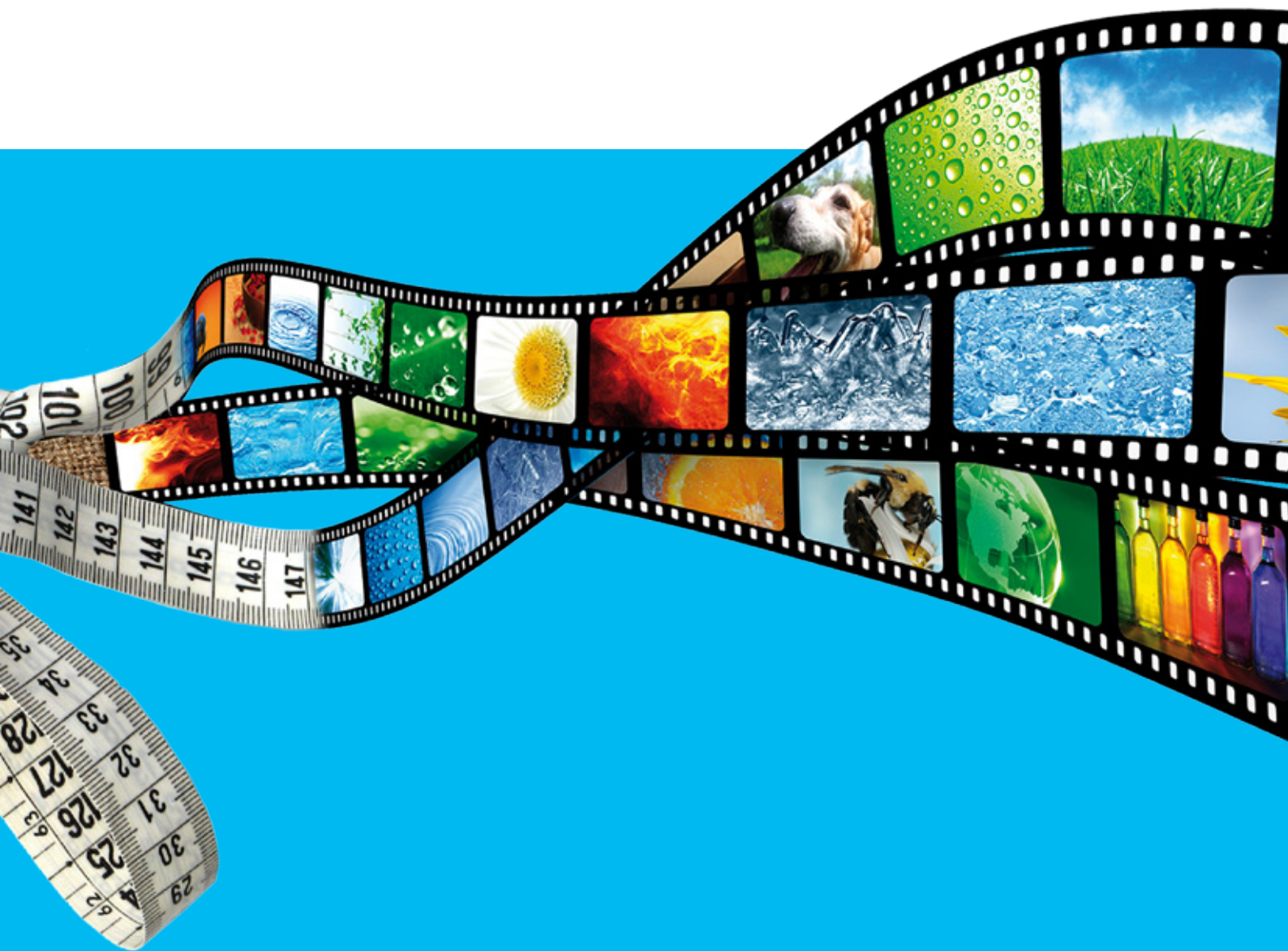


KWALITEITSKADER GEHANDICAPTENZORG VISIEDOCUMENT 2.0





LIJST MET AFKORTINGEN

AKO	Adviescommissie Kwaliteit en Onderzoek van de VGN
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CG-Raad	Chronisch zieken en Gehandicapten Raad
CiBG	uitvoeringsorganisatie van het ministerie van VWS dat (gecertificeerde) gegevens verzamelt, verwerkt en uitlevert voor de zorgsector en consumenten
CSO	Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties
CVZ	College voor zorgverzekeringen
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
JMV	Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording
KvK	Kamer van Koophandel
LSR	LSR, landelijk steunpunt (mede)zeggenschap
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
NTZ	Nederlands Tijdschrift voor de Zorg
NVAVG	Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten
NVO	Nederlandse Vereniging van pedagogen en Onderwijskundigen
pdca-cyclus	plan-do-check-act-cyclus
Platform VG	Platform Verstandelijk Gehandicapten
SGZ	Staat van de Gezondheidszorg
TTP	Trusted Third Party
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

KWALITEITSKADER GEHANDICAPTENZORG
VISIEDOCUMENT 2.0

FEBRUARI 2013

INHOUD

1	INLEIDING	3
2	PARTIJEN	5
3	ONTWIKKELINGEN	7
4	VISIE OP KWALITEIT VAN ZORG EN ONDERSTEUNING	10
5	UITGANGSPUNTEN NIEUWE WERKWIJZE KWALITEITSKADER	13
6	HET NIEUWE KWALITEITSKADER GEHANDICAPTENZORG	14
7	WERKWIJZE DOORONTWIKKELING PIJLERS	18
8	DE GEGEVENS	21
	BIJLAGEN	
1	SAMENWERKINGSAFSPRAKEN STUURGROEP KWALITEITSKADER GEHANDICAPTENZORG	24
2	UITWERKING VAN UITGANGSPUNTEN	27
3	UITWERKING KWALITEITSDOMEINEN EN KWALITEITSTHEMA'S	29
	COLOFON	32

1 INLEIDING

De gehandicaptenzorg streeft al jaren naar het borgen en bevorderen van de kwaliteit van de zorg en ondersteuning die zij verleent. Door het continu verbeteren van de kwaliteit wil de sector bijdragen aan de kwaliteit van bestaan van haar cliënten.

In 2007 besluiten partijen die bij de gehandicaptenzorg betrokken zijn – cliëntenorganisaties, beroepsorganisaties, zorgaanbieders (VGN), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) – gezamenlijk een kwaliteitskader voor de gehandicaptenzorg te ontwikkelen. De eerste stap is de publicatie van het Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. De uitgangspunten zijn ‘kwaliteit van bestaan’ en ‘regie over eigen leven’ van cliënten. Het Kwaliteitskader gaat uit van de acht domeinen die relevant zijn voor iemands kwaliteit van bestaan, volgens Schalock en Verdugo (2002)¹. Voorts worden vier randvoorwaarden voor de zorg onderscheiden.

¹ Schalock, R. & Verdugo Alonso, M.A. (2002). Handbook of Quality of Life for Human Service Practitioners

De publicatie van het Visiedocument is slechts de eerste fase. Daarna zijn indicatoren ontwikkeld en meetmethoden en –instrumenten. Het meten van de kwaliteit geeft inzicht in de huidige stand, maar geeft ook aan wat er verbeterd moet worden. De (door) ontwikkeling van het Kwaliteitskader is in handen van een Stuurgroep, waarin alle partijen zitting hebben.

Eind 2010 besluit de VGN een nieuwe impuls te geven aan de verbetering van de kwaliteit van zorg en ondersteuning door een nieuwe werkwijze van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg te ontwikkelen. Deze nieuwe werkwijze is gebaseerd op het Visiedocument, maar kiest een andere manier van meten. De VGN-leden willen transparant zijn over geleverde zorg en ondersteuning, daarover verantwoording afleggen en werken aan verbeteringen. Zij willen dat doen samen met de betrokken partijen vanuit een perspectief op kwaliteit en verantwoording dat tegemoet komt aan de eigenheid van de sector en aan de informatiebehoeften van alle betrokkenen.

Uitgaande van de visie van het Visiedocument stelt de VGN voor het zorg- en ondersteuningsplan als vertrekpunt te hanteren en informatie te genereren op het niveau van de individuele cliënt. Zo komen de aspecten van goede zorg en ondersteuning die betrekking hebben op de relatie tussen zorgverlener en cliënt ook tot uitdrukking. Door zowel kwantitatief als kwalitatief te gaan meten wordt recht gedaan aan de grote diversiteit van doelgroepen en functies binnen de gehandicaptenzorg. Het meten aan de bron betekent dat een korte leer- en verbetercyclus en daarmee een snellere kwaliteitsverbetering mogelijk is. Verantwoorden geschiedt in het verlengde van verbeteren. Kwaliteitsverbetering staat centraal, maar de verkregen kwaliteitsinformatie is bijvoorbeeld ook te gebruiken voor verantwoording in de Jaarverantwoording Gehandicaptenzorg

(Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording). Op deze wijze worden ook de administratieve lasten voor zorgaanbieders minder.

De VGN stelt samen met de betrokken partijen begin 2011 een plan van aanpak op om te komen tot een nieuw Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Hoe dit nieuwe Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg er precies uit ziet, staat in dit Visiedocument 2.0.

In dit Visiedocument 2.0 leggen de betrokken partijen ook een aantal overwegingen, uitgangspunten en afspraken vast voor de periode dat het Kwaliteitskader wordt doorontwikkeld. Daarmee willen de partijen uitdrukking geven aan de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg en borgen dat ze met elkaar ervoor zorgen dat het een breed geaccepteerd instrument en werkwijze voor de gehandicaptensector blijft.

2 PARTIJEN

Alle partijen die betrokken zijn bij gehandicaptenzorg hebben baat bij verbetering en verantwoording van de kwaliteit en werken daarom ook samen. Vertegenwoordigers van deze partijen hebben zitting in de Stuurgroep Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Deze 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 nieuwe Kwaliteitskader (in augustus 2011) hebben de partijen verantwoordelijkheden vastgelegd en samenwerkingsafspraken gemaakt.

VERANTWOORDELIJKHEDEN

Stuurgroep

De Stuurgroep heeft een onafhankelijk voorzitter. In de Stuurgroep zijn naast de VGN de volgende partijen vertegenwoordigd: de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (als waarnemer), de CG-Raad (Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland), het LSR (landelijk steunpunt medezeggenschap), het Platform VG, de Nederlandse Vereniging van pedagogen en Onderwijskundigen (NVO) (ook vertegenwoordigende het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). De vertegenwoordiging van alle partijen creëert draagvlak. 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.

VGN

De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) is verantwoordelijk voor de ontwikkeling en implementatie van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg en de bijbehorende data-infrastructuur, en leidt het project.

SAMENWERKINGSAFSPRAKEN

Bij de start van het nieuwe Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg hebben de Stuurgroep-partijen samenwerkingsafspraken opgesteld (zie Bijlage 1). De Stuurgroep-partijen willen een aantal punten daarvan benadrukken.

- Het Kwaliteitskader is dé manier waarop de zorgaanbieders zich willen verantwoorden. Partijen houden elkaar daaraan.

- Het Kwaliteitskader is primair een *verbeter*instrument: de gegevens geven aan waar verbeteracties nodig zijn. Externe partijen dienen de verzamelde gegevens te gebruiken vanuit het principe 'pas toe en leg uit'. De Stuurgroep let op het juiste gebruik van de gegevens.
- De partijen brengen en halen: (beroeps)organisaties leggen de verbinding met de praktijk van hun eigen achterban.
- Per onderdeel worden afspraken gemaakt over welke partijen betrokken zijn bij de (door)ontwikkeling daarvan.
- De partijen stellen met elkaar de kaders vast.
- Er zijn enige jaren nodig het Kwaliteitskader door te ontwikkelen tot een stevig instrument. Die tijd nemen partijen met elkaar.
- De diverse onderdelen worden in de toekomst verder inhoudelijk ontwikkeld met de partijen die het meeste belang bij of invloed hebben op dat onderdeel.

