

Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

Samen leren en ontwikkelen



Actualisatie augustus 2021



Voorwoord

Voor u ligt de geactualiseerde versie van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Deze actualisatie is gebaseerd op het kwaliteitskader uit 2017. De Raad van Bestuur van het Zorginstituut heeft op 10 juni 2021 besloten deze geactualiseerde versie van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg op te nemen in het Register.

Ontwikkeling Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg 2017

In 2017 heeft het Zorginstituut het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg vastgesteld. Het vormt hiermee de wettelijke basis voor de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. Om hier daadwerkelijk invulling aan te geven, stonden er in de versie uit 2017 verschillende ontwikkelopdrachten beschreven voor de sector. De sectorpartijen waren aan zet om hier mee aan de slag te gaan. Nu, in 2021, zijn deze ontwikkelopdrachten afgerond – reden waarom er nu een geactualiseerde versie van het kader is opgesteld.

Actualisatie

Bij de gelegenheid van de actualisatie van het kader is de tekst ook opgefrist en hier en daar opnieuw geordend. Er zijn geen inhoudelijke wijzigingen aangebracht; wel zijn de aanpassingen doorgevoerd die voortvloeien uit de afgeronde ontwikkelopdrachten of andere besluiten die de Stuurgroep Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg genomen heeft in de afgelopen jaren.

Het motto van het geactualiseerde Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg luidt: 'Samen leren en ontwikkelen.' Dit is van begin af aan de inzet en doelstelling van het kwaliteitskader geweest. Een hulpmiddel om met alle betrokkenen de kwaliteit van de verpleeghuiszorg hoog te houden. De Stuurgroep blijft zich van harte gezamenlijk inzetten voor het verder leren en ontwikkelen van kwaliteit in de verpleeghuiszorg.

Inhoudsopgave

Inleiding	5
Leeswijzer	9
Hoofdstuk 1: Persoonsgerichte zorg en ondersteuning: wat wil de cliënt?	11
1.1. Introductie	11
1.2. Zo doen we dat	11
Vereisten	12
Hoofdstuk 2: Wonen en welzijn - Een aangenaam leven	13
2.1. Introductie	13
2.2. Zo doen we dat	14
Vereisten	14
Hoofdstuk 3: Passende, veilige zorg en ondersteuning - Leren door professionals in teams	15
3.1. Introductie	15
3.2. Zo doen we dat	16
3.3. Verdere ontwikkeling	17
3.4. Steeds actueel	17
Vereisten	18
Hoofdstuk 4: Leren en ontwikkelen - Lerende organisaties	19
4.1. Introductie	19
4.2. Zo doen we dat	19
Vereisten	22
Hoofdstuk 5: Leiderschap, governance en management - Transparantie en verantwoording	23
5.1. Introductie	23
5.2. Zo doen we dat	23
5.3. Transparantie	24
5.4. Verantwoording	24
Vereisten	26
Hoofdstuk 6: Personeelssamenstelling - Kwaliteit komt tot stand in de relatie tussen cliënt en zorgverlener	27
6.1. Introductie	27
6.2. Normen personeelssamenstelling	27
6.3. Inzicht in de personeelssamenstelling	29
6.4. Zo doen we dat	30
Vereisten	31
Hoofdstuk 7: Hulpbronnen, omgeving en context	32
7.1. Introductie	32
7.2. Zo doen we dat	33
Vereisten	33

Hoofdstuk 8: Gebruik van informatie	34
8.1. Introductie	34
8.2. Verschillende kwaliteitsdoelen vragen om verschillende informatie	34
8.3. Het gebruik van cliëntervaringen	35
Vereisten	36
Bijlage 1	
Handreikingen voor personeelsgerichte zorg & ondersteuning	37
Bijlage 2	
Handreikingen voor wonen en welzijn	40
Bijlage 3	
Inhoudsopgave kwaliteitsplan	42
Bijlage 4	
Inhoudsopgave kwaliteitsverslag	43
Bijlage 5	
Lijst met gebruikte afkortingen	44
Bijlage 6	
Bronnen	45

Inleiding

Zorg en ondersteuning voor mensen die niet meer thuis kunnen wonen moet optimaal aansluiten bij zijn of haar wensen en zorg- en ondersteuningsbehoeften. Het is belangrijk dat bewoners hun leven zoveel mogelijk op de eigen manier kunnen voorzetten die het beste bij hen past. Om dat mogelijk te maken heeft de Stuurgroep Kwaliteit Verpleeghuiszorg¹ (hierna: stuurgroep) het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg geactualiseerd.

Samen voor het beste resultaat

De stuurgroep-partijen hebben het gedachtengoed van dit Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg in 2017 omarmd. Het wordt gebruikt als leidraad voor verdere ontwikkeling van kwaliteit van de zorg. Partijen laten zien waar ze voor staan en geven met elkaar vorm aan leren en ontwikkelen, op alle thema's die dit kader omvat. De ervaring van de afgelopen jaren leert dat we in gezamenlijkheid het beste resultaat kunnen bereiken.

Over dit kader

Dit kader beschrijft wat we gezamenlijk onder goede zorg verstaan en hoe daaraan gewerkt wordt in verpleeghuizen. Het kwaliteitskader heeft meerdere doelen. Het laat op de eerste plaats zien wat cliënten en hun naasten mogen verwachten van verpleeghuiszorg en het helpt hen om een weloverwogen keuze te maken voor een zorgorganisatie. Ten tweede stimuleert dit kader zorgorganisaties en hun zorgprofessionals om samen de kwaliteit van de zorg en ondersteuning continu te optimaliseren en het lerend vermogen te versterken. Ten derde is dit kader de basis voor extern toezicht en voor inkoop en contracteren van zorg.

Verpleeghuisbewoners

De leefstijl, wensen en behoeften van mensen die in verpleeghuizen wonen², verschillen sterk van elkaar. Wie rondkijkt in een verpleeghuis ziet een grote variatie aan bewoners, hun wensen, zorg- en ondersteuningsvragen. Autochtoon en mensen met een migratieachtergrond, rijk en minder-welvarend, man en vrouw, hetero en homo, oud en minder oud; het zijn allemaal onderling verschillende mensen die vanwege fysieke, sociale en/of psychische problemen niet meer thuis kunnen wonen.

De professional maakt het verschil

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning krijgt vorm in het contact tussen de zorgprofessional en de bewoner. Om goed te kunnen aansluiten bij de cliënt is het cruciaal hem of haar te leren kennen en een relatie met hem op te bouwen. Zorg, ondersteuning en begeleiding bieden aan verpleeghuisbewoners is vooral een kwestie van goed luisteren, kijken en praten met bewoners zelf en hun naasten om zo samen te bepalen wat het beste past in de huidige situatie. Maatwerk dus, iedere keer weer.

¹ in de Stuurgroep Kwaliteit Verpleeghuiszorg zijn de volgende organisaties vertegenwoordigd: ActiZ, LOC Waardevolle zorg, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, Verenso, ZorgthuisNL en Zorgverzekeraars Nederland.

² In dit document gebruiken we de termen 'mensen die in een verpleeghuis wonen', 'bewoners' en 'cliënten' door elkaar.

Leren en ontwikkelen als leidraad

Leren en ontwikkelen staan centraal in dit kwaliteitskader. Vanuit de motivatie om steeds de beste zorg, ondersteuning en begeleiding voor de bewoner te willen leveren, moeten professionals in de zorg in staat zijn om mee te bewegen. Dat vergt flexibiliteit, zelfkennis en een brede blik. Weten wanneer jij de aangewezen persoon bent om een cliënt te helpen én weten wanneer je een collega moet inschakelen, bijvoorbeeld omdat andere kennis is vereist. Door systematisch te reflecteren op deze zaken kunnen zorgprofessionals scherp blijven en de zorg en ondersteuning verder verbeteren.

Daarnaast wil dit kwaliteitskader systematisch leren en ontwikkelen in organisaties voor verpleeghuiszorg stimuleren. Dat gebeurt zowel intern met cliënten, naasten en zorgverleners als extern met andere zorgorganisaties, ouderenbonden, cliënt- en patiëntenorganisaties, zorgcoöperaties en zorgkantoren. De uitgangspunten van dit kader stimuleren de samenwerking met interne en externe betrokkenen, bijvoorbeeld door samen kwaliteitsplannen te maken, samen kwaliteitsverslagen te bespreken en samen ontwikkelplannen te maken, bijvoorbeeld in lerende netwerken. Maar samen leren kan ook door middel van uitwisselingen, audits en visitaties.

Om samen leren optimaal te laten verlopen is het nodig dat kennisbronnen, zoals cliëntervaringen, indicatoren en kwaliteitsverslagen, in alle openheid voor alle betrokkenen beschikbaar zijn, met behoud van privacy van cliënten en zorgverleners.

Context

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is als kwaliteitstandaard opgenomen in het wettelijke Register van het Zorginstituut Nederland. Dit Register maakt zichtbaar wat zorgaanbieders, cliënten en zorgverzekeraars hebben afgesproken over wat goede zorg is en vormt de basis voor toezicht en verantwoording. Ook daar ligt de nadruk op leren als basis voor kwaliteitsontwikkelingen en minder op verantwoording via gedetailleerde uitkomsten. Dat biedt ruimte aan zorgverleners. Leren en ontwikkelen is echter niet vrijblijvend; het zijn ook de zaken waarop toezichthouders toetsen en handhaven.

Het kader sluit aan bij de uitgangspunten voor kwaliteit die beschreven zijn in de Wet Langdurige Zorg (Wlz), te weten:

- (a) de geboden zorg moet ondersteunend zijn aan de kwaliteit van leven van de cliënt;
- (b) de cliënt krijgt een persoonlijk arrangement dat is afgestemd op eigen behoeften; en
- (c) de zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg en ondersteuning, met als belangrijkste bouwstenen: betrokken en vakbekwame zorgverleners, een persoonlijk zorgleefplan en betrokkenheid van informele zorgverleners.

De in dit kader beschreven kwaliteit is het niveau waar verpleeghuiszorg aan moet voldoen.

Reikwijdte

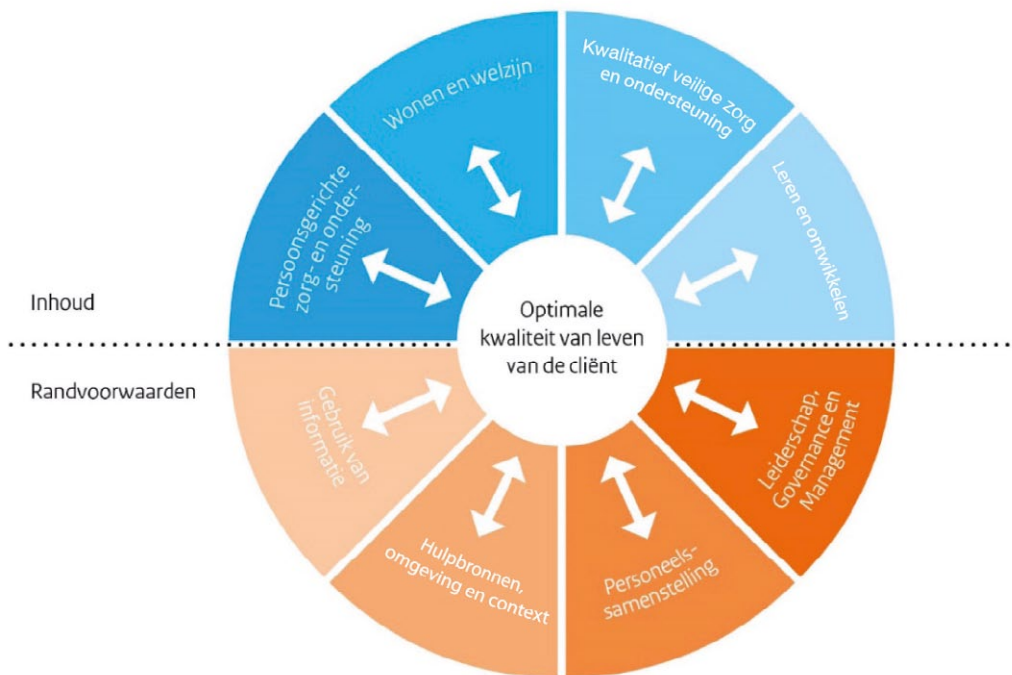
- Het kwaliteitskader gaat over de zorg en ondersteuning van cliënten met een Zorgzwaartepakket (ZZP)-indicatie 4 t/m 10, die 24 uur aangewezen zijn op Wlz-zorg en ondersteuning. Dit gaat over zorg en ondersteuning die geboden wordt aan groepen van cliënten, dan wel zorg die voor een deel van de tijd geclusterd geboden wordt, zoals tijdelijke opnamen. Het kader geldt ook voor situaties waarin mensen kiezen om met een persoonsgebonden budget in groepsverband zorg te krijgen.
- Verpleeghuiszorg bevindt zich binnen de sector Verpleging en Verzorging (V&V) en richt zich daarbinnen op de Wlz-geïndiceerde cliënten.
- Verpleeghuiszorg is continue, langdurige, systematische en multidisciplinaire zorg voor ouderen en chronisch zieken. Het gaat om een integraal aanbod van verpleging, verzorging, behandeling, begeleiding, welzijn en wonen aan mensen met verschillende diagnoses, uiteenlopend van somatische tot psychogeriatrische aandoeningen en specifieke doelgroepen, zoals cliënten met niet-aangeboren hersenletsel, Korsakov etc.
- Er wordt steeds meer verpleeghuiszorg geleverd in de directe woonomgeving van cliënten waarbij ook zorgverleners, zoals specialisten ouderengeneeskunde, in consult worden gevraagd. Op deze vormen van (consultatieve) verpleeghuiszorg zijn delen van dit kwaliteitskader goed toepasbaar.

