

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk

1091331-160966-LZ

Bijlage(n)

2

Uw brief

Datum 10 april 2017
Betreft Evaluatie proeftuinen vernieuwde kwaliteitskader gehandicaptenzorg

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

Geachte voorzitter,

De partijen in de gehandicaptenzorg hebben een vernieuwd kwaliteitskader ontwikkeld. In 2016 hebben 24 instellingen¹ voor alle cliënten of voor een deel van de cliënten in proeftuinen gewerkt met het vernieuwde kwaliteitskader. Elke instelling had zijn eigen aanpak, passend bij de eigen visie, cultuur en werkwijze. In korte tijd hebben zij veel werk moeten verzetten. Niet alleen de bestuurders en managers, maar vooral de medewerkers op de werkvloer en de cliënten en hun verwanten hebben hard gewerkt. Ik bedank en complimenteer hen met de goede resultaten die zij in deze korte tijd hebben boekt.

VWS heeft, in overleg met de Stuurgroep Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg (verder: de Stuurgroep)², een bureau de opdracht gegeven om de proeftuinen, en daarmee feitelijk het vernieuwde kwaliteitskader, te evalueren. Eind december 2016 heeft het bureau het rapport 'Evaluatie van de proeftuinen vernieuwing kwaliteitskader gehandicaptenzorg' (bijlage 1) opgeleverd.

Uit de evaluatie blijkt dat het vernieuwde kwaliteitskader voldoet aan de verwachtingen van de Stuurgroep. Het kwaliteitskader geeft een extra impuls aan het nadenken over en werken aan kwaliteit en is daarbij een praktisch en handig instrument. De ervaring in de proeftuinen is ook dat het niet altijd een gemakkelijk proces is, er kan niet louter routinematig worden gehandeld. De evaluatie geeft ook aan dat diverse onderdelen van het kwaliteitskader kunnen worden aangescherpt of verbeterd, zoals: een begrijpelijke versie van het kwaliteitsrapport voor cliënten en verwanten; benadrukken van de samenhang tussen de verschillende bouwstenen van het kwaliteitskader; grotere inzet op teamreflectie; bezien of het kwaliteitskader ook past bij bijzondere cliëntgroepen of verbijzondering noodzakelijk is. De Stuurgroep zal deze en andere thema's waarop verbetering of aanscherping nodig is oppakken en in afstemming met betrokken partijen de komende jaren verder vormgeven aan het kwaliteitskader.

¹ Arduin, Careander, Cordaan, Dichterbij, Elver, Esdege-Reigersdaal, Gemiva-SVG, Ipse de Bruggen, JP van den Bent, Middin, De Noorderbrug, Philadelphia, Pluryn, PlusHome, Prisma, Radar, 's HeerenLoo, Sherpa, Siza, De Parabool, Talant, Trajectum, Visio Noord, Zuidwester. De andere Wlz-instellingen hebben het oude kwaliteitskader gebruikt voor kwaliteitsverbetering en verantwoording.

² Deelnemende organisaties in de Stuurgroep: branchevereniging voor de instellingen VGN, cliëntenorganisaties Ieder(in) en LSR, beroepsverenigingen VenVN, NIP/NVO en NVAVG, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, Zorgverzekeraars Nederland, en waarnemers van het Zorginstituut Nederland en VWS. Prof.dr. M.G. Boekholdt is voorzitter van de Stuurgroep.

Met deze brief wil ik u –mede namens de Stuurgroep- kort informeren over de vernieuwing en inhoud van het kwaliteitskader en de vervolgstappen voor landelijke invoering.

Kenmerk
1091331-160966-LZ

Waarom was een vernieuwingslag nodig?

In de gehandicaptensector wordt al enkele jaren met een kwaliteitskader gewerkt. De ervaringen binnen de instellingen hiermee waren niet onverdeeld positief. Zo bleken de bijbehorende meetinstrumenten te weinig in dienst te staan van kwaliteitsverbetering op de werkvloer, waardoor het gebruik als een onnodige last werd ervaren. Ook bleken externe partijen (zoals de cliëntenorganisaties, Inspectie en zorgkantoren) de data slechts beperkt te kunnen gebruiken omdat deze multi-interpretabel waren waardoor vergelijking tussen instellingen niet goed mogelijk was.

