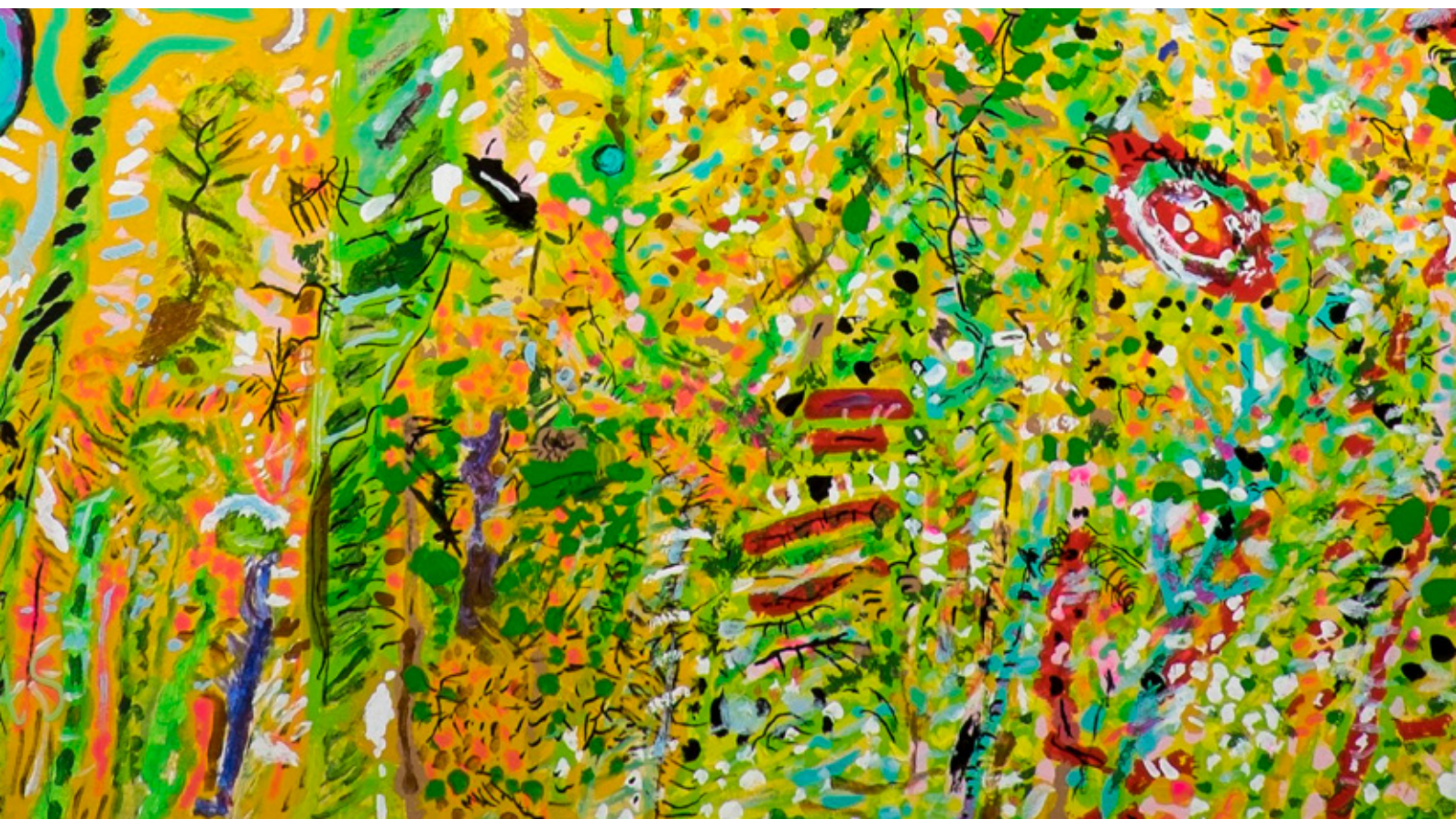




HANDREIKING KWALITEITSRAPPORT EN EXTERNE VISITATIE

In het kader van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2017-2022



INHOUDSOPGAVE

1	KWALITEITSRAPPORT: WAT EN WAAROM	4
2	OPBOUW VAN HET KWALITEITSRAPPORT	5
3	WERKWIJZEN ONDER DE RAPPORTAGE	6
4	INTERN BERAAD IN DE ZORGORGANISATIE	8
5	EXTERNE VISITATIE	9
6	FORMELE INDIENING EN PUBLICATIE	10
BIJLAGEN		
1	Informatiebronnen	11
2	Voorstel tijdschema kwaliteitsrapport	12

HANDREIKING KWALITEITSRAPPORT EN EXTERNE VISITATIE

In het kader van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2017-2022

Met ingang van 2017 is het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022 door Zorginstituut opgenomen in het register Zorginzicht.nl en is daarmee de nieuwe veldnorm voor de gehele sector.

Doel handreiking

Deze handreiking legt uit wat u nodig heeft om een kwaliteitsrapport op te stellen en de daarmee samenhangende visitatie. Het geeft antwoord op vragen als : Wat is het kwaliteitsrapport, Welke thema's komen er aan de orde? En hoe geeft u vorm aan de externe visitatie.

