat de doelen van het kwaliteitsrapport zijn:

- Het inzichtelijk maken van de stand van zaken en de interne verbeteracties (met steeds beantwoording van de vraag 'waarom doen we dit').
- Als middel voor interne verantwoording naar o.a. Cliëntenraad, Ondernemingsraad en Raad van Toezicht.
- Als middel voor de externe verantwoording naar diverse stakeholders, zoals IGZ en concessiehouders.

De stuurgroep geeft verder twee adviezen aan de bestuurders:

- Om een volledig beeld te hebben is het wenselijk om een aantal items (zie bijlage 4 van dit rapport) een plek te geven in het kwaliteitsrapport.
- Het is tevens een wens van de stuurgroep dat het kwaliteitsrapport zowel gebaseerd is op verhalen als op cijfers. Het vertellen en tellen werkt in deze aanvullend op elkaar in.

Omdat het kwaliteitsrapport niet alleen een intern doel (verbetering) maar ook een extern doel heeft, hebben wij gesproken met de externe stakeholders (ZN, zorgkantoren, IGZ). Zij vragen niet om een standaard format, maar om een handreiking die de instellingen gebruiken voor hun kwaliteitsrapport. De formulering is wat hen betreft 'de kwaliteitsrapportage moet in ieder geval inzicht geven in de volgende thema's'. Ook dat het tellen en vertellen moet bevatten: kwantitatief en kwalitatief. Niet alleen op basis van cijfers, maar ook op basis van het verhaal.

Wij hebben vervolgens in paragraaf 4.1 aangegeven wat ons beeld is van de kwaliteitsrapporten.

In paragraaf 4.2 gaan we in op de visitaties. Over de invulling van de visitaties is in de stuurgroep gesproken vanaf april 2016. Er is discussie gevoerd over de functie van de visitatie: 'toetssteen van het kwaliteitsrapport' of 'leren en ontwikkelen'. Gekozen is voor het laatste: visitatie richt zich op het proces van leren over kwaliteit en realiseren van kwaliteitsverbetering binnen de organisatie: hoe is de reflectie per team/regio en organisatie-breed tot stand gekomen en wat wordt er gedaan met de uitkomsten.

In november 2016 hebben 12 zorgaanbieders meegedaan aan een visitatie. In een aantal gevallen is gekozen voor een wederzijdse visitatie van twee of drie proeftuin-organisaties, in andere gevallen is gekozen voor een visitatie door een groep van (relatieve) buitenstaanders.

## **CONCLUSIES**

Over het proces concluderen wij dat de selectie voor de proeftuinen goed is verlopen, er waren ruim voldoende aanmeldingen van zorgaanbieders om als proeftuin mee te doen, er waren geen 'uitstappers'. Deelnemers waren sterk gemotiveerd en het nieuwe kader sloot goed aan bij ontwikkelingen die al gaande waren. Daardoor kon snelheid worden gemaakt en kan de vernieuwing ook beter beklijven. Bij de proeftuinen zijn zowel grote als kleine zorgaanbieders en organisaties met verschillende cliëntgroepen. Ondanks dat de planning voor de proeftuinen krap was, hebben alle deelnemers tijdig het kwaliteitsrapport opgeleverd.



Wij stellen vast dat binnen de 24 proeftuinen een krachtige beweging is ingezet om de kwaliteit te verbeteren. Wij zien dat cliënten, verwanten, medewerkers en bestuurders systematisch met elkaar spreken over kwaliteit en werken aan verbetering van de kwaliteit van bestaan van de cliënt. Eigen regie voor de cliënt is nadrukkelijk een thema in het kwaliteitskader en door betrokkenheid van veel van de medewerkers binnen organisaties bij de vraag waar en hoe betere kwaliteit geleverd kan worden, is de kans groot dat de organisatie de kwaliteit van bestaan van de cliënt verder verbetert.

De betrokkenheid van de bestuurders van de proeftuinen hebben wij duidelijk teruggezien gedurende het traject. Zij waren bij de visitaties, werkbezoeken, landelijke bijeenkomsten en namen verantwoordelijkheid voor de totstandkoming van het kwaliteitsrapport. Verder is belangrijk om te noemen het enthousiasme dat we gezien hebben bij de medewerkers op de werkvloer, die in de nieuwe aanpak veel meer betrokken zijn bij het denken over en werken aan kwaliteitsverbetering.

Wij kunnen op dit moment niet vaststellen of er feitelijk ook sprake is van verbetering van de kwaliteit van bestaan van de cliënten binnen de proeftuinen, daarvoor is de periode waarin de proeftuinen met het nieuwe kwaliteitskader aan de slag zijn nog te kort.

In het afgelopen jaar is door de proeftuinen een belangrijke stap gezet. Het is knap wat in een relatief korte periode is gerealiseerd. Het is van groot belang dat deze beweging doorgaat binnen die 24 organisaties, maar ook dat de beweging op een verantwoorde manier wordt doorgezet naar de andere zorgaanbieders binnen de sector gehandicaptenzorg<sup>1</sup>. Ondanks dat een belangrijke en grote stap is gezet en het raamwerk met de bouwstenen goed staat, is onze conclusie dat voor het vernieuwde kwaliteitskader op een aantal punten nadere uitwerking en aanscherping nodig is (zie ook de aanbevelingen). In onze conclusies gaan we nu verder in op de verschillende onderdelen van het kwaliteitskader.

#### *Conclusies over de bouwstenen*

De bouwstenen zoals gedefinieerd in het vernieuwde kwaliteitskader zijn goed werkbaar. De samenhang tussen de bouwstenen is in het ontwerp helder, maar komt in de praktijk nog niet altijd goed uit de verf. Bij circa de helft van de proeftuinen zien we geen sterke relatie tussen bouwsteen 1 (zorg rond individuele cliënt) en bouwsteen 2 (verzameling van cliëntervaringen).

Bij bouwsteen 1 ging het in de proeftuinen vaak over het ondersteuningsplan en het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD) als zodanig. Dit zijn wel belangrijke instrumenten in het zorgproces, maar laten niet het hele proces zien. In de eerste bouwsteen kan meer aandacht uitgaan naar aspecten als de kwaliteit van de dialoog, of de persoon betrokken is bij afspraken, of eigen of ontwikkeldoelen naar voren komen en naar de tekorten in de ervaren kwaliteit van leven.

Aan het in beeld brengen van ervaringen van cliënten (bouwsteen 2) is al redelijk veel aandacht besteed binnen de sector, het is ook één van de pijlers van het huidige kwaliteitskader. Hiervoor zijn instrumenten beschikbaar en de proeftuinen konden in veel gevallen voortbouwen op eerdere

---

<sup>1</sup> Er zijn 165 zorgaanbieders, die lid zijn van de VNG. Volgens Intrakoop en Verstegen accountants en adviseurs zijn er op basis van gegevens uit DigiMV in het totaal 176 zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg, die hun jaarstukken openbaar hebben gemaakt.



initiatieven. Bouwsteen 2 kan nog meer voedend zijn voor bouwsteen 1 en bouwsteen 3 (Zelfreflectie in teams).

Met de zelfreflecties in teams is een beweging binnen de zorgaanbieders op gang gekomen, die zeker zal bijdragen aan een betere kwaliteit. De teamreflecties vragen het nodige van de organisatie, om tot een positieve kosten-baten verhouding te komen, moet er optimaal gebruik worden gemaakt van de uitkomsten. De opbrengst van de teamreflecties wordt beter bruikbaar als een meer systematische aanpak wordt gehanteerd.

#### *Conclusies over organisatorische aspecten van het kwaliteitskader*

- In de ontwikkeling van het kwaliteitskader is vooral gefocust op het 'wat' en aan de proeftuinen is veel ruimte gelaten om het 'hoe' zelf in te vullen. Dit heeft er toe geleid dat elke proeftuin veel ruimte had om het kader op een eigen manier in te passen. Onze conclusie is dat dit heeft bijgedragen aan het enthousiasme en aan het zich 'toe-eigenen' en vormgeven van het kwaliteitskader. Het is echt in het veld neergelegd. Tegelijkertijd heeft het ook veel inspanning gekost om zelf 'het wiel uit te vinden'. Onze conclusie is dat dat passend was in deze ontwikkelfase van het kwaliteitskader, maar dat bij de uitbreiding naar de andere zorgaanbieders meer handvatten geboden kunnen worden op basis van de proeftuinen.
- Het werkt goed om de zorgaanbieders de ruimte te geven om bij de implementatie van het kwaliteitskader te starten met een deel van de organisatie en niet de eis te stellen dat vanaf het begin het kwaliteitskader in de hele organisatie wordt geïmplementeerd. Wel in de verwachting dat snel wordt opgeschaald naar de hele organisatie.
- Op het moment dat het kwaliteitskader voldoende is doorontwikkeld hoeven kleine zorgaanbieders geen uitzonderingspositie te krijgen. Voor nieuwe toetreders is het vernieuwde kwaliteitskader ook geschikt mits de basiskwaliteit op orde is. Daarbij kan een overweging zijn om per casus de optie mogelijk te maken om een ingroeimodel toe te passen en / of de uitwerking van het kwaliteitskader aan te passen.
- Een verbijzondering van het kwaliteitskader naar doelgroepen (mensen met een bijzondere zorgvraag) ligt naar ons idee, gelet op wat wij bij de proeftuinen hebben gezien, nu niet voor. Gezien de aandacht die hieraan in eerste instantie is gegeven is het wel een aspect om de komende jaren te blijven monitoren en waar nodig door te ontwikkelen.
- Het vernieuwde kwaliteitskader heeft een grote meerwaarde als het de certificering (HKZ, ISO) kan vervangen. Daartoe is het nodig om goed scherp te krijgen welke waarde de externe stakeholders aan het vernieuwde kwaliteitskader toekennen en op welke punten doorontwikkeling nodig is om de certificering te kunnen vervangen.
- Naar onze mening maakt het werken met zorgprogramma's het - zeker bij mensen met een bijzondere zorgvraag - transparanter welke kwaliteitseisen aan het zorgproces moeten worden gesteld en welke maatregelen moeten worden genomen om de kwaliteit op orde te krijgen of te houden. Zorgprogramma's kunnen dus een goede bijdrage leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg zonder dat ze expliciet onderdeel zijn van het kwaliteitskader.
- De proeftuinen geven in de meeste gevallen aan dat er sprake is van een grotere tijdsinvestering (dus meer formatie en kosten) ten opzichte van het bestaande kwaliteitskader maar dat dit goed bestede tijd is omdat met het vernieuwde kwaliteitskader een beweging op gang komt om te komen tot kwaliteitsverbetering. Daardoor wordt de extra tijdsinvestering niet als een last gevoeld.



### *Conclusies over het kwaliteitsrapport*

Het totaal van de kwaliteitsrapporten overziend, ontstaat er een mooi beeld hoe de sector met het thema kwaliteit bezig is. Tegelijkertijd is er wat ons betreft sprake van 'witte vlekken': onderwerpen die nu nog onderbelicht zijn gebleven of onvoldoende aan bod komen.

De rapporten geven deels inzicht in zowel de kwaliteit van dienstverlening als in de kwaliteit die geleverd wordt (op organisatieniveau en locatieniveau). Over het algemeen is uit het kwaliteitsrapport goed op te maken hoe de organisatie werkt aan de verwezenlijking van de eigen (zorg)visie. We zien niet altijd goed terug of in het proces voldoende kritisch vermogen en reflectie is georganiseerd. De rapporten geven wel zicht op betrokkenheid en expliciete inbreng van cliënten, cliëntervaringen en de mate waarin cliënten invloed hebben op hun eigen zorgplan. De kwaliteitsrapporten geven deels inzicht in de kwaliteit van medewerkers en de teamreflectie. Wat betreft het zicht op de noodzaak van kwaliteitsverbetering is sprake van een gedifferentieerd beeld: in sommige rapporten kwam dit goed naar voren terwijl in andere rapporten onvoldoende informatie is opgenomen over waar en hoe de kwaliteit verbeterd moet worden. In de rapportages was grofweg sprake van twee vormen:

- a. procesevaluatie en verbeteren;
- b. focus op inhoud van kwaliteit en verbeteren.

De opzet van de kwaliteitsrapporten is divers, onder meer in het aggregatieniveau waarop gerapporteerd wordt (van per team, regio en totaal), omvang (tussen de 10 en 74 pagina's), en in de verhouding tussen tellen en vertellen.

### *Conclusies over de visitaties*

In het werkplan van december 2015 staat dat een visitatie zal werken als een extra stimulans voor instellingen op het vlak van continue kwaliteitsverbetering. Dit lijkt ons zeker realiseerbaar als de werkwijze, zoals we die nu bij de meeste visitaties hebben gezien, wordt doorgezet. Ook intercollegiale visitaties, zoals die in 2016 op gang kwamen, kunnen werken als een extra stimulans. De essentie van intercollegiale visitaties is naar ons idee dat op het niveau van teams of locaties er een leerproces op gang komt door ervaringen en kennis met elkaar uit te wisselen. Er wordt door een aantal zorgaanbieders gewerkt aan een professionele opzet voor intercollegiale visitaties.

Als, zoals ook gesteld in het werkplan van december 2015, het visitatieproces – gekoppeld aan het eigen kwaliteitsverhaal van de instelling – een waarborg moet zijn naar externe stakeholders is er naar onze mening een meer gestructureerde aanpak noodzakelijk. In onze visie vindt er door een visitatiecommissie een reflectie plaats op het kwaliteitsrapport en de eronder liggende aanpak. Daarbij gaat het erom of in de visitatie de bevindingen uit het kwaliteitsrapport worden herkend, de visitatie moet het eerlijke beeld van het kwaliteitsrapport borgen en geeft het kwaliteitsrapport een betrouwbaar beeld van hoe het met de kwaliteit van zorg en dienstverlening binnen de instelling gesteld is. De inbreng van onafhankelijke externen is van groot belang. Het visitatierapport is een beschrijvende spiegel van sterke punten en ontwikkelpunten met betrekking tot het kwaliteitsrapport en de eronder liggende aanpak en sluit af met aanbevelingen.





### *Conclusies over informatie aan de stakeholders*

Een van de vragen in deze evaluatie is of het nieuwe kwaliteitskader tot adequate informatie aan de stakeholders leidt. Op basis van de kwaliteitsrapporten, zoals die er nu liggen, beantwoorden wij deze vraag niet zondermeer met een ja. In onze conclusies over de kwaliteitsrapporten en de visitaties, zoals hierboven geformuleerd, geven wij aan waar onze twijfels liggen. Het is echter goed mogelijk om dit in de doorontwikkeling te adresseren en zo te waarborgen dat er wel sprake is van adequate informatie. Dit kan door:

- Meer structuur aan te brengen in de kwaliteitsrapportages, zowel qua vorm als qua inhoud, met heldere kaders voor: vergelijkbaarheid, leesbaarheid en compactheid van rapportages. Hierbij kan nog steeds veel ruimte worden geboden aan zorgaanbieders om zelf vorm te geven aan het rapport.
- Uit het kwaliteitsrapport kan nog scherper naar voren komen waar potentieel de grootste kwaliteitswinst valt te behalen binnen een instelling. Zodanig dat het jaar daarop zichtbaar is of dat ook dat ook gerealiseerd is.
- Het is van belang dat de rapporten vergelijkbaar zijn, dat er bepaalde elementen in terugkomen. Maak regionale verschillen bij aanbieders ook goed zichtbaar in de kwaliteitsrapportages. Dit type informatie is relevant voor cliënten en verwanten.

### **AANBEVELINGEN**

De noodzakelijke aanscherping en uitwerking zien we op de volgende punten:

1. Het thema uit de kwaliteitsagenda 'Het bestuur geeft het goede voorbeeld: kwaliteit staat voorop', benoem daarom de betrokkenheid van de bestuurder bij de uitwerking van het kwaliteitskader.
2. Benoem nadrukkelijker de noodzaak van wisselwerking tussen de bouwstenen. Bijvoorbeeld door het thema 'Investeren in een goede en gelijkwaardige dialoog tussen cliënten, hun naasten en de zorgverlener' sterker te laten terugkomen in de wisselwerking tussen bouwsteen 1 (zorg individuele cliënt) en bouwsteen 3 (teamreflectie) en daarbij de dialoog in de driehoek expliciet aandacht te geven.
3. Bouwsteen 1 lijkt in de praktijk te focussen op het ondersteuningsplan en het ECD. Het proces rond het ondersteuningsplan (de kwaliteit van de dialoog, of de persoon betrokken is bij afspraken, eigen ontwikkeldoelen naar voren komen, tekorten in de ervaren kwaliteit van leven aandacht krijgen) is onderbelicht. Corrigeer dit in de verdere uitwerking.
4. Benoem nadrukkelijker wat de output van bouwsteen 3 moet opleveren. Bijvoorbeeld door de teamreflecties te laten resulteren in een ontwikkelplan per team. In de uitwerking van de teamreflectie kan ook de vraag of het team voldoende is toegerust om de cliënten goede zorg te leveren (teamsamenstelling, vaardigheden, kennis, begeleiding) worden meegenomen, zodat eventuele manco's ook onderdeel kunnen zijn van het ontwikkelplan.
5. Benoem in het kwaliteitsrapport kernelementen die de aandacht moeten krijgen. Wat ons betreft zijn dat:
  - a. zicht op de huidige kwaliteit (kwaliteit van bestaan van de cliënt en kwaliteit van het proces van dienstverlening) met daarbij ook een beperkte set van kwantitatieve gegevens;
  - b. de analyse van de verbetermogelijkheden uitmondend in een verbeteragenda;



- c. met daarbij als noodzakelijke componenten de bestuurlijke betrokkenheid ('bestuurder stelt zich toetsbaar op') en voldoende 'countervailing power' (de cliëntenraad, de RvT, OR hebben zich uitgesproken);
  - d. meer aandacht voor de functie die het kwaliteitsrapport en de visitatie hebben voor de externe verantwoording. Dat betekent nader overleg met de externe stakeholders (IGZ, zorgkantoren) over vorm en inhoud van het kwaliteitsrapport en over de vormgeving en frequentie van de visitatie. Dit ook in het licht de ambitie in de kwaliteitsagenda om te komen tot een geobjectiveerd beeld van kwaliteit aan de hand van het vernieuwde kwaliteitskader.
6. We adviseren om in het kwaliteitskader aan te geven dat van de zorgaanbieder verwacht wordt dat naast het kwaliteitsrapport een document voor cliënten en verwanten wordt gemaakt waarin het beeld en de belangrijkste conclusies uit het kwaliteitsrapport zijn opgenomen. Daarin zou in voor iedere doelgroep begrijpelijke taal te lezen moeten zijn wat er in de zorgverlening goed gaat, wat beter kan, hoe daar aan gewerkt wordt en wat de verbeteracties opleveren voor de cliënten.
7. Wij adviseren om het werken met zorgprogramma's te betrekken bij de verdere ontwikkeling van het kwaliteitskader. Naar onze mening maakt het werken met zorgprogramma's het zeker bij mensen met een bijzondere zorgvraag transparanter welke kwaliteitseisen aan het zorgproces moeten worden gesteld en welke maatregelen moeten worden genomen om de kwaliteit op orde te krijgen of te houden.
8. We pleiten er voor om de tijd nemen voor het realiseren van deze punten. We denken aan een half jaar. Die periode kan ook gebruikt worden om de zorgaanbieders die niet als proeftuin hebben gefungeerd te betrekken en mee te nemen in de uitgangspunten van het vernieuwde kwaliteitskader.
9. Tenslotte is het van belang om de uitbreiding van het nieuwe kwaliteitskader naar de gehele sector goed te monitoren. Er zal veel inzet nodig zijn om bij de andere 141 leden van de VGN, die geen proeftuin zijn geweest, in 2017 het vernieuwde kwaliteitskader op een verantwoorde wijze te implementeren. Het risico is aanwezig dat dit bij een aantal zorgaanbieders niet zal lukken waardoor er ten aanzien van deze zorgaanbieders geen of onvoldoende zicht zal zijn op de feitelijke kwaliteit van zorg.