Visie op verpleeghuiszorg: model en thema's kwaliteitskader

Als basis voor kwalitatief goede verpleeghuiszorg is een model gekozen dat het beste aansluit bij de geformuleerde visie en uitgangspunten. Het model baseert zich zowel op de door het College voor Rechten van de Mens geformuleerde aanbevelingen voor mensenrechten in verpleeghuizen (College voor Rechten van de Mens, februari 2016) als de beschikbare (wetenschappelijke) kennis, standaarden en andere bronnen. Het is een integraal model waarin alle thema's gezamenlijk bijdragen aan het hiervoor beschreven hoofddoel van kwaliteit in de verpleeghuiszorg.

Het kwaliteitskader beschrijft de kwaliteit van zorg op micro-, meso- en macroniveau.

- Microniveau: Het kader beschrijft wat de cliënt kan verwachten van de dagelijkse zorg (liefdevol, persoonsgericht en kwalitatief goed), en beschrijft de elementen van kwaliteit die belangrijk zijn in het contact met de cliënt en in (multidisciplinaire) samenwerking.
- Mesoniveau: Het kader beschrijft de randvoorwaarden die de zorgorganisatie op orde moet hebben om de zorg op microniveau zo optimaal mogelijk te maken.
- Macroniveau: Het kader beschrijft waar Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), zorgkantoren en samenleving op kunnen rekenen in het licht van toezicht en verantwoording (veilige en verantwoorde zorg).



Figuur 1: Integraal model voor dynamisch en ontwikkelingsgericht werken aan kwaliteit verpleeghuiszorg

Optimale kwaliteit van leven van de cliënt is het vertrekpunt van goede, persoonsgerichte zorg en ondersteuning. Dat krijgt vorm in de interactie tussen bewoner, zijn of haar naaste(n) en de zorgprofessional/zorgverlener, op de locatie waar de cliënt woont en zorg en ondersteuning krijgt. De acht thema's in het model zijn gerelateerd aan thema's van inhoud van de zorg en ondersteuning (bovenste helft cirkel). De zorgorganisatie biedt de randvoorwaarden om die driehoek goed te laten functioneren in het zorg- en behandelproces. De randvoorwaarden staan in de onderste helft van de cirkel.

Leeswijzer

De eerste vier hoofdstukken van dit kader zijn gewijd aan de zorg en ondersteuning van de cliënt en hoe professionals en organisaties permanent leren en ontwikkelen.

- Hoofdstuk 1: Persoonsgerichte zorg en ondersteuning: wat wil de cliënt? Met zorg en ondersteuning die optimaal aansluit op de situatie van de cliënt dragen verpleeghuizen bij aan het verhogen van de kwaliteit van leven op alle leefgebieden. De kwaliteit van leven is voor iedere bewoner anders en bestaat uit een combinatie van medische en verpleegkundige zorg, ondersteuning, zingeving, welbevinden en participatie. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning krijgt vorm in de relatie tussen de bewoner en zijn of haar naaste(n) en de zorgprofessional.
- Hoofdstuk 2: Wonen en welzijn – Een aangenaam leven. Persoonsgerichte zorg en wonen & welzijn hangen nauw met elkaar samen. Het gaat er immers om dat de cliënt niet alleen de zorg krijgt die hij of zij nodig heeft, maar ook dat het leven zo aangenaam mogelijk is, met zingeving en betekenisvolle activiteiten, waar mogelijk samen met familie en naasten. Dat krijgt vorm in de dialoog tussen de bewoner, zijn of haar naasten en de zorgprofessionals.
- Hoofdstuk 3: Kwalitatief veilige zorg en ondersteuning – Leren door professionals in teams. Kwaliteit en veiligheid van zorg is constant onder de aandacht. Het op de juiste manier toepassen van professionele standaarden, richtlijnen en wettelijke kaders vraagt om een permanente leercultuur, waarmee zorgprofessionals zoveel mogelijk de kwaliteit van zorg verhogen en de veiligheid van cliënten waarborgen.
- Hoofdstuk 4: Leren en ontwikkelen – Lerende organisaties. Om de best mogelijke zorg voor bewoners van verpleeghuizen te realiseren, is het nodig om permanent te blijven leren en ontwikkelen. Zorgorganisaties zijn lerende organisaties en ze zijn transparant over hoe zij zich ontwikkelen en hoe de zorg en ondersteuning daarvan profiteren.

In de vier volgende hoofdstukken komen de randvoorwaarden voor goede zorg en ondersteuning aan bod.

- Hoofdstuk 5: Leiderschap, governance en management – Transparantie en verantwoording. Goede zorg en ondersteuning komen niet vanzelf tot stand. De wijze waarop de organisatie gestuurd wordt speelt een belangrijke faciliterende, stimulerende en trekkende rol. Een visie op kwaliteit, de inbreng van medewerkers en cliënten daarbij, het creëren van een leerklimaat zijn essentieel voor een goed functionerende organisatie. In dit hoofdstuk staat ook een overzicht van de gegevens die jaarlijks moeten worden aangeleverd bij de Openbare Database (ODB) van het Zorginstituut Nederland.
- Hoofdstuk 6: Personeelssamenstelling - Kwaliteit komt tot stand in de relatie tussen cliënt en zorgverlener. De zorgprofessional maakt het verschil, met zijn of haar kennis, deskundigheid, ervaring en bejegening. Personeelssamenstelling draait om de inzet van de juiste mensen met de juiste competenties die nodig zijn, gezien de vragen van de bewonersgroep op dat moment.

- Hoofdstuk 7: Hulpbronnen, omgeving en context. Er zijn veel ontwikkelingen, factoren en innovaties die invloed hebben op het functioneren van de organisatie. Door deze tijdig te identificeren en te doorgronden kunnen de organisatie en de medewerkers er zodanig op inspelen dat zij bijdragen aan kwaliteit van leven van de bewoners en kwaliteit van het werk van de medewerkers.
- Hoofdstuk 8: Gebruik van informatie. Het verzamelen, vastleggen en beheren van informatie is van essentieel belang. Enerzijds om het samen leren en ontwikkelen in lokaal verband mogelijk te maken. Anderzijds kan informatie gebruikt worden om inzicht te geven in hoe de organisatie presteert (transparantie) en om intern en extern verantwoording af te leggen.

1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Wat wil de cliënt?

1.1 Introductie

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning sluiten optimaal aan op de situatie van de bewoner. Daarmee dragen zorgorganisaties bij aan het verhogen van de kwaliteit van leven op alle leefgebieden. Wat kwaliteit van leven is, is voor iedere bewoner anders en bestaat uit een combinatie van ondersteuning, begeleiding, zingeving, welbevinden, participatie, medische en (verpleegkundige) zorg.

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning begint met goed weten wie iemand is en wat er voor hem of haar toe doet. Gehoord en gezien worden is voor iedereen belangrijk. De dialoog tussen de cliënt en de zorgprofessional vormt de basis van persoonsgerichte zorg en ondersteuning. Goed luisteren en een open, eerlijke communicatie vormen het vertrekpunt voor de dialoog, maar ook het oppikken en goed interpreteren van non-verbale signalen behoren tot de kerncompetenties van zorgprofessionals. Naasten zijn vaak een belangrijke schakel als de dialoog door de gezondheid van de bewoner niet altijd met woorden gevoerd kan worden.

De cliënt en haar naasten en de zorgprofessional zijn in gesprek over de benodigde zorg en ondersteuning, wensen en verlangens van de bewoner. De zorgprofessional brengt hier zijn eigen professionaliteit in. De zorgprofessional en de cliënt en zijn naasten komen samen tot afspraken over persoonsgerichte zorg en ondersteuning. De zorgprofessional legt deze vast in het zorgleefplan van de individuele bewoner. De organisatie bewaakt dat dit zorgleefplan wordt opgesteld en zo nodig bijgesteld, voortvloeiend uit een constante dialoog met de cliënt en zijn of haar naasten.

De wens van de bewoner is leidend

Cliënten in een verpleeghuis krijgen multidisciplinaire verzorging, verpleging, behandeling en ondersteuning. Zij hebben vaak hoog complexe zorg- en ondersteuningsvragen. Dat stelt eisen aan de competenties, kennis en kunde van de zorgprofessionals. De juiste (medische) zorg, passende ondersteuning en activiteiten om het leven zo aangenaam mogelijk te maken zijn integraal onderdeel van de begeleiding die verpleeghuisbewoners krijgen om het leven zo zelfstandig en prettig mogelijk vorm te geven. Voor een groot deel van de bewoners van verpleeghuizen geldt dat zij het laatste stuk van hun leven hier doorbrengen. Goede palliatieve en terminale zorg maken ook onderdeel uit van zorg, ondersteuning en begeleiding in deze fase van het leven.

1.2 Zo doen we dat

In dit kwaliteitskader gebruiken we vier thema's³ die invulling geven aan de kwaliteit van persoonsgerichte zorg en ondersteuning:

1. Compassie: de bewoner ervaart nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip.
2. Uniek zijn: de cliënt wordt benaderd als individu, vanuit zijn persoonlijke verhaal en identiteit.
3. Autonomie: voor de cliënt is de mogelijkheid van eigen regie over leven en welbevinden leidend, ook bij de zorg in de laatste levensfase.
4. Samen beslissen: In overleg met bewoner en haar naasten worden afspraken gemaakt over zorg, behandeling en ondersteuning die vastgelegd worden in het zorgleefplan.

Deze vier thema's vormen de basis voor persoonsgerichte zorg en ondersteuning. Iedere verpleeghuisorganisatie maakt inzichtelijk wat de stand van zaken is op het gebied van persoonsgerichte zorg en ondersteuning en hoe gewerkt wordt aan de verschillende thema's en wat het resultaat is. Dat wordt zichtbaar gemaakt in het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag (zie hoofdstuk 4).

De vier thema's op het terrein van persoonsgerichte zorg en ondersteuning zijn in bijlage 1 verder uitgewerkt. De sub-thema's zijn uitgewerkt vanuit het ik-perspectief van de cliënt, ook als de wilsbekwaamheid op onderdelen is verminderd.

Deze uitwerkingen zijn voorbeelden van invullingen van persoonsgerichte zorg en ondersteuning. Ze zijn te gebruiken als handreikingen voor gespreksvoering, voor het bepalen van de inhoud van de instrumenten voor verbeteren (besprekingen, cliëntraadplegingen, evaluatie-instrumenten, zorgevaluaties en gesprekken met cliënten en naasten), en voor het ontwikkelen van competenties van zorgprofessionals. Zorgorganisaties en medewerkers kunnen deze uitwerkingen gebruiken op een voor de situatie toepasbare manier. Het gaat immers om datgene wat voor de individuele bewoner van belang is. Bij een persoonsgerichte benadering past maatwerk, waarbij de zorgprofessionals samen met de cliënt/naaste bepalen welke zorg en ondersteuning op dat moment nodig is. De zorgprofessionals maken hierbij gebruik van de drie dimensies van professionaliteit: vakbekwaamheid, lerend vermogen en samenlerend vermogen⁴.

Vereisten

- De vier onderscheiden thema's (compassie, uniek zijn, autonomie en samen beslissen) zijn voor zorgprofessionals richtinggevend bij persoonsgerichte zorg en ondersteuning.
- Elke verpleeghuisorganisatie geeft aantoonbaar invulling aan deze thema's en maakt dit zichtbaar in het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag.
- De voorgestelde uitwerkingen per onderscheiden thema's zijn handreikingen voor de instrumenten voor verbetering, het voeren van gesprekken en het ontwikkelen van competenties. Zorgorganisaties zijn vrij om deze thema's naar eigen inzicht aan te vullen.
- Iedere cliënt heeft binnen 24 uur een voorlopig zorgleefplan (met in ieder geval zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contactpersoon en afspraken over handelen bij calamiteiten), dat uiterlijk zes weken na opname (of zoveel eerder als mogelijk) volledig en (tot bijstelling aan de orde is) definitief wordt⁵.
- De verantwoordelijkheid voor het opstellen van een zorgleefplan is belegd bij een verzorgende van tenminste niveau 3 (IG), of bij een andere zorgprofessional van tenminste niveau 3. Bij voorkeur is dit de contactverzorgende, dan wel de eerste verantwoordelijk verzorgende of verpleegkundige (EJV-er).

³ Deze thema's zijn gebaseerd op het Concept Kwaliteitskader ouderenzorg (2016) en de informatie uit de analysefase.

⁴ www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2016/11/17/anders-kijken-anders-leren-anders-doen-grensoverstijgend-leren-en-opleiden-in-zorg-en-welzijn-in-het-digitale-tijdperk

⁵ www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/wet-en-regelgeving.html

2 Wonen en welzijn

Een aangenaam leven

2.1 Introductie

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning en wonen & welzijn hangen nauw met elkaar samen. Het gaat er immers om dat de cliënt niet alleen de zorg en ondersteuning krijgt die hij of zij nodig heeft, maar ook dat het leven zo aangenaam mogelijk is, met zingeving en betekenisvolle activiteiten, waar mogelijk samen met familie en naasten. Dat krijgt vorm in de dialoog tussen de bewoner, zijn of haar naasten en de zorgprofessionals. Dit gesprek vormt de basis van een integraal aanbod van zorg en ondersteuning dat past bij de situatie van de individuele cliënt.