Omdat het kwaliteitskader op zich draagvlak had van alle betrokken partijen, is gezamenlijk besloten een deel van de meting te handhaven (Pijler 1) maar tegelijkertijd ruimte te maken voor een andere invulling van het kwaliteitskader om van daaruit naar een nieuwe normering toe te kunnen werken.

Daarnaast waren er ontwikkelingen in de sector die ook vroegen om een wijziging van het kwaliteitskader.

Allereerst de invoering van de Wlz, waarmee er bij zorginstellingen enkele opgaven worden gelegd:

- 1) de zorg moet ondersteunend zijn aan de kwaliteit van leven die de cliënt nastreeft;
- 2) de cliënt krijgt een persoonlijk arrangement dat is afgestemd op eigen behoeften; en
- 3) de zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg en ondersteuning en dient daarover ook transparant te zijn.

Ook is er binnen de instellingen veel nagedacht over en gewerkt aan kwaliteit. Dit komt in de visie en werkwijze (de praktijk) van instellingen tot uitdrukking. Het kwaliteitskader dient hierop aan te sluiten. En, ook in vervolg op de hierboven genoemde ontwikkelingen, is vernieuwing nodig om het 'verbeteren' en 'verantwoorden' meer op elkaar te laten aansluiten.

Deze ontwikkelingen waren voor de Stuurgroep voldoende aanleiding om het kwaliteitskader te herzien.

Vernieuwing kwaliteitskader

De Stuurgroep heeft in het voorjaar van 2015 het initiatief genomen tot vernieuwing van het landelijk kwaliteitskader gehandicaptenzorg. De VGN had hierin een grote initiërende en trekkende rol. Met diverse werkgroepen van vakmensen uit instellingen, beroepsverenigingen, cliëntenorganisaties, inspectie en zorgkantoren is de vernieuwingsrichting nader ingevuld. Het kwaliteitskader regelt op welke wijze elke zorginstelling aan kwaliteitsverbetering werkt en tegelijkertijd tot verantwoording komt over de kwaliteit van zorg. Verder geeft het kwaliteitskader een impuls aan het continue ontwikkelen, leren (van elkaar) en verbeteren. Dit aspect is verweven in alle onderdelen van het kwaliteitskader.

Bouwstenen van het vernieuwde kwaliteitskader

Het vernieuwde kwaliteitskader is opgebouwd uit de volgende bouwstenen:

- 1) kwaliteit van de zorg en veiligheid van de cliënt en het versterken van keuzevrijheid; de dialoog met de cliënt en verwanten staat hierin centraal;
- 2) systematische raadpleging van cliënten naar ervaringen en het benutten van de uitkomsten;
- 3) zelfreflectie in teams en andere organisatorische eenheden over wat goed gaat en wat beter moet.

Het vernieuwde kwaliteitskader sluit wat betreft de onderdelen aan op het oude kwaliteitskader. Wat anders is, is dat de sector met het vernieuwde kwaliteitskader een slag kan maken van *kwaliteit van dienstverlening* naar optimale *kwaliteit van bestaan van de individuele cliënt*.

Kenmerk
1091331-160966-LZ

De dialoog met de cliënt (en diens verwanten of wettelijk vertegenwoordiger) over de invulling van zorg en ondersteuning en de afweging van risico's staat centraal. Door te luisteren naar wensen en behoeften van elke cliënt en deze te vertalen naar dagelijkse activiteiten en handelingen, zal de kwaliteit van bestaan verbeteren.

De reflectie in teams over de relatie en gesprekken tussen cliënt en medewerkers, competenties van medewerkers, samenwerking in het team en het samenspel met verwanten leidt tot diverse inzichten. Inzichten in wat goed gaat en wat beter moet, welke kennis en vaardigheden ontbreken, etc.

