



significant.

Het in beeld brengen van kwaliteit van leven in de sector Verpleging en Verzorging

Inventarisatie van het gebruik van methoden die kwaliteit van leven
in beeld brengen

Significant

Thorbeckelaan 91
3771 ED Barneveld
+31 342 40 52 40

KvK 3908 1506
info@significant.nl
www.significant.nl

ZonMw & Zorginstituut Nederland

Barneveld, 20 februari 2015

Referentie: MB/mu/13.262

Versie: 0.99

Auteur(s): Maarten Batterink en Maria Schipper

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1. Introductie	10
1.1 Aanleiding van het onderzoek	10
1.2 Definitie van 'kwaliteit van leven'	11
1.3 Methoden voor kwaliteit van leven	11
1.4 Doelstelling van het onderzoek	11
1.5 Leeswijzer	12
2. Onderzoeksaanpak	13
2.1 Inleiding	13
2.2 Onderzoeksontwerp	13
2.3 Data-analyse	15
2.4 Respons op de vragenlijst	15
3. Zicht op kwaliteit van leven in de V&V-sector	17
3.1 Inleiding	17
3.2 Kwaliteit van leven centraal in het reguliere zorgproces	17
3.3 Kwaliteitsdocument VV&T: Cliëntenraadpleging met de CQ-index	20
3.4 Methoden gericht op kwaliteitsverbetering	21
4. Methoden om kwaliteit van leven in beeld te brengen	22
4.1 Vanuit het reguliere zorgproces	23
4.2 CQ-index	25
4.3 AFDAK-methode in het MDO	26
4.4 Beelden van Kwaliteit-observaties	27
4.5 Care Dependency Scale	28
4.6 Competentiezorg	29
4.7 Dementia Care Mapping	30
4.8 Levensboek	31
4.9 Moreel Beraad	33
4.10 Planetree-focusgroepen	34
4.11 PRET	35
4.12 PREZO	36
4.13 Qualidem	38
4.14 Samen kleur geven aan waardevol leven met Appreciative Inquiry-methode	39
4.15 Video Interventie in de Ouderenzorg	41
4.16 Overig cliëntervaringsonderzoek	43
4.17 Overige methoden kwaliteit (van leven)	44
5. Beantwoording van de onderzoeksvragen	46
5.1 Inleiding	46
5.2 Inzet, doel en inhoud	46
5.3 Ervaringen	51

6.	Discussie	53
6.1	Kwaliteit van leven in beeld in de V&V-sector	53
6.2	Niet alleen methoden	54
6.3	Kwalitatieve methoden in ontwikkeling	54
A.	Lijst met zorginstellingen die hebben deelgenomen aan de enquête	55
B.	Belangrijkste kenmerken geïnventariseerde methoden	56

Samenvatting

Achtergrond en aanleiding

Het Kwaliteitsinstituut heeft hierbij de wettelijke taak om het veld te stimuleren en te ondersteunen bij de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden. Voor cliënten met een langdurige zorgbehoefte die hierbij veelal een beroep doen op de AWBZ staat kwaliteit van leven als uitkomst van de zorg centraal. Er bestaat momenteel geen met feiten onderbouwd beeld van het scala aan methoden dat in de langdurige zorg wordt gebruikt om kwaliteit van leven in beeld te brengen en de ervaringen die er zijn met het gebruik van de methoden. Het Kwaliteitsinstituut laat in deze studie deze methoden inventariseren alsmede de ervaringen met deze methoden in de praktijk. Dit wordt gedaan voor drie sectoren binnen de *langdurige* zorg: de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), verpleging en verzorging (V&V) en gehandicaptenzorg (GZ). In dit onderzoek worden alle methoden, gevalideerd en niet gevalideerd, geïnventariseerd die worden gebruikt om kwaliteit van leven in beeld te brengen.

Kwaliteit van leven

Er bestaan verschillende definities voor kwaliteit van leven. Het EMGO Instituut, verbonden aan de Vrije Universiteit en de Universiteit van Maastricht, heeft effectmaten voor de langdurige zorg verkend (2009). In dit onderzoek zijn zes domeinen voor kwaliteit van leven gedefinieerd die ook in dit onderzoek worden gehanteerd: lichamelijk welzijn, emotioneel welzijn, sociaal welzijn, zingeving, materiële zekerheid en autonomie. In dit onderzoek voegen wij nog een zevende domein toe: de relatie tussen de zorgverlener en de cliënt. Formeel is dit domein een onderdeel van kwaliteit van zorg, maar deze wordt in de langdurige zorg ook veel gezien als nauw samenhangend met kwaliteit van leven.

