

# KWALITEIT IN DIALOOG

## KWALITEITSKADER OUDERENZORG

Wat is goede zorg en hoe spreken we daarover?

Versie 1.0 september 2016

**WERKGROEP KWALITEITSKADER OUDERENZORG**

**ActiZ, organisatie van zorgondernemers**

**Branchebelang Thuiszorg Nederland**

**Patiëntenfederatie Nederland**

**Verenso**

**Verpleging en Verzorging Nederland**

# 'Kwaliteit in dialoog'

## KWALITEITSKADER OUDERENZORG

### Wat is goede zorg en hoe spreken we daarover?

---

#### Inhoud

1. Visie: "Wat is goede zorg en wat is daarvoor nodig?" .....	6
2. Voertuig: de Kwaliteitsrapportage .....	9
3. Hulpmiddelen: de Instrumentenwaaier .....	10
4. Ontwikkelagenda .....	11
Bijlage 1: Uitwerking visie per thema .....	12
Bijlage 1a: 'Praatplaat' .....	16
Bijlage 2a: Instrumentenwaaier – Instrumenten per domein .....	17
Bijlage 2b: Instrumentenwaaier – Achterliggende professionele kwaliteitsrichtlijnen V&VN en Verenso .....	20
Bijlage 3: Richtlijnen Kwaliteitsrapportage 2016 .....	23
Bijlage 4: Kwaliteitsinformatie voor het Openbaar databestand (ODB) 2016 .....	25

---

'Kwaliteit in Dialoog – Kwaliteitskader ouderenzorg' is opgesteld door een werkgroep bestaande uit ActiZ, BTN, Patiëntenfederatie Nederland, Verenso en V&VN. Deze werkgroep heeft uitwerking gegeven aan de visietekst Kwaliteitskader die in december 2015 werd vastgesteld door de partijen van de Taskforce Waardigheid en Trots.

---

## Inleiding

### Een richtinggevend kader

Dit kwaliteitskader 'Kwaliteit in Dialoog' is een richtinggevend kader voor het verbeteren van de kwaliteit van de ouderenzorg<sup>1</sup>. Het is opgezet om via de dialoog met alle partijen te komen tot kwaliteitsverbetering. Het startpunt van het kader ligt radicaal bij de cliënt: het kader beschrijft vanuit het perspectief van de cliënt de elementen van goede zorg en wat er toe doet voor cliënten, en geeft richting aan wat nodig is van en voor professionals en organisaties om tot goede zorg te komen en dat ook zichtbaar te maken.

### Waardigheid en Trots

Kern van het Kwaliteitskader ouderenzorg is de visie op goede zorg<sup>2</sup>, zoals deze in het programma Waardigheid en Trots is omschreven<sup>3</sup>. De cliënt en de relatie tussen cliënt en professional staat hierbij centraal. Uitgangspunt is een maximaal behoud van zelfrespect, regie en kwaliteit van leven van de cliënt. Om deze doelstellingen te bereiken is het belangrijk te starten bij de cliënt, ook in dit kwaliteitskader. Dat betekent dat het gaat over zorg en behandeling die<sup>4</sup>:

- berust op het samenspel van familie, vrijwilligers en beroepskrachten
- persoonsgericht is, met de volgende aandachtspunten: het dagelijkse leven en omgaan met beperkingen, aandacht voor gezondheidsrisico's en welbevinden, leefplezier.
- een fijne woonplek biedt: schoon, veilig en comfortabel, met voldoende privacy
- passende verzorging en gezondheidszorg biedt, gericht op functiebehoud en/of comfort
- ruimte maakt voor prettige bezigheden die voor de bewoner van betekenis zijn en zin geven.

### Van binnen naar buiten

Aandacht voor de bewoner in zijn of haar gehele menszijn staat centraal. En omdat de vraag van bewoners zich door de tijd heen ontwikkelt, is het een continue proces van afstemming. De wijze waarop een zorgorganisatie erin slaagt deze zorg te leveren vormt vervolgens de basis voor kwaliteitsbeoordeling en verantwoording. Het vertrekpunt voor verantwoording zijn de vragen, wensen en behoeften van bewoners. Zij zijn de belangrijkste gesprekspartner. Van systemen naar mensen, en dus van binnen naar buiten, dat is de beweging.

---

<sup>1</sup> Het betreft de WLZ-geïndiceerde zorg.

<sup>2</sup> inclusief behandeling en alle andere elementen van zorg die bijdragen aan de zorg zoals in deze alinea verder omschreven wordt.

<sup>3</sup> Uit: *Plan van aanpak Met Waardigheid & Trots*: "goede zorg voor ouderen in de verpleeghuizen draait in essentie om maximaal behoud van zelfrespect en kwaliteit van leven. Zorg die aansluit bij de wensen en mogelijkheden van de cliënt, met warme betrokkenheid van familie en naasten: waardigheid. Zorg die met plezier geleverd wordt door gemotiveerde verzorgenden, verpleegkundigen en behandelaars. Zorg die voldoet aan hun beroepsstandaard geleverd in een beschermde woningomgeving, waar sprake is van: (beroeps)trots. Dat zijn de sleutelementen voor liefdevolle zorg voor onze ouderen (Plan van aanpak Waardigheid en Trots, 2015, p. 2).

<sup>4</sup> Zoals o.a. beschreven in : Jan Coolen, Ouderen in zorghuizen: broze mensen én leefplezier (april 2016)

### Visie op goede zorg en behandeling

Goede zorg en behandeling is persoonsgericht, veilig, en bij alles gericht op het welbevinden van cliënt. Dat vraagt professionals die dat kunnen bieden, en een organisatie die dat faciliteert. Hoofdstuk 1 'Visie' expliciteert het vakmanschap van de professional, bestaande uit de passende attitude, kennis en vakinhoudelijk leiderschap. En het duidt de randvoorwaarden waarmee de organisatie dit faciliteert en stimuleert: een lerende cultuur, een interne structuur van informatie, reflectie en feedback, en bestuurlijk leiderschap.

### Van indicatorenset naar gesprek

In het oude kwaliteitskader Verantwoorde zorg lag de nadruk op vergelijkbaarheid en indicatoren. 'Kwaliteit in dialoog' pakt het anders aan:

*"Centraal bij het ontwikkelen van het Kwaliteitskader staat de kwaliteit en waardigheid door de ogen van de cliënt. Het gaat niet om de vraag hoe we alle aspecten van kwaliteit kunnen meten, maar over de vraag of de zorgaanbieder heeft nagedacht over de onderdelen die het kwaliteitskader noemt (als van belang voor kwaliteit), over de vraag hoe de zorgaanbieder dit in een cyclus heeft vormgegeven en op welke manier hij kwaliteit in de governance een plek geeft door het gesprek te voeren met cliëntenraad, ondernemersraad, VAR en andere partijen. Daarmee wordt het Kwaliteitskader een ander instrument dan de indicatorenset zoals tot voor kort gebruikt in de sector, namelijk een **middel om het gesprek te voeren**"<sup>5</sup>*

### Complex samenspel

Kern van het kwaliteitskader is: inzicht hebben, geven en delen. Op alle niveaus, in alle relaties. Dit geldt in de interne dynamiek van het primaire proces, van medewerkers met elkaar in de lerende organisatie, en van management en bestuur in relatie met interne en externe partijen. Kwaliteit van zorg komt tot stand in een complex samenspel van personen, processen en structuren. Een samenspel in de organisatie waar cliënt en naasten uiteraard de kern uitmaken. De 'Praatplaat'<sup>6</sup> schetst hoe dit samenspel eruitziet, wie erin betrokken is en welke (complexe) dynamiek erin gaande is. Een aantal cruciale inzichten ten aanzien van dit samenspel uit de praktijkverkenning<sup>1</sup> die de Werkgroep heeft laten verrichten:

*Geen enkele cliënt is hetzelfde of heeft altijd hetzelfde nodig voor een goed leven. Alleen 'in de ontmoeting' wordt duidelijk wat nu het goede is om te doen. Professionals zijn daarom de hele dag bezig met het maken van keuzes. Keuzes om met hun zorg, ondersteuning en behandeling zo goed mogelijk aan te sluiten bij wat een cliënt op dat moment nodig heeft. Dit slaagt alleen, als het in het samenspel gebeurt met kennis van ziekte en gezondheidsrisico's én met oprechte aandacht. Dat geldt ook voor het bieden van individuele basiszorg, opgevat als een verzorgd lichaam met oog voor gezondheidsrisico's.*

