

Verwerking reacties consultatieronde Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (definitieve versie 26 januari 2017)

Op 15 december 2016 is het concept *Kwaliteitskader verpleegzorg, samen leren en verbeteren* ter consultatie aangeboden aan verschillende partijen in de sector, te weten: ZN, Verenso, LOC, Actiz, IGZ, BTN en Patiëntenfederatie Nederland.

In dit document geven we een overzicht van de hoofdlijnen van de reacties en de wijze waarop aanpassing in het Kwaliteitskader al dan niet heeft plaatsgevonden. Een totaalbeeld van alle specifieke opmerkingen en wijze van verwerking per partij, is opgenomen in bijlage 1.

In het tweede deel van deze notitie beschrijven we een aantal opmerkingen van de sectorpartijen die niet verwerkt zijn in de definitieve versie van het Kwaliteitskader plus de argumenten daarvoor.

1. Algemene opmerkingen en toelichting op de wijze van verwerking

A. Intramurale zorg: meerdere partijen betreuren -gezien de actuele ontwikkelingen van verpleeghuiszorg in de extramurale situatie- dat het kwaliteitskader enkel de scope van de intramurale verpleeghuiszorg betreft. Deze reactie is voorstelbaar maar eigen aan de opdracht van de Kwaliteitsraad om een kwaliteitskader op te stellen voor de intramurale verpleeghuiszorg. Het kader beschrijft echter op dit punt een ontwikkelopdracht voor de sector. De relevante partijen worden gevraagd om op basis van dit kwaliteitskader een plan te maken voor een aangepaste versie voor de extramurale verpleegzorg (gereed per 1-1-2018).

B. Term verpleegzorg: de term verpleegzorg wordt door verschillende partijen in de consultatieronde als niet passend geacht voor de langdurige multidisciplinaire complexe zorg en behandeling die in verpleeghuizen wordt geleverd. Gezien deze opmerkingen is gekozen voor de gangbare term 'verpleeghuiszorg' ondanks het feit dat de zorg in toenemende mate extramuraal of in groepsverband met PGB financiering plaatsvindt.

C. Kwaliteit van zorg versus kwaliteit van leven: een aantal partijen geeft aan dat de focus in het kader teveel op de kwaliteit van zorg ligt en te weinig op kwaliteit van leven. Het kader is opgesteld vanuit de visie dat verpleeghuiszorg een zo goed mogelijke bijdrage dient te realiseren aan de kwaliteit van leven. Vanuit organisatieperspectief stuurt het kader op het scheppen van randvoorwaarden om zowel goede zorg als verzorging en ondersteuning te bieden afgestemd op de individuele behoefte van de cliënt en deze prestaties te meten, met als hoofddoel de goede bijdrage aan de kwaliteit van leven te realiseren.

D. Nadruk meer op verantwoord dan leren: van verschillende kanten wordt de opmerking geplaatst dat ondanks het geformuleerde uitgangspunt over de balans tussen leren en verantwoord in de inleiding, het concept kader de indruk wekt de nadruk meer op verantwoord te leggen dan op het leren. Deze feedback is ter harte genomen.

Voor wat betreft leren: de nadruk blijft liggen op leren en verbeteren, zodat organisaties in hun lokale context tot steeds betere zorg kunnen komen afgestemd op de behoeften van hun cliëntenpopulatie. Het aantal hiervoor te gebruiken instrumenten is teruggebracht tot het interne (binnen lerend netwerk) kwaliteitsplan en het kwaliteitsverslag te gebruiken voor zowel interne als externe verantwoording. Hierbij geldt: het verslag is een openbaar document behoudens onderdelen die de belangen van cliënten, medewerkers en /of de organisatie schaden. Elke verpleeghuisorganisatie dient tevens het webadres van het kwaliteitsverslag uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar aan te leveren aan de Openbare Database van Zorginstituut Nederland.

Voor wat betreft verantwoord: dataverzameling wordt in het kader gestimuleerd voor zover in dienst van het hoofddoel. Dit kwaliteitskader wil een bijdrage leveren aan verminderen van bureaucratie en administratieve lasten:

- 1) door nadruk te verplaatsen van het aanleveren van landelijk vastgelegde details naar lokaal leren en verbeteren;
- 2) door verantwoording en leren onder te brengen in hetzelfde traject via het jaarlijkse kwaliteitsverslag;
- 3) door aparte uitvragen in het kader van externe verantwoording te ontmoedigen. Zo levert elke zorgorganisatie door middel van één document (het kwaliteitsverslag) interne en externe verantwoording af. Aparte uitvragen in het kader van externe verantwoording zijn dan in principe niet meer nodig.