3 ONTWIKKELINGEN

Het Kwaliteitskader heeft te maken met een aantal (toekomstige) externe, maatschappelijke beleidsontwikkelingen.

TRANSITIES

Voor de gezondheidszorg staan er grote veranderingen op stapel, die gevolgen hebben voor de gehandicaptenzorg. Er vinden drie grote transitieplaatsen plaats, waarbij verantwoordelijkheden worden gedecentraliseerd naar de gemeenten: de overheveling van de extramurale begeleiding van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Wet op de jeugdzorg en de Participatiewet. Bij de 'romp-AWBZ' die overblijft, spelen transparantie en kwaliteit een belangrijke rol.

JAARVERANTWOORDING GEHANDICAPTENZORG

De gehandicaptenzorgaanbieders leggen via de Jaarverantwoording Gehandicaptenzorg jaarlijks verplichte verantwoording af aan het ministerie van VWS. Door het uitvoeren van het Kwaliteitskader worden kwalitatieve en kwantitatieve gegevens gegeneerd voor de Jaarverantwoording (Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording).

VWS heeft de 'Notitie inhoudelijke kaderstelling voor het transparantieprogramma' uitgebracht. Het doel is helderheid te scheppen over wat de overheid toereikende kwaliteitsinformatie vindt. Voor de partijen is het zo duidelijk waarop ze zich moeten richten en waarop ze worden aangesproken.

Het gaat om de volgende uitgangspunten.

- De overheid is eindverantwoordelijk voor de transparantie. Voldoende informatie over de kwaliteit van de zorg is essentieel. Zorgaanbieders kunnen de kwaliteit van de zorg verbeteren, de IGZ kan haar toezichtstaken uitoefenen en zorgverzekeraars kunnen hun zorginkoop goed uitvoeren. Zorggebruikers dienen voldoende informatie te hebben om een goede keus te maken.
- Op welke wijze kwaliteitsinformatie wordt verkregen, vertrouwt de overheid aan de veldpartijen toe. Als die daartoe niet in staat zijn, zal de overheid voorschrijven hoe de gewenste transparantie wordt verkregen.
- Er zijn veel partijen die informatie over de kwaliteit van de zorg nodig hebben en elke partij heeft een andere behoefte. Door de informatievraag te coördineren en af te stemmen, door zoveel mogelijk dezelfde kwaliteitsgegevens te gebruiken, worden de administratieve lasten beperkt.

ZORGINSTITUUT NEDERLAND (KWALITEITSINSTITUUT)

Momenteel zijn taken en verantwoordelijkheden op het gebied van kwaliteit nog versnipperd over verschillende instanties.

In 2013 verwordt het huidige College voor zorgverzekeringen (CVZ) tot Zorginstituut Nederland. Onderdeel daarvan wordt het Kwaliteitsinstituut. De kennis en ervaring van organisaties die zich nu al bezighouden met het verbeteren van de kwaliteit van de zorg – waaronder Zichtbare Zorg, KiesBeter, en de Regieraad Kwaliteit van Zorg – worden hierin gebundeld². Op deze wijze is er één organisatie die verantwoordelijk is voor het stimuleren van de permanente verbetering van de zorgkwaliteit. De verantwoording van de totstandkoming van een set kwaliteitsgegevens wordt hiervan een verplicht onderdeel. De transparantie van de zorgkwaliteit wordt breder ingebed in de professionele standaard. Het werkt bovendien efficiënter, en kosten en bureaucratie kunnen verminderen.

² Met de komst van het Kwaliteitsinstituut verandert de rol van VWS en zal dan geen deel meer uitmaken van de Stuurgroep.

Het Zorginstituut Nederland stelt het cliëntperspectief centraal: de voorkeuren van cliënten zijn leidend bij de ontwikkeling van de professionele standaard. Het cliëntperspectief wordt verankerd in een meerjarenagenda, een toetsingskader en professionele standaarden. Via een ondersteuningsfunctie kunnen cliënten hun ervaringsdeskundigheid inbrengen.

TOEZICHTKADER BESTUURLIJKE VERANTWOORDELIJKHEID VOOR KWALITEIT EN VEILIGHEID

De IGZ presenteerde eind april 2011 haar toezichtkader Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid. De Governancecode 2010 en de Staat van de Gezondheidszorg (SGZ) liggen hieraan ten grondslag. De kernboodschap van de SGZ 2009 is 'dat binnen zorginstellingen een cultuur en verantwoordelijkheidsstructuur noodzakelijk zijn waarbinnen continu leren en verbeteren van kwaliteit en veiligheid vanzelfsprekend zijn en veilig kunnen plaatsvinden'.

Veiligheid (in de breedste zin van het woord) is een belangrijk uitgangspunt voor de IGZ. Het onderwerp komt uitgebreid aan de orde bij de ontwikkeling van de pijlers binnen het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. In het dataprotocol is geregeld dat de IGZ voor de uitoefening van haar taken onbeperkt toegang heeft tot informatie waarmee ze de kwaliteit en veiligheid van de zorg kan vaststellen.

VISIE OP KWALITEIT, DE ZORGVERZEKERAARS

De gezamenlijke visie van zorgverzekeraars (Zorgverzekeraars Nederland, juli 2011) op kwaliteit luidt: 'Verzekerden hebben toegang tot goede, veilige en doelmatige zorg op basis van bewezen effectieve behandelmethoden. In het inkoopbeleid van zorgverzekeraars worden zorgaanbieders aangesproken en gestimuleerd in hun intrinsieke motivatie om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Dat inkoopbeleid is mede gebaseerd op inzichten in de kwaliteit en kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders en leidt tot een kwaliteitsverbetering voor de hele zorgsector. Zorgverzekeraars hebben het vertrouwen van verzekerden en verstrekken hen inzichtelijke informatie over kwaliteitsverschillen bij zorgaanbieders'.

Zorgverzekeraars stellen vooraf vast op welke onderwerpen zij werken met eenduidig kwaliteitsbeleid. Zorgverzekeraars willen heldere en eenduidige afspraken maken over de gewenste kwaliteit van de zorg. Dat kan alleen als de zorgverzekeraars inzicht hebben in de toegevoegde waarde van de geleverde zorgproducten.

Het doel is dat zorgverzekeraars toegang hebben tot informatie op basis waarvan ze bij de zorginkoop kunnen sturen op kwaliteit en doelmatigheid. Deze informatie kunnen zij ook gebruiken om het publiek te informeren en verzekerden te adviseren. Wat kwaliteit van zorg is, dient duidelijk te worden gedefinieerd. De kwaliteitsinformatie moet betrouwbaar zijn en voor zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders en zorggebruiker duidelijk zijn. Op afgesproken aandoeeningen werken zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en zorgaanbieders samen om de kwaliteit te verbeteren. Innovatieve ontwikkelingen worden op basis van kwaliteitsgegevens snel op hun waarde beoordeeld.

KWALITEIT IN LANGDURENDE ZORG EN ONDERSTEUNING, DE CLIËNTEN-ORGANISATIES

De CG-Raad, de Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO) en het Platform Verstandelijk Gehandicaptten (Platform VG) hebben in 2012 de notitie 'Kwaliteit in langdurende zorg en ondersteuning' gepresenteerd. Hierin geven zij hun gezamenlijke visie op kwaliteit in de langdurende zorg en ondersteuning en de wijze waarop het thema zijn plek kan krijgen in het Kwaliteitsinstituut.

De volgende aspecten zijn van daarbij van belang.

- Het gaat om kwaliteit van *leven* in plaats van kwaliteit van *zorg*. Bij kwaliteit van leven wordt uitgegaan van eigen regie, het invloed hebben op het eigen leven.
- Kwaliteit van leven gaat over de hele mens; het betreft – zeker in de care - *alle* levensdomeinen.
- Wat is kwaliteit van leven voor deze persoon? De directe ondersteuning in zijn leven staat centraal.
- Kwaliteit komt in dit primaire proces tot stand in de dialoog tussen de zorgverlener en de cliënt (met zijn familie/netwerk of mantelzorger).
- Kwaliteit wordt altijd op het niveau van de cliënt benoemd, beschreven en ingevuld. Het gaat daarbij altijd om de cliënt in relatie tot zijn of haar sociale omgeving.
- Het zorg- en ondersteuningsplan van de cliënt, over alle domeinen, is een krachtig instrument voor het samen bepalen, formuleren en helpen realiseren van kwaliteit in de care.
- In kwaliteitstrajecten gaat verbeteren in het primaire proces vóór verantwoorden.

4 VISIE OP KWALITEIT VAN ZORG EN ONDERSTEUNING

Het Kwaliteitskader is ontwikkeld vanuit het Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg (2007), dat door het gezamenlijke veld is geformuleerd en gepubliceerd. De begrippen *eigen regie* en *kwaliiteit van bestaan* van cliënten vormen de basis van deze visie. Dit is uitgewerkt in acht domeinen die volgens Schalock en Verdugo (Bijlage 3) die relevant zijn voor iemands kwaliteit van bestaan: lichamenlijk welbevinden, psychisch welbevinden, interpersoonlijke relaties, deelname aan de samenleving, persoonlijke ontwikkeling, materieel welzijn, zelfbepaling, en belangen. Daarnaast worden er vier randvoorwaarden voor het bieden van verantwoorde zorg en ondersteuning onderscheiden: zorgafspraken en ondersteuningsplan, cliëntveiligheid (fysiek, sociaal en emotioneel), kwaliteit van medewerkers en organisatie, en samenhang in zorg en ondersteuning.

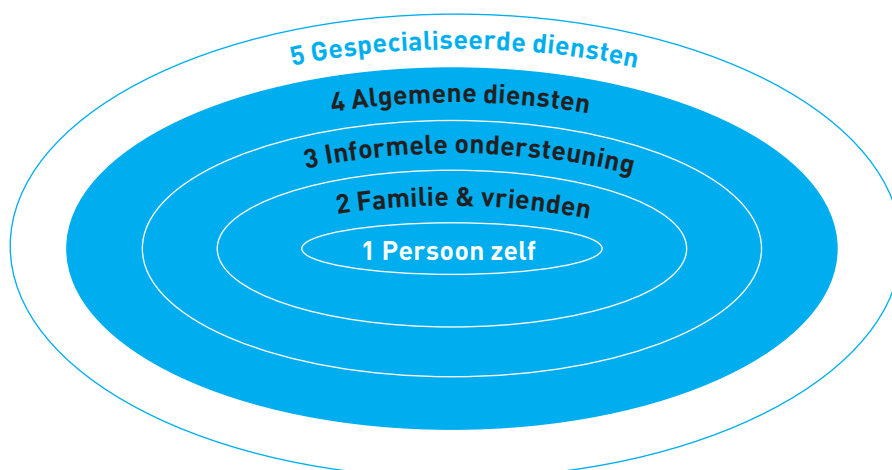
Bij de start van het nieuwe Kwaliteitskader is het visiedocument uit 2007 als uitgangspunt genomen.