*Om het samenspel vorm te geven, is het nodig om continu zicht te hebben op kwaliteit: "Wat is nodig, doen we dat?" En het is nodig om continu grip te hebben op kwaliteit: "Hoe werken we aan verbetering?" Tussen die twee bestaat een sterke 'leerlus': zij beïnvloeden elkaar, dagen elkaar uit en versterken elkaar. De organisatorische randvoorwaarden, de cultuur en toon van een organisatie en de manier waarop het een lerende organisatie is, zijn van doorslaggevende invloed op de gerealiseerde kwaliteit. De vraag of in de organisatie het hiervoor passende systeem gevonden is, is op zijn beurt weer onderdeel van 'zicht krijgen op' kwaliteit.*

<sup>5</sup> Zie het Plan van aanpak van Waardigheid & Trots

<sup>6</sup> 'Zicht en grip krijgen op de kwaliteit van de ondersteuning van ouderen' – ZorgEssentie (2016) – zie bijlage 1a

*Er zijn veel verschillende betrokkenen in het samenspel, tussen wie een goed gesprek belangrijk is. Wanneer het niet lukt om met elkaar in gesprek te gaan op basis van oprechte aandacht, gelijkwaardigheid, respect voor ieders belangen en verantwoordelijkheden én met begrip van elkaars (on)mogelijkheden, dan zal het samenspel niet slagen*

---

## 1. Visie: “Wat is goede zorg en wat is daarvoor nodig?”

In december 2015 heeft de Taskforce Waardigheid en trots een Visiedocument opgesteld (zie blauwe tabel). Hierin worden de aspecten van goede zorg beschreven vanuit de rol van de cliënt, de professional en de organisatie/bestuurder. Het zwaartepunt van de daadwerkelijke kwaliteit van zorg ligt in de relatie cliënt – zorgprofessional. Daar gebeurt het, en daar ervaart de cliënt of het goede zorg is. Om dat voor elkaar te krijgen is er menselijk en randvoorwaardelijk veel nodig, zoals de visie zichtbaar maakt.

De visie beschrijft concreet wat de cliënt belangrijk vindt, hoe de zorgprofessional daarbij aansluit, en hoe de zorgorganisatie de randvoorwaarden daarvoor schept. Er worden drie ‘domeinen’ onderscheiden:

- de kwaliteit van leven, het welbevinden zoals elke individuele cliënt dat ervaart,
- de condities van de woonleefomgeving,
- en de specifieke (gezondheids)zorgaspecten

Voor een verdere uitwerking van deze drie domeinen zie de drie domeintabellen in Bijlage 1. Het doel van de deze uitwerking is om goede zorg verder te definiëren en aanknopingspunten te bieden voor het goede gesprek over de kwaliteit.

De vraag of de kwaliteit op deze domeinen ‘op orde’ is, is voor iedere cliënt, professional en bestuurder dagelijks aan de orde. Het inzicht hebben én geven is elke dag weer actueel – in alle onderlinge relaties. In het geheel van het ‘samenspel’, zoals verbeeld in de Praatplaat in Bijlage 1a, staat het perspectief van de cliënt voorop. Dat wil niet zeggen dat het oordeel van de cliënt het enige is dat telt. Er zijn bijvoorbeeld zaken waarop de cliënt geen zicht heeft of kan hebben, maar waar hij wel op moet kunnen vertrouwen. ‘**De basis op orde**’, veilige zorg en behandeling waar ieder vanuit moet kunnen gaan. Wie heeft dat in beeld, hoe wordt bepaald of het op orde is? In de tabellen vindt ook dit zijn plaats. Elementen voor veilige zorg en behandeling, die horen tot de materie waarop zorgorganisaties zicht en grip willen hebben, worden hierin expliciet benoemd. Daarover spreken ze met de partijen die ertoe doen, intern en extern. Dit betekent bijvoorbeeld dat brandveiligheid door cliëntenraden geagendeerd kan worden, dat de Inspectie inzicht kan vragen in het verloop van de decubitusscore en dat het zorgkantoor zich een oordeel kan vormen over de personeelsinzet in het kleinschalig wonen.

De indicatoren die de Inspectie uitvraagt bij de zorgorganisaties zijn bovendien opgenomen in de tripartiet vastgestelde indicatorenset die openbaar wordt via het Openbaar Databestand van het Zorginstituut Nederland (zie Bijlage 4).

<b>VISIETEKST</b>		
(samenvatting tekst zoals vastgesteld door De Taskforce, december 2015)		
<b>Cliënt</b>	<b>Professional</b>	<b>Organisatie</b>
<i>De cliënt is een mens met een zorgbehoefte,</i>	<i>De zorgprofessional is een centrale speler in de</i>	<i>De organisatie bestaat uit alle mensen die daar</i>

<p><i>maar vooral een mens met een eigen verhaal, dat zich afspeelt in verleden, heden en toekomst. In dat verhaal komen zaken als familie, kinderen, geliefden, vrienden, kennissen, vijanden, passies, angst, verdriet en geluismomenten voor. Er zijn vele hulpbronnen voor een goed leven, waarvan de zorg er één is.</i></p> <p><i>De cliënt is altijd de centrale persoon in de zorg- en behandelprocessen, en heeft naar vermogen de regie over zijn eigen leven. Zijn perspectief is het centrale uitgangspunt.</i></p>	<p><i>relatie met de cliënt en de zorgorganisatie</i></p> <p>De verbinding in de zorg ontstaat door wederkerige menselijke relaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tussen cliënt en professional</li> <li>• tussen professionals onderling</li> <li>• tussen professional en zorgorganisatie</li> </ul> <p>De professional heeft een open, betrokken attitude ten opzichte van de cliënt, is deskundig in zijn vakgebied, en werkt samen.</p> <p><i>De professional kent en realiseert haar professionele verantwoordelijkheid en heeft en geeft inzicht in het zorg- en behandelproces aan de cliënt.</i></p>	<p><i>deel vanuit maken. In het kwaliteitskader wordt onderscheid gemaakt tussen uitvoering en aansturing: werk in de context van de directe zorg- en behandelrelatie en de daarmee verbonden uitvoerende processen, en werk in het kader van het besturen en managen van die processen.</i></p> <p><i>In deze kolom ligt de focus op het laatste: op bestuur en management (en Raad van Toezicht).</i></p> <p>De organisatie formuleert haar bestaansrecht en meerwaarde: waar gaat en staat de organisatie voor? Er is een heldere visie op zorg en behandeling in het kader van kwaliteit van leven en kwaliteit van werk.</p> <p>De organisatie vertaalt dit door in het creëren van de juiste omstandigheden voor cliënten en (zorg)medewerkers.</p> <p><i>De organisatie toont leiderschap en goed bestuur en heeft en geeft inzicht in de zaken die er toe doen.</i></p>
<p><i>Nabijheid, aandacht en begrip</i></p> <p>De cliënt is in de eerste plaats mens.</p> <p><i>Betekenis (gezien worden), eigen identiteit</i> Kunnen en mogen zijn wie je bent gaat over gezien worden en van betekenis zijn. Het gaat over de betekenis die iemand hecht aan personen, relaties en gebeurtenissen.</p> <p><i>Eigen regie over leven en persoonlijk welbevinden</i></p>	<p><i>Vakmanschap</i></p> <p>Het vakmanschap van de professional bestaat uit drie elementen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>1. Attitude</i> Goede zorg en behandeling voor een cliënt begint met oprechte aandacht en betrokkenheid voor de cliënt en voor de verwanten die deel van zijn leven uitmaken.</li> <li><i>2. Deskundigheid</i> Zorgprofessionals hebben de juiste kennis,</li> </ol>	<p><i>Sturen op de goede dingen</i></p> <p>De organisatie stelt de centrale positie van de cliënt veilig en creëert de juiste randvoorwaarden voor het vakmanschap van haar medewerkers.</p> <p><i>Het (kwaliteits)managementsysteem van de organisatie is een lerend systeem, waarin uitvoering en aansturing elkaar in hun wisselwerking versterken, en er synergie is tussen de cultuur en regels.</i></p> <p>Deze processen worden ondersteund door</p>

