



Zorginstituut Nederland

# Concept Kwaliteitskader Verpleegzorg

15-12-2016

concept



# Inhoudsopgave

	<b>Inleiding</b>	<b>4</b>
	<b>Kwaliteit en veiligheid</b>	
<b>1</b>	<b>Persoonsgerichte zorg- en ondersteuning</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>Wonen en welzijn</b>	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>Veiligheid</b>	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>Leren en verbeteren van kwaliteit</b>	<b>17</b>
	<b>Randvoorwaarden</b>	
<b>5</b>	<b>Leiderschap, governance en management</b>	<b>20</b>
<b>6</b>	<b>Personeelssamenstelling</b>	<b>22</b>
<b>7</b>	<b>Gebruik van hulpbronnen</b>	<b>26</b>
<b>8</b>	<b>Gebruik van informatie</b>	<b>27</b>
	<b>Implementatie</b>	
	<b>Bijlagen</b>	
	1. Bronnen	30
	2. Inhoudsopgave zorgbeleidsplan	31
	3. Begrippenlijst	32
	4. Afkortingenlijst	33

## Inleiding

Dit kwaliteitskader verpleegzorg is als kwaliteitstandaard opgenomen in het Register van het Zorginstituut. Dit Register maakt zichtbaar wat zorgaanbieders, cliënten en zorgverzekeraars hebben afgesproken over wat goede zorg is.

Het doel van dit kwaliteitskader is driedelig. Ten eerste beschrijft dit document wat cliënten en hun naasten mogen verwachten van (intramurale) verpleegzorg. Ten tweede biedt dit document aanbevelingen voor zorgverleners en zorgorganisaties om samen de kwaliteit te verbeteren en het lerend vermogen te versterken. Ten derde vormt dit document het kader voor extern toezicht en voor zorginkoop.

We beschrijven in deze inleiding achtereenvolgens de uitgangspunten die ten grondslag liggen aan het kwaliteitskader, de reikwijdte, de inhoudelijke thema's en tenslotte het proces van de totstandkoming van dit kwaliteitskader en de beschrijving van implementatie op hoofdlijnen.

### Uitgangspunten

1. In de verpleegzorg is **de cliënt als mens** altijd het vertrekpunt. Daarbij moet het gaan om alle levensdomeinen die voor de cliënt van belang zijn. Zorg en ondersteuning zijn multidisciplinair, integraal en dienend hieraan. Iemand met een zorgbehoefte is vooral iemand met een eigen geschiedenis, een eigen toekomst, eigen doelen, eigen context en eigen naasten. En niet uitsluitend een anonieme cliënt, patiënt of bewoner in een zorgorganisatie.
2. Dit kwaliteitskader legt **de nadruk op leren** als basis voor kwaliteitsverbetering. Betere kwaliteit van verpleegzorg is immers gebaat bij een stimulerende benadering, met vertrouwen in de betrokkenheid, trots en kracht van zorgverleners en met respect voor de lokale context.
3. Dit kwaliteitskader wil het **vertrouwen versterken in de mensen die in de verpleegzorg werken** en hun relatie met de cliënt. Het zijn immers de zorgverleners' die een sleutelrol hebben bij het leren en verbeteren. Zij kennen de context van de cliënt het beste en kunnen vanuit hun professionaliteit werken aan kwaliteit die daarbij aansluit. Bestaande professionele richtlijnen van verzorgenden, verpleegkundigen en (para)medici vormen daarbij de basis. De organisaties faciliteren het proces van leren en verbeteren door verantwoordelijkheid te nemen voor de randvoorwaarden, ondersteund met instrumenten zoals zorgbeleidsplannen, kwaliteitsverslagen en verbeterplannen.
4. Ook met betrekking tot **toezicht en verantwoording** legt dit kader de nadruk meer op leren en verbeteren en minder op verantwoording via gedetailleerde uitkomsten. Continu werken aan betere kwaliteit is de norm en is niet vrijblijvend. Het ontbreken van een interne leer- en ontwikkelcyclus is een teken van ondermaatse kwaliteit.
5. De **focus ligt op samen leren**. Door de samenwerking met interne en externe betrokkenen te stimuleren, door middel van bijvoorbeeld het samen ontwikkelen van zorgbeleidsplannen, het samen bespreken van kwaliteitsverslagen en het samen bepalen van verbeterplannen. Met samen bedoelen we: intern met cliënten, naasten en zorgverleners en extern met mensen van andere zorgorganisaties, ouderenbonden, zorgcoöperaties en zorgkantoren. Maar samen leren kan ook door middel van uitwisselingen, audits en visitaties. Voor samen leren is het nodig dat de gebruikte kennisbronnen zoals cliëntervaringen en kwaliteitsverslagen in alle openheid voor iedereen beschikbaar zijn.
6. Dit kwaliteitskader wil ook een bijdrage leveren aan het **verminderen van bureaucratie** en administratieve lasten. Ten eerste door de nadruk te verplaatsen van landelijk vastgelegde details naar leren en verbeteren, ten tweede door verantwoording en leren te vervatten in een en dezelfde beweging, via bijvoorbeeld het jaarlijkse kwaliteitsverslag en ten derde door aparte uitvragen in het kader van externe verantwoording niet of alleen in zeer uitzonderlijke gevallen toe te staan.
7. Leren en verbeteren van kwaliteit is van belang, maar bovenal moet de verpleegzorg **veilig voor cliënten** zijn. Dit kader besteed daarom de nodige aandacht aan de veiligheid van cliënten, waarbij rekening wordt gehouden met de specifieke aspecten van verpleegzorg.

---

<sup>1</sup> Het begrip zorgverlener staat in dit kwaliteitskader voor de verschillende verpleegkundige, verzorgende, sociaalpsychologische en (para)medische disciplines die zorg verlenen aan een verpleegzorg cliënt.

8. Dit kader besteed extra aandacht aan de **personele samenstelling**. Verpleegzorg is mensenwerk en zonder voldoende, bevoegd en bekwaam personeel kan er geen kwalitatief verantwoorde verpleegzorg worden geleverd.
9. Dit kwaliteitskader sluit aan bij de **uitgangspunten over kwaliteit** die beschreven zijn in de vernieuwde Wet Langdurige Zorg (WLZ), te weten:
  - a. geboden zorg moet ondersteunend zijn aan de kwaliteit van leven van de cliënt;
  - b. De cliënt krijgt een persoonlijk arrangement dat is afgestemd op eigen behoeften;
  - c. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg en ondersteuning (met als belangrijkste bouwstenen: betrokken en vakbekwame zorgverleners, een persoonlijk zorgleefplan en betrokkenheid van informele zorgverleners).
10. Dit kwaliteitskader verpleegzorg beschrijft het uitgangsniveau van kwaliteit waar de (intramurale) verpleegzorg aan moet voldoen. Dat neemt niet weg dat er een oproep wordt gedaan op zorgverleners, zorgorganisaties en koepels om te streven naar meer en beter dan de normen uit dit kader.

### Scope kwaliteitskader verpleegzorg

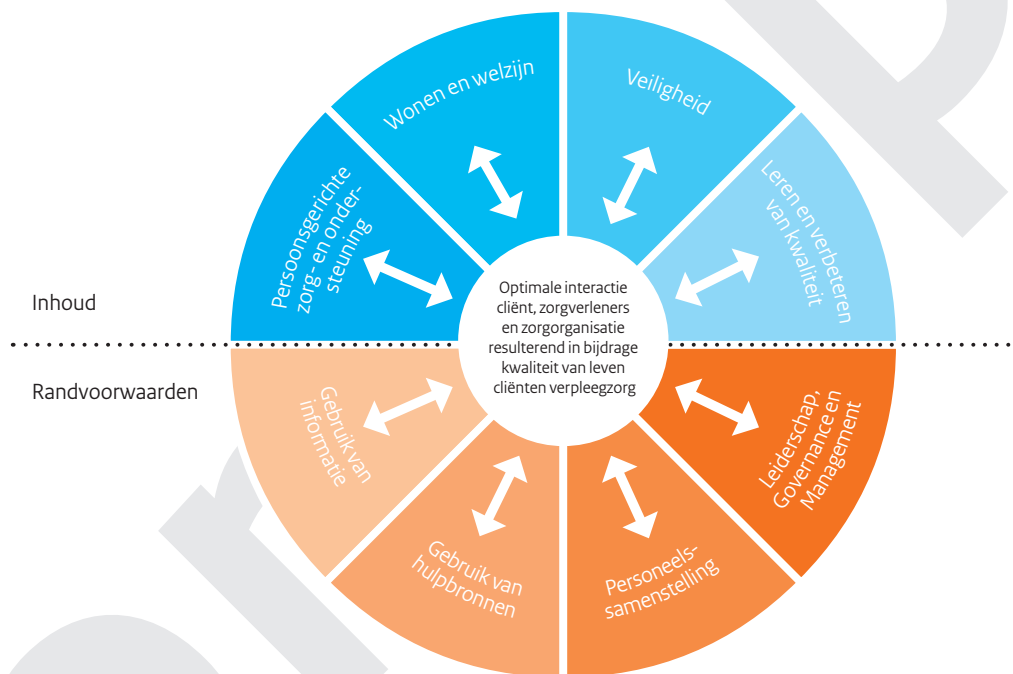
- De reikwijdte van dit kwaliteitskader verpleegzorg is als volgt:
- Verpleegzorg bevindt zich binnen de sector Verpleging en Verzorging en richt zich daarbinnen op de WLZ geïndiceerde cliënten<sup>2</sup>.
- Het kwaliteitskader gaat uit van cliënten met een ZZP-indicatie 4 tot en met 10 die intramuraal verblijven, dat wil zeggen dat de zorg en ondersteuning geboden wordt aan groepen van cliënten.
- De verpleegzorg kent veel verschillende doelgroepen waaronder in ieder geval: mensen met dementie, mensen met somatische zorgbehoeften waaronder specifieke aandoeningen als Chorea van Huntington, de ziekte van Parkinson, Multiple Sclerose, Korsakov, NAH (Niet Aangeboren Hersenletsel), CVA (Cerebro Vasculair Accident), chronische psychiatrie en geronto-psychiatrie. Maar ook palliatief terminale zorgverlening of verpleegzorg aan mensen met een verstandelijke beperking behoren tot de doelgroep van verpleegzorg.
- De cliënten binnen deze doelgroepen verschillen in zorg- en ondersteuningsbehoeften, leeftijd en leefstijl, zorgintensiteit, intramurale verblijfsduur en het benodigd deskundigheids- en competentieniveau van zorgverleners.
- Ook verschilt de omgeving waarin verpleegzorg wordt geleverd. Verpleegzorg wordt geleverd aan thuiswonende WLZ geïndiceerde cliënten met (Zorgzwaarte pakket) ZZP  $\geq 4$  die gekozen hebben voor een leveringsvorm als Volledig Pakket Thuis (VPT), Modulair Pakket Thuis (MPT) en Persoonsgebonden Budget (PGB). Dagbesteding en kleinschalige dan wel geclusterde woonvormen zijn eveneens omgevingen waarin verpleegzorg wordt geleverd. Ook kent verpleegzorg verschijningsvormen in middelgrote en zeer grootschalige voorzieningen in aantal locaties of spreiding over de regio. Dit kwaliteitskader richt zich op dit moment op de intramurale verpleegzorg.
- Intramurale verpleegzorg zoals in dit kwaliteitskader onderwerp van aandacht, is WLZ geïndiceerde multidisciplinaire en integrale zorg die geleverd wordt aan cliënten met een ZZP  $\geq 4$  die verblijven in groepsverband dan wel in geclusterde woonvormen. Het gaat ook om zorg die voor een deel van de tijd geclusterd wordt geboden, zoals tijdelijke opnamen en dagbehandeling.
- Er wordt steeds meer verpleegzorg geleverd in de directe woonomgeving van cliënten waarvoor ook zorgverleners zoals specialisten ouderengeneeskunde in consult worden gevraagd. Op deze vormen van (consultatieve) verpleegzorg zou het kwaliteitskader op termijn eveneens van toepassing moeten zijn: verpleegzorg buiten de muren van zorgorganisaties moet immers ook kwalitatief goed zijn. Hier ligt een opdracht aan de sector om op basis van het onderhavig kwaliteitskader een vertaalslag te maken en de kwaliteitsnormen voor de extramurale verpleegzorg nader uit te werken.