Continu verbeteren vereist dat bestuurders zicht hebben op de kwaliteit van zorg en ondersteuning die tot stand komt in de relatie tussen cliënten en medewerkers. Bestuurders moeten zich dan ook ondersteunend en stimulerend opstellen en ruimte geven zodat de zorgrelatie tussen cliënten en medewerkers optimaal kan gedijen. Daarnaast hebben bestuurders de taak om hierover jaarlijks verslag te doen in het kwaliteitsrapport, waarmee ze transparantie leveren over de kwaliteit van hun instelling.

Kwaliteitsrapport

Het kwaliteitsrapport is een belangrijk onderdeel van het vernieuwde kwaliteitskader omdat het de ervaringen van de drie bouwstenen met elkaar kan verbinden. Het rapport moet een samenhangend beeld geven van de kwaliteit van dienstverlening en de kwaliteit van bestaan van mensen met een beperking in de langdurige zorg. Partijen in de gehandicaptenzorg hebben overeenstemming bereikt over de thema's die minimaal in het kwaliteitsrapport aan de orde moeten komen. De bestuurder maakt inzichtelijk hoe het ervoor staat met de kwaliteit van zorg (in de vorm van tellen als vertellen), en welke aandachtspunten voor de komende periode op de voorgrond komen. Het doel van het kwaliteitsrapport is drieledig:

- 1) het inzichtelijk maken van de kwaliteit en de interne verbeteracties. Met steeds beantwoording van de vraag 'waarom doen we dit, wat levert deze actie/verbetering op voor de individuele cliënt?';
- 2) als middel voor interne verantwoording. Onder andere naar Cliëntenraad, Ondernemingsraad en Raad van Toezicht; en
- 3) als middel voor de externe verantwoording naar diverse stakeholders, zoals IGZ en Wlz-uitvoerders; de kwaliteitsrapporten zijn openbaar.

Visitatie

Het is wenselijk dat instellingen hun kwaliteitsrapport en hun aanpak van kwaliteitsverbetering laten toetsen of auditen. Niet om 'af te rekenen' maar juist om –op basis van een externe blik- te leren en verder te ontwikkelen. Het gaat dan niet zozeer om een visitatie door cliënten en medewerkers van andere locaties van de eigen instelling of van collega-instellingen, maar om een visitatie met een blik van externe partijen (personen of organisaties, bijvoorbeeld een lector HBO-opleiding, cliëntenorganisaties, cliënten van andere instellingen, zorgkantoor). Dit kan het risico op kokervisie voorkomen. Deze aanpak past goed bij een beweging waarin zorgorganisaties willen blijven leren en ontwikkelen, transparant willen zijn over kwaliteit in hun instelling en zich daarin toetsbaar willen opstellen. Dit kan door in ieder geval de uitkomsten van de visitatie in het kwaliteitsrapport op te nemen en aan te geven welke verbeterpunten zullen worden aangepakt. De visitatie is een laatste onderdeel van het kwaliteitskader.

Landelijke invoering vernieuwde kwaliteitskader

Medio december 2016 heeft de Stuurgroep ingestemd met het vernieuwde kwaliteitskader en met de landelijke invoering daarvan. Hiertoe dient formeel een tripartiet verzoek van de gezamenlijke cliëntenorganisaties, Zorgverzekeraars Nederland en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland bij het Zorginstituut Nederland ingediend te worden. Eind december 2016 hebben deze drie partijen ingestemd met het vernieuwde kwaliteitskader en de landelijke invoering hiervan. Het *Kerndocument Kwaliteitskader GHZ 2017-2022; Kwaliteitskader gehandicaptenzorg, landelijk kader voor zorg onder de Wlz* is op 15 februari jl. tripartiet als kwaliteitsstandaard bij het Zorginstituut aangeboden. Het Zorginstituut toetst het kader aan de hand van de criteria van het Toetsingskader. Op grond van de uitkomsten van de toets beslist het Zorginstituut vervolgens of het Kwaliteitskader in het Register wordt opgenomen en daardoor voor de gehele gehandicaptensector van toepassing is. De verwachting is dat vanaf juni 2017 het vernieuwde kwaliteitskader van kracht is voor alle instellingen die Wlz-zorg aan mensen met een beperking geven.