Doel van het onderzoek

Doel van het onderzoek is *alle* methoden die gebruikt worden om kwaliteit van leven in beeld te brengen en te inventariseren. Het onderzoek richt zich hierbij op doel van gebruik, inhoud en ervaringen met de geïnventariseerde methoden. De onderzoeksvragen luiden als volgt:

1. **Inzet, doel en inhoud**
 - a. Welke kwalitatieve en kwantitatieve methoden worden ingezet in de V&V-sector voor het in beeld brengen van de kwaliteit van leven van cliënten, inclusief de methoden die de zachte kant van de zorg (de relatie professional - cliënt) in beeld brengen?
 - b. Bij welke doelgroepen en met welk doel worden methoden ingezet?
 - c. Bij welke methoden voor kwaliteit van leven is (zijn) ook (aspecten van) kwaliteit van zorg opgenomen?
2. **Ervaringen**
 - a. Wordt het in beeld brengen van de kwaliteit van leven structureel of systematisch toegepast? Met welke frequentie wordt dit gedaan en bij welk deel van de cliënten?
 - b. Op welke manieren worden de resultaten van de methode toegepast? In het bijzonder: worden resultaten gebruikt voor verbetering of aanpassing van de geleverde zorg en ondersteuning?
 - c. Wat zijn de ervaringen van zorgprofessionals met de door hen gebruikte methoden?

Aanpak

Het onderzoek bestaat uit een combinatie van interviews met experts in het veld, een documentstudie en een internetenquête onder zorginstellingen in de V&V-sector. In totaal zijn 6 partijen in de V&V-sector geïnterviewd. De internetenquête is bij 103 bij brancheorganisatie ActiZ bekende kwaliteitsmedewerkers van hun leden uitgezet. Daarnaast is het onderzoek gemeld op de website en de wekelijkse nieuwsbrief van ActiZ. Hiermee is het merendeel van de aanbieders van V&V benaderd.

Resultaten

Het resultaat van de internetenquête is een respons van 30 kwaliteitsmedewerkers en 23 zorgprofessionals verdeeld over 31 instellingen. Van 10 instellingen zijn er vragenlijsten van zowel de kwaliteitsmedewerker als de zorgprofessional beschikbaar, voor de overige 21 instellingen hebben alleen kwaliteitsmedewerkers de vragenlijst ingevuld. Een respondent kon informatie over meerdere methoden aanleveren (maximaal drie); voor iedere methode wordt een separate vragenlijst gegenereerd. In totaal zijn er in het onderzoek 154 vragenlijsten ingevuld, 87 door kwaliteitsmedewerkers en 67 door zorgprofessionals.

Over de volgende methoden, om kwaliteit van leven en/of de relatie zorgverlener - cliënt in beeld te brengen, is met de internetenquête informatie gegeven:

Methode
Vanuit regulier zorgproces
CQ-index
AFDAK-methode
Beelden van Kwaliteit-observaties
Care Dependency Scale
Competentiezorg
Dementia Care Mapping
Levensboek
Moreel Beraad
Planetree focusgroepen
PRET
Prezo
Qualidem
Samen kleur geven aan waardevol leven volgens AI-methode
Video Interventie in de Ouderenzorg
Overig cliëntveringsonderzoek
Overige methoden kwaliteit (van leven)

Tabel 1. Methoden kwaliteit van leven

Conclusies

01 In deze inventarisatie zijn verschillende methoden genoemd die worden ingezet voor het in beeld brengen van kwaliteit van leven (zie bovenstaande tabel). Belangrijk gegeven hierbij is dat vanuit het perspectief van de zorginstellingen kwaliteit van leven op allerlei manieren is verankerd in het reguliere zorgproces. Zo staat kwaliteit van leven centraal in bijvoorbeeld het zorgleefplan (ook wel ZLP) en in de halfjaarlijkse bespreking hiervan met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger. Dit ZLP wordt veel toegepast binnen de V&V-sector en is door een groot deel van de respondenten genoemd als methode, waarmee kwaliteit van leven in beeld wordt gebracht. Ook geven relatief veel respondenten van de enquête aan dat in de dagelijkse interactie met cliënten er een blijvend zicht is op de kwaliteit van leven van cliënten.