<sup>2</sup> Gezien dit uitgangspunt valt de Geriatrische Revalidatie Zorg hier in strikte zin niet onder omdat deze zorg gefinancierd wordt vanuit de Zorgverzekeringswet. Echter veel van de aanbevelingen zijn ook bruikbaar voor deze categorie zorg.

### Model en thema's kwaliteitskader

Als basis voor het kwaliteitskader verpleegzorg is een model gekozen dat het beste aansluit bij de voor dit kwaliteitskader verpleegzorg geformuleerde uitgangspunten. Het model baseert zich eveneens op de door het College voor Rechten van de Mens geformuleerde aanbevelingen voor mensenrechten in verpleeghuizen (College voor Rechten van de Mens, Februari 2016) en de beschikbare kennis, standaarden en informatie over kwaliteit van verpleegzorg en langdurende zorg. Het is een integraal model en alle in dit model onderscheiden thema's dragen gezamenlijk bij aan het hoofddoel van kwaliteit in de verpleegzorg: de optimale interactie tussen cliënt, zorgverleners en zorgorganisatie waardoor de bijdrage aan kwaliteit van leven van de cliënt zo goed mogelijk wordt gerealiseerd.

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



De onderscheiden acht thema's in het model zijn gerelateerd aan thema's van kwaliteit en veiligheid (bovenste helft cirkel) en de randvoorwaarden hiervoor (onderste helft cirkel).

De kwaliteit en veiligheid thema's die in dit kwaliteitskader zijn beschreven, zijn:

- **Persoonsgerichte zorg en ondersteuning.** Dit gaat over de wijze waarop de cliënt in alle levensdomeinen uitgangspunt is bij zorg- en dienstverlening. Iemand met een zorg- en ondersteuningsbehoefte is vooral een uniek persoon met een eigen geschiedenis, een eigen toekomst en eigen doelen. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning vindt plaats binnen een relatie tussen cliënt en zijn naasten, zorgverlener en zorgorganisatie. De kwaliteit van deze relatie bepaalt mede de kwaliteit van zorg.
- **Wonen en welzijn.** Dit gaat over de wijze waarop de organisatie en zorgverleners in hun zorg- en dienstverlening enerzijds oog hebben voor optimale levenskwaliteit en welbevinden van cliënten en betrokken naasten en anderzijds gericht zijn op het bevorderen en ondersteunen hiervan.
- **Veiligheid.** Garanderen van basisveiligheid betekent dat een zorgorganisatie met gebruikmaking van professionele standaarden en richtlijnen, vermijdbare schade bij cliënten zoveel mogelijk voorkomt en leert van veiligheidsincidenten. Het gaat om risicobewustzijn en risicoreductie.
- **Leren en verbeteren van kwaliteit.** Dit gaat over de wijze waarop de zorgverlener en zorgorganisatie op dynamische en lerende wijze zorg dragen voor optimale zorg en verzorging voor cliënten, daarbij

gebruikmakend van de best beschikbare kennisbronnen zoals wetenschappelijke gefundeerde literatuur, professionele richtlijnen, landelijke en lokale data en kwalitatieve informatie.

Het op het juiste niveau brengen en houden van kwaliteit vraagt om randvoorwaarden en het stroomlijnen van organisatieprocessen. Deze worden nader beschreven in onderstaande vier thema's:

- **Leiderschap, governance en management.** Dit gaat over de aansturing en governance van de zorgorganisatie die faciliterend is voor kwaliteit, zoals het beleggen van verantwoordelijkheid, besluitvorming en risicomanagement als in het invulling geven aan de strategische, statutaire en financiële verplichtingen.
- **Personeelssamenstelling (voldoende en vakbekwaam personeel).** Dit gaat over de adequate samenstelling van het zorgpersoneelsbestand. Hoeveel zorgverleners met welke vaardigheden en competenties zijn nodig om te voorzien in de (fluctuaties in) wensen en behoeften van de cliënten waaraan de zorgorganisatie zorg en ondersteuning biedt?
- **Gebruik van hulpbronnen.** Dit gaat over het effectief en efficiënt gebruiken van hulpbronnen om de best mogelijke zorgresultaten en (cliënt)ervaringen te behalen met de beschikbare financiën en middelen.
- **Gebruik van informatie.** Dit gaat enerzijds over het actief gebruik maken van informatie rondom de inzet van middelen, voor het leveren, monitoren, managen en verbeteren van zorg, alsook over het op transparante wijze verstrekken van kwaliteitsinformatie aan cliënten, hun naasten en aan de samenleving.

### Ontwikkeling kwaliteitskader verpleegzorg

Dit kwaliteitskader is opgesteld door de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut Nederland (eind 2016) en is daarna vastgesteld door de Raad van bestuur van het Zorginstituut (02-01-17).

Hieronder schetsen wij het gevolgde proces. In februari 2015 is Waardigheid en Trots<sup>3</sup> van start gegaan, een programma voor de verbetering van de kwaliteit van de verpleeghuiszorg, met als onderdeel het kwaliteitskader. Het Zorginstituut heeft dit kader, inclusief basisveiligheid en personeelssamenstelling, vervolgens op haar meerjaren agenda geplaatst. Omdat de gestelde deadline van 1 oktober 2016 niet was gehaald, heeft het Zorginstituut het opstellen en vaststellen van het kwaliteitskader overgenomen conform de wettelijke doorzettingsmacht.

Vanaf dat moment was de Kwaliteitsraad aan zet. De inhoud was daarbij leidend. Op basis van beschikbare literatuur, ervaringen en deskundigheid werden zo nodig knopen doorgehakt. De Kwaliteitsraad is gestart met een analysefase, bestaande uit de volgende onderdelen: een inventarisatie van de huidige concept leidraad en kader, een politieke, inhoudelijke en strategische analyse, gesprekken met bestuurders van relevante partijen, een hoorzitting met experts op het terrein van meten en verbeteren van kwaliteit en een analyse van de wetenschappelijke literatuur. Daarop aansluitend heeft de commissie verpleegzorg van de Kwaliteitsraad het concept kwaliteitskader opgesteld. Deze commissie bestond uit zes leden van de Kwaliteitsraad, ondersteund door een deskundige van het Zorginstituut en een extern deskundige. Tot slot is het concept kwaliteitskader voor consultatie voorgelegd aan de relevante partijen en aan vijf externe deskundigen. Na het verwerken van de feedback heeft de Kwaliteitsraad het kwaliteitskader verpleegzorg voor vaststelling verstuurd naar de Raad van bestuur van het Zorginstituut.

De Kwaliteitsraad realiseert zich terdege dat het opstellen van het kwaliteitskader een eerste stap is, die gevolgd moet worden door implementatie van het kader in de praktijk. Om de voorgestelde richting van leren en ontwikkelen daadwerkelijk vorm te kunnen geven, is voor bepaalde onderdelen tijd en ontwikkelruimte noodzakelijk. Daarbij gaat het om de ontwikkeling van gefundeerde normen voor basisveiligheid en voor context-gebonden personeelssamenstelling. In de slotparagraaf -opgenomen na het laatste hoofdstuk-, beschrijft de Kwaliteitsraad op hoofdlijnen de visie op de gewenste implementatiewijze, -route en -planning.

<sup>3</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/02/10/kamerbrief-over-de-uitwerking-kwaliteitsbrief-ouderenzorg>

# 1 Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

## Vereisten

- Vanaf 1-1-2017 beschikt iedere cliënt binnen uiterlijk zes weken na opname over een zorgleefplan, of zoveel eerder als mogelijk. Binnen 24 uur zijn in ieder geval zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contactpersoon en handelen bij calamiteiten vastgelegd in een voorlopig zorgleefplan dat na uiterlijk zes weken definitief wordt.<sup>4</sup>
- Vanaf 1-7-2017 is de verantwoordelijkheid voor het opstellen van een zorgleefplan op zijn minst belegd bij een verzorgende niveau 3 (IG), of bij een andere zorgverlener van tenminste niveau 3. Bij voorkeur is dit ook de contactverzorgende dan wel Eerst Verantwoordelijk Verzorgende (EVV-er) van de cliënt.

## Aanbevelingen

- De vier onderscheiden thema's (compassie, uniek zijn, autonomie en beschikken over vastgelegde zorgdoelen) zijn voor zorgverleners richtinggevend bij kwaliteitsverbetering op het terrein van persoonsgerichte zorg en ondersteuning.
- De voorgestelde uitwerkingen per onderscheiden thema's dienen als handreikingen gebruikt te worden voor de instrumenten voor verbetering, het voeren van gesprekken en het ontwikkelen van competenties.

## 1.1

### Introductie

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning gaat over de wijze waarop de cliënt in alle levensdomeinen uitgangspunt is bij zorg- en dienstverlening. Iemand met een zorg- en ondersteuningsbehoefte is vooral een uniek persoon met een eigen geschiedenis, een eigen toekomst en eigen doelen. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning vindt plaats binnen een relatie tussen cliënt en zijn naasten, zorgverleners en zorgorganisatie. De kwaliteit van deze relatie samen met de deskundigheid en competenties van de zorgverleners, bepaalt mede de kwaliteit van zorg.

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning vraagt van organisaties inzet op betrokkenheid en deskundigheid van zorgverleners bij het werkelijk verstaan van en zich verdiepen in het verleden en heden van de cliënt. Hiertoe heeft de zorgverlener een stimulerende en veilige werkomgeving nodig in de zorgorganisatie waarin hij werkt, en tijd om dit uit te voeren, en zo op dit terrein te werken aan verbetering van kwaliteit.

In het kwaliteitskader verpleegzorg worden vier thema's<sup>5</sup> onderscheiden als het gaat om kwaliteit van persoonsgerichte zorg en ondersteuning, te weten:

1. Compassie: de cliënt ervaart nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip;
2. Uniek zijn: de cliënt wordt als mens gezien met een persoonlijke context die ertoe doet en de eigen identiteit komt tot zijn recht;
3. Autonomie: streven naar eigen regie over leven en welbevinden is leidend;
4. Zorgdoelen: elke cliënt heeft duidelijke afspraken over en inspraak bij doelen ten aanzien van zijn/haar zorg- en ondersteuningsbehoefte.

## 1.2

### Uitwerking per thema

De vier thema's op het terrein van persoonsgerichte zorg en ondersteuning zijn verder uitgewerkt in sub-thema's als voorbeelden van invullingen. Bij deze uitwerking hanteert het kwaliteitskader het Ik-perspectief als cliëntperspectief, ook als de wilsbekwaamheid op onderdelen is verminderd, en geeft tevens richting aan welke zaken op dit terrein van zorgverleners worden verwacht. Het gaat om drie dimensies van professionaliteit: vakbekwaamheid, lerend vermogen en samen-lerend vermogen.<sup>6</sup>

<sup>4</sup> <https://www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/wet-en-regelgeving.html>

<sup>5</sup> Deze thema's zijn gebaseerd op het Concept Kwaliteitskader ouderenzorg (2016) en de informatie uit de analysefase.

<sup>6</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/beroepen+en+opleidingen/anders+kijken%2C+anders+leren%2C+anders+doen>



We gaan er in dit kwaliteitskader vanuit dat bovenstaande vier onderscheiden thema's en sub-thema's leidend zijn voor zorgverleners bij het (gezamenlijk) verbeteren van kwaliteit op het terrein van persoonsgerichte zorg en ondersteuning. De gegeven uitwerkingen dienen als handreikingen aan alle zorgverleners voor gespreksvoering, voor het bepalen van de inhoud van de instrumenten voor het verbeteren (besprekingen, cliëntraadplegingen, evaluatie-instrumenten, zorgevaluaties en spiegelgesprekken met cliënten en naasten), als ook voor het ontwikkelen van competenties van zorgverleners.

