

Vernieuwing kwaliteitskader GHZ: aanpak bij “ontwikkelruimte 2016”

1. Vernieuwing kwaliteitskader

Met verkenningen in de gehandicaptenzorg is vanaf het voorjaar 2015 een vernieuwing van het landelijk kwaliteitskader uitgewerkt; dat kader is van toepassing op Wlz-zorg. De staatssecretaris van VWS is bereid om vanaf begin 2016 ruimte te geven voor deze vernieuwing, via proeftuinen waarin 20 instellingen met de vernieuwde opzet gaan werken. Hierover gaat deze notitie: doel en opzet van de proeftuinen, en belangrijke aandachtspunten daarbij.

RICHTING

In elke zorgsector heeft een kwaliteitskader drie functies:

- het geeft een inhoudelijk perspectief op ‘goede zorg’, met de zorgbehoeften van cliënten als vertrekpunt;
- het preciseert welke informatie nodig is om het primair zorgproces goed te laten lopen zodat zorgverleners “de juiste dingen doen” en
- het legt de basis voor een onderbouwd overzicht van kwaliteit van zorg in de organisatie zodat helder is “wat goed gaat en wat beter moet”.

Voor de gehandicaptenzorg is in eerdere jaren al een inhoudelijk perspectief ontwikkeld; dit is onverminderd van belang – zo is het breed gedeelde oordeel in de sector. Er is een verband met het VN-verdrag over rechten van mensen met beperkingen.

Vernieuwing is vooral nodig in de werkwijzen. Daartoe is een aangepast kader uitgewerkt dat enerzijds voortbouwt op de huidige pijlers, anderzijds meer nadruk legt op het zorgproces rond de individuele cliënt, en op het werkproces in de teams die voortgaand alle zorg & ondersteuning bieden. Het vernieuwde kader berust op drie bouwstenen die samen leiden tot een kwaliteitsrapport waarmee de instelling overzicht biedt, voor intern verbeteren en extern verantwoorden.

RUIMTE

Binnen de branche bestaat brede steun voor de gekozen richting; dat geldt ook voor de landelijke stuurgroep waarin alle partijen deelnemen (cliëntenorganisaties, beroepsgroepen, IGZ, ZN, VGN, VWS). Tegelijk is het inzicht dat een nieuw kader niet ineens sector-breed kan worden ingevoerd. Er is gekozen voor ‘ontwikkelruimte’ in 2016, door 20 instellingen in proeftuinen te laten werken met een nieuw kader, onder vrijstelling voor het huidige kader.

Als gezegd: de staatssecretaris van VWS wil die ruimte geven; de landelijke stuurgroep heeft regie over de uitvoering van de proeftuinen; de VGN heeft een kernrol in de projectorganisatie.

In december 2015 maken we een overzicht van instellingen die interesse hebben om mee te doen aan de proeftuinen. Medio januari 2016 moet er duidelijkheid zijn over welke zorginstellingen, op basis van hun werkplan, meedoen onder conditie van vrijstelling voor verplichtingen in het huidige

kwaliteitskader. Deelnemende instellingen zullen in de loop van 2016 hun inzichten en ervaringen bundelen (voorjaar, najaar); in het verlengde ervan kan de landelijke stuurgroep eind 2016 een vernieuwd kwaliteitskader vaststellen voor bredere invoering in de sector.

2. Doelstelling

Met het document “vernieuwing kwaliteitskader gehandicaptenzorg” (oktober/november 2015) heeft de landelijke stuurgroep de contouren van de proeftuinen vastgelegd. Daarin staat op welke wijze de zorginstelling actueel zicht op kwaliteit heeft, gericht werkt aan kwaliteitsverbetering, bovendien transparant is over de stand van zaken. Er zijn drie bouwstenen, en erop aansluitend maakt de zorginstelling een kwaliteitsrapport.

Het uitgangspunt voor de proeftuinen is daarom:

- toepassen van het vernieuwde kader zoals opgenomen in het genoemde document,
- met de gezamenlijke deelnemers leren van elkaar en tegelijk het kader nader invullen,
- verkennen met welke werkvormen de stap van overzicht naar verantwoording mogelijk is.