<p>Jezelf kunnen zijn, betekent ook naar vermogen het eigen leven vorm en inhoud geven, zowel in grote als kleine onderdelen van de dag. Het gaat om het zelf invulling kunnen geven aan persoonlijk welbevinden, en naar vermogen de eigen keuzes te maken in de benodigde zorg en behandeling.</p>	<p>kunde en vaardigheden op het gebied van de zorg die zij leveren. Zij hebben inzicht in de situatie van de cliënt, en in het zorg- en behandelproces rond de cliënt. Zij wegen veiligheidsrisico's af tegen de kwaliteit van leven in overleg met de cliënt en zijn naasten.</p> <p><i>3. Vakinhoudelijk leiderschap</i> Zorgprofessionals kennen hun professionele en organisatorische verantwoordelijkheden en zijn aanspreekbaar op hun gedrag. Zij nemen verantwoordelijkheid voor de eigen vakbekwaamheid, voor goede samenwerking, voor onderlinge aanspreekbaarheid en zelfreflectie in het kader van kwaliteitsverbetering. Zij geven in de organisatie aan wat zij daarbij nodig hebben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- adequate manieren van communiceren en samenwerken vanuit heldere rollen en verantwoordelijkheden</li> <li>- veelsoortige bronnen voor feedback en feed forward</li> <li>- en adequate vormen om relevante gegevens daarbij vast te leggen.</li> </ul> <p><i>Leiderschap/goed bestuur</i> De bestuurder stelt zich open en transparant op naar alle lagen van de organisatie; 'Just culture' en respect voor iedereen zijn hierbij kernbegrippen. Het bestuur legt actief verbinding met stakeholders uit de omgeving.</p> <p><i>Inzicht hebben en geven</i> Kwaliteit en veiligheid worden gemonitord op basis van <i>interne transparantie en intern auditeren</i>. De organisatie kan van binnen naar buiten (aan)tonen hoe goede zorg en behandeling gerealiseerd wordt.</p>
--	---	--

---

*Van versie 1.0 naar 2.0 - Visie*

De werkgroep heeft uit de consultaties nadere aandachtspunten voor deze geformuleerde visietekst meegekregen en zal deze verwerken in versie 2.0. In hoofdlijnen zijn dat de volgende punten:

- Het beeld dat geschetst wordt van het type cliënt mag actueler: grotere zorgzwaarte, complexiteit
  - De betrokkenheid en het samenspel met de familie en mantelzorg is onderbelicht
  - De rol van de organisatie in de scholing wordt alleen impliciet genoemd
-



## 2. Voertuig: de Kwaliteitsrapportage

In dit nieuwe Kwaliteitskader speelt de zogenaamde 'Kwaliteitsrapportage' een belangrijke rol. Wat verstaan we onder een Kwaliteitsrapportage?

De Kwaliteitsrapportage laat zien:

- Hoe de organisatie de kwaliteit op orde heeft op belangrijke thema's (zie Hoofdstuk 1)
- Welke informatiebronnen de organisatie hierbij benut; waarop de inzichten op gebaseerd zijn
- Hoe de informatie worden benut in de leerlessen in de organisatie

Leidende principes hierbij zijn:

- **CLIËNT STAAT CENTRAAL**  
De zorg en behandeling begint bij de cliënt. Dat wat de cliënt belangrijk vindt en ervaart neemt een prominente plek in in de Kwaliteitsrapportage
- **DE KWALITEITSRAPPORTAGE IS GEEN DOEL MAAR EEN MIDDEL**  
De Kwaliteitsrapportage dient in de eerste plaats de interne dialoog over kwaliteit in de organisatie en de transparantie. Het vervaardigen van een Kwaliteitsrapportage is een kwaliteitsslag op zichzelf. Secundair speelt de Kwaliteitsrapportage, of afgeleide vormen daarvan, een belangrijke rol in de verantwoording.
- **BASIS VOOR INTERN EN EXTERN GESPREK**  
De Kwaliteitsrapportage is een voertuig om met elkaar in gesprek te gaan over kwaliteit. De Kwaliteitsrapportage vormt een basis voor de verantwoordingsgesprekken: intern met bijvoorbeeld de Cliëntenraad, de VAR of Professionele Adviesraad, de vakgroep specialisten ouderengeneeskunde, een audit of visitatiecommissie, en extern bijvoorbeeld met de Inspectie of de het zorgkantoor. Interne en externe partijen kunnen vragen stellen over of naar aanleiding van de Kwaliteitsrapportage.

In een jaarlijkse bijlage bij dit kwaliteitskader worden richtlijnen beschreven die in de ogen van de werkgroep ervoor kunnen zorgen dat de Kwaliteitsrapportage een steeds bruikbaar middel wordt in het proces van kwaliteitsmonitoring, verbetering en verantwoording. In Bijlage 3 zijn deze richtlijnen **voor het verslagjaar 2016** opgenomen.

Jaarlijks worden ook tripartiet indicatoren vastgesteld die zorgorganisaties wettelijk verplicht zijn om aan te leveren voor opname in het Openbaar Databestand van het Zorginstituut Nederland. De werkgroep heeft nadrukkelijk de relatie tussen deze indicatoren en het Kwaliteitskader en haar leidende principes bewaakt. De indicatoren die worden ingediend **voor verslagjaar 2016** zijn opgenomen in Bijlage 4.

---

### *Van versie 1.0 naar 2.0 - Kwaliteitsrapportage*

- De werkgroep beraadt zich nog over de wijze en frequentie van publicatie van de Kwaliteitsrapportage en onderliggende indicatorscores. Zij zal dit een plek geven in versie 2.0.
-

### 3. Hulpmiddelen: de Instrumentenwaaier

In de Kwaliteitsrapportage wordt weergegeven hoe de organisatie de kwaliteit op orde heeft op belangrijke thema's, en hoe zij daarop stuurt (zie Hoofdstuk 1). Voor het bepalen van de eigen visie op goede zorg en behandeling en voor het verkrijgen van zicht en grip op de kwaliteit zijn veel hulpmiddelen beschikbaar: richtlijnen, visiedocumenten, protocollen, informatiebronnen, instrumenten, werkwijzen, methodieken, et cetera. Dit Kwaliteitskader bevat een 'Instrumentenwaaier' in ontwikkeling, die behulpzaam wil zijn bij het kiezen van geschikt en goed instrumentarium. In Bijlage 2 zijn de verzamelde instrumenten tot nu toe opgenomen.

Leidende principes zijn:

#### **INSTRUMENTARIUM: VAN BINNEN NAAR BUITEN**

Systemen en instrumenten moeten de 'bedoeling' dienen. Zorgorganisaties, professionals en cliënten(vertegenwoordigers) kiezen in afstemming instrumenten en methodieken om met elkaar zicht en grip te houden op de kwaliteit.

#### **PROFESSIONELE KWALITEITSRICHTLIJNEN ZIJN DE BASIS**

Professionele kwaliteitsrichtlijnen en standaarden vormen vanzelfsprekend het continue referentie punt met betrekking tot kwaliteit van zorg en behandeling. De beroepsgroepen spelen een essentiële rol in de ontwikkeling en naleving hiervan. Een opsomming hiervan is opgenomen in Bijlage 2b.

#### **VOORTDUREND IN ONTWIKKELING**

De Instrumentenwaaier ontwikkelt zich voortdurend en zal nooit uitputtend zijn. In die zin is de Instrumentenwaaier een levend document dat continu onderhoud vraagt.

#### **HULPMIDDEL, GEEN VOORSCHRIFT**

De instrumentenwaaier is nadrukkelijk bedoeld als hulpmiddel bij de keuze van geschikte methodieken en informatiebronnen. Het is niet voorschrijvend, maar een flexibele 'gereedschapskist'.

