



Zorginstituut Nederland

Samen de kwaliteit van langdurige zorg verbeteren

10 februari 2015

Inhoud

1 Samengevat	5
1.1 Goede zorg is als een goede maaltijd: zonder samenwerking kan het niet!	5
2 Inleiding	6
3 De visie uitgewerkt	7
3.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	7
3.2 Deskundigheid van de professional	8
3.3 Kennisontwikkeling en -verspreiding	9
3.4 Informatievergaring voor verschillende doelen	10
3.5 Kwaliteit van bestuur en leiderschap	11
4 Hoe nu verder?	12
4.1 Samen werken aan goede langdurige zorg	12
Bijlagen	
1. Visie op persoonsgerichte zorg, personalised care	13
2. Betrokken partijen bij de visie op langdurige zorg	16
3. Historisch overzicht van de kwaliteitsontwikkeling in de langdurige zorg	17
4. Rollen en activiteiten Zorginstituut Nederland ter bevordering van kwaliteit in de langdurige zorg	23

1. Samengevat

Cliënten, mantelzorgers, zorgaanbieders, gemeenten, verzekeraars, kennisinstituten, inspectie, ministerie en Zorginstituut. We zijn het met elkaar eens dat de langdurige zorg een weg is ingeslagen naar persoonsgerichte zorg of personalised care. Die weg naar persoonsgerichte zorg is al jaren geleden ingeslagen. De deskundigheid van de professional die haar kennis over goede zorg en ondersteuning meebrengt en toepast in de individuele situatie, waarbij de zorg in samenspraak met cliënt en familie/mantelzorgers tot stand komt, is cruciaal voor de kwaliteit van leven van kwetsbare mensen. Ook zijn kwaliteitsstandaarden, een goede infrastructuur en materiële voorzieningen onontbeerlijk, maar uiteindelijk gaat het daarbij om de noodzakelijke randvoorwaarden voor waar het echt om gaat. De kwaliteit van zorg valt of staat uiteindelijk met de kwaliteit van de relatie tussen client, diens omgeving en de professional. De oprechte aandacht voor de waardigheid van de cliënt door de professional is in geen standaard te beschrijven.

We hebben 2014 gebruikt om met elkaar stil te staan bij de vraag hoe die persoonsgerichte zorg er in de toekomst uitziet en wat ervoor nodig is om deze verder invulling te geven.

- Daarbij zijn de volgende kernpunten naar voren gekomen:
- Persoonsgerichte zorg houdt in dat de zorg en ondersteuning passen bij de persoon die de cliënt is. Het sluit aan bij concepten van gezondheid die een levensbrede visie hanteren; levensbreed betekent dat zowel lichamelijke mogelijkheden en beperkingen, geestelijk welzijn en iemands sociale rol betrokken worden om de kwaliteit van leven te bevorderen. Gezamenlijke besluitvorming is een belangrijke voorwaarde om persoonsgerichte zorg te kunnen waarmaken. Persoonsgerichte zorg houdt zich niet aan wettelijke grenzen of beroepsdefinities; immers, een levensbrede visie gaat uit van de persoon als één geheel.
- Deskundigheid van de professional is cruciaal. Om aan te sluiten bij de behoeften van cliënten, is het nodig dat de professional zich kan inleven in de cliënt en kan reflecteren op het eigen gedrag. Daarnaast is continue (bij-) scholing nodig om te zorgen dat de professional interventies op de juiste manier toepast in de individuele situatie. Gezien de toename van complexiteit in de zorg- en ondersteuningsbehoefte zullen meer professionals met een hoger opleidingsniveau nodig zijn.
- Kennis is de basis voor kwaliteitsverbetering. Er is nog onvoldoende kennis over de effectiviteit van interventies in de langdurige zorg en die kennis is nog onvoldoende toegespitst op de verschillende cliëntgroepen. Het is hard nodig dat in de langdurige zorg onderzoek plaatsvindt en dat hier geld voor wordt vrijgemaakt. Dit kan ook practice based onderzoek zijn; verschillende soorten onderzoek kunnen tot passend bewijs leiden. Vervolgens moet die kennis ook beschikbaar komen voor de mensen die in praktijk de zorg en ondersteuning leveren. Daarnaast is het nodig om de indicatoren door te ontwikkelen, zodat relevante informatie over kwaliteit beschikbaar is in een compacte, hanteerbare set.
- Feedback en meten zijn kernelementen voor goede zorg, maar staan op gespannen voet met de behoefte om administratieve lasten te verlichten. Voor cliënten is de informatie om geïnformeerd een keuze te kunnen maken en een volwaardige rol te kunnen spelen in gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) over het zorgplan. Informatie over de inhoud en uitkomsten van zorg is daarnaast relevant voor professionals, zorginstellingen en verzekeraars. Ook is maatschappelijke verantwoording gewenst. Partijen zijn in gesprek over de wijze waarop zijn informatie kunnen verzamelen en delen met begrip voor elkaars legitieme belangen.
- Een goed bestuurder toont leiderschap dat leidt tot goede zorg in een lerende organisatie. Het belang van leiderschap wordt breed gedragen; vanuit diverse partijen zijn al initiatieven gaande om dit verder te stimuleren. Het lerend vermogen van een organisatie kan een goede kritische succesfactor worden voor de kwaliteit van zorg en ondersteuning. In de discussie lijken wel verschillende visies te bestaan, waarbij de één de nadruk legt op de vaardigheden van een bestuurder om al zijn verantwoordelijkheden invulling te geven, terwijl de ander de nadruk legt op visie en voorbeeldgedrag. Uit de gesprekken komt naar voren dat beide onmisbare eigenschappen zijn van goede bestuurders.

1.1 Goede zorg is als een goede maaltijd: zonder samenwerking kan het niet! De ingrediënten voor goede langdurige zorg zijn bekend. Ieder van de betrokken partijen in de langdurige zorg speelt een rol in het vers houden van de ingrediënten en in het samenstellen van het menu. Alleen als alle gerechten van goede kwaliteit zijn en aansluiten bij de smaak van de consument, in een prettige sfeer opgediend worden waar de consument zich prettig voelt, zal de maaltijd een succes zijn. Daartoe is vlekkeloze samenwerking tussen de koks, de gastvrouwen/-heren en de consument noodzakelijk. Voor die uitdaging staan wij met elkaar de komende jaren!

2. Inleiding

In november 2014 bracht de Inspectie voor de Gezondheidszorg een rapport uit over de mondgezondheidszorg in verpleeghuizen. De conclusies van de IGZ liegen er niet om: de mondgezondheidszorg is onvoldoende. Wie in de langdurige zorg werkt, weet dat hier een hele wereld achter zit. Want hoe poets je de tanden van iemand met een verstandelijke beperking, dementie of met een psychische stoornis die niet aangeraakt wil worden? Dan moet je niet alleen in staat zijn om iemands gebit te reinigen, maar ook weten waarom de cliënt niet aangeraakt wil worden en hoe je hiermee om moet gaan. Bij voorkeur wordt een bestendige gedragslijn afgesproken en vastgelegd in het individueel zorgleefplan. Daarnaast is het van belang dat het bestuur van de instelling de professionals ondersteunt en praktisch de gelegenheid biedt om dit soort ingewikkelde zaken multidisciplinair te bespreken en zich te laten scholen.

De laatste jaren heeft het kwaliteitsdenken in de langdurige zorg zich ontwikkeld en dat leidt ertoe dat met iedere cliënt – of diens vertegenwoordiger – afspraken worden gemaakt en vastgelegd in een individueel zorgleefplan, waarbij de professional de deskundigheid inbrengt en de eigenheid van de cliënt voorop staat. Dit is een omslag in het denken over kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven.¹

Toen...
...en nu



Een eigen voordeur en de poes mag mee

Verpleeghuis Lückerheide biedt dementerenden klein- en grootschalig wonen. De directeur verkies klein. Om de cultuur. En wegens het lagere ziekteverzuim.

Door onze redacteur JOKE MAT ZERRAARDE, 7 dec. Meneer Missel en mevrouw Kobben zijn ongeveer even dement. Ze wonen in hetzelfde verpleeghuis Lückerheide in

team van zes vrouwen. Zij schenkt iets te drinken in, en maakt praatjes met de bewoners. Maar ze heeft nog veel meer te doen. Ze maakt de bedden op, kookt het middageten, brengt de was weg, dwelt de vloer, doet de administratie, en spoort weggewandelde bewoners elders in het gebouw op.

Dan Walter Missel (70). Hij woont met dertien anderen op de 'B-kant' van de traditionele afdeling Iris. Op de A-kant, aan dezelfde gang, wonen nog eens veertien mensen. Zijn kamer met verstel-

Om half twaalf helpt hij op z afdeling de tafels te dekken v de lunch. Daarna duurt het n een uur voor het eten klaar is. In hallopen keuken staan de bakb geurloos te stomen: 'Slavink n maal', 'Stampot spinazie n maal'.

Drie medewerkers bekijken f vefoto's op de pc. Ze staan vlak Missel, met hun rug naar hem t Later gaat een van hen even hem zitten met de kruiswoo puzzel uit de krant. 'Rivier in berie', zegt ze. 'Domus', sug

De vraag komt naar voren of het kwaliteitsbeleid dat we in Nederland hanteren, aansluit bij al die ontwikkelingen in het denken over kwaliteit.

Want wat is nu eigenlijk kwaliteit?

En hoe kun je beoordelen of het goed met iemand gaat dankzij de inzet van een zorgprofessional?

Welke initiatieven zijn er al en wat is verder nodig om de kwaliteit in de langdurige zorg verder te verbeteren?

In de afgelopen maanden hebben alle partijen in de langdurige zorg – cliënten, professionals, zorgaanbieders, kennisinstituten, toezichthouders en beleidsmakers – hun visie op dit vraagstuk gegeven.² We vonden veel eensgezindheid in het streven naar persoonsgerichte zorg: zorg die aansluit bij de behoeftes en individuele voorkeuren van de cliënt, geboden door een deskundige professional die kennis van zaken kan vertalen in goede zorg in de individuele situatie. Er is al veel gaande op deze vlakken. We bespraken wat er nodig is om de visie verder in praktijk te brengen.

In deze notitie werken we uit welke prioriteiten uit de gesprekken naar voren zijn gekomen om goede langdurige zorg mogelijk te blijven maken. Op basis van deze notitie zullen verdere afspraken gemaakt worden. De notitie is bedoeld voor allen die betrokken zijn bij de kwaliteit van de langdurige zorg: cliënten(organisaties) en hun mantelzorgers, professionals, zorginstellingen, inkopers van zorg, kennisinstituten, IGZ, Zorginstituut en het Ministerie van VWS. We hopen dat naast deze betrokkenen een breder publiek kennis neemt van deze notitie en zich inzet voor langdurige zorg die inspeelt op de persoon en situatie van de cliënt, nu en in de toekomst.

