



De vorige 'Kwaliteit inzicht' is alweer een tijdje geleden. Dat komt omdat we volop bezig zijn het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg te vernieuwen. Soms is het beter om in de luwte te bedenken hoe het beter kan en er later pas over te communiceren. Ondertussen heeft het huidige Kwaliteitskader niet stil gelegen. Hoog tijd om u op de hoogte te brengen van alle ontwikkelingen.

Inhoud

Vernieuwing Kwaliteitskader	1
Stand van zaken pijlers	2
Pijler 1 en 2a	2
Pijler 2b	3
Kwaliteitseisen Jeugdwet en Wmo	5
Zorginkoop	6
Visie langdurige zorg (Kwaliteitsinstituut)	7
Uit de praktijk: Kwaliteit van leven door Prisma	8
FAQ	9
Samenvatting	10

Vernieuwing Kwaliteitskader

De VGN werkt aan een vernieuwing van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. **Ondanks dat er veel waarde-ning is voor het Kwaliteitskader – het is immers gelukt om alle partijen op één lijn te krijgen – blijkt dat het Kwaliteitskader vervreemdend werkt voor de werkvloer. Pijler 1 en 2a hebben onvoldoende betekenis voor 'verbeteren'. Deze situatie is een impuls voor vernieuwing, waarbij het werken aan kwaliteit weer stimulerend moet worden. Ook de nieuwe Wlz is een extra reden om het Kwaliteitskader tegen het licht te houden.**

De vernieuwing van het Kwaliteitskader doen we in samenspraak met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), cliënten- en beroepsorganisaties, Zorginstituut Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en het ministerie van VWS. Afgelopen maanden is binnen de branche een discussie gevoerd over dit onderwerp. Het accent lag daarbij enerzijds op de breed gevoelde noodzaak tot vernieuwing, anderzijds de richting die we willen opgaan.

Belangrijkste nieuws en ontwikkelingen

- Proces om tot een vernieuwd Kwaliteitskader te komen.
- Vragenlijsten pijler 1 en 2a vastgesteld.
- Nieuwe versie waai-er cliëntervaringsinstrumenten (pijler 2b).
- Uitkomsten enquête ervaringen cliëntervaringsinstrumenten.
- Cliëntversie van het Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg is gereed. Na de zomer ontvangt iedere organisatie in de gehandicaptenzorg drie exemplaren.
- Registratie professionals in de jeugdhulp en jeugdbescherming in het Kwaliteitsregister-Jeugd.

Mede dankzij de inspanningen van een tijdelijke werkgroep bestaande uit ongeveer vijftien personen van allerlei achtergronden (afkomstig uit instellingen in de

gehandicaptenzorg) zijn we tot een grove uitwerking van het vernieuwde Kwaliteitskader gekomen.

Voorop staat dat de uitgangspunten van het visiedocument onverminderd van betekenis zijn: kwaliteit van bestaan en eigen regie. Kwaliteit komt tot stand in de relatie tussen de cliënt en de professional, waarbij het ondersteuningsplan het vertrekpunt vormt. Kwaliteit wordt op het niveau van de cliënt benoemd, beschreven en ingevuld. Dit gebeurt altijd in relatie met de sociale omgeving.

Voor een vernieuwd Kwaliteitskader zijn vier hoofdlijnen belangrijk:

1. cliënten ontvangen persoonsgerichte zorg;
2. cliënten zeggen wat ze ervan vinden (en zorgverleners pakken dat op);
3. medewerkers komen tot gericht overleg over kwaliteit (wat gaat goed, wat moet beter);
4. organisaties toetsen of de zorg voldoet aan een kwaliteitsleidraad (bieden we 'goede zorg').

In het verlengde van deze hoofdlijnen komt per instelling – of per organisatorische eenheid – een samenhangend kwaliteitsrapport tot stand. Dat kan op basis van een landelijk vastgesteld format. Dat rapport heeft als eerste doel intern verbeteren en kan ook worden gebruikt voor de externe verantwoording.

Aanvullend is denkbaar – en ook zeer aantrekkelijk (vanuit geloofwaardigheid) – dat er een vorm van visitatie komt, waarbij instellingen (of organisatorische eenheden) hun kwaliteitsrapport laten toetsen door kritische buitenstaanders (stel tweejaarlijks). Zo wordt

het proces toetsbaar, en krijgt ook het uitgebrachte kwaliteitsbeeld een meer solide strekking.

In de zomermaanden nemen we de operationele uitwerking ter hand. Die uitwerking komt terug in de Bestuurlijke Adviescommissie Kwaliteit & Veiligheid, het VGN-bestuur, de landelijke Stuurgroep Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg en dan is een volgende beoordeling mogelijk (najaar).