De handreiking is bestemd als ondersteuning voor bestuurders, beleidsmedewerkers en anderen. Voor de onderliggende visie en de bredere context verwijzen we u door naar het kerndocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022. www.vgn.nl/kwaliteitskader

1 KWALITEITSRAPPORT: WAT EN WAAROM

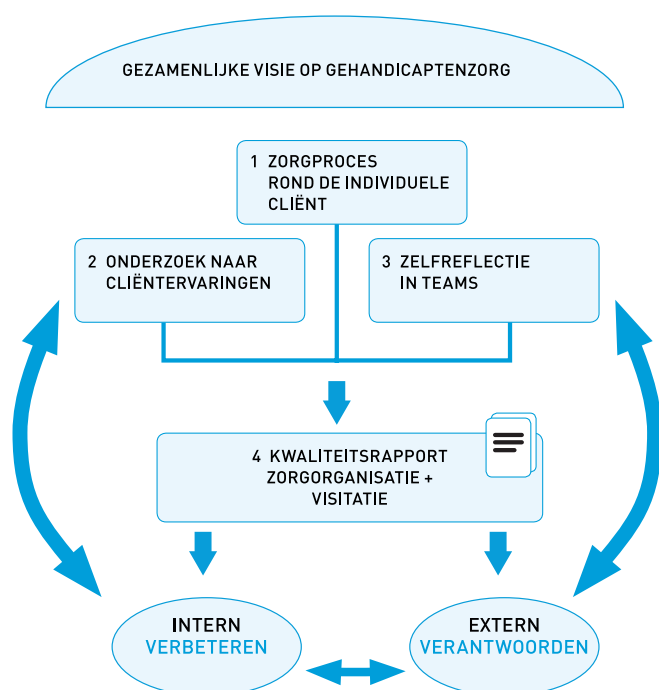
Met de vernieuwde opzet van het kwaliteitskader komt de zorgorganisatie tot een jaarlijks overzicht van kwaliteit. Dit overzicht is vastgelegd in een kwaliteitsrapport dat wordt uitgebracht onder verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur. Het rapport heeft betrekking op de zorg die onder de Wet langdurige zorg valt en bevat een geobjectiveerde weergave van de kwaliteit die de zorgorganisatie bereikt voor cliënten, alsmede een weergave van belangrijke voorwaarden zoals betrokken en vakbekwame medewerkers. Het kwaliteitsrapport neemt de lezer mee in wat er goed gaat op deze aspecten en vooral wat er verbeterd kan worden.