AAN DE SLAG

Ontwikkeling van het vernieuwde kader vindt plaats door “gewoon aan de slag te gaan” op een manier die stimulerend is voor de medewerkers in het primair proces, die cliënten aan het woord laat (onder meer vanuit cliëntervaring-onderzoek); die tegelijk invulling geeft aan de bestuurlijke opdracht (sturen op kwaliteit moet minstens zo belangrijk zijn als sturen op financiën).

We hanteren het ‘zelf zien = laten zien’ principe. Het betekent dat alle deelnemende instellingen met de bouwstenen aan de slag gaan, dat ze een kwaliteitsrapport maken conform voorgestelde inhoud, en dat ze erover tot dialoog komen met cliëntvertegenwoordigers en toezichthouders. Bij een deel van de instellingen (minimaal 10) zal ook de beoogde toetsing plaatsvinden; met een nader uit te werken vorm van een visitatieproces waarin buitenstaanders meekijken naar de degelijkheid van het kwaliteitsrapport in relatie tot de toepassing van de bouwstenen.

De proeftuinen zijn in eerste instantie gericht op de zorginstelling, en de verzameling van concrete eenheden daarbinnen (woonvormen). Tegelijk is de opzet van de proeftuin nog wat breder. Het is de bedoeling dat er ook ruimte is voor oefenen met nieuwe vormen van dialoog met externe partijen zoals de IGZ en het zorgkantoor.

We vinden dat die dialoog onderdeel is van de ontwikkelfase in 2016. Het vereist dat genoemde partijen vanaf begin 2016 vanuit de zorginstelling worden geïnformeerd over de proeftuin; en dat vervolgens een vorm van betrokkenheid wordt afgesproken.

SAMEN ERVAN LEREN

Het geheel van proeftuinen is erop gericht om de landelijke stuurgroep in november/december 2016 een meer definitieve versie van een vernieuwd kwaliteitskader te doen vaststellen. Inzichten vanuit de proeftuinen leiden tot aanscherping van de inhoud van het kwaliteitskader en de werkvormen die we afspreken om een zinvol en zuiver zicht op kwaliteit te krijgen.

In december 2016 moet besluitvorming plaatsvinden over de verdere invoering van een vernieuwd kwaliteitskader: zetten we dan meteen de stap naar brede invoering, of is nog een tussenstap nodig.

Bij dit alles past een tussentijdse monitoring. Dat gebeurt via enkele gezamenlijke werksessies van alle deelnemers; daarnaast via werkbezoeken aan de afzonderlijke deelnemers. In het voorjaar

van 2016 maken we een overzicht van “hoe men in de proeftuinen aan de slag is gegaan”. In het najaar van 2016 volgt een uitgebreider overzicht van de aanpak en de resultaten. De overzichten komen voor de gehele sector beschikbaar, met het oog op een gezamenlijk leerproces.

3. Deelnemers

De landelijke stuurgroep – zo ook het ministerie van VWS – denkt aan ontwikkelruimte voor een twintigtal zorginstellingen. In december 2015 inventariseren we welke instellingen belangstelling hebben; medio januari 2016 willen we duidelijkheid hebben over de instellingen die als proeftuin gaan meedoen. Dat vindt zijn neerslag in besluiten van het ministerie van VWS, aanvullend van het Zorginstituut.

SELECTIE

We leggen vooraf geen normen op voor deelname. Het belangrijkste criterium is enthousiasme bij de zorginstelling om met het vernieuwde kader aan de slag te gaan en commitment voor de inspanning en aanpak.

Het is de bedoeling dat de zorginstelling als geheel meedoet, dan wel een relatief zelfstandige organisatorische eenheid (bijvoorbeeld een regio van een landelijk werkende instelling) van substantiële omvang.