Met het ministerie van VWS en het Zorginstituut willen we afspreken dat ongeveer dertig à veertig instellingen vanaf eind 2015 ruimte krijgen het nieuwe kader met externe procesbegeleiding te gaan toepassen (met vrijstelling voor het oude kader). ●



Stand van zaken pijlers

Ondanks dat we bezig zijn met de vernieuwing van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg staan de ontwikkelingen binnen het huidige kader niet stil. De pijlers 1, 2a en 2b zijn nog steeds volop in ontwikkeling. Alleen de ontwikkelingen binnen pijler 3 liggen stil in verband met de vernieuwing van het Kwaliteitskader.

Pijler 1 en 2a

De vragenlijsten van de pijlers 1 en 2a voor 2016 zijn inmiddels vastgesteld. Alle contactpersonen van het Kwaliteitskader hebben ze per e-mail ontvangen.

De concept-vragenlijsten zijn eerst voorgelegd aan drie netwerken van kwaliteitsfunctionarissen: Utrecht, Noord-Oost Nederland en de Kustprovincies. Naar aanleiding van de op- en aanmerkingen zijn de vragenlijsten aangepast. Vervolgens zijn ze in de bestuurlijke adviescommissie Kwaliteit en Veiligheid van de VGN besproken en goedgekeurd. Ten slotte zijn ze voorgelegd aan de Stuurgroep Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Met een enkele aanpassing zijn de vragenlijsten daar vastgesteld.

Dat betekent dat de vragenlijsten volgens planning vóór de zomer bij MediQuest zijn ingediend, zodat ze tijdig kunnen worden ingebouwd in de MediQuest-portal.

De VGN is momenteel bezig met een vernieuwing van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. In dat vernieuwde kader komen de pijlers 1 en 2a er in de toekomst anders uit te zien. Voor nu is dan ook gekozen de vragenlijsten net als vorige jaren aan te passen, waar-

bij vooral gekeken is naar duidelijkheid van de vragen. Enkele vragen zijn komen te vervallen. In verband met de actualiteit zijn drie vragen toegevoegd over brandveiligheid (pijler 1), mondzorg (pijler 2a) en gezonde leefstijl (pijler 2a).

Reikwijdte Kwaliteitskader

Met de komst van de Wet langdurige zorg (Wlz), was het noodzakelijk om de reikwijdte van het Kwaliteitskader te herzien. De reikwijdte is als volgt geformuleerd:

• Pijler 1

De vragenlijst voor pijler 1 wordt ingevuld door zorgorganisaties die Wlz-zorg leveren (ook als die Wlz-zorg maar een onderdeel is van bredere ondersteuning). Bij het beantwoorden van de vragen telt u de cliënten mee die onder de reikwijdte van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg vallen. Dit zijn cliënten met een ZZP-indicatie die bij de organisatie wonen en minimaal vier dagen per week zorg ontvangen. Ook cliënten met een Volledig Pakket Thuis (VPT) worden meegenomen. Cliënten met een PGB of een MPT vallen niet onder het Kwaliteitskader. U kijkt bij het beantwoorden van de vragen niet naar cliënten die vanuit een ander regime (Jeugdzorg of Wmo) zorg en ondersteuning krijgen. Bij vragen waarbij het niet mogelijk is een dergelijk onderscheid te maken, kijkt u naar de gehele organisatie (vragen over kwaliteit medewerkers en organisatie).

• Pijler 2a

De vragenlijst voor pijler 2a wordt ingevuld voor elke Wlz-cliënt met een ZZP-indicatie die bij de instelling woont en minimaal vier dagen per week zorg ontvangt. Dit betekent dat de vragenlijst niet apart wordt ingevuld door de eventueel andere aanbieder

die de dagbesteding doet. De vragenlijst wordt ook ingevuld voor elke cliënt met een VPT. Cliënten met een PGB of een MPT worden niet meegenomen.

U kunt ook in 2015 uitgaan van deze reikwijdte, omdat de Wlz met ingang van 1 januari 2015 in werking is getreden.

Pijler 2b

Het meest actuele [overzicht met cliëntervaringsinstrumenten](#) staat sinds kort op de website van de VGN. Het overzicht bestaat uit elf meetinstrumenten. Organisaties kunnen zelf kiezen van welk instrument ze gebruikmaken om cliëntervaringen te meten. In het nieuwe overzicht zijn twee nieuwe instrumenten opgenomen:

- 'Dit vind ik ervan! 2.0' van het platform Siza, Cordaan en Philadelphia.
- 'Dit vind ik ervan! – ik toon' van hetzelfde platform.

Het laatstgenoemde instrument onderscheidt zich doordat het geschikt is voor mensen met ernstig meervoudige beperkingen (EMB).