Thema	Uitwerking in sub-thema's of vragen
<b>Compassie:</b> nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip	<b>Cliënt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kennen de zorgverleners mij en mijn verhaal, mijn behoeften en wensen, en mijn zorgen, problemen en levensvragen?</li> <li>- Spreken ze mij aan op de manier die ik prettig vind?</li> <li>- Praten de zorgverleners met mij in plaats van over mij?</li> <li>- Maken ze echt contact met mij, raken ze mij aan?</li> <li>- Is er aandacht voor mijn familie en naaste(n) en de mensen die mij mantelzorg geven?</li> </ul>
	<b>Zorgverlener</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De zorgverlener heeft inlevingsvermogen, toont empathie en begrip.</li> <li>- De zorgverlener beschikt over een breed repertoire aan communicatieve en sociale vaardigheden en beschikt over de juiste kennis en vaardigheden op het gebied van zorg die hij/zij levert.</li> <li>- De zorgverlener heeft respect voor normen en waarden van de cliënt, naasten en mantelzorgers.</li> </ul>
<b>Uniek zijn:</b> gezien worden in persoonlijke context, eigen identiteit	<b>Cliënt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Is er aandacht voor wat ik belangrijk en zinvol vind om te doen ook vanuit mijn levensbeschouwing en om contacten die ik wil onderhouden?</li> <li>- Word ik daarbij geholpen indien ik dat wil, met respect voor mijn eigen regie en autonomie?</li> <li>- Zoeken zorgverleners naar de betekenis van mijn gedrag als ik me niet meer kan uitdrukken?</li> <li>- Voel ik mij veilig?</li> <li>- Word ik met respect behandeld?</li> <li>- Is er iets te beleven / te ontdekken en word ik daarbij betrokken?</li> <li>- Kan ik mijn eigen gang gaan, ook als ik geen behoefte heb om iets te doen?</li> <li>- Kan ik zoveel mogelijk mijn eigen keuzes maken, kan ik met eigen spullen mijn kamer inruimen en kan ik zoveel mogelijk mijn leefstijl voortzetten?</li> </ul>
	<b>Zorgverlener</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De zorgverlener kent het levensverhaal van de cliënt en ondersteunt waar mogelijk om dat voort te zetten.</li> <li>- De zorgverleners kennen de persoonlijke wensen behoeften van en risico's bij de cliënt.</li> <li>- De zorgverlener is in staat om veranderd gedrag te duiden of om daar adequate hulp bij te vragen.</li> <li>- De zorgverleners hebben aandacht voor de naasten van de cliënt als onderdeel van zijn eigen leven.</li> <li>- De zorgverlener kan bij het volgen van professionele richtlijnen en standaarden een goede afweging maken in het licht van de persoonlijke situatie en wensen van de cliënt.</li> <li>- Dilemma's worden samen besproken en wordt van geleerd (principe 'pas toe of leg uit').</li> </ul>
<b>Autonomie:</b> behoud van eigen regie over leven en persoonlijk welbevinden	<b>Cliënt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kan ik waar mogelijk mijn eigen leven vorm en inhoud geven zowel in grote als in kleine onderdelen van de dag.</li> <li>- Indien ik zelf de regie niet meer kan nemen, krijgen mijn naasten dan de kans om mijn ogen en oren te zijn en mijn wensen te verwoorden of gedrag toe te lichten en te verklaren?</li> </ul>
	<b>Zorgverlener</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zorgverleners laten zich primair leiden door de eigen wensen van de cliënt. Daarbij geldt als uitgangspunt: liever zelf laten doen dan overnemen.</li> <li>- Cliënten krijgen de kans om zoveel mogelijk zelf sturing over hun leven te houden.</li> <li>- De zorgverleners wegen met de cliënt en zijn naasten de veiligheidsrisico's af tegen de kwaliteit van leven.</li> </ul>

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

## 2 Wonen en welzijn

### Aanbevelingen

- De vier onderscheiden thema's (zingeving, schoon lichaam & schone kleding, inzet vrijwilligers & familieparticipatie en wooncomfort) zijn voor zorgverleners leidend bij kwaliteitsverbetering op het terrein van wonen en welzijn.
- De gegeven uitwerkingen van de vier genoemde thema's dienen als handreikingen te worden voor de instrumenten voor verbetering, het voeren van gesprekken en het ontwikkelen van competenties.
- Het aanpassen van de woonomgeving aan de wensen en mogelijkheden van de verschillende doelgroepen van verpleegzorg verdient specifieke aandacht.

### 2.1 Introductie

Dit thema gaat over de wijze waarop de organisatie en zorgverleners in hun zorg- en dienstverlening oog hebben voor optimale levenskwaliteit en welzijn van cliënten en hun naasten, en de wijze waarop zij gericht zijn op het bevorderen en ondersteunen ervan. Hierbij speelt de zorg van lichaam en geest van de cliënt een rol maar is de woon- en leefomgeving van de cliënt die verpleegzorg ontvangt eveneens van groot belang voor zijn woongenot, beleving van de dag en welbevinden.

In dit kwaliteitskader verpleegzorg worden vier thema's onderscheiden als het gaat om wonen en welzijn van cliënten:

1. Zingeving, zinvolle dagbesteding
2. Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding
3. Familieparticipatie en inzet vrijwilligers
4. Wooncomfort (gastvrijheid, maaltijden, schoonmaak, inrichting)

We gaan er in dit kwaliteitskader vanuit dat de vier onderscheiden thema's leidend zijn bij het verbeteren van kwaliteit op het terrein van wonen en welzijn. De hieronder gegeven uitwerkingen dienen als handreikingen voor gespreksvoering en voor het bepalen van de inhoud van het verbeterinstrumentarium (bijvoorbeeld het houden van (cliënt)besprekingen, cliëntraadplegingen, evaluatie-instrumenten, zorgevaluaties en spiegelgesprekken met naasten). Als ook het ontwikkelen van competenties van zorgverleners.

### 2.2 Uitwerking per thema

De vier thema's op het terrein van wonen en welzijn kennen de volgende uitwerkingen, hetgeen dient als handreiking voor verdere gebruik.

Thema	Uitwerking
Zingeving, zinvolle dagbesteding	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Is er iedere dag een gedifferentieerd activiteiten aanbod (groepsgewijs en individueel) gedurende de dag en 's avonds?</li> <li>- Is aandacht voor bewegen een onderdeel van de dagbesteding?</li> <li>- Is er een vrijwilliger dan wel een professional aanwezig om deze activiteiten te begeleiden?</li> <li>- Is er aandacht voor specifieke levensvragen zoals gevoelens van eenzaamheid, verlies van functies, rouw, depressie, ouderdom en invulling laatste levensfase?</li> <li>- Is geestelijke verzorging bereikbaar?</li> </ul>
Schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kan de cliënt naar eigen wens en behoefte en in overleg met de naasten de dagelijkse persoonlijke verzorging van lichaam en kleding ontvangen? (o.a. bed, bad, toiletgang, haardracht, make-up, bril, gehoorapparaat, kledingkeuze ook in kader van geloofsovertuiging).</li> </ul>

<sup>7</sup> Thema's zijn gebaseerd op informatie uit de analysefase.

Thema	Uitwerking
Familieparticipatie en inzet vrijwilligers	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Krijgen naasten en andere betrokkenen uit het sociale netwerk van de cliënt de ruimte om in de zorg en ondersteuning van de cliënt te participeren? Op welke wijze?</li> <li>- Zijn vrijwilligers aanwezig op de afdeling?</li> <li>- Is het beleid rondom participatie familie en inzet vrijwilligers beschreven en bekend?</li> <li>- Zijn taken en verantwoordelijkheden van familie en vrijwilligers helder?</li> <li>- Hebben vrijwilligers een scholing gekregen voor de betreffende doelgroep waarmee ze werken?</li> </ul>
Wooncomfort (gastvrijheid, maaltijden, schoonmaak en inrichting)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Is inrichting van woonomgeving aangepast aan doelgroep? (privéruimten, recreatieruimten, buitenruimten, verkeersruimten)</li> <li>- Zijn privé, verkeers- en gedeelde (recreatie)ruimten schoon en veilig ingericht?</li> <li>- Worden cliënten in de gelegenheid gesteld met eigen spullen hun kamer in te richten?</li> <li>- Wordt samen met cliënten gekookt?</li> <li>- Worden voor de maaltijden verse ingrediënten gebruikt, is het eten gevarieerd?</li> <li>- Vinden de cliënten de maaltijden smakelijk?</li> <li>- Is er een maaltijdkeuze aanwezig ook aangepast aan geloofsovertuigingen?</li> <li>- Kunnen naasten meekoken en mee-eten?</li> </ul>

## 3 Veiligheid

### Vereisten

- De vijf te onderscheiden indicatoren voor basisveiligheid (medicatieveiligheid, decubituspreventie, gemotiveerd gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen, preventie acute ziekenhuisopname en adequate zorg in laatste levensfase) maken vanaf rapportagejaar 2017 een essentieel onderdeel uit van het jaarlijks openbare kwaliteitsverslag van de zorgorganisatie.
- De uitkomsten op deze vijf te onderscheiden domeinen van veiligheid vormen de basis voor de externe verantwoording en toetsing.
- Iedere organisatie die verpleegzorg heeft per 1-1-17 zelf een incidentencommissie of maakt gebruik van een lokale of regionale incidentencommissie.

### Aanbevelingen

- Het veld dient indicatoren te ontwikkelen voor andere relevante veiligheidsthema's in de verpleegzorg, zoals opsporen van delier, bewegen, ondervoeding, incontinentie, valpreventie, diagnostiek van onbegrepen gedrag, rationeel antibioticagebruik en preventie van acute ziekenhuisopnamen.
- Het veld dient studies naar de epidemiologie van medicatiegebruik (antipsychotica, hypnotica, antidepressiva, antibiotica), ziekenhuisopnames en geriatrische problematiek (decubitus, urineweginfecties, delier, depressie, cognitief verval) te initiëren.
- De informatie over data-behoefte ten behoeve van indicatoren basisveiligheid moeten opgenomen zijn/worden in landelijke informatiesystemen/informatiestandaarden.
- Gezien de medische aard van de vijf onderscheiden thema's op het terrein van basisveiligheid vraagt de Kwaliteitsraad Verenso als beroepsvereniging van SOG om voor 1-1-18 een voorstel te hebben geformuleerd over hoe vanuit de kwaliteitsverslagen van de individuele zorgorganisaties de informatie uit het hoofdstuk veiligheid op een zinvolle manier gebruikt kan worden voor analyse van landelijke trends en de aanbeveling van beleidsopgaven die daaruit voortvloeien.

### 3.1 Introductie

Werken aan zorginhoudelijke kwaliteit betekent dat wordt uitgegaan van professionele standaarden en richtlijnen. Aandacht voor veiligheid daarbinnen betekent dat een organisatie bij cliënten vermijdbare schade zoveel mogelijk voorkomt en leert van veiligheidsincidenten. In wezen gaat het hierbij om risicomanagement: het risicobewustzijn en de risicoreductie.

In dit hoofdstuk staan de afspraken die basisveiligheid van de cliënt in de verpleegzorg moeten garanderen. Dit zijn noodzakelijke afspraken die landelijk worden vastgesteld waar de basisveiligheid van verpleegzorg minimaal aan moet voldoen, waar de zorgorganisatie verantwoording over aflegt en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op naleving toetst. De afspraken zijn gebaseerd op de beschikbare literatuur, praktijkervaringen en op het oordeel van inhoudsdeskundigen. Niet (kunnen) voldoen aan deze afspraken betekent dat de verpleegzorg in de betreffende instelling niet aan het basisveiligheidsniveau voldoet. De Kwaliteitsraad realiseert zich dat normerende afspraken op het terrein van veiligheid op gespannen voet zouden kunnen staan met de ruimte die geboden moet worden in het licht van de persoonsgerichte zorg en ondersteuning. De zorgorganisatie en zorgverleners moeten het vertrouwen krijgen dat zij de juiste keuzen maken in het werk en hun handelwijze in een dialoog kunnen toelichten aan een cliënt, een naaste, een collega en een intern dan wel extern toezichthouder.

Bij verpleegzorg staat multidisciplinaire verzorging, verpleging en ondersteuning van cliënten voorop. Door verzwaren van de zorgvraag en verkorting van de ligduur neemt de complexiteit van verpleegzorg echter hand over hand toe. En daarmee ook de nadruk op medische zorgverlening bij zwaardere pathologie alsook gemotiveerd/gepast afzien van medische behandeling in de laatste levensfase en medische zorgverlening bij het sterven. Dit deel van het zorgproces moet vanzelfsprekend eveneens plaats vinden op een persoonsgerichte, veilige en verantwoorde wijze. Adequate zorg in de laatste levensfase behoort volgens dit kwaliteitskader daarom nadrukkelijk bij afspraken over veiligheid.

Bij alle inhoudelijke onderwerpen, ook voor basisveiligheid, zijn landelijke professionele standaarden leidend bij het maken van lokale afspraken en protocollen. De afspraken die hieruit voortkomen worden in ieder geval in het zorgbeleidsplan van de zorgorganisatie vastgelegd. Ook hier staat samen leren centraal: de resultaten op deze afspraken worden besproken in teams, per locatie en per organisatie en gespiegeld aan de informatie uit eerdere jaren en aan die van andere collega organisaties.