Het kwaliteitsrapport verbindt de ervaringen van de drie bouwstenen waar het kwaliteitskader op berust:

- Een verzorgd proces rond de individuele cliënt borgen: daartoe in dialoog vaststellen welke ondersteuning nodig is, alert zijn op gezondheidsrisico's en op kwaliteit van bestaan;
- Leren van onderzoek naar cliëntervaringen: overzicht maken van inzicht uit dat onderzoek en in afstemming met de cliëntenraad de belangrijke verbeteracties bepalen;
- Kritische zelfreflectie door teams borgen: teams die de praktijk spiegelen aan de visie van de organisatie en stilstaan bij hoe het gaat en wat er verbeterd kan worden in het zorgproces rond cliënten.

Door de uitkomsten van de bouwstenen, met informatie uit andere bronnen, in samenhang met elkaar te bekijken ontstaat een helder, levendig zicht op de kwaliteit van dienstverlening en de kwaliteit van bestaan van mensen met een beperking in de langdurige zorg en ondersteuning/activering. Het rapport geeft antwoord op de vragen: wat gaat goed, wat kan beter en wat zijn de prioriteiten om te verbeteren. En laat zien hoe deze antwoorden tot stand zijn gekomen. Het kwaliteitsrapport heeft een interne en een externe functie.

- Intern is het een geobjectiveerde weergave van kwaliteit die de organisatie levert aan mensen met een beperking.
- Extern is het een middel voor transparantie en voor verantwoording.



2 OPBOUW VAN HET KWALITEITSRAPPORT

Het landelijk kader geeft ruimte aan de organisatie voor een jaarlijks overzicht waarin eigen visie en omstandigheden zijn verwerkt. Tegelijk wordt van de organisatie verwacht dat de rapportage altijd een aantal vaste elementen in zich heeft. Elk kwaliteitsrapport bevat een aantal vastgestelde thema's; daarnaast zijn bevindingen van de interne samenspraak (met cliëntenraad, ondernemingsraad) en de bevindingen van externe visitatie onderdeel van het kwaliteitsrapport, eventueel als bijlagen. Het kwaliteitsrapport bevat een samenvatting, (bij voorkeur aan het begin) en er is een cliëntversie beschikbaar.

Bij de onderbouwing van de thema's wordt gebruikt gemaakt van de informatie uit de drie bouwstenen die in samenhang beschouwd worden. Tevens wordt gebruik gemaakt van andere informatiebronnen (zie bijlage 1) waarmee tellen en vertellen aanvullend op elkaar werken.

Het kwaliteitsrapport geeft zicht op:

ALGEMEEN

- Korte schets van zorg onder de Wlz (aantal cliënten; opbouw cliëntenbestand; belangrijke dynamiek waarmee de organisatie te maken heeft en die relevant is voor kwaliteit);
- Schets van aanpak bij kwaliteitsrapport, waaronder de wijze waarop relevante gegevens uit ondersteuningsplannen zijn benut, teamreflecties zijn opgezet, enzovoort;
- Aanpak externe visitatie die in relatie tot het kwaliteitsrapport is uitgevoerd (wel/niet gedaan, wanneer).

THEMA'S

De kwaliteit van het zorgproces rond de individuele cliënt. Met o.a. aandacht voor:

- Persoonsgerichte zorg;
- Systematisch werken met het ondersteuningsplan, in dialoog met de cliënt. Hoe komt de dialoog tot stand?
- Actueel zicht op de gezondheidsrisico's van elke cliënt (een persoonlijke afweging);
- Zicht op de kwaliteit van bestaan van elke cliënt (tevens wat de zorg eraan kan doen).

De ruimte die cliënten hebben op het gebied van *eigen regie*. Met aandacht voor:

- Regie over de invulling van het eigen bestaan en hoe de organisatie dit versterkt;
- "Nee tenzij:" bij vrijheidsbeperking (met een zorgvuldige aanpak). Hoe gaat de organisatie om met vrijheidsbeperkende maatregelen in relatie tot eigen regie?
- Zeggenschap van cliënten op locatieniveau. Hoe hebben cliënten invloed? Bijvoorbeeld op zaken binnen de eigen woonlocatie. Denk hierbij aan formele medezeggenschap maar ook als huiskameroverleggen en andere vormen van (medel)-zeggenschap.