---

#### *Van versie 1.0 naar 2.0 - Instrumentenwaaier*

- De werkgroep constateert dat de Instrumentenwaaier nog niet compleet is, en dat de beschrijving van de instrumenten nog beperkt is. In overleg en samenwerking met de Expertgroep van het Zorginstituut wil de werkgroep op korte termijn komen tot aanvulling en verfijning van de huidige waaier. Er is behoefte aan duiding, beschrijving van de werkingssfeer en een wetenschappelijke onderbouwing van de instrumenten.
  - De Werkgroep ziet de Instrumentenwaaier graag ondergebracht in een landelijke bibliotheek, die ook op langere termijn blijvend onderhoud vergt. De werkgroep zal overleg organiseren over het eigenaarschap en de werkstructuur voor beide zaken en deze punten opnemen in versie 2.0.
-

## 4. Ontwikkelagenda

In de voorgaande hoofdstukken zijn verschillende punten geformuleerd die in het kader van de uitwerking tot versie 2.0 verdere ontwikkeling of besluitvorming behoeven. Zie hiervoor de kopjes 'Van versie 1.0 naar 2.0' onder aan de afzonderlijke hoofdstukken. Daarnaast verdienen nog enkele meer fundamentele kwesties de aandacht:

### **Monitoring werking versie 1.0**

Dit nieuwe Kwaliteitskader introduceert een nieuwe manier van spreken over goede zorg en verantwoording. Bij invoering ervan dringt de werkgroep aan op het inrichten van een monitoringsprogramma (met experimenteermogelijkheid) om de ervaringen en effecten doelgericht te verzamelen en te benutten voor de verdere ontwikkeling.

Er loopt al een experimenteer- en vernieuwingstraject op dit gebied, in de vorm van de circa 45 organisaties die participeren in het vernieuwingsprogramma Waardigheid & Trots op het thema kwaliteit (looptijd tot eind 2017). De bevindingen en ervaringen van deze pilots zijn waardevolle input voor de verdere ontwikkeling van het kwaliteitskader Kwaliteit in Dialoog.

### **Reikwijdte**

Het kwaliteitskader is in 2016 ontwikkeld onder de vlag van Waardigheid & Trots, met het oog op de kwaliteitsverbetering van de zorg in verpleeghuizen. Daarmee beperkt het kader in de huidige opzet zich tot intramurale WLZ-zorg, in natura geleverd. De werkgroep veronderstelt dat de strekking van het kader ook in andere leveringsvormen kan werken, maar dat heeft zeker nog specifieke aandacht nodig. De werkgroep zal initiatief nemen om deze verbinding en/of verbreding in overleg met de betreffende partijen verder tot stand te brengen.

### **Eigendom en werkstructuur doorontwikkeling**

Het Kwaliteitskader en de instrumentenwaaier moeten blijvend onderhouden worden. De werkgroep zal een voorstel formuleren voor het eigenaarschap hiervan en de daarbij passende werkstructuur.

## Bijlage 1: Uitwerking visie per thema

*N.B.: Onder het kopje **specifieke thema's** zijn enkele onderwerpen uitgelicht die momenteel in een ontwikkelingsfase verkeren en in veel situaties bijzondere aandacht zullen vragen. Een rubriek die aan de actualiteit van de praktijk verbonden is.*

<b>Kwaliteit van leven/Welbevinden</b>		
<b>Cliënt: wat is voor mij van belang</b>	<b>Professional: hoe sluit ik aan</b>	<b>Organisatie: hoe schep ik de randvoorwaarden voor cliënt en professional</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ik kan door met mijn leven, ik voel mij gerespecteerd in wie ik ben, ook al heb ik een grote zorgbehoefte en woon ik in een beschermde woonomgeving</li> <li>• Er is goed samenspel met mijn naasten, familie en mantelzorg.</li> <li>• Ik ervaar steun die bij mij past in mijn moeilijke momenten ('doorgaan' is ook: omgaan met achteruitgang en 'op een passende wijze afscheid nemen')</li> <li>• Als ik ongerust of bang ben, of pijn heb is daar alle aandacht voor, en wordt mij comfort geboden. Er is passende palliatieve zorg en aandacht voor mentaal welbevinden.</li> <li>• Ik kan, aangepast aan mijn conditie (#A6), doen waar ik plezier aan beleef/wat ik waardevol vind (bijv. naar buiten, muziek luisteren, kaarten, naar de kerk)</li> <li>• Ik kan sociale contacten onderhouden/aangaan zoals bij mij past</li> <li>• Ik kan lekker eten en drinken in een prettige sfeer</li> <li>• Ik kan goed slapen/rusten</li> <li>• Mijn lichaam is goed verzorgd en ik zie er netjes uit (passend bij wie ik ben)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medewerkers zijn geïnteresseerd in hun cliënt: de persoon, zijn leven en zijn naasten. Zij hebben de inzet, de competenties en de mogelijkheden om bij te dragen aan het persoonlijk welzijn van hun cliënten, en samen met familie en mantelzorg naar oplossingen te zoeken voor problemen die zich daarbij voordoen.</li> <li>• Medewerkers zijn betrokken bij hun cliënten, weten wie zij zijn en wat zij belangrijk vinden. Ze maken echt contact en zijn structureel in gesprek met de cliënten en hun naasten over wat er voor hen echt toe doet. Dit wordt zichtbaar in het realiseren van bij de cliënt passende 'dingen van de dag'.</li> <li>• Medewerkers hebben oog en oor voor de moeilijke momenten van hun cliënten, voor hun zorgen, angsten en pijn; zij betrekken daar de mantelzorg en de juiste collega's bij, en bieden steun en comfort.</li> <li>• Medewerkers zorgen voor een bij hun cliëntenpassende lichamelijke verzorging.</li> <li>• Medewerkers zoeken samen met naasten en collega's naar de betekenis van gedrag als hun cliënt zich onvoldoende kan uitdrukken.</li> </ul> <p><i>In het kader van doorlopende kwaliteit en veiligheid worden bovenstaande processen ondersteund door</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>adequate vormen om relevante gegevens daarbij vast te leggen, (zoals het persoonlijk zorgleefplan en het behandelplan), en</i></li> <li>- <i>adequate samenwerkings- en overlegstructuren om structureel feedbackinformatie te benutten (zoals cliëntbesprekingen, shared decision making en zorg</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De organisatie creëert een uitnodigende sfeer om te doen wat nodig is (oplossingsgericht)</li> <li>• Er is een zorgplansystematiek die het leren kennen van de cliënt ondersteunt en de cliënt zeggenschap geeft over de zorg en ondersteuning die hij krijgt</li> <li>• De organisatie creëert een <i>cultuur</i> van voorbeeldgedrag, van openheid en aanspreekbaarheid in een veilige context, van het melden en leren van fouten</li> <li>• De organisatie <i>regelt</i> wat nodig is om het gewenste gedrag mogelijk maken, materieel en in menskracht (gericht op de juiste attitude, competenties, kennis, kunde en vaardigheden), zoals             <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>gerichte scholing, training, deskundigheidsbevordering, leren door doen</i></li> <li>- <i>en ruimte voor onderlinge reflectie, intervisie, supervisie, coaching</i></li> </ul> </li> <li>• <i>Ervaringen</i> van cliënten en hun naasten en ervaringen van medewerkers worden structureel 'opgehaald' en teams worden in staat gesteld deze als leer- en verbeterinformatie in te zetten.</li> </ul>

	<p>coördinatie). Medewerkers kunnen hun eigen rol daarbij goed vervullen.</p>	
--	---	--