## 1. INLEIDING

### 1.1. AANLEIDING EN VRAAGSTELLING

In de eerste helft van dit decennium heeft de sector gehandicaptenzorg met elan gewerkt aan een landelijk kwaliteitskader. Er kwam brede steun voor een dragend visiedocument<sup>2</sup>. Die visie wordt in de sector onverminderd als waardevol gezien. Het kwaliteitskader bevat daarnaast eisen over verplichte informatie op basis van zogenoemde pijlers. Het betreft: informatie van de instelling over basiszaken (pijler 1), informatie over de zorg aan individuele cliënten (pijler 2A), informatie via cliënt-ervaringsonderzoek (pijler 2B).

Het kwaliteitskader is weliswaar bedoeld voor 'zorgverbetering' maar het accent ligt vooral op de externe verantwoording. Dit gebeurt met data die via een Mediquest-portal naar het Zorginstituut gaan (vervolgens naar IGZ, zorgkantoren, publiek domein). De medewerkers in de gehandicaptenzorg ervaren het geheel als verplicht huiswerk dat weinig betekenis heeft voor de verbetering van zorg en ondersteuning. Kernpunt is niet zozeer dat men geen aandacht geeft aan bijvoorbeeld veilige zorg, maar dat de – extern gevraagde – informatie erover teveel is losgekoppeld van het zorgproces.

Externe partijen signaleren dat ze maar beperkt iets hebben aan die data en onderzoekers stellen vast dat de data multi-interpretabel zijn zodat de beoogde vergelijkbaarheid van instellingen niet mogelijk is. Het verhaal van de instelling – vertrekkend vanuit de individuele cliënt ('doen we voor hen de goede dingen') – moet meer nadruk krijgen.

Ondertussen zijn instellingen actief op weg om zelf zicht te geven over de vraag 'hoe ze werken aan kwaliteit'. Ook hoe ze aan teams en woonvormen opdracht en ruimte geven tot continue kwaliteitsverbetering. Dit is een goede reden voor herijking van het huidige kwaliteitskader. Verder is relevant dat met ingang van 2015 de nieuwe Wlz van kracht is, met sterker aangezette uitgangspunten over kwaliteit. Een vernieuwd kwaliteitskader moet daar naadloos op aansluiten. Dat is het eerste doel van de beoogde vernieuwing. Het tweede doel is dat het nieuwe kwaliteitskader aansluit op stimulerende werkwijzen binnen zorginstellingen. Een derde doel is het meer op elkaar aan laten sluiten van de functies van het kwaliteitskader: de informatiebehoefte ten behoeve van 'verbeteren' (de interne functie) en ten behoeve van 'verantwoorden' (de externe functie).

De VGN heeft in het voorjaar van 2015 het initiatief genomen tot vernieuwing van het landelijk kwaliteitskader gehandicaptenzorg. Met werkgroepen van vakmensen uit instellingen en de stakeholders is de vernieuwingsrichting nader ingevuld. Besloten is dat ontwikkeling van het vernieuwde kader plaats vindt door 'gewoon aan de slag te gaan' in proeftuinen. Het uitgangspunt voor de proeftuinen is:

- toepassen van het vernieuwde kader zoals het op hoofdlijnen ontwikkeld is;
- met de gezamenlijke deelnemers leren van elkaar en tegelijk het kader nader invullen;
- verkennen met welke werkvormen de stap van overzicht naar verantwoording mogelijk is.

In de proeftuinen is in 2016 het kwaliteitskader verder ontwikkeld en is ervaring opgedaan met het vernieuwde kader. 24 instellingen zijn als proeftuin aan de slag gegaan met het vernieuwde kwaliteitskader. De directie Langdurige Zorg van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

---

<sup>2</sup> Kwaliteitskader gehandicaptenzorg, visiedocument 2.0 (februari 2013)



(VWS) heeft aan Bosman & Vos de opdracht gegeven om een evaluatief onderzoek naar deze 'proeftuinen 2016 kwaliteitskader gehandicaptenzorg' uit te voeren op zowel het proces als de inhoud van het Vernieuwd Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg.

## 1.2. BELEIDSMATIGE CONTEXT

De verkenningen die vanaf het voorjaar van 2015 zijn gedaan leiden tot een vernieuwing op grond van vijf invalshoeken<sup>3</sup>:

- Zicht op kwaliteit moet altijd zijn verbonden aan de individuele cliënt, afgestemd op eigen ondersteuningsbehoeften;
- Kwaliteit berust in hoge mate op betrokken en vakbekwame medewerkers die kritisch kijken naar 'wat goed gaat en wat beter moet';
- De relatie (en dialoog) tussen cliënt en medewerker staat centraal in de gehandicaptenzorg;
- Continue verbeteren vereist dat bestuurders zicht hebben op de kwaliteit van zorg & ondersteuning die tot stand komt in de relatie tussen cliënten en medewerkers;
- Van externe partijen als IGZ en zorgkantoren mag worden verwacht dat ze qua rol opschuiven van 'controleren' naar 'verbeteringen stimuleren'.

Een vernieuwd kwaliteitskader is primair gericht op intern verbeteren, en in het verlengde ervan op extern verantwoorden. Het kader zal aansluiten op de huidige opzet (de drie pijlers); maar zal tegelijk een invulling krijgen die beter aansluit bij de bovenstaande invalshoeken:

	HUIDIGE OPZET	NIEUWE OPZET
Individuele cliënt	Pijler 2A: veiligheid	Bouwsteen 1: kwaliteit & veiligheid
Clientervaringen	Pijler 2B: periodieke bevraging	Bouwsteen 2: periodieke bevraging
Teams & organisatie	Pijler 3: relatie cliënt - medewerker Pijler 1: organisatie voldoet aan eisen	Bouwsteen 3: reflectie in teams en woonvormen
ZICHT OP KWALITEIT	Gegevens in landelijke portal	Eigen kwaliteitsrapport per instelling

Het innovatieve karakter van dit kader zit vooral in het verleggen van het accent van kwaliteit van dienstverlening naar de invulling van passende kwaliteit van bestaan rond de individuele cliënt. Terug naar de invulling van de dialoog met de cliënt en diens verwanten waarbij men aangeeft wat de cliënt wil en daarbinnen vindt afweging van risico's plaats. De focus ligt daarbij op het versterken van de keuzevrijheid van individuele cliënten, cliënt-ervaringsinstrumenten benutten en meer tijd voor (zelf)reflectie van teams.

Belangrijk voor de beleidsmatige context en de ontwikkelrichting van het kwaliteitskader is het uitbrengen op 1 juli 2016 van de meerjarige kwaliteitsagenda 'Samen werken aan een betere

<sup>3</sup> Totaalset informatie t.b.v. HIS-traject evaluatie proeftuinen 2016



gehandicaptenzorg', tot stand gekomen in samenwerking met cliënten, hun verwanten, organisaties die hen vertegenwoordigen, professionals, zorgaanbieders en vele anderen die hieraan hebben bijgedragen: Ieder(in), VGN, MEE, LSR, LFB, Stichting Klokkenluiders VG, KansPlus, V&VN, NVAVG, ZIN, ZN en IGZ<sup>4</sup>. In de agenda zijn de specifieke vraagstukken, waarop actie wordt ondernomen, verwoord in 5 doelen:

1. Versterking van de positie van de cliënt
2. Cliënten met bijzondere zorg- en ondersteuningsvragen
3. Toegeruste, betrokken professionals
4. Bestuurders leiden met visie en bevorderen samenwerking
5. Transparantie en (technologische) innovatie: met kracht oppakken!

Met name relevante ontwikkelpunten uit de agenda voor het kwaliteitskader:

- *Investeren in een goede en gelijkwaardige dialoog tussen cliënten, hun naasten en de zorgverlener*  
De dialoog in de driehoek van cliënt, verwanten en professionals moet verbeteren. Deze dient het begin- en eindpunt te zijn in de kwaliteitscyclus.
- *Cliënten hebben vrijheid om te kiezen en worden daarin ondersteund*  
Iemand met een zware beperking heeft levenslang en levensbreed zorg nodig en een passende plek om te wonen. Vanwege die langdurige zorgrelatie is het des te belangrijker dat hij of zij de mogelijkheid heeft daarin keuzes te maken en keuzevrijheid te ervaren. Ook als zij al jaren met plezier wonen in een bepaalde instelling.
- *Ondersteuningsplan en toegankelijke (digitale) inzage*  
Een belangrijke opgave gaat over het gezamenlijk vastleggen van afspraken over de dagelijkse zorg. Het ondersteuningsplan legt de hiervoor beschreven dialoog en afspraken vast. De cliënt kan minimaal twee keer per jaar het plan evalueren. Met de begeleider en/of behandelaar en naasten wordt gekeken naar de uitvoering van de gemaakte afspraken, naar de gewenste alertheid op kwetsbaarheden, maar ook naar mogelijke verbetering van de kwaliteit van bestaan.
- *Verbetering van kwaliteit bij bijzondere zorgvraag*  
De competenties dienen versterkt te worden op verschillende vlakken. In de zorg voor cliënten met ernstig-meervoudige beperkingen, zo ook voor ouderen met een verstandelijke beperking is aanvullende vakkundigheid op 'somatisch vlak' wenselijk. Mensen met lichamelijke beperkingen ontwikkelen op relatief jonge leeftijd ouderdomsklachten die op dit moment nog te vaak tot onder andere sociaal isolement leiden. In de zorg voor mensen met NAH of mensen met een verstandelijke beperking plus psychiatrische problematiek is een kennisimpuls nodig op het raakvlak met de GGZ.
- *Organiseren van reflectie in zorgteams*  
Bij de ontwikkeling van zelfregulerende teams past dat cliënten kunnen rekenen op vaste, vertrouwde medewerkers in de dagelijkse zorg. Belangrijk is dat ze hun handelen spiegelen aan die visie. Met de vraag: wat gaat goed, wat moet beter. De aanbieders stimuleren dit proces; de

---

<sup>4</sup> Kamerstuk 24 170 Nr. 152



teams van medewerkers hebben een ontwikkelplan. In het vernieuwde kwaliteitskader gehandicaptenzorg is extra ruimte gecreëerd voor reflectie. Het veronderstelt een open klimaat. Het is belangrijk en moet een vanzelfsprekendheid worden elkaar aan te kunnen spreken op dingen die niet goed genoeg gaan. Daarnaast vraagt het werk om gezamenlijk besproken afwegingen over lastige dilemma's, zoals tussen veiligheid en vrijheid.

- *Het bestuur geeft het goede voorbeeld: kwaliteit staat voorop*  
Sturen op kwaliteit en veiligheid is minstens even belangrijk als sturen op 'productie en geld'. Als impuls voor persoonsgericht zorg verlenen zijn drie zaken onmisbaar in de besturing van zorgorganisaties: bevorderen van een betekenisvolle dialoog van de professional met de cliënt, zelfreflectie door zorgteams stimuleren en leren van onderzoek naar cliëntervaringen. Naast deze interne aandacht voor permanente kwaliteitsverbetering is kwaliteit gebaat bij een blik van buitenaf. Het organiseren daarvan en het lerend vermogen van de organisatie ook mede vormgeven aan de hand van evaluatiegegevens van externe (ervarings-)deskundigen of opgedaan bij collega zorgaanbieders, zal de komende tijd verder vorm krijgen.
- *Kwaliteit is zichtbaar en herkenbaar, bestuurder stelt zich toetsbaar op*  
Toetsbaarheid is een belangrijke voorwaarde om tot verantwoording te komen over de kwaliteit van geleverde zorg en ondersteuning. Binnen het vernieuwde kwaliteitskader geven de bestuurders elk jaar een onderbouwd overzicht op grond van informatie over het zorgproces rond de cliënt, het cliënt-ervaringsonderzoek, de systematische zelfevaluatie in zorgteams en woon- en dagbestedingvormen. Ze doen dat in de vorm van een kwaliteitsrapport. Doel ervan is zowel intern verbeteren als extern verantwoorden.
- *Sector-breed inzicht in kwaliteit*  
Transparantie over kwaliteit is een belangrijke opgave voor de gehele sector. Dit wordt allereerst bereikt door de vernieuwing in het Kwaliteitskader. De vernieuwde opzet gaat gepaard met verandering in de rollen van IGZ en zorgkantoor. De IGZ benadrukt steeds meer dat bestuurders goed zicht hebben op kwaliteit, en actief bezig zijn met kwaliteitsverbetering. De nieuwe systematiek sluit hierop aan. Zorgkantoren maken een beweging van 'jaarlijks wisselende lijstjes' (mede voor prijsdifferentiatie) naar meerjarig sturen op kwaliteitsverbetering. Het huidige inkoopmodel loopt hier parallel aan door meer accent te leggen op een open dialoog tijdens het inkoopgesprek.

De kwaliteitsagenda is na het vernieuwde kwaliteitskader tot stand gekomen. In dit evaluatieonderzoek gebruiken we de kwaliteitsagenda niet zozeer als toetssteen in het kader van de summatieve evaluatie, maar zien we het in het kader van de formatieve evaluatie als ontwikkelrichting bij de doorontwikkeling van het kwaliteitskader.

### **1.3. ORGANISATORISCHE CONTEXT**

Wij hebben in onze contacten met de zorgaanbieders die als proeftuin hebben gefungeerd, het volgende beeld gekregen van de organisatorische context.

Veel organisaties bevinden zich in een ontwikkelingstraject, waarbij het gaat om visieontwikkeling in combinatie met organisatieontwikkeling. Een aantal voorbeelden aan de hand van citaten uit het plan van aanpak van diverse zorgaanbieders:



- Deelname aan de proeftuin van het vernieuwde Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg past uitstekend bij 'De Bedoeling' (een cultuurtraject dat is ingezet om nog beter cliëntgericht te werken, waarin de bedoeling van de organisatie – het beste uit jezelf – centraal staat) en bij het project 'Regelarm', waarbinnen professionele vakmanschap voortdurend aandacht krijgt;
- In 2015 is gestart met het programma 'Als je het mij vraagt' waarin 'teams nieuwe stijl' bestaande uit cliënten, verwanten en medewerkers met elkaar in gesprek gaan om op het niveau van de gezamenlijke woning of dagbestedingseenheid te onderzoeken wat de beste ondersteuning is, hoe dit kan worden georganiseerd; de 'teams nieuwe stijl' leggen de afspraken daarover vast in een actieplan en zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de uitvoering daarvan;
- Om het zorgnetwerk in het kernteam de mogelijkheid te geven om te handelen naar de wens en behoefte van de cliënt worden de zorgteams gefaciliteerd om zoveel mogelijk zelf initiatieven te nemen en zelf te organiseren. Dit is het concept van zelforganisatie. Bij dit concept hoort ook zelfevaluatie, wat ook de basis is van het nieuwe kwaliteitskader gehandicaptenzorg;
- In het traject 'terug naar de bedoeling' gaat het om vragen als: wat voegt de organisatie toe, wat is de essentie van ons werk; daarbij staat de relatie medewerker – cliënt centraal, die relatie is individueel bepaald en moet individueel ingevuld worden;
- Centraal in de zorg en ondersteuning staat de driehoek cliënt – verwanten – medewerkers; eigen regie, je veilig voelen en actieve verbinding zijn hierin de sleutelbegrippen; het ondersteuningsplan is de plaats waar de samen gemaakte afspraken worden vastgelegd; continuïteit en zorgen dat je elkaar kent is een belangrijke voorwaarde voor een goede samenwerking in de driehoek

De visieontwikkeling wordt gedomineerd door 'terug naar de bedoeling'<sup>5</sup>. In elke organisatie zijn er regels, (standaard)procedures, wettelijke voorschriften, *formats*, prestatie-indicatoren etc. Wouter Hart noemt dat de systeemwereld rond een organisatie. Daarmee proberen managers grip te krijgen op de bedrijfsprocessen. Op zich zijn die regels en procedures nuttig. Anders moet het wiel elke keer opnieuw worden uitgevonden, krijgen klanten geen consistent beeld van wat een bedrijf doet, en zouden ze keer op keer dezelfde gegevens moeten verstrekken. Daarnaast zijn standaarden, vaste manieren om dingen te doen, een basis om continu te kunnen verbeteren. Als het goed is fungeert de systeemwereld bij contacten met klanten als een soort routekaart. Het is echter niet de werkelijkheid en moet niet leidend zijn. Excellente organisaties denken precies omgekeerd. Bij hen staat de bedoeling, de reden van het bestaan van de organisatie, voorop: datgene leveren waar de klant om vraagt. Het systeem dient daarbij slechts als ondersteuning. Daarom moeten er slechts zoveel regels en standaardprocedures zijn als zinvol is, en niets meer. De organisatie moet 'verdraaid' worden, de bedoeling en niet de systeemwereld is leidend voor de leefwereld, waarin de professionals de klant tegenkomen.

Deze visieontwikkeling leidt tot een organisatieontwikkeling, waarbij de cliënt meer centraal staat (wat voegt het aanbod toe aan het leven van de cliënt), waarbij meer 'open' wordt georganiseerd, waarbij meer sprake is van 'high trust – low tolerance', waarbij de vraag naar verantwoording beantwoord wordt met 'volledig transparant willen zijn'. Hierbij past goed de introductie van zelforganiserende teams. Veel zorg- en welzijnsorganisaties zijn op zoek naar mogelijkheden om de professionals weer de regie te geven, zodat zij kunnen doen wat nodig is voor die specifieke cliënt in die specifieke situatie. Dit in het besef dat regelgeving, functiedifferentiatie, controle en bureaucratie zijn

---

<sup>5</sup> Wouter Hart, verdraaide organisaties, terug naar de bedoeling (november 2012)





doorgesloten, waardoor de professional alleen nog maar werkt conform de vastgestelde regels, niet meer kan inspelen op wat de cliënt wil en nodig heeft en zich geen eigenaar meer voelt van zijn werk.

#### 1.4. VRAAGSTELLING

Door het ministerie van VWS zijn drie centrale vragen voor het onderzoek geformuleerd, in onze woorden:

- leidt het nieuwe kwaliteitskader tot betere zorg voor de cliënt;
- leidt het nieuwe kwaliteitskader tot kwaliteitsverbetering binnen de organisaties;
- leidt het nieuwe kwaliteitskader tot adequate informatie aan de stakeholders.

Op basis van deze vraagstelling moet het onderzoek duidelijkheid geven of het vernieuwde kwaliteitskader een effectief instrument is om intern de verbetering van de zorg te stimuleren en gelijktijdig een goed instrument is om extern verantwoording af te leggen.

Daarnaast zijn deelvragen geformuleerd, die betrekking hebben op:

##### *Evaluatie van het proces:*

- Hoe is het proces van de proeftuinen verlopen en welke lessen zijn er te formuleren voor de ( nabije) toekomst?
- Zijn de opgestelde procesregels (bijvoorbeeld ten aanzien van visitatie) hanteerbaar?

