



Aanbiedingsformulier

Op grond van dit aanbiedingsformulier heeft Zorginstituut Nederland getoetst of de kwaliteitsstandaard voldoet aan de criteria uit het Toetsingskader. Dit document speelt een essentiële rol om tot een afgewogen oordeel over opname in het Register te komen. Publicatie van het ingevulde aanbiedingsformulier maakt transparant op welke manier de kwaliteitsstandaard voldoet aan de criteria van het Toetsingskader.

Algemene informatie

1. Naam van de kwaliteitsstandaard:

Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022

Naam:

Frank Bluiminck, directeur VGN

Organisatie:

VGN

Email:

mstokking@vgn.nl

Telefoonnummer:

06 - 13 20 48 37

3. Zorgvraag/aandoening(en) waarop de kwaliteitsstandaard betrekking heeft:

Gehandicaptenzorg binnen de Wet langdurige zorg (Wlz)

4. Gepland moment van revisie van de kwaliteitsstandaard:

01-10-2020

5. Partijen betrokken bij het doorontwikkelen of onderhouden van deze kwaliteitsstandaard:

Landelijk Steunpunt Medezeggenschap (LSR),Ieder(in),Nederlands Instituut van Psychologen (NIP),Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) ,Nederlandse Vereniging van pedagogen en Onderwijskundigen (NVO) ,Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN),Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN),Zorgverzekeraars Nederland (ZN),Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ),Zorginstituut Nederland (ZIN),Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Overige algemene informatie over de kwaliteitsstandaard (ruimte voor vrije toelichting)

De genoemde partijen zijn vertegenwoordigd in een landelijke stuurgroep die in een reeks van jaren als stabiel samenwerkingsverband heeft gefunctioneerd en dat ook in komende jaren wil blijven doen. Het doel van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2017-2022 is drieledig. Ten eerste maakt dit kader de kwaliteit van zorg en kwaliteit van bestaan zichtbaar en laat zien wat cliënten en hun verwanten mogen verwachten. Ten tweede biedt dit document handvatten voor zorgaanbieders om de kwaliteit van zorg te verbeteren en het lerend vermogen te versterken. Ten derde biedt dit kader informatie voor extern toezicht (IGZ) en voor inkoop en contractering van zorg. Korte beschrijving van de essentie van het Kwaliteitskader: De sector gehandicaptenzorg heeft al enige jaren een kwaliteitskader dat vanuit het brede werkveld is



ontwikkeld. Het kader toespitst op langdurige zorg die onder de Wlz valt. In 2016 is een vernieuwde opzet uitgewerkt die met succes is toegepast in proeftuinen. Het vernieuwde kader is bedoeld als landelijke standaard voor aanbieders van gehandicaptenzorg. Het kwaliteitskader vertrekt vanuit een gedeelde visie: wat is goede zorg voor mensen met langdurige beperkingen. In het verlengde ervan zijn de werkwijzen aangepast vanuit vier bouwstenen van het kader: (1) Zorgproces rond de individuele persoon. Voor elke persoon moet helder zijn hoe het staat met ondersteuningsbehoeften, gezondheidsrisico's bestaan, kwaliteit van bestaan. (2) Ervaringen van alle cliënten. Bij de verzameling van cliënten vindt een systematische raadpleging plaats op basis van erkende instrumenten (3) Zelfreflectie in teams. De aanbieder realiseert een periodieke reflectie op kwaliteit binnen de zorgteams aan de hand van vastgestelde thema's ("wat doen we goed, wat moet beter"). (4) Kwaliteitsrapport en visitatie. De zorgaanbieder maakt jaarlijks een bondig kwaliteitsrapport op grond van informatie uit zojuist genoemde bouwstenen en andere relevante bronnen. Het rapport geeft een geobjectiveerd zicht op kwaliteit. De gekozen opzet gaat gepaard met een vorm van externe visitatie. De zorgaanbieder kiest voor kritische samenspraak over het kwaliteitsrapport en de aanpak die eronder ligt.

Wilt u gebruik maken van het overgangscriterium?

Nee



criterium 1: De relevante partijen zijn betrokken bij de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard of hebben er gemotiveerd van afgezien.