¹ Het historisch overzicht in bijlage 3 geeft aan hoe het kwaliteitsbeleid in de langdurige zorg zich ontwikkeld heeft en welke resultaten geboekt zijn.

² In bijlage 2 is een overzicht opgenomen van partijen met wie gesproken is.

3. De visie uitgewerkt

Wie nadenkt over een gezond gebit voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening, voor verstandelijk gehandicapten met moeilijk begrepen gedrag, of voor angstige mensen met dementie, begrijpt dat de professional die hen begeleidt, veel moet kunnen: inschatten of iemand zelf zijn gebit kan verzorgen of hier hulp bij nodig heeft, weten waaruit de weigering van (hulp bij) tandenpoetsen voortkomt, de vaardigheid hebben om iemands gebit goed te reinigen, daarbij inspeland op de verschillende persoonlijkheden en de vermogens van de cliënten.

Ieder van u – cliëntenorganisaties, beroepsgroepen, zorgaanbieders, verzekeraars en gemeenten, kennisinstituten, toezichthouders en beleidsmakers - die wij spraken geeft aan zich te herkennen in de eerder beschreven visie op maatwerk in de langdurige zorg. Om dit maatwerk te kunnen bieden, is het nodig om de manier van werken in de langdurige zorg te verbeteren. Onze gesprekspartners legden daarbij in het bijzonder de nadruk op:

- De ontwikkeling richting personalised care of persoonsgerichte zorg;
- De grote rol voor de professional, die op de hoogte is van de bestaande wetenschappelijke kennis en standaarden en deze op maat toepast in de situatie van de cliënt;
- De noodzaak van kennisontwikkeling;
- De spanning tussen verschillende doelen van informatievergaring enerzijds en de behoefte aan administratieve lastenverlichting anderzijds.
- Daarnaast gaven velen aan dat het belang van goed bestuur onderbelicht was in de vorige notitie.

Dankzij de gesprekken met partijen hebben we deze visie verder kunnen invullen. Maatwerk is de kern van de visie op langdurige zorg. In bijlage 1 is het concept persoonsgerichte zorg verder uitgewerkt. De kwaliteit wordt uiteindelijk geleverd in de relatie tussen professional en cliënt. Wij willen graag gezamenlijk werken aan een ontwikkelprogramma aan betere kwaliteit van zorg en ondersteuning.

3.1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

De huidige definitie van de WHO beschrijft gezondheid als “een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet louter het ontbreken van ziekte of gebrek”. Deze definitie is in 1948 opgesteld, kort na de Tweede Wereldoorlog, en was toen baanbrekend. In die tijd was sprake van veel infectieziekten. Door de ontdekking van antibiotica dacht men dat het mogelijk was om alle ziekten de wereld uit te helpen. Er heerste een groot idealisme en vertrouwen in de wetenschap. Deze huidige definitie voldoet echter niet voor mensen met een chronische ziekte of beperking, voor wie het ondanks beperkingen goed mogelijk is om een betekenisvol bestaan te leven. De aandacht zou daarbij meer moeten liggen op het welzijn van de cliënt, niet op het beheersen van een aandoening.

Persoonsgerichte zorg of personalised care is een krachtig middel om bij te dragen aan het welzijn van de cliënt. Bij het invullen van het begrip personalised care kunnen nieuwe concepten van gezondheid, zoals dat van Machteld Huber³ gebruikt worden: “Het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.” Ook concepten als Kwaliteit van Bestaan⁴, zoals in de gehandicaptensector in gebruik is, of Kwaliteit van Leven, gaan uit van een levensbrede visie op zorg en ondersteuning. Deze laatste erkennen expliciet dat het niet iedereen (meer) gegeven is eigen regie te voeren.

Ook begrippen als personalised care en persoonsgerichte zorg worden verschillend geïnterpreteerd en gebruikt. Het gaat er wat ons betreft niet om één concept van gezondheid of welzijn te hanteren, maar vooral de achterliggende gedachte: de professional moet aandacht hebben voor verschillende aspecten in het leven die bepalend zijn voor de kwaliteit zoals de cliënt die ervaart. In de langdurige zorg is persoonsgerichte zorg een – het enige – middel om bij te dragen aan de kwaliteit van leven van kwetsbare mensen. Het impliceert dat een professional inzicht heeft in de levenskwaliteit in de verschillende levens-

³ <http://www.louisbolck.org/nl/voeding-en-gezondheid/onderzoek-integrative-medicine/nieuw-concept-gezondheid>

⁴ Schalock, R. L., Gardner, J. F., & Bradley, V. J. (2007). *Quality of life of persons with intellectual and other developmental disabilities: Applications across individuals, organizations, systems, and communities*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities

domeinen en dat zorgstandaarden hier aandacht aan besteden. Daarbij geldt tevens dat meer aandacht nodig is voor de rol die mantelzorgers en vrijwilligers vervullen. In dit document hanteren we het begrip **persoonsgerichte zorg en ondersteuning**, waarbij het ons erom gaat dat de zorg en ondersteuning op maat gesneden zijn voor ieder individu, de besluitvorming in gezamenlijkheid plaatsvindt en vastgelegd wordt in een individueel zorgleefplan. Alleen zo kan de zorg en ondersteuning bijdragen aan het doel: de cliënt ervaart zijn of haar kwaliteit van leven van leven als goed, of zo goed als mogelijk gegeven de persoonlijke situatie.

Bovenstaande maakt duidelijk dat het begrip ‘zorg’ een nieuwe invulling krijgt. Zorg kan worden geboden in allerlei vormen. In de psychiatrie is bijvoorbeeld bekend dat een van de beste interventies voor verslaafden werk is. Projecten als Individual Placement and Support, waarbij een cliënt begeleid wordt naar werk, geven iemand de structuur, toezicht en waardering die nodig zijn om clean te blijven. Een ander voorbeeld is zorg geboden in de vorm van mantelzorgondersteuning, of casemanagement. Veel activiteiten die recent nog tot ‘zorg’ gerekend werden, vallen nu onder ‘ondersteuning’ of ‘welzijn’.

3.1.1 Wettelijke grenzen mogen goede zorg niet in de weg staan

Goede zorg en ondersteuning en goede kwaliteitsstandaarden stellen de cliënt en diens behoeften centraal. Standaarden zullen onvermijdelijk grenzen van de verschillende wettelijke domeinen overschrijden. Goede standaarden, beschreven vanuit het perspectief van de cliënt, spelen zich af op domeinen die op verschillende manieren gefinancierd worden, zoals Wlz, WMO, ZVW of Jeugdwet of Participatiewet. Velen maken zich zorgen over de gevolgen hiervan: hoe kunnen we ketenzorg realiseren als delen van de keten onder de verantwoordelijkheid van gemeente(n) vallen, delen onder die van verzekeraars en delen onder de verantwoordelijkheid van zorgkantoren, ieder met een eigen werkgebied en beleidskeuzes? Als een kwaliteitsstandaard in het Register van Zorginstituut Nederland komt, is het van belang dat de gehele standaard in praktijk gebracht kan worden. Hier ligt een grote verantwoordelijkheid voor alle partijen. ZIN is met VNG/KING in gesprek over de werking van kwaliteitsstandaarden in de Wmo.

3.2 Deskundigheid van de professional

Aan het handelen van de professional van de toekomst worden andere eisen gesteld, vanwege toeneemende vergrijzing (ook bij mensen met een psychische stoornis en verstandelijke beperking, hetgeen tot nieuwe zorgvragen leidt), minder professionals om de zorg te leveren, meer multimorbiditeit, meer ‘oude’ ouderen, andere gezinssamenstellingen (meer alleenstaanden) en veranderende context (wetgeving, financiering). In het rapport van de IGZ over de kwaliteit van de ouderenzorg⁵ wordt geconcludeerd dat de deskundigheid van medewerkers nu ernstig tekortschiet.

De professional van de toekomst heeft⁶:

- Kennis over de doelgroep waartoe de cliënt behoort en/of de aandoening die de cliënt heeft;
- Kennis over gedrag van cliënten om in te schatten in hoeverre de cliënt zelf kan (mee-)beslissen over de te leveren ondersteuning en zorg;
- Het vermogen zich in te leven in de cliënt;
- Vaardigheden om gezamenlijk met de cliënt en/of diens mantelzorger te komen tot besluitvorming over de gewenste zorg en ondersteuning
- Communicatieve vaardigheden (luisteren, samenvatten, doorvragen);
 - beschrijft dat er behoefte is aan een reflectieve practitioner: een verpleegkundige die haar vakliteratuur bijhoudt en in staat is deze te beoordelen en toe te passen in individuele cliëntsituaties, in overleg met de cliënt en met collega's uit zorg en welzijn; een verpleegkundige die ook in staat is praktijkonderzoek te doen en zo bij te dragen aan kennisontwikkeling.
 - Kennis mbt preventie en leefstijl;
 - Vaardigheden om praktijkonderzoek te doen;

Er zijn ongeveer 50 lectoraten in de HBO-sector die zich richten op de gezondheidszorg en daarmee professionals trainen in kennisontwikkeling in praktijkgericht onderzoek.

⁵ IGZ, *Verbetering van kwaliteit ouderenzorg gaat langzaam*, juni 2014.

⁶ Mede gebaseerd op het rapport van de Vereniging Hogescholen, *Voortrekkers in verandering*, maart 2013

Met de verschuiving van taken naar het welzijnsdomein naderen de werkgebieden van zorgprofessionals en die van sociaal werkers elkaar. De Gezondheidsraad gaat in zijn recente rapport⁷ vooral in op de kennis van sociaal werkers die verder ontwikkeld moet worden. Daarvoor is een goed functionerend kennis-systeem en een sterkere beroepsinfrastructuur nodig. De Vereniging Hogescholen heeft een verkenning laten uitvoeren naar de hogere sociale studies (sociaal agogisch onderwijs)⁸. De kern van het rapport is dat een hoog kennisniveau en een reflectieve houding het mogelijk maken voor de professional om vanuit het perspectief van de cliënt en diens omgeving te werken.