Prettige en veilige woonomgeving		
Cliënt: wat is voor mij van belang	Professional: hoe sluit ik aan	Organisatie: hoe schep ik de randvoorwaarden voor cliënt en professional
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ik heb een schone, comfortabele en veilige woonruimte waar mijn privacy gerespecteerd wordt, en waar ik mij op m'n gemak en thuis kan voelen</li> <li>• Mijn leefomgeving nodigt uit tot sociaal contact; er heerst een sfeer van gastvrijheid</li> <li>• Ik kan hulp inroepen als ik die nodig heb</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medewerkers zijn zich ervan bewust dat zij werken in de woonomgeving van hun cliënten, en gedragen zich daarnaar</li> <li>• Medewerkers dragen welbewust bij aan een open, gastvrije sfeer waarin mensen prettig hun gang kunnen gaan</li> <li>• Aandacht voor veiligheid, en goed inzicht in de eigen rol daarbij is alle medewerkers eigen</li> <li>• Medewerkers maken deskundig gebruik van veilige hulpmiddelen, technologie en domotica</li> <li>• 24 uur per etmaal wordt een goed werkende personen alarmopvolging gerealiseerd</li> <li>• Medewerkers handelen conform hun rol en betrokkenheid bij klimaat beheersing (b.v. als het hitteprotocol van toepassing is), en bij brand- en inbraakpreventie.</li> <li>• Medewerkers zijn geoefend in wat hen te doen staat bij calamiteiten (zoals brand)</li> </ul> <p><i>Specifieke thema's:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medewerkers passen de richtlijnen voor infectiepreventie situatie specifiek toe op een manier die recht doet aan de individuele risico's die hun cliënten lopen.</li> <li>• Medewerkers streven optimale (bewegings)vrijheid na voor hun cliënten</li> </ul> <p><i>In het kader van doorlopende kwaliteit en veiligheid worden bovenstaande processen ondersteund door</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- adequate vormen om relevante gegevens daarbij vast te leggen, en</li> <li>- adequate samenwerkings- en overlegstructuren om structureel feedbackinformatie te benutten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De organisatie stuurt actief op een aantrekkelijke en veilige woon- en werkomgeving, waar risicobewustzijn vanzelfsprekend is</li> <li>• Veiligheid staat als integraal thema structureel op de bestuurs agenda (veiligheid van zorg, van werk, van fysieke omgeving, van bedrijfsvoering); het is adequaat belegd in de lijn.</li> <li>• Er is een systeem voor het <i>veilig melden</i> van (bijna)fouten en incidenten, en een <i>klachtensysteem</i> dat helder en vindbaar is voor iedereen. Er is een algemeen geaccepteerde werkwijze voor klokkenluiders.</li> <li>• Materiele veiligheid (klimaat, brand, inbraak, noodvoorzieningen, technologie, hulpmiddelen) is volgens de daarvoor geldende maatstaven op orde; de medewerkers worden structureel bevoegd en bekwaam gehouden om daar veilig mee om te kunnen gaan. De organisatie is voorbereid op calamiteiten</li> <li>•</li> </ul> <p><i>Specifiek thema:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voor de groeiende groep terminale cliënten worden passende voorzieningen gerealiseerd</li> <li>• Randvoorwaarden voor basis hygiëne zijn gerealiseerd</li> </ul>

	<p>(zoals werkoverleg).</p> <p>Medewerkers kunnen hun eigen rol daarbij goed vervullen.</p>	
--	---	--

<b>Gezondheids(zorg)/risico's</b>		
Cliënt: wat is voor mij van belang	Professional: hoe sluit ik aan	Organisatie: hoe schep ik de randvoorwaarden voor cliënt en professional
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ik krijg bij mijn persoonlijke verzorging (w.o. wassen, kleden, eten&amp;drinken, mondverzorging, toiletgang, in- en uit bed gaan) de hulp die bij mij past</li> <li>• Veranderingen in mijn gezondheid en gezondheidsrisico's worden tijdig gesignaleerd en er wordt actie ondernomen als dat gewenst en nodig is</li> <li>• Ik krijg goede zorg en behandeling van vakkundige medewerkers</li> <li>• Ik kan, samen met mijn naasten of vertegenwoordiger, mijn eigen keuzes maken.</li> <li>• Er wordt geen zorg of behandeling verleend zonder mijn instemming</li> <li>• Ik kan ervan op aan ik de juiste medicijnen krijg, op het juiste moment</li> <li>• Ik kan ervan op aan dat mijn wensen met betrekking tot reanimatie en (zorg rond het) levenseinde gerespecteerd worden en dat er passende palliatieve zorg geboden wordt (#A2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medewerkers verstaan hun vak, toegespitst op de kennis en vaardigheden die verbonden zijn met de specifieke (gezondheids)problematiek van hun cliënten. Zij passen professionele standaarden en richtlijnen toe, waarbij voortdurend de afweging tegen de kwaliteit van leven centraal staat.</li> <li>• In de daadwerkelijke toepassing daarvan zijn de individuele wensen en voorkeuren van hun cliënten maatgevend voor medewerkers.</li> <li>• Medewerkers zijn alert op (veranderingen in) de gezondheidssituatie van hun cliënten en werken preventief aan het voorkomen van gezondheidsrisico's</li> <li>• Medewerkers gaan daarover het gesprek aan met hun cliënten en naasten, en met collega's; steeds weer wordt een individuele afweging gemaakt, waarbij de persoonlijke keuzes van de cliënt leidend zijn.</li> <li>• Medewerkers monitoren het vervolg, en blijven in gesprek met de cliënt en zijn naasten: loopt het nog steeds naar wens, staat we nog steeds achter de afspraken of moet er iets aangepast worden?</li> </ul> <p><i>Specifieke thema's:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medewerkers passen de principes van medicatieveiligheid situatie specifiek toe op een manier die recht doet aan de individuele risico's die cliënten lopen.</li> <li>• Medewerkers voorkomen oneigenlijk gebruik van gedragsbeïnvloedende medicatie, en het oneigenlijk toepassen van onvrijwillige zorg</li> <li>• Medewerkers besteden dagelijks aandacht aan</li> </ul>	<p>De bestuurder legt een verantwoorde relatie tussen de (gezondheids)problematiek van haar cliënten en de personele inzet (in de samenhang kwalitatief kwantitatief)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medewerkers zijn toegerust voor hun taken en verantwoordelijkheden</li> <li>• Medewerkers worden voorzien in wat nodig is om hun werk goed te kunnen doen</li> </ul> <p><i>Specifiek thema:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voor de snel groeiende groep terminale cliënten worden randvoorwaarden voor menswaardige palliatieve zorg gerealiseerd</li> </ul>

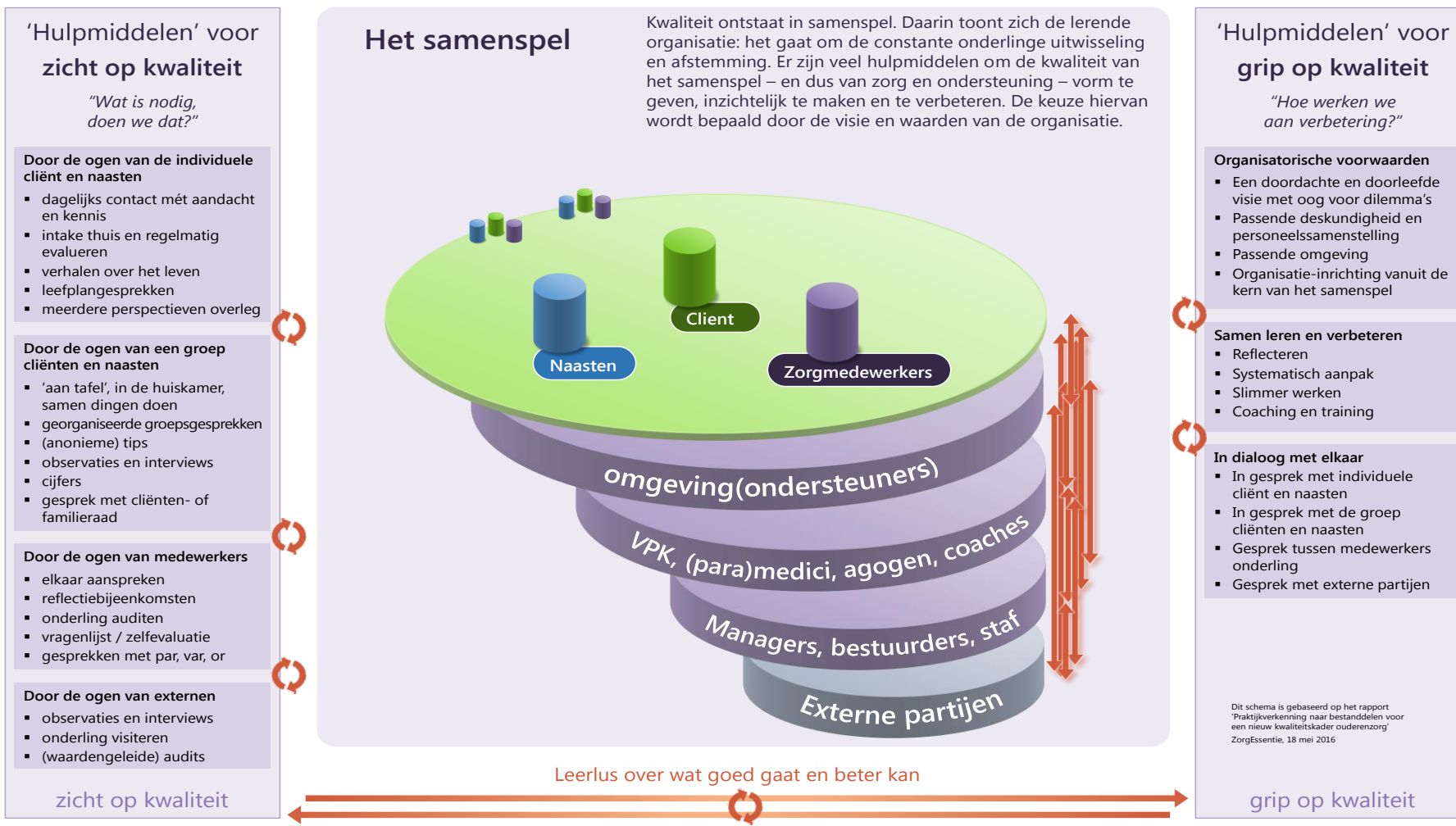
	<p>passende mondverzorging, op geleide van de aanwijzingen van de betrokken mondzorgprofessionals</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Medewerkers hebben aandacht voor oog- en oorproblemen</li><li>• De groep cliënten die voor zorg rond het levenseinde opgenomen worden groeit. Betrokken medewerkers beschikken over de daarvoor benodigde tijd en expertise, waarbij comfortzorg en pijnbestrijding centraal staan. Er is sprake van 'advance care planning'.</li></ul> <p><i>Bovenstaande processen worden ondersteund door</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>adequate vormen om relevante gegevens daarbij vast te leggen, (zoals het persoonlijk zorgleef/behandelplan), en</i></li><li>- <i>adequate samenwerkings- en overlegstructuren om structureel feedbackinformatie te benutten (zoals een MDO en zorg coördinatie).</i></li></ul> <p><i>Medewerkers kunnen hun eigen rol daarbij goed vervullen.</i></p>	
--	---	--