Het is aantrekkelijk als de instelling al ervaring heeft met nieuwe bouwstenen als zelfevaluatie en reflectie op kwaliteit, maar noodzakelijk is dat niet (als het maar wordt gedaan in de proeftuin).

De IGZ heeft een aanvullende voorwaarde gesteld: deelname is niet mogelijk voor zorginstellingen die naar het inzicht van de inspectie niet voldoen aan ‘verantwoorde zorg’ (is bijvoorbeeld extra aandacht in het kader van gefaseerd toezicht). De IGZ zal dit nog concretiseren.

WERKPLAN

De geïnteresseerde deelnemers krijgen in werkbijeenkomsten extra informatie (december 2015, en januari 2016). Elke instelling maakt een beknopt werkplan waarin wordt verduidelijkt hoe men met de bouwstenen van het vernieuwde kader gaat werken; ook of de toepassing betrekking heeft op de gehele instelling dan wel een organisatorische eenheid ervan. Daarnaast verduidelijkt het werkplan of en hoe men ruimte ziet voor betrokkenheid van cliënten(raad) en externe partijen (IGZ, zorgkantoor); tevens of men wil meedenken over passende vormen van visitatie (buitenstaanders kijken mee). We willen de volgende checklist voor het werkplan meegeven aan geïnteresseerde instellingen:

- Wie doet mee:
 - instelling of organisatorische eenheid (bijvoorbeeld grote regio van een landelijke instelling)
 - aantal cliënten in Wlz-zorg dat onder de proeftuin valt
- Wat gaan we doen
 - bereidheid om te werken volgens de inhoudelijke hoofdlijnen van het nieuwe kader
 - motivatie voor deelname in relatie tot eigen visie op kwaliteit,
 - haalbaarheid van een integrerend kwaliteitsrapport in het najaar 2016
 - wijze van betrokkenheid cliënten, professionals en stakeholders in de proeftuin
- Ervaring met werkwijzen uit vernieuwd kader
 - heeft de instelling in 2014-2015 ervaring opgedaan met werkwijzen als teamreflectie

- heeft de instelling ervaring met het opstellen van een integrerend kwaliteitsrapport
- Gezamenlijk platform
 - bereidheid tot deelname aan enkele gezamenlijke bijeenkomsten van deelnemers
 - bereidheid tot het leveren van een voortgangsverslag in het voor- en najaar 2016
- Interne organisatie (instelling)
 - wie is de projectleider voor de proeftuin of wie is de voorlopige contactpersoon
 - hoe zal het interne projectteam zijn samengesteld
- Overige punten
 - welke ideeën zijn er over externe toetsing van de gehanteerde aanpak (visitatie)
 - wanneer is de meest recente cliëntenraadpleging uitgevoerd (pijler 2B) en met welk instrument
 - welke vorm en omvang van externe ondersteuning is gewenst

Op basis van deze onderdelen komt de landelijke stuurgroep tot een zakelijke beoordeling van de aangereikte werkplannen, en zal in het verlengde ervan vaststellen welke deelnemers in het geheel van 20 proeftuinen komen.

Als de belangstelling veel breder zou zijn dan een twintigtal instellingen – en alle werkplannen zijn positief beoordeeld – dan zullen we met het ministerie van VWS bespreken om een ruimer aantal deelnemers toe te laten.

VRIJSTELLING

De deelnemers kunnen desgewenst vrijstelling krijgen van de informatieverplichtingen in het huidige kwaliteitskader, specifiek de pijlers 1 en 2A.

Bij pijler 1 betreft het informatie op het niveau van de organisatie (vooral vanuit gegevens over 2015). Bij pijler 2A betreft het informatie over elke individuele cliënt, aan de hand van een vaste vragenlijst.

Pijler 2B (cliëntwaarderingsonderzoek) zal gewoon doorlopen in het vernieuwde kwaliteitskader; bij elke deelnemende instelling geldt de reguliere cyclus van onderzoek.

Het ministerie van VWS zal in afstemming met het Zorginstituut de beoogde vrijstelling in een brief aan de instelling vastleggen.

