



Maart 2018

# Vertellen telt!

Rapportage over het vernieuwde Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg en het Kwaliteitsrapport

## 1 Aanleiding: het vernieuwde kwaliteitskader

In 2015 en 2016 heeft de sector gehandicaptenzorg gewerkt aan de vernieuwing van het landelijke kwaliteitskader. Hierin is de weerslag te zien van een ontwikkeling die in de gehandicaptenzorg op gang is gekomen: van kwantiteit naar kwaliteit. Dat is een ontwikkeling die de inspectie toejuicht en waar zij in haar toezicht graag op aansluit. De inspectie ziet in het vernieuwde kwaliteitskader de volgende voordelen:



Het vernieuwde kwaliteitskader bestaat uit vier bouwstenen:

- a. de cliënt en de zorg die hij krijgt
- b. de cliëntervaringen
- c. het functioneren van de teams
- d. het kwaliteitsrapport.

In 2016 zijn 24 zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg als voorlopers (ook wel proeftuinen genoemd) met het vernieuwde kwaliteitskader aan de slag gegaan. In de 24 kwaliteitsrapporten die dit heeft opgeleverd, hebben de zorgaanbieders ieder op hun eigen manier verschillende aspecten van kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg binnen hun organisatie zichtbaar gemaakt. Ook laten de kwaliteitsrapporten zien wat en hoe de organisaties leren en aan welke verbeteracties ze werken.

In deze rapportage beschrijft de inspectie haar bevindingen met de voorlopers. In paragraaf 2 komen de belangrijkste bevindingen uit de gesprekken met de bestuurders van de 24 voorloperorganisaties aan bod. Vervolgens beschrijft de inspectie in paragraaf 3 haar risicogestuurde werkwijze in relatie tot het voorlopertraject. In paragraaf 4 gaat de inspectie in op hoe zij als toezichthouder kan aansluiten op het vernieuwde kwaliteitskader. Ten slotte trekt de inspectie in paragraaf 5 een aantal conclusies en doet zij een aantal aanbevelingen.

## 2 Algemene bevindingen over proces van de 24 gesprekken.

De voorlopers hebben enorm veel werk verzet om invulling te geven aan het vernieuwde kwaliteitskader. Daarvoor verdienen alle betrokken cliënten, medewerkers en bestuurders veel waardering.

Het vernieuwde kwaliteitskader geeft een andere kijk op kwaliteit. De zorgaanbieders willen in hun jaarlijkse kwaliteitsrapport informatie aanbieden over de invulling van de bouwstenen van het kwaliteitskader:

- Kwaliteit en veiligheid van de zorg, met versterking van keuzevrijheid voor de cliënt;
- Systematische bevraging van cliëntervaringen en benutten van de uitkomsten daarvan;
- Zelfreflectie in teams en andere organisatorische eenheden;
- Externe visitaties, die ook een bron zijn voor het kwaliteitsrapport.

Voor de zorgaanbieders is het belangrijk om deze informatie met zo min mogelijk inspanningen te kunnen aanleveren. In paragraaf 4 staat welke informatie de inspectie nodig heeft.

De inspectie heeft gezien en gehoord dat het vernieuwingsproces bij de deelnemende zorgaanbieders veel energie heeft losgemaakt. Tegelijkertijd merkt de inspectie dat de vernieuwing veel vraagt van iedereen. Het gaat om het opnieuw inrichten van bedrijfsprocessen om een kwaliteitsrapport op te kunnen leveren. Bestuurders gaven tijdens de gesprekken aan dat de nieuwe kwaliteitsrapporten eigenlijk vooral een cultuurverandering in de organisatie bewerkstelligen.

Verschillende vragen kwamen aan bod:

- Krijgt de cliënt zelf de regie?
- Reflecteren de medewerkers als team op hun werk? Stellen zij elkaar de vragen: “Doen we de goede dingen? Doen we de dingen goed?”
- Zijn bestuurders bereid om zich te verantwoorden tegenover cliënten en cliëntvertegenwoordigers, medewerkers en externe stakeholders?
- Zijn bestuurders bereid om transparant te zijn over wat goed gaat en wat niet?

De bestuurders benadrukten dat het lerend vermogen van hun organisatie voorop staat. Ook de inspectie vindt dit cruciaal. Zij hebben aangegeven dat zij behoefte hebben aan regelmatige reflectie – bij voorkeur in gesprek met de inspectie – over de vraag of zij op de goede weg zijn.

De kwaliteitsrapporten zijn niet volgens één bepaald format opgesteld. De zorgaanbieders hadden de vrije hand bij het opstellen van hun kwaliteitsrapport. Reden hiervan was dat het kwaliteitsrapport hierdoor een betere afspiegeling is van de identiteit van de zorgaanbieder. Deze keuze leidt tot een grote diversiteit in vorm en inhoud. Tegelijkertijd constateert de inspectie dat de meeste zorgaanbieders het belangrijk vinden om in de kwaliteitsrapporten binnen de bouwstenen informatie over een aantal vaste thema's op te nemen.