Waar mogelijk en wenselijk krijgt het netwerk van familie en naasten⁶ een betekenisvolle rol in de ondersteuning van de bewoner. Zij kennen hem als geen ander en spelen een rol in zijn leven. Familieparticipatie in zorg en ondersteuning geeft zo een meerwaarde aan het dagelijks leven van de cliënt.

Deelname aan of meegenieten van activiteiten van bijvoorbeeld kinderopvang, scholen, jeugd- en jongerenwerk en andere maatschappelijke activiteiten kunnen in hoge mate bijdragen aan het levensplezier van mensen die in een verpleeghuis wonen en zorgen ervoor dat zij zo onderdeel uit maken van de maatschappij. Verpleeghuisorganisaties werken waar mogelijk samen aan maatschappelijke initiatieven die deze verbondenheid met de lokale samenleving versterken.

In dit kwaliteitskader verpleeghuiszorg onderscheiden we vijf thema's⁷ die van belang zijn bij het vormgeven van de kwaliteit van wonen en welzijn:

1. Zingeving: aandacht en ondersteuning van levensvragen op allerlei gebieden, in aansluiting op de levensvisie of -overtuiging van de bewoner.
2. Zinnvolle tijdsbesteding: aandacht en ondersteuning bij activiteiten die voor de cliënt het leven de moeite waard maken. Daarbij zijn er grote onderlinge verschillen, die maken dat er, naast groepsgerichte activiteiten, tijd en ruimte is voor individuele activiteiten.
3. Schoon en verzorgd lichaam en verzorgde kleding: persoonlijke verzorging speelt een belangrijke rol bij het welbevinden van een bewoner. Ook daarbij geldt dat die wensen voor iedere bewoner anders zullen zijn.
4. Familieparticipatie en inzet vrijwilligers: ruimte bieden aan de rol van mantelzorgers en hen betrekken waar en wanneer mogelijk en wenselijk, met oog voor de vaak zware taak van mantelzorgers. Ook over de inzet van vrijwilligers zijn heldere afspraken gemaakt.
5. Wooncomfort: de dagelijkse gang van zaken en de kwaliteit van de directe leefomgeving spelen een belangrijke rol bij het welbevinden van bewoners. Gastvrijheid, maaltijden, schoonmaak en inrichting bepalen voor een groot deel hoe zij hun dagelijkse woonomgeving ervaren en of zij zich daar prettig voelen.

⁶ Kan ook mentor of netwerk van de cliënt zijn.

⁷ Thema's zijn gebaseerd op informatie uit de analysefase.



2.2

Zo doen we dat

Deze vijf thema's vormen de basis voor het optimaliseren van de kwaliteit van wonen en welzijn. Iedere verpleeghuisorganisatie maakt inzichtelijk wat de stand van zaken is op het gebied van wonen en welzijn en hoe gewerkt wordt aan de verschillende thema's. Dat wordt zichtbaar gemaakt in het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag (zie hoofdstuk 4).

De vijf thema's op het terrein van wonen en welzijn zijn in bijlage 2 verder uitgewerkt. De sub-thema's zijn op dezelfde manier uitgewerkt als in bijlage 1 en dienen als voorbeelden.

Vereisten

- Vijf thema's (zingeving, zinvolle dagbesteding, schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding, familieparticipatie & inzet vrijwilligers en wooncomfort) zijn leidend bij kwaliteitsverbetering op het terrein van wonen en welzijn.
- Elke verpleeghuisorganisatie geeft aantoonbaar invulling aan deze thema's en maakt dit zichtbaar in het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag (zie hoofdstuk 4).
- Het aanpassen van de woonomgeving aan de wensen en mogelijkheden van de verschillende doelgroepen van verpleeghuiszorg verdient specifieke aandacht.

3 Kwalitatief veilige zorg en ondersteuning

Leren door professionals in teams

3.1 Introductie

Iedereen die in een verpleeghuis woont, krijgt goede en passende persoonsgerichte zorg en ondersteuning. Kwaliteit en veiligheid maken hier vanzelfsprekend onderdeel vanuit. Bij het werken aan de kwaliteit van zorg gaan we uit van de professionele standaarden en richtlijnen die gelden in de sector. Daarnaast gelden diverse wettelijke kaders waaraan ook verpleeghuizen moeten voldoen, zoals veiligheid van hulpmiddelen, brandveiligheid, de aanwezigheid van ontruimingsplannen, voedselveiligheid en drinkwaterveiligheid. Er zijn ook wettelijke vereisten rondom klachten en inspraak. Deze wettelijke kaders zijn uiteraard van toepassing, maar worden niet in dit kwaliteitskader besproken. Zij hoeven ook geen vast onderdeel te vormen van het kwaliteitsplan en –het kwaliteitsverslag.

Leren in teams

Het leveren van goede persoonsgerichte zorg en ondersteuning vraagt om een permanente leercultuur, waarbij zorgprofessionals, als een onderdeel van persoonsgerichte zorg, zoveel mogelijk ook de veiligheid van cliënten waarborgen. Soms levert dit dilemma's op, bijvoorbeeld wanneer de wens van de bewoner en haar naasten ook risico's met zich meebrengt. In dialoog tussen zorgprofessionals, bewoner en naasten wordt in zulke situaties bekeken en besproken wat de beste oplossing is die bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de bewoner. Samen beslissen zij over de beste oplossing voor die situatie.

Leren en ontwikkelen vindt plaats op verschillende niveaus in de organisatie. Werken aan basisveiligheid vindt met name plaats in de (multidisciplinaire) teams. Omdat in teams wordt gewerkt aan concrete verbetermaatregelen, spreken we in dit verband over 'leren en verbeteren', waarbij 'verbeteren' uiteraard ook bijdraagt aan het verder ontwikkelen van de kwaliteit. Zorgprofessionals hebben de verantwoordelijkheid om in hun dagelijkse praktijk, samen met collega's continu aan de verbetering van de zorg en ondersteuning te werken. Eén van de hulpmiddelen hierbij is regelmatig metingen te doen. De uitslag van deze metingen brengt in teams het gesprek op gang: wat vertelt deze uitkomst? Herkennen we deze uitslag? Zien we een trend? Vinden we het goed genoeg of gaan we actie ondernemen? Daarnaast kunnen uitkomsten interessant zijn voor cliënten als keuze-informatie of voor de inkoop van zorg door het zorgkantoor.

In dit kwaliteitskader is een aantal thema's benoemd die belangrijk zijn voor de kwaliteit en veiligheid van cliënten. Op deze thema's zijn door de beroepsgroepen indicatoren ontwikkeld die onder andere het leren en verbeteren in teams over deze thema's een impuls te geven.

Bronnen

Verschillende bronnen geven zorgprofessionals en -organisaties informatie over wat er voor cliënten toe doet, hoe de organisatie ervoor staat en wat verbeterpunten zijn. Hierbij valt te denken aan:

- Dagelijkse zorg die zijn weerslag vindt in zorgleefplannen en multidisciplinaire overleggen;
- Huiskamergesprekken met cliënten;
- Cliëntbesprekingen in teams;
- Audits op basis van professionele standaarden en richtlijnen;
- Een overzicht van adviesvragen van verzorgenden aan (para)medici en activiteitenbegeleiding;
- Ervaringen van cliënten;
- Meldingen van (bijna-)incidenten bij de incidentencommissie;
- Exit-gesprekken met familieleden;
- Enzovoorts.

De indicatoren basisveiligheid vormen ook zo'n bron.

3.2

Zo doen we dat

Al deze informatie vormt aanleiding voor reflectie in het team, om op die manier van elkaar te leren en zo veilige zorg en ondersteuning te bieden. Zorgprofessionals van verschillende disciplines zijn permanent bezig met de kwaliteit van hun werk. Ze signaleren wat goed gaat en wat niet, en denken na en praten over hoe het anders kan. Cijfers helpen deze signalen te onderbouwen en verder te verduidelijken.

Met elkaar reflecteren op vaste tijdstippen moet structureel in het team georganiseerd worden. Het eigenaarschap om hiermee aan de slag te gaan ligt bij de professionals in de teams. Managers en bestuurders zorgen voor de randvoorwaarden, zoals tijd, ruimte en terugkoppeling van data naar teams. De teams bespreken de bevindingen met (vertegenwoordigers van) bewoners, de cliëntenraad en met managers/bestuurders. Zo ontstaat een gedeeld beeld.

Indicatoren basisveiligheid

De indicatoren basisveiligheid staan jaarlijks beschreven in het 'Handboek voor zorgaanbieders van verpleeghuiszorg – toelichting op de kwaliteitsindicatoren'.

Er zijn indicatoren ontwikkeld met betrekking tot o.a.:

- Medicatieveiligheid
- Decubituspreventie
- Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen
- Advance Care Planning
- Continentie
- Aandacht voor eten en drinken

Verplichte en vrije-keuze indicatoren

De stuurgroep bepaalt jaarlijks wat de verplichte indicatoren zijn en wat de keuze-indicatoren zijn waaruit gekozen kan worden. Zorgprofessionals en organisaties maken samen met de cliëntenraad op locatieniveau een keuze, op grond van wat op die zorglocatie bijdraagt aan betere zorg.

Voor de jaren tot en met 2021 zijn door de stuurgroep als verplichte indicatoren vastgesteld: 'Advance Care Planning' (ACP), 'bespreken medicatiefouten in het team' en 'aandacht voor eten en drinken'. De overige (minimaal) twee

indicatoren moeten worden gekozen uit de volgende lijst van zeven: decubitus, casuïstiekbespreking decubitus op de afdeling, medicatiereview, middelen en maatregelen rond vrijheid, terugdringen vrijheidsbeperking, werken aan vrijheidsbevordering en continëntie.

De Stuurgroep zal tijdig bepalen welke verplicht en keuze-indicatoren er daarna gaan gelden. Meer informatie daarover is te vinden in het jaarlijks geactualiseerde handboek, o.a. te vinden op www.zorginzicht.nl.

De duiding van de resultaten van de indicatorenmeting krijgt een plek in het kwaliteitsverslag (zie hoofdstuk 4), waarnaar wordt verwezen vanuit de landelijke Openbare Database (ODB) van het Zorginstituut. In het kwaliteitsverslag maakt de organisatie zowel kwalitatief als kwantitatief duidelijk hoe het staat met de basisveiligheid.

De kwaliteitsgegevens worden ook besproken in de cliëntenraad, de (V)VAR of PAR, de Raad van Bestuur en in de Raad van Toezicht. Ook worden ze jaarlijks vergeleken en besproken met de collega-organisaties uit het lerend netwerk en vormen ze een uitgangspunt voor het opstellen van het kwaliteitsplan.

3.3 Verdere ontwikkeling

Zorgprofessionals gebruiken verschillende informatiebronnen om de kwaliteit te verbeteren. Om dit goed te kunnen doen hebben zij inzicht nodig in gegevens. In de stuurgroep is een plan van aanpak uitgewerkt om professionals hierbij te helpen. Om registratielast te voorkomen, maken we in het ideale geval alleen gebruik van registraties die zorgprofessionals doen in het kader van de zorg of de beroepsuitoefening. Zo wordt aangesloten bij landelijke ontwikkelingen rondom registratie aan de bron. Ook wordt onderzocht hoe de administratieve lasten verder kunnen worden verlaagd.

In de stuurgroep is afgesproken het aantal indicatoren voor de basisveiligheid beperkt te houden. De huidige set indicatoren dient daarbij als uitgangspunt. Mogelijk dat er in de toekomst nog enkele indicatoren worden toegevoegd, maar daarbij zal ook kritisch worden gekeken welke indicatoren mogelijk kunnen komen te vervallen. Bij de ontwikkeling van nieuwe indicatoren zijn altijd professionals betrokken: zowel specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten als verpleegkundigen en verzorgenden. De laatste stand van zaken van de indicatoren is te vinden op www.zorginzicht.nl.

3.4 Steeds actueel

Infectiepreventie en antibioticaresistentie zijn op dit moment extra belangrijke thema's in de veiligheid en kwaliteit van zorg. De corona-crisis heeft laten zien hoe een uitbraak van een virusinfectie zowel bewoners als personeel van een verpleeghuis enorm kan raken en hoe maatregelen invloed kunnen hebben op kwaliteit van leven. Ook voor het voorkomen en bestrijden van andere infectieziekten, zoals het norovirus, MRSA en het voorkomen van antibioticaresistentie, zijn hygiënisch werken en infectiepreventie essentieel. Het is daarom belangrijk dat verpleeghuizen continu hun kennis en vaardigheden rondom infectiepreventie op orde hebben. De stuurgroep maakt het mogelijk om thema's te benadrukken als de actualiteit daarom vraagt. Zij kan dit bijvoorbeeld doen door te kiezen welke indicatoren verplicht en welke keuze-indicatoren zijn.

Vereisten

- Verpleeghuizen geven in het kwaliteitsverslag op concernniveau informatie over de verplichte indicatoren, de keuze en de meting van de indicatoren op locatieniveau, afgestemd met cliëntenraad/cliëntvertegenwoordigers en VAR/PAR.
- Indicatoren over de basisveiligheid worden op locatieniveau uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar aangeleverd bij de ODB van het Zorginstituut door een daartoe ingerichte organisatie die voldoet aan de aanleverspecificaties van het Zorginstituut. De indicatoren worden op locatieniveau openbaar gemaakt.
- Elke verpleeghuisorganisatie heeft een incidentencommissie of maakt gebruik van een lokale of regionale incidentencommissie.