4. Werkproces

Als gezegd: medio januari 2016 moet er duidelijkheid zijn over de deelnemende instellingen. Erop aansluitend zal een startbijeenkomst plaatsvinden. Met de deelnemende instellingen willen we in januari en februari 2016 heldere afspraken maken over de werkwijzen binnen de proeftuinen. Zo nodig zullen we de bouwstenen nog wat nader invullen, of gezamenlijke spelregels formuleren.

Het vernieuwde kwaliteitskader heeft de volgende drie bouwstenen:

(1) *DE CLIENT: kwaliteit bij de individuele persoon.*

- De eerste bouwsteen bevat indicatoren over de zorg rond de cliënt. Op het niveau van de individuele cliënt is daarover informatie beschikbaar. Het betreft onder meer:
 - een goed overzicht van ondersteuningsbehoeften,
 - afspraken over de dagelijkse zorg & ondersteuning (en of we die waarmaken),
 - zicht op bijzondere gezondheidsrisico's en aandachtspunten voor veilige zorg,
 - hoe het staat met de kwaliteit van bestaan en welke verbetering daarin wenselijk is
 - eventueel ook: welke afwegingen zijn gemaakt rond 'onvrijwillige zorg'.

- In de proeftuinen is per cliënt informatie beschikbaar over die onderwerpen. Doorgaans zal die informatie gekoppeld zijn aan het persoonlijk ondersteuningsplan.
- Heel belangrijk is tegelijk het proces rond een ondersteuningsplan: de kwaliteit van de dialoog, of de persoon betrokken is bij afspraken, eigen ontwikkeldoelen naar voren komen, tekorten in de ervaren kwaliteit van leven aandacht krijgen.
- Een aandachtspunt voor gezamenlijk beraad is daarnaast: hoe vanuit de informatie over de individuele cliënten een samenvattend beeld voor de gehele cliëntenpopulatie mogelijk is.

(2) CLIENTERVARINGEN: de inzichten van het geheel van cliënten

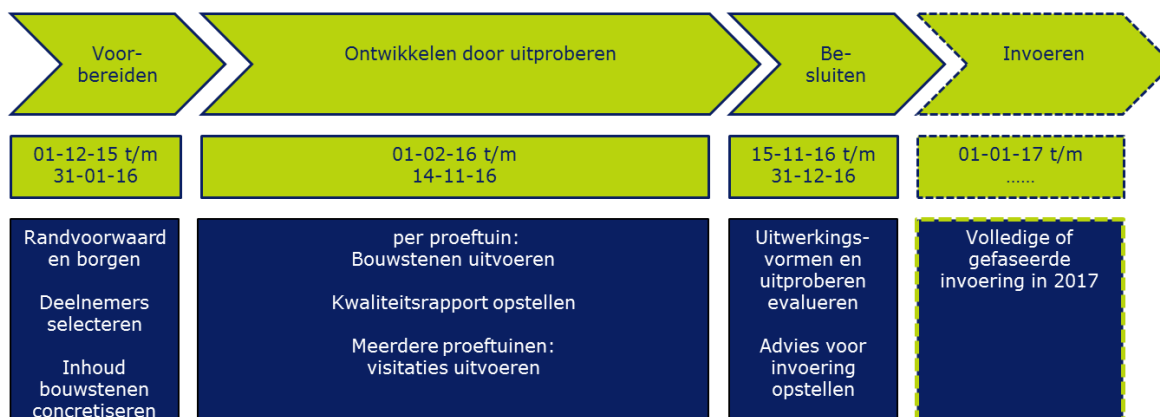
- De tweede bouwsteen gaat over cliëntervaringen. In de gehandicaptenzorg werken we met een waaier van instrumenten. Op landelijk vlak wordt gewerkt aan verdere verbetering van de waaier (vooral: geldigheid, betrouwbaarheid, bruikbaarheid). We willen in komende jaren bereiken dat elk instrument informatie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

(3) TEAMS: zelfreflectie in teams en woonvormen

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

PROEFTUINEN

De ontwikkelruimte voor het vernieuwde kwaliteitskader is bedoeld als (1) een stimulans om op nieuwe manieren aan kwaliteitsoverzicht en kwaliteitsverbetering te werken, (2) een aanzet tot een meer definitief kwaliteitskader dat vanaf begin 2017 breder kan worden ingevoerd. Met de proeftuinen krijgen we een scherper beeld van dat vernieuwde kwaliteitskader. Daarom is het werkproces ingedeeld in enkele fasen: voorbereiding, uitproberen (proefdraaien) en besluitvorming.