- De externe commissie pleit voor een apart opleidingsprofiel voor sociaal werk in de langdurige zorg, nu steeds meer ondersteuning in het gemeentelijk domein komt te vallen en zich op het snijvlak van de klassieke zorg en welzijn bevindt.
- De externe commissie pleit ervoor dat lectoraten, kenniskringen en werkveld hun samenwerking versterken ten behoeve van kennisontwikkeling en –verspreiding.

Gezien de toename van complexiteit in de zorg- en ondersteuningsbehoefte zullen meer professionals met een hoger opleidingsniveau nodig zijn. Tegelijkertijd moet blijvend aandacht zijn voor de permanente ontwikkeling van vaardigheden van alle professionals en voor implementatie van kennis en goede praktijken op de werkvloer op een manier die past bij het kennis- en vaardighedenniveau van de professional.

Sommigen zien hierin een belangrijke rol weggelegd voor de beroepsverenigingen om de beroepsgroep voor te bereiden op hun veranderende rol. Anderen leggen het accent op opleidingen, omdat ze de beroepsvereniging vooral zien als belangenbehartiger of kennisinstituut voor de beroepsgroep. Bestuurders van zorgorganisaties hebben een grote verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van hun medewerkers –zowel voor de inhoudelijke kennis en vaardigheden als de houding van hun mensen.

Bij het Zorginstituut houdt de commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen zich bezig met de beroepsstructuur die past bij de toekomstige behoefte aan zorg.

Een bijzondere positie hebben ervaringsdeskundigen. Als eerste ingevoerd in de psychiatrie, worden nu ook steeds meer ervaringsdeskundigen in andere zorggebieden opgeleid en ingezet. Zij kunnen een schakelrol vervullen in het totstandbrengen van de verbinding tussen cliënt en (andere) professionals.

3.3 Kennisontwikkeling en -verspreiding

Kennisontwikkeling is een van de belangrijkste aandachtsgebieden voor de langdurige zorg. Van veel interventies in de langdurige zorg is niet bekend of deze effectief zijn voor de doelgroep waarbij ze worden toegepast. Er is behoefte aan onderzoek naar de effectiviteit van interventies, het opnemen van effectieve interventies in standaarden en een betere verspreiding en implementatie van de (kennis in) de standaarden. Ook is van verschillende doelgroepen nog weinig bekend over de aard en gevolgen van hun beperkingen en vervolgens over de manier waarop zij begeleid of verzorgd kunnen worden. Als we willen dat de professional echt meerwaarde heeft voor het leveren van persoonsgerichte zorg, is deze kennis onontbeerlijk en moet de professional weten hoe de kennis toe te passen. Op al deze drie gebieden is nog veel te doen in de langdurige zorg. De door de cliënt zelf ervaren kwaliteit is daarbij vanzelfsprekend van groot belang.

Een aantal partijen is al actief op het gebied van kennisontwikkeling en –implementatie, waarbij het Zorginstituut een rol heeft in het agenderen van thema's voor kennisontwikkeling en in het ondersteunen van de ontwikkeling van eenduidige definities. Echter, het ontwikkelen en toepassen van kennis wordt onvoldoende gefaciliteerd in de praktijk. Waar in de cure een financiële infrastructuur bestaat voor deze activiteiten, bevatten de tarieven in de care niet of nauwelijks ruimte voor het ontwikkelen, implementeren en verspreiden van kennis. Zo'n infrastructuur moet er wel komen. Desondanks zijn diverse kennis-netwerken van universiteiten, hogescholen en zorginstellingen ontstaan waarin onderzoek plaatsvindt ten behoeve van kennisontwikkeling, -implementatie en –verspreiding. In gesprek met vertegenwoordigers van deze netwerken en het Zorginstituut is het initiatief tot stand gekomen om de banden met uni-

⁷ Gezondheidsraad, *Sociaal werk op solide basis*, 15 september 2014

⁸ Vereniging Hogescholen, *Meer van Waarde*, april 2014

versiteiten, hogescholen en opleidingen te versterken en te overleggen over een gezamenlijke strategie voor kennisontwikkeling en - implementatie.

Waar het gaat om implementatie van kwaliteitsstandaarden zijn enkele pilots van start gegaan. Zorginstituut vervult daarbij een verbindende rol in het bij elkaar brengen van partijen, het monitoren van het proces en het verspreiden van opgedane kennis en ervaringen.

Voor de samenstelling van een weloverwogen pakket aan langdurige zorg is kennisontwikkeling van groot belang. Voordat een interventie in aanmerking komt voor opname in het verzekerde pakket, moet hiervan bewezen zijn dat deze effectief is. Op dit moment worden daarbij echter vooral criteria voor effectiviteit gehanteerd die geschikt zijn voor curatieve interventies, maar niet passen bij de aard van een interventie in de langdurige zorg. Practice based kennis over de effectiviteit van interventies kan een goede bijdrage leveren aan kwaliteitsverbetering, maar wordt op dit moment nog onvoldoende erkend. Zorginstituut Nederland investeert daarom in een eigen gradatie van bewijslast voor de langdurige zorg. Dit project, met de titel 'Passend bewijs', zal partijen die onderzoek doen, helderheid geven over de status van de uitkomsten.

Ook moeten Good Practices (zie ook bijlage 4, Activiteiten Zorginstituut Nederland ter bevordering van kwaliteit in de langdurige zorg) en kennis uit praktijkonderzoek beter hun weg naar de werkvloer vinden. Hierbij dient zich overigens een paradox aan: iedereen vindt dat kennis verspreid en overgenomen moet worden. Het lijkt er echter op dat professionals pas bereid zijn om een nieuwe werkwijze te adopteren, als zij deze zelf hebben bedacht of tenminste uitprobeerde. De breed gedragen conclusie is echter dat kennisverspreiding noodzakelijk is.

3.4 Informatie verzamelen voor verschillende doelen

Een technisch uitstekend uitgevoerde mondverzorging zal geen hoge tevredenheidsscore krijgen, wanneer de zorgverlener niet adequaat is ingesprongen op de angsten van de cliënt. In de afgelopen jaren is veel ervaring opgedaan met het meten van proces-, structuur en uitkomstindicatoren. Er is in de loop van de tijd een beweging gemaakt naar aandacht voor kwaliteit van bestaan/leven, als belangrijke aanvulling op de 'hardere' elementen uit de kwaliteit van zorg. Het is dringend noodzakelijk de instrumenten in beeld te hebben waarmee de kwaliteit van bestaan inzichtelijk kan worden gemaakt. Die kunnen deel uitmaken van het beantwoorden van de vraag hoe het met de geboden kwaliteit van een aanbieder gesteld is. Hiervoor zijn in de afgelopen jaren meetinstrumenten ontwikkeld, die nog maar beperkt in de praktijk worden toegepast. Daardoor zijn nog geen vergelijkende gegevens beschikbaar. Deze zouden er op korte termijn moeten komen.

Bij het meten spelen verschillende belangen. De kunst van het meten draait om de vereniging van verschillende gerechtvaardigde belangen:

Cliënten

Voor cliënten en hun zaakwaarnemers houdt dat in dat zij de uitkomsten van kwaliteitsmetingen begrijpen en dat deze uitkomsten voor hen relevant zijn in het maken van een keuze voor een zorg/ondersteuningsaanbod, zorgverlener of instelling en het aangaan van het gesprek met de zorgverlener met als doel de zorg en de kwaliteit van bestaan te verbeteren. Binnen het ZonMw programma Kwaliteit van Zorg gaat het Zorginstituut onderzoek uitzetten naar de vraag of en zo ja, hoe cliënten in de langdurige zorg kiezen en welke informatie zij daarvoor nodig hebben. Zo kan gezamenlijke besluitvorming zich verder ontwikkelen.

Professionals en zorginstellingen

Voor professionals en zorginstellingen is verbeterinformatie van belang om het eigen functioneren te evalueren en waar nodig te verbeteren. Wanneer instellingen deze informatie verzamelen, is het van belang dat zij hun medewerkers ondersteunen bij het begrijpen van de feedbackinformatie en het werken hiervan. Het stimuleren van professionals en besturen om gezamenlijk een lerende organisatie te vormen is cruciaal voor het daadwerkelijk verbeteren van de zorg en ondersteuning in de praktijk.

Verzekeraars

Verzekeraars hebben de wettelijke plicht om kwalitatief goede zorg in te kopen. Zij hebben informatie nodig om te kunnen toetsen wat de geleverde kwaliteit van de zorg is.

Het doel waarvoor het meetinstrument is ontwikkeld, bepaalt de manier waarop van de gemeten gegevens gebruik mag worden gemaakt. Waar in de voorbije jaren is geïnvesteerd in verbeterinformatie op instellingsniveau (zoals de CQ-index), richten partijen zich nu meer op verbeterinformatie op cliënt- en teamniveau. Het is van belang om de verschillende doelen van informatieverzameling te allen tijde te blijven overzien en de werkwijze hierop aan te passen. Zorginstituut Nederland maakt zich hier hard voor.

Uit de gesprekken komt naar voren dat sommigen vinden dat je voor ieder doel apart moet meten en de administratieve lasten op de koop toe moet nemen. Anderen vinden dat er nog te weinig betrouwbare informatie is om voor externe doeleinden te gebruiken. De cijfers op zich zijn meestal onvoldoende om op af te rekenen; ze kunnen wel een basis zijn om het gesprek over aan te gaan. Het wordt al beter als je langjarige cijfers ziet, waardoor je kunt zien of een instelling zich verbetert. Enkelen wijzen nog op de schijnbare paradox van personalised care en het inzichtelijk maken van praktijkvariatie – maatwerk leidt toch onvermijdelijk tot verschillen? Anderen brengen daar tegenin dat ook hiervoor geldt dat het gesprek hierover inzicht biedt: komen de verschillen voort uit de verschillen tussen cliënten of komt het door verschillen in werkwijze, andere kwaliteit?

Kortom, het pleit hierover is nog niet beslecht. Er is echter duidelijk ontwikkeling in de discussie: verschillende initiatieven zijn gaande om een middenweg te vinden die voor alle partijen acceptabel is. Zo hebben de GGZ-partijen zich verenigd in het bestuur van de Stichting Benchmark GGZ en denken na over het gebruik van benchmarkgegevens voor andere doelen; de partijen in de gehandicaptenzorg lopen voorop met hun kwaliteitskader en de partijen in de VVT zitten samen om tafel om hun wensen samen te brengen tot een hernieuwd verantwoordingsinstrumentarium.