Kenmerk
1091331-160966-LZ

In de Stuurgroep zal verder worden gewerkt aan de doorontwikkeling van het kwaliteitskader. De bevindingen uit de evaluatie zullen daarin worden meegenomen. De verbeterpunten en onderwerpen die nog nader moeten worden uitgezocht en uitgewerkt zullen worden opgenomen in de zogenaamde ontwikkelagenda. Publieksinformatie is een van de items die daarop te vinden is. Hoe te komen tot cliëntkeuzeinformatie is een thema dat ook raakvlakken heeft met de kwaliteitsagenda 'Samen werken aan een betere gehandicaptenzorg'. De VGN zal het initiatief nemen om in dat kader met betrokken organisaties verdere stappen te zetten. Uiteraard zal de Stuurgroep daarbij betrokken blijven.

Het kwaliteitskader staat niet op zichzelf maar maakt onderdeel uit van een groter speelveld. Het nationaal programma Gewoon Bijzonder, de kwaliteitsagenda 'Samen werken aan een betere gehandicaptenzorg' en het kwaliteitskader sluiten goed op elkaar aan. Er zijn diverse raakvlakken tussen deze instrumenten. Zoals de versteviging van de positie van cliënten (en verwanten), de dialoog tussen cliënten (en verwanten) en professionals, werken aan professionaliteit van medewerkers, bestuurders die hiervoor ruimte moeten bieden en zich stimulerend en ondersteunend moeten opstellen. Het is zaak dat er tussen deze verschillende trajecten afgestemd en samengewerkt wordt.

Kwaliteitskader gehandicaptenzorg en verpleeghuiszorg

Voor de goede orde wijs ik erop dat het kwaliteitskader gehandicaptenzorg een ander karakter heeft dan het kwaliteitskader voor de verpleeghuiszorg. Dit hangt samen met de wijze waarop ze tot stand zijn gekomen. Het kwaliteitskader voor de verpleeghuiszorg stond op de Meerjarenagenda van het Zorginstituut. Toen betrokken partijen niet voor de afgesproken datum tot een gezamenlijk voorstel wisten te komen, heeft -zoals dat dan gebruikelijk is- het Zorginstituut de regie over genomen en is er in doorzettingsmacht door de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut een kwaliteitskader opgesteld, uiteraard met raadpleging van de relevante partijen. Daarnaast was de CQ-index bevroren en moest er daarmee een nieuwe manier van kwaliteitsinformatie (meetinstrument) opgeleverd worden met het kwaliteitskader. Hiertoe zijn ook normen afgesproken ten behoeve van het landelijk beschikbaar stellen van keuze-informatie, informatie voor toezicht, zorginkoop en vergelijking.

In de gehandicaptenzorg was reeds draagvlak voor het bestaande kwaliteitskader. Partijen hebben dit zelf doorontwikkeld vanuit een intrinsieke motivatie, waarbij gezamenlijk is vastgesteld dat investeren in de dialoog met de cliënt en in leren en verbeteren op dit moment prioriteit heeft. Er is hierin gekozen voor een wijze van verantwoording met kwaliteitsrapportages op landelijk niveau. Wel is afgesproken dat een deel van het bestaande meetinstrumentarium gehandhaafd blijft en dat

parallel aan de implementatie van het nieuwe kwaliteitskader invulling wordt gegeven aan methodieken om vanuit het nieuwe kader te komen tot cliëntkeuze-informatie.

Kenmerk
1091331-160966-LZ

Het is overigens niet zo dat de kaders van beide sectoren hetzelfde zouden moeten zijn. Immers, het is in principe een veldnorm die idealiter door relevante partijen per sector wordt voorgesteld. Wel worden de kaders aan de hand van dezelfde criteria getoetst door het Zorginstituut.

Hoogachtend,

de staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

drs. M.J. van Rijn