In het kwaliteitskader verpleegzorg worden vijf relevante thema's<sup>8</sup> rondom basisveiligheid benoemd. Hierbij maken we een onderscheid in thema's die gerelateerd zijn aan het in kaart brengen van incidenten als zodanig en thema's die gerelateerd zijn aan het in beeld brengen van achterliggende problemen en eventuele fouten:

1. Medicatieveiligheid
2. Decubituspreventie
3. Gemotiveerd gebruik van vrijheid beperkende maatregelen
4. Preventie van acute ziekenhuisopnamen
5. Adequate zorg in laatste levensfase

Veiligheid houdt niet alleen zorginhoudelijke veiligheid in. Uit andere wettelijke kaders vloeien andere veiligheidseisen voort zoals veiligheid van hulpmiddelen, brandveiligheid, de aanwezigheid van ontruimingsplannen, voedselveiligheid en drinkwaterveiligheid. Er zijn ook wettelijke vereisten rondom klachten en inspraak. Het kwaliteitskader verpleegzorg gaat ervan uit dat de zorgorganisatie zich ook hieraan houdt, maar vermeldt ze verder niet specifiek in dit hoofdstuk.

### 3.2 Toelichting op meten van onderscheiden thema's en hun indicatoren

Bij het borgen van de basisveiligheid rond de hierboven genoemde vijf thema's vormen documenteren en leren binnen de organisatie-eenheden voor verpleegzorg het fundament. Het op dit moment genereren van landelijk valide, betrouwbare en bruikbare indicatoren voor de veiligheid van verpleegzorg wordt beperkt door de grote verschillen in doelgroepen en organisatie-eenheden waarbinnen de veiligheid wordt beoordeeld, het lastig gestandaardiseerd meten van klinische problemen zoals decubitus en infecties, beperkingen in de documentatie en codering en het, in vergelijking met andere zorgsectoren, vrijwel ontbreken van landelijk gestandaardiseerde kwaliteitsregistraties.

Om hierin de komende jaren concrete verbeteringen te realiseren en te komen tot zowel zinvolle als valide en betrouwbare landelijke gegevens wordt voorgesteld te werken langs de volgende lijnen:

- Iedere instelling bepaalt welke de relevante organisatie-eenheden zijn waarbinnen wordt gemeten en verbeterd; dit zullen veelal zorgeenheden met een min of meer naar zorgbehoefte en achterliggende problematiek homogene cliëntengroep betreffen. Deze keuze moet vastgelegd worden in het zorgbeleidsplan.
- Op de vijf genoemde thema's vindt documentatie en groepsreflectie plaats als onderdeel van het reguliere kwaliteitsbeleid. In zorgbeleidsplan en kwaliteitsverslag maakt de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief duidelijk hoe de veiligheid wordt geborgd. Kwantitatieve maten maken zoveel als mogelijk gebruik van landelijk bestaande standaarden en coderingen maar bovenal wordt een invulling gekozen die inzichtelijk en begrijpelijk is voor de lokale organisatie-eenheid en de basis vormt voor leren en verbeteren.
- De gegevens op de vijf veiligheidsthema's worden in het kader van het kwaliteitsbeleid jaarlijks vergeleken en besproken met de beide collega organisaties.
- Rond thema's waarbij op dit moment nog geen valide, betrouwbare en bruikbare landelijke indicatoren bestaan die vergelijking tussen instellingen/organisatie-eenheden rechtvaardigen, wordt gekozen voor landelijke prevalentie studies waarbij binnen een geselecteerde steekproef op een specifiek moment landelijke trends in prevalentie kunnen worden vastgesteld (point prevalence studies); dit kan bijvoorbeeld, in navolging van andere landen, worden gedaan rond het thema medicatie-veiligheid (antipsychotica en antibioticagebruik bij cliënten met dementie), decubitus alsook rondom geriatrische problematiek (urineweginfecties, depressie, cognitief verval).

<sup>8</sup> Thema's zijn gekozen op basis van studie van de wetenschappelijke literatuur op terrein van zorg- en kwaliteitsstandaarden aangevuld met actuele informatie IGZ over bruikbare risico-indicatoren.

- Voor thema's waarbij sprake is van een verplichte landelijke melding (bijvoorbeeld vrijheidsbeperkende maatregelen) kan de landelijke registratie als informatiebasis worden gebruikt maar dienen gegevens te kunnen worden herleid tot de organisatie-eenheden.
- Voor het thema ongeplande (psychiatrische) ziekenhuisopnames kunnen administratieve databases worden gebruikt maar ook hier dient primair inzicht te bestaan binnen de organisatie-eenheden van verpleegzorg over de frequentie en aard van ongeplande ziekenhuisopnames om te leren hoe deze mogelijk zijn te voorkomen.
- Gezien de medische aard van de vijf onderscheiden thema's op het terrein van basisveiligheid vraagt de Kwaliteitsraad Verenso als beroepsvereniging van SOG om uiterlijk 31 december 2017 een voorstel te hebben geformuleerd over hoe vanuit de kwaliteitsverslagen van de individuele zorgorganisaties de informatie uit het hoofdstuk Veiligheid op een zinvolle manier gebruikt kan worden voor analyse van landelijke trends en het articuleren van beleidsopgaven die daaruit voort kunnen vloeien.

### 3.3 Uitwerking per thema

De vijf thema's op het terrein van basisveiligheid zijn verder uitgewerkt in sub-thema's en bijbehorende informatieverzameling en weergave in indicatoren.

1. Medicatie	
	Indicator
Medicatieveiligheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % cliënten bij wie elke drie maanden een formele medicatiereview plaatsvindt door apotheker en SOG.</li> <li>- Aantal geregistreerde medicatiefouten (MIC). Volgen van de trends in medicatiefouten binnen de organisatie-eenheden van de instelling en verantwoording over de opvolgende verbeteracties.</li> <li>- Weergave in het kwaliteitsverslag.</li> </ul>
Antipsychoticagebruik	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Binnen organisatie-eenheden documenteren (ATC-codes) en prevalentie van gebruik (% bewoners) en reflecteren (in FTO, maar ook met de beide zusterorganisaties) op aard en omvang van het antipsychoticagebruik.</li> <li>- Weergave in het kwaliteitsverslag.</li> </ul>
Antibiotica gebruik	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Binnen de organisatie-eenheden documenteren (ATC-codes) en reflecteren (bv ook in FTO) op aard en omvang antibiotica gebruik. Als % van het aantal bewoners.</li> <li>- Weergave in kwaliteitsverslag mede in relatie tot voorkomen urineweginfecties en infecties van de luchtwegen</li> </ul>
2. Decubitus (graad 2-4)	
	Indicator
Preventie van decubitus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wekelijkse screening van huid(letsel), voedingstoestand, mondzorg, incontinentie-letsel bij alle bedlegerige of immobiele cliënten.</li> <li>- Weergave in kwaliteitsverslag.</li> </ul>
Aanwezigheid van decubitus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevalentie decubitus graad 2 en 3</li> <li>- Prevalentie decubitus graad 4</li> <li>- Primair aantoonbaar maken dat binnen organisatie-eenheden voorkomen en voorkomen van decubitus wordt gedocumenteerd en besproken.</li> <li>- Weergave in het kwaliteitsverslag.</li> </ul>
3. Vrijheid beperkende maatregelen	
	Indicator
Inzet VBM	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wat is % cliënten bij wie in de afgelopen 30 dagen een vrijheid beperkende maatregel als verpleegdeken en/of jumpsuit/hansop is toegepast en wat was reden inzet</li> <li>- Weergave in het kwaliteitsverslag.</li> </ul>
Letssel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevalentie, type letssel groot en klein</li> </ul>

3. Vrijheid beperkende maatregelen	
	Indicator
Evaluatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Is bij de cliënten bij wie in de afgelopen 30 dagen VBM is getroffen, deze maatregel per soort geëvalueerd met cliënt/naasten? Niet alleen maatregel maar ook proces voor inzet van maatregel. Is vooraf voldoende naar alternatieven gezocht?</li> <li>- Weergave in het kwaliteitsverslag en weergave door IGZ over trends op basis van meldingen.</li> </ul>
4. Ziekenhuisopnamen	
	Indicator
Aantal ongeplande opnamen in (psychiatrisch) ziekenhuis per organisatie-eenheid over een bepaalde tijdsperiode	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incidentie opname (psychiatrisch) ziekenhuis /insturen SEH per organisatie-eenheid/ per doelgroep</li> <li>- Weergave in het kwaliteitsverslag.</li> </ul>
Redenen ziekenhuisopnamen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ziekenhuisopnamen ten gevolge van:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vallen</li> <li>- Luchtweginfectie/urine­weginfectie</li> <li>- Delier</li> <li>- Heupfractuur</li> <li>- CVA</li> <li>- Onbegrepen gedrag</li> </ul> </li> <li>- Weergave in het kwaliteitsverslag</li> </ul>
5. Adequate zorg in laatste levensfase	
	Indicator
Advanced care planning zorgpad (ACP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aantal cliënten waarmee aantoonbaar de zorg in laatste levensfase is besproken, inventarisatie wensen wat cliënten nog wel willen o.a. comfort en niet willen.</li> <li>- Weergave in het kwaliteitsverslag.</li> </ul>
Vastgelegde afspraken vanuit ACP gesprek	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gedocumenteerde afspraken rondom wensen comfort én behandelbeperkingen o.a. niet-reanimeren beleid, geen antibiotica, geen bloedproducten, geen ziekenhuisopname.</li> <li>- Staken van preventieve medicatie</li> <li>- Staken vocht- en voedsel toediening</li> <li>- Pijnstilling</li> <li>- Palliatieve zorg/ palliatieve sedatie</li> <li>- Euthanasie</li> <li>- Weergave in het kwaliteitsverslag.</li> </ul>
Effectuering afspraken ACP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mate waarin afspraken uit ACP worden geëffectueerd in de praktijk (hoeveel cliënten in afgelopen jaar behandelbeperkingen, palliatieve zorg, et cetera)</li> <li>- Weergave in het kwaliteitsverslag.</li> </ul>



## 4 Leren en verbeteren van kwaliteit

### Vereisten

- Professionele medische, verpleegkundige en sociaalpsychologische richtlijnen en protocollen zijn het uitgangspunt voor kwaliteit van professioneel handelen.
- Elke zorgorganisatie die verpleegzorg levert, heeft in de loop van 2017 een zorgbeleidsplan opgesteld volgens de in dit hoofdstuk geschetste werkwijze.
- Elke zorgorganisatie die verpleegzorg levert verzorgt vanaf het rapportagejaar 2017 de interne én externe verantwoording in één document aan. Dit vindt plaats door middel van een jaarlijks kwaliteitsverslag, dat in het eerste kwartaal van het jaar volgend op het rapportagejaar verschijnt.
- Elke zorgorganisatie die verpleegzorg levert maakt uiterlijk 1-7-2017 deel uit van een permanent lerend netwerk met tenminste twee andere collega zorgorganisaties.
- In elke zorgorganisatie die verpleegzorg levert vindt een vijfjaarlijkse kwaliteitsvisite plaats door de beroepsorganisatie van specialisten ouderengeneeskunde.

### Aanbevelingen

- Erkende kwaliteitscertificaten zoals HKZ dienen op basis van het kwaliteitskader verpleegzorg hun certificatieschema te herijken.
- Beroepsorganisaties worden opgeroepen om het initiatief te nemen voor het ontwikkelen (of reviseren) van (multidisciplinaire) richtlijnen en protocollen, die tripartite worden aangeboden voor opname in het register van het Zorginstituut.
- Elke zorgorganisatie beschikt eind 2017 over een kwaliteitsmanagementsysteem.
- De individuele beroepsorganisaties dienen samen een multidisciplinaire kwaliteitsvisite te gaan ontwikkelen zodat op termijn in elke zorgorganisatie die verpleegzorg levert een vijfjaarlijkse kwaliteitsvisite plaats kan vinden vanuit multidisciplinair perspectief.
- Nieuwe kennis en ervaringen die beschikbaar komt vanuit de collegiale uitwisselingen tussen zorgorganisaties zou actief verbonden moeten worden met onderzoek, onderwijs en beleid. Hierin is een rol weggelegd voor (universitaire) kennisnetwerken en kennisinstituten.

### 4.1 Introductie

Continu werken aan het verbeteren van kwaliteit is de norm voor een goede zorgorganisatie en professionele zorgverleners; dat is niet vrijblijvend. Het ontbreken van een interne leer- en ontwikkelcyclus is een teken van ondermaatse kwaliteit. Zorgverleners en zorgorganisaties krijgen vanuit dit kwaliteitskader de verantwoordelijkheid én het vertrouwen om in de lokale context, in de dagelijkse praktijk en in dialoog continu aan de verbetering van kwaliteit van zorg te werken.