De volgende vragen geven het Zorginstituut inzicht in welke partijen betrokken zijn geweest bij de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard.

Vertegenwoordigende organisaties van cliënten:

Ieder(in), Landelijk Steunpunt Medezeggenschap (LSR)

(Vertegenwoordigende organisaties van) zorgaanbieders (zorgverleners en instellingen):

Nederlandse Vereniging van pedagogen en Onderwijskundigen (NVO), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)

(Vertegenwoordigende organisaties van) verzekeraars:

Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Anders nl.:

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Zorginstituut Nederland (ZIN)

2. Zijn dit de relevante partijen? Licht uw antwoord toe.

Ja

Toelichting:

Bovengenoemde partijen zijn lid van de landelijke stuurgroep 'Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg'. Zij zijn betrokken geweest bij de ontwikkeling van de visie op gehandicaptenzorg 2.0 (het voormalige kwaliteitskader). En tevens bij de doorontwikkeling naar het huidige kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022.

3. Motiveer hoe is besloten welke partijen wel/niet relevant zijn. Als er meerdere organisaties waren die in aanmerking konden komen, is er dan sprake geweest van overleg om een goede vertegenwoordiging te realiseren:

Kenmerkend voor de gehandicaptenzorg is het doelgericht samenwerken van landelijke cliëntenorganisaties, beroepsgroepen, zorgbranche. Bovendien is het samenspel met de inspectie gezondheidszorg stabiel; daarnaast de afstemming met de zorgkantoren als de wettelijk geregelde uitvoerders van de Wlz. In deze opzet zijn de betrokken partners deelgenoot geworden van de landelijke stuurgroep.

Toelichting:

n.v.t.

De volgende vragen geven het Zorginstituut inzicht in het proces van betrokkenheid en verantwoordelijkheid van partijen bij de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard.

5. Waren de taken en verantwoordelijkheden van de betrokken partijen duidelijk? Licht uw antwoord toe.

Ja

Toelichting:



Deze bovengenoemde partijen zijn lid van de landelijke stuurgroep. En de afspraken zijn vastgelegd in een Convenant Stuurgroep (deze wordt momenteel geactualiseerd).

6. Hebben alle betrokken partijen naar hun mening voldoende gelegenheid gekregen om naar behoren bij te dragen en is hun bijdrage naar behoren verwerkt? Licht uw antwoord toe.

Ja

Toelichting:

Er is brede consensus in de stuurgroep, waarbij voortdurende raadpleging heeft plaatsgevonden met ieders achterban. Gedurende de proeftuinen hebben stuurgroepleden deelgenomen aan verschillende activiteiten.

7. Is de invloed van belangenverstrengeling naar de mening van betrokken partijen zoveel mogelijk beperkt? Zijn de verschillende belangen onderkend, zichtbaar en controleerbaar gemaakt? Bijvoorbeeld conform de Code Belangenverstrengeling van de KNAW et al (2012)? Licht uw antwoord toe.

Ja

Toelichting:

Er is geen sprake van belangenverstrengeling.

8. Is de externe commentaarronde naar de mening van alle betrokken partijen zorgvuldig doorlopen? Licht uw antwoord toe.

Ja

Toelichting:

In december 2016 hebben alle partijen de laatste conceptversie van het kwaliteitskader 2017-2022 ontvangen. In deze bestuurlijke raadpleging hebben de drie hoofdpartijen een bestuurlijke instemming gegeven. Het betreft: (1) vertegenwoordigers van cliënten _ Ieder(in) en LSR; (2) vertegenwoordigers van zorgkantoren _ Zorgkantoor Nederland en (3) vertegenwoordigers van aanbieders _ VGN. Deze instemming is bekrachtigd met een handtekening.

De volgende vragen geven het Zorginstituut inzicht in (de inbreng van) het cliëntenperspectief in de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard.