Bijlage 1a: 'Praatplaat'

# Kwaliteit in Dialoog

## Overzicht van hulpmiddelen

om zicht en grip te krijgen op kwaliteit en te werken aan verbetering





## Bijlage 2a: Instrumentenwaaier – Instrumenten per domein

In deze bijlage zijn, ter ondersteuning, de door het veld geformuleerde richtlijnen en protocollen opgenomen, en ook voorbeelden van hulpmiddelen (instrumenten, methodieken) om zicht en grip te krijgen op kwaliteit en te werken aan verbetering. De werkgroep constateert dat deze Instrumentenwaaier nog niet compleet is, en dat de beschrijving van de instrumenten nog beperkt is. In overleg en samenwerking met de Expertgroep van het Zorginstituut wil de werkgroep op korte termijn komen tot aanvulling en verfijning van de huidige waaier. Er is behoefte aan duiding, beschrijving van de werkingssfeer en een wetenschappelijke onderbouwing van de instrumenten.

De instrumentenwaaier is nadrukkelijk bedoeld als hulpmiddel bij de keuze van geschikte methodieken en informatiebronnen. Het is niet voorschrijvend, maar een flexibele 'gereedschapskist'.

<b>Kwaliteit van leven/Welbevinden</b>		
<b>Cliënt: wat is voor mij van belang</b>	<b>Professional: hoe sluit ik aan</b>	<b>Organisatie: hoe schep ik de randvoorwaarden voor cliënt en professional</b>
<b>Standaarden, richtlijnen, protocollen</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgleefplan</li> <li>• <b>Behandelplan</b></li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beroepsprofiel</li> <li>• Kwaliteitsstandaarden</li> <li>• Professionele kwaliteitsrichtlijnen <sup>7</sup></li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visie en waarden</li> <li>• Kwaliteitsstandaard omgaan met levensvragen</li> <li>•</li> </ul>
<b>Instrumenten en methodieken voor zicht en grip op kwaliteit: (niet uitputtend, niet verplicht)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mijnkwaliteitvanleven.nl</li> <li>• Groninger Wellbeing Indicator</li> <li>• Fotostem</li> <li>• Open dialogue</li> <li>• In gesprek met mensen met afasie</li> <li>• Levensboek</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Waarderende audits</li> <li>• Intervisie</li> <li>• Moreel beraad</li> <li>• Reflectie</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observaties (Beelden van Kwaliteit; Dementia Care Mapping)</li> <li>• Interviews</li> <li>• Cijfers (Net Promotor Score/CQ light)</li> <li>• Vragenlijst/ zelfevaluatie</li> </ul>

<sup>7</sup> Zie ook bijlage 2b, Achterliggende professionele kwaliteitsrichtlijnen V&VN en Verenso

		(Checklist Jan Coolen) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reviews (ZorgkaartNederland.nl)</li> <li>• Leidraad personeelssamenstelling</li> <li>• Zorgschouw</li> <li>•</li> </ul>
--	--	---

<b>Prettige en veilige woonomgeving</b>		
<b>Standaarden, richtlijnen, protocollen</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgleefplan</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Richtlijnen</li> <li>• Professionele kwaliteitsrichtlijnen <sup>8</sup></li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brandveiligheid in de langdurige zorg</li> <li>• Hitteprotocol</li> <li>• Beschikbaarheid etalage informatie</li> <li>•</li> </ul>
<b>Instrumenten en methodieken voor zicht en grip op kwaliteit: (niet uitputtend, niet verplicht)</b>		
# Nog aanvullen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ambiance project</i></li> <li>• <i>Projecten kleinschalig wonen</i></li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgschouw</li> <li>• Gastvrijheid met sterren</li> <li>• Zorgvisite</li> <li>• Leidraad personeelssamenstelling</li> <li>•</li> </ul>

**Gezondheids(zorg)/risico's**

<sup>8</sup> Zie ook bijlage 2b, Achterliggende professionele kwaliteitsrichtlijnen V&VN en Verenso

<b>Standaarden, richtlijnen, protocollen</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgleefplan</li> <li>• Opstellen behandelplan</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beroepsprofiel</li> <li>• Kwaliteitsstandaarden</li> <li>• Professionele standaard</li> <li>• Professionele kwaliteitsrichtlijnen <sup>9</sup></li> <li>• Persoonlijk ontwikkelingsplan medewerker</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kwaliteitshand-boek</li> <li>• Modelprocedure mogelijk disfunctioneren</li> <li>• Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling</li> <li>• Registratie zorginhoudelijke risico aspecten, zoals toepassen vrijheidsbeperkende maatregelen</li> <li>•</li> </ul>
<b>Instrumenten en methodieken voor zicht en grip op kwaliteit: (niet uitputtend, niet verplicht)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verkorte checklist veilige zorg</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registratie van zorginhoudelijke aspecten<sup>10</sup></li> <li>• MIC meldingen</li> <li>• Risicoscan veilige zorg (app of chacklist)</li> <li>• Intervisie</li> <li>• Supervisie</li> <li>• Visitatie</li> <li>• Coaching</li> <li>• Advance care planning</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ZorgkaartNederland.nl</li> <li>• Veiligheidsmanagement op zorginhoudelijke aspecten</li> <li>• Medicatieveiligheid</li> <li>• Infectiepreventie</li> <li>• Leidraad personeelssamenstelling</li> <li>•</li> </ul>

<b>Algemene Hulpmiddelen voor dialoog:</b>		
<b>Cliënt</b>	<b>Professional</b>	<b>Organisatie</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leefplangesprekken</li> <li>• Informele gesprekken in het zorgmoment (samenvattingen vanuit rapportages?)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elkaar aanspreken in dagelijks contact</li> <li>- Reflectie bijeenkomsten</li> <li>- 'Keek op de week/ keek op de dag'</li> <li>-Meerdere perspectievenoverleg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Georganiseerde groepsgesprekken met cliënten</li> <li>- Gesprek met cliëntenraad of naastenraad</li> <li>- Appreciative inquiry</li> <li>- Zeepkistbijeenkomsten bestuur met medewerkers</li> </ul>

<sup>9</sup> Zie ook bijlage 2b, Achterliggende professionele kwaliteitsrichtlijnen V&VN en Verenso

<sup>10</sup> Overzicht medicatie, gebruik psychofarmaca, huidletsel (decubitus), valincidenten, infectierisico, mondzorg, pijnbestrijding, polyfarmacie, vrijheidsbeperkende maatregelen, comfortzorg, reanimatiebeleid, euthanasiebeleid etc.