[Uitkomsten onderzoek cliëntervaringsinstrumenten](#)

Begin november heeft de VGN een enquête uitgezet om de ervaringen met de cliëntervaringsinstrumenten uit de waaier te inventariseren. De respons op het onderzoek was heel hoog, namelijk 77%. Daar waren we zeer verheugd over, ook omdat het de betrokkenheid bij de waaier laat zien.

De meest gebruikte instrumenten zijn:

- Cliëntervaringsonderzoek (Effactory)

- Dit vind ik ervan! 2.0 (platform Siza/Philadelphia/Cordaan)
- Quality Cube (Buntinx)
- Onze cliënten aan het woord (Ipsos Facto)

Alle cliëntervaringsinstrumenten krijgen een hoog rapportcijfer: van 7,3 (Ipsos) tot 8,8 (POS).

Instellingen bereiden zich grondig voor op de keuze van een instrument. Daarbij wordt veel gebruikgemaakt van de ondersteuning vanuit de VGN. Een aantal opvallende zaken:

- 70% van de respondenten geeft aan dat het instrument cliënteninformatie op individueel niveau oplevert (bijna 30% zegt gedeeltelijk of niet van toepassing);
- 60% zegt dat het gebruik van het instrument kan worden ingebed in de zorgplancyclus (bijna 40% geeft aan gedeeltelijk of niet van toepassing);
- nog geen 50% van de respondenten geeft aan dat de systematiek van het instrument aansluit bij de zorgplanbespreking (de helft geeft aan gedeeltelijk of niet van toepassing);
- het instrument levert respondenten voor 93% zicht op de ervaringen van cliënten;
- 60% vindt dat het instrument zicht geeft op concrete verbeterwensen van de cliënt (rest gedeeltelijk of niet van toepassing);
- alle respondenten zijn van mening dat gegevens naar instellingsniveau kunnen worden geaggregeerd;
- bijna 10% van de respondenten laat weten dat de gegevens niet naar doelgroep kunnen worden geaggregeerd;
- de instrumenten maken waar wat ze beloven of overtreft de verwachtingen (96%);

- bijna 30% van de respondenten overweegt een ander instrument te kiezen.

Deze uitkomsten geeft de VGN nog wel huiswerk, aangezien de gestelde eisen aan een cliëntervaringsinstrument zijn:

- het instrument moet cliënteninformatie opleveren op individueel niveau;
- de systematiek moet zijn ingebed in de zorgplancyclus;
- het instrument moet zicht geven op de ervaringen en de concrete verbeterwensen van de individuele cliënt;
- de gegevens kunnen ook (anoniem) naar verschillende niveaus (doelgroep, instelling, etc.) worden geaggregeerd.

De uitkomsten van de enquête zijn aan de Commissie van Deskundigen voorgelegd. Zij nemen deze mee bij het beoordelen van de doorontwikkeling van de instrumenten. Naar aanleiding van het onderzoek gaan ze in ieder geval met drie punten aan de slag:

1. de beschikbaarheid van één instrument specifiek voor EMB;
2. het geven van richtlijnen voor anonimiteit;
3. de deskundigheid van afname.

Een aandachtspunt is bovendien dat slechts onder zwaarwegende omstandigheden een instrument uit de waaier is te halen, omdat instellingen veel tijd, energie en geld in een instrument hebben geïnvesteerd.

In eerste instantie hebben we steeds gecommuniceerd dat we de ervaringen van gebruikers zouden gebruiken

voor het ontwikkelen van een zogeheten consumenten-gids, zodat instellingen bij het maken van een (nieuw) keuze voor een cliëntervaringsinstrument deze ervaringen konden meenemen. We hebben echter besloten tot het publiceren van highlights uit het onderzoek, omdat het trekken van conclusies niet eenvoudig is. Wanneer de ene respondent bijvoorbeeld iets positief aan een instrument vindt, dan kijkt een andere respondent daar weer heel anders tegenaan.

Effactory stopt met cliëntervaringsonderzoek

Effactory heeft besloten na 1 juli 2015 geen cliëntervaringsonderzoeken meer op te starten. Wel blijft Effactory zich inzetten voor onze sector in het kader van de medewerkersraadpleging. Effactory heeft rechtstreeks contact opgenomen met de VGN-leden die momenteel gebruikmaken van hun cliëntervaringsinstrument, zodat er een zorgvuldige afronding van de werkzaamheden plaatsvindt. Mocht u hierover nog vragen hebben, dan kunt u terecht bij uw contactpersoon van Effactory.