Lerend verbeteren van kwaliteit van verpleegzorg betekent dat zorgverlener en zorgorganisatie op dynamische en lerende wijze zorg dragen voor goede kwaliteit van zorg en goede kwaliteit van leven voor cliënten, daarbij gebruikmakend van de best beschikbare kennisbronnen zoals professionele richtlijnen, wetenschappelijk gefundeerde literatuur, landelijke en lokale data en kwalitatieve informatie, en structurele contacten met collega organisaties.

In dit kwaliteitskader ligt de nadruk meer op een dynamisch ontwikkelproces van leren en verbeteren dan op de verantwoording en handhaven aan de hand van gedetailleerde indicatoren. Niet zozeer de foto, maar de film van hoe een zorgorganisatie met zijn zorgverleners gedurende een bepaalde periode aan de verbetering van kwaliteit van verpleegzorg werkt (inclusief waardigheid cliënten en trots van zorgverleners), is van belang. De wijze van verantwoording van kwaliteit door de zorgorganisatie is derhalve passend bij dit dynamische ontwikkelproces, hetgeen ook van belang is vanuit het perspectief van beperking van administratieve lasten. In dit kwaliteitskader wordt eveneens uitgegaan van het belang van transparantie en openbaarheid van informatie welke voortvloeit uit het werken aan leren en verbeteren van kwaliteit van verpleegzorg.

In het kwaliteitskader verpleegzorg worden 5 thema's<sup>9</sup> onderscheiden die van belang zijn voor het leren over en verbeteren van kwaliteit van verpleegzorg op organisatieniveau.

1. Kwaliteitsmanagementsysteem
2. Jaarlijks zorgbeleidsplan
3. Jaarlijks kwaliteitsverslag
4. Jaarlijkse verbeterplan en continue verbeteren door zorgverleners
5. Deel uitmaken van een lerend netwerk

## 4.2

### Uitwerking per thema

De vijf thema's op het terrein van leren over en samenwerken aan kwaliteit van zorg kunnen verder onderverdeeld worden in sub-thema's en uitwerkingen.

Thema	Uitwerking
Kwaliteitsmanagementsysteem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het voldoen aan een (erkend) kwaliteitssysteem voor de zorg. Borging kan plaatsvinden door certificering.</li> <li>- Het werken aan kwaliteit volgens managementprincipes waardoor heldere verantwoordelijkheidsverdelingen aanwezig zijn en check &amp; balances waaruit blijkt dat daadwerkelijk wordt gewerkt op het terrein van (zorginhoudelijke) kwaliteit en veiligheid.</li> </ul>
Jaarlijks zorgbeleidsplan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beschikbaarheid van een jaarlijks geüpdatet plan dat is samengesteld in samenwerking met (een vertegenwoordiging van) cliënten/naasten, (para)medici en verpleegkundigen en verzorgenden met daarin onder andere een beschrijving van doelgroepen, zorgzwaarte, typen zorg die verleend wordt en de omvang en kwalificatieniveaus van zorgverleners (personeelssamenstelling).</li> <li>- Tevens bevat het zorgbeleidsplan een nadere uitwerking van beleid en maatregelen op in ieder geval de 8 thema's van dit kader. Zie bijlage 2 voor nadere uitwerking van inhoud zorgbeleidsplan.</li> <li>- Het zorgbeleidsplan wordt (indien nodig) jaarlijks geüpdatet en wordt voorafgaand aan de vaststelling voor feedback voorgelegd aan tenminste twee collega-organisaties van het lerend netwerk.</li> <li>- Het zorgbeleidsplan maakt nadrukkelijk onderdeel uit van de begrotings- en jaarplancyclus in een zorgorganisatie.</li> <li>- De Raad van bestuur is eindverantwoordelijk voor en daarmee aanspreekbaar op het zorgbeleidsplan.</li> <li>- Eind 2017 heeft elke zorgorganisatie die verpleegzorg levert een zorgbeleidsplan opgesteld volgens boven geschetste werkwijze.</li> </ul>
Jaarlijks kwaliteitsverslag	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jaarlijks brengt de zorgorganisatie een kwaliteitsverslag uit. Deze rapportage is gebaseerd op de evaluatie van de doelstellingen en kwaliteitsaspecten van het zorgbeleidsplan inclusief feedback op zorgbeleidsplan door beide collega-organisaties, en volgt daarmee ook de hoofdstukken van het zorgbeleidsplan (zie bijlage 2).</li> <li>- Cliëntraadpleging als informatiebron voor de evaluatie van zorg is een vast onderdeel van het kwaliteitsverslag. De vorm van de cliëntraadpleging is op basis van een erkend kwantitatief dan wel kwalitatief instrument naar keuze.</li> <li>- Het concept kwaliteitsverslag moet binnen een maand besproken worden met vertegenwoordiging van cliënten/naasten, (para)medici en verpleegkundigen en verzorgenden en met tenminste twee collega-zorgorganisaties uit het lerend netwerk. Daarna vindt vaststelling plaats;</li> <li>- Dit kwaliteitsverslag dient als interne verantwoording (Cliëntenraad, Ondernemingsraad, Raad van Toezicht) en is tevens een op een te gebruiken als externe verantwoording (inkoop, IGZ en keuze-informatie cliënten).</li> <li>- Het kwaliteitsverslag is een openbaar document en staat in integrale versie en als cliëntenversie op website van de zorgorganisatie.</li> <li>- In 2018 vindt bij alle zorgorganisaties die verpleegzorg leveren de externe verantwoording over 2017 op deze wijze plaats.</li> </ul>

<sup>9</sup> Thema's zijn voortgekomen uit IGZ informatie en bevindingen tijdens analysefase

Thema	Uitwerking
<p>Jaarlijks verbeterplan en continue werken aan verbeteren door zorgverleners</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elke zorgorganisatie stelt na evaluatie van het zorgbeleidsplan over het afgelopen jaar, een verbeterplan op per relevante organisatorische eenheid<sup>10</sup> voor het volgend jaar. Het verbeterplan is de basis van het zorgbeleidsplan van het volgend jaar en is in de organisatie geborgd qua opvolging van acties en uitkomsten.</li> <li>- Het verbeterplan is gemaakt in samenwerking met (een vertegenwoordiging van) cliënten/naasten, (para)medici en verpleegkundigen en verzorgenden.</li> <li>- Met het verbeterplan werken de zorgverleners in de praktijk op kort cyclische ontwikkelingsgerichte wijze. Continue reflectie en dialoog vindt plaats: doen we de goede dingen en doen we die dingen goed? Wat leren we hiervan, wat betekent het voor onze doelen en samenwerking?</li> <li>- Het verbeterplan is voor vaststelling voor feedback voorgelegd aan de beide collega-organisaties van het lerend netwerk.</li> <li>- In 2018 hebben alle zorgorganisaties die verpleegzorg leveren een verbeterplan op deze wijze samengesteld.</li> </ul>
<p>Deel uit maken van een lerend netwerk</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elke zorgorganisatie die verpleegzorg levert maakt eind 2017 deel uit van een lerend netwerk met tenminste twee verschillende collega zorgorganisaties. Drie verpleeghuizen onder één Raad van bestuur vallen zijn geen lerend netwerk.</li> <li>- Hierin wordt in ieder geval aantoonbaar samengewerkt rondom het zorgbeleidsplan, het kwaliteitsverslag en het verbeterplan.</li> <li>- Actieve onderlinge uitwisseling vindt plaats door bijvoorbeeld bezoek, consultatie en intervisie van personeel en intervisie van bestuurders.</li> <li>- Zorgverleners uit de diverse onderscheiden domeinen waaronder de Raad van bestuur moeten de gelegenheid en tijd krijgen om minimaal een keer per jaar 1 dag bij een collega zorgorganisatie in het lerend netwerk mee te lopen.</li> <li>- Uitwisseling van kennis al dan niet door technologie ondersteund, is hier eveneens een onderdeel van. Nieuwe kennis die hierdoor beschikbaar komt, zou actief verbonden moeten worden met onderzoek, onderwijs en beleid.</li> <li>- De zorgorganisatie is zelf verantwoordelijk voor het tot stand brengen van een netwerk dat tenminste bestaat uit twee verschillende collega zorgorganisaties naast de eigen organisatie. Bij de keuze van netwerkpartners staat het leren en de praktische werkbaarheid centraal.</li> <li>- Een lerend netwerk bestaat uit zorgverleners die zorgen voor minimaal 120 cliënten en kent geen maximum.</li> </ul>

<sup>10</sup> Een zorgorganisatie is vrij in de keuze wat gezien doelgroep of aard van de zorg een relevante organisatorische eenheid is. Dat kan zijn een locatie, een regio of een wooneenheid/afdeling.

## 5 Leiderschap, governance en management

### Vereisten

- Uiterlijk 1-1-2018 heeft elke zorgorganisatie professionele inbreng in het aansturen van de organisatie geborgd, ofwel door opname van een specialist ouderengeneeskunde (SOG) en/of senior verpleegkundige MSc en/of sociaalpsychologische zorgverleners als lid van de Raad van Bestuur, dan wel door structureel maandelijks overleg tussen de Raad van bestuur met vertegenwoordigers van de genoemde beroepsgroepen.
- Vanaf 1-1-2017 loopt de Raad van bestuur minimaal een dag per jaar binnen de eigen zorgorganisatie mee in het primaire proces.
- Vanaf 1-1-2017 werkt elke Raad van bestuur van een zorgorganisatie voor verpleegzorg volgens de geldende versie van de Zorgbrede Governance Code.
- De leiderschapsstijl en gedrag van de Raad van bestuur is ondersteunend aan dit kwaliteitskader verpleegzorg. De Raad van bestuur is eindverantwoordelijk voor de toepassing ervan en de Raad van Toezicht ziet hier actief en aantoonbaar op toe.

### Aanbeveling

- De Raad van bestuur stimuleert in het licht van kwaliteitsverbetering van verpleegzorg de oprichting van een Verpleegkundige/verzorgende Adviesraad (VAR) dan wel een Professionele Adviesraad (PAR) in zijn/haar organisatie.

### 5.1

#### Introductie

Dit thema gaat over hoe binnen een zorgorganisatie de verantwoordelijkheid, risicomanagement, besluitvorming en het invulling geven aan de strategische, statutaire en financiële verplichtingen belegd zijn.

Dit kwaliteitskader geeft een aantal lijnen aan die van cruciaal belang zijn voor kwaliteit van verpleegzorg. (a) De persoonsgerichte zorg- en ondersteuning van de cliënt en het belang van de relatie tussen cliënt, zorgverlener en zorgorganisatie voor de kwaliteit van zorg. (b) Het faciliteren en in hun kracht zetten van de zorgverleners en (c) Het niet vrijblijvende dynamische ontwikkelproces van leren en verbeteren van kwaliteit van zorg met verantwoording die daaraan dienend is. De rol en het leiderschap van de Raad van bestuur van de zorgorganisatie is hieraan actief ondersteunend en stimulerend. De Raad van Toezicht ziet toe op de uitvoering hiervan.

In het kwaliteitskader verpleegzorg worden zes thema's onderscheiden als het gaat om leiderschap, governance en management.

1. Visie op zorg
2. Sturen op kernwaarden
3. Leiderschap en goed bestuur
4. Rol en positie interne organen en toezichthouder(s)
5. Inzicht hebben en geven
6. Medische-, verpleegkundige-, sociaalpsychologische expertise expliciet verankerd

## 5.2 Uitwerking per thema

De zes thema's op het terrein van leiderschap, governance en management kennen de volgende uitwerkingen.