9. Komt het cliëntenperspectief naar de mening van de cliënten voldoende uit de verf? Licht uw antwoord toe.

Ja

Toelichting:

De visie op kwaliteit is vanuit het cliëntperspectief beschreven en wordt ondersteund door de stuurgroep, inclusief Cliëntenorganisaties LSR en Ieder(in). Uitgangspunt is persoonsgerichte zorg; de zorg- en dienstverlening die aansluit op de wensen en voorkeuren van de cliënt; afgestemd op het leven van de individuele cliënt; met echte betrokkenheid van nabije verwanten en vrienden. Persoonsgerichte zorg berust op samenspraak tussen de medewerkers en de cliënt of zijn directe vertegenwoordiger. Dit is de eerste bouwsteen van het kader. De tweede bouwsteen van het kwaliteitskader stelt de stem van de cliënt op de voorgrond, op basis van systematisch onderzoek naar de ervaringen van cliënten: - ze zeggen wat ze vinden van de geboden zorg en ondersteuning, - ze vertellen over hun kwaliteit van bestaan (wat goed gaat en welke tekorten er zijn). Informatie uit bouwsteen 1 en 2 is input voor bouwsteen 3 de



teamreflectie. Binnen de gehandicaptenzorg bestaat tussen partijen een gedeelde visie op “goede zorg”; cliëntenorganisaties, beroepsgroepen en zorgaanbieders delen het inzicht over relevante uitgangspunten: zoveel mogelijk regie bij de cliënt, zorg gericht op kwaliteit van bestaan, dialoog tussen de cliënt en de zorgaanbieder. Aanbieders komen tot overzicht van kwaliteit, bespreken dit met cliënten- en verwantenraden. Er is een openbare kwaliteitsrapportage op vaste thema’s, waarbij de reflectie van cliënten en verwanten wordt meegenomen.

10. Zijn de cliëntenvertegenwoordigers materieel en immaterieel in staat gesteld om hun rol bij de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard te vervullen en hun taken te realiseren? Licht uw antwoord toe.

Ja

Toelichting:

Zij zijn de grote vertegenwoordigers in de landelijke stuurgroep. Deelnemen aan dergelijke projectgroepen is onderdeel van de werkzaamheden van de vertegenwoordigers.

De volgende vraag geeft het Zorginstituut inzicht in de mogelijkheden voor handhaving van de kwaliteitsstandaard.

11. Beschrijft de kwaliteitsstandaard de grens tussen verantwoorde en onverantwoorde zorg?

Nee

Zijn er naar de mening van IGZ voldoende handvatten om de kwaliteitsstandaard te kunnen handhaven? Licht uw antwoord toe.

Ja

Toelichting:

De IGZ is betrokken bij het kader en geeft aan dat met de gekozen opzet de eigen opdracht rond toezicht op verantwoorde zorg voldoende uitvoerbaar is. Het kwaliteitskader regelt ook dat het IGZ en het zorgkantoor voor hun taken gebruik maken van het integrale kwaliteitsrapport van de organisatie. De IGZ verwacht met de op te leveren kwaliteitsrapportages betere aangrijpingspunten te hebben voor het gesprek met instellingen. In komende jaren zullen de indicatoren van de huidige “pijler 1” per aanbieder uitgevraagd blijven worden (het betreft informatie over een reeks aandachtspunten rond kwaliteit en veilige zorg op het niveau van de aanbieder).

Overige toelichting bij Criterium 1:

n.v.t.



criterium 2: Alle betrokken partijen dragen de kwaliteitsstandaard gezamenlijk voor

De volgende vragen geven het Zorginstituut inzicht in de voordracht van de kwaliteitsstandaard door de partijen.

1. Is de procedure voor het gezamenlijk voordragen vastgesteld bij de aanvang van de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard en was deze voor iedereen duidelijk? *

Ja

Toelichting:

In het projectplan van de landelijke stuurgroep is beschreven op welk moment en op welke manier het gezamenlijk voordragen van het kwaliteitskader is geregeld.

2. Dragen alle betrokken partijen (partijen die betrokken zijn bij het opstellen van de kwaliteitsstandaard de kwaliteitsstandaard gezamenlijk voor? Licht uw antwoord toe.

Ja

Toelichting:

Alle partijen hebben hun instemming gegeven en dit schriftelijk bevestigd.

De volgende vragen geven het Zorginstituut inzicht in het onderschrijven van de kwaliteitsstandaard door de partijen.