De ervaringen van cliënten:

- Wat vinden cliënten van hun kwaliteit van bestaan;
- Wat vinden cliënten van de kwaliteit van de geboden zorg;
- Heldere bundeling van inzichten uit recent onderzoek.

Samenspel in zorg en ondersteuning:

- De relatie tussen cliënt, medewerkers en familie (bejegening, communicatie);
- De aanpak tot versterking van het informeel netwerk van de cliënt;
- De samenwerking tussen begeleiders en behandelaars.

Borging van veiligheid in zorg en ondersteuning:

- Accuraat omgaan met aanmerkelijke gezondheidsrisico's van de cliënt;
- Veilig gebruik van medicatie en medische hulpmiddelen.

Betrokken en vakbekwame medewerkers. Met aandacht voor:

- Hoe medewerkers de kwaliteit van het werk ervaren;
- Of medewerkers voldoende zijn toegerust voor hun taken;
- Hoe medewerkers leren en ontwikkelen.

Geprioriteerde verbeteringen (conclusie)

Nadere beschrijving van dit thema volgt hieronder.

CONCLUSIES

- Beeld van de kwaliteit van zorg en ondersteuning volgens het bestuur van de organisatie (wat is sterk en wat is zwak);
- Keuzes die het bestuur maakt ten aanzien van kwaliteitsverbetering (prioriteiten);
- Korte uitleg over de aanpak bij prioriteiten, en vervolgens in opeenvolgende jaren informatie over de voortgang van verbetertrajecten (is ermee bereikt wat men wilde).

Naast de bovengenoemde thema's bevat het definitieve kwaliteitsrapport de volgende onderdelen:

- Samenvatting;
- Reflectie van cliëntenraad en ondernemingsraad;
- Bevindingen externe visitatie;
- Overzichten gegevens gebruikte bronnen.

3 TOTSTANDKOMING KWALITEITSRAPPORT

Het kwaliteitsrapport is een belangrijk kerndocument van de zorgaanbieder. Duidelijk zal zijn dat die rapportage “niet even tussendoor” tot stand komt. Het helpt als een kerngroep binnen de organisatie de coördinatie ter hand neemt onder verantwoordelijkheid van het bestuur. Vanzelfsprekend is daarnaast de planning van belang. Zorginstituut Nederland heeft bepaald dat het rapport uiterlijk 1 juni volgend op een verslagjaar is ingediend.

Mede hierop gelet, is het wenselijk dat een volledig conceptrapport niet later dan in maart van dat jaar gereed is (zie bijlage 2). Hiermee heeft de organisatie tijd voor (a) intern beraad, (b) externe visitatie als die op dat moment nodig is binnen een tweejaarlijkse cyclus.

Als gezegd: het kwaliteitsrapport berust op solide bouwstenen die zijn ingebed in de zorgorganisatie. Het rapport geeft de zorgorganisaties, naast de vastgestelde thema's, de ruimte om te vertellen vanuit eigen visie en context. Er zijn vrijheden in vormgeving; naast het gebruik van objectiveerbare gegevens (onder meer vanuit de ondersteuningsplannen, de zelfreflectie door teams, het cliëntervaringsonderzoek) kunnen ook allerlei impressies uit interne dialogen zijn verwerkt in de rapportage, te denken valt aan cliëntverhalen of teamervaringen.

4 INTERN BERAAD

Het bestuur van de zorgorganisatie bevordert dat intern een gerichte samenspraak ontstaat over het concept kwaliteitsrapport. Het advies is om in het kader van draagvlak de relevante partijen van professionals erbij te betrekken en met hen in gesprek te gaan of zij de inzichten delen en welke verbeteringen zij voorstellen.