Bijeenkomst platform ontwikkelaars cliëntervaringsinstrumenten

Eind april organiseerde de VGN een bijeenkomst voor de ontwikkelaars van de cliëntervaringsinstrumenten over validiteit en betrouwbaarheid, zodat gezamenlijk een referentiekader wordt ontwikkeld. De voorzitter en secretaris van de Commissie van Deskundigen waren hierbij aanwezig. Dit waardeerden de ontwikkelaars zeer. Partijen hebben dan ook afgesproken voortaan jaarlijks met elkaar te overleggen. In de discussie kwam onder meer het volgende aan bod:

- Wat is de rol van de commissie? Beperkt deze zich



tot toetsing of kijkt ze ook naar de beleidsdynamiek binnen de sector?

- Waar gaat het om? Wat meten we? Het ene instrument zit meer op de kwaliteit van de dienstverlening, een ander meer op de kwaliteit van bestaan van de cliënt en weer een ander instrument op de bijdrage van de organisatie aan de kwaliteit van bestaan van de cliënt. Ook gaat het bij het ene instrument meer om de dialoog met de cliënt, terwijl een ander instrument meer CQ-achtig is opgezet. De commissie pakt deze onderwerpen op.
- Beoordelingskader: globale uitgangspunten versus precisie. De dialoog met de commissie scherper aanzetten heeft de voorkeur van de deelnemers boven een gedetailleerde beschrijving van de criteria.
- Aggregeren is een puzzel. Je kunt niet direct van individuele cliënten naar een hoger niveau aggregeren.

- Wat is de opvatting van de VGN ten opzichte van de koppeling van instrumenten aan een individueel ondersteuningsplan?

Commissie van Deskundigen

Een externe, onafhankelijke commissie (Commissie van Deskundigen¹) adviseert het bestuur van de VGN over de cliëntvervaringsinstrumenten. In de vergadering van begin juni stond de commissie onder meer stil bij het ontwikkelingsproces dat pijler 2b de afgelopen jaren heeft doorgemaakt. De commissie constateerde dat de doorontwikkeling van de instrumenten belangrijk blijft en wil dat ook stimuleren, onder meer door veel aandacht aan validiteit en betrouwbaarheid te schenken.

De commissie waardeert het initiatief van de VGN werkconferenties voor de ontwikkelaars van de cliëntvervaringsinstrumenten te organiseren. Ze stelt voor dat te blijven doen rond thema's die relevant zijn voor alle ontwikkelaars, bijvoorbeeld het organiseren van een debat over onafhankelijkheid versus afhankelijkheid bij afname van een instrument of een kwantitatieve versus kwalitatieve insteek van het instrument.

Naar aanleiding van de vergadering stuurt de commissie nog een advies naar het bestuur van de VGN. In de volgende nieuwsbrief wordt u hierover nader geïnformeerd.

¹Deze commissie bestaat uit prof. dr. H. (Henk) Nies (voorzitter) en prof. dr. P.J.C.M. (Petri) Embregts. Binnenkort wordt een derde lid toegevoegd door het vertrek van prof. dr. P.L. (Pauline) Meurs.

Kwaliteitseisen Jeugdwet en Wmo

Het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg richt zich op cliënten die zorg en ondersteuning krijgen vanuit de Wlz. Voor cliënten die te maken hebben met de Jeugdwet en Wmo gelden andere kwaliteitseisen.

Jeugdwet

In de Jeugdwet zijn kwaliteitseisen voor zowel gemeenten als aanbieders van jeugdhulp opgenomen. Veel van deze eisen zijn voor de gehandicaptenzorg niet nieuw. Één van de nieuwe eisen is de invoering van de 'norm van verantwoorde werktoedeling' voor aanbieders van jeugdhulp. Uitgangspunt van de 'norm van verantwoorde werktoedeling' is dat professionals geregistreerd zijn, tenzij de aanbieder aannemelijk kan maken dat de inzet van een niet-geregistreerde professional niet afdoet aan de kwaliteit van de hulp of aannemelijk kan maken dat de inzet van een niet-geregistreerde professional noodzakelijk is voor de kwaliteit van hulp.

Het **Kwaliteitskader Jeugd** biedt jeugdhulpaanbieders een leidraad om deze norm toe te passen en handvatten om eenduidig aannemelijk te maken dat ze verantwoorde hulp bieden. Vooral het afwegingskader, pagina 35 van het Kwaliteitskader Jeugd, biedt handvatten voor aanbieders wanneer wel en wanneer geen geregistreerd professional moet worden ingezet.