3. Onderschrijven alle betrokken partijen de kwaliteitsstandaard? Indien dat niet het geval is, wat zijn hiervoor de gronden? Licht toe onderverdeeld in de volgende categorieën van partijen

Ja

4. Zijn alle onderwerpen die aan het begin van het traject zijn afgesproken naar de mening van alle betrokken partijen voldoende aan bod gekomen in de kwaliteitsstandaard? Licht uw antwoord toe.

Ja

Toelichting:

Alle onderwerpen zijn besproken. Sommige onderwerpen zijn verwerkt in het kwaliteitskader 2017-2022. Andere overige onderwerpen hebben een plek gekregen op de ontwikkelagenda (deze is ook opgenomen in het kwaliteitskader).

Overige toelichting bij criterium 2:

n.v.t.



criterium 3: Inhoud van zorg

Het Zorginstituut verwacht dat er in de kwaliteitsstandaard aandacht is besteed aan een aantal elementen (genoemd in onderstaande vragen). Deze elementen kunnen door de relevante partijen benaderd worden als checklist bij de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard. Afhankelijk van de beschreven zorg, kunnen bepaalde elementen klein of zelfs afwezig zijn. Hierbij benadrukt het Zorginstituut dat het antwoord 'niet van toepassing' (met een toelichting waarom dit element niet van toepassing is) in deze gevallen kan volstaan. Dit antwoord doet geen afbreuk aan de kwaliteit van de betreffende kwaliteitsstandaard.

1. Bevat de kwaliteitsstandaard een beschrijving van het gehele zorgproces vanuit het perspectief van de cliënt. Zijn hierbij voldoende uitspraken gedaan over het stellen van indicaties voor diagnostiek en behandeling en/of ondersteuning? *

Ja

Toelichting:

In de langdurige zorg wordt gewerkt met een indicatie van het CIZ. Dit is een kader waarbinnen de zorg- en dienstverlening plaatsvindt. De invulling hiervan vindt in dialoog met de cliënt plaats en wordt vastgelegd in het ondersteuningsplan (bouwsteen 1)

2. Bevat de kwaliteitsstandaard een beschrijving van het gebruik van gepaste zorg (doelmatigheid)? Licht uw antwoord toe.

Ja

Toelichting:

In de gehandicaptenzorg (binnen de Wlz) heeft de overheid een systematiek van onafhankelijke indicatiestelling ingevoerd; erop aansluitende zijn zorgprofielen en zorgzwaartepakketten van toepassing. Daarmee wordt bevorderd dat de geboden zorg aansluit op de aard en ernst van zorgbehoeften; en tegelijk dat de geboden zorg doelmatig is in relatie tot de zorgvraag.

3. Geef aan of de kwaliteitsstandaard consistentie of inconsistentie vertoont met andere standaarden die zijn opgenomen in het Register en of dit bezwaarlijk is.

Consistent met:

Er is grote consistentie. De visie in het vernieuwde kader staat naadloos in het verlengde van het eerder geaccepteerde kwaliteitskader (versie 2013). De werkwijzen bouwen voort op de 'oude' systematiek maar zijn tevens versterkt via een verplichte systematiek van zelfreflectie in zorgteams (woonvormen en andere organisatorische eenheden); daarnaast via de opdracht aan het bestuur van de zorgorganisatie om elk jaar geobjectiveerd kwaliteitsrapport te maken dat extern toetsbaar is (visitatie). Er is ook een aanpassing ten opzichte van de documenten in het huidige register waarin nog diverse extra bijlagen zijn opgenomen: (1) handreiking ondersteuningsplan, (2) handreiking Seksualiteit en seksueel misbruik gehandicaptenzorg. Er ontstaat gemakkelijk het onjuiste beeld dat deze documenten eveneens als kwaliteitsstandaarden gelden. In de nieuwe opzet is voor een vereenvoudigd overzicht gekozen: in het register van ZiNL komt het integrale kwaliteitskader gehandicaptenzorg. Als informatiestandaard bij dat kader wordt alleen de handreiking ondersteuningsplan opgenomen. De handreiking Ondersteuningsplan Gehandicaptenzorg geeft informatie waar een ondersteuningsplan aan moet voldoen en hoe er mee gewerkt wordt. De organisatie borgt dat het plan actueel blijft en dat het in samenspraak met cliënt is opgesteld. Dit is onderdeel van bouwsteen 1 van het Kwaliteitskader 2017-2022. Deze handreiking is in het register opgenomen en wordt geactualiseerd in 2017 en is in januari 2018 gereed. Na actualisatie is het een