4 Leren en ontwikkelen

Lerende organisaties

4.1 Introductie

Organisaties voor verpleeghuiszorg zijn lerende organisaties, die streven naar de optimale zorg en ondersteuning voor bewoners en de beste werkomstandigheden voor medewerkers en vrijwilligers. Ze maken daarbij gebruik van de best beschikbare kennisbronnen, zoals wetenschappelijke literatuur, professionele richtlijnen, landelijke en lokale data, gesystematiseerde ervaringsgegevens, cliëntervaringen en andere kwalitatieve informatie.

Om de best mogelijke zorg en ondersteuning voor bewoners van verpleeghuizen te realiseren is het nodig om permanent te blijven leren en ontwikkelen. Dat geldt voor alle betrokkenen: medewerkers, vrijwilligers, de organisatie en haar samenwerkingspartners. Door te leren van wat beter kan en moet, kunnen verbeteringen een plek krijgen in de dagelijkse routine binnen het verpleeghuis. Doordat de zorg- en ondersteuningsvraag van bewoners en de wensen en verwachtingen vanuit de maatschappij voortdurend veranderen, is een permanente leercultuur nodig om daar steeds weer op in te spelen.

Verpleeghuizen zijn transparant over hoe zij ervoor staan, hoe zij zich ontwikkelen en hoe de zorg en ondersteuning daarvan profiteren. In dit hoofdstuk besteden we aandacht aan de manier waarop zorgorganisaties inzicht geven over de kwaliteit van zorg en de ontwikkeling die zij doormaken.

4.2 Zo doen we dat

Om continu samen te leren en te ontwikkelen zijn kaders behulpzaam. Dit hoofdstuk benoemt vijf uitgangspunten, van waaruit elk verpleeghuis werkt:

1. Leren van en in de praktijk

Leren is een doorlopend proces en vindt voor een groot deel plaats in de dagelijkse praktijk. Verpleeghuizen zorgen ervoor dat er in de organisatie aandacht en ruimte is om te leren van goede voorbeelden en van fouten, feedback te geven en te ontvangen, met elkaar een dialoog te voeren en zo te werken aan verdere optimalisatie van zorg en ondersteuning, op een manier die recht doet aan ieders verantwoordelijkheden en mogelijkheden.

Zorgprofessionals en cliëntenraden zijn nauw betrokken bij het verzamelen van de input voor het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag. Zij pikken signalen uit de praktijk op en verbinden die met cijfers en bevindingen uit metingen en rapportages. Zo leveren zij een belangrijke bijdrage aan cyclische en ontwikkelingsgerichte verbetering van zorg en ondersteuning.

2. Leren van elkaar

Elke verpleeghuisorganisatie neemt deel aan een lerend netwerk met tenminste twee andere collega-organisaties. Deze netwerkpartners moeten onder een andere rechtspersoon vallen en ook een andere Raad van Bestuur hebben. Samen bieden de partners in het netwerk zorg en ondersteuning aan minimaal 120 cliënten.



In het lerende netwerk wordt geleerd en gedeeld rondom het geheel van de kwaliteitscyclus, zoals via onderlinge feedbackbespreking van kwaliteitsplan en het kwaliteitsverslag. Uitwisseling van ervaringen, werkwijzen en inzichten vindt plaats in allerlei vormen, van bezoek tot consultatie, van benchmarking tot intervisie. Dat gebeurt op alle niveaus, van zorgprofessionals in teams tot aan de Raad van Bestuur. Zij kunnen op gezette tijden meelopen bij een collega-organisatie uit het lerend netwerk.

De kennis en ervaring die beschikbaar komt in de netwerken proberen verpleeghuizen zoveel mogelijk te verbinden met onderzoek, onderwijs en beleid, in samenwerking met scholen, kennisnetwerken en kennisorganisaties.

3. Plannen maken

Verpleeghuisorganisaties beschikken over een jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan, dat is opgesteld in samenwerking met de cliëntenraad, (para)medici, verpleegkundigen en verzorgenden. Cliëntenraad en de personeelsvertegenwoordiging hebben instemmingsrecht op het kwaliteitsplan. Dat kwaliteitsplan beschrijft onder andere de doelgroepen in het verpleeghuis, de zorgzwaarte, de typen zorg en ondersteuning die verleend worden en de omvang en kwalificatieniveaus van zorgverleners (personeelssamenstelling).

In het kwaliteitsplan geven verpleeghuizen een omschrijving en toelichting van beleid en maatregelen op de onderdelen die in de acht hoofdstukken van dit kwaliteitskader zijn beschreven.

Het kwaliteitsplan bevat per locatie (volgens KvK-registratie) een ontwikkelplan voor het volgend jaar. Dit ontwikkelplan is een essentieel onderdeel van het kwaliteitsplan en is onder andere gebaseerd op de bevindingen uit het kwaliteitsverslag (zie hieronder).

Het kwaliteitsplan wordt jaarlijks geactualiseerd en wordt voorafgaand aan de vaststelling voor feedback besproken met de partners in het lerend netwerk.

Het kwaliteitsplan maakt onderdeel uit van de begrotings- en jaarplancyclus in een zorgorganisatie. De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk en aanspreekbaar op het kwaliteitsplan.

In bijlage 4 staan de belangrijkste elementen van de inhoudsopgave van een kwaliteitsplan beschreven. Deze is bedoeld als handreiking bij het opstellen van een kwaliteitsplan.

4. Evalueren en ontwikkelen

In aansluiting op het kwaliteitsplan brengen verpleeghuizen jaarlijks een kwaliteitsverslag uit. In dit verslag zijn de doelstellingen en inhoud van het kwaliteitsplan geëvalueerd, inclusief feedback op kwaliteitsplan door de collega-organisaties uit het lerend netwerk. Het verslag komt terug op de hoofdstukken en thema's in het kwaliteitsplan en beschrijft hoe de organisatie ervoor staat.

De ervaringen en meningen van cliënten en hun naasten zijn een onmisbare informatiebron voor de evaluatie van zorg en ondersteuning. Zorgorganisaties geven jaarlijks in het kwaliteitsverslag inzicht in de gemeten cliëntervaringen op tenminste twee manieren:

- Totalscore Cliëntervaring berekend op basis van zes deelvragen. De vragen komen overeen met de vragen van ZorgkaartNederland (zie hoofdstuk 8).
- Meting via een zelfgekozen instrument dat voldoet aan vastgestelde criteria (zie hoofdstuk 8).

Ook het raadplegen van medewerkers levert waardevolle informatie op om de kwaliteit van de leer- en werkomgeving te evalueren. Deze informatie komt in het kwaliteitsverslag aan de orde.

Het concept kwaliteitsverslag wordt voor vaststelling altijd besproken met een vertegenwoordiging van cliënten/naasten (cliëntenraad), (para)medici en verpleegkundigen en verzorgenden, en met tenminste twee collega-zorgorganisaties uit het lerend netwerk. Het kwaliteitsverslag dient als interne verantwoording (cliëntenraad, ondernemingsraad, Raad van Toezicht) en bevat tevens de elementen voor de externe verantwoording (zie hoofdstuk 5). In bijlage 5 staan de belangrijkste elementen van de inhoudsopgave van een kwaliteitsverslag beschreven. Deze is bedoeld als handreiking bij het opstellen van het kwaliteitsverslag.

5. Inzicht en bijsturen

Verpleeghuisorganisaties werken met een kwaliteitsmanagementsysteem dat inzicht geeft in de kwaliteit van zorg en ondersteuning. Het kwaliteitssysteem biedt inzicht in de prestaties van de organisatie, maakt signalen en trends zichtbaar en draagt bij aan het bijsturen, verfijnen en aanpassen van beleid en uitvoering.

Rol cliëntenraad en VAR/PAR/OR

De focus ligt op samen leren: zowel intern met cliënten, naasten en zorgverleners als extern met andere zorgorganisaties, ouderenbonden, zorgcoöperaties en zorgkantoren. Door het samen ontwikkelen van bijvoorbeeld kwaliteitsplannen,

het samen bespreken van kwaliteitsverslagen en het samen bepalen van verbeterplannen wordt geleerd van elkaar. Maar samen leren kan ook door middel van uitwisselingen, audits en visitaties. Voor samen leren is het nodig dat de gebruikte kennisbronnen zoals cliëntervaringen en kwaliteitsverslagen in alle openheid voor alle betrokkenen beschikbaar zijn, met behoud van privacy van cliënten en zorgverleners.

Hulpmiddelen

Om organisaties te helpen hun lerend vermogen zichtbaar te maken en te versterken zijn door de stuurgroep instrumenten ontwikkeld die hiervoor gebruikt kunnen worden:

- *Methode Zelfevaluatie Lerend Vermogen*
- *Methode Multidisciplinaire Kwaliteitsvisitatie.*

Beide methodes zijn te vinden op www.zorginzicht.nl.

Vereisten

- Verpleeghuisorganisaties beschikken over een jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan. Dit wordt opgesteld samen met de cliëntenraad, (para)medici, verpleegkundigen en verzorgenden (OR/VAR/PAR).
- De Raad van Bestuur legt het kwaliteitsplan ter instemming voor aan de cliëntenraad en de OR/VAR/PAR voor indiening bij het zorgkantoor.
- Het zorgkantoor bespreekt het kwaliteitsplan in dialoogsessies met de zorgorganisatie en spreekt daarbij naast de bestuurder ook met de CR en OR/VAR/PAR.
- Elke verpleeghuisorganisatie stelt jaarlijks een kwaliteitsverslag op, waarin de doelstellingen uit het kwaliteitsplan worden geëvalueerd. Dit document verschijnt jaarlijks voor 1 juli volgend op het rapportagejaar en wordt gepubliceerd op de website van de organisatie.
- Elke verpleeghuisorganisatie levert het webadres van het kwaliteitsverslag, uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar, aan bij de ODB van Zorginstituut.
- Elke verpleeghuisorganisatie past jaarlijks het kwaliteitsplan aan op basis van het kwaliteitsverslag. Het aangepaste kwaliteitsplan verschijnt uiterlijk 31 december.
- Elke verpleeghuisorganisatie maakt deel uit van een lerend netwerk met tenminste twee andere collega-zorgorganisaties
- Elke verpleeghuisorganisatie beschikt over een kwaliteitsmanagementsysteem.
- In elke verpleeghuisorganisatie vindt er vijfjaarlijks een (multidisciplinaire) visitatie plaats.

5 Leiderschap, governance en management

Transparantie en verantwoording

5.1 Introductie

Goede zorg en ondersteuning komen niet vanzelf tot stand. In het eerste deel van dit kwaliteitskader (hoofdstukken 1 t/m 4) zijn de zorginhoudelijke aspecten en de leercultuur aan de orde gekomen. In het tweede deel staan de randvoorwaarden voor het leren binnen de organisatie, transparantie en verantwoording centraal.

In dit hoofdstuk staat onder andere het aspect leiderschap centraal. De Raad van Bestuur (RvB) van de organisatie speelt een belangrijke faciliterende, stimulerende en trekkende rol om te zorgen voor optimale randvoorwaarden. Hij creëert een cultuur waarin professioneel leiderschap wordt gestimuleerd en gefaciliteerd. Hij zorgt voor een gedragen visie op kwaliteit, samen met zorgprofessionals en cliënten. De organisatie stuurt op een professionele en aantrekkelijke werkomgeving.

Ook staat in dit hoofdstuk transparantie en verantwoording centraal. Verpleeghuizen laten zien hoe ze ervoor staan. Dat is behulpzaam voor bijvoorbeeld aankomende cliënten om keuzes te maken en voor toezichthouders.

5.2 Zo doen we dat

Gezamenlijke visie op kwaliteit

Een gedragen visie op kwaliteit vormt de basis voor het constant werken aan kwaliteit in de hele organisatie. Een visie op leren en ontwikkelen mag hierbij niet ontbreken. De visie komt in gezamenlijkheid tot stand en heeft een plek in het kwaliteitsplan en -verslag.

Om deze visie te concretiseren formuleert de organisatie samen met professionals en cliënten kernwaarden waarin de gewenste kwaliteit inhoud krijgt op thema's als persoonsgerichte zorg, veiligheid borgen, randvoorwaarden voor vakmanschap, lerende cultuur creëren etc.

Samen met professionals en cliënten

Betrokkenheid van professionals is essentieel om de inhoudelijke uitgangspunten van kwaliteit vast te stellen. Deze wordt geleverd door een representatieve afspiegeling van de organisatie, bijvoorbeeld in de vorm van een multidisciplinaire Professionele Adviesraad (PAR) en of een Verpleegkundige & Verzorgende Advies Raad (VVAR). Als uitvloeisel van het kwaliteitsbeleid is de personeelssamenstelling zodanig dat de visie op kwaliteit ook in de praktijk gerealiseerd kan worden.

De wensen en ideeën van cliënten/bewoners krijgen een stem via de cliëntenraad. Deze adviseert de organisatie gevraagd en ongevraagd op het brede terrein van kwaliteit. De organisatie initieert en faciliteert op verschillende manieren het ophalen van wensen en behoeften van cliënten. Zij maakt daarvoor gebruik van de gemiddelde totaalscore berekend op basis van de zes vragen van ZorgkaartNederland op locatieniveau. Daarnaast zet een zorgorganisatie elk jaar een instrument om cliëntervaringen te meten naar keuze in; dit moet voldoen aan de eisen die in hiervoor zijn geformuleerd (zie hoofdstuk 8).