Zorgaanbieders vinden de bouwsteen ‘zelfreflectie in teams’ de meest ingrijpende verandering in het nieuwe kwaliteitskader. Zij zien het belang ervan in, maar vragen zich tegelijkertijd af of je investeringen in deze bouwsteen terug zult zien in de kwaliteit van de zorg. Wanneer doe je het goed? Hoe monitor je de voortgang over deze bouwsteen? Hoe rapporteer je erover? Een aantal zorgaanbieders vindt het niet wenselijk en sommigen vinden het zelfs onmogelijk om te rapporteren over meer en minder goed functionerende teams. Ze vrezen dat dit zorgverleners demotiveert. De inspectie verwacht geen publicatie op teamniveau. De inspectie verwacht wel van de bestuurders dat zij zelf zicht hebben op het functioneren van de teams en de inspectie daarover, als zij daarom vraagt, kunnen informeren.

## 3 Voorlopers en risicogestuurd toezicht

### Risicogestuurd toezicht in de gehandicaptenzorg

Bij het risicogestuurde toezicht verzamelt de inspectie proactief data. Op basis hiervan beoordeelt zij waar zij risico's verwacht in de zorg. Rekening houdend met de beschikbare capaciteit, bezoekt de inspectie die instellingen waarbij zij veronderstelt dat de risico's voor de kwaliteit van de zorg en de veiligheid van de cliënt hoger zijn dan gemiddeld. De risico-inschatting neemt in betrouwbaarheid toe als meerdere informatiebronnen worden gebruikt.

De inspectie baseert haar risicogestuurde toezicht in de gehandicaptenzorg op een aantal indicatoren. Zij verzamelt per zorgaanbieder relevante informatie voor deze risicoindicatoren aan de hand van bedrijfsinformatie, inspectiebevindingen, onderzoeken naar calamiteiten, klachten en signalen van burgers en berichtgeving in de media. Vervolgens analyseert zij deze informatie en stelt zij een risicoprofiel op. Aan de hand daarvan bepaalt zij de prioriteit voor een inspectiebezoek aan een locatie.

### De aanpak van de inspectie in het voorlopertraject

De inspectie heeft de kwaliteitsrapporten van de 24 deelnemende zorgaanbieders ontvangen. Om een analyse te kunnen maken heeft de inspectie voor zichzelf een concept analysekader opgesteld. Aan de hand hiervan wilde de inspectie onderzoeken of het mogelijk was om de

kwaliteitsrapporten te gebruiken voor haar toezicht. Met behulp van dit concept analysekader hebben steeds twee inspecteurs elk kwaliteitsrapport geanalyseerd. De uitgevoerde analyse was nadrukkelijk geen beoordeling van het kwaliteitsrapport. De inspectie heeft feedback van de voorlopers gevraagd op het concept analysekader. Hiervan hebben zij beperkt gebruik gemaakt. Het concept analysekader is ook intern geëvalueerd. Vervolgens heeft de inspectie de bestuurders van alle 24 voorlopers bezocht om het kwaliteitsrapport te bespreken. Op verzoek van de inspectie waren bij een aantal van deze gesprekken ook cliënten, (vertegenwoordigers) en/of professionals aanwezig. Dit had toegevoegde waarde. In de gesprekken stond niet alleen de inhoud van het kwaliteitsrapport centraal, maar ook het proces om het kwaliteitsrapport op te stellen.

#### **Reflectie van de deelnemers op het kwaliteitsrapport**

Op diverse onderdelen verschillen de bestuurders van de 24 voorlopers van mening over wat er wel en niet in het kwaliteitsrapport thuishoort en over het betrekken van stakeholders bij het proces van leren en verbeteren:

- Neem je wel of niet een overzicht van alle verbetermaatregelen op in het kwaliteitsrapport?
- Hoe neem je de ervaringen van cliënten en verwanten mee in je verbeterproces? Hoe houd je hen aangesloten?
- Teamreflectie is verreweg het meest 'nieuwe' thema in het vernieuwde kwaliteitskader. Welke vragen moet je hierover stellen om de kern te raken?
- Kun je inzicht geven in goed en minder goed presterende teams en tegelijkertijd voorkomen dat er een cultuur van 'naming and shaming' ontstaat?
- Hoe beschrijf je de afstemming van de deskundigheid van de medewerkers op de zorgvragen van de cliënten in zowel tel- als vertel-informatie?
- Moet je wel of niet in het kwaliteitsrapport iets zeggen over hoe je risico's op individueel cliëntniveau afweegt?
- Wat zijn de juiste indicatoren en te stellen vragen als het gaat om de sturing op kwaliteit en veiligheid van de zorg?