E. Teveel details, ruimte voor eigen invulling: Een aantal partijen vindt het kwaliteitskader te veel details bevatten en daarmee te weinig ruimte bieden voor organisaties en professionals om zelf invulling te geven aan inhoudelijke domeinen van kwaliteit. In het kwaliteitskader zijn de processtappen juist zo beschreven als kader waarbinnen organisatie zelf aan kwaliteit kan werken. Handreikingen zijn hierbij bedoeld ter ondersteuning. Zorgverleners en organisaties kunnen deze naar eigen inzicht in- en of aanvullen. Om dit standpunt te benadrukken zijn de beschrijvingen van de hoofdthema's in de hoofdstukken behouden en is van een aantal inhoudelijke domeinen de uitwerking verschoven naar de bijlagen.

F. Cliëntervaringen uitvragen: verschillende partijen geven aan te betreuren dat cliëntervaringen slechts 1 maal per jaar moeten worden uitgevraagd. Continu en realtime uitvragen van cliëntervaringen zou de voorkeur hebben. Het kader schrijft voor minimaal één keer per jaar informatie over cliëntervaringen te verzamelen. Het staat organisaties vrij om in te zetten op een continue meting (mooi zelfs!). Ten behoeve van de meting wordt de sector opgeroepen te komen tot een waaier van erkende instrumenten, zodat organisaties instrumenten kunnen kiezen die bij hun organisatie passen en daarmee bruikbaar is voor hun kwaliteitsverslag. Elke verpleeghuisorganisatie dient in het kader van onderlinge landelijke vergelijkbaarheid vanaf verslagjaar 2016 één keer per jaar informatie over de Net Promotor Score (NPS) aan te leveren van de eigen verpleeghuisorganisatie. Hiervoor mag ook de aanbevelingsvraag van Zorgkaart Nederland gebruikt worden. De informatie met betrekking tot is onderdeel van het jaarlijks kwaliteitsverslag en dient uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende verslagjaar aangeleverd te worden bij de Openbare Database van het Zorginstituut.

2. Specifieke opmerkingen die niet verwerkt zijn en toelichting op de reden

A. Algemene norm voor personele samenstelling (ZN):

ZN betreurt dat er geen algemene norm is voor personele samenstelling en vindt dat dit wél een onderdeel zou moeten zijn van een kwaliteitskader. Het Kwaliteitskader stelt geen generieke kwantitatieve norm voor zorgverleners gesteld. Gezien het ontbreken van wetenschappelijke onderbouwing van een generieke kwantitatieve norm en gezien de grote diversiteit in cliëntengroepen en in omgevingen waarin verpleeghuiszorg wordt gegeven is in dit kader gekozen voor een traject naar lokale, context-gebonden normen voor personeelssamenstelling. In paragraaf 6.2 worden voor dit traject de kaders beschreven. Een dergelijke norm zal de komende jaren stap voor stap ontwikkeld gaat worden. Tot het zover is, zijn er kaders nodig waarmee zorgorganisaties in de tussentijdse periode moeten werken. In paragraaf 6.3 worden deze kaders uitgewerkt.

B. Medische adviesraad en ECD (Verenso): Verenso geeft aan liever een Medische Adviesraad (MAR) te willen dan een Verpleegkundige Adviesraad (VAR) danwel Professionele Adviesraad (PAR). De termen VAR en PAR zijn gehandhaafd in de aanbeveling maar in de tekst wordt de vorm inhoudelijke beleidsinput open gelaten. Daarnaast geeft Verenso aan bij het hoofdstuk 7 Hulpbronnen voorstander te zijn van 1 landelijke ECD systeem voor artsen en 1 landelijk systeem voor verpleging en verzorging. Dat is een mooi streven om als sector aan te werken maar stelt het Kwaliteitskader in dit stadium niet als prioriteit en daarom niet als vereiste.

C. Term verpleegkundig specialist (V&VN):

V&VN geeft aan de term 'verpleegkundig specialist' ontbreekt en zou die graag toegevoegd zien. Deze aanpassing heeft niet plaatsgevonden. Op geen enkele plek in het kwaliteitskader beschrijven we verschillende kwalificatieniveaus van verpleeghuismedewerkers c.q. zorgverleners, dus ook niet voor verpleegkundigen.

D. Kwaliteit van leven meten (Patiëntenfederatie Nederland):

Patiëntenfederatie Nederland geeft te kennen het niet eens te zijn met de opmerking in hoofdstuk 8 dat instrumenten de bijdrage van de organisatie aan kwaliteit van leven van cliënten moeten meten, niet de kwaliteit van leven als zodanig. Verpleeghuizen moeten laten zien dat ze weten hoe hun cliënten hun kwaliteit van leven beoordelen. Deze aanbeveling is niet overgenomen in de definitieve versie van het kwaliteitskader omdat gezien de visie van het kwaliteitskader de verpleeghuisorganisatie zich in moet spannen voor de bijdrage aan de kwaliteit van leven van een cliënt en niet eindverantwoordelijk is voor de kwaliteit van leven in totaal.