Thema	Uitwerking
Visie op zorg	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De organisatie formuleert in samenspraak met belanghebbenden een heldere visie op haar meerwaarde voor cliënten en hun naasten: waar gaat en staat de organisatie voor?</li> <li>- De organisatie formuleert in samenspraak met belanghebbenden een visie op (medische) zorg- en behandeling vanuit de focus kwaliteit van leven.</li> <li>- Bovenstaande onderdelen van de visie zijn opgenomen in het zorgbeleidsplan.</li> </ul>
Sturen op kernwaarden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De organisatie stelt de persoonsgerichte zorg en ondersteuning centraal en borgt de veiligheid van de cliënt ten alle tijden.</li> <li>- De organisatie creëert de randvoorwaarden voor het vakmanschap van haar zorgverleners.</li> <li>- De organisatie zorgt voor synergie tussen cultuur en regels, met als doel een cultuur te creëren van waaruit de juiste zaken geregeld worden en het gewenste gedrag mogelijk is.</li> </ul>
Leiderschap en goed bestuur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De Raad van bestuur stelt zich ondersteunend, faciliterend en transparant op naar alle zorgverleners en cliënt/naasten binnen de organisatie.</li> <li>- De Raad van bestuur van de zorgorganisatie maakt verbinding met en tussen binnen- en buitenwereld.</li> <li>- De Raad van bestuur heeft overzicht op de verantwoordelijkheden van de organisatie en specifiek ook op zijn/haar verantwoordelijkheden ten aanzien van kwaliteit.</li> <li>- De Raad van bestuur grijpt tijdig in als dat voor borging van de veiligheid en kwaliteit van de zorg noodzakelijk is, alsmede voor aspecten die de kwaliteit van leven van cliënten ondersteunen.</li> <li>- De Raad van bestuur zorgt ervoor dat opbouw en de omvang van het personeelsbestand bij de taken en de doelgroep passen.</li> <li>- De organisatie werkt volgens de afspraken van de geldende Zorgbrede Governance Code.</li> </ul>
Rol en positie interne organen en toezicht-houder(s)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De Raad van bestuur faciliteert het werk van de cliëntenraad.</li> <li>- De Raad van bestuur werkt in de zeggenschap volgens wettelijke kaders van Wet op de OndernemingsRaden (WOR) en Wet Kwaliteit klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz).</li> <li>- De Raad van bestuur stimuleert oprichting van een VAR dan wel PAR.</li> <li>- Raad van Toezicht ziet toe op het volgen Zorgbrede Governance Code en de ondersteunende leiderschapsstijl van de bestuurder.</li> </ul>
Inzicht hebben en geven	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De Raad van bestuur stuurt nadrukkelijk de werking van het dynamisch kwaliteitsontwikkelproces zoals beschreven in hoofdstuk 4. Op de totstandkoming, het gebruik en evaluatie van zorgbeleidsplan en het maken van een kwaliteitsverslag met daarin een nadrukkelijke rol van cliënten en andere interne en externe belanghebbenden.</li> <li>- Raad van bestuur speelt een actieve rol bij totstandkoming en actief onderhouden van lerend (regionaal) netwerk.</li> <li>- De organisatie maakt duidelijke afspraken over de verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorgverleners in de keten.</li> <li>- De Raad van bestuur loopt minimaal 1 dag per jaar binnen de eigen zorgorganisatie tijdens een hele dienst mee met zorgverleners.</li> </ul>
Medisch-, verpleegkundige en/of sociaal psychologische expertise expliciet verankerd	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uiterlijk eind 2017 heeft elke zorgorganisatie professionele inbreng in het aansturen van de organisatie geborgd, ofwel door opname van een specialist ouderengeneeskunde (SOG) en/of senior verpleegkundige MSc en/of sociaalpsychologische zorgverleners als lid van de Raad van bestuur, dan wel door structureel maandelijks overleg tussen de Raad van bestuur met SOG, HBO-opgeleide verpleegkundige en sociaalpsychologisch zorgverlener.</li> </ul>

## 6 Personeelssamenstelling (voldoende en vakbekwaam personeel)

### Vereisten

- Het personeelsbestand, de aard van de aanstellingen, het kwalificatieniveau en het aantal (niet)gediplomeerden binnen de (para)medische, verpleegkundige, verzorgende, psychosociale en vrijwillige/informele kolom is onderdeel van het zorgbeleidsplan en kwaliteitsverslag. Vooruitlopend hierop publiceert elke zorgorganisatie de gegevens van 2017 uiterlijk 1-7-2017 op zijn website.
- Zorgorganisaties moeten voor hun personeelssamenstelling gebruik maken van de kaders die beschreven zijn in paragraaf 3 van dit hoofdstuk, totdat de sector context afhankelijke en doelgroepgebonden normen heeft ontwikkeld voor voldoende en vakbekwaam personeel.
- Vanaf 1-1-18 is voor iedere zorgverlener tijd en ruimte om in ieder geval een dag per jaar mee te lopen bij een collega organisatie uit het lerend netwerk.
- Er is voldoende tijd en ruimte voor zorgverleners om te leren en te ontwikkelen via feedback, intervisie, reflectie en scholing. De omvang en aard hiervan wordt vastgelegd in het zorgbeleidsplan en kwaliteitsverslag.

### Aanbevelingen

- De informatie en nieuwe kennis die vanuit de lokale validatie voortkomt wordt ingebracht voor nader onderzoek door de (universitaire) kennisnetwerken en kennisinstellingen.
- De zorgkantoren moeten de contractering baseren op de aanbevelingen van dit kwaliteitskader.
- Opleidingen moeten anticiperen op de verwachte verschuivingen die optreden door de aanbevelingen over de personeelssamenstelling uit dit kwaliteitskader.
- De Kwaliteitsraad vraagt de beroepsverenigingen Verenso en V&VN op uiterlijk 1-7-2017 met een definitieve norm voor bereikbaarheid en beschikbaarheid te komen.

### 6.1

#### Introductie

Zonder voldoende, bevoegd en bekwaam personeel kan er geen kwalitatief verantwoorde verpleegzorg worden geleverd. De personeelssamenstelling van een zorgaanbieder is geen statisch gegeven en kan qua behoefte van dag tot dag verschillen. Het proactief omgaan met de benodigde en beschikbare zorgverleners bestaat uit het tijdig organiseren van voldoende zorgverleners met het noodzakelijke aantal, vaardigheden en competenties om tegemoet te komen aan de wensen en behoeften van de cliënten waaraan de zorgorganisatie zorg en ondersteuning levert.

#### *Geen generieke landelijke kwantitatieve norm voor zorgverleners*

In de analysefase van de totstandkoming van dit kwaliteitskader is uit een nadere studie van de literatuur gebleken dat nauwelijks bewijs te vinden is voor generieke landelijke kwantitatieve normen voor zorgverleners zoals de vaak genoemde twee zorgverleners op acht bewoners. De volgende factoren spelen daarbij een rol:

- Er is nauwelijks bewijs over een eenduidig causaal verband tussen kwaliteit van zorg en de personeelsmix (kwantitatieve en kwalitatieve inzet van personeel)<sup>11</sup>.
- In het enkele geval dat er wél een verband is gevonden, is gezien de sterk afwijkende context de informatie niet bruikbaar voor de situatie van de Nederlandse verpleegzorg.

Naast onvoldoende bewijs vanuit de literatuur laat de praktijk geluiden horen over het realiteitsgehalte van een landelijke kwantitatieve norm voor personele bezetting. Hiervoor worden als redenen genoemd:

<sup>11</sup> Meer is niet perse beter. De relatie tussen de personele inzet en de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen. Hamers e.a. Academische Werkplaats Maastricht. Maart 2016

- Kwantitatieve normen houden onvoldoende rekening met de grote diversiteit in cliëntgroepen die verpleegzorg ontvangen en met de grote diversiteit in de omgeving waarin verpleegzorg wordt geleverd.
- Onvoldoende beschikbaarheid op korte termijn van gekwalificeerde zorgverleners door een (te) krappe arbeidsmarkt.
- Het achterblijven van investeringen in het onderwijs om op korte termijn aan de stijgende vraag naar gekwalificeerde zorgverleners te voldoen.

### Welke insteek dan wél?

Wanneer op dit moment een landelijke norm voor zorgverleners niet realiseerbaar en realistisch is, is de vraag relevant hoe dit cruciale thema binnen de kwaliteit van verpleegzorg dan wél in te vullen? De Kwaliteitsraad staat een aanpak voor die aansluit bij de lokale context van de zorgorganisatie en de uitgangspunten van dit kwaliteitskader als de persoonsgerichte ondersteuning en het samen ontwikkelen, leren en werken aan kwaliteit van verpleegzorg o.a. door het opstellen en evalueren van het zorgbeleidsplan waarin de personeelssamenstelling een nadrukkelijk plaats heeft. Afhankelijk van de aard van de doelgroep van cliënten, het type verpleegzorgorganisatie en de lokale context kan een andere mix naar aard en volume van verschillende types zorgverleners en vrijwilligers de optimale zijn. De Kwaliteitsraad hecht eraan dat iedere organisatie zelf reflecteert over de noodzakelijk balans tussen de aard van de te verlenen zorg en de daarvoor noodzakelijke personeelssamenstelling. Deze reflectie, en de gekozen lokale normering, dienen echter inzichtelijk te zijn voor cliënten, naasten, zorgkantoren, IGZ en andere maatschappelijke partijen. Daarbij is openbaarheid van informatie over de personele situatie van essentieel belang (gegevens delen, vastleggen, bespreken en publiceren in jaarlijks kwaliteitsverslag en op de website van de zorgorganisatie). De Kwaliteitsraad geeft daarom kaders mee voor ontwikkeling en voor het werken in de tussenliggende periode.

## 6.2

### Kaders voor ontwikkeling

- De Kwaliteitsraad onderscheidt de volgende stappen om te kunnen komen tot een passende lokale kwalitatieve en kwantitatieve personeelsmix voor individuele zorgorganisaties die verpleegzorg leveren.
- In het zorgbeleidsplan en het bijbehorende kwaliteitsverslag geeft de zorgorganisatie (openbaar) inzicht in de huidige situatie van het personeelsbestand, de aard van de aanstellingen, het kwalificatieniveau en het aantal (on)gediplomeerden binnen de (para)medische, verpleegkundige, verzorgende, psychosociale en vrijwillige/informele kolom. Ook wordt aangegeven waar de knelpunten zitten en wat onderliggende oorzaken van deze knelpunten zijn. Deze informatie publiceert elke zorgorganisatie op zijn website.
- In het zorgbeleidsplan en daaraan gekoppelde verbeterplan wordt een toekomstig beeld van de personele samenstelling geschetst op basis van ontwikkelingen in de vraag van de doelgroepen en lokale situatie. Er wordt een strategische personeelsplanning gemaakt door de zorgorganisatie om te komen tot de gewenste situatie op het terrein van personele samenstelling per doelgroep en zorgomgeving. Het streven is om te komen tot een wenselijke balans in aard en omvang van personeel om de kwaliteit van verpleegzorg op verantwoorde wijze te kunnen (blijven) leveren. Acties om te komen tot de wenselijke situatie worden in het zorgbeleidsplan beschreven.
- De sector moet werken aan een context-gebonden normering, waarbij de volgende activiteiten onderscheiden kunnen worden:
  - Transparant maken van huidige personele situatie per doelgroep/setting per zorgorganisatie.
  - Op basis van de zorgbeleidsplannen en het kwaliteitsverslag monitoren en leren van welke personeelsmix welke uitkomsten kent. Hierin kunnen academische kennisnetwerken, kennisinstututen en opleiders een rol spelen.
  - Toewerken naar verdere normering op basis van de verkregen informatie.
- Gezien de feitelijke veranderingen in de zorgzwaarte, complexiteit van zorg en daling van de verblijfsduur van cliënten met een behoefte aan verpleegzorg, is het evident dat het competentieniveau in de verpleegzorg over de hele linie omhoog gebracht moet worden. Aandacht voor instroom, aansluiting op het onderwijs en (regionale) inbedding is daarbij van essentieel belang.

### 6.3 Kaders voor de praktijk in de tussenliggende periode

Naast kaders voor ontwikkeling van een context-gebonden norm stelt de Kwaliteitsraad kaders waarmee Zorgorganisaties in de tussentijd moeten werken. De uitgangspunten hiervoor zijn:

#### Zorginhoudelijk

- Verantwoorde zorg (kwaliteit en veiligheid op basis van risico-inschatting) wordt geboden.
- Persoonsgerichte zorg en ondersteuning is de kern van het handelen van iedere zorgverlener.
- Aansluiten bij de rol van de familie als partner in de zorg en expliciteren van verwachtingen.

#### Personeels-technisch

- Voldoen aan wettelijke kaders (ARBO, CAO, Arbeidstijdenbesluit, etc.).
- Bezetting die gezond werken en een zelf te reguleren werkdruk stimuleert.
- Vakkundige en flexibele bezetting waarmee de opdracht (verantwoorde, persoonsgerichte zorg en leren in het werk) gerealiseerd wordt.

#### Bedrijfsmatig

- Continuïteit van de zorg en productie wordt gegarandeerd.
- Doelmatige organisatie van zorg die een zo hoog mogelijke productiviteit mogelijk maakt.