##### *Inhoudelijke analyse en verbetervoorstellen:*

- Hoe is het inhoudelijk concept ontvangen en welke lessen zijn er te formuleren voor de ( nabije) toekomst?
- Is het noodzakelijk om vanuit de ervaringen met de bouwstenen en de kwaliteitsrapportage aanpassingen te doen aan het inhoudelijke concept van het vernieuwde Kwaliteitskader?
- Leveren de uitkomsten van de bouwstenen voldoende informatie op voor het kwaliteitsrapport?
- Is er voldoende samenhang tussen de bouwstenen?
- Zijn de bouwstenen voldoende dekkend/gedifferentieerd voor de breedte van de doelgroep in de gehandicaptenzorg?
- Zijn er ten aanzien van de gebruikte instrumenten in de bouwstenen best practices te benoemen?
- Wat zijn factoren die daarin aantoonbaar versterkend werken?

##### *Organisatorische analyse en verbetervoorstellen:*

- Sluit het vernieuwde Kwaliteitskader aan bij het primaire proces van zorgorganisaties?
- Wat vraagt het werken met het vernieuwde Kwaliteitskader van instellingen qua tijdsinvestering, kosten en formatie in vergelijking met het werken met het oude kader?
- Zijn er best practices te benoemen ten aanzien van het proces binnen de organisatie (bijvoorbeeld de hele organisatie in één keer mee laten doen of werkt het beter om het proces geleidelijk in te voeren)?





### 1.5. AANPAK

Deze evaluatie is uitgevoerd terwijl de ontwikkeling van het nieuwe Kwaliteitskader nog volop gaande is. Het karakter van deze evaluatie is summatief (terugkijkend en evaluerend) en formatief (vooruitkijkend en adviserend). Wij hebben gekeken naar het ontstaan van het kader en het verloop en de resultaten van de proeftuinen tot nu toe. Daarnaast kijken we vooruit en geven een advies over de punten waarop het kader nog doorontwikkeld kan worden. Een evaluatie met een formatief karakter intervineert in de ontwikkeling en heeft als ideaal dat er een proces van gezamenlijk leren ontstaat. Wij hebben tijdens het onderzoek ervaren dat stuurgroep en projectleiding de formatieve insteek waardeerden en de resultaten van de evaluatie meenemen in de ontwikkelingsagenda voor het kwaliteitskader gehandicaptenzorg.

Medio juni 2016 zijn we gestart met het evaluatieonderzoek. Een kerngroep uit de stuurgroep heeft gefungeerd als begeleidingscommissie voor het onderzoek. Het evaluatieonderzoek is uitgevoerd in vier fasen:

- *Eerste fase (half juni – half juli)*  
Er is een eerste gesprek met de opdrachtgever gevoerd waarin de aanpak is goedgekeurd. Verder was er gelegenheid om tijdens een projectleidersbijeenkomst kennis te maken met de projectleiders van de proeftuinen. Daarna is gestart met de procesevaluatie op basis van de vergaderingen van de stuurgroep vanaf begin 2015. Daartoe zijn de vergaderstukken geanalyseerd en hebben gesprekken plaatsgevonden met leden van de stuurgroep.
- *Tweede fase (half juli – eind augustus)*  
We hebben een bezoek gebracht aan alle proeftuinen. Vooraf bestudeerden we de plannen van aanpak en de voortgangsrapportages. Tijdens de bezoeken hebben we gesproken met projectleiders en andere betrokkenen. Vaak waren naast de projectleider andere leden van de interne projectgroep aanwezig. In een enkel geval ook een cliënt of een verwant. Daarnaast is voortgangsoverleg gevoerd met de kerngroep.
- *Derde fase (begin september – half november)*  
In deze fase hebben volgden we de ontwikkelingen binnen de proeftuinen aan de hand van voortgangsrapportages. Daarnaast is een projectleidersbijeenkomst en een bestuurdersbijeenkomst bijgewoond en is overleg gevoerd met de kerngroep. Vanaf begin oktober zijn gesprekken gevoerd met externe stakeholders over de externe werking van het kwaliteitskader. Vanaf 1 november zijn de kwaliteitsrapporten bestudeerd en is deelgenomen aan de visitaties.
- *Vierde fase (half november – half december)*  
Een werkconferentie, door de VGN georganiseerd op 16 november, was voor ons het startpunt voor het onderzoek naar de besluitvormingsfase. Tegelijkertijd is begonnen met het opstellen van de concept-rapportage, die begin december met kerngroep is besproken. Op 12 december hebben we een definitief concept-rapport toegelicht in de stuurgroep. Vervolgens is de rapportage definitief gemaakt.



## 2. PROCES-EVALUATIE

### 2.1. VOORBEREIDINGSFASE INHOUDELIJK

De eerste gedachtenvorming over de vormgeving van het vernieuwde kwaliteitskader treffen wij aan in de vergaderstukken van de stuurgroep van juni 2015. In het document 'Vernieuwing kwaliteitskader Wlz' worden de volgende uitgangspunten geformuleerd:

- vasthouden aan het inhoudelijk kader (visiedocument) dat richting geeft aan de kwaliteitsopdracht die medewerkers, teams, locaties, instellingen binnen de Wlz hebben;
- blijvende nadruk op het inzicht dat kwaliteit in de relatie tussen cliënt en medewerkers tot stand komt: in dialoog met de cliënt tot persoonsgerichte zorg & ondersteuning komen;
- aansluiten bij de beleidsvisie op de langdurige zorg, zoals vastgelegd door de regering in de Wlz, een visie die ook sterke bijval krijgt van cliëntenorganisaties;
- aansluiten bij het Zorginstituut Nederland dat vanuit zijn verantwoordelijkheid voor 'zorg van goede kwaliteit' het werkveld stimuleert tot een breed gedragen kwaliteitsstandaard;
- aansluiten op de nieuwe visie van de IGZ over 'governance': bestuurders van de zorginstelling hebben actueel overzicht m.b.t. kwaliteit, kennen de zwakke plekken, sturen erop.

Daarbij wordt als opgave benoemd:

- vanuit de uitgangspunten een vernieuwing van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg bevorderen; met een opzet die steun heeft van werkveld (cliëntenorganisaties, instellingen, IGZ, Wlz-uitvoerders), ook van ZiNL;
- de concrete uitwerking neerleggen in een 'prototype' waarmee geselecteerde instellingen in een proefperiode vanaf najaar 2015 kunnen werken (met vrijstelling voor het huidige kader).

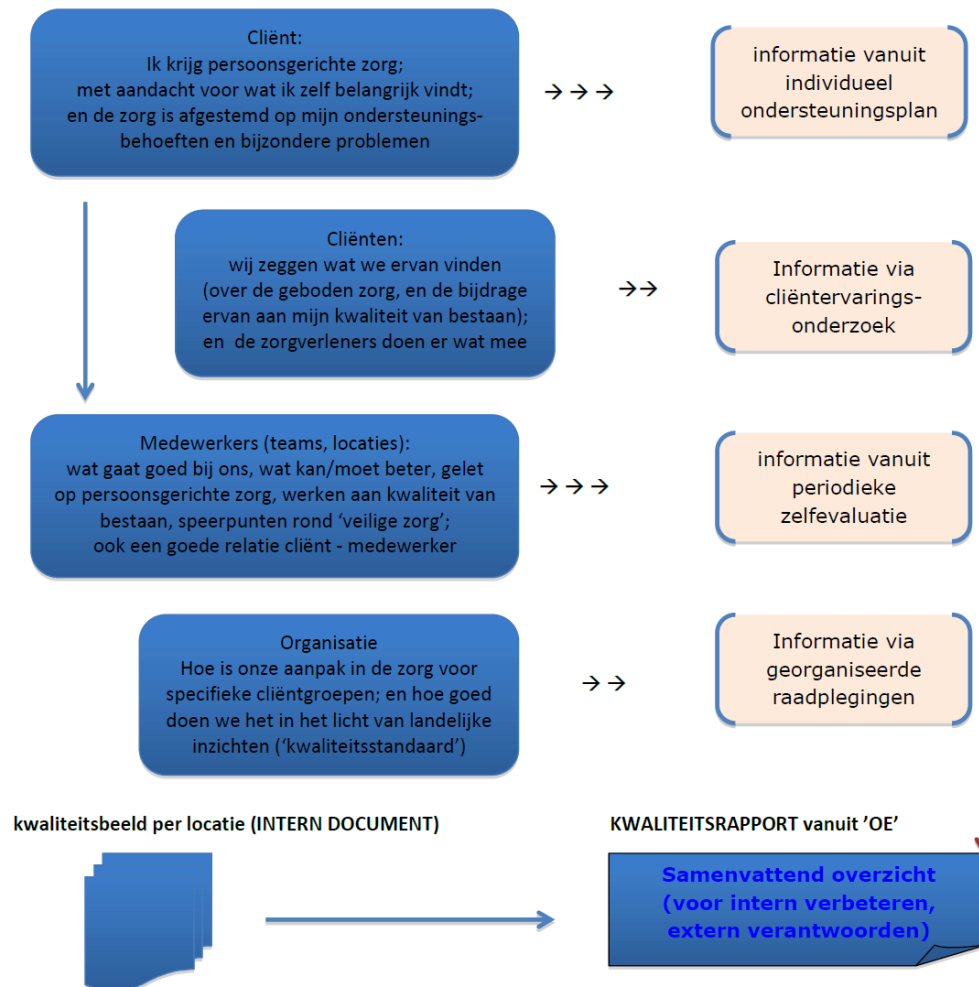
Als richting van vernieuwing wordt gedefinieerd:

- cliënten krijgen persoonsgerichte zorg;
- cliënten zegen wat ze ervan vinden (en zorgverleners pakken dat op);
- medewerkers komen tot gericht beraad over kwaliteit (wat gaat goed, wat moet beter);
- organisaties toetsen of de zorg voldoet aan een kwaliteitsleidraad (bieden we 'goede zorg').

In het verlengde van deze hoofdlijnen komt per instelling – ofwel per organisatorische eenheid – een samenhangend kwaliteitsrapport tot stand; op basis van een landelijk vastgesteld format. Dat rapport heeft vooral een intern doel (kwaliteitsverbetering); het is tevens de vorm waarin jaarlijks een externe verantwoording plaatsvindt. Voorts: in een nader te bepalen visitatieprocedure kan een externe toetsing van dat kwaliteitsrapport plaatsvinden, in een open gesprek waarin bevindingen worden doorgenomen.



In een schema:



Bovenstaande hoofdlijnen van het vernieuwde kwaliteitskader worden door de stuurgroep onderschreven. Dat gebeurt ook in de algemene ledenvergadering van de VGN. Afsproken wordt deze hoofdlijn concreet uit te werken met als doel een prototype dat in de algemene ledenvergadering van de VGN van november 2015 met de leden besproken kan worden. In de vergaderstukken van de stuurgroep van september 2015 zijn in het document 'bouwstenen van het vernieuwde kwaliteitskader' de bouwstenen van het kwaliteitskader op hoofdlijnen uitgewerkt in de vorm zoals die ook aan de proeftuinen wordt meegegeven. De bouwstenen worden als volgt toegelicht.

### 1. Zorg & ondersteuning rond de individuele persoon.

Per cliënt moet helder zijn:

- welke problemen bij zelfredzaamheid er zijn, en welke ondersteuning gewenst wordt;
  - welke bijzondere gezondheidsrisico's bestaan, en waarop zorgteams extra moeten letten,
  - welke wensen de persoon heeft voor (meer) kwaliteit van bestaan, en wat we ervoor doen.
- In het persoonlijk ondersteuningsplan is de informatie over deze onderwerpen vastgelegd.
- De organisatie borgt dat het plan actueel is en in samenspraak met de cliënt is opgesteld.



- Elke woonvorm heeft een overzicht m.b.t. actualiteit en volledigheid van de plannen, waarbij actualiteit duidt op minimaal jaarlijks het plan opnieuw doornemen en waarbij volledigheid verwijst naar:
  - zicht op ondersteuningsbehoeften (i.r.t. problemen bij zelfredzaamheid),
  - alertheid op bijzondere gezondheidsrisico's,
  - hoe de persoon kwaliteit van bestaan ervaart en welke afspraken over gewenste verbetering zijn gemaakt.

## 2. *De zelfreflectie in teams en woonvormen*

Naast het reguliere werkoverleg (niet alleen medewerkers, ook vaste vrijwilligers erbij), komen teams tot periodieke zelfevaluatie; bijvoorbeeld twee keer per jaar aan de hand van thema's. De kern ervan: wat doen we goed, wat staat zwak en moet beter.

De zelfevaluatie zal tevens verhelderen:

- zijn er actuele ondersteuningsplannen, en worden gemaakte afspraken over zorg nagekomen;
- is er zicht op gezondheidsrisico's van de cliënt, en wordt zo nodig actie ondernomen;
- is er aandacht voor welbevinden van de cliënt, en werken we aan (meer) bestaanskwaliteit.
- De zelfevaluatie zal ook ingaan op:
  - enkele aspecten van veilige zorg (af te stemmen met IGZ),
  - kwaliteit van de relatie tussen cliënt en medewerkers (responsief, inlevingsvermogen, luisteren),
  - het samenspel met nabije familie (streven naar hun betrokkenheid, etc.),
  - samenwerking met andere voorzieningen die belangrijk zijn voor kwaliteit van bestaan.

Deze aanpak is primair bedoeld voor eigen nut: zelf kritisch stilstaan (doen we de goede dingen, en doen we ze goed). De volgende stap is hier speerpunten voor verbetering aan te koppelen. De zelfevaluatie heeft een format waarin voor alle instellingen dezelfde hoofdlijnen staan. Elke instelling kan eigen verbijzonderingen aanbrengen. Er zijn ook spelregels voor de zelfevaluatie, waar onder reële dialoog in teams. Verslagen van de zelfevaluatie (binnen het aangereikte format) zijn niet bestemd voor externe inzage (een uitzondering: de IGZ, als die erom vraagt vanuit toezicht). Wel heeft het bestuur een overzicht, en bovendien is het bestuur eraan gehouden om vanuit de verslagen tot een betrouwbaar samenvattend beeld in het kwaliteitsrapport te komen. De zelfreflectiemethodiek wordt nog verder uitgewerkt.

## 3. *De inzichten van cliënten*

Een onmisbare derde bouwsteen is dat cliënten zegen wat ze ervan vinden: enerzijds ervaringen met de geboden zorg & ondersteuning, anderzijds de ervaren kwaliteit van bestaan. Hiervoor zijn erkende instrumenten beschikbaar; de instelling kiest daaruit. Met een commissie van deskundigen komt de sector tot door-ontwikkeling van instrumenten. Elk instrument kan een sobere opzet hebben. Een punt van overweging is de frequentie van de raadpleging (verplicht is nu: 1 keer per drie jaar, en dat kan wellicht beter tweejaarlijks zijn of jaarlijks gekoppeld aan de actualisatie van het ondersteuningsplan).

## 4. *Overzicht door bestuurders*

Op grond van de zojuist genoemde bouwstenen maken bestuurders een bondig kwaliteitsrapport. Het is een overzicht voor de instelling of de organisatorische eenheid (als een cluster van woonvormen in een brede regio). In dat rapport zijn "feiten" gecombineerd met een uitleg erover, bijvoorbeeld hoe het staat met 'het nakomen van afspraken'. Ook inzichten uit cliënt-ervaringsonderzoek zijn erin verwerkt, opnieuw met een verhaal erbij (wat doen we goed, wat nog niet, en wat zijn de geplande verbeteracties). Landelijk kan worden vastgelegd dat in een volgend jaar (of een reeks jaren)



specifieke thema's extra aandacht hebben, bijvoorbeeld vrijheidsbeperking. Het kwaliteitsrapport is een hulpmiddel voor intern overzicht (en de keuze van verbeteracties), daarnaast voor externe verantwoording over de kwaliteit van zorg. Die verantwoording heeft een ander karakter dan veel jaarverslagen waarin de instelling zich van de mooie kant laat zien; het is een zakelijk verslag vanuit de genoemde bouwstenen.

#### 5. *Visitatie*

In de gekozen opzet is het noodzakelijk dat instellingen hun kwaliteitsrapport (en de aanpak eronder) laten toetsen. Een systematiek van externe visitatie past goed bij een kader waarin zorgorganisaties zelf het voortouw nemen bij 'zicht op kwaliteit'. Een visitatiecommissie kan bestaan uit een mix van onafhankelijke deskundigen en bestuurders uit de gehandicaptenzorg (mensen met focus op kwaliteit).

#### 6. *De aanvullende opzet: verbijzondering naar doelgroepen*

Als gezegd: de gehandicaptensector heeft behoefte aan verbijzondering naar majeure cliëntgroepen. Naast de algemene kwaliteitsoptiek, stelt de zorg aan bijzondere cliëntgroepen ook bijzondere eisen. Diverse instellingen in de gehandicaptenzorg zijn op dit vlak al voortvarend aan het werk gegaan: ze hebben programma's gemaakt met een omschrijving van zorg & ondersteuning die bij een specifieke cliëntgroep hoort. Vaak in samenwerking met universitaire kenniscentra. Doel van de aanvullende opzet is dat instellingen komen tot een georganiseerd beraad op de zorg aan mensen uit een bijzondere cliëntgroep. Dat zal uiteraard gebeuren met betrokkenheid van de vakmensen uit de woonvormen die in het bijzonder betrokken zijn op de betreffende cliëntgroep. Ook hier staat 'verbeteren' voorop. De instelling – c.q. een cluster van woonvormen – spiegelt zich aan een professionele standaard, ofwel een beknopt inhoudelijk referentiekader. Denkbaar is dat we begin 2016 voor enkele 'bijzondere cliëntgroepen' een referentiekader gereed hebben, op basis van de inzichten uit onderzoek en zorgpraktijk. Dat referentiekader is uiteraard 'niet in beton gegoten', het zal voortdurende actualisering krijgen. Het referentiekader is vervolgens ook uitgangspunt voor aanvullende onderdelen in de bouwstenen zelfreflectie, cliënt inzichten en het kwaliteitsrapport. Waar nodig krijgt het ook specifiek aandacht in de visitatie.

Uit de vergaderstukken van de stuurgroep maken wij op dat de discussie over de bouwstenen een aantal gezichtspunten op levert, die bij de verdere uitwerking kunnen worden meegenomen, maar dat de richting van uitwerking in essentie is bepaald. Geconcludeerd wordt dat het teveel is om vóór de volgende vergadering alle bouwstenen nader uitgewerkt te hebben. Het advies is daarom om één of twee bouwstenen goed uit te werken, zodat de stuurgroep inzicht krijgt hoe deze eruit komen te zien tegen de achtergrond van de algemene notitie. De volgorde is door de VGN zelf te bepalen. Overigens geeft de voorzitter van de stuurgroep aan dat hij de planning te optimistisch vindt, hij verwacht niet dat het vernieuwde Kwaliteitskader in de algemene ledenvergadering van november kan worden gepresenteerd.

In oktober 2015 wordt de discussie in de stuurgroep over het interne (verbeteragenda) en het externe (verantwoording) doel van het kwaliteitskader scherper. Het document 'verwachtingen van diverse partijen' stelt: 'Alle bij de vernieuwing van het kwaliteitskader betrokken partijen ondersteunen het verbeterdoel. Tegelijkertijd is er bij stakeholders een sterke behoefte aan verantwoordingsinformatie waarbij het accent op de professionele gebruiker ligt. Alle partijen zien het dilemma van een veilige omgeving om te leren versus consequenties door hier transparant over te verantwoorden. Het is helaas te simpel om dit te ondervangen met 'verantwoorden in het verlengde van verbeteren'. In het



algemeen tendeert verantwoordingsinformatie naar het accent op wat goed gaat en leerinformatie op wat beter kan.

