

Addendum 20.12.2018

bij hoofdstuk 6 van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg dd. 13.01.2017

In 2018 zijn de tijdelijke normen die zijn vastgesteld in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg van januari 2017 door de sectorpartijen, verenigd in de Stuurgroep Kwaliteit verpleeghuiszorg, aangescherpt en verder ingevuld. Deze set normen bestaat uit een serie procesafspraken die beschrijven hoe ieder verpleeghuis kan komen tot een optimale personeelssamenstelling, passend bij hun context. De onderbouwing van de normen is toegevoegd in bijlage 1.

In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is sprake van vijf indicatoren. Die noemen we nu kritische Kernfactoren. Die zijn nu meetbaar gemaakt door middel van indicatoren die breed gedragen worden en door iedere organisatie moeten worden aangeleverd bij het ODB. In de achterliggende periode zijn deze in overleg met de sectorpartijen en IGJ en NZa eenduidig geformuleerd, zodat breed gebruik vanuit eenmalige uitvraag mogelijk is, zoals is afgesproken.

In dit addendum zijn de vijf kritische kernfactoren en de aangescherpte en uitgewerkte normen opgenomen.

De stuurgroep realiseert zich terdege dat het opleveren van de producten geen eindpunt is. Integendeel, het is een eerste stap om te komen tot een personeelssamenstelling in verpleeghuizen die past bij de (zorg)vraag van bewoners en naasten en die gaat leiden tot een continue en breed lerende sector.

6.2 Kaders voor ontwikkeling van landelijke context-gebonden normen voor personeelssamenstelling

In het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is afgesproken dat zorgorganisaties op organisatieniveau gegevens publiceren met betrekking tot de personeelssamenstelling (Openbare Database van Zorginstituut Nederland). Hiermee wordt landelijk, op sectorniveau informatie bij elkaar gebracht. Om trends, ontwikkelingen en waardevolle informatie te kunnen analyseren binnen de sector, is doorontwikkeling van de te publiceren gegevens over de personeelssamenstelling c.q. gelijkgeschakeling van deze inzichten noodzakelijk. Dit is uitgevoerd door de sectorpartijen uit de stuurgroep i.s.m. IGJ en NZa zodat een eenduidige set van indicatoren is ontstaan die zowel voor interne sturing en informatie als voor toezicht, inkoopdialoog en controle kan worden toegepast. Hiermee wordt ook beoogd bij te dragen aan reductie van administratieve lasten.

De zorgorganisatie wordt in het kwaliteitskader (stap 2, pag. 25) gevraagd inzicht te geven in hun personeelssamenstelling aan de hand van

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 de 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 onplanbare 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 herbezet 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.

6.3 Normen personeelssamenstelling

Cluster 1: aandacht, aanwezigheid en toezicht

1. Tijdens de zorg en ondersteuning bij intensieve zorgmomenten (zoals opstaan, naar bed gaan, intake en rond het sterven) zijn er minimaal twee zorgverleners beschikbaar om deze taken te verrichten.
2. 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.
3. Wanneer een bewoner de ruimte moet verlaten is er iemand aanwezig om dit op te vangen. Dit kwaliteitskader vraagt wel nadrukkelijke aandacht voor de afbakening tussen professionele verantwoordelijkheid en de inzet van familie en vrijwilligers.
4. 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.
5. 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, vaardigheden

1. 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.
2. 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. Ook het oplossingsgericht meedenken in de dialoog met en betrokkenheid van familie.
3. Er is in iedere locatie (volgens KvK registratie) voor cliënten met een indicatie verblijf met verpleging of behandeling, 24/7 een verpleegkundige beschikbaar; deze verpleegkundige reageert direct (kan telefonisch/via beeldbellen) en is zo nodig binnen 30 minuten ter plaatse.
4. Er is in iedere locatie (volgens KvK registratie) voor cliënten met een indicatie verblijf met verpleging of behandeling 24/7 een arts bereikbaar en oproepbaar. Deze arts reageert direct en is uiterlijk binnen 30 minuten ter plaatse.
5. Er zijn 24/7 aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit zoals: opschalen van personeel (inzetten mobiel team), invoeren specialist ouderengeneeskunde en overleg gedragsdeskundige.
6. Er zijn aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit zoals: tijdelijke overplaatsing cliënt naar andere afdeling in dezelfde zorgorganisatie, inschakelen Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) en ingang zetten 'meer-zorg'.