Bovenstaande beleidsuitgangspunten zijn vertaald in de volgende kaders voor voldoende en bekwaam personeel. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen (1) aandacht, aanwezigheid en toezicht, (2) specifieke kennis en vaardigheden en (3) reflectie, leren en ontwikkelen.

#### 1. Aandacht, aanwezigheid en toezicht

- Tijdens intensieve zorgmomenten (zoals opstaan) zijn er twee zorgverleners aanwezig.
- Tijdens de dag en avond is er iemand in de huiskamer of gemeenschappelijke ruimte om de aanwezige bewoners de benodigde aandacht en nabijheid te bieden en toezicht te houden. Hierbij kan ook gedacht worden aan de inzet een vrijwilliger of familielid, maar de Kwaliteitsraad vraagt wel nadrukkelijke aandacht voor de begrenzingen over de inzet van vrijwilligers (bevoegd en bekwaam, belasting versus belastbaarheid).
- De zorgverleners die in direct contact zijn met de cliënten, kennen hun naam, zijn op de hoogte van hun achtergrond en persoonlijke wensen.
- In iedere dagdienst (ook in het weekend) is iemand aanwezig die los van zorgtaken de juiste kennis en competenties heeft om aandacht te besteden aan zingeving/zinvolle daginvulling van cliënten.

#### 2. Specifieke kennis, vaardigheden

- Ongeacht de dienst (dus ook de nachtdienst) is er altijd iemand aanwezig die met zijn kennis en vaardigheden aansluit bij de (zorg)vragen en (zorg)behoeften van de cliënten en bevoegd en bekwaam is voor de vereiste zorgtaken.
- Er is in de organisatorische eenheid voor cliënten met een indicatie verblijf met verpleging of behandeling, 7 x 24u een BIG geregistreerde verpleegkundige binnen 30 minuten ter plaatse.<sup>12</sup>
- Er is in de organisatorische eenheid voor cliënten met een indicatie verblijf en verpleging of behandeling 7 x 24u een arts bereikbaar en oproepbaar. Deze arts reageert direct en is binnen 30 minuten ter plaatse.<sup>12</sup>
- Tijdens een dienst zijn aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit zoals: opschalen van personeel (inzetten mobiel team), inroepen SOG, overleg medisch specialist (klinisch geriater, psychiater) of gedragsdeskundige, tijdelijke overplaatsing cliënt naar 'bijtank'-afdeling in dezelfde zorgorganisatie, inschakelen CCE, ingang zetten meer-zorg.

<sup>12</sup> Deze twee punten zijn indicaties. De Kwaliteitsraad vraagt de beroepsverenigingen Verenso en V&VN op uiterlijk 1 juli 2017 met een definitieve norm voor bereikbaarheid en beschikbaarheid te komen.



### 3. Reflectie, leren en ontwikkelen

- Er is 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 zorgbeleidsplan.
- Vanaf 1-1-18 is voor iedere zorgverlener tijd en ruimte om in ieder geval een dag per jaar mee te lopen bij een collega organisatie uit het lerend netwerk.
- Er is voldoende tijd beschikbaar om als EVV-er of contactverzorgende deel te nemen aan multidisciplinair overleg.
- Methodisch werken en multidisciplinair werken vormen de basis van verpleegzorg. Een deel van de deskundigheidsbevordering besteedt aan deze aspecten (multidisciplinaire) aandacht.
- 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).
- Periodieke functionerings- en beoordelingsgesprekken waarin competentie- en loopbaanontwikkeling aan de orde komen.

## 7 Gebruik van hulpbronnen

### Vereisten

- De benodigde hulpbronnen en de wijze waarop deze dienend zijn aan het primair proces worden vanaf 2017 beschreven in het zorgbeleidsplan en gaan mee in de cyclus van kwaliteitsverslag, bespreking met interne en externe stakeholders en verbeterplan.

### 7.1

#### Introductie

Gebruik van hulpbronnen gaat over het effectief en efficiënt gebruiken van verschillende hulpbronnen om de best mogelijke zorgresultaten en ervaringen te behalen binnen de beschikbare financiën en middelen.

Goede persoonsgerichte zorg en ondersteuning begint bij de wensen en behoeften van cliënten. Een evenwichtig samenspel in de driehoek cliënt, informele zorg en zorgverleners is daarbij een belangrijke pijler van kwaliteit. Het bestuurlijk leiderschap stuurt op de aanwezigheid van de juiste randvoorwaarden voor het bieden van kwalitatief goede verpleegzorg. Vakmanschap, deskundigheidsbevordering, zeggenschap, een interne structuur van informatie, reflectie en feedback zijn als belangrijke hulpbronnen in de voorgaande hoofdstukken reeds aan de orde gekomen.

Andere belangrijke hulpbronnen bij het realiseren van kwaliteit van verpleegzorg die aanwezig én op orde moeten zijn ook in tijden van reorganisatie, fusie en wisseling in management en bestuur, zijn: De gebouwde omgeving (o.a. vastgoed, onderhoud, buitenruimtes, woonoppervlakte en bewegingsruimte per cliënt);

- Technologische hulpbronnen zoals ICT en gebruik van domotica, e-health en/of telemonitoring;
- Materialen en hulpmiddelen (o.a. beschikbaarheid, actualiteit, vindbaarheid en onderhoud);
- Facilitaire zaken (o.a. keuken, beveiliging, tuin, winkel, restaurant, receptie);
- Financiën en administratieve organisatie;
- De professionele relaties en samenwerkingsovereenkomsten met andere zorginstellingen, zoals ziekenhuizen, specialistenmaatschappen, apotheken en afdelingen klinische geriatrie.

De bovenstaande thema's zijn niet expliciet aan de orde gekomen in de eerdere hoofdstukken van dit kwaliteitskader. De wijze waarop de inzet van juist deze hulpbronnen dienend is aan het primair proces wordt beschreven in het zorgbeleidsplan en volgt daarin ook de stappen van evaluatie, kennisuitwisseling met collega zorgorganisaties en openbaar maken van informatie tenminste via een jaarlijks kwaliteitsverslag en publicatie op de website van de zorgorganisatie.

## 8 Gebruik van informatie

### Vereisten

- Aparte uitvragen in het kader van externe verantwoording door IGZ, zorgkantoren of brancheorganisatie worden vanaf 1-1-2017 niet of alleen in zeer uitzonderlijke gevallen gedaan.
- Het verzamelen en gebruiken van informatie over cliëntervaringen dienen vanaf 2017 alle zorgorganisaties minimaal 1 keer per jaar uit te voeren. Dit gebeurt middels erkende instrumenten. Informatie over cliëntervaringen is onderdeel van het jaarlijks kwaliteitsverslag.

### Aanbevelingen

- In de sector verpleegzorg is behoefte aan kwaliteitsregistraties die het leren en verbeteren ondersteunen. Ontwikkeling hiervan wordt aanbevolen.
- In de selectie van erkende instrumenten om ervaringen en oordelen van cliënten, ligt een ontwikkelopgave voor de sector voor het jaar 2017. De instrumenten meten de bijdrage van de organisatie aan kwaliteit van leven, niet over kwaliteit van leven als zodanig. De selectie kan net als bij de gehandicaptenzorg het beste via een onafhankelijke commissie plaatsvinden.
- Nieuwe kennis en ervaringen die beschikbaar komen vanuit de uitwisselingen tussen zorgorganisaties moeten actief verbonden worden met onderzoek, onderwijs en beleid. Hierin is een rol weggelegd voor (universitaire) kennisnetwerken en kennisinstituten.
- De Kwaliteitsraad vraagt de beroepsverenigingen om uiterlijk 1-1-2018 een voorstel te formuleren over hoe vanuit de kwaliteitsverslagen van de individuele zorgorganisaties de informatie uit de hoofdstukken op een zinvolle manier gebruikt kan worden voor analyse van landelijke trends en de aanbeveling van beleidsopgaven die daaruit voortvloeien.

### 8.1

#### Introductie

Actief gebruik maken van alle bronnen van informatie heeft tot doel inzet van mensen en middelen, het leveren, monitoren, managen, leren en verbeteren van zorg te ondersteunen, alsook het bieden van informatie aan cliënten en hun naasten opdat zij er gebruik van kunnen maken.

Bij de in hoofdstuk vier beschreven werkwijze van kwaliteitsverbetering en kwaliteitsbeoordeling is het informatie verzamelen, vastleggen en beheren van essentieel belang. Met expliciete aandacht hierbij voor het verzamelen van cliëntervaringen respectievelijk cliëntoordelen aangezien in eerste instantie aan de cliënt verantwoording moet worden afgelegd over de geboden kwaliteit van zorg.

In de sector verpleegzorg staan kwaliteitsregistraties en databases met kwaliteitsinformatie in de kinderschoenen. Daar ligt een ontwikkelopgave naast het feit dat meer dan nu het geval is voor kwaliteitsverbetering door zorgorganisaties gebruik gemaakt kan worden van bestaande registratiesystemen zoals op het terrein van medicatie. Registreren en benchmarken is geen doel op zich, maar moet bijdragen aan kwaliteitsverbetering en ondersteunend zijn aan de directe zorgverlening. Tot slot is het van belang dat informatie openbaar is en transparant gepubliceerd wordt, voor zover die bijdraagt aan het inzicht van waar de organisatie voor staat, wat de cliënt kan verwachten en hoe en waarmee de organisatie structureel aan verbetering werkt.

In het kwaliteitskader verpleegzorg worden drie thema's onderscheiden als het gaat om gebruik van informatie.

1. Verzamelen en delen van informatie primair voor leren en verbeteren van kwaliteit
2. Benutten en optimaliseren van bestaande administratiesystemen
3. Openbaarheid en transparantie in gevolgde werkwijzen en resultaten

## 8.2

### Uitwerking per thema

De drie thema's op het terrein van gebruik van informatie kennen de volgende uitwerkingen:

Thema	Uitwerking
Verzamelen en delen informatie waaronder cliëntervaringen/ cliëntoordelen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verzamelen cliëntervaringen middels erkend (kwantitatief dan wel kwalitatief) instrument. Instrument meet bijdrage van de organisatie aan de kwaliteit van leven cliënt. Instrument is naar keuze zorgorganisatie. Cliëntervaringsgegevens komen op geaggregeerd niveau beschikbaar. Voor keuze erkende instrumenten ligt er in het jaar 2017 een ontwikkelopgave voor de sector.</li> <li>- Informatie wordt zoveel mogelijk op efficiënte wijze verzameld in het werk en gebruikt om persoonsgerichte zorg en ondersteuning te plannen en te verbeteren.</li> <li>- Het verzamelen, vastleggen en beheren van data en informatie vindt plaats op een veilige en effectieve wijze. (Wettelijke) vastgestelde veiligheidseisen worden hierbij gevolgd.</li> <li>- Niet alleen het verzamelen is van belang maar ook het uitwisselen van kwaliteitsinformatie tussen interne en externe stakeholders binnen een zorgorganisatie.</li> <li>- Nieuwe kennis en ervaringen die beschikbaar komen vanuit de collegiale uitwisselingen tussen zorgorganisaties zou actief verbonden moeten worden met onderzoek, onderwijs en beleid. Hierin is een rol weggelegd voor (universitaire) kennisnetwerken en kennisinstututen. Zie ook hoofdstuk 4.</li> <li>- Nader verkennen van de mogelijkheden voor landelijke kwaliteitsregistraties op het terrein van verpleegzorg voor specifieke doelgroepen.</li> <li>- Individuele beroepsorganisaties maken gezamenlijk plan van aanpak ultimo 2017: Hoe kan vanuit de kwaliteitsverslagen van de individuele zorgorganisaties de informatie uit de hoofdstukken op een zinvolle manier worden beoordeeld, gesynthetiseerd en gebruikt voor analyse van landelijke trends en het articuleren van beleidsopgaven.</li> </ul>
Benutten en optimaliseren bestaande administratiesystemen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registraties die voorwaardelijk zijn voor een goed zorg- en ondersteuningsproces worden zoveel mogelijk uit bestaande administratieve datasystemen betrokken. Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld een systeem van de apotheker in het licht van medicatieveiligheid en systematisch inzicht in aard en omvang van ongeplande ziekenhuisopnames.</li> <li>- Aanvullende gegevensverzameling vindt niet plaats of is slechts bij hoge uitzondering aan de orde.</li> </ul>
Openbaarheid en transparantie van gevolgde werkwijzen en resultaten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inzet informatie en communicatie (middelen, geschiktheid diverse doelgroepen intern / extern, tijdigheid en actualiteit)</li> <li>- Kwaliteitsverslag inclusief cliëntversie openbaar toegankelijk o.a. via website van de zorgorganisatie (gevolgde werkwijzen en resultaten zijn inzichtelijk).</li> </ul>

## Implementatie

Dit kwaliteitskader beschrijft wat goede en doelmatige verpleegzorg betekent en wat verwacht wordt van zorgverleners en zorgorganisaties als het gaat om kwaliteit van verpleegzorg. Het dynamisch ontwikkelproces van leren en verbeteren van kwaliteit is de rode draad van dit kader, en moet dat dus ook zijn in de implementatiefase. Daarvoor is vertrouwen en een gevoel van eigenaarschap cruciaal. En dat vergt tijd en ruimte, evenals een wijze van verantwoording die daarbij past.