informatiestandaard. Er wordt verwezen naar H10.2 van de ontwikkelagenda blz.24. Uiteraard zal de sector voor diverse ingewikkelde vraagstukken aanvullende leidraden blijven ontwikkelen, maar is niet per definitie nodig dat de betreffende documenten in het register worden opgenomen. De handreiking seksualiteit en seksueel misbruik is een op zichzelf staand document en er is geen samenhang met het vernieuwd Kwaliteitskader.

Inconsistent met:

n.v.t.

Toelichting:

n.v.t.

4. Zijn de gebruikte kernbegrippen gedefinieerd en is aangegeven wat zorgverleners documenteren en als informatie aan elkaar overdragen.

Ja

Toelichting:

Er is een aparte kernbegrippenlijst toegevoegd als bijlage2 in het kerndocument 2017-2022. Het kwaliteitskader beschrijft onder bouwsteen 1 welke informatie per cliënt altijd beschikbaar is, en hoe deze actueel wordt gehouden. Daarnaast geeft de handreiking ondersteuningsplan – aanvullende leidraad en kernbegrippen over de inhoud van het ondersteuningsplan, tevens over de afstemming ervan met het multidisciplinair behandelplan. En de gemaakte afspraken van informatie en overdracht.

5. Bevat de kwaliteitsstandaard een beschrijving van controle en/of evaluatiemomenten en overlegmomenten?

Ja

Toelichting:

De kwaliteitsstandaard geldt voor de periode 2017-2022. Medio 2019 is evaluatie met de betrokken partijen gepland. Deze evaluatie zal eind 2019 afgerond zijn en kan leiden tot aanpassingen van het kwaliteitskader. Daarnaast is een ontwikkelagenda in het kwaliteitskader opgenomen voor de komende jaren. Daarnaast geldt dat binnen het kwaliteitskader regels zijn gesteld over de dialoog met de cliënten over de totstandkoming van een ondersteuningsplan (samen met de cliënt opgesteld) deze wordt minimaal jaarlijks geëvalueerd met de cliënt, persoonlijk begeleider en/ of behandelaar en vervolgens geactualiseerd. Op het niveau van de medewerkers en zorgteams is een periodieke en gezamenlijke reflectie opgenomen in het kwaliteitskader. Die kan worden aangevuld met “leren over de grenzen van teams” (bij elkaar op bezoek) en met interne audits over het zorgproces rond de cliënt (verloopt dat proces zorgvuldig). Op het niveau van de organisatie is de opdracht tot bestuurlijk leiderschap rond kwaliteit aangescherpt door jaarlijks een bondig kwaliteitsrapport op te stellen en te bespreken met interne en externe stakeholders. Er mee verbonden is een twee jaarlijkse externe visitatie, die onder meer gestalte kan krijgen in de vorm van leernetwerken met andere organisaties.

6. Bevat de kwaliteitsstandaard een beschrijving van zelfmanagement en/of eigen regie al dan niet met ondersteuning?

Ja

Toelichting:

De visie start met de regie bij de cliënt en zet hiermee de cliënt centraal. De medewerker en



cliënt stellen in dialoog vast welke problemen er zijn rond zelfredzaamheid en welke ondersteuningsbehoeften daaruit voortvloeien. De bouwstenen 1 en 2 zijn de uitwerking van persoonsgerichte zorg die aansluit op de wensen en voorkeuren van de cliënt. Er wordt verwezen naar pag. 6-13 van het kwaliteitskader 2017-2022.

7. Bevat de kwaliteitsstandaard een toelichting op bewijsvoering? Beschrijf de methoden waarop de aanbevelingen in de kwaliteitsstandaard tot stand zijn gekomen.

