

Sámen maken we de zorg steeds beter

Samenvatting Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017 - 2022



Samenvatting Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017 - 2022

Een kwaliteitskader voor zorgaanbieders dat uitgaat van de kwaliteit van bestaan van cliënten ...

Aanbieders van zorg die valt onder de Wet langdurige zorg (Wlz), werken vanaf 2017 met het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022. Dit is de [link](#) naar het volledige document (doorklikken bij 'Kerndocumenten'). Het vernieuwde kwaliteitskader is gebaseerd op een gedeelde visie op goede zorg: persoonsgerichte zorg die bijdraagt aan de kwaliteit van leven van cliënten. En die helpt om hun eigen regie te vergroten.

... met meer nadruk op leren en verbeteren

Het kader heeft vier doelen. Allereerst geeft het cliënten helderheid over wat ze mogen verwachten van de zorg. Verder helpt het medewerkers om de zorg voortdurend te verbeteren. Ten derde is het richtinggevend, zodat het leidinggevenden helpt te sturen op kwaliteit. En ten slotte maakt het duidelijk hoe zorgaanbieders het zicht op kwaliteit kunnen gebruiken voor externe verantwoording. Meer dan voorheen ligt de nadruk op continu leren en verbeteren. Uiteindelijk draait het immers om steeds betere zorg.

... en van en voor de hele sector

De partijen die te maken hebben met gehandicaptenzorg onder de Wlz hebben samen gewerkt aan het kwaliteitskader. Dit zijn de landelijke cliëntenorganisaties, de beroepsgroepen, de branchevereniging, de

zorgkantoren en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). In 2016 deden 24 zorgaanbieders in proeftuinprojecten al ervaring op met het nieuwe kader. Daaruit bleek dat het kader goed aansluit bij de praktijk en duidelijkheid geeft aan iedereen die ermee te maken krijgt. Dit komt doordat de nadruk ligt op de kwaliteit van bestaan en op het leren en verbeteren in de praktijk. En – het allerbelangrijkst – door de aandacht voor wat cliënten en hun verwanten zélf vinden van kwaliteit.

Opbouw van het kwaliteitskader

Vier bouwstenen ...

Het kader bestaat uit vier bouwstenen. In de eerste drie wordt de kwaliteit bekeken vanuit drie perspectieven:

- dat van de individuele cliënt over zijn zorg,
- dat van meerdere cliënten over hun ervaringen,
- en dat van teams over hun functioneren.



... die in samenhang nog meer waarde krijgen.

De informatie uit de drie eerste bouwstenen komt samen in de vierde bouwsteen: het kwaliteitsrapport. Door de eerste drie bouwstenen in samenhang met elkaar te bekijken, ontstaat een helder, levendig zicht op kwaliteit. Daarmee geven zorgaanbieders antwoord op drie belangrijke vragen: Wat gaat goed? Wat kan beter? En hoe gaan we dat verbeteren? De bestuurder bespreekt het kwaliteitsrapport met de interne en externe stakeholders. Vervolgens vraagt de bestuurder minimaal twee externe onafhankelijke deskundigen om een visitatie over het rapport. Met als doel: leren en verbeteren.



Bouwsteen 1: het zorgproces rond de individuele cliënt

Zorgaanbieders gaan in gesprek met iedere cliënt ...

Goede zorg is persoonsgerichte zorg. Zorg die aansluit op de wensen en voorkeuren van de cliënt, die is afgestemd op zijn leven en waarbij ook echte betrokkenheid is van zijn vrienden en familie. Die zorg kunnen aanbieders alleen bieden als ze de cliënt goed kennen, met al zijn mogelijkheden en beperkingen. Daarom gaan ze in gesprek met de cliënt, zijn directe vertegenwoordiger, of beide. Door goed te luisteren, wordt helder welke problemen, behoeften, risico's en wensen er spelen. En welke afspraken er zijn over zorg en ondersteuning – en of die nagekomen worden.