Registratie of vooraanmelden

Professionals op hbo-niveau en hoger die werkzaamheden uitvoeren waarvoor 'registratie vereist is' moeten zich gaan registreren in het Kwaliteitsregister Jeugd of in het BIG-register. Dit is nog niet voor alle professionals mogelijk. Psychologen en orthopedagogen kunnen zich al registreren, maar voor beroepskrachten in een hbo-functie ligt dat anders. Zij kunnen zich vanaf nu wel vooraanmelden. Vooraanmelding is een eerste stap richting beroepsregistratie. Wilt u meer informatie over registratie of vooraanmelden? [Kijk hier.](#)



Wmo

Vanuit het wettelijke kader van de Wmo moeten gecontracteerde aanbieders 'ondersteuning van een goede kwaliteit' bieden. Er is goede kwaliteit als de hulp of de voorziening voldoet aan de volgende eisen:

1. veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verstrekt;
2. is afgestemd op de behoefte van de cliënt en op andere hulp die de cliënt krijgt;
3. wordt verstrekt in overeenstemming met verantwoordelijkheden die bij de beroepskrachten horen (aansluitend bij professionele standaarden);
4. wordt verstrekt met respect voor de cliënt en met inachtneming van rechten van de cliënt.

We zien dat gemeenten deze landelijke eisen verwerken in het contracteerbeleid voor de Wmo. In hun afspraken met aanbieders komen gemeenten op ten minste drie manieren tot sturing op de kwaliteit van ondersteuning:

- Via algemene eisen aan de gecontracteerde aanbieder. Voorbeelden: beschikken over een actueel kwaliteitscertificaat, werken met gekwalificeerd personeel, hanteren van een toegankelijke klachtenregeling, regelen van medezeggenschap van cliënten etc.
- Via eisen aan het primair proces in wijkteams, of in voorzieningen uit de 2e lijn. Voorbeelden: werken met de 'zelfredzaamheidsmatrix', per cliënt een individueel ondersteuningsplan maken, in afspraken met de cliënt de informele hulp activeren, multidisciplinair samenwerken bij complexe hulpvragen,

maken van kwartaalrapportages over aantallen bereikte mensen en geboden hulp etc.

- Via afspraken over het maatschappelijk resultaat van de ondersteuning. Voorbeelden: meer inzet van het netwerk van de cliënt bij een langdurige begeleidingsbehoefte, meer doorstroom van arbeidsmatige dagactiviteit naar begeleid/gewoon werk of minder 'middelenverslaving' bij jongvolwassenen met LVB.

De komende jaren is nog veel in beweging. Duidelijk is dat gemeenten de verkokerde werkwijzen uit de AWBZ – met zijn accent op sectoren – gaan loslaten, zonder afstand te nemen van ketensamenhang rond bijzondere doelgroepen.

De inzet van de VGN richting de Wmo is nog niet bepaald. Wel duidelijk is dat we hetzelfde uitgangspunt hanteren als bij de kwaliteit van zorg: het gaat om de individuele relatie tussen de cliënt en de professional. De gemeente kan daaromheen informatie verzamelen. Ook is helder dat we aan informatieoverdracht richting gemeenten moeten doen om de doelgroepen die de gemeente onvoldoende in beeld heeft, goed voor het voetlicht te brengen. ●



Zorginkoop

In de voorbereiding op de zorginkoop heeft de VGN voorstellen gedaan aan Zorgverzekeraars Nederland/zorgkantoren voor een andere benadering dan in de voorgaande jaren, vooral op het vlak van 'sturing op kwaliteit'. Dit betreft onder meer het niet langer werken met de arbitraire prijsdifferentiatie met behulp van gegevens uit pijler 1 en pijler 2a, waarbij instellingen die net beneden een gemiddelde score een 'malus' krijgen, en instellingen die net erboven zitten een 'bonus'.

Inmiddels heeft ZN samen met de zorgkantoren (concessiehouders) een gezamenlijk inkoopdocument opgesteld, waarbij afzonderlijke concessiehouders de mogelijkheid hebben verbijzonderingen te maken. ZN/zorgkantoren hebben ons pleidooi voor een eigen inhoudelijk kader voor de gehandicaptenzorg overge-

nomen. Ook hebben ze gekozen voor sturing op kwaliteit van zorg via een model van afspraken over kernthema's en daarmee ook voor het toekennen van de bonus bovenop de basisprijs bij voldoende voortgang op afgesproken verbetertrajecten.

Aan onze wens dat ZN/zorgkantoren kiezen voor thema's in aansluiting op (a) de speerpunten van de staatssecretaris en (b) de dynamiek rond kwaliteit in de gehandicaptenzorg, is grotendeels tegemoet gekomen.

Over onze inzet dat de bandbreedte met betrekking tot prijzen bij concessiehouders gelijk moet zijn of ten minste in de richting van een aanzienlijke harmonisatie, hebben we geen overeenstemming bereikt. Gelukkig zien we wel een tendens naar harmonisatie: het startpercentage in de bandbreedte ligt vrijwel steeds op 93% of 94% en bij goede voortgang op verbeterplannen is er 3% opslag.