Uit de vergaderstukken blijkt niet dat de hierboven beschreven discrepantie in verwachtingen leidt tot verdere tegenstellingen binnen de stuurgroep. De voorzitter concludeert dat er een positieve grondhouding is ten aanzien van wat nu voorligt. De beschreven aanpak kan verder worden uitgewerkt. Wel is aandacht gewenst voor een evenwicht tussen tellen en vertellen. Verder wordt geconstateerd dat een kwart tot een derde van de instellingen niet de bereidheid heeft zaken te delen. De stuurgroep is van mening dat de accountability van kwaliteit net zo belangrijk is als de financial accountability.

Het volgende schema laat zien hoe de opzet van het kwaliteitskader in december 2015 aan de in de proeftuinen geïnteresseerde zorgaanbieders werd meegegeven:

### Vernieuwd Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg



#### Conclusies

In een relatief korte periode (juni t/m oktober 2015) wordt de stuurgroep en de algemene ledenvergadering van de VGN meegenomen in een uitwerking op hoofdlijnen van het vernieuwde kwaliteitskader. Wel wordt in de stuurgroep duidelijk dat de leden van de VGN en de externe stakeholders (IGZ, ZN, ZiNI) verschillende verwachtingen hebben. Uit de vergaderstukken van de stuurgroep krijgen we de indruk dat wat er in oktober ligt nog verdere uitwerking behoeft. Daarvan hebben we weinig teruggezien, aan de proeftuinen wordt grosso modo meegegeven wat tot en met oktober 2015 is ontwikkeld.

Als in het kader van de formatieve evaluatie de kwaliteitsagenda als ontwikkelrichting wordt genomen trekken we de volgende conclusies over wat nu ontwikkeld is en welke doorontwikkeling van het kwaliteitskader nog nodig is:

- 'Investeren in een goede en gelijkwaardige dialoog tussen cliënten, hun naasten en de zorgverlener': kan nog sterker terugkomen in de wisselwerking tussen bouwsteen 1 (zorg



individuele cliënt) en bouwsteen 3 (teamreflectie), de driehoek krijgt nog geen expliciete aandacht. De positie van de verwanten is een belangrijk aandachtspunt.

- ‘Cliënten hebben vrijheid om te kiezen en worden daarin ondersteund’: eigen regie voor de cliënt is al nadrukkelijk een thema in het kwaliteitskader.
- ‘Ondersteuningsplan en toegankelijke (digitale) inzage’: krijgt aandacht in bouwsteen 1
- ‘Verbetering van kwaliteit bij bijzondere zorgvraag’: is geagendeerd in bouwsteen 6 maar nu nog niet verder uitgewerkt.
- ‘Organiseren van reflectie in zorgteams’: krijgt aandacht in bouwsteen 3.
- ‘Het bestuur geeft het goede voorbeeld: kwaliteit staat voorop’: moet blijken uit de betrokkenheid van de bestuurder bij de uitwerking van het kwaliteitskader, dit wordt niet expliciet in het kwaliteitskader benoemt.
- ‘Kwaliteit is zichtbaar en herkenbaar, bestuurder stelt zich toetsbaar op’: is de essentie van bouwsteen 4, maar dit uitgangspunt hebben we in de discussies over het vernieuwde kwaliteitskader niet overal teruggezien. Wel een discussie over het interne doel (verbeteragenda) en het externe doel (verantwoording) van het vernieuwde kwaliteitskader en het dilemma van een veilige omgeving om te leren versus consequenties door hier transparant over te verantwoorden. We zien in de kwaliteitsrapporten nog niet overal de bestuurder aan het woord met een statement over een verbeteragenda, ondanks het feit dat we bij onze bezoeken aan de proeftuinen geconstateerd hebben dat de bestuurlijke betrokkenheid er is.
- ‘Sector-breed inzicht in kwaliteit’: zonder nadere eisen te stellen aan het kwaliteitsrapport is het moeilijk om te komen tot een geobjectiveerd beeld van kwaliteit aan de hand van het vernieuwde kwaliteitskader.

## 2.2. VOORBEREIDINGSFASE PROCESMATIG

De (door)ontwikkeling van het Kwaliteitskader is in handen van een stuurgroep, die is opgericht om een gezamenlijke koers te varen om kwaliteitsverbetering en in het verlengde daarvan kwaliteitsverantwoording binnen de sector te stimuleren. Bij de start van het huidige kwaliteitskader in augustus 2011 hebben de partijen verantwoordelijkheden vastgelegd en samenwerkingsafspraken gemaakt.

De stuurgroep heeft een onafhankelijk voorzitter. In de Stuurgroep zijn vertegenwoordigd de cliëntenorganisaties (Ieder(in) en LSR), de organisaties die de beroepsgroepen vertegenwoordigen (V&VN, NVAVG en NVO / NIP), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het Zorginstituut Nederland (ZiNL), de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

De stuurgroep stelt de kaders vast waarbinnen het kwaliteitskader wordt ontwikkeld en geïmplementeerd, adviseert de VGN bij de ontwikkeling en implementatie van het kwaliteitskader en stelt wat ontwikkeld is binnen het kwaliteitskader vast. De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) is verantwoordelijk voor de ontwikkeling en implementatie van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg met de bijbehorende data-infrastructuur en leidt het project.

In de stuurgroep wordt begin 2015 geconstateerd dat er verschillende aanleidingen zijn om nieuwe impulsen aan het kwaliteitskader te geven. De VGN besluit daarom extra capaciteit aan te trekken om te komen tot verbetering / vernieuwing van het kwaliteitskader. De invoering van de Wlz per 1 januari





2015 is een belangrijke trigger voor de vernieuwing. De wet schrijft voor dat iedere cliënt een persoonlijk arrangement krijgt dat is afgestemd op eigen behoeften en dat voor iedere cliënt een persoonlijk zorgplan wordt opgesteld. Daarnaast hanteert de IGZ een vernieuwde visie op toezicht: zowel uitvoerende teams als bestuurders zijn verantwoordelijk voor het hebben van zicht op de kwaliteit en dienen van hieruit alert te sturen op verbetertrajecten.

In de periode maart t/m oktober 2015 is de stuurgroep doende met de inhoudelijke kant van de vernieuwing, zoals in bovenstaande paragraaf 2.2 is beschreven. Vanaf oktober 2015 wordt het gesprek gevoerd hoe het vernieuwde kwaliteitskader verder ontwikkeld moet worden.

In het document 'aanpak ontwikkelruimte vernieuwd KK GZ' wordt voorgesteld om het vernieuwd kwaliteitskader met gebruikers (medewerkers en cliënten) en betrokkenen verder te ontwikkelen. Dat betekent het kwaliteitskader in de praktijk verder ontwikkelen en niet van achter het bureau. De doelstelling van de ontwikkelruimte is:

- samen met gebruikers en betrokkenen,
- de bouwstenen van het vernieuwd kwaliteitskader KK GZ verder ontwikkelen,
- zoeken naar bestaande methoden om daarin te integreren en
- de samenhang van de bouwstenen te testen zodat,
- het vernieuwd kwaliteitskader naadloos past bij het primair proces van leden van de VGN en
- betrokkenen kunnen zien hoe staat met het verbeteren van kwaliteit van zorg en ondersteuning in de gehandicaptenzorginstellingen.

Het beoogd eindresultaat is een werkend prototype van een vernieuwd kwaliteitskader met:

- daarin de selectie van de meest geschikte bestaande en nieuw ontwikkelde aanpakken per bouwsteen,
- inhoudelijke samenhang tussen de bouwstenen (thema's komen daar terug waar nodig),
- procesmatig geteste afstemming van de opbouw van het kwaliteitskader (bouwen de bouwstenen op naar het juiste kwaliteitsrapport en kan dat dienen als zelfevaluatie voor een visitatie),
- handreikingen voor de bouwstenen met zoveel vrijheidsgraden als mogelijk en minder als dat nodig is, om de bouwstenen op te nemen in de pdca cyclus rond het ZOP en het verbeterproces daarvan.

Daarnaast een eindrapportage van de ontwikkelpilots met daarin een beschrijving van het prototype voor het vernieuwd kwaliteitskader gehandicaptenzorg en adviezen aan de stuurgroep KK GZ ten behoeve van besluitvorming over de invoering.

De VGN heeft de projectleiding over de ontwikkelruimte en zorgt daarmee voor coördinatie, voortgang en inhoudelijke afstemming tussen de proeftuinen en borgt dat de ontwikkeling plaatsvindt binnen de inhoudelijke en procesmatige kaders. Die projectleiding bestaat uit programmaleiding vanuit het VGN bureau en projectleiders per proeftuin. Deelnemende instellingen werken volgens het halen en brengen principe en brengen gelijkwaardige inbreng in qua capaciteit en kennis.

Daarbij worden in het document 'aanpak ontwikkelruimte vernieuwd KK GZ' de volgende randvoorwaarden geformuleerd:





- Vrijstelling van activiteiten voor aanlevering pijler 1 en pijler 2a voor deelnemers aan de proeftuinen in 2016;
- Capaciteit voor centrale coördinatie vanuit de VGN met als doel dat uit de ontwikkelruimte een werkend prototype komt waarover besluitvorming kan plaatsvinden;
- Capaciteit om de proeftuinen te begeleiden met als doel het ontwikkelen van de bouwstenen in en tussen instellingen en de beide ontwikkelsporen te faciliteren;
- Deelnemers van proeftuinen leveren de gevraagde capaciteit (juiste mensen en benodigde tijdsinzet) en zorgen voor eventuele vervanging als nodig.

In de vergadering van de stuurgroep van 27 oktober 2015 wordt groen licht gegeven voor bovenstaande aanpak, de stuurgroep kiest voor een ontwikkelingsgerichte benadering via proeftuinen. Opgemerkt wordt dat een opzet met proeftuinen alleen maar goed kan gaan wanneer er stevige regie is op:

- het programma van eisen (januari – half februari 2016);
- het plan van aanpak;
- ondersteuning en monitoring.

In december 2015 blijkt dat ook de algemene ledenvergadering van de VGN heeft ingestemd met een ontwikkelingsgerichte aanpak van de vernieuwing van het kwaliteitskader. Ook wordt de stuurgroep gemeld dat is gesproken met de staatssecretaris en de directeur langdurige zorg. Zij hebben steun uitgesproken voor de nieuwe koers en geven ruimte voor 20 proeftuinen. De conclusie is:

- De legitimiteit van de proeftuinen is gewaarborgd, er is bestuurlijke steun, zowel vanuit de stuurgroep als VWS.
- De VGN is zich bewust van het krappe tijdpad, maar wil dit wel aangaan gezien de gestelde ambities. De stuurgroep zal in december 2016 definitieve conclusies trekken over de werking van het vernieuwde Kwaliteitskader in de praktijk.
- In overleg met de voorzitter van de stuurgroep wil de VGN voorzichtig omgaan met het opstellen van selectie-eisen voor de proeftuinen in verband met de hoeveelheid en ingewikkeldheid van de opgaven waar de instellingen in 2016 voor staan. De belangrijkste criteria zijn: deelname door een hele instelling of een substantiële organisatorische eenheid daarbinnen, enthousiasme en haalbaarheid. Een proeftuin is niet alleen van de instelling, deze dient ook de dialoog met bijvoorbeeld de cliëntenraad en zorgkantoren aan te gaan.

De volgende stap is het selecteren van zorgaanbieders, die als proeftuin willen fungeren. De stuurgroep formuleert selectiecriteria voor de proeftuinen:

- De IGZ heeft voldoende vertrouwen dat het goed zit met de kwaliteit van de deelnemende instelling;
- Instellingen moeten bereid zijn transparant te zijn;
- Een minimale omvang van de instelling;
- De deelnemende instellingen zijn een afspiegeling van de sector (omvang, cliëntgroepen, koploper/middenmoot);
- Commitment voor deelname borgen (niet halverwege er uit stappen).

Tijdens een informatiebijeenkomst in december 2015 wordt het nieuwe kwaliteitskader toegelicht en zijn geïnteresseerde organisaties opgeroepen om hiervoor een werkplan in te dienen. Bij deze



informatiebijeenkomst waren meer dan 50 zorgaanbieders aanwezig. Dertig organisaties dienen vervolgens een plan in.

Een kernteam van de landelijke stuurgroep heeft, na toetsing door IGZ en ZN, begin januari 2016 de ingediende werkplannen beoordeeld. De groep bestond uit: de voorzitter van de stuurgroep, een vertegenwoordiger van de landelijke cliëntenorganisaties, een vertegenwoordiger van de zorgbranche VGN en een vertegenwoordiger van de directie Langdurige Zorg van VWS. Bij de beoordeling stonden de volgende aandachtspunten op de voorgrond: een heldere aanpak op de bouwstenen van het vernieuwde kwaliteitskader, een haalbaar traject naar een integraal kwaliteitsrapport, een duidelijke werkplanning, een dragende projectorganisatie binnen de instelling, bereidheid tot meedoen aan gezamenlijke werkconferenties, aanzet tot betrokkenheid van de cliëntenraad, daarnaast van IGZ en zorgkantoor.

Een beperkt aantal plannen was zodanig dat de kerngroep besloten heeft deze organisaties te laten weten dat zij niet de status van proeftuin krijgen. Het merendeel van de organisaties hebben, op een enkele na, het advies gekregen hun werkplan aan te scherpen. Tijdens een gezamenlijke bijeenkomst op 21 januari 2016 is uitgebreid gesproken met de beoogde projectleiders over de aanscherping van de plannen. Op 9 februari 2016 zijn de aangescherpte plannen door het kernteam definitief beoordeeld. Duidelijk is gemaakt dat de zorgorganisatie die de status van proeftuin krijgt, vrijstelling kan krijgen van verplichtingen uit het huidige kwaliteitskader; specifiek de pijlers 1 en 2A.

Vervolgens konden de proeftuinen aan de slag aan de hand van een door de VGN opgesteld werkplan.

## **Conclusies**

Na het initiatief van VGN eind 2014 is er binnen VGN onder aansturing van de stuurgroep hard gewerkt om te komen tot de opzet van het vernieuwde kwaliteitskader. Het is gelukt om alle partijen, die in de stuurgroep vertegenwoordigd zijn, mee te krijgen in de ontwikkelrichting. Een belangrijke stap was het besluit om de verdere ontwikkeling te laten plaatsvinden in proeftuinen.

Wij trekken de volgende conclusies over de proceskant van de voorbereiding van de vernieuwing van het kwaliteitskader:

- Wij zijn positief over het concept van ontwikkeling in proeftuinen, waarbij in dit geval wel de spanning zichtbaar werd tussen wat je van te voren meegeeft en wat in de proeftuin ontwikkeld moet worden.
- Het selectieproces voor de proeftuinen is goed verlopen, er waren ruim voldoende aanmeldingen van zorgaanbieders om als proeftuin mee te doen, er waren geen 'uitstappers'.
- We hebben niet de indruk dat de 24 organisaties een afspiegeling zijn van de sector, naar onze inschatting (gelet op wat we zien aan visie- en organisatieontwikkeling) gaat het hier in veel gevallen (maar zeker niet uitsluitend) om koplopers. Overigens geldt ook dat niet alle koplopers in de sector hebben deelgenomen aan de proeftuinen.
- Wel is er sprake van zowel grote als kleine zorgaanbieders en organisaties die verschillende cliëntgroepen hebben.
- Het tijdspad was krap (medio februari definitieve aanwijzing tot proeftuin, 1 november oplevering)



kwaliteitsrapport).

- Wij hebben er bewondering voor hoe het proces als 'onomkeerbaar' is vormgegeven.

### 2.3. UITVOERINGSFASE

De proeftuinen hebben de volgende planning meegekregen:

- Maart werkbezoeken
- 4 april 1<sup>e</sup> voortgangsrapportage
- Maandag 18 april werkbijeenkomst
- Voor eind van de zomer 3 bouwstenen doorlopen
- September werkbijeenkomst
- September 2<sup>e</sup> voortgangsrapportage
- Oktober kwaliteitsrapport
- Oktober/november visitatie

Alle proeftuinen hebben in april en september een voortgangsrapportage ingediend en rond 1 november hun kwaliteitsrapport opgeleverd. In november hebben een aantal proeftuinen visitaties georganiseerd en daarover gerapporteerd.

De projectleider proeftuinen vanuit de VGN heeft in het voorjaar 2016 met alle deelnemers een werkoverleg gehad waarin vooral de voortgang van de proeftuin besproken is. In de maanden april t/m oktober zijn er diverse bijeenkomsten geweest ter bevordering van de uitwisseling en afstemming over de voortgang van de proeftuinen:

- Half april vond de tweede werkbijeenkomst voor projectleiders plaats, waarbij het onderwerp kwaliteitsrapport en visitatie ter sprake is geweest. Projectleiders hebben aangegeven tijdiger betrokken te willen worden bij de opzet van items zoals bij de externe visitatie. Dit item is besproken in de bestuurdersbijeenkomst. Op verzoek van de projectleiders was er veel ruimte voor het uitwisselen van ervaringen.
- In mei heeft er een bestuurdersbijeenkomst plaatsgevonden n.a.v. signalen over het ervaren van onvoldoende ontwikkelruimte, met name m.b.t. kwaliteitsrapport en visitatie. Tijdens de bijeenkomst zijn beelden en wensen gedeeld. Bestuurders zijn enthousiast over het vernieuwde kader waarbij de nadruk ligt op de cliënt en de dialoog; wel is het ingewikkeld om de binnenwereld en buitenwereld met elkaar te verbinden en dat vraagt aandacht. Duidelijk is dat het 'nieuwe denken' de nodige aandacht vraagt. Specifieke aandacht was er voor visitatie; op basis van de input van bestuurders is de notitie visitatie opgesteld.
- In april is er een bijeenkomst georganiseerd voor de buitenring (geïnteresseerde niet-deelnemende organisaties). 25 Organisaties waren hierbij aanwezig. De voortgang van de proeftuinen is, mede aan de hand van presentaties door projectleiders van 4 proeftuinen, gedeeld.
- In juni en september zijn er twee werkbijeenkomsten voor projectleiders georganiseerd. De bijeenkomst in juni stond in het teken van visitatie en is de opzet van het evaluatieonderzoek toegelicht. De bijeenkomst in september stond in het teken van het kwaliteitsrapport en visitatie.



- In september heeft weer een informatiebijeenkomst plaatsgevonden voor organisaties die nog niet deelnemen (buitenring). Er waren 62 aanmeldingen en 9 projectleiders leverden tijdens de bijeenkomst een bijdrage.
- In september is er een tweede bestuurdersbijeenkomst geweest om inzichten met elkaar te delen en te spreken over het vervolg.

In de maanden juli en augustus hebben de onderzoekers van Bosman & Vos een bezoek gebracht aan alle proeftuinen. Onze bevindingen op basis van deze bezoeken zijn als volgt.

### **Algemeen**

- Er is veel enthousiasme voor vernieuwing van het kwaliteitskader bij de medewerkers op de werkvloer, die in de nieuwe aanpak veel meer betrokken zijn bij het denken over en werken aan kwaliteitsverbetering.
- De betrokkenheid van de bestuurders hebben wij ook teruggezien bij een aantal van onze bezoeken aan de proeftuinen.
- In het vernieuwde kwaliteitskader ligt de nadruk op relationele kwaliteit en het realiseren van verbeteringen in de kwaliteit van bestaan van de cliënt. Er wordt gesproken over een paradigmashift: de dialoog met de cliënt en binnen het team staat centraal en niet het bereiken van resultaten in termen van productie.

### **Uitgangssituatie organisaties**

- Vaak is sprake van al lopende trajecten om te komen tot visie- en organisatieontwikkeling (zie paragraaf 1.3: 'terug naar de bedoeling', doen we de goede dingen en doen we ze goed, de relatie medewerker – cliënt centraal stellen, eigen verantwoordelijkheid van de medewerkers).
- Deze lopende trajecten en de proeftuin worden dan in elkaar geschoven, de al in gang gezette beweging kan dan een vliegwiel zijn voor de proeftuin.