Het Zorginstituut is in gesprek met partijen om dit bewustzijn van de verschillende doelen te vergroten om onevenredige druk op externe verantwoording of het verkeerd gebruik van uitkomstgegevens tegen te gaan. Het is van belang dat de indicatoren voor interne feedback en externe verantwoording doorontwikkeld worden tot een compacte set relevante indicatoren die nuttig zijn voor de praktijk van zorg en ondersteuning met minimale administratieve lasten verzameld kunnen worden.

3.5 Kwaliteit van bestuur en leiderschap

Kwaliteit van bestuur is van belang wanneer het gaat over kwaliteit van zorg. De manier waarop een organisatie bestuurd wordt heeft invloed op het leervermogen van de organisatie. In vrijwel alle gesprekken kwam het onderwerp als vanzelf aan de orde:

- “Een bestuur moet zorgen dat medewerkers regelmatig scholing krijgen.”
- “Het bestuur moet zorgen dat er tijd is voor medewerkers om met elkaar te praten over lastige situaties en te reflecteren op hun eigen rol daarin.”
- “Als het bestuur het goede voorbeeld niet geeft, hoe kun je dan van medewerkers verwachten dat zij goed omgaan met een klacht?”

Een bestuurder die medewerkers in staat stelt te experimenteren en daarop te reflecteren, werkt actief aan het verbetervermogen van een organisatie. Ook benadrukken velen dat het belangrijk is dat een bestuurder weet wat er in de praktijk gebeurt - door regelmatig contact met cliënten, familie, vrijwilligers en professionals – en deze kennis toepast in zijn beleid. Het lerend vermogen van een organisatie kan een goede kritische succesfactor worden voor de kwaliteit van zorg en ondersteuning.

VWS pakt het onderwerp bestuur op in de Kwaliteitsbrief⁹; het is één van de vijf speerpunten voor verbetering van de zorg. Governance is ook een speerpunt van de IGZ. Bestuurlijke wisselingen of onrust vormen een risico voor de kwaliteit van zorg en moet als zodanig aan de IGZ gemeld worden. Koepels zoals Actiz (Vernieuwd Kwaliteitsbewustzijn) en VGN richten zich op dit moment op (bestuurders van) instellingen en concentreren zich in hun kwaliteitsstandaarden op dit niveau. Verder onderzoekt een promovenda op dit moment hoe een goede werkomgeving voor excellente zorg in ziekenhuizen, GGZ en ouderenzorg (en misschien gehandicapten) gecreëerd kan worden. De resultaten krijgen mogelijk een plek in de Kwaliteitsbibliotheek of kunnen misschien erkend worden als Good Practice.

9 VWS, Kwaliteit in verzorgings- en verpleeghuizen, Kamerbrief nr. 378129-121410-LZ juni 2014.

4 Hoe nu verder?

4.1 Samen werken aan goede langdurige zorg

Tijdens de gesprekken die wij voerden over kwaliteit in de langdurige zorg bleek een breed gedragen visie te zijn op het verder verbeteren van de langdurige zorg, waarin persoonsgerichte zorg, deskundige professionals, kennisontwikkeling en – verspreiding en goed bestuur de elementen zijn die een grote impuls kunnen geven. De visie op persoonsgerichte zorg of personalised care op zich is niet nieuw. Alle partijen hebben al diverse activiteiten lopen om de visie werkelijkheid te maken. Een indrukwekkend overzicht van wat allemaal is gerealiseerd in de loop der jaren, is opgenomen in bijlage 3. Wel is het noodzakelijk om met elkaar helderheid te creëren over de rollen en de verwachtingen die we van elkaar kunnen, willen koesteren.

Velen gaven aan dat het concept visiedocument en de gesprekken hen meer helderheid hebben verschaft over de rollen van het nieuw opgerichte Zorginstituut. In bijlage 4 is een overzicht opgenomen van de activiteiten die het Zorginstituut op dit moment verricht op het gebied van de langdurige zorg. Ook beschrijven we daar welke rol onze gesprekspartners zagen voor het Zorginstituut. Daarin komen verbinden, kennisontwikkelen en legitimeren als prominente rollen naar voren. Deze pakken we graag op.

Als we het met elkaar eens zijn over de prioriteiten voor verbetering van de langdurige zorg, kunnen we beginnen! Of eigenlijk: verder werken op de ingeslagen weg. We zien deze notitie als een begin van een (her)nieuw(d)e samenwerking, ieder vanuit zijn eigen rol en perspectief. Daarbij houden wij altijd voor ogen dat we al ons werk doen voor goede langdurige zorg, nu en in de toekomst.



Bijlage 1: Visie op persoonsgerichte zorg, personalised care

Wat is personalised care?

Wat goede zorg en ondersteuning is, is niet voor iedereen en op elk moment hetzelfde. De ondersteuningsbehoefte van bijvoorbeeld een cliënt met een groot netwerk aan mantelzorgers is een andere dan die van een alleenstaande eenzame oudere. In de ondersteuningsbehoefte van een cliënt in een gemeente met goed openbaar vervoer en een ruim aanbod aan algemene voorzieningen wordt anders voorzien dan in die van eenzelfde cliënt in een krimpgemeente op het platteland. Het is dus geen kwestie van de zorg per cliënt standaardiseren, maar de wijze waarop, de afwegingen op basis waarvan en de route waarlangs we komen tot passende individuele oplossingen. Persoonlijke zorg en maatwerk is de standaard.

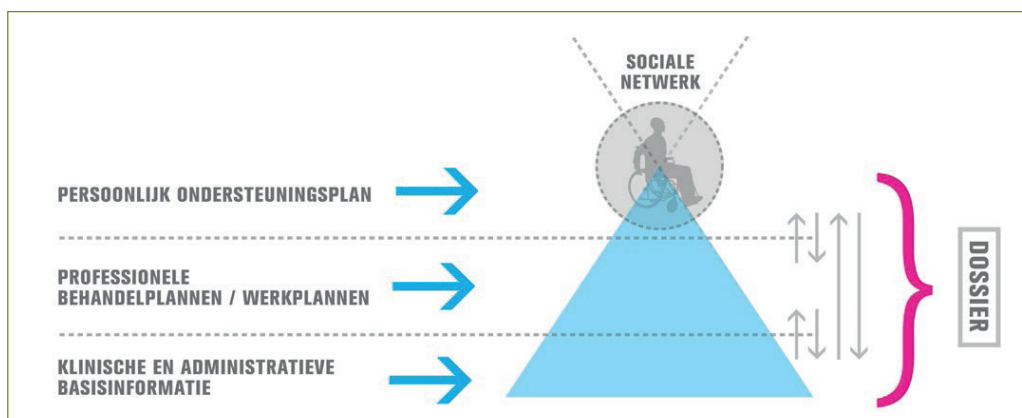
Al in de jaren '70 werd dit in praktijk gebracht met behulp van bijvoorbeeld de vragenlijst Beoordeling Oudere Patiënten (BOP), waarin op gestructureerde wijze gekeken wordt naar diverse gedragskenmerken van de cliënt. Op dit moment wordt Dementia Care Mapping toegepast als methodiek om meer inzicht te krijgen in de beleving van de cliënt, om de effecten van gedrag van professionals op die cliënt te observeren en vervolgens hierop interventies in te richten. Ook zijn er Quality of Life schalen die onderzoeken welke levensdomeinen belangrijk zijn voor een persoon, of individuele zorgbehoeften te verhelderen.

Zorg is een onderdeel van de brede keten rondom de cliënt, van maatschappelijke ondersteuning en dienstverlening, mantelzorg, vervoer, wonen, werken en onderwijs. Het maatwerk in de zorg richt zich er dan ook op om, binnen de individuele context van de cliënt, een optimaal effect op de kwaliteit van bestaan te bewerkstelligen. Een voorbeeld hiervan is de handreiking voor het opstellen van ondersteuningsplannen in de gehandicaptenzorg.

Voorbeeld uit de Handreiking Ondersteuningsplannen 2013, Kennisplein gehandicaptensector, p.9 en 16

Ondersteuningsbehoeften en risico's in beeld brengen

Uit de informatie over 'beperkingen' en 'mogelijkheden' vloeit niet direct voort welke en hoeveel ondersteuning iemand in zijn/haar leven nodig heeft. Daarvoor is kennis van de ondersteuningsbehoeften nodig. Deze kennis komt in de eerste plaats van de cliënt zelf. Hiervoor vindt een gesprek plaats met de cliënt en/of zijn netwerk, om de wensen, interesses, voorkeuren en ambities in kaart te brengen. Dit gebeurt voor verschillende levensgebieden zoals wonen, leren en ontwikkeling, participatie in de samenleving, gezondheid, werk, belangenbehartiging en sociale relaties. Zo ontstaat een perspectief op de toekomst en een beeld van welke ondersteuning nodig is om dat perspectief dichterbij te brengen. Door deze dialoog ontstaat een beeld van de ondersteuningsbehoeften vanuit cliëntperspectief.



Ook binnen de curatieve zorg neemt men steeds vaker het perspectief van de patiënt als uitgangspunt voor de zorg. Zo zijn er projecten als Menslievende zorg in ziekenhuizen, het Keurmerk Seniorvriendelijke ziekenhuizen en evaluatiemethoden gericht op herstel van gewoon leven in revalidatiecentra. In dit opzicht kan de curatieve zorgsector leren van de ervaringen die de langdurige zorg daarmee heeft opgedaan. Bij de klinische richtlijnen kent de curatieve zorg al langer de uitdaging om de aanbevelingen die gebaseerd zijn op een groep patiënten te vertalen naar het individu met zijn eigen persoonskenmerken, voorkeuren en wensen. Door de toename van chronische aandoeningen en multimorbiditeit is deze uitdaging alleen maar urgenter geworden.

Aspecten als houding ten opzichte van de cliënt, de bejegening en de aandacht voor de cliënt zijn medebepalend voor de kwaliteit van de zorgrelatie tussen professional en cliënt en daarmee voor de kwaliteit van de zorg en ondersteuning in de langdurige zorg. Het is moeilijk om een goede manier te vinden om de kwaliteit van deze zorgrelatie tussen professional en cliënt structureel in beeld te brengen en de effecten van het gedrag van de professional op de ervaren kwaliteit van bestaan van de cliënt te evalueren. In onderzoek vindt dit al wel plaats. Daarnaast zijn o.a. de volgende initiatieven gaande:

- In de gehandicaptenzorg wordt, binnen het kwaliteitskader gehandicaptenzorg, onderzocht hoe deze relatie inzichtelijk gemaakt kan worden.
- In de geestelijke gezondheidszorg wordt onderzoek gedaan naar de effecten van het gedrag van de verpleegkundige op de cliënt.
- Binnen de VVT voert Actiz een verkennend traject uit 'Vernieuwd kwaliteitsbewustzijn'.