VISIE OP DE CLIËNTEN

Mensen met een beperking zijn burgers als ieder ander. Zij verdienen dezelfde kansen op een kwalitatief goed bestaan als mensen zonder beperking. Mensen zonder en met een beperking vinden dezelfde zaken belangrijk: gewaardeerd worden om wie je bent, zeggenschap hebben over je leven, verbonden zijn met andere mensen, vrienden hebben, deel hebben aan wat er in je omgeving gebeurt, van betekenis zijn voor anderen, bijdragen aan de samenleving. Deel uitmaken van de samenleving moet vanzelfsprekend zijn in het denken en handelen.

Ook mensen met een beperking willen een leven leiden dat past bij hun mogelijkheden, wensen en ambities. Daarbij hebben zij veelal in mindere of meerdere mate zorg en ondersteuning nodig. Mensen moeten een beroep kunnen doen op verschillende ondersteuningsbronnen (zie model volgende pagina). De directe sociale omgeving vormt veelal de belangrijkste bron van zorg en ondersteuning. Daar waar de zorg- en ondersteuningsbehoeften de mogelijkheden van het individu en van zijn of haar directe sociale omgeving te boven gaan, komt professionele zorg en ondersteuning in beeld (Buntinx, NTZ 2002).

Model ondersteuningsbronnen



 **Natuurlijke hulpbronnen**

 **Speciale hulpbronnen**

VISIE OP ONDERSTEUNING

De gehandicaptenzorg is er voor mensen met een verstandelijke, lichamelijke, zintuiglijke en meervoudige beperking. De ondersteuningsbehoefte van deze mensen kan minimaal zijn en zich richten op een specifiek aspect van het leven, maar kan ook omvangrijk zijn en zich richten op meerdere aspecten van het leven. De beperkingen zijn veelal levenslang en brengen in elke levensfase andere vragen met zich mee.

De gehandicaptenzorg wil een bijdrage leveren aan de kwaliteit van bestaan van de cliënt, aanvullend op de eigen mogelijkheden en de mogelijkheden van de naasten van de betrokkene. Doel is mensen met een beperking te ondersteunen in het zo goed en zo zelfstandig vormgeven van hun leven. De individuele ondersteuningsbehoefte (en de beoogde kwaliteit van bestaan) bepaalt de aard, omvang en intensiteit van de zorg en ondersteuning en de aspecten van het leven waarop deze zich richt. In dialoog met de cliënt en eventuele naasten wordt binnen de grenzen van de AWBZ een aanbod op maat gecreëerd, afgestemd op die individuele vraag.

De zorg en ondersteuning strekt zich uit van incidentele (extramurale) ondersteuning van zelfstandig wonende mensen met een beperking en gezinnen met een thuiswonend kind met een beperking, tot 24-uurs verblijfszorg met volledige dagbesteding voor mensen met een veelal complexe intensieve zorgbehoefte en beperkte zelfredzaamheid. Naast de variatie in zorg en ondersteuning bestaat ook grote variatie in de terreinen waarop zorg en ondersteuning geboden wordt. Afhankelijk van de wensen en mogelijkheden van de cliënten, de aard en omvang van de zorg- en ondersteuningsbehoefte en de levensfase maken mensen met een beperking gebruik van diensten uit aan de gehandicaptenzorg grenzende sectoren, bijvoorbeeld (speciaal) onderwijs en arbeidsvoorzieningen.

REIKWIJDTE VAN DE VISIE

Hoewel de visie de gehele gehandicaptenzorg raakt, heeft het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg betrekking op de AWBZ-gefinancierde gehandicaptenzorg. Andere sectoren

(onderwijs, werk, recreatie, wonen, hulpmiddelen en dergelijke) zijn zeker ook van belang voor cliënten, maar vallen in beginsel buiten de reikwijdte van dit kwaliteitskader.

VISIE OP KWALITEIT

De kwaliteit van de gehandicaptenzorg wordt primair afgemeten aan de mate waarin deze bijdraagt aan de kwaliteit van bestaan van de cliënt. Daarbij wordt gekeken naar de acht domeinen van Schalock en Verdugo, en naar de randvoorwaarden voor de zorg en ondersteuning (zie Bijlage 3). De individuele situatie van de cliënt en de bestaande randvoorwaarden bepalen welke domeinen en/of randvoorwaarden bij hem of haar specifiek van belang zijn. Dit wordt in het ondersteuningsplan van de cliënt vastgelegd.

De mate waarin de gemaakte zorgafspraken gehaald worden, bepaalt de kwaliteit van de zorg en ondersteuning.

5

UITGANGSPUNTEN NIEUWE WERKWIJZE KWALITEITSKADER

Partijen hebben gezamenlijk de uitgangspunten voor de ontwikkeling van de nieuwe werkwijze van het Kwaliteitskader geformuleerd.

ZORG- EN ONDERSTEUNINGSPLAN ALS VERTREKPUNT

Het vertrekpunt voor de nieuwe werkwijze van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg is het zorg- en ondersteuningsplan van iedere individuele cliënt. Kerngegevens kwaliteit op cliëntniveau worden daaruit gedestilleerd. Het verzamelen van cliëntervaringsgegevens is gekoppeld aan de jaarlijkse evaluatie van het individuele zorg- en ondersteuningsplan. Daardoor is de verbetercyclus voor de zorgprofessional een natuurlijk onderdeel van het werk.

EENVOUD

De nieuwe werkwijze Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg wordt zodanig vormgegeven dat zoveel mogelijk eenvoud in afname en verwerking wordt bewerkstelligd. Daarmee wordt de administratieve lastendruk zo minimaal mogelijk gehouden.

VERANTWOORDEN IN HET VERLENGDE VAN VERBETEREN

In het Kwaliteitskader wordt verantwoord en geplaatst in het verlengde van verbeteren: het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg is ten eerste een leerinstrument. Door het Kwaliteitskader te gebruiken laten organisaties zien wat er goed en niet goed gaat, en wat ze doen om dat te verbeteren.

De verbeterinformatie kan geaggregeerd worden tot verantwoordingsinformatie. Bevindingen over de huidige situatie kunnen op verschillende niveaus (micro, meso, macro) input vormen voor een verbeteractie. Verbeterinformatie fungeert als leerinstrument voor de professional en de 'lerende' organisatie door te werken volgens de plan-do-check-act-cyclus.

Om te kunnen leren is een veilige omgeving nodig die ook door de buitenwereld gerespecteerd wordt. Alleen dán kan er een leerklimaat ontstaan waarin men elkaar laat meekijken en waarin van fouten geleerd kan worden, zonder dat men daarop meteen afgerekend wordt. Vertrouwen en openheid vormen hierbij kernwaarden.

Externe partijen stellen jaarlijks de spelregels op waarmee ze de informatie gebruiken voor het uitoefenen van hun taak. Het is belangrijk dat er sprake is van consistentie tussen de manier waarop de professional met de cliënt omgaat en de manier waarop er met de professional wordt omgegaan.

6

HET NIEUWE KWALITEITSKADER GEHANDICAPTENZORG

Werkwijze, de pijlers 1, 2 en 3 en hun samenhang

Partijen hebben het nieuwe Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg ontwikkeld om tot een zinvolle en bij de sector passende wijze van gegevensverzameling te komen. Dit moet organisaties leer- en verbeterinformatie opleveren, zicht geven op de kwaliteit van zorg en ondersteuning in de sector en op de ervaring van cliënten hiermee.

ANDERE MANIER VAN METEN

Bij de nieuwe uitgangspunten past ook een nieuwe manier van 'meten'; verbeter- en verantwoordingsinformatie wordt gebruikt volgens het principe *pas toe en leg uit*. Dit betekent dat een organisatie een score moet kunnen verklaren en dat in dialoog met betrokken partijen wordt bekeken of en welke verbeteracties wenselijk, mogelijk en relevant zijn. Het gaat om het verhaal achter de 'score' en niet (alleen) om de score op zichzelf. Deze manier past beter bij het 'meten' en verbeteren van de kwaliteit van de geleverde zorg en ondersteuning in de gehandicaptenzorg dan het alleen uitdrukken van de resultaten in cijfers. Het doel van het landelijke Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg is immers om kwaliteitsverbetering te realiseren en, in het verlengde hiervan, kwaliteitsverantwoording. Hierbij wordt gewerkt vanuit vertrouwen: *high trust, high penalty*. Dat betekent dat organisaties een hoge mate van vertrouwen krijgen, maar ook dat stevig wordt ingegrepen als het mis gaat.

DRIE PIJLERS

Drie pijlers vormen het fundament van deze nieuwe wijze van vaststellen van kwaliteit:

- 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.

PIJLER 1 – KERNGEGEVENS KWALITEIT OP ORGANISATIENIVEAU

Binnen pijler 1 worden kwaliteitsgegevens op organisatieniveau verzameld, ongeacht doelgroep of zorgvorm. Dit levert kwaliteitsinformatie op voor verbetering en verantwoording. Deze pijler richt zich voornamelijk op kwaliteitsinformatie van de meer zorgvoorwaarde-lijke thema's uit het Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg: informatie over zorgafspraken en ondersteuningsplan, kwaliteit van medewerkers

en organisatie, cliëntveiligheid en belangen. Hierbij wordt veelal de plan-do-check-act-cyclus als leidraad gebruikt.

Pijler 1 wordt gemeten met een vragenlijst die eenvoudig is in te vullen en te interpreteren door de zorgprofessional. Er wordt één keer per jaar gemeten, aan het begin van elk kalenderjaar.

De scores worden getypeerd als:

- 'ja': op schrift, bekend, uitgevoerd, en regelmatig bijgesteld/geëvalueerd;
- 'in ontwikkeling':
 - op schrift, bekend, maar (met reden) niet uitgevoerd, OF
 - op schrift, bekend, uitgevoerd, maar (met reden) niet regelmatig bijgesteld/geëvalueerd;
- 'nee' (niet op schrift of onvoldoende bekend).

Op deze manier wordt over de jaren heen in één oogopslag inzichtelijk of zaken waarop aanvankelijk slecht gescoord is (nee), al dan niet zijn verbeterd (in ontwikkeling, ja).

Externe partijen aan wie verantwoording wordt afgelegd, zoals de IGZ en de zorgverzekeraars, gebruiken de scores als informatiebron over kwaliteit en veiligheid van de geboden zorg volgens het principe *pas toe en leg uit*.

PIJLER 2 – KERNGEGEVENS KWALITEIT OP CLIËNTNIVEAU EN CLIËNTERVARINGS- GEGEVENS

Binnen de tweede pijler worden kwaliteitsgegevens op cliëntniveau verzameld. Op cliëntniveau levert dit verbeterinformatie op. Op geaggregeerd niveau verbeter- en verantwoordingsinformatie.

Pijler 2 bestaat uit twee onderdelen: in pijler 2A gaat het om kerngegevens kwaliteit op cliëntniveau, in pijler 2B om cliëntervaringsgegevens.

Pijler 2A

Net als pijler 1 richt ook pijler 2A zich voornamelijk op kwaliteitsinformatie van de meer zorgvoorwaardelijke thema's uit het Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Voor alle cliënten wordt kwaliteitsinformatie verzameld op de thema's cliëntveiligheid en zorgafspraken en ondersteuningsplan, gekoppeld aan de jaarlijkse bespreking van het zorg- en ondersteuningsplan.

Binnen deze pijler is er onderscheid tussen drie vaste thema's voor jaarlijkse uitvraag en een thema dat de Stuurgroep jaarlijks vaststelt. De drie vaste thema's zijn: veiligheid, vrijheidsbeperking en medicatieveiligheid. De Stuurgroep kiest uit de thema's lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid en gedrag.

Voor het genereren van verantwoordings- en vergelijkingsinformatie wordt daarnaast onderzocht of het mogelijk is om aan pijler 2A één tot maximaal vijf 'cliëntervaringsvragen' te koppelen. De VGN voert dit onderzoek uit samen met ZN en cliëntenorganisaties.