Ja

Toelichting:

De visie en de werkwijze van het Kwaliteitskader 2017- 2022 Gehandicaptenzorg is gestoeld op nationaal en internationaal onderzoek. Te denken valt aan onder andere W. Buntinx, J. van Loon en de modellen van Schalock en Verdugo. Er wordt verwezen naar pagina 8 en 9, 14.



Criterion 3: Organisatie van zorg

8. Bevat de kwaliteitsstandaard een beschrijving van de structuur van het zorgproces? Hierbij gaat het bijvoorbeeld om:

Ja

Toelichting:

Vanuit de dialoog met de cliënt worden gemaakte afspraken vastgelegd in het ondersteuningsplan. Dit plan is de drager van informatie over problemen bij zelfredzaamheid, aanmerkelijke gezondheidsrisico's, ervaren kwaliteit van bestaan en de wensen en invulling van de ondersteuning. Conform wettelijk kader worden de afspraken minimaal (half)-jaarlijks met cliënt en verwant geëvalueerd en aangevuld. Dit staat beschreven op pagina 13 van het document Kwaliteitskader 2017- 2022.

9. Bevat de kwaliteitsstandaard een beschrijving van de aansturing en verantwoordelijkheidstoedeling van het zorgproces? Hierbij gaat het bijvoorbeeld om het beleggen van:

Ja

Toelichting:

In de handreiking Ondersteuningsplan (2013) zijn bovenstaande punten beschreven. In de bijlage over ondersteuningsplan is nader uitgewerkt hoe taken en verantwoordelijkheden zijn. De persoonlijk begeleider is verantwoordelijk voor opstellen van het ondersteuningsplan; de relevante behandelaar(s) zijn erbij betrokken. De begeleider informeert collega's in de woonvorm, tevens gedragsdeskundigen, medici, therapeuten; daarnaast activiteitenbegeleider voor dagbesteding. Ook ten aanzien van informatie en overdracht zijn afspraken gemaakt. De persoonlijk begeleider volgt of afspraken worden gerealiseerd en signaleert tijdig. Hierbij kan een cliëntagenda behulpzaam zijn, waarmee het werken volgens het ondersteuningsplan continu getoetst, bewaakt en waar nodig bijgesteld wordt. Zie handreiking ondersteuningsplan 2013, pagina 17.

10. Is voldoende beschreven op welke wijze de implementatie van de kwaliteitsstandaard zal plaatsvinden en aan welke voorwaarden daarvoor moet zijn voldaan? Licht uw antwoord toe.

Ja

Toelichting:

In het hoofdstuk over onderhoud en ontwikkeling (hoofdstuk 10) is opgenomen dat VGN extra middelen en menskracht beschikbaar stelt voor de implementatie aan leden VGN. De invulling van het implementatieplan wordt per half jaar opgesteld. Voor periode 1 (jan- juli 2017) vinden er vier landelijke en minimaal 8 regionale bijeenkomsten plaats. Tevens zijn er 2 bijeenkomsten voor bestuurders. Er wordt gebruik gemaakt van kennis van de leden die als proeftuin gewerkt hebben met het kwaliteitskader. Het program fase 2 (aug- dec 2017) wordt medio juni opgeleverd, wederom op basis van behoeften van leden. Relevante voorwaarden voor implementatie: - Systematische vastlegging van relevante gegevens per cliënt (dit gebeurt al in de sector), - Periodieke cliëntenraadpleging volgens erkende instrumenten (dit gebeurt al in de sector en een commissie van externe deskundigen is direct betrokken bij verdere ontwikkeling), - Faciliteren van een cyclus van zelfreflectie in zorgteams aan de hand van thema's - Een jaarlijks kwaliteitsrapport door het bestuur van de organisatie als eerlijk verslag van de stand van zaken en de wenselijke verbeteringen (dit is een nieuwe opdracht die binnen de proeftuinen haalbaar bleek). De landelijke stuurgroep blijft actief volgen hoe de implementatie loopt en waar extra



acties nodig zijn.