... en geven de uitkomsten een plek in het persoonlijk ondersteuningsplan

In samenspraak met de cliënt stellen zorgaanbieders een persoonlijk ondersteuningsplan op. Daarin staat alle informatie over de ondersteuningsbehoefte. Het gaat in ieder geval over de onderwerpen zelfredzaamheid, aanmerkelijke gezondheidsrisico's en ervaren kwaliteit van bestaan. Het maakt duidelijk welke zorg en ondersteuning nodig zijn en welke rol vrienden, familie en vrijwilligers kunnen spelen. Uiteraard wordt het plan geregeld met de cliënt geëvalueerd. Daarnaast zorgt de aanbieder dat het altijd actueel blijft en inzichtelijk is voor de cliënt en zijn wettelijk vertegenwoordiger.

Bouwsteen 2: onderzoek naar de ervaringen van cliënten

Alle cliënten wordt gevraagd naar hun ervaringen ...

Minstens één keer per drie jaar vraagt iedere zorgaanbieder naar de mening van al haar cliënten. Daarvoor gebruiken ze onderzoeksinstrumenten uit de Waaier*, die zijn goedgekeurd door een onafhankelijke commissie van deskundigen. De vragen uit die instrumenten gaan over de geboden zorg en ondersteuning én over de kwaliteit van bestaan. Zorgaanbieders vragen wat er goed gaat, maar ook waar nog aandacht of verbetering nodig is. Zo'n cliëntervaringsonderzoek stelt de stem van de cliënt centraal. Het biedt cliënten, naast het individuele ondersteuningsplan, nog een formele manier om te vertellen wat zij belangrijk vinden.

... en zorgaanbieders gebruiken die ervaringen om zich op alle niveaus te verbeteren

Van de uitkomsten van het cliëntervaringsonderzoek kunnen zorgaanbieders leren om de zorg te verbeteren. Dat doen ze op drie niveaus. Ten eerste op het niveau van de individuele cliënt, in aanvulling op het persoonlijk ondersteuningsplan. Ten tweede op het niveau van de locatie. Teams van begeleiders krijgen hiermee immers extra zicht op de kwaliteit van de zorg die ze bieden. Daar leren ze van. En ten slotte op het niveau van de organisatie. De uitkomsten van het onderzoek zijn handvatten voor het formuleren van verbeteracties.

*Meer informatie hierover vindt u op de website van de VGN: www.vgn.nl



Bouwsteen 3: zelfreflectie in zorgteams

Teams doen aan systematische zelfreflectie ...

Goede zorg kan niet bestaan zonder betrokken en vakbekwame medewerkers. Ook in de gehandicaptenzorg: iedere cliëntgroep vraagt immers om een eigen mix van kennis en kunde. Daarom is het belangrijk dat medewerkers continu werken aan hun kennis en competenties. De kern van deze bouwsteen is dat teams naast hun normale werkoverleg ook aan systematische reflectie doen ten behoeve van de zorg aan de individuele cliënt. Dat zorgt ervoor dat teams van medewerkers ook in de toekomst betrokken én bekwaam blijven.

... en formuleren ontwikkelpunten voor kwaliteitsverbetering

In ieder geval eens per jaar kijken teams naar wat goed gaat en wat beter kan. Daarbij is er ruimte voor zelfgekozen onderwerpen, maar komen in ieder geval ook de volgende landelijke thema's aan de orde: het proces rond de individuele cliënt, de kwaliteit van de relatie tussen cliënt en medewerkers, de borging van veiligheid met het accent op individueel cliëntniveau, en de toerusting van medewerkers voor hun werk. Medewerkers maken bij de teamreflectie gebruik van verschillende informatiebronnen, waaronder de uitkomsten van het cliëntervaringsonderzoek.