Pijler 2B

In pijler 2B staat het meten van *cliëntervaringen* centraal. Dit is gekoppeld aan de zorg- en ondersteuningsplancyclus. Instellingen kiezen uit een waaier van cliëntervaringsinstrumenten om cliëntervaring te meten voor verbeterinformatie.

Pijler 2B richt zich met name op de domeinen van kwaliteit van bestaan uit het Visiedocument.

PIJLER 3 – GEGEVENS OVER DE RELATIE CLIËNT-PROFESSIONAL

Bij Pijler 3 gaat het om de relatie tussen cliënt en professional. Daarin komt de essentie van kwaliteit van zorg en ondersteuning tot uiting. De hieruit verzamelde kwalitatieve en intersubjectieve gegevens bieden zowel de instelling als de professional *verbeterinformatie*.

Als essentiële elementen in de relatie cliënt-professional worden genoemd: vertrouwen, waardering, consistentie, nakomen gemaakte afspraken, ontwikkeling/ontplooiing, respecteren, kennen, elkaar helpen, ruimte voor initiatief, eigen regie/zeggenschap cliënt, verbinding, er zijn voor de ander.

Bij pijler 3 staat de volgende vraag centraal.

Op welke manier werkt een organisatie systematisch aan het reflecteren op en optimaliseren van de relatie tussen cliënt en professional zodanig dat:

1. een positieve bijdrage wordt geleverd aan de doelstellingen van cliënt, professional en organisatie, en
2. systematisch aandacht is voor de essentiële elementen van de relatie tussen cliënt en professional (kwaliteit van bestaan en eigen regie).

Het gaat in pijler 3 om verdieping en een verbeterslag ten opzichte van de andere pijlers. Het betreft een interne verplichting, waarbij vooral variatie mogelijk moet zijn: 'Laat 1000 bloemen bloeien'. Er zijn (nog) geen vastgestelde instrumenten beschikbaar gesteld.

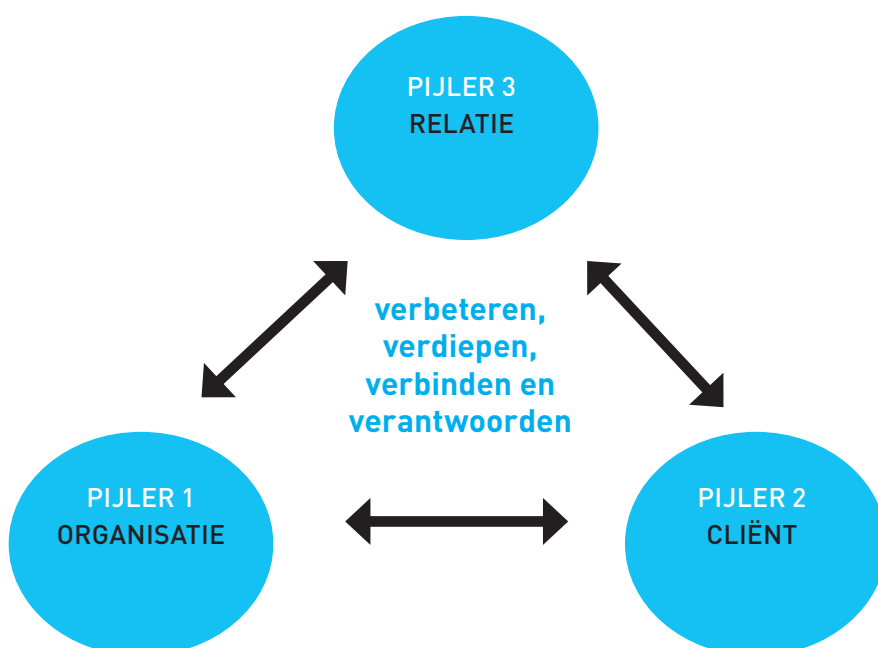
Meetinstrumenten nieuwe Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg

Pijlers	Thema's Visiedocument	Instrument	Informatie	Frequentie
Pijler 1	<ul style="list-style-type: none">• Zorgafspraken en ondersteuningsplan• Cliëntveiligheid• Belangen• Kwaliteit van medewerkers en organisatie	Vragenlijst op organisatie-niveau, voor alle instellingen gelijk	Verbeteren, verantwoorden	Jaarlijks
Pijler 2A	<ul style="list-style-type: none">• Zorgafspraken en ondersteuningsplan• Cliëntveiligheid	Vragenlijst op cliënt-niveau, voor alle cliënten gelijk	Op cliëntniveau: verbeteren; op geaggregeerd niveau: verantwoorden	Jaarlijks
Pijler 2B	<ul style="list-style-type: none">• Kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg en ondersteuning	Waaier van instrumenten (verbetering) met daaraan mogelijk gekoppeld één ultieme vraag met maximaal vijf subvragen (verantwoording), uit te vragen bij pijler 2A	Verbeteren	Minimaal eens per drie jaar Jaarlijks
Pijler 3	<ul style="list-style-type: none">• Kwaliteit van bestaan	Waaier van instrumenten	Verbeteren	Niet vastgesteld

SAMENHANG TUSSEN PIJLERS

De drie pijlers hebben een relatie met elkaar. Er kan een zekere afhankelijkheid zijn tussen scores op pijler 1 en pijler 2, maar ook tussen scores op pijler 2 en uitkomsten van pijler 3. Sommige instrumenten meten zowel elementen van cliëntervaring (pijler 2B) als van de interactie tussen cliënt en professional (pijler 3). Het is aan de organisatie de keuze te maken tussen één geïntegreerd instrument of twee afzonderlijke instrumenten. De scores op pijler 1, 2 en 3 moeten leiden tot het inzetten van verbeter- en verdiepingsacties (pdca-cyclus). Deze verbeter- en verdiepingsacties ondersteunen bij het op gang brengen van de verbetercyclus binnen de organisatie. Voorbeelden van instrumenten zijn: intercollegiale toetsing, visitatie, instrumenten uit de Zorg-voor-betertrajecten en uit het Verbeterprogramma Gehandicaptenzorg. In het volgende figuur staat aangegeven hoe de samenhang eruit zou kunnen zien.

Samenhang tussen pijlers



LEIDENDE PRINCIPES

De leidende principes van het Kwaliteitskader zijn te vatten in vier v's: verbeteren, verdiepen, verbinden, verantwoorden.

Het invullen van de vragenlijsten geeft een organisatie inzicht in aspecten waarop zij kan *verbeteren*, zowel op organisatieniveau (pijler 1) als op cliëntniveau (pijler 2) en alle tussenliggende aggregatieniveaus.

De scores uit pijler 1 en pijler 2A, maar ook de uitkomsten uit pijler 2B, fungeren als een signaalfunctie voor een organisatie op basis waarvan zij nader onderzoek (*verdiepen*) kan uitvoeren. Daarvoor kunnen zij verschillende instrumenten uit pijler 3 inzetten.

Op basis van de analyse kunnen verschillende oorzaken met elkaar in verbinding worden gebracht, wat leidt tot een plan van aanpak om de kwaliteit van zorg- en dienstverlening te *verbeteren*. Dit is een continu proces.

De gegevens uit het Kwaliteitskader zijn tot slot ook geschikt om naar externe partijen *verantwoording* af te leggen.

7 WERKWIJZE DOORONTWIKKELING PIJLERS

Per 1 januari 2012 is de gehandicaptenzorg begonnen met de nieuwe werkwijze: de kwaliteitsgegevens op organisatieniveau (pijler 1) zijn verzameld, de kwaliteitsgegevens op cliëntniveau (pijler 2A) worden gedurende dat jaar verzameld. Met de vormgeving van pijler 2B en 3 is in 2012 gestart. In de loop van 2013 kan pijler 2B worden ingezet en pijler 3 zal daarna volgen. Dit is een eerste stap, de (door)ontwikkeling van het Kwaliteitskader is een continu proces.

Na dit eerste jaar verbeteren de vragenlijsten door deze jaarlijks te evalueren.

De instrumenten worden ook in een jaarlijks proces doorontwikkeld in samenspraak met alle partijen.

De werkwijze is voor elke pijler verschillend.

WERKWIJZE PIJLER 1 EN PIJLER 2A

De werkwijze voor het bijstellen van pijler 1 en 2A lijkt op elkaar.

De Stuurgroep bepaalt de thema's waar de uitvraag van pijler 1 en pijler 2A zich op richt. Vervolgens gaat de VGN met partijen aan de slag (zie figuur) om tot een vragenlijst te komen. Hierbij betrekken ze de input uit het veld. Naast de vragenlijst wordt ook de scoresystematiek opgesteld. De vragenlijsten en scoresystematiek worden vastgesteld door de Stuurgroep.

Jaarlijks, medio juli, vindt evaluatie van de vragenlijsten plaats. Op basis van verzamelde informatie door de helpdesk van de VGN en de Trusted Third Party (TTP), die de vragenlijsten ontwikkelt en de gegevens verwerkt, wordt een eerste aanzet voor een nieuwe vragenlijst opgesteld. Als blijkt dat een vraag sectorbreed twee jaar achter elkaar positief scoort, vervalt de vraag. Een nieuwe versie van pijler 1 en pijler 2A wordt voorgelegd aan de Stuurgroep.

De vastgestelde versie van de vragenlijst van pijler 1 en pijler 2A wordt voorgelegd aan de TTP. De vragenlijsten worden verwerkt tot webenquêtes, getest en goedgekeurd door de VGN. TTP zorgt ervoor dat de webenquêtes beschikbaar zijn voor alle gehandicaptenzorgorganisaties op 1 januari van het volgende jaar.

WERKWIJZE PIJLER 2B

De Stuurgroep nodigt organisaties (aanbieders en ontwikkelaars) uit om de door hen ontwikkelde/gehanteerde cliëntervaringsinstrumenten voor te leggen aan een onafhankelijke commissie. Beoordeling vindt één keer per jaar plaats. Volgens een vast format,

dat wordt gepubliceerd op de website van de VGN, kunnen organisaties het instrument aanmelden. De meetinstrumenten worden getoetst op onderstaande criteria:

- het instrument meet ervaringen van individuele cliënten over de kwaliteit van de zorg en dienstverlening van de organisatie (gericht op domeinen van kwaliteit van bestaan);
- het instrument genereert verbeterinformatie op individueel cliëntniveau. Deze verbeterinformatie kan worden geaggregeerd naar de organisatorische eenheid en/of naar de organisatie als geheel;
- er wordt systematisch gewerkt aan validiteit, verbetering en onderbouwing van het instrument (als dat nog niet het geval is, krijgt men twee meetcycli de tijd om dit op orde te krijgen).

De Adviescommissie Kwaliteit en Onderzoek (AKO) van de VGN stelt op basis van de vastgestelde criteria een preadvies op. De AKO wordt ondersteund door het bureau van de VGN (secretaris).

Het preadvies van de AKO wordt vervolgens voorgelegd aan de zogenoemde 'commissie van deskundigen'. In deze commissie, die door de VGN wordt benoemd, is deskundigheid op het gebied van onderzoeksmethodologie, deskundigheid op het gebied van kwaliteit en kennis van de sector gewaarborgd. De commissie wordt ondersteund door het bureau van de VGN (secretaris). De commissie brengt advies uit aan het bestuur van de VGN. Deze neemt het advies van de commissie van deskundigen in principe over en kan alleen om zwaarwegende redenen afwijken van dit advies.