Kwaliteitsstandaarden als basis voor maatwerk

Er bestaan in de langdurige zorg tal van algemene kwaliteitsstandaarden en algemene kwaliteitsindicatoren, net zoals die er ook zijn voor ziekenhuizen en andere instellingen. Vooral huisartsen en medisch specialisten werken daarnaast ook met vakinhoudelijke, klinische richtlijnen, die beschrijven wat goede zorg is voor een groep patiënten met een bepaalde aandoening. Ook in de langdurige zorg is het goed mogelijk te beschrijven wat goede zorg is en zo bij te dragen aan 'kwaliteit van leven' of 'kwaliteit van bestaan'. De standaard wordt dan vertaald in zgn. zorgprogramma's.

Ten behoeve van de langdurige zorg bestaan al internationale standaarden die door de langdurige zorg in Nederland omarmd zijn of die rechtsgeldig zijn in Nederland. Een voorbeeld van het eerste is het ICF-model van de WHO en een voorbeeld van het tweede is het VN Verdrag voor de rechten van personen met een handicap. Het Zorginstituut handelt naar de geest van dit verdrag dat aanknopingspunten biedt die ook breder –bijvoorbeeld in de ouderenzorg- toepasbaar zijn.

Maatwerk in de zorg, binnen de individuele context van de cliënt, om een optimaal effect op de kwaliteit van bestaan te bewerkstelligen, wordt de standaard.. Kwaliteitsstandaarden beschrijven welke stappen in het zorgproces in ieder geval gezet moeten worden, welke onderwerpen aan de orde moeten komen en welke partijen daarbij betrokken moeten worden. De zorgstandaard dementie is daar een goed voorbeeld van, zie onderstaand kader.

De zorgstandaard dementie is een goed voorbeeld van maatwerk.

De standaard wordt uitgewerkt in regionale programma's, waarin de betrokken partijen met elkaar afspreken hoe zij invulling geven aan de zorgstandaard - wie op welk moment wordt betrokken en hoe. De zorgaanbieder vertaalt de zorgstandaard voor zichzelf: hoe organiseer ik de zorg en mijn contacten met de betrokken partijen om mijn verantwoordelijkheid voor goede zorg bij dementie invulling te geven. Bijvoorbeeld door op het formulier dat medewerkers bij het intakegesprek gebruiken, vragen op te nemen over de sociale omgeving van de cliënt en diens voorkeuren mbt de woonsituatie. De cliënt en de zorgverlener geven vervolgens hun eigen invulling aan het gesprek. De zorgverlener schat in welk onderwerp hij wanneer en op welke manier ter sprake brengt of eventueel niet van toepassing vindt. Het ter sprake brengen van de wensen met betrekking tot reanimatie is een voorbeeld van het laatste. Hierbij zijn de sociale voelsprietten vooral van belang.

Een voorbeeld van hoe dit in de regio Haaglanden is uitgewerkt, treft u aan in onderstaand kader.

Relatie tussen de Landelijke Zorgstandaard, het Regionale Zorgprogramma en een individueel zorgplan

De Landelijke Zorgstandaard geeft een beschrijving van het complete zorgcontinuüm: van preventie en vroegtijdige signalering tot diagnostiek, casemanagement, behandeling, begeleiding en steun en het leveren van zorg en diensten. Het is een functionele beschrijving, dat wil zeggen dat het gaat om welke zorg geboden moet worden, wanneer en op welke wijze. In het Regionale Zorgprogramma wordt beschreven hoe de uitvoering, samenwerking en financiering in de regio plaatsvindt. Het cliëntsysteem bepaalt samen met de hulpverlener welke onderdelen van het Zorgprogramma in het zorgplan worden opgenomen. Zo krijgt ieder cliëntsysteem zorg die aansluit op de persoonlijke situatie.

Uit: Regionaal Zorgprogramma Dementie Haaglanden

Het maatwerk krijgt uiteindelijk vorm in de individuele cliëntsituatie, waarin de professional in gesprek met cliënt en diens mantelzorgers het individueel zorgplan opstelt. De zorgverlener kan dit gesprek voeren, want zij/hij is geschoold in het voeren van dit soort gesprekken en weet veel over de kenmerken van de doelgroep van de cliënt, zodat ze snel de juiste toon vindt. In de opleiding van medewerkers is dan ook veel aandacht nodig voor bejegening en kennis over de benaderingswijze van mensen met een bepaalde problematiek. Ook vergt het vaardigheden van burgers om een actieve rol te spelen in de besluitvorming, juist wanneer sprake is van zorgafhankelijkheid.

Bijlage 2. Betrokken partijen bij de visie op langdurige zorg

Organisaties, in alfabetische volgorde

Achmea
Actiz
Adviescommissie Kwaliteit ZIN
Amerpoort
Bijzondere Banen
BTN
CCE
CSO
Expertisecentrum verstandelijk beperkt
GGZ Nederland
Ieder/in (voorheen CG-raad/Platform VG)
IGZ
Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg
KING
LOC
LPGGZ
LSR
Mediquest
MEE
Movisie
Nederlands kenniscentrum ouderenpsychiatrie
NIP/NVO
NPCF
NVAVG
Platform Meer GGZ
RIBW Alliantie
SBGGZ
SKGGZ
Stichting Philadelphia Zorg
Stichting presentie
Trimbos
V&VN
Vereniging Hogescholen
Verenso
VGN
Vilans
VNG
VWS
Wetenschappelijke adviesraad ZIN
ZonMw
Zorgbelang Nederland
Zorginstituut Nederland
Zorgverzekeraars Nederland

Bijlage 3. Historisch overzicht van de kwaliteitsontwikkeling in de langdurige zorg

Relevante wetten

- Kwaliteitswet Zorginstellingen
- Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG)
- Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector
- Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (tot 2014)
- Wet cliëntenrechten zorg (vanaf 2014)
- Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet Bopz)
- Wet Toelating Zorginstellingen
- Geneesmiddelenwet
- Wet geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO)
- Wet Zorg en Dwang (in voorbereiding)
- Wet verplichte GGZ (in voorbereiding)
- Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) (tot 2015)
- Wet Langdurige Zorg (vanaf 2015)
- Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015
- Jeugdwet

Jaar	Onderwerp	Sector
Jaren '80	KWALDO-projecten: eerste projecten om kwaliteit te meten en te vergelijken tussen instellingen	GHZ
1980	Eerste hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde; inmiddels zijn hoogleraren benoemd in diverse universitaire centra.	V&V
1986	Eerste hoogleraar verplegingswetenschappen	V&V
1988	Substitutieregeling verpleeghuis-zorg (zwevende bedden) ZFR. Verpleeghuiszorg thuis mogelijk.	VV&T
1988	Start Centrum voor consultatie en Expertise, Jolanda Venema	VG
1989	Eerste kleinschalige woonvorm voor mensen met dementie (sociowoningen Dapperbuurt)	V&V
1989/1990	Start eerste vervolgopleiding tot verpleeghuisarts, Amsterdam en erkenning discipline verpleeghuisgeneeskunde	V&V
1993	Eerste ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun mantelzorgers, gefinancierd vanuit de AWBZ en gemeentegeld. Het samenwerkingsprotocol per regio rond de – bewezen effectieve - ontmoetingscentra regelde daarmee de eerste samenwerking op de grens van zorg en welzijn	VV&T
1993	Wet BIG. Verplichting voor beroepsbeoefenaren zich te laten registreren en aan bepaalde eisen te voldoen om geregistreerd te blijven. Art. 3 en art. 34 beroepen moeten voldoen aan de normen van verantwoorde zorg. Eigen verantwoordelijkheid t.a.v. voorheen 'voorbehouden handelingen' (katheterisatie, injecties, puncties, infusie).	Alle
1994	WGBO (Wet geneeskundige behandelovereenkomst). Regelt oa. informed consent en dossiervorming	Alle
1994	kwaliteitssysteem MIK-V (Model Intern Kwaliteitssysteem voor Verpleeghuizen), gebaseerd op de cirkel van Deming. NIVEL deed in 2000 onderzoek naar het gebruik van het MIK-V model: 93% van de verpleeghuizen hanteerde MIK-V en 40% hiervan wilde daarvoor certificering.	VV&T
1994	HACCP regels voor voedsel-veiligheid en bereiding van voedsel	Alle
1994	HKZ, Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. Opgericht op initiatief van de brancheorganisaties van patiënten/ consumenten, zorg-aanbieders en zorgverzekeraars. (Leidschendamconferentie 1990, gezamenlijk vastgestelde noodzaak samenhangend kwaliteitsbeleid en kwaliteitsborging in de zorg).	Alle
1995	Eerste richtlijn/standaard NVAVG: Diagnostiek en behandeling van slechthorendheid bij verstandelijk gehandicapten.	Gehandicaptenzorg