Ieder team legt zijn bevindingen vast, inclusief de ontwikkelpunten. Het spreekt voor zich dat teams van het bestuur en management van de organisatie de ruimte krijgen voor deze reflectie. Naast de zelfreflectie kan een organisatie er ook voor kiezen om teams bij elkaar mee te laten kijken.

Bouwsteen 4: kwaliteitsrapport en visitatie

Zorgaanbieders stellen een kwaliteitsrapport op ...

Aanbieders bundelen de informatie uit de eerste drie bouwstenen, samen met informatie uit andere bronnen, in een bondig kwaliteitsrapport. Dat vullen ze bij voorkeur nog aan met cliënt- en medewerkersverhalen. Het rapport geeft antwoord op de vragen: wat gaat goed, wat kan beter, en hoe gaan we dat doen? Daardoor is het een goed middel om te werken aan de verbetering van de zorg. Intern is het een goede basis voor overleg met het management, de cliëntenraad, de ondernemingsraad en de raad van toezicht. En extern is het een goede manier om verantwoording af te leggen, en een basis voor overleg met de IGZ en met het zorgkantoor. De inhoud van het rapport moet aan een aantal eisen voldoen. De belangrijkste daarvan leest u in het kader hiernaast.

... en laten externe deskundigen meekijken

Een kwaliteitsrapport dat je als organisatie zelf opstelt, heeft baat bij een blik van buitenaf. Daarom regelt het bestuur van een organisatie kritische, opbouwende reflectie door een externe visitatie te organiseren. Dat gebeurt eens in de twee jaar. Het visitatieteam bestaat uit minimaal twee externe deskundigen. Zij bekijken hoe de organisatie de kwaliteit van zorg en van bestaan duidt en onderbouwt in het kwaliteitsrapport. Dat doen ze ook voor de bijbehorende verbeteracties, maar ze geven geen oordeel over de kwaliteit van de dienstverlening zelf.

Het visitatieteam legt zijn bevindingen vast in een verslag. In het kwaliteitsrapport wordt onderbouwd hoe de visitatie plaatsvindt. Ook geeft het rapport de bevindingen van de externe visitatie weer. Zo zijn de bevindingen ook beschikbaar voor de IGZ en het zorgkantoor.

Rapport: vrij, maar niet vrijblijvend

Voor het kwaliteitsrapport geldt een aantal eisen. Zo moet het rapport uiterlijk op 1 juni beschikbaar en openbaar gemaakt zijn, inclusief de bevindingen uit de interne samenspraak (met cliëntenraad, ondernemingsraad en raad van toezicht) en de eventuele externe visitatie. Daarnaast moet het rapport een samenvatting en cliëntenversie bevatten. Bovendien moeten er zeven vaste thema's aan bod komen, zodat er ook vergelijkingen gemaakt kunnen worden. Die thema's zijn:

1. De kwaliteit van het zorgproces rond de individuele cliënt.
2. De ruimte die cliënten hebben op het gebied van eigen regie.
3. Wat cliënten zelf vinden van hun kwaliteit van bestaan en de kwaliteit van zorg en ondersteuning.
4. Het samenspel tussen cliënt, medewerkers, informeel netwerk en vrijwilligers.
5. De borging van veiligheid in zorg en ondersteuning.
6. Betrokken en vakbekwame medewerkers.
7. De geprioriteerde verbetertrajecten.

Koch
Scripstudio.nl



Wie werkten mee aan de ontwikkeling van het kwaliteitskader?

Het nieuwe kwaliteitskader is ontwikkeld door een stuurgroep met vertegenwoordigers van de volgende partijen:



Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het Zorginstituut Nederland waren betrokken als waarnemers.

Colofon

Deze samenvatting Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022, een landelijke kader voor langdurige zorg onder de Wlz, 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: 717.252
Juni 2017

Tekst: Stuurgroep Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg in samenwerking met Veurinc

Vormgeving: Mariël Lam, grafisch ontwerp BNO

Illustraties : Kock Stripstudio

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