Overige toelichting bij Criterium 3:

n.v.t.



criterium 4: de kwaliteitsstandaard heeft een cliëntenversie, een samenvatting en een onderhoudsplan. Wanneer de kwaliteitsstandaard niet alle genoemde onderdelen heeft, dan hebben de partijen een tijdpad geformuleerd waaruit blijkt wanneer de kwaliteitsstandaard deze wel heeft.

De volgende vragen geven het Zorginstituut inzicht in de volledigheid van de kwaliteitsstandaard.

1. Bevat de kwaliteitsstandaard een cliëntenversie of is er voldoende aandacht besteed aan correcte cliënteninformatie?

Nee

2. Bevat de kwaliteitsstandaard een samenvatting?

Nee

3. Bevat de kwaliteitsstandaard een onderhoudsplan of wordt er verwezen naar een algemeen onderhoudsplan?

Ja

Beantwoord deze vraag indien de kwaliteitsstandaard niet met alle benodigde onderdelen wordt opgeleverd (een cliëntenversie, een samenvatting en een onderhoudsplan?)

Cliëntversie:

Ja

Datum:

15-06-2017

Samenvatting:

Ja

Datum:

15-06-2017

Overige toelichting bij Criterium 4:

Er wordt een cliëntversie gemaakt en is medio juni gereed en is onderdeel van het kwaliteitskader 2017- 2022. Zie hoofdstuk 10.2 pagina 25. De volledige samenvatting is uiterlijk medio juni 2017 gereed zie hoofdstuk 10.2 pagina 25 De korte samenvatting is opgenomen onder "algemene informatie" (tekst is hieronder nog eens herhaald). De sector gehandicaptenzorg heeft al enige jaren een kwaliteitskader dat vanuit het brede werkveld is ontwikkeld. Het kader toegespitst op langdurige zorg die onder de Wlz valt. In 2016 is een vernieuwde opzet uitgewerkt die met succes is toegepast in proeftuinen. Het vernieuwde kader is bedoeld als landelijke standaard voor aanbieders van gehandicaptenzorg. Het kwaliteitskader vertrekt vanuit een gedeelde visie: wat is goede zorg voor mensen met langdurige beperkingen. In het verlengde ervan zijn de werkwijzen aangepast vanuit vier bouwstenen van het kader: (1) Zorgproces rond de individuele persoon. Voor elke persoon moet helder zijn hoe het staat met ondersteuningsbehoeften, gezondheidsrisico's bestaan, kwaliteit van bestaan. (2) Ervaringen van alle cliënten. Bij de verzameling van cliënten vindt een systematische raadpleging plaats op basis van erkende instrumenten (3) Zelfreflectie in teams. De aanbieder realiseert een periodieke reflectie op kwaliteit binnen de zorgteams aan de hand van vastgestelde thema's ("wat doen we goed, wat moet beter"). (4) Kwaliteitsrapport en visitatie. De zorgaanbieder



maakt jaarlijks een bondig kwaliteitsrapport op grond van informatie uit zojuist genoemde bouwstenen en andere relevante bronnen. Het rapport geeft een geobjectiveerd zicht op kwaliteit. De gekozen opzet gaat gepaard met een vorm van externe visitatie. De zorgaanbieder kiest voor kritische samenspraak over het kwaliteitsrapport en de aanpak die eronder ligt. Medio 2019 is een tussentijdse evaluatie gepland. Die is onderdeel van een bredere onderhouds- en ontwikkelagenda. De landelijke stuurgroep is verantwoordelijk voor de evaluatie; inhoud en opzet ervan worden afgestemd met ZiNL en Ministerie van VWS. De bedoelde evaluatie is eind 2019 gereed. Zie ook ontwikkelagenda (10.2) pagina 25.



criterium 5: Verbinding informatiestandaarden/meetinstrumenten.

De kwaliteitsstandaard is verbonden met één of meer informatiestandaarden en één of meer meetinstrumenten. Wanneer de kwaliteitsstandaard nog niet met één of meer informatiestandaarden en één of meer meetinstrumenten is verbonden, dan hebben partijen een tijdspad geformuleerd waaruit blijkt wanneer dit wel zo is. De volgende vragen geven het Zorginstituut inzicht in de verbinding van de kwaliteitsstandaard met bijhorende informatiestandaard(en) en meetinstrument(en).