Binnen de commissie wordt een werkwijze vastgesteld die in lijn is met hiervoor genoemde uitgangspunten en die past bij het uitvoeren van goed onderzoek. De commissie werkt een format uit om een transparante toetsing en duidelijke aanwijzingen ter verbetering en beoordeling van het betreffende instrument mogelijk te maken.

De bedoeling van deze constructie is dat instrumenten en methodieken een ruime kans krijgen, maar dat er tegelijkertijd een advies wordt uitgebracht over de wijze waarop de kwaliteit van het instrument verbeterd kan worden.

WERKWIJZE PIJLER 3

Voor pijler 3 wordt een werkwijze gemaakt die recht doet aan de eigenheid van de gehandicaptenzorg en de relatie tussen cliënt en professional centraal stelt. Kernwoorden zijn: eenvoud, dagelijkse activiteit, procesverantwoording, interne verplichting (eigen verantwoordelijkheid van de instelling), en kwaliteits*verbetering*.

De VGN stelt aan zorgaanbieders good practices ter beschikking.

ONTWIKKELAGENDA

Naast de doorontwikkeling van de pijlers wil de Stuurgroep de komende jaren aandacht besteden aan de volgende punten.

1 Acceptatie zienswijze en werkwijze bij externe partijen

Leden van de Stuurgroep dragen bij aan het verspreiden van het Kwaliteitskader als landelijk geaccepteerd instrument om de kwaliteit van zorg en dienstverlening in de gehandicaptenzorg te onderzoeken. Zij komen (proactief) met ideeën en suggesties om dit te bewerkstelligen.

2 Evaluatie metingen

De Stuurgroep bewaakt dat de inhoudelijke thema's aansluiten bij de actualiteit en realiteit en dat de manier van uitvragen en terugrapportage van gegevens zinvol is.

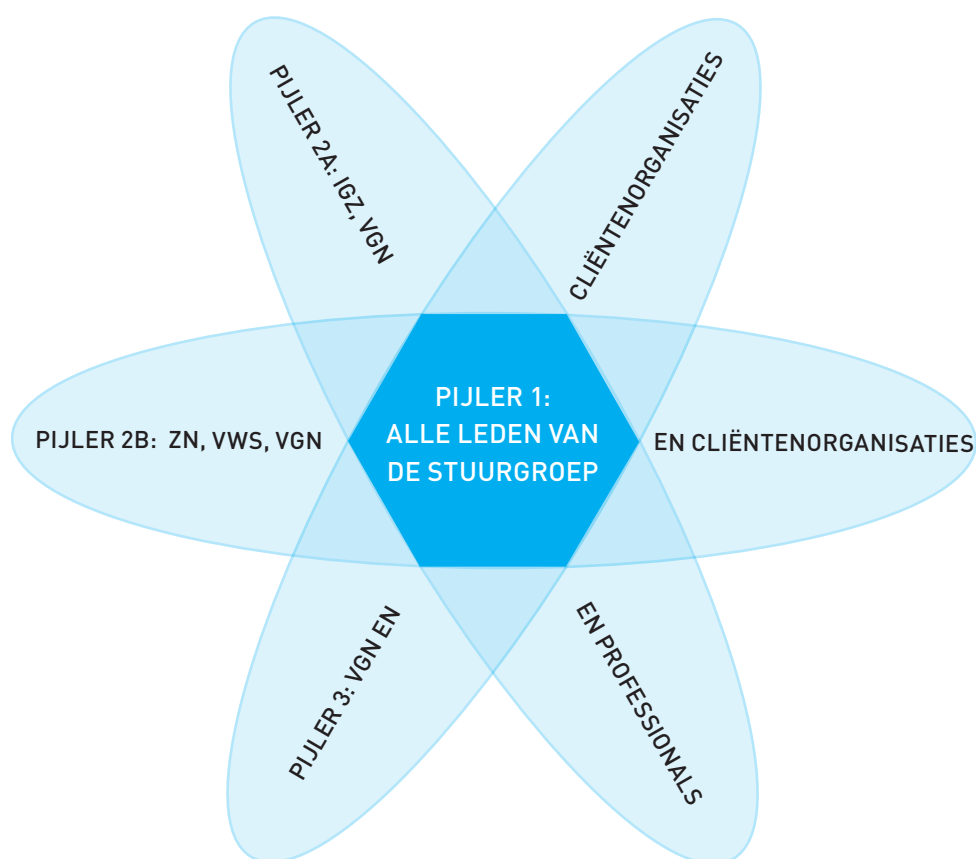
3 Jaarlijkse evaluatie Stuurgroep

Jaarlijks evalueert de Stuurgroep haar eigen rol en werkwijze en controleert of de gemaakte afspraken nog kloppen.

4 Inhoudelijke visie herijken en Kwaliteitskader bijstellen

Het denken over zorg aan mensen met een beperking is continu in beweging. De visie op de gehandicaptenzorg moet mee ontwikkelen. Ook maatschappelijke of wettelijke ontwikkelingen kunnen van invloed zijn op (de maatschappelijke relevantie van) het Kwaliteitskader. Dat geldt bijvoorbeeld voor de rol die het Nederlands Zorginstituut op het gebied van kwaliteit krijgt. Alle Stuurgroeppartijen moeten daarom relevante ontwikkelingen signaleren en bedenken of die het noodzakelijk maken (de uitgangspunten van) het Kwaliteitskader bij te stellen. De Stuurgroep kan zich hierbij laten voeden door externe deskundigen.

Model betrokkenheid partijen bij doorontwikkeling pijlers



8 DE GEGEVENS

Binnen het Kwaliteitskader zijn heldere afspraken gemaakt over het beheer en doorleveren van de gegevens die worden verzameld. Dit is vastgelegd in het dataprotocol. Jaarlijks bepaalt de Stuurgroep welke gegevens openbaar zijn en welke niet.

Het eigenaarschap van de ruwe data (op cliëntniveau) ligt te allen tijde bij de zorgaanbieders. Deze gegevens zijn niet openbaar, tenzij de zorgaanbieder zelf beslist deze openbaar te maken.

De IGZ heeft een speciale bevoegdheid om gegevens bij de TTP op te vragen. Zij heeft toegang tot de ruwe data van pijler 2A en voert daarop zelf analyses uit die niet herleidbaar zijn tot individuele cliënten. Deze afspraak is vastgelegd in het dataprotocol.

Het doorleveren van gegevens aan kiesBeter en zorgverzekeraars is op organisatie-niveau geregeld in het dataprotocol.

AGGREGATIENIVEAU

Een digitale rapportagemodule maakt het mogelijk voor een organisatie om de gegevens op verschillende niveaus te analyseren en presenteren. Binnen elk aggregatieniveau kan vervolgens geselecteerd en geanalyseerd worden op bijvoorbeeld ZZP of leeftijd.

Elke organisatie kan maximaal vijf aggregatieniveaus onderscheiden in de digitale rapportagemodule. De TTP richt de rapportagemodule op maat in voor de organisatie. Niveau 1 (cliënt) en niveau 5 (organisatie) zijn hetzelfde voor alle organisaties. Daartussen kan men aangeven welke niveaus het beste aansluiten bij de organisatie.

De gegevens worden in pijler 2 op cliëntniveau verzameld (laagste niveau) en geaggregeerd. Het hoogste niveau is het organisatieniveau, dit is het niveau op KvK-nummer. Gegevens worden op dit niveau geleverd aan CiBG voor het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.

In het schema op de volgende pagina wordt weergegeven welke gegevens worden doorgeleverd aan andere partijen.

De gegevens en doorleveren aan andere partijen (conform dataprotocol)

Pijler	Aggregatieniveau	Gegevens	Doorleveren door VGN (via TTP)	Andere partijen
Pijler 1	Organisatie	Openbaar	JMV (via CiBG) en ZN	Opvragen bij CiBG
Pijler 2A	Organisatie	Openbaar	JMV, ZN en kiesBeter (via CiBG)	Opvragen bij CiBG
	Overig	Niet openbaar	Niet doorgeleverd	Opvragen bij zorgaanbieder
Pijler 2B2 (NPS-vragen)	Organisatie	Openbaar	JMV, ZN en kiesBeter	Opvragen bij CiBG
	Overig	Niet openbaar	Niet doorgeleverd	Opvragen bij zorgaanbieder
Pijler 2B1	Alle niveaus	Niet openbaar	Niet centraal aangeleverd	Opvragen bij zorgaanbieder
Pijler 3	Alle niveaus	Niet openbaar	Niet centraal aangeleverd	Opvragen bij zorgaanbieder

DOORLEVEREN GEGEVENS

Voor *pijler 1* worden de gegevens jaarlijks verzameld in de eerste twee maanden van het jaar. Na analyse van deze gegevens accordeert de organisatie deze. De TTP levert de gegevens voor 1 mei door aan CiBG. Deze vraagt de gehandicaptenzorgorganisaties akkoord voor publicatie in Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.

Zorgprofessionals verzamelen jaarlijks de gegevens voor *pijler 2A* en (mogelijk de *ultieme cliëntervaringsvragen*) kort voor of tijdens het ondersteuningsplan/zorgplangesprek. Deze gegevens worden doorgeleverd via de webenquêtes aan het TTP; deze verwerkt de gegevens en levert deze door aan CiBG voor 1 mei. Organisaties hebben tussen 1 mei en 1 juni van het lopende jaar de tijd om hun gegevens te accorderen.

Met ingang van *verslagjaar 2011* maakt pijler 1 en pijler 2A onderdeel uit van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV). Met ingang van verslagjaar 2014 maakt 'de ultieme vraag' ook onderdeel uit van het JMV, mits uit het onderzoek blijkt dat dit een valide manier is om cliëntervaringen te meten.

In het maatschappelijk deel van het jaardocument kan de organisatie een schriftelijke toelichting op de verzamelde gegevens geven.

Op het moment dat de organisatie de gegevens geaccordeerd heeft, kan het CiBG deze gegevens ook doorleveren aan andere partijen zoals bijvoorbeeld Zichtbare Zorg, het Kwaliteitsinstituut, ZN en kiesBeter.

BESPREKEN EN INTERPRETEREN VAN DE GEGEVENS

De uitkomsten van pijler 1 en pijler 2A worden door organisaties zelf besproken en geïnterpreteerd. Om dit proces te vergemakkelijken is voor deze pijlers een handleiding beschikbaar. De helpdesk kan ondersteuning geven bij het interpreteren van de gegevens.

De VGN heeft een rol in het bespreken en interpreteren van de landelijke gegevens. Op basis van de gegevens kunnen de individuele organisaties en de VGN verbeteracties starten.

AFSPRAKEN VOOR BEHEER EN ONDERHOUD

Het beheer van de data is geregeld volgens het dataprotocol. De VGN evalueert jaarlijks haar samenwerking met de TTP. De inhoud van het dataprotocol wordt jaarlijks met de Stuurgroep geëvalueerd.