02 De verplichte tweejaarlijkse uitvraag van de CQ-index kan worden beschouwd als methode die door de meeste verschillende zorginstellingen wordt ingezet, om kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg in beeld te krijgen. Naast de CQ-index werden in de enquête ook andere, veelal interne cliëntervaring- of tevredenheids-onderzoeken genoemd die voornamelijk als kwantitatief kunnen worden beschouwd. Daarnaast kunnen de Care Dependency Scale en de Qualidem worden beschouwd als een kwantitatieve methode.

03 Naast kwantitatieve methoden worden ook verschillende kwalitatieve methoden toegepast, om een beeld te krijgen van kwaliteit van leven. Kenmerkende voorbeelden van dergelijke kwalitatieve methoden zijn de 'Beelden van Kwaliteit-observaties', de 'Video Interventie in de Ouderenzorg' en de 'Planetree focusgroepen'.

Doelgroepen

04 De inventarisatie is uitgevoerd binnen de scope van de gehele V&V-sector. Gebruikers hebben in de enquête aangegeven voor welke doelgroepen de methode wordt gebruikt en of de betreffende methode al dan niet in aangepaste vorm voor andere doelgroepen kan worden toegepast. Een aanzienlijk deel van de methoden wordt toegepast bij verschillende doelgroepen, voornamelijk bij psychogeriatric en somatiek. Methoden als de Qualidem en Dementia Care Mapping zijn specifiek toegespitst op dementerende ouderen. Methoden als de CQ-index, Planetree focusgroepen of levensboek zijn breder binnen de ouderenzorg toepasbaar. In hoofdstuk 3 is dit per methode beschreven.

Doel

05 Voor de CQ-index kan worden gesteld dat deze primair wordt ingezet voor het doel van externe verantwoording. Daarnaast geven de gebruikers aan dat ze deze methode ook gebruiken voor interne kwaliteitsverbetering, door zowel het team als de organisatie zelf.

06 Voor andere methoden geldt dat ze worden ingezet met als doel inzicht te krijgen in de zorgafhankelijkheid van een cliënt (Care Dependency Scale), de levensloop van een cliënt (levensboek), of gaat het om een benadering van cliënten (competentiezorg en PRET). Deze methoden zijn vooral ter ondersteuning van het (goed in kunnen richten van het) zorgproces waarbij de cliënt centraal staat. Daarnaast zijn er methoden die meer gericht zijn op kwaliteit van leven (de Qualidem, of het ZLP). Deze zijn bedoeld om de zorg zo goed mogelijk af te stemmen op de behoeften van de cliënt met als doel de kwaliteit van leven te vergroten.

Andere methoden zijn primair gericht op het in kaart brengen van de relatie tussen de zorgverlener en de cliënt (onder andere Beelden van Kwaliteit-observaties, Video Interventie in de Ouderenzorg). Het achterliggende doel hiervan is om deze relatie en daarmee ook de kwaliteit van leven van de cliënt te verbeteren. Relatief veel methoden die in deze inventarisatie zijn beschreven, worden dus ingezet met als achterliggend doel de kwaliteit van leven te verbeteren. Daarbij geven de respondenten bij een groot deel van deze methoden aan dat ze ondersteunend zijn aan de kwaliteitsverbetering door het team en breder door de zorginstelling. Voor dergelijke methoden is externe verantwoording niet een doel.

Kwaliteit van zorg

07 De primaire focus van deze inventarisatie was op methoden, of manieren waarmee kwaliteit van leven in beeld wordt gebracht en/of de relatie tussen zorgverlener en de cliënt. Zoals eerder besproken gaven veel respondenten aan dat er vanuit het reguliere zorgproces veel aandacht wordt besteed aan kwaliteit van leven. Daarbij wordt veelal ook naar kwaliteit van zorg gekeken. Verder zijn er ook andere methoden genoemd, gericht op het ondersteunen van cliëntgerichte zorg, waarbij de focus is op de cliënt in zijn/haar omgeving met als uitkomst kwaliteit van leven. De focus van deze methoden ligt vaak op de relatie met de zorgverlener en hoe de zorg hierop kan worden ingericht. Behalve de CQ-index en andere cliëntervaringsmethoden zijn de meeste methoden die in deze inventarisatie naar voren zijn gekomen niet primair gericht op de kwaliteit van de zorg.