#### **4 Het toezicht door de inspectie**

In het algemeen is het voor de inspectie van belang dat de nieuwe kwaliteitsrapporten bijdragen aan een betere kwaliteit van zorg, aan het leren en verbeteren door zorgaanbieders en aan transparantie in de gehandicaptenzorg. De eerste indrukken van de inspectie op basis van de 24 kwaliteitsrapporten zijn wat dat betreft positief. Tegelijkertijd is het te vroeg om aan de hand hiervan uitspraken te doen over hun feitelijk effect op de kwaliteit van zorg en het leervermogen van de 24 voorlopers.

De inspectie spant zich in om in haar toezicht zo veel mogelijk aan te sluiten bij de ontwikkelingen in de gehandicaptenzorg. Daarom wil zij graag het nieuwe kwaliteitskader gebruiken bij de doorontwikkeling van haar risico-inschatting. Uit de interne evaluatie is naar voren gekomen dat dit mogelijk is als de kwaliteitsrapportages van de zorgaanbieders vergelijkbare informatie bevat die de inspectie goed kan verwerken.

Het vernieuwde kwaliteitskader maakt een beweging van kwantiteit naar kwaliteit. Tot nog toe leverden zorgaanbieders jaarlijks door middel van een uitvraag vooral kwantitatieve informatie aan door circa 90 vragen te beantwoorden (in de sector bekend als 'pijler 1'). De sector ervoer hierbij administratieve lasten en wil deze nu graag zo veel mogelijk beperken. Ook de inspectie is van mening dat er verbeteringen nodig waren in pijler 1. De informatie uit de oude pijler 1 had onvoldoende onderscheidend vermogen en weinig stimulerende waarde. In de nieuwe pijler 1 is het aantal vragen sterk verminderd. De inspectie zal onderzoeken of de combinatie van de informatie uit de nieuwe pijler 1 en uit de kwaliteitsrapportages leidt tot een betere risicodetectie.

De inspectie ziet het belang van 'vertellen' en van informatie over zelfreflectie. Voor de inspectie is het alleen niet mogelijk om louter op basis van kwalitatieve data tot een valide risico-inschatting te komen. Daarom heeft zij ook behoefte aan kwantitatieve informatie over de vier bouwstenen. De inspectie wil informatie uit de kwaliteitsrapporten op een effectieve en efficiënte manier ontvangen, verwerken en analyseren. Om die reden is het nodig dat het kwaliteitsrapport een samenvatting en een bestuurlijke reflectie bevat, waarin een aantal vaste onderwerpen is opgenomen.

Wat de inspectie jaarlijks minimaal van zorgaanbieders nodig heeft om haar toezicht vorm en inhoud te kunnen geven, is een kwaliteitsrapport dat de volgende informatie bevat:

- een eigen oordeel van de bestuurder;
- een reflectie van stakeholders (raad van toezicht, cliëntenraad en ondernemingsraad);
- de vier bouwstenen die zichtbaar worden door te vertellen en kwantitatieve data te leveren over:
  - \* het zorgproces rond de individuele cliënt, inclusief informatie over:
    - de vraag of de ondersteuningsplannen op orde zijn;
    - de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen en de maatregelen om tot afbouw daarvan te komen;
    - incidenten en calamiteiten en de genomen verbetermaatregelen;
    - klachten en de follow-up daarvan;
  - \* de ervaringen van cliënten;
  - \* hoe medewerkers aan kwaliteit werken, waaronder het aantal teams dat een teamreflectie heeft gehouden en waartoe de teamreflecties hebben geleid;
  - \* het bestuurlijk leiderschap rond kwaliteit en veiligheid.

De inspectie heeft hierover overeenstemming met de VGN bereikt. In de kwaliteitsrapporten zullen de bovenstaande thema's uitgebreid aan de orde komen en onderbouwd worden met relevante data. Het kwaliteitsrapport zal ook een samenvatting bevatten waarin de genoemde onderwerpen op hoofdlijnen, maar wel concreet, beschreven worden.

Bestuurders van de 24 voorlopers hebben allen aangegeven: voorkom bij de uitvraag in pijler 1 dubbelingen met het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) en het financieel jaarverslag. De inspectie houdt hier rekening mee. Op basis van alle feedback van de bestuurders en de eigen evaluatie heeft de inspectie aan het Zorginstituut Nederland voorgesteld het aantal vragen in pijler 1 sterk te reduceren. De uitwerking daarvan is inmiddels ter hand genomen.