BIJLAGE 1 SAMENWERKINGSAFSPRAKEN STUURGROEP KWALITEITSKADER GEHANDICAPTENZORG 3 AUGUSTUS 2011

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Chronisch zieken en gehandicaptenraad (CG-Raad)• Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)• LSR landelijk steunpunt medezeggenschap• Nederlands Instituut van Psychoogen (NIP)• Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)• Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO) | <ul style="list-style-type: none">• Platform Verstandelijk Gehandicapten (Platform VG)• Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)• Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN);• Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)• Zorgverzekeraars Nederland (ZN) |
|--|--|

Hierna te noemen: partijen,

Overwegende dat:

- De Stuurgroep in beginsel is opgericht om kwaliteitsverbetering en, in het verlengde daarvan, kwaliteitsverantwoording binnen de sector gehandicaptenzorg te stimuleren.
- De beschikbaarheid van kwaliteitsinformatie een belangrijke basis vormt voor kwaliteitsverbetering en, in het verlengde daarvan, voor kwaliteitsverantwoording.
- Partijen in de Stuurgroep zich bewust zijn van de voortrekkersrol die de VGN op zich heeft genomen met de ontwikkeling van het nieuwe Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg en dat zij de VGN ruimte en vertrouwen geven dit gedachtegoed verder uit te werken.
- Kwaliteitsinformatie voor de Gehandicaptenzorg wordt gegenereerd middels drie pijlers: 1) objectieve kerngegevens, 2) cliëntervaringsgegevens, 3) gegevens over de relatie tussen cliënt en professional en dat elk van de drie pijlers een jaarlijkse cyclus kent van programmering (welke informatie wordt gegenereerd), uitvoering (hoe wordt de informatie gegenereerd) en gebruik (voor welke doeleinden wordt de gegenereerde informatie gebruikt).
- De beschikbaarheid van kwaliteitsinformatie op geaggregeerd niveau cliënten, zorginkopers en toezichthouders de mogelijkheid biedt om zich te oriënteren op de kwaliteit van het aanbod van verschillende aanbieders en mede op basis daarvan keuzes te maken, contracten te sluiten of toezicht te houden.
- Partijen streven naar beperking van de administratieve lastendruk. Dit komt tot uitdrukking in de beperking van de informatievraag aan aanbieders van gehandicaptenzorg tot wat is vastgelegd in de jaarverantwoording Gehandicaptenzorg en in deze samenwerkingsafspraken.
- De kerntaak van aanbieders van Gehandicaptenzorg is om zorg en ondersteuning te leveren op een kwalitatief goede en doelmatige wijze.
- Zorgaanbieders, AWBZ-verzekeraars en overheid samen verantwoordelijk zijn voor de organisatie van de gezondheidszorg in Nederland.
- Cliënten en verzekeraars behoefte hebben aan betrouwbare en vergelijkbare informatie.
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg, vanuit haar wettelijke taak om toe te zien op de kwaliteit van de zorg en ondersteuning, niet dwingend beïnvloed kan worden door de hier gestelde samenwerkingsafspraken.
- De wettelijk verplichte verantwoordingsinformatiestroom van aanbieders opgenomen is in de Jaarverantwoording Gehandicaptenzorg.
- In het kader van de Jaarverantwoording Gehandicaptenzorg al verschillende afspraken zijn vastgelegd in het Convenant Maatschappelijke Verantwoording die, in geval van overlap met deze samenwerkingsafspraken, van een hogere orde worden geacht.

(preambule)

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

Komen overeen:

Art 1. Begripsbepalingen, definities

- *Kwaliteit*: kwalitatief goede zorg is verantwoorde zorg zoals bedoeld in artikel 2 van de Kwaliteitswet zorginstellingen (effectief, veilig, cliëntgericht).
- *Zorgaanbieder*: instelling en individuele beroepsbeoefenaar die zorg levert binnen de gehandicaptenzorg.
- *Kwaliteitskader*: het geheel van instrumentarium om informatie te genereren over de kwaliteit van de door zorgaanbieders geboden zorg en ondersteuning aan de hand van objectieve kerngegevens, cliëntervaringsgegevens en gegevens over de relatie tussen cliënt en professional.
- *Objectieve kerngegevens*: kwantitatieve gegevens op geaggregeerd niveau over belangen, cliëntveiligheid, zorgafspraken en ondersteuningsplan, kwaliteit van medewerkers en organisatie.
- *Cliëntervaringsgegevens*: gekwantificeerde cliëntgegevens op geaggregeerd niveau op basis van het ondersteuningsplan en gekwantificeerde cliëntervaringsgegevens op geaggregeerd niveau.
- *Gegevens relatie cliënt-professional*: kwalitatieve gegevens over de relatie tussen cliënt en professional, gegenereerd voor kwaliteitsverbetering op cliëntniveau.
- *Zichtbare Zorg*³: om de zorgsectoren te ondersteunen bij het meten en publiceren van veiligheid, effectiviteit en klachtgerichtheid van (grote delen van) de zorg, heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg, in opdracht van het ministerie van VWS, het programma Zichtbare Zorg opgericht. Het programma ondersteunt de sectoren, verbindt de ontwikkelingen en coördineert activiteiten die hiermee samenhangen.

Art 2. Doel van de samenwerkingsafspraken

Deze samenwerkingsafspraken hebben tot doel om informatie te genereren over de kwaliteit van de zorg en ondersteuning, middels instrumentarium op het gebied van objectieve kerngegevens, cliëntervaringsgegevens en gegevens over de relatie tussen cliënt en professional.

Kwaliteitsinformatie is nodig voor:

- zorgaanbieders en professionals om hun kwaliteit van zorg te verbeteren en te verantwoorden

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

Art. 3. Uitgangspunten

Bij verwezenlijking van de doelstellingen gelden de volgende uitgangspunten.

- Aan de basis van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg ligt het Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg.
- De individuele cliënt, zijn of haar zorg- en ondersteuningsplan en het primaire proces zijn vertrekpunt.
- Kwaliteitsinformatie wordt gegenereerd vanuit de individuele cliënt. De verkregen informatie wordt op geaggregeerd niveau gebruikt als verantwoordingsinformatie.
- Om recht te doen aan het Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg, de grote diversiteit binnen en de eigenheid van de sector wordt informatie gegenereerd door middel van zowel kwalitatieve als kwantitatieve methodieken. Er zullen meerdere verschillende instrumenten worden ingezet bij te onderscheiden doelgroepen waarbij gekeken wordt naar vergelijkbaarheid binnen doelgroepen.
- Op het moment dat de partijen uit de Stuurgroep het projectplan onderschrijven, geven zij daarmee de in dit plan beschreven ontwikkelruimte die nodig is voor het project aan de gehandicaptenzorg (en dus aan de VGN).
- Het Kwaliteitskader voorziet in (kortcyclische) verbeterinformatie en, in het verlengde daarvan, in verantwoordingsinformatie.
- Het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg wordt zo eenvoudig mogelijk vormgegeven en waar mogelijk wordt aangesloten bij bestaand instrumentarium.
- De inzet van mensen, administratieve lasten en kosten staan in redelijke verhouding tot de uitvoering van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg.

³ Gaat op in het Zorginstituut Nederland

Art 4. Inrichting project

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

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

Zichtbare Zorg levert een ambtelijk secretaris voor de Stuurgroep en bereidt in nauwe samenspraak met de VGN en de onafhankelijk voorzitter de vergaderingen van de Stuurgroep voor. Daarnaast ondersteunt Zichtbare Zorg de VGN met betrekking tot gegevensverzameling en –beheer. Per pijler wordt bekeken in welke vorm deze ondersteuning plaatsvindt.

De VGN is verantwoordelijk voor de ontwikkeling en implementatie van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg en leidt het project.

De Stuurgroep stelt de kaders vast waarbinnen het Kwaliteitskader wordt ontwikkeld en geïmplementeerd, adviseert de VGN bij de ontwikkeling en implementatie van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg en stelt hetgeen ontwikkeld is binnen het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg vast.

De Stuurgroep besluit of en voor welke onderwerpen werkgroepen ingesteld worden.

De Stuurgroep evalueert jaarlijks in het derde kwartaal van enig verslagjaar de uitvoeringspraktijk rond het Kwaliteitskader en bespreekt de resultaten onderling.

Art 5. Financiering en bekostiging

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

Art 6. Duur van de overeenkomst en evaluatie

De samenwerkingsafspraken worden jaarlijks stilzwijgend verlengd.

Opzegging van de samenwerkingsovereenkomst is mogelijk tot oktober van enig jaar.

Partijen zullen de uitvoering en werking van deze samenwerkingsafspraken jaarlijks evalueren.

- Zorg en ondersteuning zijn gericht op het bevorderen dan wel in stand houden van de kwaliteit van bestaan van mensen met een beperking.
- Eigen regie van mensen met een beperking is een centrale waarde in zorg en ondersteuning.

Zorg en ondersteuning zijn gericht op het bevorderen dan wel in stand houden van de kwaliteit van het bestaan van mensen met een beperking

Dit uitgangspunt betekent dat zorg en ondersteuning een aantoonbare positieve invloed moet hebben op de kwaliteit van bestaan van individuele mensen met een beperking. Zorg en ondersteuning kunnen zich richten op de gehele breedte van het bestaan maar dit betekent niet zonder meer dat zorgaanbieders bij alle cliënten daadwerkelijk op alle bestaansgebieden ondersteuning geven of binnen een bestaansgebied volledig verantwoordelijk zijn voor de uitkomsten. Met individuele cliënten en/of hun wettelijke vertegenwoordigers wordt afgesproken op welke gebieden welke ondersteuning wordt geboden. Dit wordt vastgelegd in zorgafspraken in het ondersteuningsplan⁴. Over deze vastgelegde en ingekochte zorg leggen zorgaanbieders verantwoording af en hebben zij een verplichting tot leveren.

Bij het maken van de zorgafspraken staat de cliënt centraal. De cliënt en/of zijn wettelijk vertegenwoordiger geeft aan welke zorg en ondersteuning hij of zij wenst en nodig heeft. Indien de cliënt dit wenst, worden de naasten van de cliënt hierbij betrokken, opdat deze de belangen op basis van een natuurlijk bondgenootschap met de cliënt mede behartigen. De zorgaanbieder heeft in het vaststellen van de ondersteuningsbehoefte een adviserende en ondersteunende rol.

Eigen regie van mensen met een beperking is een centrale waarde in de zorg en ondersteuning

Mensen met een beperking geven hun leven zelf vorm en inhoud en krijgen daarbij ondersteuning, passend bij hun ondersteuningsbehoefte. Mensen voeren regie over hun eigen leven en van daaruit ook regie over de zorg en ondersteuning die zij ontvangen. Zorg en ondersteuning komen op geleide van de wensen en behoeften van de cliënt

en/of diens wettelijke vertegenwoordiger tot stand, binnen de vigerende wettelijke en financiële kaders en de professionele standaarden.

Eigen regie is een begrip met meerdere dimensies. In essentie gaat het er om dat mensen invloed moeten kunnen ervaren op wat er wel en niet met hen gebeurt. Dit komt tot uitdrukking in 'kleine' keuzemogelijkheden in het dagelijks leven (zoals de temperatuur van het washandje waarmee je 's ochtends gewassen wordt, naar welke dingen je graag kijkt, welke muziek je mooi vindt, welke kleren je vandaag wilt dragen, wat je op je brood wilt) en in belangrijke beslissingen over ingrijpende zaken, zoals het kiezen waar en met wie je gaat wonen, wat voor werk je wilt doen, welke ondersteuning je nodig hebt. Of mensen nu een lichte beperking hebben of een ernstige beperking: voor iedereen is het belangrijk om eigen invloed te kunnen ervaren. Dit uitgangspunt betekent dat het beïnvloeden van de leefomgeving voor alle cliënten mogelijk gemaakt moet worden. Bij cliënten met een ernstige verstandelijke beperking betekent dit vaak een extra inspanning in de ondersteuning en in observatiemethodieken om er achter te komen wat deze persoon uniek maakt, wat de betekenis is van signalen, wat voor keuzes hij/zij zou willen maken.