Cluster 3: reflectie, leren en ontwikkelen

1. Er zijn afspraken vastgelegd over multidisciplinair teamoverleg en teamleren. Deze afspraken worden regelmatig geëvalueerd met de betrokken medewerkers en waar nodig aangepast.

2. 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.
3. 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.
4. Er is voldoende tijd beschikbaar om als EVV-er deel te nemen aan multidisciplinair overleg.
5. Methodisch werken en multidisciplinair werken vormen de basis van verpleeghuiszorg. Een deel van de deskundigheidsbevordering besteedt aan deze aspecten (multidisciplinaire) aandacht.
6. 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).
7. Er zijn periodieke gesprekken waarin competentie- en loopbaanontwikkeling aan de orde komen.

Bijlage 1

Onderbouwing Normen personeelssamenstelling

Cluster 1: aandacht, aanwezigheid en toezicht

Oorspronkelijke formulering:

1. Tijdens de zorg en ondersteuning bij intensieve zorgmomenten (zoals opstaan, naar bed gaan, intake en rond het sterven) zijn er minimaal twee zorgverleners beschikbaar om deze taken te verrichten.
2. 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.
3. Wanneer een bewoner de ruimte moet verlaten is er iemand aanwezig om dit op te vangen. Hierbij kan ook gedacht worden aan de inzet van een vrijwilliger of familielid. Dit kwaliteitskader vraagt wel nadrukkelijke aandacht voor de afbakening tussen professionele verantwoordelijkheid en de inzet van familie en vrijwilligers.
4. 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/zinvolle dag-invulling van cliënten.
5. De zorgverleners die in direct contact zijn met de cliënten, kennen hun naam, zijn op de hoogte van hun achtergrond en persoonlijke wensen.

Conclusie: Overname van de normen. Bij norm 1.3 wordt een deel geschrapt, namelijk “Hierbij kan ook gedacht worden aan de inzet van een vrijwilliger of familielid.” Dit leidt tot verwarring en hoeft niet specifiek genoemd te worden. De essentie staat in de volgende zin “Dit kwaliteitskader vraagt wel nadrukkelijke aandacht voor de afbakening tussen professionele verantwoordelijkheid en de inzet van familie en vrijwilligers.”

Wetenschappelijke onderbouwing:

- Er is geen wetenschappelijke evidentie voor een bepaalde minimaal benodigde bezettingsgraad (Harrington et al., 2012) → geen enkele basis om aanpassingen te doen aan de ‘minimaal 2’ (norm 1.1)
- Onderzoek laat zien dat meer inzet van personeel specifiek opgeleid voor het doen van activiteiten (in buitenlandse studies omschreven als ‘activity staff’ or ‘activity personel’) positieve effecten heeft op de kwaliteit van zorg, met name gericht op sociale betrokkenheid van bewoners en meer persoonlijke aandacht (Abrahamson et al., 2013; Degenholtz et al., 2006; Hamers et al., 2016; Shippee et al., 2013; Shippee et al., 2015) → onderbouwing van norm 1.4

- Onderzoek uit de VS toont aan dat het inzetten van flexibele medewerkers gepaard gaat met een slechtere kwaliteit van zorg (Castle, 2009) → onderbouwing van norm 1.5 (en ook cluster 3: belang van leren en reflecteren met het team)
- Vooral in de langdurige complexe zorg zijn vaste teams belangrijk. Diverse studies naar kleinschalig wonen voor mensen met dementie en persoonsgerichte zorg onderlijnen het belang van een klein, vast team medewerkers dat voor een zelfde groep bewoners zorgt (Boekhorst et al., 2007; Edvardsson et al., 2015) → onderbouwing van norm 1.5 (en ook cluster 3: belang van leren en reflecteren met het team)

Onderbouwing vanuit de praktijk:

- De noodzaak van minimaal twee zorgverleners op drukke momenten wordt herkend
- Uit een peiling¹ onder ruim 2500 verzorgenden en verpleegkundigen, werkzaam in het verpleeghuis, blijkt dat de volgende zorgmomenten het meest intensief zijn:
 - Eten geven
 - Wassen
 - Opstaan
 - Naar bed brengen
 - Begeleiding rond sterven

¹ Ledenpeiling V&VN, nov-dec 2018

Cluster 2: specifieke kennis, vaardigheden

Oorspronkelijke formulering:

1. 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.
2. Er is in iedere locatie (volgens KvK registratie) voor cliënten met een indicatie verblijf met verpleging of behandeling, 24/7 een BIG geregistreerde verpleegkundige binnen 30 minuten ter plaatse.
3. Er is in iedere locatie (volgens KvK registratie) voor cliënten met een indicatie verblijf met verpleging of behandeling 24/7 een arts bereikbaar en oproepbaar. Deze arts reageert direct en is uiterlijk binnen 30 minuten ter plaatse.
4. Er zijn 24/7 aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit zoals: opschalen van personeel (inzetten mobiel team), inroepen specialist ouderengeneeskunde, overleg medisch specialist of gedragsdeskundige, tijdelijke overplaatsing cliënt naar andere afdeling in dezelfde zorgorganisatie, inschakelen Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), ingang zetten 'meer-zorg'.

Conclusie: aanpassing van de normen

Toevoeging aan norm 2.1:

- 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.

Toevoegen:

- 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. Ook het oplossingsgericht meedenken en de dialoog met en betrokkenheid van familie.

Nieuwe beschrijving norm 2.2:

- Er is in iedere locatie (volgens KvK registratie) voor cliënten met een indicatie verblijf met verpleging of behandeling, 24/7 een verpleegkundige beschikbaar; deze verpleegkundige reageert direct (kan telefonisch/via beeldbellen) en is zo nodig binnen 30 minuten ter plaatse

Nieuwe beschrijving norm 2.4 in twee delen:

- Er zijn 24/7 aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit zoals: opschalen van personeel (inzetten mobiel team), inroepen specialist ouderengeneeskunde en overleg gedragsdeskundige.
- Er zijn aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit zoals: tijdelijke overplaatsing cliënt naar andere afdeling in dezelfde zorgorganisatie, inschakelen Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) en ingang zetten 'meer-zorg'.

Wetenschappelijke onderbouwing:

- Een onderzoek op 55 Nederlandse verpleeghuisafdelingen laat zien dat gemiddeld slechts 5% van de totale hoeveelheid direct zorg wordt geleverd door mbo of hbo verpleegkundigen (Backhaus et al., 2016) → urgentie om meer verpleegkundige expertise in te zetten
- Een andere grootschalige studie op 282 verpleeghuisafdelingen laat zien dat slechts voor iets meer dan de helft van de afdelingen een hbo-verpleegkundige (op afroep) beschikbaar is (Backhaus et al., 2017) → idem urgentie
- Van hbo-verpleegkundigen wordt bijvoorbeeld verwacht dat zij een voorbeeldrol voor lager opgeleide medewerkers vervullen (Backhaus et al., 2017). In dezelfde studie komt verder naar voren dat bestuurders met een duidelijke visie op de inzet van hbo-verpleegkundigen weinig problemen ondervinden met de werving, in tegenstelling tot andere bestuurders (Backhaus et al., 2017) → onderstreept het belang van een strategisch personeelsbeleid
- In de praktijk komen tekenen van onbegrepen gedrag veel voor, waarbij teams het moeilijk vinden om hiermee om te gaan en soms verkeerde inschattingen maken (o.a. (Hertogh et al., 2004; Morgan et al., 2012; Zuidema et al., 2007; Zwijsen et al., 2014) → urgentie onder norm 2.4. 24/7 beschikbaarheid gedragsdeskundige is belangrijk horen we ook vanuit de praktijk.