### **Organisatie van de proeftuin**

- De projectorganisatie is over het algemeen conform plan van aanpak. In de meeste gevallen is er geen extra capaciteitsinzet nodig ten opzichte van het plan van aanpak.
- De proeftuinen geven in de meeste gevallen aan dat er sprake is van een grotere tijdsinvestering (dus meer formatie en kosten) ten opzichte van het bestaande kwaliteitskader (dat wordt getypeerd als lijstjes invullen en afvinken) maar dat dit goed bestede tijd is omdat met het vernieuwde kwaliteitskader een beweging op gang komt om te komen tot kwaliteitsverbetering. Daardoor wordt de extra tijdsinvestering niet als een last gevoeld.
- Al in de zomerperiode geven de proeftuinen aan dat het opleveren van het kwaliteitsrapport uiterlijk 1 november geen probleem is. Wel is duidelijk dat de beperkte doorlooptijd in een aantal gevallen problemen geeft als het gaat om de teams op tijd mee te krijgen voor de teamreflectie.
- Waar met een deel van de organisatie wordt meegedaan voorziet men geen problemen om in 2017 het vernieuwde kwaliteitskader in de hele organisatie te implementeren.
- We hebben geen organisaties gesproken die voor de proeftuin een aparte aanpak voor mensen met een bijzondere zorgvraag hanteren (wel verschillende methodieken bij de toepassing van instrumenten uit de waaier om cliënt-ervaringsonderzoeken te doen).
- In een aantal gesprekken geeft men aan mogelijkheden te zien om het vernieuwde kwaliteitskader in de plaats te laten komen van HKZ.



### **Communicatie met interne en externe stakeholders**

- Tijdens onze bezoeken horen we wisselende geluiden over de reactie van de zorgkantoren op de deelname van de zorgaanbieder aan de proeftuinen. Soms is er weinig belangstelling, in andere gevallen is het zorgkantoor wel geïnteresseerd in de ontwikkelingen.
- Er zijn in deze periode nog weinig contacten met IGZ over de deelname van de zorgaanbieder aan de proeftuinen.
- In alle gevallen worden de interne gremia (Cliëntenraad, OR, RvT) meegenomen in het proces door deelname aan de projectgroep of door hen regelmatig bij te praten over de ontwikkeling in de proeftuin.

### **Bouwsteen 1**

- Het ondersteuningsplan is nu over het algemeen al gevuld met de thema's van de checklist van de VGN (zie bijlage 2 bij dit rapport).
- Aggregeren naar het niveau van de totale organisatie is vaak nog wel een knelpunt, zowel technisch als inhoudelijk.

### **Bouwsteen 2**

- Volgens de oude norm wordt cliënt-ervaringsonderzoek eens in de drie jaar door externen uitgevoerd.
- Cliënt-ervaringsonderzoek in die vorm levert niet altijd uitkomsten op het niveau van de individuele cliënt op, dan is het niet te gebruiken voor bijstelling van het ondersteuningsplan.
- Het lijkt nu te gaan naar cliënt-ervaringsonderzoek jaarlijks uitgevoerd door eigen medewerkers dat wel te gebruiken is voor evaluatie en bijstelling van het ondersteuningsplan.
- De discussie over onafhankelijke uitvoering van het onderzoek leeft over het algemeen niet.

### **Bouwsteen 3**

- Bij bouwsteen 3 ligt het accent van de activiteiten in het kader van de proeftuin, dit vindt men de grootste winst van de nieuwe systematiek.
- Iedereen is zoekend hoe het gesprek in de teams goed gevoerd kan worden, teams kunnen daarbij vaak wel ondersteuning van een coach krijgen.
- Over het algemeen is er veel vrijheid voor teams hoe de teamreflectie wordt vormgegeven, de verschillen tussen organisaties zijn echter groot.
- In veel organisaties moet voor een goede teamreflectie het gespreksonderwerp van het teamgesprek veranderen van 'wat doen we' naar 'waarom doen we het'.
- Van belang is dat relatie wordt gelegd tussen de teamreflectie en de uitkomsten van het cliënt-ervaringsonderzoek, de nadruk in de teamreflectie moet primair liggen op de relatie tussen medewerker en cliënt en niet op de teamdynamiek.
- De beoogde uitkomst van de teamreflectie is: wat doen we goed en wat zijn de verbeterpunten
- Maar niet alleen de uitkomsten zijn van belang, ook het proces van teamreflectie en het leren reflecteren.
- De rode draad uit de verslagen van teamreflecties wordt in het kwaliteitsrapport opgenomen.



## **Conclusies**

Op basis van bovenstaande bevindingen trekken wij de volgende conclusies over de wijze waarop de proeftuinen met het kwaliteitskader aan de slag zijn gegaan:

- De instellingen zijn sterk gemotiveerd om mee te doen;
- Het is een voordeel als de proeftuin kan voortbouwen op de al in gang gezette organisatieontwikkeling, er kan meer snelheid gemaakt worden en de kans dat de vernieuwing beklijft is groter;
- Het benadrukken door de zorgaanbieders van hun eigenheid bemoeilijkt een open discussie over het toewerken naar een zekere vergelijkbaarheid in de uitwerking van het kwaliteitskader;
- Mooi om te zien dat bij een aantal proeftuinen al in de uitvoeringsfase (bij sommigen al eerder voorbereid) intercollegiale visitatie op gang is gekomen;
- Door het krappe tijdpad heeft snelheid weleens de overhand gekregen ten opzichte van kwaliteit van het proces (bijvoorbeeld: er was te weinig tijd voor een grondige analyse van de teamreflecties).

## **2.4. BESLUITVORMINGSFASE**

Vanaf het eind van de zomer 2016 is de wijze van implementeren van het vernieuwde kwaliteitskader een onderwerp op de agenda van de stuurgroep. In de vergadering van de stuurgroep van 26 september 2016 wordt gemeld: 'op donderdag 18 augustus jl. heeft er overleg plaatsgevonden met stakeholders, te weten leder(in), LSR, ZN, IGZ, en VGN. Uit dit overleg bleek dat er vertrouwen is in het vernieuwde KKGZ, dat we hiermee door willen en breed willen invoeren. Dit riep de vraag op in hoeverre we dan nog willen investeren in het huidige kwaliteitskader met de pijlers voor 2017. De conclusie was dat deze investering geen meerwaarde heeft. Ook wordt het onwenselijk geacht dat in 2017 binnen één sector met twee systemen (het huidige kader en het vernieuwde KKGZ) wordt gewerkt; er is dan geen vergelijkbare kwaliteitsinformatie beschikbaar is. Wel is het van belang dat er kwaliteitsinformatie beschikbaar is (geen gat). De stakeholders hebben de voorkeur uitgesproken voor volledige invoering in 2017. De VGN ondersteunt dit van harte.'

De vergadering van 26 september 2016 is nog te vroeg om besluiten te nemen over de invoering. Belangrijk is de werkconferentie op 16 november 2016 met als doel het verkrijgen van draagvlak over de opzet van het kwaliteitsrapport en opzet van de externe visitatie. Er waren 22 proeftuinleden aanwezig en 11 externe stakeholders (IGZ, ZN, zorgkantoren, leder(in), LSR, ZiNL en VWS). Vanuit de analyse en het gesprek hierover is in de werkconferentie geconstateerd dat er op hoofdlijnen consensus is over de noodzaak van invoering van het vernieuwde kwaliteitskader (zonder dat daar de details van de wijze van implementeren zijn besproken). Mede op basis van deze consensus heeft de stuurgroep in de vergadering van 22 november 2016 besloten om akkoord te gaan met volledige invoering in 2017 waarbij pijler 1 van het bestaande kwaliteitskader behouden blijft. De facto blijft ook pijler 2b van het bestaande kwaliteitskader behouden, omdat dit gelijk is aan bouwsteen 2 van het vernieuwde kwaliteitskader.



Dit betekent een aanpassing in het Register van ZiNL, dat een tripartite akkoord vraagt voor 1 januari 2017. Naar de verwachting van de VGN zal een groot aantal leden vanaf begin 2017 meedoen met het vernieuwde kwaliteitskader. Hiertoe wordt door de VGN een ondersteuningsstructuur opgezet, waarbij in samenwerking met de huidige proeftuinen de gehele sector in deze beweging wordt meegenomen en gestimuleerd. In januari 2017 is de eerstvolgende informatiebijeenkomst gepland. De VGN zet hiertoe extra formatie en middelen in.

In de vergadering van de stuurgroep van 12 december 2016 wordt nogmaals vastgesteld dat er voldoende vertrouwen is in het vernieuwde kwaliteitskader om het vereiste tripartite indienen door leder(in), LSR, ZN en VGN te steunen. Tevens steunt de stuurgroep het voornemen dat de gehele sector met ingang van 2017 met het vernieuwde kwaliteitskader gaat werken met de vaststelling dat er nog aangescherpt en bijgeslepen moet worden. Er ligt een notitie 'Op weg naar een landelijk erkend Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg' voor, dit is echter nog niet het formele document dat bij het Zorginstituut kan worden ingediend omdat het nog niet aan de eisen, die het Zorginstituut daaraan stelt, voldoet.

De leden van de VGN hebben zich inmiddels ook positief uitgesproken over implementatie in 2017 met de opmerking dat beleidspartijen ontvankelijk zijn voor het ontwikkelproces van het Kwaliteitskader binnen betreffende organisaties.

Aan het bestuur van Zorginstituut Nederland zal 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 heeft in de tweede helft van december 2016 bij de betrokken veldpartijen een bevestiging van bestuurlijk commitment plaatsgevonden aanvullend op de consensus in de stuurgroep. In maart 2017 wordt een standpunt van het Zorginstituut verwacht, de kwaliteitsraad van het Zorginstituut zal in de tussentijd tot een oordeel kunnen komen.

De onderzoekers van Bosman & Vos waren aanwezig bij de werkconferentie van 16 november 2016 en bij de vergadering van de stuurgroep van 12 december 2016. Wij hebben ervaren dat de stuurgroep en de tripartite partijen vanaf de tweede helft van november met grote voortvarendheid toe werken naar implementatie van het vernieuwde kwaliteitskader op een zodanig tijdstip in 2017 dat het bestaande kader al in 2017 kan vervangen. Daarbij is het volgende implementatieschema voorzien:



	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 Q1 2018. Externe visitatie over 2017 vindt plaats uiterlijk in Q1 2018.	Kwaliteitsrapport over 2018 is openbaar in Q1 2019

## Conclusies

Op basis van bovenstaande bevindingen trekken wij de volgende conclusies over hoe de implementatie van het kwaliteitskader is aangepakt:

- De besluitvorming in het najaar van 2016 is primair gebaseerd op het zoeken naar draagvlak en niet zozeer op een gedetailleerde analyse van wat de proeftuinen feitelijk hebben opgeleverd, voor het laatste was geen tijd gelet op de tijdsklem die de stuurgroep voelde.
- Het document, dat bij het Zorginstituut moet worden ingediend in het kader van de formele aanvraag moest nog opgesteld worden op het moment dat de stuurgroep 'ja' zei tegen implementatie in 2017.
- Wij hebben begrip voor de tijdsklem waarin de stuurgroep zich bevindt (geen uitstel tot 2018, geen twee systemen naast elkaar), maar al op basis van het tijdschema dat eind 2015 is gemaakt was duidelijk dat deze afweging zich zou voordoen.
- Er zal veel inzet nodig zijn om bij de 141 leden van de VGN, die geen proeftuin zijn geweest, in 2017 het vernieuwde kwaliteitskader op een verantwoorde wijze te implementeren, het risico is aanwezig dat dit bij een aantal zorgaanbieders niet zal lukken waardoor er ten aanzien van deze zorgaanbieders geen of onvoldoende zicht zal zijn op de feitelijke kwaliteit van zorg.





### 3. WAT ZAGEN WIJ BINNEN DE PROEFTUINEN

#### 3.1. BOUWSTEEN 1: ZORG ROND INDIVIDUELE CLIËNT

In het werkplan<sup>6</sup> van december 2015 wordt aan de proeftuinen het volgende meegegeven met betrekking tot bouwsteen 1:

- De eerste bouwsteen bevat indicatoren over de zorg rond de cliënt. Op het niveau van de individuele cliënt is daarover informatie beschikbaar, onder meer:
  - een goed overzicht van ondersteuningsbehoeften
  - afspraken over de dagelijkse zorg & ondersteuning (en of we die waarmaken)
  - zicht op bijzondere gezondheidsrisico's en aandachtspunten voor veilige zorg
  - hoe het staat met de kwaliteit van bestaan en welke verbetering daarin wenselijk is
  - eventueel ook: welke afwegingen zijn gemaakt rond 'onvrijwillige zorg'.
- In de proeftuinen is per cliënt informatie beschikbaar over die onderwerpen. Doorgaans zal die informatie gekoppeld zijn aan het persoonlijk ondersteuningsplan.
- Heel belangrijk is tegelijk het proces rond een ondersteuningsplan: de kwaliteit van de dialoog, of de persoon betrokken is bij afspraken, eigen ontwikkeldoelen naar voren komen, tekorten in de ervaren kwaliteit van leven aandacht krijgen.
- Een aandachtspunt voor gezamenlijk beraad is daarnaast: hoe vanuit de informatie over de individuele cliënten een samenvattend beeld voor de gehele cliëntenpopulatie mogelijk is.

Bovenstaande heeft geleid tot een checklist, die bij het werkplan is gevoegd (zie bijlage 2).

We spiegelen het bovenstaande aan wat de kwaliteitsagenda van de sector vraagt (ontwikkelperspectief):

- De dialoog in de driehoek van cliënt, verwanten en professionals moet verbeteren;
- Het ondersteuningsplan legt de dialoog en afspraken vast. De cliënt kan minimaal twee keer per jaar het plan evalueren;
- Met de begeleider en/of behandelaar en naasten wordt gekeken naar de uitvoering van de gemaakte afspraken, naar de gewenste alertheid op kwetsbaarheden, maar ook naar mogelijke verbetering van de kwaliteit van bestaan;
- Een veilig leven zonder of met zo min mogelijk vrijheidsbeperking is het streven;
- Vanwege de langdurige zorgrelatie is het belangrijk dat de cliënt de mogelijkheid heeft keuzes te maken en keuzevrijheid te ervaren.

Om een beeld te geven van de feitelijke praktijk geven we aan de hand van een aantal voorbeelden weer wat we zagen bij bezoeken aan de proeftuinen en wat bleek uit documenten (plan van aanpak, voortgangsrapportages, kwaliteitsrapport):

#### *Voorbeeld 1*

Wetenschappelijk onderbouwde ondersteuningssystematiek op basis van SIS; implementatie

---

<sup>6</sup> Werkplan ontwikkelruimte vernieuwing kwaliteitskader d.d. 15 december 2015



halfjaarlijkse evaluatie van het ondersteuningsplan; herautomatisering ECD; geaggregeerde informatie over bouwsteen 1 conform checklist zit in het dashboard en in de kwaliteitsmonitor.

*Voorbeeld 2*

Een extra actie in het kader van de proeftuin is om de inrichting van het ECD op orde te krijgen op een zodanige manier dat inzicht gegeven kan worden in bouwsteen 1.

*Voorbeeld 3*

Het ondersteuningsplan sluit qua format aan bij bouwsteen 1; bij de registratie van het ondersteuningsplan wordt gewerkt met datavelden, die goed geaggregeerd kunnen worden.

*Voorbeeld 4*

Het rapporteren over de resultaten van kwaliteit van zorg is onderdeel van de management-rapportage 2016; aanscherping is nodig om managementrapportage aan te laten sluiten met de rapportage over bouwsteen 1; per cliënt worden indicatoren over bouwsteen 1 opgenomen in het cliëntvolgsysteem.

*Voorbeeld 5*

Het doel is voor iedere cliënt een EIP. Verder wordt er aan gewerkt om de cyclus achter het individuele plan van de cliënt beter in beeld te krijgen. Daardoor wordt het ook mogelijk om op teamniveau te kijken hoe het er voor staat.

*Voorbeeld 6*

Veel onderdelen van de checklist van bouwsteen 1 zijn al verwerkt in de ondersteuningsplannen van cliënten; inmiddels zijn deze gegevens ook vindbaar in het ECD.

*Voorbeeld 7*

Op basis van de gehanteerde methodiek S.I.S. wordt de ondersteuningsbehoefte van de cliënt in kaart gebracht en wordt het ondersteuningsplan gemaakt. Ten behoeve van bouwsteen 1 zullen de ondersteuningsplannen worden geanalyseerd om te komen tot trends; er komt een cliënten- en verwantenportaal, zodat cliënt en verwanten inzicht hebben in het ECD; er wordt nog gewerkt aan verbetering van de systemen, die de informatie digitaal moeten opleveren

*Voorbeeld 8*

Implementatie van een nieuw zorgplan, dat voortkomt uit een dialoog tussen cliënt, verwant en medewerker; komt naast het ECD, er moet nu informatie uit twee systemen worden gehaald, dat is op dit moment problematisch.

Samengevat komt uit de informatie voor ons het volgende beeld naar voren:

- Veel nadruk op (actualiteit van) het ondersteuningsplan en ECD;
- Evaluatie ondersteuningsplan over het algemeen niet frequenter dan eenmaal per jaar;
- Zorgaanbieders werken aan een 'cliëntvriendelijk' ondersteuningsplan;
- De automatiseringsomgeving van het ECD is vaak aan vernieuwing toe, aggregatie naar organisatieniveau is niet altijd eenvoudig.



## Conclusies

Wij trekken op basis van onze bevindingen de volgende conclusies over hoe de proeftuinen met bouwsteen 1 aan de slag zijn gegaan:

- In een aantal gevallen zien we geen sterke relatie tussen bouwsteen 1 en bouwsteen 2.
- Het proces rond het ondersteuningsplan (de kwaliteit van de dialoog, of de persoon betrokken is bij afspraken, eigen ontwikkeldoelen naar voren komen, tekorten in de ervaren kwaliteit van leven aandacht krijgen) heeft in de proeftuinen minder aandacht gekregen. Het ging vaak over het ondersteuningsplan en het ECD als zodanig, die wel belangrijke instrumenten in het zorgproces zijn maar niet het hele proces laten zien.
- De dialoog in de driehoek van cliënt, verwanten en professionals kan in bouwsteen 1 nog meer aandacht krijgen. De kwaliteitsagenda zegt hierover: 'versterking van het sociaal netwerk van de cliënt is niet eenvoudig. Bij mensen die via de Wlz langdurige zorg krijgen, is het sociaal netwerk doorgaans klein.' Gezocht moet worden waar de mogelijkheden liggen, dit is nog een ontwikkelpunt voor de sector.

### 3.2. BOUWSTEEN 2: ERVARINGEN VAN VERZAMELING VAN CLIËNTEN

In het werkplan van december 2015 wordt aan de proeftuinen het volgende meegegeven met betrekking tot bouwsteen 2:

- De tweede bouwsteen gaat over cliëntervaringen. De gehandicaptenzorg werkt met een waaier van instrumenten. Op landelijk vlak wordt gewerkt aan verdere verbetering van de waaier. De sector wil in komende jaren bereiken dat elk instrument informatie geeft over de ervaren kwaliteit van dienstverlening en de ervaren kwaliteit van bestaan.
- Binnen de proeftuinen zijn er geen andere eisen aan cliëntwaarderingsonderzoek dan nu gelden. Wel wordt verwacht dat de teams en woonvormen de relevante bevindingen betrekken bij hun zelfreflectie. Daarnaast zal de zorginstelling de bevindingen over alle geraadpleegde cliënten verwerken in het kwaliteitsrapport met daarbij de keuzes ten aanzien van verbetertrajecten.