Eigen regie van de cliënt in relatie tot de professional

Eigen regie van de cliënt als uitgangspunt vraagt van de professional een vraaggerichte en responsieve attitude. Dit is een grondhouding, gericht op het bewust maken van en ruimte geven aan mensen met een beperking om zoveel mogelijk zeggenschap over alle facetten van hun leven te kunnen uitoefenen. De professional draagt bij aan het creëren van een uitdagende omgeving, die een beroep doet op ontplooiing, kansen biedt om nieuwe ervaringen op te doen, grenzen te verkennen en grenzen te verleggen, en tegelijk voldoende veiligheid biedt. Een omgeving die het proces van empowerment stimuleert en versterkt, en bevordert dat mensen hun eigen (levens)doelen kunnen nastreven. Soms kan het nodig zijn om vanuit het perspectief van professioneel handelen de concrete ondersteuningsvraag van cliënten te overstijgen. Dit komt

⁴ Waar gesproken wordt over ondersteuningsplan kan ook zorgplan, begeleidingsplan of behandelplan worden gelezen.

vooral voor in het geval van bekende medische of (ped)agogische consequenties van het nalaten van handelingen of vanwege reëel gevaar voor de cliënt of anderen. Het is dan belangrijk dat in het proces een aantal voorwaarden is gerealiseerd, zoals een adequate dialoog tussen de cliënt en/of zijn wettelijk vertegenwoordiger en de zorgaanbieder. De relatie met de cliënt is gebaseerd op respect en vertrouwen, er worden duidelijke afspraken gemaakt over zorg en ondersteuning, deze worden vastgelegd en regelmatig geëvalueerd.

Eigen regie van de cliënt in relatie tot de zorgorganisatie

Eigen regie van de cliënt als centrale waarde vraagt van de zorgorganisatie een vraaggerichte uitwerking van de zorg en ondersteuning met een duidelijke visie op wonen, welzijn, ondersteuning en zorg, die uitgaat van de wensen en behoeften van de cliënt. Belangrijk hierin is dat zorg en ondersteuning inzet op het zoveel mogelijk versterken van de mens met een beperking in zijn mogelijkheden en het ontwikkelen hiervan. En op het stimuleren van de regie van de cliënt over zijn/haar eigen leven door mogelijk te maken dat professionals de wensen van de cliënt kunnen leren kennen, dat cliënten ondersteund worden bij het leren kiezen en dat zoveel mogelijk wordt geprobeerd om die keuzes serieus te nemen.

Vraaggericht werken betekent ook dat zorg en ondersteuning in dialoog tussen de cliënt, en indien de cliënt dit wenst, ook met zijn of haar naasten en de zorgaanbieder tot stand komt. Er is sprake van een zogenaamd 'comakership'. Als de cliënt een wettelijk vertegenwoordiger heeft, wordt ook altijd de cliënt betrokken in het bepalen van wat nodig is. Het gaat daarbij niet alleen om wat er gebeurt, maar ook om hoe dat gebeurt, wanneer en door wie. Zorgaanbieders moeten zich voortdurend afvragen wat de cliënt wil, welke ondersteuning daarbij het beste past, hoe het eigen aanbod daar het best op afgestemd kan worden, en wat de cliënt mogelijk nog meer nodig heeft of wil.

Eigen regie van de cliënt in relatie tot grenzen aan zeggenschap

Eigen regie betekent overigens niet dat zomaar alles kan. Voor ieder mens zijn er grenzen aan zeggenschap, daar waar dit ten koste gaat van zichzelf of van anderen of daar waar de beschikbare middelen en individuele mogelijkheden niet toereikend

zijn om alle wensen te vervullen. Ook hier geldt dat er grote verschillen zijn tussen cliënten. Bij minderjarigheid, wilsonbekwaamheid of bij ondersteuning binnen de kaders van gedwongen hulpverlening, zal de regie voor een deel ingevuld worden door personen in het sociale netwerk van de cliënt en door professionals. Maar ook dan moeten de mogelijkheden die er zijn voor de cliënt om invloed te hebben op zaken die voor hem/haar belangrijk zijn, zoveel mogelijk worden benut.

Ook bij eigen regie als uitgangspunt geldt dat de zorgaanbieder verantwoording aflegt over de zorgafspraken zoals die gemaakt en vastgelegd zijn in het ondersteuningsplan. Het spreekt voor zich dat de cliënt en zijn naasten, partner zijn in het maken en regelmatig evalueren van dit ondersteuningsplan en dat er een beroep gedaan kan worden op cliëntondersteuning bij de hulpvraagverduidelijking, het maken van afspraken over de aard en inhoud van de zorg en ondersteuning die geboden wordt en het evalueren van hetgeen feitelijk geboden wordt en het zo nodig bijstellen van afspraken. Indien de kwaliteit van dit proces of van de inhoud van de zorg tekort schiet, beschikt de cliënt en/of zijn wettelijke vertegenwoordiger over instrumenten om vraagsturing te bevorderen of zijn positie te versterken. Hiertoe zijn de wettelijk vastgelegde verplichtingen van klachtrecht en recht op medezeggenschap belangrijke instrumenten.

1 Lichamelijk welbevinden

Bij lichamelijk welbevinden gaat het om het optimaliseren van de gezondheid van de cliënt en om maatregelen die de gezondheid van de cliënt verbeteren, in stand houden of verslechtering tegengaan. Dit betekent dat met de cliënt wordt afgesproken waarin hij ondersteund zal worden met betrekking tot zaken als (zelf)-verzorging, algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), eten en drinken, algemene gezondheid en de balans tussen activiteit en voldoende ontspanning, rust en slaap.

2 Psychisch welbevinden

Psychisch welbevinden gaat over zaken als een positief zelfbeeld hebben, zich thuis voelen in de woonomgeving, werkomgeving en/of dagbestedingsomgeving, begrepen worden door mensen die voor de cliënt belangrijk zijn, positieve reacties krijgen van anderen. De ondersteuning is er op gericht de beleving van de cliënt van zijn psychisch welbevinden te verbeteren en op maatregelen die het psychisch welbevinden verbeteren, in stand houden of verslechtering tegengaan.

3 Interpersoonlijke relaties

Bij interpersoonlijke relaties gaat het om het opbouwen en onderhouden van relaties met anderen, zowel in aantal als in de kwaliteit van de relatie, en het omgaan met genegenheid en intimiteit. Communicatie is essentieel voor relaties. Dit vraagt om specifieke aandacht en ondersteuning. De behoefte van de cliënt aan ondersteuning op het domein van interpersoonlijke relaties is doorslaggevend. De ondersteuning is er op gericht om de beleving van de cliënt van het aantal en de kwaliteit van zijn persoonlijke relaties te verbeteren en op maatregelen die dit verbeteren, in stand houden of verslechtering tegengaan.

4 Deelname aan de samenleving

De ondersteuning is er op gericht om een zo groot mogelijke deelname aan de samenleving mogelijk te maken. Dit houdt in dat de cliënt ondersteund kan worden bij het aanleren van vaardigheden, het in stand houden van werkrelaties, het onderhouden en leggen van contacten met lokale voorzieningen als dienstverlening, club- en buurthuiswerk, kerken, vrijwilligerswerk, winkels in de onmiddellijke

woonomgeving, voorzieningen voor dagbesteding en bedrijven. Samen met professionals kan de cliënt zoeken naar gebieden waar zijn belangstelling naar uit gaat, welke vaardigheden hij daarvoor nodig heeft en welke ondersteuning hij daarbij wil of nodig heeft.

5 Persoonlijke ontwikkeling

Indien de cliënt daar behoefte aan heeft, wordt ondersteuning geboden bij het zoeken van scholing en mogelijkheden om dingen te leren en ervaringen op te doen en bij het zoeken naar werk of alternatieven daarvoor. De eigen mogelijkheden en kwaliteiten van cliënten worden benut. De cliënt kan nieuwe dingen ondernemen en zijn eigen creativiteit uiten. De ondersteuning richt zich op het optimaliseren van de ontplooiingsmogelijkheden van de cliënt, zodanig dat dit leidt tot voldoening en bevrediging bij de cliënt.

6 Materieel welzijn

Bij materieel welzijn gaat het om het optimaliseren van de beleving van de cliënt van zijn materieel welzijn en om het optimaliseren van de sociaaleconomische situatie van de cliënt. Het gaat hier om (ondersteuning bij) activiteiten die leiden tot een doelmatig financieel beheer en om huisvesting, indien de cliënt hier behoefte aan heeft. Inspanningen richten zich op een kwalitatief verantwoorde woonsituatie die voldoet aan bouwkundige en functionele maatstaven en de bereikbaarheid hiervan (openbaar vervoer, toegankelijkheid e.d.).

7 Zelfbepaling

Zelfbepaling betekent dat mensen met een beperking het recht hebben om eigen keuzes te maken en hun leven in te vullen op hun eigen persoonlijke wijze, binnen de grenzen van de maatschappelijke aanvaardbaarheid. Ondersteuning door professionals richt zich op het optimaliseren van de regie van de cliënt over het eigen leven. Dat betekent onder andere dat cliënten moeten kunnen leren ervaring op te doen met keuzemomenten en inspraak. Hierbij is het belangrijk dat de cliënt inzicht wordt verschaft in zijn of haar keuzemogelijkheden, de overtuiging dat er – binnen de financiële en maatschappelijke kaders – daadwerkelijk keuzevrijheid

bestaat en de overtuiging dat gerekend kan worden op ondersteuning bij het invullen van de gemaakte keuze. De organisatie zal flexibel genoeg moeten zijn om de keuzes in het dagelijks leven en de geïndividualiseerde zorgdoelen van cliënten mogelijk te maken.

8 Belangen

Bij belangen gaat het om het optimaliseren van de beleving van de cliënt van zijn rechten en plichten als burger en als cliënt, en om maatregelen die de rechten en de positie van de cliënt versterken. De ondersteuning richt zich op het optimaliseren van de uitoefening van de rechten als burger (zoals stemrecht) en de rechten als cliënt (zoals het recht om te klagen, privacy, kwaliteit van zorg). Daarbij moet zowel voor cliënten als cliëntvertegenwoordigers op de diverse niveaus binnen de zorginstelling (woongroep, locatie, regio en centraal) medezeggenschap zijn geregeld. Dit is van belang om collectief invloed te kunnen uitoefenen op besluiten in de organisatie die van invloed zijn op de positie van cliënten. Voorwaarde om zelfbepaling en medezeggenschap te kunnen vormgeven is dat cliënten en hun vertegenwoordigers op een voor hen begrijpelijke manier geïnformeerd worden.

9 Zorgafspraken en ondersteuningsplan

Voor iedere cliënt is een individueel ondersteuningsplan en/of een individueel activiteitenplan beschikbaar, dat aansluit op zijn ondersteuningsvragen en dat vanuit het cliëntperspectief concreet geformuleerde doelen bevat. Het ondersteuningsplan en/of activiteitenplan is tot stand gekomen in samenwerking met de cliënt en zonodig in samenspraak met zijn wettelijke vertegenwoordiger. De voor de cliënt relevante disciplines hebben een zichtbare bijdrage geleverd aan het formuleren van doelen. Hierbij is er aandacht voor de professionele standaarden en is duidelijk welke zorg en ondersteuning een cliënt van de zorgverlener vraagt. Bovendien wordt uit het ondersteuningsplan en/of activiteitenplan duidelijk welke professionele ondersteuning nodig is om deze doelen te halen, wie waarvoor verantwoordelijk is, wanneer evaluatiemomenten nodig zijn en wanneer bijstelling van het ondersteuningsplan en/of activiteitenplan nodig is.