Jaar	Onderwerp	Sector
1995	Start PGB, persoonsgebonden budget. Zorg kan op maat georganiseerd worden door de verzekerde zelf.	Alle
1995	Start Universitaire Verpleeghuis Netwerk (UVN), Amsterdam. Vanaf 2006 UNO-VUmc. Inmiddels zijn rond alle academische ziekenhuizen kennisnetwerken actief.	V&V
1996	Kwaliteitswet zorginstellingen. Zorginstellingen zijn verplicht zorg van goede kwaliteit te leveren: kwaliteit bewaken, beheersen en verbeteren; 4 kwaliteits-eisen: verantwoorde zorg, op kwaliteit gericht beleid, opzetten kwaliteits-systeem en het maken van een jaarverslag.	Overheid, alle
Rond 1996	Eerste verbeterprogramma NWO gehandicaptenzorg	Gehandicaptenzorg
Rond 1996	Zorgvernieuwingsprojecten GGZ: zorg aan huis	GGZ
V.a. 1996	E-health ontwikkeling	
1998	Verenso Handreiking ziekte/zorg/diagnostiek dementie	V&V
1999-2003	Zorg op Maat regeling ZFR: mogelijkheid zorg op andere dan de gebruikelijke manier te bieden.	
2000	Kickprotocollen Vilans: databank met voorbehouden risicovolle en overige handelingen. Ism. praktijk ontwikkeld.	Alle
2000	Start Geriant. Nieuwe aanpak met diagnostiek-, onderzoek- en casemanagement-teams (DOC-teams) zodat mensen thuis kunnen blijven wonen.	VV&T
Rond 2000	Start Stuurgroep Kwaliteitskader verantwoorde zorg VV&T	VV&T
2001	Richtlijn bipolaire stoornissen	GGZ
2001	ICF model: International Classification of Functioning, Disability and Health. Goedkeuring door 54e World Health Assembly voor internationaal gebruik. Onderdeel, naast oa. de ICD-10, van de WHO Internationale Classificatie (WHO-FIC).	Alle
1ste helft 2000 2004/2005	Bronzen keurmerk. Initiatief Achmea voor verpleeg- en verzorgingshuizen en ontwikkeld ism Perspekt, LOC; bestaat uit kwaliteitstoets en cliëntenmeting (Alles naar wens?). PREZO keurmerk gaat dit meer en meer vervangen. zilveren en gouden keurmerk VV&T	VV&T
2001	Eerste richtlijn VERENSO : slikproblemen	VV&T
2001	Multidisciplinaire richtlijn Voeding en Vocht	VV&T
2001	Oprichting Landelijk Kennisnetwerk Gehandicaptenzorg, nu Kennisplein Gehandicaptenzorg. Doel: verspreiden van kennis, verbinden.	Gehandicaptenzorg
2001	Programma GeestKracht. Doel: achterstand in kennis en onderzoek op het gebied van de GGZ weg werken, gericht op onderzoeks-infrastructuur, praktijkzorg-projecten en opleiding van onderzoekers in de GGZ.	GGZ
2001	IGZ: Ontwikkeling 10 alarmbellen verantwoorde zorg: 10 indicatoren voor de ondergrens van de zorg.	Verpleeghuizen
2002	V&VN stelt Toetsingscommissie Richtlijnen in. Toetsen aangeboden richtlijnen aan kwaliteitscriteria. Va. 2008 Commissie Legitimering Richtlijnen, thans Bestuurs-commissie Richtlijnen in oprichting.	Rechtsvoorganger V&VN VV&T / Gehandicaptenzorg
2002	Zorg van velen. Eindrapport van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid; over beheersing van kosten en verbetering van de kwaliteit van de GGZ.	GGZ
2002	Addendum ouderen bij Richtlijn depressie en angst	GGZ
2002	Herstellen doe je zelf. Cliënt-gestuurde behandeling van psychiatrische problematiek; cursus door ervaringsdeskundigen. Cliënt stuurt zijn eigen behandeling met effect op empowerment, zelfvertrouwen en zijn kwaliteit van leven.	GGZ
2003	Pyjamadagen: dit incident leidde tot veel meer aandacht voor kwaliteitsnormen	VV&T
2003	Verenso richtlijn samenwerking en logistiek rond decubitus	V&V
2003	Modernisering AWBZ: flexibel en persoonsgericht zorgaanbod door functiegerichte benadering van de aanspraken.	Alle
Ongeveer 2003	Presentietheorie, Andries Baart ea: Een manier van zorg verlenen gebaseerd op aandacht en toewijding. De relatie staat voorop.	Alle

Jaar	Onderwerp	Sector
2003-2010	IGZ: Gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg. Visie op risicogericht toezicht.	Alle
2004	Ervaringsdeskundigen GGZ	GGZ
Rond 2004	Verenso Richtlijn Probleemgedrag	VV&T
2005	Toetsingskader Normen verantwoorde zorg ontwikkeld vanuit de vraag wat voor cliënten belangrijk is om hun leven op een goede manier in te richten en welke eisen dit stelt aan professioneel handelen en aan de organisatie van de zorg. Zorginhoudelijke, cliëntgerichte indicatoren zoals CQ-index en indicatoren over gezondheidsrisico's en veiligheid.	VV&T
2005	Beroep op kwaliteit, Eindprogramma kwaliteits-ontwikkeling beroepsgroepen V&V, AVVV, NVVA, Sting	VV&T
2005	Notitie kwaliteitseisen GGZ- en verslavingshulpverlening aan doven/auditief gehandicapten	ZG/GGZ
2005	Richtlijn diagnostiek, behandeling en zorgorganisatie schizofrenie.	GGZ
2005-2011	Zorg voor beter: tijdelijk stimuleringsprogramma met bijna 300 uitgevoerde verbeteringsprogramma's. initiatief van VWS, uitgevoerd door ZonMW.	VV&T en GHZ
2005	Richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling dementie	V&V
Vanaf 2005	Ontwikkeling competentieprofielen	
Vanaf 2005	Ontwikkeling indicatoren	Alle
2006	Zorgbrede Governance code: expliciteren van oa bestuurlijke structuur, het verlenen van verantwoorde en doelmatige zorg en transparantie.	Alle
2006	Beroepenstructuur zorg en welzijn. 'Klaar voor de toekomst' In opdracht van Platform Kwalificatiebeleid Zorg en Welzijn opgesteld door NIZW Beroepenontwikkeling.	Alle
2006	Beroepsorganisatie V&VN opgericht	V&V
2006	Verenso richtlijn urineweginfecties	V&V
2006	Normen verantwoorde zorg: eisen tav professioneel handelen, organisatie en invoering CQ-index.	VV&T
2006	Instrumenten kwalitatief onderzoek vanuit cliëntperspectief, bv. Kwaliteitsevaluaties van Stichting Perspectief	GHZ
2006	Start met basisset prestatie-indicatoren GGZ/VZ	GGZ
2007	Eerste zorgstandaard (diabetes)	
2007	Verenso: Multidisciplinaire richtlijn mondzorg	V&V
2007	Invoering zorgzwaartepakketten. Doel: passende zorg op maat met bijbehorende financiering.	Alle
2007	Invoering volledig pakket thuis: Nieuwe aanspraak waarbij alle intramuraal ook thuis kan worden aangeboden.	Alle
2007	Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg, visiedocument en indicatorenset. twee pijlers professional/cliënt	Gehandicaptenzorg
2007	Kwaliteitskader Verpleging, Verzorging & Thuiszorg, visie document	VV&T
2007	CQ-index (Consumer Quality) VV&T gereed gemaakt Centrum klantervaring Zorg. De cliëntgebonden indicatoren uit het kwaliteitskader Verantwoorde zorg kunnen hiermee gemeten worden. Landelijke meting maakt vergelijking van zorginstellingen op prestatie mogelijk. Per 2007 moet dit in de jaarverantwoording opgenomen worden.	VVTT
2008	Jaardocument maatschappelijke Verantwoording (JMV). VV&T sector maakt zichtbaar hoe goed ze er in slagen verantwoorde zorg te verlenen. Per sector indicatoren kernset in ontwikkeling.	VV&T
2008	Het kwaliteitssysteem PREZO VV&T heeft Perspekt in 2008 in opdracht van ActiZ ontwikkeld en is gebaseerd op Normen voor Verantwoorde zorg: overgang van structuren en randvoorwaarden naar denken vanuit uitkomsten voor de cliënt (prestaties). Vervangt voorgaande kwaliteitssystemen zoals MIK-V.	

Jaar	Onderwerp	Sector
2008	Kwaliteitskader Verantwoorde zorg Meetbaar maken van het begrip verantwoorde zorg uit Kwaliteitswet via systeem van kwaliteitsindicatoren en meetmethodieken. Cliëntperspectief centraal. Operationalisatie normen voor verantwoorde zorg thuis. Cliëntgebonden indicatoren en zorginhoudelijke indicatoren Zorgplan ontwikkelingen Eerste nulmeting van de branche met dit kader tussen 2007 en 2008.	Vv&T
2008	Rapport Gezondheidsraad over taakherschikking in de gezondheidszorg	Alle
2008	Convenant "Zorg voor vrijheid", rapport van IGZ waarin werd vastgesteld dat toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen mogelijk en nodig zijn. Resultierend in een convenant in 2009.	Alle
2008	Movisie: Databank effectieve sociale interventies	Alle
2008	Richtlijn problematisch gebruik van drugs	GGZ
2008	Kennisplein gehandicaptenzorg. Doel: verspreiden van kennis.	Gehandicaptenzorg
2008	Richtlijn gedragsstoornissen bij kinderen en jeugdigen	GGZ
2008-2011	Nationaal programma ouderenzorg (NPO). Budget € 80 miljoen, waarmee 75 projecten en experimenten werden betaald. Doel: samenhangend zorgaanbod dat beter is afgestemd op de individuele behoeften van ouderen.	VV&T
2009	Oprichting GIN (Guidelines International Network) working group allied health care tbv betrokkenheid verpleegkundigen en paramedici bijrichtlijnontwikkeling en ontwikkeling toolbox voor verpleegkundigen	Alle
2009	Convenant zorg voor vrijheid, waarin IGZ en verschillende partijen afspreken dat er in 2011 geen onrustbanden in verpleeg- en verzorgingshuizen meer zijn en andere vrijheidsbeperkende maatregelen worden teruggedrongen.	V&V
2009	Eerste zorgmodule: stoppen met roken	
2009	Besluit Zorgplanbespreking AWBZ. Doel: positie cliënt in de ouderenzorg versterken. Zorgaanbieder is verplicht het zorgleefplan met de cliënt te bespreken en te evalueren.	Alle
2009	Programma Zorg voor Beter van VWS: Zorgprofessionals leren van elkaar en ervaringen en kennis, in VVT gehandicapt en langdurige GGZ.	Alle
2009	V&VN Zorg-award: prijs voor het meest inspirerende verbeterinitiatief in de V&V	V&V
2009	VGN: Competentiebox gehandicaptenzorg. Set van negen samenhangende beroepsprofielen in de GZ, om afstemming tussen onderwijs en praktijk te bevorderen en professionaliteit te vergroten.	Gehandicaptenzorg
2009	Specialisme verpleeghuisgeneeskunde wordt verbreed naar Specialist Ouderengeneeskunde	V&V
2009	Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Dementie NHG/Verenso. Huisartsen en specialisten ouderen-geneeskunde maken hierin afspraken over taakverdeling en samenwerking bij mensen met dementie in de eerstelijnszorg.	VV&T
2009	Kwaliteitskader huishoudelijke hulp met bijbehorende CQI. Breed gedragen (Actiz, BTN, IGZ, LOC, VWS, Sting, VNG) kader van verantwoorde huishoudelijke hulp, te gebruiken als toetsingskader van IGZ.	Alle
2009	Herstel en burgerschap. Visie GGZN op de langdurige zorg aan mensen met ernstige psychiatrische problemen.	GGZ
2009	ROPI, Recovery Oriented Practices Index: instrument om na te gaan in hoeverre een organisatie op koers ligt mbt herstel-ondersteunende zorg (nav Herstel en burgerschap). Oorspronkelijke Amerikaanse versie is door Trimbos instituut ism. verschillende experts vertaald en bewerkt in drie versies: voor beschermende woonvormen, voor ambulante teams (ACT en FACT) en voor verblijfsafdelingen.	GGZ
2010	Reductie basisset prestatie-indicatoren naar kernset GGZ/VZ	GGZ
2010	Kwaliteitsstandaarden Maatschappelijke ondersteuning	Alle
2010	V&VN richtlijn urine incontinentie kwetsbare ouderen	VV&T
2010	Visie op ROM (Routine Outcome measures) in de GGZ, gericht op gebruik in 2014	GGZ