We spiegelen het bovenstaande aan wat de kwaliteitsagenda van de sector vraagt:

- Leren van onderzoek naar cliëntervaringen: een systematisch overzicht maken van inzicht uit cliënt-ervaringsonderzoek en afstemming met de cliëntenraad en verwanten over verbeteracties.

Om een beeld te geven van de feitelijke praktijk geven we aan de hand van een aantal voorbeelden weer wat we zagen bij bezoeken aan de proeftuinen en wat bleek uit documenten (plan van aanpak, voortgangsrapportages, kwaliteitsrapport):

#### *Voorbeeld 1*

Instrument POS met tweejaarlijkse metingen: aggregatie naar cluster- en organisatieniveau al eerder gerealiseerd, analyse gaande.



#### *Voorbeeld 2*

Cliënt-ervaringsonderzoek is goed om te doen, maar levert over het algemeen niet veel nieuwe inzichten op.

#### *Voorbeeld 3*

Als instrument wordt gebruikt 'Dit vind ik er van 2.0', maar het gebruik van dit instrument is een ontwikkelproces; vanaf het najaar van 2014 loopt het naar behoren maar het wordt ook nu nog niet bij alle cliënten helemaal ingevuld; er is een ontwikkelplan, gericht op het verwerken van de uitkomsten van het cliënt-ervaringsonderzoek in het ondersteuningsplan.

#### *Voorbeeld 4*

Net als voorafgaande jaren wordt het instrument van de LSR gebruikt; gedurende het hele jaar vindt bij alle cliënten en bij elke zorgplanevaluatie toetsing van de cliëntwaardering plaats; er loopt een intern traject om de effectiviteit van het LSR instrument te evalueren.

#### *Voorbeeld 5*

Instrument 'Dit vind ik ervan!' 2.0; de cliëntervaringen over het eerste kwartaal van 2016 zijn geaggregeerd, een combinatie van vertellen en tellen. Ook wordt aangegeven welke thema's de cliënten belangrijk vinden en wordt per thema aangegeven welk deel van de cliënten vindt dat er iets moet veranderen.

#### *Voorbeeld 6*

In 2015 is gewerkt met 'Cliënten over kwaliteit', maar er kan geen relatie gelegd worden met het Individueel Plan, omdat de uitkomsten niet op cliëntniveau worden opgeleverd; nu is gekozen voor 'Ben ik tevreden', dat zal in 2017 van start gaan; er zal een relatie worden gelegd tussen de uitkomsten van het cliënt-ervaringsonderzoek en de evaluatie van het Individueel Plan.

#### *Voorbeeld 7*

Cliëntervaringen worden via de methode van 'Customeyes' onderzocht; de eerste cliëntmeting omvat 500 cliënten, de uitkomsten worden vastgelegd in het ECD; het is nog niet mogelijk om cliëntervaringen één op één te vertalen naar het individuele ondersteuningsplan, maar je kunt wel kijken naar kwaliteit van leven in leefgroepen.

#### *Voorbeeld 8*

De uitkomsten van het POS uit 2015 zullen in het kwaliteitsrapport worden gerapporteerd; een belangrijke uitkomst is dat inclusie laag scoort; in 2016 wordt verder gegaan met het trainen van medewerkers in het gebruik van het POS.

Samengevat komt uit de informatie voor ons het volgende beeld naar voren:

- We zien mooie voorbeelden hoe ver zorgaanbieders al zijn met de toepassing van instrumenten om cliëntervaringen te onderzoeken, er zijn ook voorbeelden van analyses op locatie-, regio- en organisatieniveau.
- Nog al wat zorgaanbieders zijn nog bezig zijn de overstap te maken van een tweejaarlijks door een externe partij uitgevoerd onderzoek naar een (minimaal) jaarlijks onder eigen regie uitgevoerd onderzoek met een instrument, gekozen uit de waaier.



- Ook zijn er incidenteel twijfels over de waarde van het onderzoek naar cliëntervaringen. Geluiden zijn: wat er uit komt weet je al, als het uitgevoerd wordt door medewerkers is het niet onafhankelijk.
- Bij sommige mensen met een bijzondere zorgvraag, waarmee moeilijk te communiceren is, is het nog een zoektocht wat een goed instrument is.

### **Conclusies**

Wij trekken de volgende conclusies over de wijze waarop de proeftuinen met bouwsteen 2 aan de slag zijn gegaan:

- Aan het werken met instrumenten om cliëntervaringen te onderzoeken is al redelijk veel aandacht besteed binnen de sector, het is ook één van de pijlers van het huidige kwaliteitskader en de proeftuinen konden in veel gevallen voortbouwen op eerdere initiatieven.
- Naar ons oordeel is bouwsteen 2 een belangrijke component binnen het vernieuwde kwaliteitskader, afstemming met cliënten- en verwantenraden over toepassing van de onderzoeksinstrumenten en over de geaggregeerde uitkomsten van het onderzoek kan in het kader van de interne governance rond het kwaliteitsrapport.
- De wisselwerking tussen de bouwstenen (bouwsteen 2 als input voor bouwsteen 1 en bouwsteen 3) kan versterkt worden.

### **3.3. BOUWSTEEN 3: ZELFREFLECTIE IN TEAMS**

In het werkplan van december 2015 wordt aan de proeftuinen het volgende meegegeven met betrekking tot bouwsteen 3:

- Kern van de bouwsteen is dat de teams, naast regulier werkoverleg, komen tot een gerichte reflectie aan de hand van landelijk vastgestelde thema's. Er is uiteraard ruimte voor zelfgekozen extra onderwerpen. De reflectie heeft de strekking van 'wat doen we goed, wat staat zwak en moet beter'. In alle teams, dan wel een substantieel deel ervan, moet deze bouwsteen binnen de proeftuin zijn uitgevoerd.
- Een aandachtspunt vanuit de landelijke stuurgroep is dat er vuistregels zijn voor zorgvuldige zelfreflectie of zelfevaluatie in teams. Zoals: opdracht en tijd ervoor vanuit het bestuur, echte samenspraak in het team, inbreng van relevante behandelaars, conclusies over twee of drie verbetertrajecten die prioriteit verdienen. Het beknopt verslag van de teamevaluatie heeft daarmee de strekking van een ontwikkelplan. Het management ziet toe op een goed verloop van de zelfreflectie: de degelijkheid ervan, de gekozen verbetertrajecten.
- De teamreflectie dient primair de continue kwaliteitsverbetering binnen team en woonvorm. Een aandachtspunt voor gezamenlijk beraad in de proeftuinen is, hoe de inzichten uit al die teamreflecties worden gebundeld in een kwaliteitsrapport. Het belangrijkste hierbij blijft dat de instelling kan laten zien hoe op 'de werkvloer' aan kwaliteit wordt gewerkt.

Bovenstaande heeft geleid tot een checklist, die bij het werkplan is gevoegd (zie bijlage 3).

We spiegelen het bovenstaande aan wat de kwaliteitsagenda van de sector vraagt:



- Extra toerusten van de zorgprofessional, gericht op:
  - een verdiepte dialoog tussen de cliënt en diens familie en de zorgprofessional in het licht van wensen en voorkeuren van de cliënt, met het ondersteuningsplan als hulpmiddel;
  - extra aandacht voor individuele risicoafweging per cliënt; met inbegrip van het geven van ruimte om zichzelf verder te ontwikkelen;
  - een bredere kennis verkrijgen van meer complexe zorgvragen.
- Bij de ontwikkeling van zelfregulerende teams past dat cliënten kunnen rekenen op vaste, vertrouwde medewerkers in de dagelijkse zorg. Belangrijk is dat ze hun handelen spiegelen aan die visie. Met de vraag: wat gaat goed, wat moet beter. De teams van medewerkers hebben een ontwikkelplan.

Om een beeld te geven van de feitelijke praktijk geven we aan de hand van een aantal voorbeelden weer wat we zagen bij bezoeken aan de proeftuinen en wat bleek uit documenten (plan van aanpak, voortgangsrapportages, kwaliteitsrapport):

#### *Voorbeeld 1*

Er is een bordspel ontwikkeld dat in de teams gespeeld gaat worden: reflecteren door het spel te spelen; de uitkomsten van het spel worden per team in een formulier gezet dat in een database wordt ingevoerd zodat de uitkomsten van alle teams zichtbaar kunnen worden gemaakt. Eind september moeten de uitkomsten van circa 60% van de teams bekend zijn.

#### *Voorbeeld 2*

De teams zijn in de maanden mei en juni aan de slag gegaan met de teamreflectie; de teamreflectie wordt gevoerd aan de hand van een cliëntcasus; vanuit de situatie van de individuele cliënt wordt de overstap gemaakt naar het handelen van de medewerkers: wat voegen we toe aan de kwaliteit van bestaan van de cliënt; op teamniveau leiden de uitkomsten van de teamreflectie tot concrete verbeterpunten. Er komt meer accent te liggen op het gesprek met de cliënt om er achter te komen wat de cliënt echt wil.

#### *Voorbeeld 3*

Er is sprake van een zelfevaluatie per team, elk team gaat rapporteren met betrekking tot de 3 bouwstenen; de checklists van VGN zijn vertaald naar de interne situatie en dat leidt tot 5 vragen op cliëntniveau en 5 vragen op teamniveau; teams kunnen zelf bepalen hoe ze de evaluatie aanpakken, maar het format voor de rapportage is strak. In de rapportage moet ook worden aangegeven wat de kwaliteit van de informatie is.

#### *Voorbeeld 4*

Met behulp van de bestaande instrumenten (bijvoorbeeld interne audits, medewerkersonderzoek, intercollegiale visitaties, 'Dit vind ik ervan!' 2.0, externe onderzoeken) wordt de teamreflectie uitgevoerd; werkvormen en thema's worden aangereikt, afgeleid van handreiking VGN, verder is de uitvoering overgelaten aan het team (regelarm). De output is een teamverhaal, waarvan ook de vormvrij is; teamverhalen komen in een database, de rode draad uit de teamverhalen komt in kwaliteitsrapport.

#### *Voorbeeld 5*

De projectorganisatie heeft een vragenlijst voor de teamreflectie gemaakt, die door 80% van de medewerkers is ingevuld; de informatie uit de vragenlijsten is geaggregeerd per team; op basis van



deze rapportage is de zelfreflectie door alle teams uitgevoerd, de uitkomsten daarvan zijn vervolgens per regio geaggregeerd.

#### *Voorbeeld 6*

Er wordt gewerkt met 3 groepen teams: een experimentgroep bestaande uit 20 teams die onder begeleiding van een procesbegeleider een zelfanalyse uitvoeren, controlegroep 1, bestaande uit 50 teams, die informatie krijgt uit de bouwstenen en zelfstandig aan de slag gaan met de zelfanalyse, controlegroep 2, bestaande uit 50 teams, die volledig zelfstandig aan de slag gaan met de zelfanalyse; de teamleider speelt een essentiële rol in de wijze waarop de teamreflectie vorm krijgt; de aggregatie van informatie uit teamreflecties naar organisatieniveau is mogelijk via het dashboard.

#### *Voorbeeld 7*

Samen met het team bepaalt de aandachts-functionaris waar het team staat en welke verbeteracties nodig zijn; de verbeteracties op basis van de ingevulde kwaliteitskaarten zijn de output van de teamreflecties; in het kwaliteitsrapport zal aangegeven worden op welke aandachtsgebieden verbeteracties nodig zijn. De acties zelf zijn niet te aggregeren maar je kan er wel kwalitatief over rapporteren.

#### *Voorbeeld 8*

Er is een gespreksleidraad gemaakt voor de teamreflecties om te zorgen dat de goede vragen aan de orde komen; teams moeten zelf kiezen wat ze belangrijke domeinen vinden om te bespreken en welke vragen daarbij van belang zijn; middels collegiale visitatie moet er steeds gekeken worden of voor het gekozen domein de juiste vragen aan de orde komen; voor medio september moeten de teams voor een tweede keer bij elkaar zijn geweest.

Samengevat komt uit de informatie voor ons het volgende beeld naar voren:

- Er is veel enthousiasme om met teamreflectie aan de slag te gaan: 'er wordt naar de werkvloer geluisterd!'
- Het was een zoektocht voor de meeste zorgaanbieders hoe de teamreflectie te organiseren, er was weinig ervaring mee.
- Er is niet het maximale uit de teamreflecties gehaald door vormvrijheid en tijdgebrek, het kost meer tijd om de teamreflectie verder te ontwikkelen.
- Er is een risico dat teams op zichzelf reflecteren en niet zozeer op de kwaliteit van bestaan van de cliënt.
- Niet overal is helder in welke mate de uitkomsten van bouwsteen 1 en bouwsteen 2 input vormden voor bouwsteen 3.

### **Conclusies**

Wij trekken de volgende conclusies over de wijze waarop de proeftuinen met bouwsteen 3 aan de slag zijn gegaan:

- Met de teamreflecties is een beweging binnen de zorgaanbieders op gang gekomen, die zeker zal bijdragen aan een betere kwaliteit.
- De teamreflecties vragen het nodige van de organisatie, om tot een positieve kosten-baten



- verhouding te komen moet er optimaal gebruik worden gemaakt van de uitkomsten.
- De opbrengst van de teamreflecties wordt beter bruikbaar als een meer systematische aanpak wordt gehanteerd, die resulteert in een ontwikkelplan per team, zoals in de kwaliteitsagenda wordt gesteld.
  - In de teamreflectie kan ook de vraag of het team voldoende is toegerust om de cliënten goede zorg te leveren (teamsamenstelling, vaardigheden, kennis, begeleiding) worden meegenomen, zodat eventuele manco's ook onderdeel kunnen zijn van het ontwikkelplan.

### 3.4. ORGANISATORISCHE ASPECTEN

In deze paragraaf lopen wij langs een aantal thema's, die binnen een aantal proeftuinen aan de orde was naast de implementatie van de bouwstenen. Deze thema's zijn ons deels in de vraagstelling van het onderzoek meegegeven en worden deels door ons zelf naar voren gebracht op basis van wat we bij de proeftuinen zagen.

*Meedoen aan de proeftuinen met een deel van de organisatie of met de hele organisatie*

Onze bevindingen op dit punt zijn:

- Met name bij grote organisaties zien we dat er gekozen is om met een deel van de organisatie (een aantal regio's) mee te doen.
- Dat lijkt ons een logische keuze gelet op de beperkte doorlooptijd en de tijd die nodig is om de proeftuin goed neer te zetten.
- In alle gesprekken is aangegeven dat men geen problemen verwacht om met de ervaringen uit een aantal regio's in 2017 met de hele organisatie te gaan werken conform het vernieuwde kwaliteitskader.

Onze conclusie is dat het goed is de zorgaanbieders de ruimte te geven om bij de implementatie van het kwaliteitskader te starten met een deel van de organisatie en niet de eis te stellen dat vanaf het begin het kwaliteitskader in de hele organisatie wordt geïmplementeerd. Wel in de verwachting dat snel wordt opgeschaald naar de hele organisatie.

*Is het vernieuwde kwaliteitskader ook geschikt voor kleine zorgaanbieders<sup>7</sup> en nieuwe toetreders*

Onze bevindingen op dit punt zijn:

- Als proeftuin heeft een kleine organisatie het niet makkelijk omdat elke proeftuin zelf het wiel moet uitvinden, er zijn immers alleen globale kaders vooraf gegeven.
- Als het kwaliteitskader verder is uitgewerkt en helderder is waar het kwaliteitsrapport zicht op moet geven, is het naar onze mening ook voor kleine zorgaanbieders mogelijk om het vernieuwde kwaliteitskader toe te passen.
- Voor nieuwe toetreders is het vernieuwde kwaliteitskader ook geschikt mits de basiskwaliteit op orde is<sup>8</sup>. Daarbij stellen wij ons voor dat een ingroeimodel mogelijk is en waar nodig de uitwerking wordt aangepast (bijvoorbeeld als een cliëntenraad wegens de omvang niet verplicht is).

<sup>7</sup> Volgens de definitie van de overheid: zorgaanbieders die door minder dan 10 personen zorg doen verlenen

<sup>8</sup> Zie de 15 punten in de checklist nieuwe zorgaanbieders van de Inspectie voor de Gezondheidszorg





Onze conclusie is dat op het moment dat het kwaliteitskader voldoende is doorontwikkeld, er aan kleine zorgaanbieders geen uitzonderingspositie hoeft te worden geboden. Ten aanzien van nieuwe zorgaanbieders kan het een overweging zijn om per casus de afweging mogelijk te maken om een ingroeimodel toe te passen en / of de uitwerking van het kwaliteitskader aan te passen.

*Op welk niveau moet een zorgaanbieder in het kwaliteitsrapport een beeld van de kwaliteit geven (organisatieniveau, regioniveau, locatieniveau)*

Onze bevindingen op dit punt zijn:

- In de eerste plaats is natuurlijk van belang hoe de zorgaanbieder is georganiseerd, dat bepaalt hoe er gerapporteerd kan worden.
- We hebben in de gesprekken wel vaak gehoord dat de output van de bouwstenen per regio wordt opgehaald, wordt geanalyseerd en wordt besproken maar zien dit niet altijd in de kwaliteitsrapporten terug.
- Wij zijn van mening dat als de informatie beschikbaar is er ook op lager aggregatieniveau gerapporteerd moet worden, maar het moet wel praktisch toepasbaar blijven. Dus als er te veel regio's en/of locaties zijn moet toch maar het naast hogere niveau worden gekozen.

Onze conclusie is dat in het kwaliteitsrapport informatie op lager aggregatieniveau gerapporteerd moet worden zolang dat praktisch toepasbaar is. Dat betekent waarschijnlijk dat locatieniveau over het algemeen niet goed doenlijk is maar dat regioniveau wel goed te doen zou moeten zijn.

*Is er binnen het vernieuwde kwaliteitskader behoefte aan een aparte aanpak voor mensen met een bijzondere zorgvraag*

Onze bevindingen op dit punt zijn:

- In de gesprekken bij alle proeftuinen hebben we deze vraag gesteld, nergens werd een aparte aanpak nodig gevonden.
- Alleen bij de inzet van de instrumenten om onderzoek naar cliëntervaringen te doen wordt opgemerkt dat voor sommige doelgroepen wel andere methoden van bevraging nodig zijn.

De conclusie dat het kwaliteitskader moet worden verbijzonderd naar doelgroepen (mensen met een bijzondere zorgvraag) ligt naar ons idee, gelet op wat wij bij de proeftuinen hebben gezien, nu niet voor. Gezien de aandacht die hieraan in eerste instantie is gegeven, is het wel een aspect om de komende jaren te blijven monitoren en waar nodig door te ontwikkelen.

*Komt het vernieuwde kwaliteitskader in de plaats van certificering of naast certificering te staan*

Onze bevindingen op dit punt zijn:

- Binnen de proeftuinen hebben sommige zorgaanbieders de conclusie getrokken dat certificering (HKZ, ISO) niet meer nodig is omdat dat geen meerwaarde oplevert, andere zorgaanbieders houden voorlopig wel vast aan certificering.
- In het inkoopbeleid van ZN is geformuleerd: de zorgaanbieders die deelnemen in de proeftuinen 2016 en per 2017 visiteren op het KKGZ voldoen hiermee aan de eis tot een landelijk erkend kwaliteitssysteem met onafhankelijke toetsing.
- Er is derhalve de ruimte om de certificering los te laten, mits het werken met het vernieuwde kwaliteitskader goed wordt ingevuld. De visitatie met inbreng van onafhankelijken is daarbij een belangrijke randvoorwaarde.