Rol Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur stelt zich ondersteunend, faciliterend en transparant op naar zorgverleners, medewerkers, vrijwilligers en cliëntenraad in de organisatie. De Raad van Bestuur weet wat de verantwoordelijkheden van de organisatie zijn en heeft specifiek ook zicht op zijn eigen verantwoordelijkheden als het gaat om kwaliteit en kwaliteitsbeleid.

De Raad van Bestuur is actief ondersteunend en stimulerend aan het kwaliteitskader en neemt daarin zijn rol en toont leiderschap. De Raad van Toezicht ziet toe op de uitvoering van het kwaliteitsbeleid. Om verbinding en aansluiting te houden bij het primaire proces loopt de Raad van Bestuur met enige regelmaat mee met professionals binnen de eigen zorgorganisatie.

De Raad van Bestuur stuurt op visie en kernwaarden. Hij heeft een actieve, regisserende rol bij het voortdurende werken aan kwaliteitsverbetering zoals besproken in hoofdstuk 4. Het kwaliteitsplan en – verslag zijn hierbij de instrumenten waarmee hij werkt en communiceert over de ontwikkelingen.

De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor de totstandkoming van en het actief onderhouden van het lerend netwerk. Dat is een samenwerkingsverband van tenminste drie organisatie in de verpleeghuiszorg. Uitwisseling van inzichten en ervaringen en samenwerking vindt plaats op alle niveaus van de organisatie.

De Raad van Bestuur werkt volgens wettelijke kaders en Zorgbrede Governance Code.

5.3 Transparantie

Verpleeghuizen staan midden in de samenleving. Ze zijn partner voor andere zorgorganisaties en professionals in de netwerken waarin zij actief zijn. Een open houding, benaderbaar zijn en inzicht verschaffen in de manier van werken zijn daarvoor vanzelfsprekende randvoorwaarden. Verpleeghuizen zijn dan ook voortdurend in gesprek met bewoners, naasten, zorgprofessionals, cliëntvertegenwoordigers, zorgpartners in de keten en andere maatschappelijke organisaties.

Verpleeghuizen maken inzichtelijk hoe ze ervoor staan en wat hun inspanningen zijn om de kwaliteit van hun dienstverlening verder te ontwikkelen. Dit geeft (aankomende) cliënten en naasten informatie die helpt bij het maken van een keuze voor een verpleeghuis. Ook voor andere samenwerkingspartners is deze informatie belangrijk. Verpleeghuizen maken dit o.a. zichtbaar in hun kwaliteitsverslag en met gegevens die zij aanleveren bij de Openbare Database (ODB).

Het kwaliteitsverslag is een openbaar document dat te vinden is op de website van de zorgorganisatie, waarbij onderdelen die privacygevoelig zijn of die in strijd zijn met de belangen van cliënten, medewerkers en/of de organisatie mogen worden weggelaten. Het kwaliteitsverslag is ook vindbaar via publieke websites. Daarnaast biedt de zorgorganisatie informatie over de visie, de manier van werken en andere relevante informatie die cliënten helpt een keuze te maken op de eigen website.

5.4 Verantwoording

Binnen het zorgstelsel zijn verschillende waarborgen ingebouwd om de kwaliteit van zorg en ondersteuning van verpleeghuizen te monitoren en zo nodig bij te sturen. De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor het adequaat inzicht verschaffen in



het gevoerde (kwaliteits)beleid, de uitwerking daarvan in de praktijk en de gegevens waaruit de prestaties van de organisatie blijken. Deze verantwoording wordt afgelegd op twee niveaus:

1. *Lokaal* aan de eigen collega's en medezeggenschapsorganen door hen te betrekken bij het maken van het kwaliteitsplan, kwaliteitsverslag met ontwikkelplan, maar ook aan de collega's van het lerend netwerk tijdens momenten van uitwisseling en contact.
2. *Landelijk* aan de samenleving met het maken van het kwaliteitsverslag en het meten van onder andere indicatoren die aangeleverd moeten worden aan het ODB van Zorginstituut. Het kwaliteitsverslag wordt op de website van de zorgorganisatie gepubliceerd. Het webadres waar het kwaliteitsverslag wordt ook aangeleverd aan het ODB, zodat de verslagen landelijk vindbaar zijn.

De jaarlijks aan te leveren gegevens aan het ODB:

- Indicatoren Basisveiligheid: verplichte en keuze -indicatoren (zie hoofdstuk 3)
- Gemiddelde totaalscore berekend op basis van de zes vragen van ZorgkaartNederland (zie hoofdstuk 8)
- Kwaliteitsverslag: webadres (url) (zie hoofdstuk 4)
- Kernfactoren personeelssamenstelling (zie hoofdstuk 6)

Deze gegevens moeten uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar zijn aangeleverd, door een daartoe ingerichte organisatie die voldoet aan de aanleverspecificaties van het Zorginstituut. Hierover worden zorgorganisaties jaarlijks geïnformeerd.

Vereisten

- De Raad van Bestuur stimuleert in het licht van kwaliteitsverbetering van verpleeghuiszorg de oprichting van een Verpleegkundige/verzorgende Adviesraad (VAR) dan wel een Professionele Adviesraad (PAR) in zijn/haar organisatie, of door andere vormen waaronder digitale platforms.
- Elke zorgorganisatie borgt professionele inbreng in het aansturen van de organisatie door opname van een specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundige of psychosociaal zorgverlener als lid van de Raad van Bestuur. Zolang dit (nog) niet is gerealiseerd dient er structureel overleg te zijn tussen de Raad van Bestuur met vertegenwoordigers van de genoemde beroepsgroepen.
- Elke zorgorganisatie borgt professionele inbreng in het aansturen van de organisatie door structureel overleg tussen de Raad van Bestuur en vertegenwoordigers van de genoemde beroepsgroepen, bijvoorbeeld een multidisciplinaire PAR of VAR, en de cliëntenraad.
- Om verbinding en aansluiting te houden bij het primaire proces loopt de Raad van Bestuur met enige regelmaat mee met zorgprofessionals binnen de eigen zorgorganisatie
- Elke Raad van Bestuur van een zorgorganisatie voor verpleeghuiszorg werkt volgens de geldende versie van de Zorgbrede Governance Code.
- De leiderschapsstijl en het gedrag van de Raad van bestuur draagt bij aan het leveren en organiseren van goede zorg, in lijn met het gedachtengoed van dit kwaliteitskader verpleeghuiszorg. De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor de toepassing ervan en ziet hier actief en aantoonbaar op toe. Hij zorgt voor een gedragen visie op kwaliteit, samen met zorgprofessionals en cliënten. De organisatie stuurt op een professionele en aantrekkelijke werkomgeving.
- Jaarlijks levert de zorgorganisatie de volgende gegevens aan bij het ODB van het Zorginstituut:
 - o Indicatoren Basisveiligheid op locatieniveau: verplichte en keuze-indicatoren (zie hoofdstuk 3)
 - o Gemiddelde totaalscore berekend op basis van de zes vragen van ZorgkaartNederland op locatieniveau met het aantal ervaringen waarop gebaseerd (zie hoofdstuk 8)
 - o Kwaliteitsverslag op concernniveau: webadres (url) (zie hoofdstuk 4)
 - o Kernfactoren personeelssamenstelling op concernniveau (zie hoofdstuk 6)

6 Personeelssamenstelling

Kwaliteit komt tot stand in de relatie tussen cliënt en zorgverlener

6.1 Introductie

Het échte contact en de relatie tussen zorgprofessional en cliënt zijn sleutelfactoren voor goede zorg. Gezien, gehoord en geholpen worden op de terreinen waar je als cliënt behoefte aan hebt, daar draait het om in persoonsgerichte zorg. De zorgprofessional maakt het verschil, met zijn of haar kennis, deskundigheid, ervaring en bejegening. Personeelssamenstelling draait dan ook om de inzet van de juiste mensen met de juiste competenties die nodig zijn, gezien de vragen van de bewonersgroep op dat moment.

6.2 Normen personeelssamenstelling

De optimale personeelssamenstelling van teams in een verpleeghuis laat zich, gezien de steeds veranderende doelgroep en zorgvraag in de verpleeghuizen, niet vastleggen in een standaard. De voortdurende veranderende zorgbehoefte vraagt om maatwerk. Scholing en ontwikkeling van medewerkers zijn essentieel om die veranderende vragen adequaat te beantwoorden met de juiste personeelssamenstelling op de zorglocatie.

Personeelssamenstelling moet voldoen aan normen op het gebied van aandacht & aanwezigheid, kennis & vaardigheden en leren & ontwikkelen. De normen zijn richtinggevend. Dat betekent dat er ruimte is voor toepassing in de lokale context. Deze situatie-specifieke toepassing vraagt om reflectie en aanpassing waar nodig. Zo wordt er op teamniveau continu gewerkt aan een optimale afstemming tussen (zorg) vraag en personeelssamenstelling. Met als hoofddoel: goede zorg die bijdraagt aan kwaliteit van leven van bewoners.

De normen zijn in drie thema's geclusterd:

1. Aandacht, aanwezigheid en toezicht
2. Specifieke kennis en vaardigheden
3. Reflectie, leren en ontwikkelen

Cluster 1: Aandacht, aanwezigheid en toezicht

- Tijdens de zorg en ondersteuning bij intensieve zorgmomenten (zoals opstaan, naar bed gaan, intake en rond het sterven) zijn er minimaal twee zorgprofessionals beschikbaar om deze taken te verrichten.
- Tijdens de dag en avond is er permanent iemand in de huiskamer of gemeenschappelijke ruimte om de aanwezige bewoners de benodigde aandacht en nabijheid te bieden en toezicht te houden.
- Wanneer een bewoner de ruimte moet verlaten, is er iemand aanwezig om dit op te vangen. Dit vraagt nadrukkelijke aandacht voor de afbakening tussen professionele verantwoordelijkheid en de inzet van familie en vrijwilligers.
- In iedere dagdienst (ook in het weekend) is er per groep iemand aanwezig die de juiste kennis en competenties heeft om separaat van de zorgtaken aandacht te besteden aan zingeving/zinnvolle dag-invulling van cliënten.
- De zorgverleners die in direct contact zijn met de cliënten, kennen hun naam, zijn op de hoogte van hun achtergrond en persoonlijke wensen.

Cluster 2: Specifieke kennis en vaardigheden

- Er is altijd iemand aanwezig die met zijn of haar kennis en vaardigheden aansluit bij de (zorg)vragen en (zorg)behoeften van de cliënten en bevoegd en bekwaam is voor de vereiste zorgtaken. Denk daarbij aan kennis over de omgang met specifieke doelgroepen die in het verpleeghuis verblijven, zoals mensen met psychogeriatrische problematiek, specifieke (somatische) aandoeningen en zintuiglijke problematiek.
- Probleemherkenning is altijd geborgd. Er zijn afspraken vastgelegd over triage en deze afspraken worden regelmatig geëvalueerd met de betrokken medewerkers. De inzet van de verpleegkundige gaat niet alleen over acute situaties, maar ook over het oplossingsgericht meedenken in de dialoog met en betrokkenheid van familie/naasten.
- Er is op iedere locatie (volgens KvK-registratie) voor cliënten met een indicatie verblijf met verpleging of behandeling, 24 uur per dag, zeven dagen per week een verpleegkundige beschikbaar; deze verpleegkundige reageert direct (kan telefonisch/via beeldbellen) en is zo nodig binnen dertig minuten ter plaatse.
- Er is in iedere locatie (volgens KvK-registratie) voor cliënten met een indicatie verblijf met verpleging of behandeling 24 uur per dag, zeven dagen per week een arts bereikbaar en oproepbaar. Deze arts reageert direct en is uiterlijk binnen 30 minuten ter plaatse.
- Er zijn 24 uur per dag, zeven dagen per week aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit zoals: opschalen van personeel (inzetten mobiel team), invoeren specialist ouderengeneeskunde en overleg gedragsdeskundige.
- Er zijn aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit zoals: tijdelijke overplaatsing cliënt naar een andere afdeling in dezelfde zorgorganisatie, inschakelen Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) en het ingang zetten van 'meer-zorg'.

Cluster 3: Reflectie, leren en ontwikkelen

- Er zijn afspraken vastgelegd over multidisciplinair teamoverleg en teamleren. Deze afspraken worden regelmatig geëvalueerd met de betrokken medewerkers en waar nodig aangepast.
- Er is voor iedere zorgverlener voldoende tijd en ruimte om te leren en te ontwikkelen via feedback, intervisie, reflectie en scholing. De omvang en aard hiervan is vastgelegd in het kwaliteitsplan. Cao-afspraken en eisen van de beroepsvereniging hierover worden nageleefd en de beoogde cao-gelden worden hiervoor ingezet.
- Er is voor iedere zorgverlener tijd en ruimte om op gezette tijden mee te lopen bij een collega-organisatie uit het lerend netwerk. De wijze hoe dit wordt georganiseerd wordt vastgelegd in het kwaliteitsplan.
- Er is voldoende tijd beschikbaar om als EVV-er deel te nemen aan multidisciplinair overleg.
- Methodisch werken en multidisciplinair werken vormen de basis van verpleeghuiszorg. Een deel van de deskundigheidsbevordering besteedt aan deze aspecten (multidisciplinaire) aandacht.
- Er is een scholingsbeleid van zittende en aankomende zorgverleners dat hun vakbekwaamheid aantoonbaar versterkt (op basis van de diverse onderdelen van dit kwaliteitskader en nadrukkelijke aandacht voor omgaan met zorgdilemma's en adequate zorg bij het levenseinde).
- Er zijn periodieke gesprekken waarin competentie- en loopbaanontwikkeling aan de orde komen.