Jaar	Onderwerp	Sector
2010	Trimbos Instituut: Kwaliteitsdocument ketenzorg bij suïcidaliteit: aanbevelingen voor zorgvuldige samenwerking in de keten bij suïcidaal gedrag.	GGZ
2010	Welzijn Nieuwe Stijl: Samenwerking tussen VWS, MO-Groep en VNG om een goede invoering van de Wmo te bevorderen. Acht bakens Welzijn Nieuwe Stijl.	Alle
2010	Zorginhoudelijke indicatoren VV&T	VV&T
2010	Publicatie NPCF en STOOM: Toekomst zorg thuis; Nieuwe trends en nieuwe kansen	VV&T
2010	Jenneke van Veen verbeterprijs ingesteld	VV&T/
2011	Start van Beelden van kwaliteit. Een nieuwe manier van verantwoorden obv. participerende observatie en een beoordeling door een panel. Wetenschappelijke begeleiding door Hans Reinders.	VV&T, alle
2011	Kwaliteitskader VV&T Kern is kwaliteit van leven, zorg in verbinding, menslievende zorg en presentietheorie. Meetinstrumenten verantwoording teruggebracht.	VV&T
2011	ZonMW: evaluatie van het project Geestkracht (gestart 2001). Mn bij consortia zijn verbeteringen in samenwerking en afstemming bereikt. Praktijk Zorg Projecten zijn niet goed uit de verf gekomen, cliëntgerichtheid ook niet.	GGZ
2011	Casus Brandon: hernieuwde discussie over kwaliteit van zorg.	VG
2011	Landelijk Platform GGZ: normenkader Drang en Dwang in de GGZ. Eisen en normen waaraan de aanbieder vanuit cliëntperspectief moet voldoen bij onvoorwaardebare vrijheidsbeperking.	GGZ
2011	VWS: Experimenten Regelarme Instellingen (ERAI). Gericht op het wegnemen van bureaucratie, gebaseerd op het principe van high trust- high penalty	Alle
2011	Verenso: Multidisciplinaire richtlijn pijn bij kwetsbare ouderen Idem voor diabetes voor kwetsbare ouderen in VV&T Idem voor besluitvorming reanimatie bij kwetsbare ouderen Idem voor blaaskatheters bij ouderen	Vv&T
2011	V&VN richtlijn decubitus. Beide richtlijnen getrokken door V&VN ipv CBO	VV&T
2011	Routine Outcome Monitoring (ROM): Start brede invoering in GGZ;gestandaardiseerde meetmethode om de voortgang van de behandeling te monitoren en de behandeling bij te stellen.	GGZ
2011	Formalisering verpleegkundig specialist.	V&V
2011	Publicatie NPCF: Versterking van verpleging thuis Naar een basisvoorziening wijkverpleging	VVT
2011	GGZ Nederland: Jeugd GGZ, visiedocument "investeren in de toekomst, ambities 2011-2014"	(Jeugd)GGZ
2012	Multidisciplinaire richtlijn suïcidaal gedrag.	GGZ
2012	Kwaliteitskoers 2.0 Actiz; focus 1 intern verbeteren; focus 2 verkoopinformatie, focus 3 externe verantwoording.	ACTIZ
2012	Veilige principes in de medicatieketen, regels bij de verschillende stappen in het medicatieproces. Opgesteld door de Task Force medicatieveiligheid care met de sectoren VVT-sector, Actiz, KNMP, NVZA, Verenso, BTN, LHV, LOC, NHG, NPCF en V&VN.	Alle
2012	Advies Commissie Meurs over beroepsprofielen V&V.	Alle
2011	Kwaliteitsnorm Zorginstelling 2.3	GGZ
2012	Convenant GGZ Nederland en UWV gericht op vergroten arbeidsparticipatie van psychiatrische patiënten. Bevat oa afspraken over het werkproces, kennisoverdracht tussen artsen in de GGZ en bij de UWV en verspreiden best practices van re-integratie en behoud van arbeid.	GGZ
2012	V&VN: Expertisegebied wijkverpleegkundigen. Beschrijving van de expertise van de moderne wijkverpleegkundige.	V&VT
2012	Oprichting Stichting Benchmark GGZ: Op initiatief van de Wetenschappelijke Raad doet SBG onderzoek naar de vraag wat de meest geschikte meetmomenten zijn voor het zo zuiver mogelijk in kaart brengen van het behandeffect.	GGZ
2013	Movisie: 10 competenties maatschappelijke ondersteuning. Beschrijving van de belangrijkste competenties van sociale professionals in de nieuwe Wmo.	Alle

Jaar	Onderwerp	Sector
2013	Kwaliteitsdocument 2013 Goede zorg Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis, opgesteld door IGZ, ZN, LOC. Gaat vooral over externe verantwoording van kwaliteit. Visie, normen en meetinstrumenten.	VV&T
2013	Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg, visiedocument 2.0. Kern is hele breedte van 'kwaliteit van bestaan', domeinen van Schalock zijn belangrijk, in nieuwe werkwijze staan het primaire proces en de cliënt centraal, verbeteren gaat voor verantwoord, meetinstrumentarium wordt tot kern teruggebracht. Indicatoren set Pijler 1 kerngegevens kwaliteit organisatieniveau Pijler 2 idem cliëntniveau Pijler 3 gegevens relatie tussen cliënt en professional. Er is een waaier van 10 cliëntervarings- instrumenten waaruit instellingen de best passende kunnen kiezen.	Gehandicaptenzorg
2013	Start programma richtlijnen en indicatoren voor wijkverpleegkundige zorg	VV&T
2013	De moed om los te laten: position paper kwaliteit ACTIZ	VV&T
2013	Trimbos Instituut: Keurmerk Internet Interventies GGZ	GGZ
2013	Visitatie-instrument voor specialisten ouderengeneeskunde	V&VT
2013	TNO/IGZ: Veldnorm insluiting GGZ (isoleercel)	GGZ
2013	Goedkeuring oprichting Zorginstituut Nederland (Kwaliteitsinstituut) door parlement.	Alle
2013	De zorgstandaard Dementie	VV&T
2013	Beroepsprofiel ervaringsdeskundigen GGZ	GGZ
2014	Actiz publiceert Vernieuwd Kwaliteitsbewustzijn	VV&T
2014	Start Zorginstituut Nederland (Kwaliteitsinstituut)	Alle
2014	Eerste interventie langdurige zorg erkend en opgenomen in Kwaliteitsbibliotheek ZIN	

Bijlage 4. Rollen en activiteiten Zorginstituut Nederland ter bevordering van kwaliteit in de langdurige zorg

4.1 Rollen voor het Zorginstituut

4.1.1 Verbinding rond thema's

Zorginstituut Nederland kan een verbindende rol spelen door partijen bij elkaar te brengen rond een thema, met elkaar lacunes in kennis vanuit de praktijk te signaleren en prioriteiten te stellen. Een werkwijze waar wij aan denken, is om met partijen te bespreken voor welke doelgroep of aandoening een standaard ontwikkeld moet worden en welke kennis nodig is om deze evidence based te kunnen opstellen. Deze prioriteiten verdienen mogelijk opname op de Zorgagenda. Daarbij denken we aan het werkveld in het vizier met zijn professionals, maar ook aan de wetenschap en het onderwijs. De cliënten(organisaties) spelen een grote rol bij het kiezen van de doelgroepen en onderwerpen waarvoor kennis/een standaard ontwikkeld moet worden. Ook kunnen zij goed aangeven welke competenties de zorg- en welzijnsprofessional van de toekomst moet hebben.

4.1.2 Kennisontwikkeling en implementatie

Op het gebied van kennisontwikkeling, -verspreiding en implementatie en monitoring heeft Zorginstituut Nederland een helder afgebakende rol die vooral ligt op het gebied van kennisverspreiding. Bibliotheek en Register en de website kiesBeter.nl zijn duidelijke podia die het Zorginstituut biedt om kennis te verspreiden. Daarnaast speelt het project Good Practices een belangrijke rol om kennis over goede langdurige zorg te (helpen) ontwikkelen en verspreiden.

Een aantal partijen is al actief op het gebied van kennisontwikkeling en -implementatie, waarbij het Zorginstituut een rol heeft in het agenderen van thema's voor kennisontwikkeling en in het ondersteunen van de ontwikkeling van eenduidige definities. Echter, het ontwikkelen en toepassen van kennis wordt onvoldoende gefaciliteerd in de praktijk. Waar in de cure een financiële infrastructuur bestaat voor deze activiteiten, bevatten de tarieven in de care niet of nauwelijks een component voor de bekostiging van onderzoek en kennisverspreiding. Desondanks zijn vanuit hogescholen en universiteiten diverse netwerken ontwikkeld die kennis ontwikkelen en daarbij de verbinding tussen wetenschap en praktijk in de langdurige zorg leggen. Diverse experts uit deze netwerken hebben zitting in de Wetenschappelijke Adviesraad van Zorginstituut Nederland Het Zorginstituut gaat daarom actief op zoek om de banden met universiteiten, hogescholen en opleidingen te versterken en te overleggen over bestaande en nieuwe initiatieven, waarbij nadrukkelijk ook aan de verbinding met de praktijk aandacht wordt gegeven.

Waar het gaat om implementatie van kwaliteitsstandaarden zijn enkele pilots van start gegaan met betrokkenheid van het Zorginstituut. We zien voor onszelf daarbij vooral een verbindende rol in het bij elkaar brengen van partijen, het monitoren van het proces en het verspreiden van opgedane kennis en ervaringen.

Voor de samenstelling van een weloverwogen pakket aan langdurige zorg is kennisontwikkeling van groot belang. Voordat een interventie in aanmerking komt voor opname in het verzekerde pakket, moet hiervan bewezen zijn dat deze effectief is. Op dit moment worden daarbij echter vooral criteria voor effectiviteit gehanteerd die geschikt zijn voor curatieve interventies, maar niet passen bij de aard van een interventie in de langdurige zorg. Zorginstituut Nederland investeert daarom in een overzicht van onderzoeksmethoden om zo tot een eigen gradatie van bewijslast voor de langdurige zorg te komen. Dit project, met de titel 'Passend bewijs', zal partijen die onderzoek doen, helderheid geven over de status van de uitkomsten.