Onze conclusie is dat het een grote meerwaarde zou zijn van het vernieuwde kwaliteitskader als het de certificering (HKZ, ISO) kan vervangen. Daartoe is het nodig om goed scherp te krijgen welke waarde de externe stakeholders aan het vernieuwde kwaliteitskader toekennen en op welke punten doorontwikkeling nodig is om de certificering te kunnen vervangen.

*Spelen zorgprogramma's een rol in het vernieuwde kwaliteitskader*

Onze bevindingen op dit punt zijn:

- In een aantal gesprekken is het belang van het opstellen van zorgprogramma's door de zorgaanbieders benadrukt
- We hebben bij sommige zorgaanbieders ook gezien dat hier aan gewerkt wordt

Naar onze mening maakt het werken met zorgprogramma's het zeker bij mensen met een bijzondere zorgvraag transparanter welke kwaliteitseisen aan het zorgproces moeten worden gesteld en welke maatregelen moeten worden genomen om de kwaliteit op orde te krijgen of te houden. Ze kunnen dus een goede bijdrage leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg zonder dat ze expliciet onderdeel zijn van het kwaliteitskader.



## 4. KWALITEITSRAPPORTEN EN VISITATIES

### 4.1. KWALITEITSRAPPORTEN

In het werkplan van december 2015 wordt aan de proeftuinen het volgende meegegeven over het kwaliteitsrapport:

- Een landelijk kwaliteitskader is mede bedoeld om instellingen tot 'transparantie' te brengen zo benadrukt het Zorginstituut.
- Gekoppeld aan de proeftuinen is het noodzakelijk dat we opnieuw met elkaar doordenken wat voor informatie externe partijen nodig hebben. In de vernieuwde aanpak zien we het integrale kwaliteitsrapport (met de externe toetsing erbij) als het beste hulpmiddel voor verantwoording.
- De IGZ heeft behoefte aan:
  - informatie over 'basiskwaliteit': aan de hand van een beperkte set indicatoren jaarlijks actuele informatie over zorg aan cliënten (bijvoorbeeld of er een actueel ondersteuningsplan is, met de gewenste risicosignalering erin);
  - informatie over werkprocessen die binnen woonvormen tot veilige zorg bijdragen, zoals omgaan met agressie of met grensoverschrijdend gedrag;
  - een kwaliteitsrapport dat altijd inzicht in de gegevens op organisatieniveau geeft en op de organisatieonderdelen waarin de instelling zich heeft georganiseerd.
- In relatie tot het geheel van proeftuinen zullen we in 2016 blijven nagaan hoe een kwaliteitskader kan voorzien in deze informatiebehoefte.

In de vergadering van de stuurgroep van 18 april 2016 is een notitie 'opzet kwaliteitsrapport' vastgesteld ter verdere uitwerking. In de notitie worden de doelen van het kwaliteitsrapport aangegeven:

- het inzichtelijk maken van de stand van zaken en de interne verbeteracties (met steeds beantwoording van de vraag 'waarom doen we dit');
- als middel voor interne verantwoording naar o.a. Cliëntenraad, Ondernemingsraad en Raad van Toezicht;
- als middel voor de externe verantwoording naar diverse stakeholders, zoals IGZ en concessiehouders.

Iedere bestuurder heeft de ruimte om het kwaliteitsrapport op eigen wijze op te stellen. In de notitie geeft de stuurgroep twee adviezen aan de bestuurders:

- Om een volledig beeld te hebben is het wenselijk om een aantal items (zie bijlage 4 van deze rapportage) een plek te geven in het kwaliteitsrapport.
- Het is tevens een wens van de stuurgroep dat het kwaliteitsrapport zowel gebaseerd is op verhalen als op cijfers. Het vertellen en tellen werkt in deze aanvullend op elkaar in.

We spiegelen het bovenstaande aan wat de kwaliteitsagenda van de sector vraagt:

- Zorgorganisaties komen in een jaarlijks kwaliteitsrapport tot een geobjectiveerd overzicht van de kwaliteit van zorg en kwaliteit van bestaan voor cliënten.
- Het rapport is uitlegbaar via externe visitatie.



- Het cliënt-ervaringsonderzoek is onderdeel van de rapportage.
- Vanuit de bouwstenen maakt de instelling jaarlijks een bondig kwaliteitsrapport met objectief verkregen en landelijk te vergelijken informatie.
- Het rapport biedt een geobjectiveerd oordeel, uitlegbaar in een proces van externe visitatie.
- Het rapport is primair bedoeld voor intern verbeteren, het is daarnaast een (openbaar) document waarmee externe verantwoording plaatsvindt.
- Het is van belang dat iedereen kennis van het rapport kan nemen, hetgeen een publieksvriendelijke versie noodzakelijk maakt.

Omdat het kwaliteitsrapport niet alleen een intern doel (verbetering) maar ook een extern doel heeft hechten wij aan wat de externe stakeholders (ZN, zorgkantoren, IGZ) ons meegaven. Gesprekken met de externe stakeholders zijn deels gevoerd voordat de kwaliteitsrapporten beschikbaar waren en deels nadat onze gesprekspartners van een aantal rapporten had kunnen kennisnemen. Zij gaven ons het volgende mee:

- Er moet een slag worden gemaakt om meer structuur aan te brengen, er moet een steviger leidraad komen voor de rapportage, zowel qua vorm als qua inhoud. Er moeten heldere kaders worden gesteld: vergelijkbaarheid, leesbaarheid en compactheid van rapportages, een richtlijn voor zorgaanbieders wat er van ze wordt verwacht.
- Het gaat niet zozeer om een standaard format, maar om een handreiking die de instellingen gebruiken voor hun kwaliteitsrapport. De formulering is eerder 'de kwaliteitsrapportage moet in ieder geval inzicht geven in de volgende thema's'. Ook dat het tellen en vertellen moet bevatten, kwantitatief en kwalitatief. Niet alleen op basis van cijfers, maar ook op basis van het verhaal is ook de kern van de vernieuwing.
- Uit een kwaliteitsrapport zou moeten blijken waar potentieel de grootste kwaliteitswinst valt te behalen binnen een instelling. En dat je het jaar daarop kunt zien of dat ook gerealiseerd is. De leercurve is heel belangrijk en dat scherp is op welke verbeterpunten de instelling gaat in zetten
- Voorkomen moet worden dat het een beleidsstuk of een jaarverslag wordt.
- Het is van belang dat de rapporten vergelijkbaar zijn, dat er bepaalde elementen in terugkomen
- Regionale verschillen bij aanbieders moeten ook goed zichtbaar zijn in de kwaliteitsrapportages. Als je het hebt over relevante informatie voor cliënten, dan is dit type informatie wel van belang.

Als we kijken naar wat ons beeld is van de kwaliteitsrapporten dan onderschrijven we in de eerste plaats de analyse, die de voorzitter van de stuurgroep op 16 november heeft gepresenteerd:

- Twee vormen: procesevaluatie en verbeteren vs. focus op inhoud van kwaliteit en verbeteren.
- Leidraad in de opzet is divers: Bouwstenen, visie en waarden, PDCA cyclus of (in combinatie) met reflectieve werkpraktijk.
- Omvang verschilt: gemiddeld 38 pagina's; inclusief bijlagen (10-74).
- Vormgeving divers: tekst en beeldmateriaal, citaten medewerkers en/of cliëntverhalen.
- Verhouding tussen tellen en vertellen verschilt.
- Aggregatie is divers: van in ontwikkeling tot per team, regio en totaal.
- Meer overeenkomsten dan verschillen t.a.v. thema's, die behandeld worden.

Daarnaast hebben we een set van vragen<sup>9</sup> gebruikt om de informatiewaarde van de rapporten te beoordelen (zie bijlage 5). Onze analyse is dat nog niet overal voldoende informatie wordt gegeven:

---

<sup>9</sup> Voor een belangrijk deel gebaseerd op 'voorbereidingsnotitie analyse kwaliteitsrapporten 7 november a.s.' van de VGN



- De rapporten geven deels inzicht in zowel de kwaliteit van dienstverlening als in de kwaliteit die geleverd wordt (op organisatieniveau en locatieniveau), in een aantal rapporten ontbreekt dit echter.
- Wel is over het algemeen uit het kwaliteitsrapport op te maken hoe de organisatie werkt aan de verwezenlijking van de eigen (zorg)visie.
- We zien een antwoord op de vraag of in het proces voldoende kritisch vermogen en reflectie is georganiseerd in veel gevallen niet goed terug.
- Over het algemeen geven de rapporten wel zicht op betrokkenheid en expliciete inbreng van cliënten, cliëntervaringen en de mate waarin cliënten invloed hebben op hun eigen zorgplan.
- De kwaliteitsrapporten geven deels inzicht in de kwaliteit van medewerkers en de teamreflectie, we missen in een aantal gevallen de uitkomsten van de teamreflectie en de rode draad daarin.
- Wat betreft het zicht op kwaliteitsverbetering is er sprake van een gedifferentieerd beeld, een aantal rapporten maakt niet helder wat de verbeteragenda is.

Om de wijze waarop de proeftuinen met kwaliteitsverbetering zijn bezig geweest, nog wat zichtbaarder te maken nemen we hier een beperkt aantal citaten uit de kwaliteitsrapporten op. Niet met de bedoeling om een representatief beeld te geven, maar om te laten zien wat ons trof.

#### *Over de proeftuin*

De proeftuin vernieuwing kwaliteitskader heeft ons veel gebracht. Het heeft meer overzicht gegeven in ons beleid en de instrumenten die we inzetten op het gebied van kwaliteit, doordat we al dit soort zaken opnieuw bekeken hebben in het licht van de vernieuwing van het kwaliteitskader.”

”Deelname aan de proeftuinen heeft ons opgeleverd dat het mogelijk is om kwaliteit te laten zien op een andere manier dan tot nu toe gebruikelijk was. Wij zijn gesterkt in onze overtuiging dat beelden en verhalen getallen inkleuren. De dialoog hierover is onmisbaar en dit kwaliteitsrapport is voor ons ook nog niet het eindpunt van onze proeftuin.”

”De proeftuin heeft ons gestimuleerd tot bewustwording, intensivering en verdieping van het kwaliteitshandelen. Dat schuurt, geeft ongemak en kost inspanning, want het is veel gemakkelijker om routinematig ‘te vinken’. Nu hebben we de dialoog opgezocht, verhalen opgehaald en het thema ‘kwaliteit’ van veel meer kanten bekeken, besproken en met cliënten en verwanten gedeeld. En dat smaakt naar meer, de tijd was veel te kort en we hebben veel verbeterthema’s waar we mee verder willen!”

#### *Over kwaliteitsbeleid*

”De essentie van het kwaliteitsbeleid en daarmee het continu verbeteren van de kwaliteit van zorg is het verbinden van de volgende aspecten: de meer mensgerichte sociaal culturele aspecten, (zoals de reflectieve werkpraktijk van de medewerker) en de planmatige systeem aanpak van de organisatie. Beide zijn in samenhang nodig om een organisatie en de interne processen goed te laten functioneren. Via de reflectieve werkpraktijk komen interne prikkels als beter willen worden, borgen en intrinsieke motivatie tot uiting. Het definiëren van resultaten, het meten van resultaten en het bijstellen op basis van resultaten zorgt dat kwaliteit een heel concrete en voor iedereen begrijpelijke focus krijgt. Ook leidt het centraal stellen van resultaten tot de noodzaak om planmatig te sturen.”



### *Over het zorgproces*

“We zijn veel dank verschuldigd aan de positief-kritische vertegenwoordiger of verwant die met het oog op het welbevinden van de cliënt onze sparringpartner is en de handen uit de mouwen steekt als we daar een beroep op doen. Terdege realiseren we ons dat we voorbijgangers in het leven van onze cliënten zijn. Hun verwanten zijn veelal levenslang met hen verbonden. We werken graag met hen samen, maar ervaren dat we ook daarin op maat van de omstandigheden moeten acteren. In de praktijk is de ideaaltypische situatie van de ‘betrokken verwant’ die met ons ‘in de driehoek’ aan de kwaliteit van bestaan van de cliënt werkt soms ver te zoeken. Van sommige verwanten vragen wij ons af of zij echt het belang van de cliënt willen dienen. Soms krijgen we er met de verwant een cliënt bij, die om onevenredig veel aandacht vraagt.”

### *Over cliëntervaringen*

“Voor onze cliënten zijn wensen op het gebied van Lijf, Doen en Gevoel het meest betekenisvol. Vertegenwoordigers benadrukken ook de wenselijkheid van ontwikkeling op deze gebieden. Met andere woorden: als wij van betekenis willen zijn voor een betere kwaliteit van bestaan van onze cliënten, dan moeten we investeren in begeleidingslijnen, acties en strategieën die stimuleren dat cliënten naar vermogen gezond eten, bewegen en goed voor hun lichaam zorgen. Het is belangrijk dat zij mens onder de mensen zijn en meedoen zowel via een door hen als betekenisvol ervaren dagbesteding, in de woonsituatie als in hun ‘vrije tijd’. Daarmee kunnen we mogelijk ook invloed uitoefenen op de door hen ervaren en gevoelde kwaliteit van bestaan. Wel roept dit ook de vraag op hoe ‘maakbaar’ het leven van cliënten en de door hen ervaren kwaliteit van bestaan is. Of begrijpelijke verlangens op gebieden als Lijf, Meedoen, Gevoel en Kiezen ook altijd realiseerbaar zijn – en of je een dergelijke realisatie dan als een afrekenbare opdracht voor zorgaanbieders mag zien – is een nadere beschouwing waard. Daar is deze rapportage echter niet voor bedoeld.”

### *Over teamreflecties*

“Het klinkt zo eenvoudig: reflecteren en verhalen vertellen. Om onszelf daarmee te raken is meer nodig dan simpelweg beginnen. Reflecteren doe je uiteindelijk niet in je eentje en verhalen behoeven een publiek. Binnen onze organisatie is het team de logische plaats om de reflectie op waarden en praktijken en het daarover vertellen aan toe te vertrouwen. Daar willen we teams en hun managers ook op maat begeleiding en ondersteuning in aanbieden. Graag doen we een beroep op ondernemerschap en zelfwerkzaamheid. Dat doet niets af aan de voorwaarden die elk team nodig heeft om steeds zinvol over de bedoeling in gesprek te gaan en dan het onderscheid te maken tussen wat belangrijk is en wat niet. Zo moet die investering ook gaan renderen: we kiezen bewust wat we (blijven) doen en ook waar we mee stoppen of wat we anders gaan organiseren.”

“Teamreflectie was voor ons het meest vernieuwende element in het kwaliteitskader en de proeftuin in het bijzonder. Er was slechts een korte periode beschikbaar om én te bedenken hoe we vorm wilden geven aan de teamreflectie én een vragenlijst te ontwikkelen én te bedenken hoe we alle gegevens zouden kunnen verwerken. (...) Voorafgaand aan het moment van de teamreflectie ontving elk team een samenvatting (teambeeld) van de antwoorden, zoals gegeven door de individuele teamleden. Aan de hand van het teambeeld is elk team met elkaar in gesprek gegaan, om toe te lichten hoe de vragen geïnterpreteerd zijn door ieder afzonderlijk teamlid. Dit blijkt een nuttige en noodzakelijke actie om daadwerkelijk met elkaar het goede gesprek te voeren. De volgende stap was om per team tips en



tops aan te geven en deze te verwerken een reflectief verslag met speerpunten voor de nabije toekomst, waarbij makkelijk de verbinding naar het verbeterbord/ actiemanagement gemaakt kan worden.”

## **Conclusies**

Wij trekken de volgende conclusies over de kwaliteitsrapporten:

- De ‘inhoudsopgave’ in de bijlage bij de notitie van 18 april 2016 is maar beperkt gebruikt.
- Het totaal van de kwaliteitsrapporten overziend ontstaat er een mooi beeld hoe de sector met het thema kwaliteit bezig is.
- Tegelijkertijd is er wat ons betreft sprake van ‘witte vlekken’, onderwerpen die onderbelicht zijn gebleven of onvoldoende aan bod komen.
- De centrale rol, die in de kwaliteitsagenda aan de bestuurder wordt gegeven, zien we in de rapporten niet altijd terug.
- Wij zien als kernelementen van het kwaliteitsrapport:
  - zicht op de huidige kwaliteit (kwaliteit van bestaan van de cliënt en kwaliteit van het proces van dienstverlening).
  - de analyse van de verbetermogelijkheden uitmondend in een verbeteragenda.
  - met daarbij als noodzakelijke componenten de bestuurlijke betrokkenheid (‘bestuurder stelt zich toetsbaar op’) en voldoende ‘countervailing power’ (de cliëntenraad, de RvT, OR hebben zich uitgesproken).

## **4.2. VISITATIES**

In het werkplan van december 2015 wordt aan de proeftuinen het volgende meegegeven over de visitaties:

- Een gedeelte van de proeftuinen – minimaal de helft – zal ook een vorm van visitatie bevatten: een externe blik op het kwaliteitsrapport en het onderliggend proces (toepassing bouwstenen). Hiervoor zullen we met de betrokken instellingen nadere afspraken maken; vanuit de landelijke stuurgroep komen spelregels voor die visitatie tot stand.
- Kern ervan is dat een visitatie zal werken als een extra stimulans voor instellingen op het vlak van continue kwaliteitsverbetering. Daarnaast is een visitatieproces – gekoppeld aan het eigen kwaliteitsverhaal van de instelling – een waarborg naar externe stakeholders. Het laat zien dat de nieuwe aanpak tot een meer doorleefd en beter onderbouwd beeld van kwaliteit leidt dat de huidige pijler-systematiek.

In de stuurgroep is een notitie ‘voorstel voor visitatie’ van 12 april 2016 aan de orde geweest. Het voorstel in die notitie kreeg echter niet de steun van de bestuurders van de proeftuinen. Zij waren van mening dat visitatie niet de toetssteen van het kwaliteitsrapport moet zijn, maar dat de focus moet liggen op leren en ontwikkelen zodat er van twee kanten wordt geleerd. In een nieuwe notitie van 27 juni 2016 is voor deze insteek gekozen:





- Visitatie richt zich op het proces van leren over kwaliteit en realiseren van kwaliteitsverbetering binnen de organisatie: hoe is de reflectie per team/regio en organisatie-breed tot stand gekomen en wat wordt er gedaan met de uitkomsten.
- Bij de uitvoering van de visitatie gelden de volgende uitgangspunten:
  - De visitatie is gericht op reflecteren en spiegelen.
  - In het visitatieteam hebben minimaal twee externe partijen zitting en zijn verschillende perspectieven vertegenwoordigd, waarmee de onafhankelijkheid geborgd wordt.
  - 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 wat is gezien en gehoord, wat daar positief in opvalt en wat mogelijk beter zou kunnen, als spiegel voor de bezochte organisatie.
- Het voorstel is dat één keer per twee jaar visitatie plaatsvindt, naast de dialooggesprekken met de stakeholders (IGZ, zorgkantoren). De organisatie heeft ruimte om de visitatie zelf vorm te geven, passend bij de 'leerbeweging' van de organisatie. Het voorstel is dat in het kwaliteitsrapport wordt aangegeven op welke wijze men de visitatie wil vormgeven, passend bij bovenstaand kader.