Onderbouwing vanuit de praktijk:

Het gaat bij inzet 24/7 verpleegkundige om:

- Goed werkend systeem van probleemherkenning, triage en adequaat handelen passend bij de vraag
- Directe beschikbaarheid; 30 minuten wachten op verpleegkundige is lang
- Er mag geen dubbele delay optreden (eerst 30 min wachten op de verpleegkundige en daarna 30 min op de arts)
- De inzet van de verpleegkundige gaat niet alleen over acute situaties. Ook het oplossingsgericht meedenken en de dialoog met en betrokkenheid van familie.

Er is behoefte aan het specifiek benoemen van deskundigheidsgebieden gerelateerd aan de doelgroep: mensen met psychogeriatrische problematiek, specifieke (somatische) aandoeningen en zintuiglijke problematiek.

Een aantal voorzieningen moet 24/7 beschikbaar zijn. De arts en de gedragsdeskundige (bijv. een verpleegkundig specialist GGZ) worden onder andere genoemd.

Een aantal andere voorzieningen moet wel beschikbaar zijn maar hoeven dat niet 24/7 te zijn, bijvoorbeeld tijdelijke overplaatsing en in gang zetten meerzorg.

Cluster 3: reflectie, leren en ontwikkelen

Oorspronkelijke formulering:

1. 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.
2. Vanaf 1-1-18 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.
3. Er is voldoende tijd beschikbaar om als EVV-er of contactverzorgende deel te nemen aan multidisciplinair overleg.
4. Methodisch werken en multidisciplinair werken vormen de basis van verpleeghuiszorg. Een deel van de deskundigheidsbevordering besteedt aan deze aspecten (multidisciplinaire) aandacht.
5. 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).
6. Er zijn periodieke gesprekken waarin competentie- en loopbaanontwikkeling aan de orde komen.

Conclusie: overnemen normen

Toevoegen: concretiseren van teamleren, reflectie en teamoverleg

- Er zijn afspraken vastgelegd over multidisciplinair teamoverleg en teamleren. Deze afspraken worden regelmatig geëvalueerd met de betrokken medewerkers en waar nodig aangepast.

Bij norm 3.2 hoeft geen datum genoemd te worden.

Bij norm 3.3 is de term 'EVV-er' voldoende. De term 'contactverzorgende' roept vragen op.

Wetenschappelijke onderbouwing:

- Het is niet vanzelfsprekend dat teams gewend zijn om over hun wensen en behoeften te praten, dit moet een team leren (Leicher & Mulder, 2016). Als de sfeer binnen het team veilig is, zijn medewerkers eerder geneigd verbeteraspecten te bespreken (Edmondson & Lei, 2014) → onderbouwing voor onze suggestie om teamleren toe te voegen

- Onderzoek laat zien dat het teamklimaat positief samenhangt met de kwaliteit van zorg en de werktevredenheid van medewerkers in verpleeghuizen (Backhaus et al., 2017b; Schwendimann et al., 2016) → idem, belang van teamleren
- Multidisciplinaire samenwerking is van groot belang voor de verbetering van kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven in verpleeghuizen (Nazir et al., 2013; Resnick, 2013). Multidisciplinaire samenwerking komt echter niet zo maar tot stand (Schols & Kardol, 2017) → onderbouwing norm 3.4
- Het vraagt dat professionals over de grenzen van hun eigen vakgebied kijken, hun eigen aandeel in het zorgproces kunnen afwegen tegenover dat van andere professies en uiteindelijk een keuze over zorgverlening kunnen maken die het beste aansluit bij de zorgbehoeften en wensen van de bewoner. Dit vergt goede afspraken tussen professionals en gelijkwaardige communicatie, wat niet vanzelf gaat (Schols & Kardol, 2017) → onderbouwing norm 3.1 en 3.4 (reflectie, intervisie, feedback, multidisciplinair)

Onderbouwing vanuit de praktijk:

- Zorgverleners geven aan dat inzicht in zichzelf, elkaar en de groepsdynamiek belangrijk is. Teamleren is in de praktijk geen vanzelfsprekendheid.
- Zorgverleners willen zeggenschap over de invulling van 'tijd om te leren en ontwikkelen'. Ze geven aan zelf te willen bepalen -beleid van de organisatie en professionele standaard en hun cliëntengroep in acht nemend - wat nodig is.