4.1.3 Legitimering

Partijen zien een groot voordeel van opname van een kwaliteitsstandaard of meetinstrument in het Register en op de Transparantiekalender in de legitimiteit die het verschaft. Patiënten, cliënten en hun naasten zien wat goede zorg is, zorgaanbieders kunnen zich op de standaard beroepen ten opzichte van de zorgverzekeraar en de zorgverzekeraar kan de kwaliteitsstandaard en het meetinstrument of de indicatoren gebruiken om zorg in te kopen op basis van kwaliteit. Een geregistreerde standaard verschaft

elke partij legitimiteit. Zorginstituut Nederland bepaalt of ingediende standaarden en meetinstrumenten kunnen worden opgenomen in het register op basis van het Toetsingskader, waarbij de kernvraag steeds is: draagt het kwaliteitsinstrument bij aan goede zorg?

Waar het deskundigheidsbevordering betreft, ziet Zorginstituut Nederland vooral een rol voor beroepsverenigingen, zorgaanbieders en het onderwijsveld. In overleg met partijen kan Zorginstituut Nederland stimuleren dat standaarden beschikbaar en gebruiksvriendelijk zijn voor de mensen die ermee moeten werken; hierin zien wij echter vooral een rol voor de partijen die de standaarden vertalen in regionale zorgprogramma's.



In het vervolg van dit hoofdstuk beschrijven we welke activiteiten Zorginstituut Nederland al heeft lopen op het gebied van de langdurige zorg.

4.2 Lopende activiteiten

4.2.1 Pilots in de langdurige zorg

In 2013 zijn vijf pilots gestart, waaronder dementie en levensvragen. Voornamelijk met als doel om te leren voor de activiteiten en instrumenten van het Kwaliteitsinstituut. De pilot dementie is formeel afgerond. ACK-leden volgen de implementatie van de Zorgstandaard Dementie, als leden van een begeleidingscommissie bij een project van Vilans binnen het Deltaplan Dementie. Zij worden daarbij ondersteund door een bureamedewerker van het Kwaliteitsinstituut.

De pilot Levensvragen bevindt zich in een tweede tranche en zal naar verwachting resulteren in een kwaliteitsstandaard die aan het Register van het Kwaliteitsinstituut zal worden aangeboden. De aanbidding daarvan aan het Register en de implementatie worden structureel gevolgd door ACK-lid; zij wordt daarbij ondersteund dooreen bureamedewerker.

4.2.2 Afstemming met VWS over de Kwaliteitsagenda voor de Langdurige Zorg (WLZ).

Het Zorginstituut intensief betrokken bij het opstellen van de Kwaliteitsagenda Langdurige Zorg van VWS. Deze betrokkenheid is terug te vinden in de brief van de staatssecretaris aan de Tweede Kamer: Kwaliteit in de langdurige zorg: Agenda voor de toekomst (dd. mei 2014).

4.2.3 Project Good practices in de langdurige zorg

Het project omvat 3 sporen:

Spoor 1: erkenningstraject (uitvoering door Vilans en Trimbos) waarin interventies worden getoetst aan criteria van kwaliteit, effectiviteit en uitvoerbaarheid. Erkende interventies worden gepubliceerd / geplaatst op een speciale plek in de Kwaliteitsbibliotheek.

Spoor 2: onderzoek.

1. *Onderzoek naar het gebruik van Kwaliteit van Leven instrumenten in de Care.*

1e call in kader van programma 'Kwaliteit van Zorg' van ZonMW.

Looptijd: okt. 2013 – dec 2014 (mogelijk uitloop naar 2015).

Het onderzoek wordt uitgevoerd in de gehele care sector (GZ, GGZ en VV&T).

Onderzoek moet input opleveren voor het doorontwikkelen van voor transparantiedoelinden bruikbare Kwaliteit van Leven instrumenten. Daarnaast is dit onderzoek de eerste stap op weg naar inzicht in de relatie tussen enerzijds kwaliteit van zorg en anderzijds kwaliteit van leven van de cliënt/patiënt.

2. *Hoe kiezen cliënten in de care? Inventarisatie en ontwikkeling van cliënteninformatie.*

Dit onderzoek richt zich op betere ondersteuning voor cliënten (of ouders, mantelzorgers of cliëntvertegenwoordigers) in de langdurige zorg die een keuze willen of moeten maken voor een zorgverlener dan wel zorginstelling. Het traject moet leiden tot een tool (in de breedste zin van het woord) die cliënten helpt om een keuze te maken voor een zorgverlener. De call voor dit onderzoek ligt momenteel ter informatie voor bij een aantal partijen (branches en cliëntorganisaties) en wordt in de loop van 2014 uitgezet.

3. *Kwalitatief onderzoek naar de relatie tussen cliënt en zorgprofessional.*

Onderzoek levert bij voorkeur een leidraad op voor een toetsingskader voor kwalitatieve instrumenten die de relatie tussen zorgprofessional en cliënt in beeld brengen. Daarnaast willen we de ontwikkeling van een Kwaliteitsstandaard (en meetinstrumenten) m.b.t. de relatie cliënt en zorgverlener bevorderen.

Spoor 3:

- A. interactie met veldpartijen over kwaliteitsontwikkeling in de langdurige zorg. Meerdere gesprekken per week. Naast het toetsen van onze plannen mbt kwaliteitsontwikkeling in de langdurige zorg, halen we bij deze partijen ook veel inzichten op. Waar zijn partijen mee bezig? Hoe kunnen we initiatieven op elkaar aansluiten, gezamenlijk optrekken e.d.? Doel afstemming en creëren draagvlak.
- B. Organiseren van bijeenkomsten. In 2013 hebben kwaliteitsfora met verschillende thema's plaatsgevonden, evenals de invitational conference over kwaliteit in de langdurige zorg, bv over Good Practices in de langdurige zorg. Voor 2014 zijn de volgende activiteiten gepland:

4.2.4 Passend bewijs voor het pakketcriterium effectiviteit in de langdurige zorg

Effectiviteit is een belangrijk wettelijk criterium voor het bepalen welke zorg tot het verzekerde pakket behoort. In dit project gaan we na welke voorwaarden we kunnen stellen aan onderzoek dat de effectiviteit van interventies op het gebied van langdurige zorg beoordeelt. We bestuderen hiervoor onderzoeken en ontwikkelingen op het gebied van bewijsvoering in de praktijk van de langdurige zorg en in de wetenschap. We willen in kaart brengen hoe met dit thema wordt omgegaan, welke methodieken worden toegepast, welke resultaten worden behaald en wat wenselijk en haalbaar wordt geacht. Met een grondige analyse van al deze verzamelde gegevens proberen we rode draden en gemeenschappelijke kenmerken te ontdekken wat ons naar verwachting in staat stelt een instrument te ontwikkelen om te beoordelen of langdurige zorg al dan niet tot het verzekerde pakket behoort.

4.2.5 Advies over de toepasbaarheid van het Toetsingskader voor richtlijnen en handreikingen in de gehandicaptensector

In dit traject legt ZonMw vijf richtlijnen of handreikingen uit de gehandicaptensector voor aan een groep experts die een (onafhankelijke) toets uitvoeren.

Het doel hiervan is om antwoord te krijgen op de vragen:

- 1. of geselecteerde richtlijnen of handreikingen in de gehandicaptensector voldoen aan de criteria van het Toetsingskader van het Kwaliteitsinstituut; de eisen voor opname in het Register en anderzijds of
- 2. het Toetsingskader voldoende handvatten biedt om kwaliteitsstandaarden voor de gehandicaptenzorg te ontwikkelen en te toetsen.
- 3. als de richtlijnen/handreikingen niet voldoen aan de criteria van het Toetsingskader, voldoen ze dan aan de criteria van het erkenningstraject, in het kader van het project good practices?

4.2.6 Nationaal Programma Gehandicapten

Het ministerie van VWS wil een meerjarig kennisprogramma opstarten met als doel het verder stimuleren van ontwikkeling en toepassing van kennis ten behoeve van de zorg en ondersteuning aan mensen met een (meervoudig) verstandelijke beperking in Nederland. Dit programma is nauw verbonden met andere transitieprogramma's die reeds door de overheid zijn ingezet, zoals InvoorZorg, Zorg verandert en het Programma Aandacht voor iedereen. Het kennisprogramma zal zich richten op het faciliteren en versterken van wetenschappelijk onderzoek en op de toepassing van kennis en het uitbreiden van de onderzoeks- en implementatie-infrastructuur. Kennisvragen die bij de implementatie van de nieuwe Wmo 2015 en de Wlz vanuit de praktijk naar boven komen, vormen hierin een belangrijke leidraad. VWS, VGN en ZonMW overleggen met het Zorginstituut over de inrichting van dit programma dat als pijlers kent:

- 1 Onderzoek moet in samenhang met praktijk en onderwijs plaatsvinden;
- 2 Implementatie over de wetten heen (ook gemeentelijk domein) en met speciale aandacht voor implementatie in onderwijs;
- 3 Ontwikkeling vindt bij voorkeur plaats vanuit het cliëntenperspectief.

Het NPG zet in op drie thematische speerpunten: gedrag, gezondheid en participatie van mensen met een verstandelijke of meervoudige beperking. Het programma zal naar verwachting eind 2014 gelanceerd worden.

4.2.7 Rol van standaarden in duidingen en uitvoeringstoetsen

Zorginstituut Nederland brengt regelmatig adviezen uit over de inhoud van het verzekerde pakket. Als onderdeel van de pakketbeheerderstaak verduidelijken wij of een bepaalde interventie tot het verzekerde pakket behoort; ook adviseren we de staatssecretaris over de uitvoerbaarheid van voorgenomen wetswijzigingen. Om tot het verzekerde pakket te behoren, moet een interventie bewezen effectief zijn en voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. In onze adviezen geven wij daarom aan in hoeverre kwaliteitsstandaarden aanwezig zijn die de uitvoering van onze adviezen in praktijk werkbaar maken. Wanneer een beroepsgroep een goede, onderbouwde standaard heeft, kan Zorginstituut Nederland beter duiden welke delen van de zorg tot de aanspraak behoren. Ook kunnen kwaliteitsstandaarden behulpzaam zijn bij afbakeningsvraagstukken tussen de wettelijke domeinen.