## Bijlage 2b: Instrumentenwaaier – Achterliggende professionele kwaliteitsrichtlijnen V&VN en Verenso

### Overzicht richtlijnen en handreikingen V&VN:

#### **De professionele standaard, een uitwerking. Visie van V&VN (V&VN, 2015)**

*Verpleegkundigen en verzorgenden zijn er aan gewend om te werken volgens regels en richtlijnen. De professionele standaard geeft richting en biedt een houvast in het dagelijks handelen en draagt daarmee bij aan het leveren van kwalitatief goede, veilige en verantwoorde zorg. De professionele standaard is niet vrijblijvend. De professionele standaard bevat normen die invulling geven aan 'verpleegkundig hulpverlenerschap' Naast vakinhoudelijke regels betreft dat ook protocollen en richtlijnen, gedragsregels, algemene zorgvuldigheidsvereisten en de normen uit wet- en regelgeving en rechtspraak (Legemaate, 1998)<sup>1</sup>. Het gaat daarbij om de algemeen aanvaarde uitgangspunten van de zorgverlening (Buijse & van Tol, 2005).*

In het kort bestaat de professionele standaard uit (Buijse & van Tol, 2005):

Vakinhoudelijke normen:

- vakinhoudelijke en technische regels,
- (zorg)standaarden, richtlijnen en protocollen,
- beroepscode en gedragsregels,
- beroepsprofielen,
- specifieke ethische regels binnen de zorgverlening.

Juridische normen:

- wet- en regelgeving,
- jurisprudentie: uitspraken van de (tucht)rechter.

Mengvormen:

- richtlijnen van de inspectie (opgelegd aan instellingen),
- algemene juridische, ethische en beroepsnormen,
- standpunten en adviezen van gezaghebbende organisaties, zoals KNMG (Legemaate, febr. 2013)<sup>4</sup>.

#### **Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden**

(CGMV, CNV Zorg en Welzijn, FNV Zorg en Welzijn, HCF, NU'91, RMU Sector Gezondheidszorg en Welzijn 'Het Richtsnoer', V&VN, 2015).

*De Beroepscode beschrijft de uitgangswaarden voor het handelen van verpleegkundigen en verzorgenden, zoals respect, vertrouwelijkheid, eerlijkheid, weldoen, geen schade toebrengen, autonomie en rechtvaardigheid.*

#### **Zorgstandaarden, richtlijnen, richtlijnmodules waar V&VN bij betrokken is geweest en geautoriseerd heeft**

- Databank door V&VN geautoriseerde richtlijnen (via de website)

- *Communicatie via de website en V&VN-nieuws wanneer richtlijnen geautoriseerd zijn.*
- *Borging expertise/afvaardiging namens V&VN in werk-/expertgroepen via draaiboek 'Participatie V&VN Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling (V&VN , herziene versie 2015)*

*Onderdeel van inschrijven in KR is dat men met inschrijving zich committeert aan handelen volgens de professionele standaard.*

### **Handreikingen uitgegeven door V&VN**

*V&VN Handreiking Individuele professionaliteit (2012),*

*V&VN Handreiking Omgaan met sociale media (2012)*

*V&VN Handreiking Omgaan met seksualiteit (2011)*

*V&VN Handreiking Vrijheidsbeperking in het ziekenhuis? Nee, tenzij...' (2013)*

*V&VN Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld (2011).*

*V&VN leidraad competenties medicatie*

### **Registratie**

*BIG register voor verpleegkundigen MBO en HBO*

*Verpleegkundig specialisten register (verplicht)*

*Kwaliteitsregister V&VN (niet verplicht) voor verpleegkundigen MBO en HBO*

*Kwaliteitsregister voor verzorgenden MBO-3 (niet verplicht en enige register waar verzorgenden MBO-3 zich kunnen registreren en deskundigheid kunnen vastleggen)*

## **Overzicht richtlijnen en handreikingen Verenso:**

Specialisten ouderengeneeskunde voelen zich en zijn aanspreekbaar op het kwaliteitsbeleid van Verenso. In diverse documenten, richtlijnen en handreikingen is het kwaliteitsbeleid vastgelegd.

Het kerndocument is het Kwaliteitshandboek voor de specialist ouderengeneeskunde waarin staat omschreven waarop de specialist ouderengeneeskunde kan worden aangesproken wat betreft de kwaliteit van handelen.

Het leveren van hoogwaardige medische ouderenzorg is de essentie van het beroep van de specialist ouderengeneeskunde. Sleutelbegrippen bij kwaliteitsbeleid zijn: veiligheid, doelmatigheid, tijdigheid, effectiviteit en patiëntgerichtheid. Het gaat er wat betreft Verenso om de patiënt een gerechtvaardigd vertrouwen in de geleverde patiëntenzorg te bieden. De rol van Verenso in het kwaliteitsbeleid van de ouderengeneeskunde bestaat uit het ontwikkelen van kwaliteitsnormen en het stimuleren, coördineren, ondersteunen en borgen hiervan voor de specialist ouderengeneeskunde.

Nota's, documenten, richtlijnen en handreikingen waarop de specialist ouderengeneeskunde aanspreekbaar is:

- Beroepsprofiel en competenties van de specialist ouderengeneeskunde, Verenso 2012
- Kwaliteitshandboek voor de specialist ouderengeneeskunde, Verenso 2013
- Modelprocedure mogelijk disfunctionerend specialist ouderengeneeskunde, Verenso 2016
- Professioneel statuut vakgroep specialisten ouderengeneeskunde, Verenso 2015
- Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, KNMG 2010
- Overzicht richtlijnen

- Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen
- Diabetes
- Pijn
- Blaaskatheters
- Influenzapreventie
- Mondzorg
- Addendum Neusmaagsonde
- Probleemgedrag
- Urineweginfecties
  
- Overzicht van handreikingen
  - Multidisciplinair Overleg
  - Geriatrisch assessment
  - Spoed-/crisisopnames
  - Handreiking Taakdelegatie
  - Parkinson
  - Complexe Ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis
  - Dementie
  - Probleemgedrag
  - Professionele Verantwoordelijkheid
  - Wilsonbekwaamheid
  - Zorgvuldige Zorg rondom het levenseinde
  - Nota medische verslaglegging
  - Handleiding voorbehouden handelingen

### Bijlage 3: Richtlijnen Kwaliteitsrapportage 2016

Deze bijlage bevat de richtlijnen die in de ogen van de werkgroep ervoor kunnen zorgen dat de Kwaliteitsrapportage een bruikbaar middel wordt in het proces van kwaliteitsmonitoring, verbetering en verantwoording. In deze bijlage 'Kwaliteitsrapportage' zijn de richtlijnen en de vastgestelde indicator met betrekking toe de Kwaliteitsrapportage **voor het verslagjaar 2016** opgenomen.

#### INHOUD

De Kwaliteitsrapportage laat zien hoe de organisatie **zicht** en **grip** heeft op:

- o de kwaliteit van leven/ het welbevinden van de cliënt
- o een prettige en veilige woonomgeving voor de cliënt
- o de gezondheid van de cliënt

en de rol en ervaringen van cliënten, professionals en de organisatie hierin.

De Kwaliteitsrapportage geeft een **integraal beeld**, de onderdelen zijn vertegenwoordigd maar niet per se op deze wijze geordend.

#### INSTRUMENTEN EN METHODIEKEN

De Kwaliteitsrapportage maakt duidelijk op welke informatiebronnen het *zicht* gebaseerd is, en hoe de informatie in de leerlussen in de organisatie wordt benut en zo *grip* geeft. Zij benut hiertoe **instrumenten en methodieken** naar eigen inzicht. De instrumenten en methodieken die in de **'Instrumentenwaaier'** (Bijlage 2) zijn weergegeven kunnen hierbij behulpzaam zijn. De Kwaliteitsrapportage maakt zo helder welke instrumenten de zorgorganisatie benut, geeft inzicht in de uitkomsten van de gebruikte instrumenten, duidt welke **sterke en verbeterpunten** hieruit naar voren komen, en **hoe** ernaar **gehandeld** is of wordt.

#### CLIËNTERVARINGEN

Clïëntervaringen worden van dermate groot belang geacht dat deze in elk geval onderdeel vormen van de instrumenten en methodieken die de zorgorganisatie benut. In de Kwaliteitsrapportage worden de inzichten n.a.v. cliëntervaringen standaard meegenomen. Het gaat dan om ervaringen van de cliënt ten aanzien van zijn//haar **kwaliteit van leven**, én ervaringen met de **geboden zorg en behandeling**.