- De voorbereidingsfase is al genoemd. We organiseren enkele gezamenlijke werkbijeenkomst voor de deelnemende instellingen. Daarin bespreken we ook de opgestelde werkplanen (elke proeftuin heeft zo'n werkplan), bezien we wat er van elkaar te leren valt, en maken we afspraken over een transparant vervolgproces.
- In de uitprobeerfase gaan 20 proeftuinen alle bouwstenen uitproberen (op basis van het eigen werkplan). In maart of april 2016 organiseren we een gezamenlijke werkconferentie, om samen door te nemen hoe het gaat, waar de inspiratie zit en welke obstakels er eventueel zijn. De inzichten zullen we voor de sector beschikbaar stellen. Ze worden uiteraard besproken in de landelijke stuurgroep.
- Onderdeel van de uitprobeerfase is ook dat elke instelling een integraal kwaliteitsrapport opstelt dat aansluit op de drie bouwstenen. Voor dat rapport komt een algemeen format beschikbaar dat de aandachtsvelden van de rapportage noemt. Binnen de organisatie wordt het kwaliteitsrapport in ieder geval met de cliëntenraad doorgenomen.
- In de besluitvormingsfase bundelen we eerst de inzichten uit de proeftuinen; dat zal gebeuren in november 2016. Opnieuw komen we tot een gezamenlijke werkconferentie van deelnemers; en tegelijk verbreden we die met externe partijen (IGZ, VWS, ZiNL, ZN). In een apart beraad zullen we met cliëntenorganisaties de ervaringen uit de proeftuinen grondig doornemen.
- De inzichten verwerken we in een aangepaste versie van het vernieuwde kwaliteitskader; dat zal in de landelijke stuurgroep ter beoordeling voorliggen. Doel is dat de gezamenlijke partijen het vernieuwde kader kunnen onderschrijven als zinvol en werkbaar. Afhankelijk van de beoordeling door de stuurgroep – daarnaast het oordeel van de branche van instellingen – volgt een schema voor bredere invoering in de gehandicaptenzorg vanaf begin 2017. Hiervoor zal in december 2016 een plan van aanpak worden ontwikkeld.

VISITATIEPROCES

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

nieuwe aanpak tot een meer doorleefd en beter onderbouwd beeld van kwaliteit leidt dat de huidige pijler-systematiek.

VERANTWOORDING

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

5. Planning & organisatie

PLANNING

Voor het geheel van proeftuinen hanteren we de volgende globale planning:

○ Instellingen melden hun belangstelling voor deelname	december 2015
○ Indiening plannen van aanpak	12 januari 2016 12:00
○ Landelijke stuurgroep neemt besluit over deelnemers	15 januari 2016
○ Startbijeenkomst met deelnemende instellingen	21 januari 2016
○ Proeftuinen: aan de slag met vernieuwd kwaliteitskader	februari – november 2016
○ Eerste gezamenlijke werkbijeenkomst van proeftuinen	maart/april 2016
○ Stuurgroep evalueert inhoudelijke en procesmatige voortgang	voorjaar 2016
○ Tweede gezamenlijke werkbijeenkomst proeftuinen	oktober/november 2016
○ Stuurgroep evalueert inhoudelijke en procesmatige voortgang	najaar 2016
○ Per instelling een concept kwaliteitsrapport gereed	uiterlijk 1 november 2016
○ Visitatieproces bij een deel van de instellingen	september -november 2016
○ Overzicht van bevindingen uit de proeftuinen	november 2016
○ Voorstel voor vernieuwd kwaliteitskader	begin december 2016
○ Besluitvorming over kwaliteitskader (stuurgroep, VWS, ZiNL)	december 2016

Een meer gedetailleerde planning is opgenomen in een bijlage. De details ervan worden in januari 2016 met de deelnemers vastgesteld.