6.3 Inzicht in de personeelssamenstelling

Om tot een optimale personeelssamenstelling te komen is inzicht in ontwikkelingen en trends binnen de branche noodzakelijk. Verpleeghuizen kunnen op dit terrein leren en ontwikkelen als ze weten hoe hun prestaties zich verhouden tot landelijke gemiddelden. Daarom verzamelen zij op organisatieniveau een aantal gegevens die inzicht geven in de personeelssamenstelling. Zo wordt sector-breed informatie bij elkaar gebracht en kunnen trends, ontwikkelingen en waardevolle informatie geanalyseerd en ontsloten worden.

Sectorpartijen hebben in samenspraak met IGJ en NZa een eenduidige set van kernfactoren en bijbehorende indicatoren gedefinieerd die zowel voor interne sturing en informatie als voor toezicht, inkoopdialoog en controle wordt toegepast. Door met dezelfde cijfers te werken kunnen de administratieve lasten beperkt blijven. Verpleeghuizen leveren op concernniveau de kernfactoren aan en deponeren deze in de Openbare Database (ODB) bij het Zorginstituut. Meer informatie daarover is te vinden in het jaarlijks geactualiseerde handboek, o.a. te vinden op www.zorginzicht.nl.

De te registreren kernfactoren

1. Aard van de aanstellingen
2. Kwalificatieniveaus zorgverleners en vrijwilligers
3. Ziekteverzuim
4. In-, door- en uitstroom
5. Ratio personeelskosten/opbrengsten

Op deze vijf kernfactoren zijn indicatoren geformuleerd:

Indicator 1. Aard van de aanstellingen

De aard van de aanstellingen zegt met name iets over de kwantitatieve personele bezetting en de mate waarin sprake is van continuïteit in de relatie tussen medewerkers, organisatie en cliënten. Ook zegt het iets over de wijze waarop qua personele inzet ingespeeld wordt c.q. ingespeeld kan worden op niet-planbare veranderingen in de cliëntvraag. Daarnaast heeft het een relatie met de aantrekkelijkheid van een organisatie op de arbeidsmarkt.

Indicator 2. Kwalificatieniveaus zorgverleners en vrijwilligers

Het kwalificatieniveau van de zorgverleners geeft aan welk niveau aan kwaliteitseisen (middels opleiding en scholing) gesteld wordt aan de medewerkers c.q. functies die ingezet worden bij het leveren van zorg- en dienstverlening aan de cliënten. De door een organisatie gewenste kwalificatieniveaumix vormt idealiter een doorvertaling van de zorgvisie naar een ideale personeelssamenstelling. De kwantitatieve beschikbaarheid van vrijwilligers zegt iets over de extra aandacht die geschonken kan worden aan cliënten buiten de reguliere, professionele zorg- en dienstverlening.

Indicator 3. Ziekteverzuim

Het ziekteverzuim zegt iets over de mate waarin medewerkers op basis van fysieke- en/of psychische klachten besluiten niet te kunnen werken. In sommige gevallen ligt de oorzaak of een deel van de oorzaak in het werk of de werkomstandigheden. Ziekteverzuim en de wijze waarop ziekteverzuim opgevangen wordt, heeft invloed op de personele inzet in relatie tot de cliëntsamenstelling.

Indicator 4. In-, door-, en uitstroom

De in-, door- en uitstroom zegt iets over de stabiliteit van de personele bezetting in relatie tot de cliënten. Een doelgerichte balans tussen enerzijds continuïteit en anderzijds vernieuwing afgestemd op de cliëntbehoefte en de ontwikkelingen hieromtrent vormt de uitdaging. Idealiter geeft in-, door- en uitstroom bewegingsruimte om te komen tot een verbeterde personeelssamenstelling en illustreert het de mate waarin de organisatie weet aan te sluiten op de loopbaanwensen van personeelsleden.

Indicator 5. Ratio personeelskosten/ opbrengsten

Hierbij gaat het om de kwantitatieve personele inzet bij de zorg- en dienstverlening aan de gemiddelde cliënt.

6.4 Zo doen we dat

Om de normen toe te passen in de praktijk en de resultaten zichtbaar te maken zijn de volgende afspraken gemaakt:

- Bij het vaststellen van de juiste personeelssamenstelling is de interactie tussen de cliënt, zijn naasten en de zorgprofessional het uitgangspunt. Dit kan alleen als medewerkers goed worden toegerust. Zij hebben handvatten nodig om als team te analyseren wat de wensen van de bewoner zijn, welke zorg zij nodig hebben en welke competenties nodig zijn om voldoende tijd, aandacht, kennis, kunde te bieden. Indien nodig krijgen ze hierbij ondersteuning van een coach of teambegeleider. Zij krijgen de ruimte om mensen echt te kennen, want alleen dan kunnen ze hun signalerende rol goed invullen. Het is belangrijk dat zij een stem krijgen richting management en bestuur. Daarvoor is de door de sectorpartijen een Handreiking 'Met je team aansluiten bij de bewoners' opgesteld. De handreiking bevat waardevolle elementen om zorgverleners hiervoor handvatten te bieden. Meer informatie daarover is te vinden op www.plussen.team.
- Verpleeghuizen leveren op concernniveau de kernfactoren aan en deponeren deze in het ODB bij het Zorginstituut.
- De personeelssamenstelling wordt opgenomen in het kwaliteitsplan dat elke organisatie voor verpleeghuiszorg opstelt. Daarin geeft zij niet alleen inzicht in de huidige situatie van het personeelsbestand (aard van de aanstellingen, kwalificatieniveau van zorgprofessionals en vrijwilligers, ziekteverzuim, de in- door- en uitstroomcijfers en de ratio personele kosten/opbrengsten), maar formuleert ook een strategische personeelsplanning waarin wordt geanticipeerd op de trends en verwachtingen.
- Iedere zorgorganisatie reflecteert over de balans tussen de te verlenen zorg en de daarvoor noodzakelijke personeelssamenstelling. Dat krijgt zijn beslag in het kwaliteitsverslag. Daarin geeft de organisatie inzicht in de knelpunten op terrein van personeelssamenstelling, de gekozen oplossingen en de geboekte resultaten. Reflectie vindt plaats binnen de eigen organisatie (medewerkers, medezeggenschapsorganen), binnen het lerend netwerk, en met cliënten (en hun naasten) over waar hun zorg- en ondersteuningsbehoeften liggen. Elke zorgorganisatie publiceert deze gegevens jaarlijks in het kwaliteitsverslag op zijn website voor 1 juli van het daaropvolgende jaar. Het webadres hiervan wordt aangeleverd bij het ODB van het Zorginstituut op de in hoofdstuk 4 beschreven wijze.
- In het geactualiseerde kwaliteitsplan met ontwikkelplan zijn de opbrengsten van de reflecties verwerkt en wordt het beeld geschetst van de personeelssamenstelling op basis van ontwikkelingen in de vraag van de



doelgroepen en lokale situatie. Zo wordt elk jaar door iedere zorgorganisatie een strategische personeelsplanning gemaakt die nodig is om het gewenste zorgaanbod te realiseren. Doel is om zo te komen tot een wenselijke balans in aard en omvang van personeel om de kwaliteit van verpleeghuiszorg op verantwoorde wijze te kunnen (blijven) leveren. Acties om te komen tot de wenselijke situatie zijn in het ontwikkelplan van het kwaliteitsplan beschreven.

- Opleiden en bijscholen is een belangrijke manier om de aansluiting met de voortdurend veranderende praktijk te blijven houden. Een goede afstemming met het onderwijs is daarvoor essentieel. Alle zorgorganisaties en branchepartijen hebben daar een verantwoordelijkheid in, regionaal en landelijk verband. Kennisinstituten, kennisnetwerken. Scholen en andere dragers van relevante kennis zijn natuurlijke partners voor verpleeghuizen om de kennis, vaardigheden en competenties van medewerkers, vrijwilligers en de hele organisatie op peil te houden en te versterken.

Vereisten

- De personeelssamenstelling voldoet op alle locaties aan de normen op het gebied van aandacht & aanwezigheid, kennis & vaardigheden en reflectie, leren & ontwikkelen.
- Verpleeghuizen leveren op concernniveau de kernfactoren aan en deponeren deze in het ODB bij het Zorginstituut Nederland.
- Personeelssamenstelling, inclusief de vijf kernfactoren, is onderdeel van het Kwaliteitsplan en Kwaliteitsverslag.
- Voor iedere zorgverlener is er tijd en ruimte om op gezette tijden mee te lopen bij een collega-organisatie uit het lerend netwerk. De wijze hoe dit wordt georganiseerd wordt vastgelegd in het kwaliteitsplan en geëvalueerd in het kwaliteitsverslag. Er is voor alle zorgverleners voldoende tijd en ruimte om te leren en te ontwikkelen via feedback, intervisie, reflectie en scholing. De omvang en aard hiervan worden vastgelegd in het kwaliteitsplan en geëvalueerd in het kwaliteitsverslag.

7 Hulpbronnen, omgeving en context

7.1 Introductie

Goede persoonsgerichte zorg en ondersteuning sluit aan bij de wensen van bewoners. De eerste aandacht gaat daarbij meestal uit naar gezondheid en welbevinden van de bewoners. De juiste, deskundige medewerkers en een aantrekkelijke fysieke leefomgeving zijn de omstandigheden die van grote invloed zijn op de door de bewoners ervaren kwaliteit van leven.

Een verpleeghuis staat niet op zichzelf. Er zijn veel ontwikkelingen, factoren en innovaties die invloed hebben op het functioneren van de organisatie. We vatten die samen onder de noemer 'Hulpbronnen, omgeving en context'. Door deze tijdig te identificeren en te doorgronden kunnen de organisatie en de medewerkers er zodanig op inspelen dat zij bijdragen aan kwaliteit van leven van de bewoners en kwaliteit van het werk van de medewerkers.

In het kwaliteitsplan wordt beschreven hoe hulpbronnen, omgeving en context een rol spelen in de organisatie en haar werkveld. Uitgangspunt daarbij is dat het gebruik ervan helpend moet zijn om de kwaliteit van leven en kwaliteit van werken te versterken.

Voorbeelden van hulpbronnen, omgeving en context die van invloed kunnen zijn op de verpleeghuiszorg:

- De gebouwde omgeving (o.a. vastgoed, onderhoud, buitenruimtes, woonoppervlakte, bewegingsruimte per cliënt, privacy en faciliteiten);
- Materialen en hulpmiddelen, zoals tilliften, Ipads, incontinentiematerialen, sensoren etc. (o.a. beschikbaarheid, actualiteit, vindbaarheid en onderhoud);
- Facilitaire zaken (o.a. keuken, beveiliging, tuin, winkel, restaurant, receptie);
- Financiën en administratieve organisatie;
- De professionele relaties en samenwerkingsovereenkomsten met andere zorginstellingen, zoals ziekenhuizen, specialistenmaatschappen, apotheken, GGZ-instellingen en afdelingen klinische geriatrie.
- Aan samenwerking in zorg- en welzijnketens wordt volop gewerkt, maar de samenleving bestaat uit zoveel meer dan alleen zorg. Verbindingen met andere maatschappelijke organisaties en doelen houdt de bewoners van verpleeghuizen verbonden met de samenleving.

EHealth

Nieuwe technologieën en digitalisering zijn bezig aan een opmars, op alle terreinen in de samenleving. Ook in de ouderenzorg gaan deze ontwikkelingen, gebundeld onder de noemer EHealth, in de toekomst onderdeel uitmaken van het zorg- en ondersteuningsaanbod. Daarom besteden we er hier expliciet aandacht aan.

De inzet van technologie in de zorg is een hulpmiddel is en geen vervanging van persoonlijke, warme zorg. De inzet van eHealth-toepassingen en ICT-oplossingen gebeurt altijd in overleg met cliënten, hun naasten en met zorgprofessionals. Technologische innovatie gaat niet zonder sociale innovatie; de organisatie en de mensen moeten de meerwaarde van het gebruik zien en ervaren. Zorgprofessionals worden geschoold in het gebruik van EHealth in hun werkroutine en waar nodig en gewenst zal de inzet ervan leiden tot aanpassing in de fysieke werkomgeving.

7.2

Zo doen we dat

Hulpbronnen, omgeving en context zijn van invloed op de kwaliteit van de zorg en zij beïnvloeden elkaar en andere thema's. Het gaat erom dat zorgorganisaties voortdurend een zorgvuldige inventarisatie en afweging maken. Het kwaliteitsplan is de geschikte plaats om die afwegingen te maken en er plannen voor te formuleren.

De mate en manier waarop hulpbronnen, omgeving en context een rol spelen in het dagelijks werk verschilt per verpleeghuis en per cliënt. In alle gevallen is maatwerk nodig om te bepalen op welke manier hulpbronnen van invloed zijn en op welke manier zij waarde toevoegen aan de kwaliteit van leven en werken.

Vereisten

- De hulpbronnen, omgeving en context en de wijze waarop zij waarde toevoegen aan kwaliteit van leven en kwaliteit van werken zijn beschreven in het kwaliteitsplan en doorlopen de cyclus van kwaliteitsverslag, bespreking met interne en externe stakeholders en update van het kwaliteitsplan.

8 Gebruik van informatie

8.1 Introductie

Bij de in dit kwaliteitskader beschreven werkwijze van kwaliteitsverbetering en kwaliteitsbeoordeling zijn twee zaken van essentieel belang:

1. Het samen leren en ontwikkelen in lokaal verband op basis van verzamelde informatie;
2. Transparantie en het afleggen van verantwoording intern en extern op basis van verzamelde informatie.