#### INTERNE DIALOOG

De Kwaliteitsrapportage dient en stimuleert in de eerste plaats de interne dialoog. In de Kwaliteitsrapportage is beschreven hoe de kwaliteitsrapportage is ontwikkeld, en of en hoe een beeld van de kwaliteit tot stand is gebracht dat **gedragen** wordt door cliënten, naasten, professionals, medewerkers en management.

#### INDICATOREN BASISVEILIGHEID

De basisveiligheid wordt van dermate groot belang geacht dat in de interne dialoog in elk geval wordt gereflecteerd op de **indicatoren t.a.v. de basisveiligheid**, zoals deze uitgevraagd worden door de IGZ. Het resultaat van deze reflectie wordt weergegeven in de Kwaliteitsrapportage. De werkgroep is het nog niet eens over het vraagstuk of de indicator-resultaten al dan niet verplicht integraal moeten worden opgenomen in de Kwaliteitsrapportage. De indicatoren worden sowieso openbaar gemaakt via de IGZ en vanaf 1 juli 2017 via het ODB van het Zorginstituut.

#### KOPPELING MET HET OPENBAAR DATABESTAND (ODB)

Voor het ODB hebben de tripartiete partijen verbinding gezocht met het Kwaliteitskader. Er is een indicator opgenomen die gericht is op de vraag of organisaties in de periode oktober 2016 – februari 2017 een start hebben gemaakt met proces om te komen tot een kwaliteitsrapportage. (Zie bijlage 4)

Voor 2017 is het voornemen om een indicator op te nemen gericht op de vraag “Heeft de organisatie in de periode feb 2017-feb 2018 een basisdocument voor de kwaliteitsrapportage vervaardigd in dialoog met medewerkers, cliënten en naasten?”.



## Bijlage 4: Kwaliteitsinformatie voor het Openbaar databestand (ODB) 2016

De volgende indicatoren worden, na bestuurlijk akkoord, uiterlijk 1 oktober 2016 tripartiet ingediend bij het Kwaliteitsinstituut voor het openbaar databestand (ODB). Zorgorganisaties leveren vóór 1 juli 2017 deze gegevens aan over **verslagjaar 2016**

### KWALITEITSRAPPORTAGE

#### INDICATOR START KWALITEITSRAPPORTAGE

"Heeft de organisatie in de periode oktober 2016 – februari 2017 een start gemaakt met proces om te komen tot een kwaliteitsrapportage?"

### ZORGKAART NEDERLAND

#### INDICATOR ACTIEF BELEID ZORGKAART NEDERLAND

"Heeft u actief beleid om het aantal waarderingen op Zorgkaart Nederland op te hogen?"

- |    |   |   |
|----|---|---|
| a) | De organisatie voert zeer actief beleid             | [5 of meer van de genoemde of vergelijkbare acties] |
| b) | De organisatie voert hierop actief beleid           | [3 of 4 van de genoemde of vergelijkbare acties]    |
| c) | De organisatie voert hierop enigszins actief beleid | [1 of 2 van de genoemde of vergelijkbare acties]    |
| d) | De organisatie voert hierop geen actief beleid      | [geen van de genoemde of vergelijkbare acties]      |

[Bv aandacht op eigen website (digitaal), nieuwsbrief (hardcopy), bij intake, belteam, hulp zoeken bij collega's, onderzoek naar waarom niet ingevuld wordt ....]

### PROMOTOR SCORE

#### INDICATOR PROMOTOR SCORE

"Wat is het percentage cliënten/cliëntenvertegenwoordigers dat een 8, 9 of 10 geeft op de NPS-vraag "Zou u [instellingsnaam] bij uw vrienden en familie aanbevelen?"  
0 = zeer waarschijnlijk niet , 10 = zeer waarschijnlijk wel

- Teller: het aantal cliënten/cliëntenvertegenwoordigers dat een 8, 9 of 10 geeft op de NPS-vraag;  
Noemer: alle cliënten of cliëntvertegenwoordigers die de NPS-vraag hebben beantwoord.
- Deze vraag wordt gesteld d.m.v. een onafhankelijke uitvraag op basis van aselechte steekproef, eventueel in combinatie met andere vragen die de organisatie aan cliënten wil voorleggen.
- De NPS wordt eens per twee jaar uitgevraagd.

- De vraag kan worden gesteld aan de cliënt of een cliëntvertegenwoordiger en kan zowel schriftelijk als mondeling worden afgenomen al naar gelang de opzet van het onderzoek binnen de zorgorganisatie.
- Het handboek voor de CQ-index is richtinggevend voor de steekproefgrootte.
- Als niveau voor de steekproef wordt minimaal het KvK-niveau van de organisatie gehanteerd, of een lager detailniveau als de organisatie dit zinvol acht voor kwaliteitsverbetering.
- Minimaal aantal respondenten voor publicatie is 10 (per categorie: cliënten en cliëntvertegenwoordigers). Dit leidt in de praktijk tot minimaal een of twee percentages per organisatie (op KvK-niveau).

### INDICATOREN IGZ

Informatiebronnen	Gebruikte u in 2014 deze informatiebron om systematisch gegevens te verzamelen? *	Werden in 2014 deze gegevens opgenomen in de management-informatie? **	Werden de gegevens in 2014 gebruikt in de planning en control cyclus? ***
<b>Niveau cliënt</b>			
Zorgproblemen <sup>a</sup>	ja/nee	ja/nee	ja/nee
Cliëntervaringsonderzoek	ja/nee	ja/nee	ja/nee
Klachten van cliënten of van vertegenwoordigers/betrokkenen van de cliënt	ja/nee	ja/nee	ja/nee
Medezeggenschapsraad cliënten en/of verwanten	ja/nee	ja/nee	ja/nee
<b>Niveau medewerkers</b>			
Vrijwilligers en/of mantelzorgers tevredenheid onderzoek	ja/nee	ja/nee	ja/nee
Medewerkers tevredenheid onderzoek	ja/nee	ja/nee	ja/nee

Medezeggenschapsraad zorgverleners	ja/nee	ja/nee	ja/nee
Registratie van genoten scholing per medewerker	ja/nee	ja/nee	ja/nee
<b>Niveau afdeling/zorggroep</b>			
Interne audits	ja/nee	ja/nee	ja/nee
(bijna) fout meldingen/ incidentmeldingen	ja/nee	ja/nee	ja/nee
Meldingen van calamiteiten	ja/nee	ja/nee	ja/nee
<b>Niveau instelling/concern</b>			
Externe audits tbv certificering of keurmerk	ja/nee	ja/nee	ja/nee

<b>2. Veiligheid</b>	
Hoeveel cliënten hebben de afgelopen 30 dagen continue psychofarmaca gebruikt?	..%
Wordt het gebruik van psychofarmaca structureel geëvalueerd?	Ja/nee/soms/soms in de 1 <sup>e</sup> 6 weken na opname
Wat is het % cliënten bij wie in de afgelopen 30 dagen een vrijheidsbeperkende maatregel (M&M) is toegepast?	..%
Is bij alle cliënten bij wie in de afgelopen 30 dagen een middel of maatregel is getroffen, deze maatregel geëvalueerd?	Ja/nee

Vindt een twee jaarlijkse audit infectiepreventie en hygiëne beleid plaats?	Ja/nee
Indien er een aanpassing is geweest in doelgroep, gebouw of organisatiestructuur: is er dan een aanpassing van de RI&E geweest?	Ja/nee
Indien er geen aanpassing is geweest in doelgroep, gebouw of organisatiestructuur: is de RI&E dan ouder dan 5 jaar?	Ja/nee

<b>3. Mondzorg</b>	
Worden mondzorgproblemen in het zorgleefplan gesignaleerd?	Ja/nee
Is binnen 6 weken na opname de mondgezondheid beoordeeld door een tandarts en is dit vastgelegd in het cliëntdossier?	Ja/nee
Is het mondzorgbeleid schriftelijk vastgelegd?	Ja/nee
Is de multidisciplinaire richtlijn Mondzorg (samengevat) beschikbaar voor alle zorgmedewerkers?	Ja/nee
Is mondzorg een terugkerend onderdeel van het scholingsplan?	Ja/nee
Is er een aandachtsvelder mondzorg?	Ja/nee
Is de verantwoordelijkheid voor het toezien op het nakomen van professionele mondzorg interventies vastgelegd?	Ja/nee