ORGANISATIE

- Onder regie van de landelijke stuurgroep “kwaliteitskader gehandicaptenzorg” worden de proeftuinen uitgevoerd.
- Met het oog op een voorspoedig verloop van de proeftuinen wordt een kerngroep gevormd. Die bestaat uit: voorzitter landelijke stuurgroep, projectleider vanuit VGN, iemand vanuit VWS en deelnemer vanuit de cliëntenorganisaties.
- Elke deelnemende instelling heeft een interne projectmanager voor de proeftuin; het geheel van die personen vormt het platform waarin inhoudelijk beraad plaatsvindt.

COMMUNICATIE

- De ruimte voor proefdraaien met een vernieuwd kwaliteitskader is niet alleen interessant voor de deelnemers; ook breder in de sector zal er belangstelling zijn voor wat er gedaan wordt en welke meerwaarde daaraan vastzit.
- De bevindingen worden gebundeld (voorjaar, najaar 2016), en beschikbaar gesteld aan de sector voor een breder leerproces.

6. Besluitvorming

De ontwikkelruimte in 2016 leidt tot aangescherpte inzichten over de vraag, hoe het vernieuwde kwaliteitskader eruit gaat zien. We streven naar overzicht in november 2016 en besluitvorming in december 2016. Vanaf daar zijn twee scenario's denkbaar:

- (1) noodzaak van extra tijd voor het ontwerp van een kwaliteitskader;
- (2) breed gedragen vernieuwd kader dat vanaf voorjaar 2017 in de sector wordt ingevoerd. In het laatste geval zijn er twee varianten:

(a) gefaseerde invoering of

(b) meteen alle instellingen over naar het nieuwe kader.

Vooruitlopend op besluitvorming aan het einde van 2016 organiseren we in de loop van 2016 'denksessies' over vragen die met een vernieuwd kwaliteitskader samenhangen:

- geeft de vernieuwde opzet een impuls aan continue kwaliteitsverbetering op de werkvloer?
 - bevordert de opzet dat bestuurders een meer doorleefd overzicht van kwaliteit hebben?
 - kan straks een kwaliteitsrapport (vanuit 3 bouwstenen) als externe verantwoording dienen, welke informatie moet in dat rapport staan opdat de IGZ geen extra informatie-uitvraag bij instellingen hoeft te doen?
 - hoe gaat het zorgkantoor, in relatie tot de vernieuwde opzet, “sturen op kwaliteit van zorg” (bij voorkeur met een accent op gerichte afspraken over verbetertrajecten)?
 - is het mogelijk dat het kwaliteitsrapport ook kan bijdragen aan keuze-ondersteunende informatie voor “kiezende klanten”?
- NOOT: in opdracht van het zorginstituut zal binnenkort onderzoek starten over de wijze waarop mensen kiezen uit zorginstellingen, en welke informatie ze daarvoor nodig hebben.
- De samenhang Wlz-Wmo-Zvw-Jeugdwet.

Het is de bedoeling dat het vernieuwde kwaliteitskader wordt erkend door het Zorginstituut.

Daartoe is onder meer nodig dat de gezamenlijke veldpartijen een heldere visie hebben op de zorg vanuit een cliëntenperspectief, en dat ze afspraken hebben over kwaliteitsinformatie die voorziet in openheid over de kwaliteit die instellingen voor hun cliënten realiseren. Met het Zorginstituut blijven we in 2016 in gesprek over deze aandachtspunten.

Bijlage 1: Checklist bouwsteen 1: individuele cliënt

1. Indicatie

- Welke zorgindicatie heeft de cliënt?