Verder is relevant wat in het zorginkoopbeleid 2017 van ZN is opgenomen<sup>10</sup>:

'Zorgkantoren zien het kwaliteitskader GZ potentieel als een belangrijke bron voor kwaliteitsverbetering en daarmee ontwikkelafspraken in de toekomst. Voor aanbieders die niet deelnemen aan de proeftuinen geldt dat zij aan hun reguliere aanlever verplichting moeten voldoen. Daarnaast geldt dat de zorgkantoren voornemens zijn het kwaliteitskader GZ op termijn als alternatief voor een kwaliteitssysteem, zoals genoemd in de bestuursverklaring, te gaan beschouwen. Voorwaarde voor ons is hierbij wel dat in de opzet van de visitatie binnen het kwaliteitskader de kwaliteit en onafhankelijkheid voldoende geborgd wordt. Hierover zijn wij met de VGN in gesprek. Concreet voor 2017 betekent dit dat de zorgaanbieders die deelnemen in de proeftuinen 2016 en per 2017 visiteren op het KKGZ hiermee aan de eis tot een landelijk erkend kwaliteitssysteem met onafhankelijke toetsing voldoen. Wanneer we een concreter beeld hebben wat het kwaliteitsrapport en de visitatie binnen het KKGZ definitief inhouden kunnen we besluiten over vervolgstappen.'

Er hebben in de maand november 12 zorgaanbieders meegedaan aan een visitatie. In een aantal gevallen is gekozen voor een wederzijdse visitatie van twee of drie proeftuin-organisaties, in andere gevallen is gekozen voor een visitatie door een groep van (relatieve) buitenstaanders. Bosman & Vos is aanwezig geweest bij twee visitaties (bij Sherpa en bij Gemiva) en heeft van zes andere visitaties een verslag ontvangen.

Enkele citaten uit de verslagen van de visitaties:

#### *Voorbeeld 1*

Visitatie is nu uitgevoerd met collega-organisaties uit het veld. De vraag is of dit voldoende is om inzicht te krijgen en te geven over de kwaliteit van zorg. Moet je niet ook andere partijen betrekken bij de visitatie? En zo ja welke dan: zorgkantoor? inspectie? gemeenten? Er is een spanningsveld tussen controleren, verantwoording afleggen en leren.

---

<sup>10</sup> Hoofdstuk 4 van het inkoopkader langdurige zorg 2017 gehandicaptenzorg (juni 2016)



#### *Voorbeeld 2*

Geconcludeerd kan worden dat de doelstellingen met betrekking tot de visitatie vanuit het perspectief van de deelnemers gehaald zijn: "(...) visitatie wordt ingezet ter versterking van het leren en ontwikkelen. Door bij visitatie ook vanuit externe perspectieven mee te kijken en de dialoog aan te gaan wordt het leerproces versterkt en wordt transparantie gegeven (...)."

#### *Voorbeeld 3*

De spanning die soms ontstaat in contacten met de toezichthouders zit vaak in de borgingsvraag: met welke knoppen binnen een organisatie kun je het lerend vermogen aantonen? De borging van het lerend vermogen zit voor ons niet direct in resultaten maar in het proces dat aan alles wat er binnen de organisatie gebeurt, ten grondslag ligt. De vraag van de visitatiecommissie is hoe je deze processen in meetbare termen kan vatten? Voor de proeftuin is duidelijk dat deze processen een continuüm zijn en altijd te maken hebben met de onderlinge relaties. Relaties zijn per definitie niet meetbaar.

#### *Voorbeeld 4*

Het is door beide organisaties positief ervaren om gebruik te maken van de kracht van een andere organisatie. Door elkaar te spiegelen hebben beide organisaties veel inzichten opgedaan. Bovendien levert het veel op dat dit door een organisatie gedaan wordt die met ongeveer dezelfde primaire taken en bedrijfsvoering bezig is. Hierdoor zijn er veel raakvlakken tussen de organisaties, waardoor er ook goed gespiegeld kan worden.

#### *Voorbeeld 5*

Het doel van de visitatie is reflectie op kwaliteit en de bijbehorende verbeteracties zoals beschreven in het kwaliteitsrapport. Visitatie versterkt het leren en ontwikkelen en laat zien welke verbeteringen plaatsvinden. Deze externe visitatie is een dialoog ter versterking van het leerproces. Het kwaliteitsrapport geeft een mooi inzicht in wat er is gedaan. Ook wordt zichtbaar dat er – in de gekozen aanpak - nog een spanningsveld is tussen 'oud' kwaliteitsdenken (vanuit systemen), en 'nieuw' kwaliteitsdenken, waarin de dialoog, het open gesprek, centraal staat. De aanbeveling is om meer ruimte te nemen voor de verhalende benadering: ken je de cliënt goed, doe je het goede voor de cliënt en weet je wat je daarvoor nodig hebt? Tegelijk is het wenselijk dat elk kwaliteitsrapport in ieder geval inzichtelijk maakt: hoe het proces rond de individuele cliënt gaat (afgeleid van bouwsteen 1), of medewerkers zijn toegerust voor zorg & ondersteuning die cliënten vragen, hoe teams hun werk doen gelet op vragen als 'kennen we de cliënt goed (zicht op behoeften, etc.)' en 'kunnen we ons werk behoorlijk doen' (wat is ervoor nodig, wat ontbreekt nog, wat moet beter).

Wat is ons beeld van de visitaties:

- Omdat ten aanzien van de visitatie geen ander kader was meegegeven dan de bovengenoemde uitgangspunten verschillen de visitaties van aard en diepgang.
- De spanning tussen de interne doelstelling (leren en verbeteren) en de externe doelstelling (borging ten behoeve van externe stakeholders) komt in de discussie over de opzet van de visitaties naar voren, in de uitvoering van de visitaties zien we dat de interne doelstelling nu nog heeft geprevaleerd.



- De visitaties, die we hebben bijgewoond, en de verslagen van andere visitaties laten zien dat de proeftuinen er serieus mee aan de slag zijn gegaan en dat de visitatie ook (nu al) wordt beleefd als een belangrijk onderdeel van het vernieuwde kwaliteitskader.
- De blik van buiten (een onafhankelijke externe, die goed kan beoordelen hoe er in een organisatie gewerkt wordt aan kwaliteit) was bij de meeste visitaties niet aanwezig.
- Het was een zoektocht hoe men met beperkte capaciteit en in weinig tijd toch een goed beeld kon krijgen van hoe er binnen een organisatie wordt gewerkt aan kwaliteitsverbetering.

## **Conclusies**

Wij trekken de volgende conclusies over de visitaties:

- Het doel uit het werkplan van december 2015, nogmaals bevestigd in de notitie van 27 juni 2016, dat een visitatie zal werken als een extra stimulans voor instellingen op het vlak van continue kwaliteitsverbetering lijkt ons over het algemeen wel realiseerbaar als de werkwijze, zoals we die nu bij de meeste visitaties hebben gezien, wordt doorgezet.
- Ook intercollegiale visitaties, zoals die in 2016 op gang kwamen, kunnen werken als een extra stimulans. De essentie van intercollegiale visitaties is naar ons idee dat op het niveau van teams of locaties er een leerproces op gang komt door ervaringen en kennis met elkaar uit te wisselen. Er wordt door een aantal zorgaanbieders gewerkt aan een professionele opzet voor intercollegiale visitaties.
- Als, zoals ook gesteld in het werkplan van december 2015 en zoals ook door ZN in het inkoopkader 2017 wordt geformuleerd, het visitatieproces – gekoppeld aan het eigen kwaliteitsverhaal van de instelling – een waarborg moet zijn naar externe stakeholders is er naar onze mening een meer gestructureerde aanpak noodzakelijk.  
In onze visie vindt er door een visitatiecommissie een reflectie plaats op het kwaliteitsrapport en de eronder liggende aanpak. Daarbij gaat het erom of in de visitatie de bevindingen uit het kwaliteitsrapport worden herkend, de visitatie moet het eerlijke beeld van het kwaliteitsrapport borgen. Geeft het kwaliteitsrapport een betrouwbaar beeld van hoe het met de kwaliteit van zorg en dienstverlening binnen de instelling gesteld is. De inbreng van onafhankelijke externen is van groot belang. Het visitatierapport is een beschrijvende spiegel van sterke punten en ontwikkelpunten met betrekking tot het kwaliteitsrapport en de eronder liggende aanpak en sluit af met aanbevelingen.



## **BIJLAGE 1: ZORGAANBIEDERS, DIE ALS PROEFTUIN HEBBEN GEFUNGEERD**

1. Arduin
2. Careander
3. Cordaan
4. Dichterbij
5. Elver
6. Esdege-Reigersdaal
7. Gemiva-SVG
8. Ipse de Bruggen
9. JP van den Bent
10. Middin
11. De Noorderbrug
12. Philadelphia
13. Pluryn
14. PlusHome
15. Prisma
16. Radar
17. s Heeren Loo
18. Sherpa
19. Siza
20. Stichting De Parabool
21. Talant
22. Trajectum
23. Visio
24. Zuidwester



## **BIJLAGE 2: CHECKLIST BOUWSTEEN 1 (INDIVIDUELE CLIËNT)**

### *1. Indicatie*

- Welke zorgindicatie heeft de cliënt?

### *2. Afspraken over dagelijkse zorg*

- Is er een actueel Zorg- en Ondersteuningsplan, in dialoog met de cliënt?
- Vindt de cliënt dat medewerkers afspraken over dagelijkse zorg & ondersteuning waarmaken?

### *3. Bijzondere zorgbehoeften*

- Heeft de cliënt bijzondere problemen bij (somatische) gezondheid met een extra behoefte aan medische/verpleegkundige zorg en is hier in voorzien?
- Heeft de cliënt bijzondere problemen op mentaal vlak (psychische stoornis, probleemgedrag) met extra behoefte aan extra gedragsmatige ondersteuning en is hier in voorzien?

### *4. Aandachtspunten voor veilige zorg*

- Zijn bijzondere aandachtspunten rond veiligheid goed in beeld?
- Zijn medewerkers alert op de afgesproken aandachtspunten / actiepunten bij de cliënt?

### *5. Kwaliteit van bestaan*

- Is er zicht op de ervaren kwaliteit van bestaan?
- Werken we aan het wegnemen van belangrijke tekorten in ervaren kwaliteit?

### *6. Betrokkenheid nabije familie*

- Probeert het team de nabije familie bij de zorg & ondersteuning te betrekken?
- Heeft de cliënt - naast beroepskrachten - belangrijke anderen die bijdragen aan zijn/haar kwaliteit van bestaan?

### *7. Onvrijwillige zorg*

- Is er bij de cliënt het afgelopen jaar sprake geweest van onvrijwillige zorg?
- Zo ja, zijn alternatieven overwogen en is het effect van de maatregel geëvalueerd (<12 maanden)?



## **BIJLAGE 3: CHECKLIST BOUWSTEEN 3 (TEAMREFLECTIE)**

1. *Zorgvuldig proces rond cliënten*
  - Zijn er actuele zorg- en ondersteuningsplannen?
  - Lukt het om gemaakte afspraken over de reguliere zorg na te komen?
  
2. *Zicht op veilige zorg*
  - Hebben we zicht op veiligheid en doen we wat nodig is?
  - Hebben we veilige geneesmiddelenzorg (focus op de belangrijkste 3 aandachtspunten)?
  - Hoe gaan we om met agressie in de zorg en met seksueel grensoverschrijdend gedrag?
  
3. *Kwaliteit van bestaan*
  - Hebben we zicht op de kwaliteit van bestaan en proberen we tekorten te verminderen?
  - Draagt wat we doen bij aan de kwaliteit van bestaan?
  - Proberen we het netwerk van de cliënt daarbij te betrekken?
  
4. *De kwaliteit van de relatie tussen cliënt en medewerker*
  - Wat zijn onze sterke punten bij inlevingsvermogen, communicatie, respect, zorgzaam zijn, luisteren?
  - Wat zijn onze zwakke punten?
  - Is er een echte dialoog met de cliënt en sturen we bij waar het nodig is?
  
5. *Een succesvol werkproces binnen het team*
  - Hoe staat het team er voor met de competenties van medewerkers en zijn die toereikend in aansluiting op de zorgbehoeften van cliënten?
  - Op welke punten bestaat de noodzaak van extra deskundigheid?
  - Hoe gaat het met samenwerking binnen het team / de woonvorm?
  
6. *Onvrijwillige zorg*
  - Hoe wordt actief aan het 'nee tenzij principe gewerkt?
  - Zijn alternatieven verkend?
  - Is systematische evaluatie gedaan?
  
7. *Instellingen kunnen zelf thema's toevoegen*



## **BIJLAGE 4: INDELING KWALITEITSRAPPORT**

### **Algemeen**

- Omschrijving van de organisatie en visie, inclusief KvK nummer.
- Beschrijving van het zorgbeeld van de cliënt(groepen) (bijvoorbeeld zorgbehoefte, leeftijd, geslacht, maatregelen, aantallen cliënten en locaties, etc.).
- Beeld van de dienstverlening op het gebied van wonen/zorg/activering/vrije tijd.
- Voldoen aan wettelijke vereisten inzake medezeggenschap, kwaliteit en klachten en geschillenregeling, privacy, etc.

### **Zorg rond de individuele cliënt**

- Hoe wordt invulling gegeven aan de zorg en ondersteuning/ activering op maat?
- Op welke wijze wordt invulling gegeven aan de veiligheid/ risicoweging van individuele cliënten?
- Op welke wijze is de zorg en ondersteuning ondersteunend ten aanzien van de kwaliteit van bestaan van cliënten?
- Hoe ervaart de cliënt (vertegenwoordiging) de aanpak van de medewerkers?
- Hoe ervaart de cliënt de relatie tussen cliënt en medewerker(s)?
- In hoeverre betreft het team ook anderen (verwanten, vrijwilligers) bij de ondersteuning van de cliënt?
- Percentage cliënten met een ondersteuningsplan niet ouder dan één jaar.
- Percentage ondersteuningsplannen aantoonbaar besproken met cliënt en/of zijn vertegenwoordiger.
- Percentage cliënten waarbij risicoafweging niet ouder is dan één jaar.
- Welke thema's komen veel voor?
- Hoe vindt borging van veiligheid plaats?

### **Ervaringen van cliënten**

- Keuze voor cliënt ervaringsinstrument(en).
- Inzichten naar aanleiding van resultaten.
- Hoe wordt gemonitord dat de verbeteringen daadwerkelijk worden geïmplementeerd zowel op cliëntniveau, teamniveau als organisatieniveau?
- Zijn er overeenkomsten en verschillen op de verschillende aggregatieniveaus? Welke zijn relevant?

### **Zelfreflectie / teamreflectie**

- Hoe werken de teams aan continue kwaliteitsverbetering van het proces rond de individuele cliënt?
- Hoe wordt de relatie tussen cliënt en medewerker ervaren en zijn er verbeteracties nodig?
- Hoe wordt gemonitord dat de uitkomsten binnen de teams daadwerkelijk worden geïmplementeerd?
- Hoe worden de resultaten van de individuele teams geaggregeerd en wat doet instelling op organisatieniveau met deze resultaten?
- In hoeverre voelt team zich toegerust op onderwerpen die van belang zijn voor de cliëntveiligheid (agressie, seksueel overschrijdend gedrag, medicatie)?
- Wat doet het team met incidenten?
- Hoe ervaart het team de multidisciplinaire samenwerking?
- In hoeverre is kennis en kunde van het team op orde?





- In hoeverre worden de belangrijke scholingsopgaven conform het scholingsbeleid gerealiseerd?
- Wat is het ziekteverzuimpercentage?

**Samenvattend (to do)**

- Wat gaat goed en op welke onderdelen kan de organisatie verbetering laten zien?
- Hoe monitort de organisatie dat de organisatieverbeteringen daadwerkelijk worden geïmplementeerd?
- Hoe toon je aan dat de zorg aan individuele cliënten verbeterd?
- Welke onderwerpen spelen daarbij een centrale rol?
- Welke verbeteracties zijn nodig?
- Wanneer wil de organisatie wat bereikt hebben?
- Wat is het oordeel van de RvT/cliëntenraad/OR over het kwaliteitsrapport?

**Cijfermatige gegevens zijn wenselijk, o.a. op het gebied van:**

Middelen en maatregelen, MIC, onvrijwillige zorg, vrijheidsbeperking, medicatieveiligheid, ziekteverzuim, VOG en beeld van personeelsmix/opbouw.



## **BIJLAGE 5: TOETSVRAGEN KWALITEITSRAPPORTEN**

### **A. Transparantie**

1. Geven de kwaliteitsrapporten inzicht in zowel het proces (kwaliteit van dienstverlening) als de kwaliteit die geleverd wordt (kwaliteit van bestaan)? Op organisatieniveau en locatieniveau?
2. (Hoe) is uit het kwaliteitsrapport op te maken dat de organisatie werkt aan de verwezenlijking van de eigen (zorg)visie en wordt deze gerealiseerd (handhaafpunten) of (nog) niet (verbeterpunten)?
3. (Hoe) wordt uit het kwaliteitsrapport duidelijk dat de proeftuin 'bottom-up' is uitgevoerd? Ofwel: is duidelijk dat de werkwijze en informatie voor cliënten en teams bruikbaar is voor kwaliteitsbehoud- en verbetering en daarvan afgeleid wordt gerapporteerd/verantwoord i.p.v. andersom?
4. Is in het proces voldoende kritisch vermogen en reflectie georganiseerd? Wat doet een organisatie om er voor te zorgen dat er ook kritische punten in een kwaliteitsrapport komen te staan? Welke waarborgen zijn hiervoor in het totstandkomingsproces? Is er voldoende 'countervailing power' georganiseerd? Wie hebben zich er over uitgesproken? Heeft de cliëntenraad, de RvT, de OR zich uitgesproken?

### **B. Cliënt in regie / individuele cliënt**

5. Geven de kwaliteitsrapporten inzicht in de betrokkenheid en expliciete inbreng van cliënten en cliëntenraden (op de diverse niveaus en in de verschillende fases)?
6. Geven de kwaliteitsrapporten inzicht in cliëntervaringen (en welk instrument) en hoe dit is besproken (met cliënten, cliëntenraden en medewerkers)?
7. Geven de kwaliteitsrapporten inzicht in de mate waarin cliënten invloed hebben op hun eigen zorgplan en hoe zij dit kunnen inzien (bv digitaal)?

*Landelijk afgesproken thema's bouwsteen 1 (notitie Vernieuwing Kwaliteitskader 15/12/15):*

Afspraken dagelijkse zorg, bijzondere zorgbehoeften, veilige zorg, ervaren kwaliteit van bestaan, betrokkenheid nabije familie, onvrijwillige zorg.

### **C. Medewerkers/team**

8. Geeft het kwaliteitsrapport inzicht in de kwaliteit van medewerkers en de teamreflectie?
9. Inspireert en stimuleert het kwaliteitsrapport medewerkers om te werken aan verbetering van kwaliteit?

*Landelijk afgesproken thema's bouwsteen 3 (notitie Vernieuwing Kwaliteitskader 15/12/15):*

Zorgvuldig proces rond cliënten, zicht op veilige zorg, kwaliteit van bestaan, relatie cliënt-medewerker, werkproces, onvrijwillige zorg.

### **D. Kwaliteitsverbetering**

10. Zijn er concrete verbeteracties benoemd? En is dit op verschillende niveaus (organisatie- en locatieniveau)?
11. Geven de kwaliteitsrapporten inzicht in welke verbeteringen gerealiseerd (dienen te) worden voor de cliënten?
12. Geeft het rapport inzicht in het reflectie, leer- en verbetervermogen van de organisatie?



**E. Externe visitatie**

13. Geeft het kwaliteitsrapport inzicht in de aanpak externe visitatie, de mate van onafhankelijkheid, de uitkomsten ervan en welke verbeterpunten daaruit volgen?

NB: Externe visitatie wordt uitgevoerd in november bij een deel van de organisaties. Derhalve kan alleen aanpak externe visitatie in kwaliteitsrapport staan.