Het verzamelen van kwalitatieve en kwantitatieve cliëntervaringen en oordelen is vanzelfsprekend. In eerste instantie moet immers aan de cliënt verantwoording worden afgelegd over de geboden kwaliteit en veiligheid van zorg.

Het werk- en leerklimaat is een belangrijk onderdeel van dit kwaliteitskader én is van groot belang voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Daarom hoort ook het verzamelen van ervaringen van medewerkers onderdeel te zijn van de informatieverzameling, bijvoorbeeld in de vorm van een medewerkerstevredenheidsonderzoek.

Het is van belang dat informatie openbaar is en transparant gepubliceerd wordt.

8.2 Verschillende kwaliteitsdoelen vragen om verschillende informatie

In het kwaliteitskader komen verschillende kwaliteitsdoelen aan bod: leren en ontwikkelen (zie hoofdstuk 3), cliëntkeuze-informatie, zorginkoop en verantwoording & toezicht. Deze doelen vragen ieder om verschillende informatie.

Cliëntkeuze-informatie

Goede informatie om een weloverwogen keuze voor een verpleeghuis te maken is essentieel voor cliënten. Passende informatie sluit aan bij wat mensen willen weten en is op locatieniveau beschikbaar. Zorgorganisaties zorgen ervoor dat die informatie zo compleet mogelijk is. Op ZorgkaartNederland vinden mensen informatie over verpleeghuizen op locatieniveau. Ook de keuzehulp verpleeghuiszorg maakt gebruik van deze informatie.

Zorginkoop

Zorgkantoren zijn primair verantwoordelijk voor de inkoop van voldoende, kwalitatief goede en betaalbare zorg. Om deze opdracht te kunnen uitvoeren, voeren zorgkantoren dialogen met zorgaanbieders over welke zorg ingekocht wordt en hoe de kwaliteit van deze zorg vorm krijgt. Door bijvoorbeeld in gesprek te gaan met medewerkers en cliënten(raden) ontstaat inzicht in de kwaliteit van zorg. De beschikbare informatie uit de kwaliteitsplannen en -verslagen en de informatie uit o.a. de Openbare Database (ODB) vormt de basis voor de dialoog met de zorgaanbieder. Vanuit de verkregen inzichten worden vervolgens afspraken gemaakt om de kwaliteit van de zorg te borgen of te verhogen.

Verantwoording & toezicht

De organisatie van de verpleeghuiszorg in Nederland kent verschillende waarborgen om de kwaliteit te bewaken en zo nodig bij te sturen. Meerdere partijen spelen daarin een rol. Het Zorginstituut Nederland en de Inspectie voor de Gezondheidszorg

en Jeugd (IGJ) houden extern toezicht op de ontwikkeling van de kwaliteit op de verschillende aspecten die in dit kwaliteitskader aan de orde komen. De indicatoren die worden aangeleverd bij het ODB van het Zorginstituut vormen een bron bij het uitoefenen van hun wettelijke taken. Zij zullen geen uitvraag doen naar extra gegevens.

Niet alle informatie die vanuit dit kwaliteitskader wordt vastgelegd is zondermeer geschikt voor alle hierboven genoemde kwaliteitsdoelen. Het is van belang om de verschillende doelen van elkaar te onderscheiden. In de uitwerking van dit kwaliteitskader staat onder andere leren en ontwikkelen centraal. Op basis hiervan is bepaald welke gegevens vastgelegd worden. Het belang van een goede registratie In de sector verpleeghuiszorg staan kwaliteitsregistraties en databases met kwaliteitsinformatie in de kinderschoenen; daar ligt een ontwikkelopgave. Daarnaast geldt dat meer dan nu het geval is voor kwaliteitsverbetering door zorgorganisaties gebruik gemaakt kan worden van bestaande registratiesystemen, zoals op het terrein van medicatie. Registreren en benchmarken is geen doel op zich, maar moet bijdragen aan kwaliteitsontwikkeling en ondersteunend zijn aan de directe zorgverlening. De stuurgroep is daarbij voorstander van het beter benutten van bestaande registraties en het gebruik van gegevens op basis van registratie aan de bron en het ontwikkelen van informatiestandaarden.

8.3 Het gebruik van cliëntervaringen

Zorgaanbieders dienen in elk geval op twee manieren cliëntervaringen te verzamelen:

A) Verplicht: met de totaalscore op basis van zes vragen.

Deze Totaalscore wordt op locatieniveau aangeleverd bij het ODB, met vermelding van het aantal waarderingen waarop hij gebaseerd is. Het betreft een gemiddelde totaalscore over zes vragen. De vragen worden via het handboek gepubliceerd. De vragen komen overeen met de zes vragen van ZorgkaartNederland. Meting kan plaatsvinden via ZorgkaartNederland. Een meting kan ook plaatsvinden zonder tussenkomst van ZorgkaartNederland. Zie voor meer informatie het jaarlijks geactualiseerde handboek.

Omdat iedere aanbieder deze score op basis van dezelfde zes vragen op locatieniveau meet, levert dit bruikbare cliëntkeuze-informatie op.

B) Verplicht: met een ander, zelfgekozen instrument.

Naast de landelijk aan te leveren Totaalscore dienen zorgorganisaties ook een ander instrument voor cliëntervaring in te zetten. Dit kan een meer kwalitatief ingesteld instrument zijn. Het moet voldoen aan een aantal eisen (zie hieronder). De uitkomst ervan wordt niet aangeleverd aan het ODB, maar de aanbieder maakt in het kwaliteitsverslag de uitkomsten van de metingen openbaar en beschrijft hoe deze gebruikt worden voor leren en ontwikkelen.

Het door de zorgorganisatie zelfgekozen instrument voldoet aan de volgende eisen:

- Het instrument betreft cliënten/naasten door middel van het stellen of invullen van vragen, gesprek of observatie.
- De onderwerpen die in het instrument bevestigd worden, sluiten aan bij wat cliënten en naasten belangrijk vinden.
- Het instrument geeft zicht op ervaringen en wensen van de individuele cliënt.



- Het instrument biedt alle cliënten, en als cliënten het zelf niet kunnen naasten, de mogelijkheid hun ervaringen in te brengen.
- Ervaringen en resultaten zijn actueel (ze gaan over de huidige situatie en in ieder geval niet ouder dan 1 jaar) en anoniem en publiekelijk toegankelijk op locatieniveau.
- Het instrument helpt bij het gesprek over wensen, behoeften en ervaringen van cliënten en is bruikbaar voor leren en verbeteren.

Voor de keuze en gebruik van het instrument gelden de volgende eisen in het proces:

- De organisatie maakt in het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag transparant hoe tot de keuze van het instrument is gekomen.
- De cliëntenraad (ter instemming) en de ondernemingsraad of andere vertegenwoordiging van de werkvloer (ter advisering) zijn betrokken bij de keuze van het instrument. De zorgorganisatie legt hier verantwoording over af in het kwaliteitsverslag.
- De organisatie maakt in het kwaliteitsverslag de uitkomsten van de metingen openbaar en beschrijft hoe deze gebruikt worden voor leren en verbeteren.

Op www.waardigheidentrots.nl is een overzicht beschikbaar van ervaringen van zorgorganisaties met de door hun gekozen instrumenten.

Vereisten

- Elke verpleeghuisorganisatie dient minimaal één keer per jaar informatie over cliëntervaringen te verzamelen en te gebruiken met behulp van een instrument naar keuze dat voldoet aan de daarvoor gestelde eisen.
- Elke verpleeghuisorganisatie dient daarnaast, in het kader van onderlinge landelijke vergelijkbaarheid, jaarlijks op locatieniveau de totaalscore aan te leveren op basis van de zes vragen. Meting kan plaatsvinden via ZorgkaartNederland. Het is ook mogelijk om de Totaalscore via een eigen meting op te halen (zonder tussenkomst van ZorgkaartNederland).

Bijlage 1

Handreikingen voor persoonsgerichte zorg & ondersteuning

Thema	Sub-thema's
Compassie: nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip	Clïënt <ul style="list-style-type: none"> • Kennen de zorgverleners mij en mijn verhaal, mijn behoeften en wensen, en mijn zorgen, problemen en levensvragen? • Spreken ze mij aan op de manier die ik prettig vind? • Praten de zorgverleners met mij in plaats van over mij? • Maken ze echt contact met mij? • Is er aandacht voor mijn familie en naaste(n) en de mensen die mij mantelzorg geven?
	Zorgverlener <ul style="list-style-type: none"> • De zorgverlener heeft inlevingsvermogen, toont empathie en begrip. • De zorgverlener beschikt over een breed repertoire aan communicatieve en sociale vaardigheden en beschikt over de juiste kennis en vaardigheden op het gebied van zorg die hij/zij levert. • De zorgverlener heeft respect voor normen en waarden van de cliënt, naaste(n) en mantelzorgers.
Uniek zijn: gezien worden in persoon-lijke context, eigen identiteit.	Clïënt <ul style="list-style-type: none"> • Is er aandacht voor wat ik belangrijk en zinvol vind om te doen ook vanuit mijn levensbeschouwing en om contacten die ik wil onderhouden? • Word ik daarbij geholpen indien ik dat wil, met respect voor mijn eigen regie en autonomie? • Zoeken zorgverleners naar de betekenis van mijn gedrag als ik me niet meer kan uitdrukken? • Voel ik mij veilig? • Word ik met respect behandeld? • Is er iets te beleven/te ontdekken en word ik daarbij betrokken? • Kan ik mijn eigen gang gaan, ook als ik geen behoefte heb om iets te doen? • Kan ik zoveel mogelijk mijn eigen keuzes maken en kan ik zoveel mogelijk mijn leefstijl voortzetten?
	Zorgverlener <ul style="list-style-type: none"> • De zorgverlener kent het levensverhaal van de cliënt en ondersteunt waar mogelijk om dat voort te zetten. • De zorgverleners kennen de persoonlijke wensen behoeften van en risico's bij de cliënt. • De zorgverlener is in staat om veranderd gedrag te duiden of om daar adequate hulp bij te vragen. • De zorgverleners hebben aandacht voor de naaste(n) van de cliënt als onderdeel van zijn eigen leven. • De zorgverlener kan bij het volgen van professionele richtlijnen en standaarden een goede afweging maken in het licht van de persoonlijke situatie en wensen van de cliënt. • Dilemma's worden samen besproken en wordt van geleerd.

Thema	Sub-thema's
<p>Autonomie: behoud van eigen regie over leven en persoonlijk welbevinden ook bij zorg in de laatste levensfase</p>	<p>Cliënt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan ik waar mogelijk mijn eigen leven vorm en inhoud geven zowel in grote als in kleine onderdelen van de dag. • Indien ik zelf de regie niet meer kan nemen, krijgen mijn naaste(n) dan de kans om mijn ogen en oren te zijn en mijn wensen te verwoorden of gedrag toe te lichten en te verklaren? • Met mij is bij opname concreet gesproken over zorg rondom het levenseinde. Ik heb aan kunnen geven wat mijn wensen zijn: wat ik wel wil (bijvoorbeeld comfort, geen pijn, wel vocht- en voeding) en niet wil (bijvoorbeeld geen antibiotica of bloedproducten, niet beademen, geen ziekenhuisopname). • De afspraken over zorg rondom het levenseinde zijn ook bekend bij mijn naaste(n) en worden met mij op regelmatige basis geëvalueerd.
	<p>Zorgverlener</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zorgverleners laten zich primair leiden door de eigen wensen van de cliënt. Daarbij geldt als uitgangspunt: liever zelf laten doen dan overnemen. • Cliënten krijgen de kans om zoveel mogelijk zelf sturing over hun leven te houden. • De zorgverleners wegen met de cliënt en zijn naaste(n) de veiligheidsrisico's af tegen de kwaliteit van leven. • De zorgverleners bespreken bij opname de wensen van cliënten rondom zorg bij het levenseinde. Wensen worden geïnventariseerd, opgenomen in het zorgplan en actief gedeeld met het multidisciplinaire team. Richtlijnen rondom palliatieve zorg worden gevolgd. • De wensen van en afspraken met de cliënt worden gedeeld met de naaste(n) en op regelmatige basis opnieuw besproken met de cliënt.

Thema	Sub-thema's
<p>Samen beslissen: Iedere cliënt heeft afspraken over en inspraak bij de doelen ten aanzien van zijn/haar zorg, behandeling en ondersteuning.</p>	<p>Cliënt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ik heb een eigen actueel zorgleefplan en medisch dossier dat in samenspraak met mij en mijn naaste(n) is opgesteld. • Ik herken mij in het zorgleefplan en medisch plan, en anders kan ik dat ter sprake brengen. • Mijn/onze inbreng doet ertoe om de zorgverlening beter af te kunnen stemmen op mijn/onze behoeften. • Ik ben (of mijn belangenbehartiger) is bij het multidisciplinair overleg als ik dat wil. • Met mij of mijn belangenbehartiger wordt op regelmatige basis besproken of de (zorg- en behandel) afspraken nagekomen worden, en of de zorg aan mijn wensen behoeften voldoet (wederkerigheid). • Ik kan me op het gesprek over mijn zorgleefplan voorbereiden. • Over levenseinde zorg worden door de specialist ouderengeneeskunde met mij en mijn naaste(n) concrete afspraken gemaakt. • Ook mijn naasten zijn gesprekspartner over zorg en behandeling als ze dat willen en ik dat wens. <p>Zorgverlener</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iedere cliënt beschikt binnen uiterlijk zes weken na opname over een zorgleefplan en medisch plan, of zoveel eerder als mogelijk. • Binnen 24 uur zijn in ieder zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contactpersoon en handelen bij calamiteiten vastgelegd in een concept zorgleefplan en medisch plan dat na maximaal zes weken definitief wordt. • Het zorgleefplan is opgesteld door tenminste een niveau 3 zorgverlener. Bij voorkeur is dit ook de contactverzorgende dan wel EVV-er van de cliënt. • Het medisch plan wordt opgesteld door de SO. • Zorgverlener volgt bij het werken met zorgleefplannen de richtlijnen voor gebruik van en multidisciplinair overleg over het zorgleefplan zie: www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/wet-en-regelgeving.html • De zorgverleners werken individueel en (multidisciplinair) samen met een actueel zorgleefplan dat ook werkelijk verbinding houdt met de uitvoering van zorg. • Zorgverleners hebben inzicht in de situatie van de cliënt, inzicht in het zorg- en behandelproces rondom de cliënt. Werken hierin samen als multidisciplinair team. • Zorgverleners kunnen inzicht geven over de zorg aan de cliënt, aan zijn naaste(n), aan collega's en aan de zorgorganisatie.