Tot slot vinden we de spelregels over het proces van toekenning van extra geld boven de basisprijs niet scherp genoeg neergezet.

Hoewel ZN/zorgkantoren niet geheel aan onze inzet zijn tegemoet gekomen, vinden we wel dat het inkoopkader werkbaar is voor zorgorganisaties en daarmee zijn we tevreden over het behaalde resultaat. ●

Visie langdurige zorg (Zorginstituut)

In het najaar van 2014 hebben alle partijen in de langdurige zorg onder leiding van het Zorginstituut gesproken over de kwaliteit van de langdurige zorg. Het Zorginstituut heeft op basis hiervan haar visie op de langdurige zorg vastgelegd. Hierbij kunnen de volgende vijf elementen een grote impuls geven aan verbetering van de kwaliteit van zorg en ondersteuning:

1. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning. De zorg en ondersteuning is op maat gesneden voor iedere individuele cliënt, waarbij de besluitvorming in gezamenlijkheid plaatsvindt en wordt vastgelegd in een ondersteuningsplan.
2. Deskundigheid van de professional. De zorg en ondersteuning wordt steeds complexer. Daarom moet er blijvend aandacht zijn voor de permanente ontwikkeling van vaardigheden van de professionals en voor implementatie van kennis en goede praktijken op de werkvloer. Daarnaast is behoefte aan meer professionals met een hoger opleidingsniveau.
3. Kennisontwikkeling en -verspreiding. Kennisontwikkeling is één van de belangrijkste aandachtsgebieden voor de langdurige zorg. Om als professional meerwaarde te hebben voor het leveren van persoonsgerichte zorg is de kennis over de effectiviteit van interventies van essentieel belang. Daarnaast moet de professional weten hoe de kennis moet worden toegepast.
4. Informatie verzamelen voor verschillende doelen. Indicatoren voor interne feedback en externe

verantwoordelijkheid moeten worden doorontwikkeld tot een compacte set relevante indicatoren die nuttig zijn voor de praktijk van zorg en ondersteuning.

Belangrijk is dat het verzamelen tegen minimale administratieve lasten gebeurt.

5. Kwaliteit van bestuur en leiderschap. De manier waarop een organisatie wordt bestuurd heeft invloed op het leervermogen ervan. Het lerend vermogen van een organisatie kan een goede kritische succesfactor worden voor de kwaliteit van zorg en ondersteuning.

In februari is een bijeenkomst geweest om de vijf verbeterthema's concreter te maken. Hiertoe hebben vertegenwoordigers van de betrokken partijen, waaronder de VGN, de verbeterthema's vertaald in speerpunten. In de komende periode worden de speerpunten uitgewerkt in concrete acties. Daarnaast vormt de visie op de langdurige zorg voor het Kwaliteitsinstituut de leidraad bij de doorontwikkeling van de standaarden en meetinstrumenten.



Uit de praktijk: Kwaliteit van leven door Prisma

Zorgorganisatie Prisma wil mensen met een beperking begeleiden in het behouden of verbeteren van de kwaliteit van hun leven. Kwaliteit van leven is door Prisma, cliënten en hun netwerk onder andere vertaald naar het geluk van een cliënt.

Om aan het geluk van de cliënt te werken en deze in beeld te brengen, wordt bij Prisma het project Zorgrijk Regelarm geïmplementeerd. Dit project is in 2013 gestart in de vorm van een experiment en in 2014 is de start gemaakt met de implementatie in de gehele organisatie. Zorgrijk Regelarm stelt het geluk van de cliënt centraal, wakkert een nieuwe mindset aan en stimuleert medewerkers om kritischer en creatiever te werken. Deze mindset gaat uit van het potentieel van een cliënt, wat kan iemand wel, en niet meer wat kan iemand allemaal niet. Vervolgens wordt gekeken waarbij iemand ondersteuning nodig heeft met behoud van zoveel mogelijk regie over het eigen leven.

Er werd onbewust nog veel voor de cliënt gedaan en geregeld. Inmiddels werken we meer aan de individuele regie en doen we het meer samen met de cliënt.

Gelukkigere cliënten

Om te bepalen wanneer iemand gelukkig is en hoe je dat geluk kunt doen stijgen is samen met cliënten, familie van cliënten, medewerkers en projectleden gekeken naar wat iemand gelukkig maakt. Hieruit zijn uiteindelijk zes indicatoren naar voren gekomen die zijn weergegeven in de hartenroos van Zorgrijk Regelarm.



Aan de hand van deze indicatoren wordt er voor iedere cliënt gebruik gemaakt van een geluksmeting. Tot zover geeft dit de volgende resultaten, weergegeven aan de hand van het staafdiagram hiernaast.