Vervolgens wordt ook met de cliëntenraad, personeelsvertegenwoordiging, (OR), verwantenraad, gesproken over hun inzichten op het kwaliteitsrapport. De reflecties vanuit het interne beraad worden toegevoegd aan het kwaliteitsrapport¹.

Gezien het feit dat het rapport uiterlijk 1 juni bij het Zorginstituut ingediend moet zijn, is het van belang om het concept rapport medio maart gereed te hebben.

Dan heeft het bestuur voldoende tijd om de interne dialoog en samenspraak te organiseren.

Uiteraard zal het bestuur – aan de hand van het conceptrapport – een kritische reflectie vragen van de Raad van Toezicht. Ook deze dialoog kan bijdragen tot een aanscherping van verbetertrajecten. Het verslag van die dialoog is geen onderdeel van het definitieve kwaliteitsrapport.

¹ Indien er geen CR/OR is dan zoekt de organisatie naar een passende manier voor het betrekken van cliënten, verwanten en medewerkers

5 EXTERNE VISITATIE

Het landelijk kader regelt dat één keer per twee jaar een externe visitatie plaatsvindt. Doel ervan is een externe reflectie op enerzijds een gedegen aanpak onder die rapportage (bouwstenen benutten), anderzijds op het informatiegehalte van de kwaliteitsrapportage (een geobjectiveerd beeld vanuit de relevante informatiebronnen, volledigheid op de vastgelegde thema's, en de logica van gekozen verbetertrajecten). Het bestuur van de zorgorganisatie draagt zorg voor een ordelijk visitatieproces. Het visitatieteam bevat minimaal twee externe deskundigen. Het bestuur van de organisatie onderbouwt de keuze voor de invulling van de externe visitatie en laat ook zien hoe het cliëntperspectief is meegenomen.

Verschillende vormen van visitaties zijn denkbaar: bijvoorbeeld een team met uitsluitend externe deskundigen of een team dat is gekoppeld aan een leernetwerk van meerdere organisaties (met deskundigen uit die organisaties, bijvoorbeeld in de vorm van een onafhankelijk voorzitter) of een koppeling met een proces van certificatie (bijvoorbeeld ISO). De meest gekozen varianten in de Proeftuinen zijn gebundeld en gepubliceerd op de website van de VGN.

Als het gaat om de samenstelling van betrokken medewerkers die bevroegd worden door de externe visitators kunt u denken aan: (een afvaardiging van) de kerngroep voor coördinatie van het kwaliteitsrapport, vertegenwoordigers van de cliëntenraad, enige zorgmanagers uit de organisatie, een vertegenwoordiging van de behandelaars en het bestuur van de zorgorganisatie.

De bevindingen van de externe visitatie worden vastgelegd in een verslag. De belangrijkste bevindingen worden opgenomen in het kwaliteitsrapport. Het volledig visitatieverslag komt niet in de openbare database (zorginstituut), maar is wel beschikbaar voor IGZ en zorgkantoor.

6. FORMELE INDIENING EN PUBLICATIE

Uiterlijk 1 juni volgend op een verslagjaar is het kwaliteitsrapport:

- a Opgenomen op de website van de organisatie;
- b Ingediend bij de overheid.

Die cyclus geldt vanaf het jaar 2017. Dus: op 1 juni 2018 heeft elke zorgorganisatie- voor de zorg die onder de (Wlz) valt- een kwaliteitsrapport.

a Informatie via eigen website

De kwaliteitsrapportage die de zorgorganisatie publiceert bevat de volgende onderdelen:

- Het kwaliteitsrapport inclusief een samenvatting en de reflectie van interne stakeholders;
- Een (beknopte) cliëntenversie van het kwaliteitsrapport

b Informatie naar de overheid

Het Zorginstituut Nederland heeft vanuit de rijksoverheid de opdracht om 'goede kwaliteit van zorg' te bevorderen, daartoe o.a. kwaliteitskaders vast te stellen en in het verlengde ervan transparantie te realiseren.