2. Afspraken over dagelijkse zorg

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

3. Bijzondere zorgbehoeften

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

4. Aandachtspunten voor veilige zorg

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

5. Kwaliteit van bestaan

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

6. Betrokkenheid nabije familie

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

7. Onvrijwillige zorg

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

Bijlage 2: Checklist bouwsteen 3: teamreflectie

1. Zorgvuldig proces rond cliënten

- Zijn er actuele zorg- en ondersteuningsplannen?
- Lukt het om gemaakte afspraken over de reguliere zorg na te komen?

2. Zicht op veilige zorg

- Hebben we zicht op veiligheid en doen we wat nodig is?
- Hebben we veilige geneesmiddelenzorg (focus op de belangrijkste 3 aandachtspunten)?
- Hoe gaan we om met agressie in de zorg en met seksueel grensoverschrijdend gedrag?

3. Kwaliteit van bestaan

- Hebben we zicht op kwaliteit van bestaan en proberen we tekorten te verminderen?
- Draagt wat we doen bij aan kwaliteit van bestaan?
- Proberen we het netwerk van de cliënt daarbij te betrekken?

4. De kwaliteit van de relatie tussen cliënt en medewerker

- Wat zijn onze sterke punten bij inlevingsvermogen, communicatie, respect, zorgzaam zijn, luisteren?
- Wat zijn onze zwakke punten?
- Is er een echte dialoog met de cliënt en sturen we bij waar het nodig is?

5. Een succesvol werkproces binnen het team

- Hoe staat het team er voor met de competenties van medewerkers en zijn die toereikend in aansluiting op de zorgbehoeften van cliënten?
- Op welke punten bestaat de noodzaak van extra deskundigheid?
- Hoe gaat het met samenwerking binnen het team / de woonvorm?

6. Onvrijwillige zorg

- Hoe wordt actief aan het "nee tenzij" principe gewerkt?
- Zijn alternatieven verkend?
- Is systematische evaluatie gedaan?

7. Instellingen kunnen zelf thema's toevoegen

Bijlage 3: indeling kwaliteitsrapport

Algemene opzet:

Het bestuur van de zorginstelling maakt inzichtelijk hoe het ervoor staat met de kwaliteit van zorg, welke aandachtspunten voor de komende periode op de voorgrond komen. Daarmee is het kwaliteitsrapport primair een hulpmiddel voor intern verbeteren, maar tegelijk legt het de basis voor externe verantwoording en een vorm van externe visitatie. Daarom heeft het een vaste opbouw nodig.

Indeling thema's op hoofdlijnen:

1. Algemeen

- Welke cliënten (zzp) betreft het
- Welke soorten woonvormen en dagbesteding gaat het om
- Voldoen aan wettelijke vereisten inzake medezeggenschap, klachtenregeling, etc.

2. Kwaliteit rond de individuele cliënt: een zorgvuldig proces i.r.t. het ondersteuningsplan

- Waarmaken afspraken over zorg & ondersteuning
- Afwegen gezondheidsrisico's per cliënt
- inzicht hebben in 'kwaliteit van bestaan' en zo mogelijk tekorten aanpakken

3. Voorwaarden voor kwaliteit op het vlak van teams

- Competenties
- Samenwerking
- Ketenzorg bij complexe zorgvragen
- Betrokkenheid van informeel steunnetwerk rond de cliënt
- Beknopte verkenning rond borging van veilige zorg; bijvoorbeeld toerusting van medewerkers bij omgaan met agressie; of het terugdringen van onvrijwillige zorg

4. Samenvattend overzicht van cliëntervaringsonderzoek

- Verkregen inzichten over zowel de kwaliteit van dienstverlening als de kwaliteit van bestaan
- Aanduiding van de speerpunten voor verbetering

5. Het bredere ontwikkelperspectief van de organisatie

- Eventueel met extra aandacht voor bijzondere cliëntgroepen.

Bijlage 4: planning

[illegible]

Groen: doorlooptijd
Datum mijlpaal / besluit / overleg
Vakantieperiode (uitval capaciteit, geen doorloop mogelijk)
Fase