Bij opname van dit kwaliteitskader in het Register Zorgstandaarden van het Zorginstituut zijn de vereisten en aanbevelingen vastgesteld. De ontwikkeling en implementatie hiervan heeft een goede ondersteuning nodig om de voortgang te bewaken en om recht te doen aan de door de Kwaliteitsraad voorgestane richting van leren en ontwikkelen.

### Wat zijn de volgende stappen?

Het veld, en in het bijzonder de zorgverleners en zorgorganisaties zijn nu aan zet. Zij moeten kennisnemen van de inhoud van dit kader en vervolgens aan de slag gaan met de implementatie ervan. Voor sommige onderdelen zal echter hulp en ondersteuning wenselijk of nodig zijn. Landelijke veldpartijen en kennisorganisaties spelen daarin een belangrijke rol.

De regie op dit proces van implementatie ligt in deze fase na het doorzettingstraject bij het Zorginstituut, de verantwoordelijkheid voor de uitvoering ligt bij de veldpartijen. Gedurende dit proces zal naar verwachting de noodzaak van centrale regie en ondersteuning minder worden.

### Wat betekent dit?

- De verantwoordelijkheid voor de implementatie ligt primair bij de zorgverleners en hun zorgorganisaties.
- De regie op de bewaking van de voortgang en de ondersteuning van deze implementatie ligt bij de stuurgroep Implementatie kwaliteitskader verpleegzorg van het Zorginstituut, bestaande uit vertegenwoordigers van de relevante veldpartijen, inclusief cliënten en zorgkantoren.
- De IGZ en NZa zijn geen onderdeel van de stuurgroep, maar kunnen wel op verzoek aanwezig zijn. Zij houden de stuurgroep op de hoogte van hun activiteiten in de sector en vice versa.
- NZa en IGZ passen na het verschijnen van het kwaliteitskader verpleegzorg hun toezichtskader aan op basis van de vereisten en aanbevelingen van het kwaliteitskader verpleegzorg.
- Het voorzitterschap van deze stuurgroep ligt de kwaliteitsraad van het Zorginstituut. Het secretariaat wordt verzorgd door het Zorginstituut.
- De stuurgroep zorgt waar nodig voor ondersteuning bij de implementatie van het kwaliteitskader.
- De Kwaliteitsraad onderkent dat er ook zorgorganisaties zullen zijn die nu kampen met een urgent vraagstuk rondom kwaliteit en veiligheid. Zij hebben een concrete ondersteuningsbehoefte bij een tijdige implementatie van dit kader. Daarvoor zullen bestaande ondersteuningsprogramma's worden moeten aangepast en ingezet, zodat ook deze zorgorganisaties in een gewenst tempo kunnen voldoen aan de vereisten en aanbevelingen van het kader.

### Wat dient er geïmplementeerd te worden?

Uit het kwaliteitskader volgen een aantal acties van verschillende orde, met verschillende actoren en met verschillende deadlines. Een aantal vereisten en aanbevelingen uit het kwaliteitskader dient vanaf 1 januari 2017 opgepakt te worden en aantal dienen later in 2017 gerealiseerd te zijn.

Het is evident dat op het terrein van gefundeerde normen voor basisveiligheid en voor context-gebonden personele samenstelling tijd en ruimte nodig én wenselijk is. De stuurgroep zal op deze onderwerpen een ontwikkel en implementatieplan opleveren. Met dit plan zal nauwlettend worden toegezien op het bieden van deze ruimte, maar zal ook de voortgang worden bewaakt.

## Bijlage 1 Bronnen

- De cliënt centraal. De betekenis van mensenrechten voor ouderen in verpleeghuizen. College voor Rechten van de Mens, Februari 2016.
- Concept kwaliteitstandaard kwaliteit ouderenzorg (september 2016).
- Concept Leidraad personele samenstelling V&VN (september 2016).
- Interne stukken Kwaliteitsraad analyse fase: inhoudelijke, strategische en politieke analyse.
- <https://www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/wet-en-regelgeving.html>
- <https://www.zorginstituutnederland.nl/beroepen+en+opleidingen/anders+kijken%2C+anders+leren%2C+anders+doen>
- <http://www.bgs.org.uk/press-3/press-and-pr/bgs-press-releases/2016-commissioning-guidance>
- Meer is niet perse beter. De relatie tussen de personele inzet en de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen. Hamers e.a. Academische Werkplaats Maastricht. Maart 2016
- National Standards for Residential Care Settings for Older People in Ireland. Safer, Better Care. Health Information and Quality Authority. 2016
- Waardigheid en trots Liefdevolle zorg voor onze ouderen. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Februari 2015.
- Kamerbrief Voortgang 'Waardigheid en Trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen'. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Juni 2015.
- Voortgangsrapportage Waardigheid en Trots. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Juni 2015.
- Kamerbrief invulling Waardigheid en Trots, ruimte voor verpleeghuizen. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Juli 2015.
- Kamerbrief over kaders langdurige zorg 2016. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Januari 2016.
- Rapport-2e-voortgangsrapportage-waardigheid-en-trots 2016. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Januari 2016.
- Kamerbrief Waardig leven met zorg. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Februari 2016.
- Kamerbrief Bijlage 1 Waardig leven met zorg. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Februari 2016
- Kamerbrief over vervolg kwaliteitskader, leidraad personeel en indicatoren basisveiligheid. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Oktober 2016.
- Kamerbrief over Kwaliteit verpleeghuizen niet vrijblijvend. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Oktober 2016.

## Bijlage 2 Inhoudsopgave zorgbeleidsplan

### Profiel zorgorganisatie

- Omschrijving zorgvisie
- Omschrijving doelgroepen, aantal cliënten per doelgroep, leeftijdsverdeling
- Type zorgverlening, ZZP-verdeling, omzet per doelgroep
- Aantal organisatorische eenheden, zorgomgeving (kleinschalig/grootschalig) en voornaamste besturingsfilosofie
- Landelijk/stedelijk van aard

### Profiel personeelsbestand/personeelssamenstelling:

- Hoeveel zorgverleners en vrijwilligers per organisatie-eenheid/doelgroep
- Verdeling zorgverleners over functies en niveaus (kolom (para)medisch, psychosociaal, verpleegkundig, verzorgend in de verschillende niveaus 1-3, facilitair, administratief en management, vrijwilligers)
- Per kolom inzicht in verhouding leerling/gediplomeerden

### Situatie, plannen/voornemens, waardering door bestuur en interne stakeholders en hoofdverantwoordelijke per hoofdstuk van het kwaliteitskader verpleegzorg:

- Persoonsgerichte zorg en ondersteuning
- Wonen en welzijn
- Veiligheid
- Leren en werken aan kwaliteit
- Leiderschap, governance en management
- Personeelssamenstelling (voldoende en vakbekwaam personeel)
- Gebruik van hulpbronnen
- Gebruik van informatie

### Verbeterplannen en beschrijving dynamisch & ontwikkelingsgericht leren en verbeteren:

- Beschrijving van de verbeterplannen per relevante organisatorische eenheid.
- Beschrijving van op welke wijze en met welke interne en externe partijen plannen per relevante organisatie-eenheid tijdens en na het jaar wordt geëvalueerd en hoe resultaten terugvloeien naar betrokkenen in de zorgorganisatie.

## Bijlage 3 Begrippenlijst

- **Cliënt:** een persoon die op basis van zijn/haar ondersteuningsvragen geïndiceerd is voor WLZ Verpleging en Verzorging en deze zorg ontvangt van een daartoe bevoegde zorgorganisatie.
- **Intramurale verpleegzorg:** is WLZ geïndiceerde zorg die geleverd wordt aan cliënten met een ZZP  $\geq 4$  die verblijven in groepsverband dan wel in geclusterde woonvormen.
- **Kwaliteitsverslag:** Jaarlijks brengt de zorgorganisatie een kwaliteitsverslag uit. Deze rapportage is gebaseerd op de evaluatie van de doelstellingen en kwaliteitsaspecten van het zorgbeleidsplan inclusief feedback op zorgbeleidsplan door de collega organisatie, en volgt daarmee ook de hoofdstukken van het zorgbeleidsplan (zie bijlage 2). Cliëntraadpleging als informatiebron voor de evaluatie van zorg is een vast onderdeel van het kwaliteitsverslag. De cliëntraadpleging vindt plaats met een erkend instrument, de keuze voor een kwantitatief dan wel kwalitatief instrument is naar eigen keuze van de zorgorganisatie.
- **Naasten:** het sociale netwerk rondom een verpleegzorg cliënt.
- **Organisatorische eenheid:** Dit kan zijn een locatie, een regio of een wooneenheid/afdeling. Een zorgorganisatie is vrij in de keuze wat gezien de eigen specifieke situatie, doelgroep of aard van de zorg een relevante organisatorische eenheid is.
- **Verpleegzorg:** is multidisciplinaire en integrale zorg die gegeven wordt door verzorgenden, verpleegkundigen, vrijwilligers en (para)medische behandelaars aan WLZ geïndiceerde cliënten met een ZZP  $\geq 4$ .
- **Zorgbeleidsplan:** Beschikbaarheid van een plan dat is samengesteld in samenwerking met (een vertegenwoordiging van) cliënten/naasten, (para)medici en verpleegkundigen en verzorgenden met daarin onder andere een beschrijving van doelgroepen, zorgzwaarte, typen zorg die verleend wordt en de omvang en kwalificatieniveaus van zorgverleners (personeelssamenstelling). Tevens bevat het zorgbeleidsplan een nadere uitwerking van beleid en (preventieve) maatregelen op in ieder geval de 8 thema's van dit kwaliteitskader.
- **Zorgleefplan:** is een hulpmiddel om vraaggerichte zorg te verlenen aan cliënten. Met de cliënt overeengekomen doelen, acties en resultaten van zorg en ondersteuning staan hierin vermeld.
- **Zorgorganisatie:** een organisatie die met de inzet van personeel en middelen zich richt op het geven van zorg (in dit geval verpleegzorg).
- **Zorgverlener:** verzorgende, verpleegkundige, medisch zorgverlener (SOG) en sociaalpsychologisch zorgverlener die zorg en ondersteuning bieden aan cliënt die verpleegzorg nodig heeft.



## Bijlage 4 Lijst met gebruikte afkortingen

ABR	Antibioticaresistentie
ACP	Advanced Care Planning
ARBO	Arbidsomstandigheden wet
ATC	Anatomisch Therapeutisch Chemisch Classificatiesysteem dagdoses
BIG	Beroepen Individuele Gezondheidszorg
CAO	Collectieve Arbeid Overeenkomst
CCE	Centrum voor Consultatie en Expertise
CVA	Cerebro Vasculair Accident
EVV-er	Eerst Verantwoordelijke Verzorgende
FTO	Farmaco Therapeutisch Overleg
GPS	Global Positioning System
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorg
ISO	International Organization for Standardization
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
MPT	Modulair Pakket Thuis
MIC	Melding Incidenten Cliënten
NAH	Niet Aangeboren Hersenletsel
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PAR	Professionele Advies Raad
PGB	Persoonsgebonden Budget
RVT	Raad van Toezicht
SEH	Spoedeisende Hulp
SOG	Specialist Ouderengeneeskunde
VAR	Verpleegkundig Advies Raad
VBM	Vrijheidsbeperkende maatregelen
Verzorgende IG	Verzorgende Individuele gezondheidszorg (niveau 3)
VPT	Volledig Pakket Thuis
V&VN	Vereniging voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten
Wkkgz	Wet Kwaliteit klachten en geschillen zorg
WLZ	Wet Langdurige Zorg
WOR	Wet op de Ondernemingsraden
ZZP	Zorgzwaarte pakket