Ervaringen met gebruik

08 Een aantal van de methoden die in deze inventarisatie naar voren zijn gekomen, worden op structurele basis en systematisch toegepast. Zo geldt bijvoorbeeld dat het ZLP met de vier domeinen van kwaliteit van leven verplicht in de V&V-sector wordt toegepast, op alle cliënten.

09 Naast het ZLP zijn er ook andere methoden of aanpakken vanuit het reguliere zorgproces die ertoe bijdragen dat vanuit de zorg- of hulpverlening zelf de focus blijft bestaan op de kwaliteit van leven van de cliënten. Voor de zorginstellingen die de enquête hebben ingevuld, kan dus worden geconcludeerd dat er op die manier op structurele wijze kwaliteit van leven in beeld wordt gebracht bij nagenoeg alle cliënten.

10 Door middel van de voor zorginstellingen in de V&V-sector verplichte uitvraag van de CQ-index wordt op systematische wijze de kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg in beeld gebracht. Dit levert informatie op, op locatie- of instellingsniveau die in eerste instantie wordt gebruikt voor externe verantwoording (voor de zorgkantoren, cliëntenorganisaties en de inspectie), maar volgens de respondenten zeker ook voor interne kwaliteitsverbetering. Hoewel de CQ-index door alle zorginstelling minimaal tweejaarlijks wordt ingezet, wordt deze methode veelal bij een steekproef van de cliënten ingezet (afhankelijk van het aantal cliënten binnen een organisatie). In veel gevallen gaat het desondanks om minimaal de helft van alle cliënten uit de doelgroep.

11 Ten slotte zijn er methoden die slechts door een of enkele zorginstellingen wordt/worden ingezet, zoals PRET en competentiezorg. Het verschilt per methode met welke frequentie deze wordt ingezet. Veelal worden dergelijke methoden wel structureel toegepast (met een vaste frequentie, variërend van eens per maand tot eens per twee jaar) en tot op zekere hoogte systematisch (bij veel methoden bij minder dan de helft van alle cliënten binnen de doelgroep). Daarnaast zijn ook enkele methoden beschreven die nog in een ontwikkelstadium staan, waarbij de toepassing plaatsvond vanuit een pilotproject. In die gevallen kan er nog niet worden gesproken van structurele of systematische toepassing.

Ervaringen van zorgprofessionals

12 In hoofdstuk 4 wordt per methode kort ingegaan op de ervaringen die gebruikers aan de hand van de enquête hebben gedeeld. Zo zijn voor de meeste methoden sterke en verbeterpunten genoemd die zowel kwaliteitsmedewerkers als zorgverleners op basis van hun ervaringen hebben geformuleerd. Opvallend is dat in veel gevallen vooral sterke punten werden genoemd en in mindere mate (enkele) verbeterpunten. Waar vanuit de sector kritisch wordt gekeken naar het kwaliteitskader en de CQ-index voor de V&V-sector (zie ook hoofdstuk 3), zijn de ervaringen van de medewerkers van de zorginstellingen die de enquête hebben ingevuld overwegend positief, ook al vindt men niet altijd alle vragen relevant. Ook nieuwe methoden, die vooralsnog met name in pilots worden ontwikkeld, worden positief gewaardeerd door de zorginstellingen. Men ziet hier duidelijk de meerwaarde van in, vooral doordat deze methoden doorgaans de cliënt en zijn/haar relatie met de zorgverlener centraal stellen.

Discussie

Deze inventarisatie geeft een goed beeld van de wijze waarop binnen de V&V-sector kwaliteit van leven in beeld wordt gebracht. Globaal genomen is er een drietal hoofdgroepen van methoden te onderscheiden die worden gebruikt om Kwaliteit van in beeld te brengen, namelijk:

- a. Vanuit het reguliere zorgproces, gericht op inzicht in de kwaliteit van leven van de cliënt om zo de zorg- of hulpverlening te verbeteren.
- b. In het kader van externe verantwoording, gericht op inzicht in de kwaliteit van leven en zorg binnen een afdeling, locatie of zorginstelling.
- c. Met methoden die specifiek zijn gericht op het in beeld brengen van de kwaliteit van leven (en zorg) van cliënten. Dergelijke methoden zijn gericht op de cliënt in zijn of haar omgeving, en veelal in relatie tot de zorgverlener, en hebben als doel om de zorgverleners en het team inzicht te geven in de impact de omgeving van hun handelen op de cliënt. Uiteindelijk doel is bij dergelijke methoden om de kwaliteit van de zorg en hulpverlening te verbeteren en daarmee de kwaliteit van leven.