## 5 Conclusies en aanbevelingen

### Conclusies

De koers van de sector is gericht op lerend vermogen, reflectie en transparantie. De IGJ omarmt deze koers en volgt de ontwikkelingen op de voet. Ze ziet kansen voor verdere verbetering van de kwaliteit en de veiligheid van de zorg. Op grond van de ervaringen met de 24 voorlopers verwacht de IGJ i.o. dat de kwaliteitsrapporten een belangrijke bijdrage kunnen gaan leveren aan het proces van leren en verbeteren in de gehandicaptenzorg.

Het nieuwe kwaliteitskader en het opstellen van de kwaliteitsrapporten heeft bij de voorlopers veel positieve energie losgemaakt. Tegelijkertijd vraagt het opstellen van de nieuwe kwaliteitsrapporten om een cultuurverandering in de gehandicaptenzorg. Het kwaliteitsrapport heeft als primaire functie het versterken van de interne verbetercultuur, die gericht moet zijn op het van elkaar leren. De secundaire functie is het vertellen van het eigen verhaal van de zorgaanbieder, en de verantwoording aan de stakeholders. De variatie in de gesprekken met de bestuurders van de voorlopers laten zien dat ook op dit punt ontwikkeling en verbetering mogelijk is.

Het concept 'zelfreflectie in teams' is het meest vernieuwende element in het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. De voorlopers geven aan dit concept nog een zeer diverse invulling. Het concept staat nog in de kinderschoenen. De effectiviteit van 'zelfreflectie in teams' om te verbeteren en om het lerend vermogen te versterken is nog onduidelijk. Om die reden zal de inspectie de vormgeving, de implementatie en de effectiviteit nauwgezet volgen.

De zorgaanbieders geven in hun kwaliteitsrapporten, naast een beperkte hoeveelheid kwantitatieve informatie, vooral kwalitatieve informatie. Bovendien kunnen de zorgaanbieders de kwaliteitsrapporten vormvrij opstellen. Door deze combinatie is het voor de inspectie een uitdaging om de kwaliteitsrapporten te gebruiken in het toezicht. In de periode tot 2020 zal de inspectie periodiek evalueren of de kwaliteitsrapporten voldoende informatie geven voor het toezicht. De inspectie zal aangeven welke verbeteringen dan nodig zijn.

De sector heeft afgesproken dat zorgaanbieders zelf de kwaliteitsrapporten openbaar maken. De inspectie vindt dat een goede bijdrage aan de transparantie in de zorg. Veel voorlopers hebben het kwaliteitsrapport over 2016 al op de eigen website gepubliceerd. Degenen die dit nog niet hebben gedaan, zullen dit gaan doen als het kwaliteitsrapport over het jaar 2017 gereed is. Zorgaanbieders hebben eveneens het voornemen het kwaliteitsrapport toegankelijk en begrijpelijk te maken voor cliënten, bijvoorbeeld door een cliëntversie te maken. Slechts enkele voorlopers waren zover dat zij al over een 'cliëntversie' van het kwaliteitsrapport beschikken. De inspectie verwacht dat in 2018 alle zorgaanbieders een cliëntversie zullen publiceren.

Het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg is gericht op leren en ontwikkelen. Dat geldt ook voor het proces om een kwaliteitsrapport op te stellen. De inspectie verwacht dat in de periode tot 2020 de sector een leercurve zal laten zien. De inspectie zal op dat leerproces toezien. Om die reden zal de inspectie periodieke evaluaties uitvoeren en aangesloten blijven bij de stuurgroep Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg.

### Aanbevelingen

De inspectie richt zich met de volgende aanbevelingen tot de bestuurders van alle zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg:

1. Maak bij cliënten, cliëntvertegenwoordigers en medewerkers duidelijk dat het kwaliteitsrapport in de komende jaren het belangrijkste hulpmiddel is om de interne verbetercultuur te stimuleren. Daarvoor is het nodig dat er meer tijd en aandacht is voor transparantie en reflectie in de teams, om het lerend vermogen in de organisatie te versterken.
2. Leg met behulp van het kwaliteitsrapport verantwoording af over kwaliteit en veiligheid aan de relevante stakeholders door een transparant verhaal te vertellen, inclusief fouten en tekortkomingen. Voorkom 'windowdressing'.
3. Besteed extra aandacht aan de ontwikkeling van het concept 'reflectie in de teams', dat een belangrijk vernieuwend element is in het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Hierdoor kan voor alle betrokkenen duidelijker worden wat het concept inhoudt, welke effecten ermee beoogd worden en tot welke resultaten het leidt.
4. Publiceer het kwaliteitsrapport, tegelijkertijd met de jaarrekening en het jaarverslag, op de eigen website.
5. Maak altijd een cliëntversie van het kwaliteitsrapport.
6. Reflecteer als zorgaanbieders jaarlijks met elkaar op de vorm en inhoud van de kwaliteitsrapporten en gebruik goede voorbeelden om elkaar te inspireren.