1. Is de kwaliteitsstandaard verbonden met één of meer bijbehorende informatiestandaarden?

Nee

2. Is de kwaliteitsstandaard verbonden met één of meer bijbehorende meetinstrumenten?

Ja

Toelichting:

De term meetinstrument hanteert ZiNL als “de verzamelnaam voor kwaliteitsindicatoren en cliëntvragenlijsten”. De partijen in de zorg leggen zelf de afspraken vast over wat gemeten moet worden in de beschrijving van het door hen ontwikkelde meetinstrument. Ook maken zij bij het meetinstrument afspraken over hoe de gegevensverzameling moet worden uitgevoerd. In het verlengde van deze benadering bevat het vernieuwde kwaliteitskader gehandicaptenzorg een tweetal meetinstrumenten: - Algemene informatie over het kwaliteitsbeleid van de zorgaanbieder (waar onder aspecten van veilige zorg). Deze informatie berust op een landelijk vastgelegde vragenlijst analoog aan de huidige “pijler 1”. Deze maakte al deel uit van het voorgaande kader en is al in het register opgenomen. De vragenlijst ‘pijler 1’ wordt jaarlijks, dus ook in 2017 geactualiseerd, waarbij enkele vragen over het kwaliteitsrapport een plek zullen krijgen in de vragenlijst. Dit gebeurt onder leiding van de stuurgroep KKGHZ en is eind 2017 gereed. - Specifieke informatie over de ervaringen van cliënten inzake kwaliteit van zorg en hun eigen kwaliteit van bestaan. Hierover zijn afspraken vastgelegd onder bouwsteen 2 van het kader. Erop aansluitend is een erkend geheel van instrumenten uitgewerkt (“waaier”) waaruit de aanbieder een weloverwogen keuze maakt. Gekoppeld aan het kwaliteitskader is een commissie van deskundigen werkzaam (waarin hoogleraren op het gebied van langdurige zorg); die overziet de instrumenten, adviseert over toelating tot de erkende set, en levert bijdragen aan verdere ontwikkeling. Deze items hangen grotendeels samen met het kwaliteitsrapport dat openbare kwaliteitsinformatie bevat. Dit bestaat uit: 1) Een samenvattend kwaliteitsrapport over de kwaliteit van zorg o.a. op basis van cliëntinformatie en cliëntervaringsonderzoek. 2) verwerking van informatie over beleid rond kwaliteit en veiligheid o.a. op grond van een landelijke vragenlijst pijler 1). Er wordt verwezen naar H 8.2 Transparantiekalender pagina 22.

Beantwoord deze vraag indien de kwaliteitsstandaard niet verbonden is met één of meer informatiestandaarden of meetinstrumenten

3. Hebben betrokken partijen gezamenlijk een tijdspad geformuleerd, waaruit blijkt wanneer de kwaliteitsstandaard wel verbonden is aan één of meer informatiestandaarden of meetinstrumenten? Zo ja, dan dit tijdspad bijsluiten bij de kwaliteitsstandaard.

Bijbehorende informatiestandaarden

Nee

Datum:



01-01-2020

Toelichting:

Binnen de langdurige gehandicaptenzorg wordt (o.a.) voor gegevensuitwisseling gebruik gemaakt van de handreiking Ondersteuningsplannen. In het vernieuwde kwaliteitskader is geen sprake van gegevensuitwisseling met codes (of andere standaarden op detailniveau), zoals ZiNL definieert onder het begrip “informatiestandaard”. In het kader van andere ontwikkelingen in de langdurige zorg wordt dit de komende jaren mogelijk een aandachtspunt.

Overige toelichting bij Criterium 5 (ruimte voor vrije toelichting)

Toelichting vraag 1: Onder leiding van de stuurgroep verkent de VGN, in het kader van de doorontwikkeling, welke Informatiestandaarden in het licht van het vernieuwde Kwaliteitskader opportuun zijn. De bevindingen van deze verkenning worden eind 2019 voorgelegd aan het Zorginstituut.