Van zorgaanbieders vraagt het instituut om volgens de vastgestelde jaarkalender betrouwbare kwaliteitsinformatie te geven. Voor de gehandicaptenzorg (Wlz) is het kwaliteitsrapport als eenheid van informatie gedefinieerd.

Indiening van de kwaliteitsrapportage verloopt via een intermediaire partij; een link naar het kwaliteitsrapport wordt opgenomen in de vragenlijst Kerngegevens (Pijler 1) in Mediquest. Hangende de ontwikkelagenda worden de kerngegevens op organisatieniveau in een aangepaste vorm voor het verslagjaar 2017 via Mediquest uitgevraagd. Wel wordt het tijdspad van de uitvraag aangepast naar 1 juni, zodat het parallel loopt met de deadline van het indienen van het kwaliteitsrapport. De stuurgroep werkt toe naar een integratie van deze uitvraag, hetzij in het kwaliteitsrapport of in DigiMV.

De verzameling van documenten bestaat uit: het kwaliteitsrapport (inclusief de samenvatting, de reflectie van de Raad van Bestuur, van de cliëntenraad en van de ondernemingsraad, en bevindingen van de externe visitatie).

BIJLAGE 1 INFORMATIEBRONNEN

Hieronder vindt u een overzicht van informatiebronnen die u kunt gebruiken ten behoeve van kwaliteitsrapport.

- Dialoog cliënt / cliëntervaringsonderzoek
- Cliënt en/ of medewerkersverhalen
- Beschrijving zorgproces / ondersteuningsplan
- Cliëntpopulatie
- Resultaten van cliënttevredenheidsonderzoek
- Percentage cliënten met ondersteuningsplan
- Percentage van getekend/actueel ondersteuningsplan
- Vrijheidsbeperkende maatregelen
- MIC-meldingen (agressie, medicatie, vallen)
- Medicatieveiligheid
- Risico-inventarisatie
- Klachten
- Personeelsmix en opbouw
- Resultaten van medewerkersonderzoek
- Uitkomst van teamreflectie
- Ziekteverzuim
- Interne en externe audits
- Medezeggenschap

BIJLAGE 2

Voorstel tijdschema kwaliteitsrapport <http://www.vgn.nl/kwaliteitskader>

2017	Vorbereiden uitwerking bouwstenen 1-3 in de eigen organisatie
2017	Uitvoering zelfreflecties in teams. Bevindingen, inclusief ontwikkelpunten worden vastgelegd.
2017- uiterlijk 1 februari 2018	Verzamelen inzichten bouwstenen 1, 2 en 3 en andere relevante informatiebronnen.
Maart 2018	Conceptversie kwaliteitsrapport gereed. Beeld aan de hand van vastgestelde thema's, onderbouwd met gebruik van bouwstenen 1,2 en 3. In onderlinge samenhang en in combinatie met andere informatiebronnen. Bij voorkeur aangevuld met cliënt- en medewerkersverhalen.
Uiterlijk mei 2018	Bespreking conceptversie kwaliteitsrapport met interne medezeggenschapsorganen (CR, OR) en raad van Toezicht
Uiterlijk mei 2018, in ieder geval tweejaarlijks	Uitvoeren externe visitatie
Uiterlijk 1 juni 2018	Invullen vragenlijst kerngegevens op organisatieniveau (Mediquest)
Uiterlijk 1 juni 2018	Kwaliteitsrapport definitief, met inbegrip van bevindingen uit de interne samenspraak (CR, OR) en de externe visitatie

COLOFON

Deze Handreiking Kwaliteitsrapport en externe visitatie in het kader van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2017-2022, is een uitgave van de 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
www.vgn.nl

Publicatienummer: 717.254

Oktober 2017

Tekst: Stuurgroep Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg

Vormgeving: Mariël Lam, grafisch ontwerp BNO

Omslag:
Marco Smits, *Ibiza*, acryl op doek, 120 x 120 cm,
Kunstuitleencollectie Special Arts.