Bijlage 2

Handreikingen voor wonen en welzijn

Thema	Uitwerking
Zingeving	Cliënt <ul style="list-style-type: none"> • Er is bij zorgverleners aandacht voor mijn specifieke levensvragen zoals verlies van functies, eenzaamheid, rouw, depressie, ouderdom en invulling laatste levensfase. • Ik kan iets betekenen voor anderen en de organisatie helpt mij daarbij indien nodig. • Ik kan een geestelijke verzorger spreken van mijn levensbeschouwelijke signatuur.
	Zorgverlener <ul style="list-style-type: none"> • De zorgverleners besteden aandacht en tijd aan specifieke levensvragen zoals gevoelens van eenzaamheid, verlies van functies, rouw, depressie, ouderdom en invulling laatste levensfase? • Geestelijke verzorging is bereikbaar voor cliënten, hun naaste(n) en medewerkers, passend bij hun levensbeschouwing.
Zinvolle tijdsbesteding	Cliënt <ul style="list-style-type: none"> • Ik kan iedere dag deelnemen aan verschillende activiteiten in individueel of groepsverband • Ik word gestimuleerd om te bewegen. • Ik kan naar buiten gaan als ik dat wil. • Ik kan een leven leiden dat zo veel mogelijk past bij mijn persoon. • Bij de uitvoering van de dagactiviteiten kan ik begeleiding krijgen van een vrijwilliger of professional.
	Zorgverlener <ul style="list-style-type: none"> • Er is dagelijks een gedifferentieerd activiteiten aanbod (groepsgewijs en individueel) gedurende de dag. • Er is aandacht aan bewegen • Vrijwilliger of professional zijn aanwezig om de activiteiten te begeleiden. • Er wordt bij de tijdsbesteding rekening gehouden met de grote verschillen in cliënten en hun behoefte aan ondersteuning en zorg.
Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding	Cliënt <ul style="list-style-type: none"> • Ik kan naar eigen wens en behoefte en in overleg met mijn naaste(n) de dagelijkse persoonlijke verzorging van lichaam en kleding ontvangen (o.a. bed, bad, toiletgang, haardracht, make-up, bril, gehoorapparaat, kledingkeuze).
	Zorgverlener <ul style="list-style-type: none"> • De zorgverlener geeft de cliënt naar eigen wens en behoefte en in overleg met de naaste(n) de dagelijkse persoonlijke verzorging van lichaam en kleding (o.a. bed, bad, toiletgang, haardracht, make-up, bril, gehoorapparaat, kledingkeuze).

Thema	Uitwerking
Familie-participatie en inzet vrijwilligers	Cliënt <ul style="list-style-type: none"> • Mijn naaste(n) en andere betrokkenen uit mijn sociale netwerk krijgen de ruimte om in mijn zorg en ondersteuning te participeren. • Vrijwilligers zijn aanwezig op de afdeling waar ik verblijf. • Het beleid rondom participatie familie en inzet vrijwilligers is beschreven en bij mij en mijn naaste(n) bekend. • De taken en verantwoordelijkheden van familie en vrijwilligers zijn helder voor mij en mijn naaste(n).
	Zorgverlener <ul style="list-style-type: none"> • Zorgverleners geven naaste(n) en andere betrokkenen uit het sociale netwerk van de cliënt de ruimte om in de zorg en ondersteuning te participeren. • Vrijwilligers zijn aanwezig op de afdeling en werken samen met de zorgverleners. • Het beleid rondom participatie familie en inzet vrijwilligers is beschreven en bekend bij zorgverleners. • De taken en verantwoordelijkheden van familie en vrijwilligers zijn helder voor alle betrokken partijen. • Vrijwilligers hebben scholing gekregen voor de groep waarmee ze werken.
Wooncomfort (gastvrijheid, maaltijden, schoonmaak en inrichting)	Cliënt <ul style="list-style-type: none"> • De inrichting van woonomgeving is aangepast aan mijn zorg- en ondersteuningsbehoeften (privéruimten, recreatieruimten, gebedsruimte, buitenruimten, verkeersruimten) • De privé, verkeers- en gedeelde (recreatie)ruimten ervaar ik als schoon en veilig ingericht. • Ik kan met eigen spullen mijn kamer inrichten. • Ik kan van het eten genieten. • Ik kan kiezen voor een maaltijd aangepast aan geloofs- of levensovertuigingen.
	Zorgverlener <ul style="list-style-type: none"> • De inrichting van woonomgeving is aangepast aan de doelgroep (privéruimten, recreatieruimten, gebedsruimte, buitenruimten). • De privé, verkeers- en gedeelde (recreatie)ruimten zijn schoon en veilig. • Zorgverleners stellen cliënten in de gelegenheid gesteld met eigen spullen hun kamer in te richten. • Zorgverleners koken samen met cliënten die dat willen en kunnen. • Zorgverleners vragen of de cliënten de maaltijden smakelijk vinden. • De zorgverleners kunnen de cliënten een maaltijdkeuze voorleggen ook aangepast aan geloofs- of levensovertuigingen.

Bijlage 3

Inhoudsopgave kwaliteitsplan

Deze bijlage bevat de belangrijkste elementen van de inhoudsopgave van het kwaliteitsplan, bedoeld als handreiking bij het opstellen van het kwaliteitsplan.

Profiel zorgorganisatie

- Omschrijving zorgvisie en kernwaarden
- Omschrijving doelgroepen, aantal cliënten per doelgroep, leeftijdsverdeling
- Type zorgverlening, ZZP-verdeling, omzet per doelgroep
- Aantal locaties (overeenkomend met KvK registratie), zorgomgeving (kleinschalig/grootschalig) en voornaamste besturingsfilosofie
- Landelijk/stedelijk van aard

Profiel personeelssamenstelling

- Beschrijving van de personeelssamenstelling aan de hand van de 5 kernfactoren zoals beschreven in hoofdstuk 6 van het kwaliteitskader, voor zover nog niet op een andere plek beschreven in het kwaliteitsplan.

Situatie, plannen en voornemens, waardering door bestuur en interne stakeholders en hoofdverantwoordelijke per hoofdstuk van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg

- Persoonsgerichte zorg en ondersteuning
- Wonen en welzijn
- Passende, veilige zorg en ondersteuning
- Leren en ontwikkelen
- Leiderschap, governance en management
- Personeelssamenstelling
- Hulpbronnen, omgeving en context
- Gebruik van informatie

Ontwikkelparagraaf en beschrijving van samen leren en ontwikkelen

- Beschrijving van de ontwikkelparagraaf per locatie (volgens KvK registratie)
- Beschrijving van op welke wijze en met welke interne en externe partijen plannen per relevante organisatie-eenheid tijdens en na het jaar wordt geëvalueerd en hoe resultaten terugvloeien naar betrokkenen in de zorgorganisatie.

Bijlage 4

Inhoudsopgave kwaliteitsverslag

Deze bijlage bevat de belangrijkste elementen van de inhoudsopgave van het kwaliteitsverslag, bedoeld als handreiking bij het opstellen van dit verslag. Het verslag dient met algemeen beschrijvende onderdelen in te gaan op de acht onderscheiden hoofdstukken, en specifieke aandacht te geven aan de uitkomsten op het terrein van veilige zorg, leren en werken aan kwaliteit en cliëntervaringen.

Algemeen beschrijvend overzicht uitkomsten

Beschrijvend overzicht van uitkomsten op de plannen en acties zoals geformuleerd in het kwaliteitsplan. Met name moet duidelijk worden of en hoe voldaan wordt aan de in elk hoofdstuk van dit kader genoemde aanbevelingen.

- Persoonsgerichte zorg en ondersteuning
- Wonen en welzijn
- Passende, veilige zorg en ondersteuning
- Leren en ontwikkelen
- Leiderschap, governance en management
- Personeelssamenstelling
- Hulpbronnen, omgeving en context
- Gebruik van informatie

Specifieke aandacht voor drie onderdelen:

I. Veiligheid

Opname van kwantitatieve uitkomsten op de gemeten indicatoren basisveiligheid, zie hoofdstuk 3 van het kwaliteitskader. Er is sprake van verplichte indicatoren en keuze-indicatoren. Deze indicatoren worden jaarlijks beschreven in het 'Handboek zorgaanbieders van verpleeghuiszorg – toelichting op de kwaliteitsindicatoren', zie www.zorginzicht.nl.

II. Cliëntervaringen

Opname van de uitkomsten met betrekking tot de verzameling van cliëntervaringen. Iedere organisatie dient op twee manieren cliëntervaringen te verzamelen: (a) met de Totalscore en (b) middels een ander, zelfgekozen instrument. Zie voor werkwijze en voorwaarden hoofdstuk 8 van het kwaliteitskader en het jaarlijkse 'Handboek zorgaanbieders van verpleeghuiszorg – toelichting op de kwaliteitsindicatoren', zie www.zorginzicht.nl.

III. Leren en ontwikkelen

Beschrijving op hoofdlijnen of en hoe voldaan wordt aan de aanbevelingen van dit kader rondom samen leren en ontwikkelen. Daarbij gaat het vooral over:

1. het kwaliteitsplan inclusief ontwikkelplan
2. het kwaliteitsverslag
3. het samen leren, waaronder deel uitmaken van het lerend netwerk.

Bijlage 5

Lijst met gebruikte afkortingen

ABR	Antibioticaresistentie
ACP	Advance Care Planning
CAO	Collectieve Arbeid Overeenkomst
CR	Cliëntenraad
CCE	Centrum voor Consultatie en Expertise
EVV-er	Eerst Verantwoordelijke Verzorgende
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
KvK	Kamer van Koophandel
LOC	Waardevolle zorg - Koepel Cliëntenraden
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PAR	Professionele Advies Raad
PfN	Patiëntenfederatie Nederland
PGB	Persoonsgebonden Budget
RvT	Raad van Toezicht
(V)VAR	Verpleegkundige & Verzorgende Advies Raad
Verzorgende IG	Verzorgende Individuele gezondheidszorg (niveau 3)
V&VN	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
ZZP	Zorgzwaarte pakket

Bijlage 6

Bronnen

Deze geactualiseerde versie van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is gebaseerd op de versie uit 2017. Voor die versie gold het volgende bronnenoverzicht:

De cliënt centraal. De betekenis van mensenrechten voor ouderen in verpleeghuizen. College voor Rechten van de Mens, Februari 2016.

- Concept kwaliteitstandaard kwaliteit ouderenzorg (september 2016).
- Concept Leidraad personele samenstelling V&VN (september 2016).
- Interne stukken Kwaliteitsraad analyse fase: inhoudelijke, strategische en politieke analyse.
- <https://www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/wet-en-regelgeving.html>
- <https://www.zorginstituutnederland.nl/beroepen+en+opleidingen/anders+kijken%2C+anders+leren%2C+anders+doen>
- <http://www.bgs.org.uk/press-3/press-and-pr/bgs-press-releases/2016-commissioning-guidance>
- Meer is niet perse beter. De relatie tussen de personele inzet en de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen Hamers e.a. Academische Werkplaats Maastricht. Maart 2016
- National Standards for Residential Care Settings for Older People in Ireland. Safer, Beter Care. Health Information and Quality Authority. 2016
- Waardigheid en trots Liefdevolle zorg voor onze ouderen. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Februari 2015.
- Kamerbrief Voortgang 'Waardigheid en Trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen'. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Juni 2015.
- Voortgangsrapportage Waardigheid en Trots. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Juni 2015.
- Kamerbrief invulling Waardigheid en Trots, ruimte voor verpleeghuizen. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Juli 2015.
- Kamerbrief over kaders langdurige zorg 2016. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Januari 2016.
- Rapport-2e-voortgangsrapportage-waardigheid-en-trots 2016. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Januari 2016.
- Kamerbrief Waardig leven met zorg. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Februari 2016.
- Kamerbrief Bijlage 1 Waardig leven met zorg. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Februari 2016
- Kamerbrief over vervolg kwaliteitskader, leidraad personeel en indicatoren basisveiligheid. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Oktober 2016.
- Kamerbrief over Kwaliteit verpleeghuizen niet vrijblijvend. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Oktober 2016.
- The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: A systematic review. Karen Spilsbury , Catherine Hewitt, Lisa Stirk, Clive Bowman. International Journal of Nursing Studies 48 (2011) 732-750.
- De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg. T.L. Hingstman, M. Langelaan, C. Wagner. NIVEL, 2012.