Wanneer we het gemiddelde van de eerste geluksmeting (GEM1) vergelijken met het gemiddelde van de tweede geluksmeting (GEM2) zien we een gemiddelde kwaliteitsstijging van 5,6%.

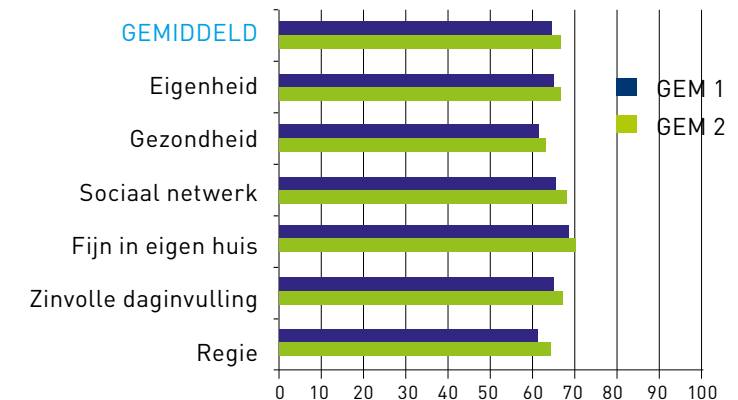
Per indicator is er tot zover als volgt een kwaliteitsstijging gerealiseerd:

- Eigenheid: 5,7%
- Gezondheid: 2,6%
- Sociaal netwerk: 8,6%
- Fijn in eigen huis: 6,3%
- Zinnvolle dag invulling: 5,7%
- Regie: 7,7%

Hoe hebben we deze stijging gerealiseerd?

Zorgrijk Regelarm maakt gebruik van de RBA metho-

die (Result Based Accountability). Deze methode helpt medewerkers om interventies in te zetten zo klein dat het een succes wordt en zo groot dat het toevoegt aan de ontwikkeling en/of geluk van de cliënt. Bij het bepalen van de juiste interventies ligt de focus op de individuele cliënt. Samen met de cliënt en het netwerk wordt bekeken wat diegene gelukkig gemaakt. Belangrijk zijn de veranderingen in de waardeoriëntaties en in de samenwerking. Doordat Zorgrijk Regelarm een beroep doet op het gesprek met het netwerk, ontstaat er een verbetering in de dialoog tussen medewerker, ouders en cliënten zelf. Er ontstaat herkenning en een actievere betrokkenheid bij de realisatie van gelukdoelen.

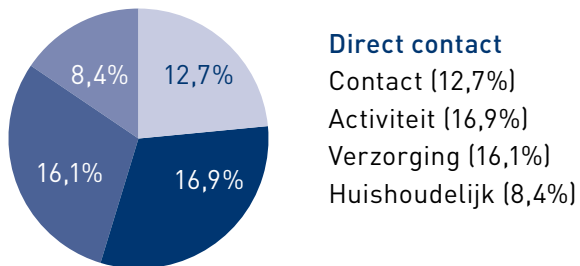
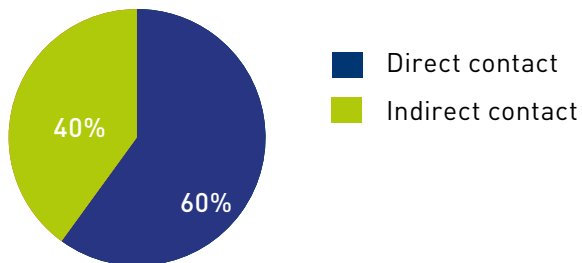


Daarnaast komt er ruimte voor de professionaliteit van de medewerker. Medewerkers worden gestimuleerd om van elkaar te leren, elkaar te vertrouwen en buiten de eigen grenzen te kijken. Ook samenwerking met andere partijen, zoals het netwerk en andere faciliteiten in de omgeving van de cliënt, is een speerpunt. Dit zie je ook terug in de stijging op de indicator 'Sociaal netwerk'.

Er is een omslag in het denken gekomen Er wordt meer gedacht in creatieve oplossingen en mogelijkheden en wat de cliënt wil.

Ook laten we ons niet belemmeren door regels, zeker niet als het gaat om het geluk van de cliënt. Medewerkers gaan daarom anders naar regels kijken en focussen op de mogelijkheden in plaats van beperkingen. Daarnaast worden medewerkers in het traject Zorgrijk Regelarm ook bewust gemaakt van de tijdsindeling van de diensten die ze draaien. Hierbij maken we onderscheid in de tijd die wordt besteed aan direct cliëntcontact, indirect cliëntcontact en ander contact ten behoeve van de organisatie.

Cliënten zijn gelukkiger, veel meer kan met minder tijd en geld, dit komt door samenhangigheid en het zijn van één geheel.