10 Cliëntveiligheid: fysieke veiligheid, sociale en emotionele veiligheid

Het begrip veiligheid heeft een objectieve en een

subjectieve component. De objectieve component heeft betrekking op algemeen geldende veiligheidsaspecten en maatregelen, neergelegd in richtlijnen en calamiteitenplannen op het terrein van bijvoorbeeld medicatie, het gebruik van medische hulpmiddelen, brandveiligheid, communicatie, fouten en (bijna)ongelukken, klachten en seksueel misbruik. Een specifiek aandachtspunt betreft veiligheidsaspecten rondom vrijheidsbeperkende maatregelen. De subjectieve component heeft betrekking op de ervaren veiligheid, waarin zaken als een gevoel van geborgenheid en een goed verloopende communicatie een rol spelen. Deze ervaren veiligheid uit zich op terreinen als privacy, bejegening, informatie en grensoverschrijdend gedrag. De organisatie draagt er zorg voor dat beide componenten goed zijn geborgd door het hebben, toepassen en continu onderhouden van beleid op deze terreinen. De uitdaging in de zorg voor mensen met een beperking is een balans vinden tussen de focus op veiligheid en de focus op kwaliteit van leven. In de zorg voor mensen met een beperking zijn de zorgvragen van cliënten verbonden met hun behoefte om op de eigen manier verder te leven - met het dagelijkse, persoonlijke doen en laten, met de contacten en gebeurtenissen die het leven de moeite waard maken en betekenis geven. Aspecten zoals jezelf kunnen zijn, gezien worden en iets betekenen voor anderen, gezelligheid en plezier beleven, iets ervaren, maken dat een leven zonder risico's niet bestaat.

11 Kwaliteit van medewerkers en organisatie

Deskundig personeel is in staat de gevraagde ondersteuning te bieden aan cliënten, voldoet aan de eisen die aan het werk in de gehandicaptenzorg worden gesteld. Dit personeel is in staat en waar nodig bevoegd om de in het ondersteuningsplan afgesproken activiteiten adequaat uit te voeren. De organisatie schept hiertoe de voorwaarden zodat de signalen en behoeften van individuele cliënten tijdig en juist worden geïnterpreteerd en dat hier op een professionele wijze mee wordt omgegaan, in ieder geval voor wat betreft het sociaal-emotioneel, cognitief en somatisch functioneren. Wanneer medewerkers zich ondersteund voelen door deskundigen en management heeft dit een directe relatie met de kwaliteit van de geboden zorg en ondersteuning. Tevens moet duidelijk zijn welke eisen worden gesteld aan het handelen, dat medewerkers

bevoegd en bekwaam zijn en blijven - zowel qua opleiding, scholing en ervaring als qua attitude en bejegening - en dat getoetst wordt of de medewerkers handelen volgens de richtlijnen/afspraken. Indien er sprake is van specifieke doelgroepen, heeft de organisatie in beeld welke aan deze doelgroepen gerelateerde signalen en behoeften men kan verwachten.

Personeelsbeleid moet gericht zijn op het binden van medewerkers aan de zorgorganisatie en hun vak. Daarmee wordt ook bijgedragen aan het beheersen van verzuim en verloop.

12 Samenhang in zorg en ondersteuning

Bij samenhang in zorg en ondersteuning gaat het om twee aspecten. Als eerste het waarborgen van continuïteit door overlappingsen of hiaten in de zorg en ondersteuning te vermijden. Dit stelt eisen aan de overdracht van gegevens bij gelijktijdige bemoeienis met een cliënt, bijvoorbeeld in het geval van uitwisseling tussen teamleden, tussen wonen en dagbesteding of tussen het team van de woning en consulenten van binnen of buiten de eigen organisatie. Dit geldt ook voor overdracht van gegevens als de cliënt naar een andere locatie of zorgaanbieder gaat. Een goede communicatie is nodig rondom de coördinatie van de ondersteuning.

Het tweede aspect betreft het belang voor cliënten om hun dagelijkse ondersteuning zo veel mogelijk vanuit een kleine kring van bekende medewerkers te ontvangen. Dit wordt mogelijk gemaakt door een personeelsbeleid dat gericht is op het voorkomen van onnodige personeelwisselingen door ziekte, verloop en tijdelijke overplaatsingen.

COLOFON

Voor de huidige stand van zaken en de meest actuele vragenlijsten en dataprotoocol kunt u de website van de VGN raadplegen: www.vgn.nl

Uitgave

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN),
brancheorganisatie voor instellingen voor zorg,
dienstverlening en ondersteuning aan mensen met
een beperking

Oudlaan 4

3515 GA Utrecht

Postbus 413

3500 AK Utrecht

Telefoon (030) 27 39 300

E-mail info@vgn.nl

Website www.vgn.nl

Publicatienummer: 713.231

Februari 2013

Tekst: Maartje Blom, Marie-José Driessen,

Yvonne Heijnen-Kaales en René Toonen

Vormgeving: Mariël Lam, grafisch ontwerp BNO

Drukwerk: Vandenberg | Concept, Design &
Printmedia

Bestelling

Deze uitgave kan worden besteld bij de

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland,

e-mail publicaties@vgn.nl of

via de website www.vgn.nl.

CG-RAAD/PLATFORM VG

Platform VG vertegenwoordigt in de Stuurgroep Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg ook de CG-Raad. Een menselijke samenleving betekent een samenleving waar mensen samen leven, samen wonen, samen deelnemen binnen de mogelijkheden die er zijn en mogelijkheden creëren waar die nodig zijn. De menselijke maat is daarbij bepalend. Het vraagt inspanning van de hele samenleving; aan mensen met een beperking om mee te doen binnen hun mogelijkheden; van mensen in de omgeving om die ondersteuning te bieden die nodig is en van de overheid de wet- en regelgeving zo in te richten en uit te voeren dat een samenleving ontstaat waarbij mensen onbelemmerd kunnen meedoen binnen de mogelijkheden die mensen zelf hebben.

Het realiseren van een inclusieve samenleving vraagt om een integrale aanpak waarbij het uitgangspunt is dat ieder mens altijd bijdraagt. De wijze waarop hangt af van de mogelijkheden van de mens zelf en de mogelijkheden die binnen onze samenleving daarvoor geboden worden.

Wij onderscheiden in deze samenleving drie niveaus:

- dat wat iemand zelf kan (eigen regie);
- de ondersteuning en inrichting van de samenleving die daarbij nodig en beschikbaar is;
- en tot slot de overheid die de benodigde randvoorwaarden schept.

Het VN-verdrag voor mensen met een beperking is daarbij voor ons richtinggevend.

IGZ

Informatie uit de jaarverantwoording vormt één van de informatiebronnen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) voor het bepalen van mogelijk risicovolle instellingen en locaties. Hiertoe kan de Inspectie beschikken over de ruwe data van de gegevens van het Kwaliteitskader. Op grond van deze informatiebronnen maakt de inspectie een afweging waar en in welke vorm nader toezicht ingezet wordt. Zo nodig wordt aanvullende informatie opgevraagd bij de zorgaanbieders.

LSR

Het nieuwe Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg zet weer scherp neer waar het in de gehandicaptenzorg om moet draaien: zorginstellingen die zorg leveren die aansluit op wensen/behoefte van de cliënt en die van hoge kwaliteit is; medewerkers die in dialoog zijn met cliënten; partijen die met elkaar blijven zoeken naar nieuwe mogelijkheden om de kwaliteit van zorg en ondersteuning te verbeteren. Cliënten en cliëntenraden zullen met het Kwaliteitskader hun voordeel doen: het herinnert iedereen er weer aan dat het in de gehandicaptenzorg vooral gaat om de cliënt en diens kwaliteit van zorg en bestaan.

NVAVG

Kwaliteit van leven wordt voor ieder mens met of zonder (verstandelijke) beperking door veel factoren bepaald. Het is aan elk mens, met eventueel zijn/haar wettelijk vertegenwoordiger, om aan te geven wat voor hem/haar belangrijk in het leven is. De partijen, vertegenwoordigd in de Stuurgroep Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg, zijn ieder vanuit een eigen achtergrond betrokken bij mensen met een (verstandelijke) beperking. Samen, multidisciplinair, hebben ze gekeken naar de mogelijkheid om kwaliteit in woorden te vatten. De NVAVG heeft hierin vanuit haar medische achtergrond meegedacht. De uitkomsten bieden de mogelijkheid om verbeteracties in gang te zetten. Het doel is uiteindelijk om daarmee de kwaliteit van leven van mensen met een verstandelijke beperking naar een hoger plan te trekken. Dit is waar de NVAVG zich graag voor in wil zetten: goed onderbouwde medische zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.

NVO/NIP

De NVO vertegenwoordigt in de Stuurgroep Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg ook het NIP. NVO en NIP zien in de doelstellingen en de werkzaamheden van de Stuurgroep, zoals verwoord in dit Visiedocument, een belangrijke poging om de belangen van alle organisaties die betrokken zijn bij het streven om te komen tot een zo optimaal mogelijke kwaliteit van zorg voor mensen met een beperking met elkaar in overeenstemming te brengen.

Door samen te werken en door elkaars standpunten uit te wisselen en te synchroniseren kan de kwaliteit van zorg aanmerkelijk verbeterd worden. Daarmee verbetert ook de kwaliteit van leven van mensen met beperkingen.

NVO en NIP zijn - samen met andere beroepsorganisaties in en buiten de Stuurgroep - met name actief in het bevorderen van de kwaliteit van de professionele beroepsuitoefening en in het bevorderen en het monitoren van de kwaliteit van de te bieden professionele zorg.

VGN

Het meten en verbeteren van kwaliteit vindt in de gehandicaptenzorg sinds 2011 plaats aan de hand van het nieuwe Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Het doel van deze nieuwe werkwijze is te komen tot een zinvolle, werkbaar en bij de sector passende wijze van gegevensverzameling. Dit moet organisaties leer- en verbeterinformatie opleveren, zicht geven op de kwaliteit van zorg en ondersteuning in de sector en op de ervaring van cliënten hiermee. Eén kader aan de hand waarvan de verschillende betrokken partijen hun taken kunnen vervullen en waarbinnen kwaliteitsverantwoording plaatsvindt in het verlengde van kwaliteitsverbetering.

V&VN

Voor de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) geeft het Kwaliteitskader inzicht in de geleverde kwaliteit in de sector.

Iedere medewerker die gegevens aanlevert, heeft daarmee ook meteen een instrument in handen om de individueel geleverde zorg af te zetten tegen de normen die landelijk geaccepteerd zijn. En kan hierin zelf het initiatief nemen om verbeteringen aan te brengen.

VWS

Vanaf de eerste stappen in het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport als waarnemer in de Stuurgroep geparticipeerd en meegewerkt aan de ontwikkelingen rond het Kwaliteitskader, waaronder de totstandkoming van het Visiedocument. Met de komst van het Kwaliteitsinstituut zal het departement zich op termijn terugtrekken als waarnemer uit de Stuurgroep en slechts nog op afstand de ontwikkelingen volgen. Voor de Stuurgroep Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg zal het Kwaliteitsinstituut steeds meer aanspreekpunt worden.

ZN

Zorgverzekeraars kopen kwalitatief goede, veilige en doelmatige zorg in. Eén van de instrumenten die zij hiervoor gebruiken is de informatie die het Kwaliteitskader oplevert. Deze informatie wordt gebruikt voor onder andere de zorginkoop, keuze-informatie aan de verzekerden en het stimuleren van verbetering in de sector. Verzekeraars kijken hierbij naar de medisch-inhoudelijke kwaliteit, klantgerichtheid, doelmatigheid en de kwaliteit van leven. Het Kwaliteitskader dient inzichtelijk te maken hoe de sector op deze aspecten de zorg levert.