FAQ



Vraag 1

De reikwijdte van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg is gewijzigd. De vragenlijst voor de pijlers 1 en 2a hoeft alleen maar te worden ingevuld voor Wlz-cliënten met een ZZP-indicatie die bij de instelling wonen en minimaal vier dagen zorg per week ontvangen. Geldt dat ook voor pijler 2b? Met andere woorden: moet voor die cliënten de cliëntervaring met een instrument uit de waaier gekozen worden?

Antwoord

Dat klopt. Pijler 2b geldt voor alle cliënten waarvoor de vragenlijsten van pijler 1 en pijler 2a worden ingevuld.

Vraag 2

In de vragenlijst van pijler 1 wordt gevraagd of wij beleid hebben op gebied van vrijheidsbeperkende maatregelen. Echter, wij passen deze helemaal niet toe. We moeten hier dus NEE invullen terwijl dat in onze ogen een ontorechte rode score oplevert.

Antwoord

Deze vraag ontvangen wij vaker. Het is echter zo (dat staat ook in de voetnoot) dat elke organisatie voor gehandicaptenzorg geacht wordt beleid te hebben op gebied van vrijheidsbeperkende maatregelen. Ook al pas je deze niet toe.

Vraag 3

Bij vragen over beleid wordt gevraagd of het beleid periodiek wordt geëvalueerd en aangepast. Echter, een evaluatie hoeft niet per se te leiden tot aanpassing van het beleid.

Antwoord

Dat is een terechte opmerking. Wij hebben dan ook bij elke vraag toegevoegd: en zo nodig aangepast.

Samenvatting Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg

Het meten en verbeteren van kwaliteit vindt in de gehandicaptenzorg sinds 2011 plaats aan de hand van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Het doel van deze werkwijze is te komen tot een zinvolle en bij de sector passende wijze van gegevensverzameling. Dit moet organisaties leer- en verbeterinformatie opleveren, zicht geven op de kwaliteit van zorg en ondersteuning op de ervaring van cliënten hiermee.

Drie pijlers

Het vaststellen van kwaliteit gebeurt in de werkwijze middels drie pijlers:

- Pijler 1: kerngegevens kwaliteit op organisatieniveau.
- Pijler 2: kerngegevens kwaliteit op cliëntniveau (2A) en cliëntervaringsgegevens (2B).
- Pijler 3: gegevens over de relatie tussen cliënt en professional

Uitgangspunten

Alle betrokken partijen (VGN, IGZ, VWS, ZN, cliëntenorganisaties, beroepsorganisaties) zijn het eens over de volgende uitgangspunten en specificaties.

Uitgangspunten:

- Individuele cliënt (zorg- en ondersteuningsplan)
- Verantwoorden in het verlengde van verbeteren

Specificaties:

- Eenvoud en zo min mogelijk administratieve lasten
- Zo mogelijk aansluiting bij al ontwikkelde instrumenten
- Doelgroepspecifiek
- Aansluiten bij informatiebehoefte in- en externe betrokkenen
- Vergelijkbaarheid

Pijlers	Thema's Visiedocument	Instrument	Frequentie	Meting	Doel
Pijler 1	Zorgafspraken en ondersteuningsplan Cliëntveiligheid Belangen Kwaliteit van medewerkers en organisatie	Vragenlijst op organisatieniveau, voor alle instellingen gelijk	Jaarlijks	1 januari – 15 februari	Kwaliteitsverbetering en – verantwoording (in- en extern gebruik)
Pijler 2A	Zorgafspraken en ondersteuningsplan Cliëntveiligheid	Vragenlijst op cliëntniveau, voor alle cliënten met een ZZP of de extramurale indicatie Behandeling Groep gelijk	Jaarlijks	1 januari – 31 december	Kwaliteitsverbetering en – verantwoording (in- en extern gebruik)
Pijler 2B	Kwaliteit van zorg en ondersteuning in het licht van kwaliteit van bestaan	Keuze uit diverse cliëntervaringsinstrumenten	Minimaal eens per 3 jaar	Verplicht vanaf 2014	Kwaliteitsverbetering (intern gebruik)
Pijler 3	Kwaliteit van zorg en ondersteuning in het licht van kwaliteit van bestaan				Kwaliteitsverbetering (intern gebruik)

Colofon

Uitgave VGN juli 2015

Eindredactie: Rita Hut-Modderkolk,
Inge Wichink Kruit
Vormgeving: Mariel Lam bno

VERENIGING GEHANDICAPTENZORG NEDERLAND

Oudlaan 4
3515 GA Utrecht
www.vgn.nl

Postbus 413
3500 AK Utrecht
info@vgn.nl

T 030-27 39 300