In deze inventarisatie komt verder ook naar voren dat verschillende methoden momenteel in de ontwikkelfase zitten. Het gaat hier om kwalitatieve methoden die kunnen worden gezien als reactie op de meer kwantitatieve methoden zoals de CQ-index die momenteel wordt ingezet in het kader van externe verantwoording. Dergelijke kwalitatieve methoden hebben als primaire focus het verbeteren van de kwaliteit van zorg of de relatie tussen de zorgverlener en de cliënt. In een aantal voorbeelden, die in deze inventarisatie staan beschreven, blijkt dit doel in ieder geval wel haalbaar. De inzichten die het oplevert zijn vooral inzichten met betrekking tot een specifieke cliënt, zorgverlener (of combinatie) en zijn/haar omgeving.

Juist het kunnen plaatsen van inzichten in kwaliteit in de juiste context wordt in de sector als belangrijke voorwaarde gezien om dit kwaliteitsgegevens goed te kunnen duiden. De vraag of dit met dergelijke kwalitatieve methoden redelijkerwijs (dus met proportionele inspanningen) mogelijk is, is nog niet beantwoord.

1. Introductie

1.1 Aanleiding van het onderzoek

13 Doelstelling van het Kwaliteitsinstituut is de kwaliteit van de in Nederland geleverde zorg helpen te verbeteren, waarbij het uitgangspunt is dat patiënten, zorgverleners en verzekeraars het beste weten wat goede zorg is en daarover afspraken maken in de vorm van een kwaliteitsstandaard^{1,2}. Deze kwaliteitsstandaard bevat een adequate beschrijving van de inhoud van zorg en de organisatie van het zorgproces. Ook meetinstrumenten om de kwaliteit van de geleverde zorg in kaart te brengen, zijn onderdeel van de kwaliteitsstandaard³. Hierbij is de term meetinstrument de verzamelnaam voor kwaliteitsindicatoren en gevalideerde vragenlijsten.

14 Om overzicht te creëren in het bestaande aanbod, maakt het Kwaliteitsinstituut in samenwerking met organisaties uit de zorg een Kwaliteitsbibliotheek, waarin alle zorgstandaarden, richtlijnen, *best practices* en meetinstrumenten⁴ beschikbaar in Nederland worden verzameld. Het Kwaliteitsinstituut heeft ook een Register, waarin kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten zijn opgenomen die zijn getoetst aan de criteria van het Toetsingskader. Het Register maakt voor iedereen zichtbaar wat zorgaanbieders, cliënten en zorgverzekeraars samen hebben afgesproken over wat goede zorg is voor een bepaald zorgonderwerp.

15 Het Kwaliteitsinstituut heeft hierbij de wettelijke taak om het veld te stimuleren en te ondersteunen bij de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden. Voor cliënten met een langdurige zorgbehoefte die hierbij veelal een beroep doen op de AWBZ, staat kwaliteit van leven als uitkomst van de zorg centraal. Er bestaat momenteel geen met feiten onderbouwd beeld van het scala aan methoden dat in de langdurige zorg wordt gebruikt om kwaliteit van leven in beeld te brengen en de ervaringen die er zijn met het gebruik van de methoden. Het Kwaliteitsinstituut laat in deze studie deze methoden inventariseren alsmede de ervaringen met deze methoden in de praktijk. Dit wordt gedaan voor drie sectoren binnen de *langdurige* zorg: de geestelijke gezondheidszorg (GGZ)⁵, verpleging en verzorging (V&V) en gehandicaptenzorg (GZ). In dit onderzoek worden alle methoden, gevalideerd en niet gevalideerd, geïnterviewd die worden gebruikt om kwaliteit van leven in beeld te brengen.

¹ www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/kwaliteitsinstituut.

² De kwaliteitsstandaard, ook professionele standaard genoemd, wordt volgens de Zorgverzekeringswet opgevat als 'richtlijnen, modules, normen, zorgstandaarden dan wel organisatiebeschrijvingen die betrekking hebben op het gehele zorgproces of een deel van een specifiek zorgproces en die vastleggen wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de cliënt goede zorg te verlenen' (artikel 1, onderdeel z van de Zorgverzekeringswet).

³ Naast meetinstrumenten is er ook een cliëntenversie, een samenvatting en een onderhoudsplan beschikbaar. Wanneer de genoemde onderdelen nog niet ontwikkeld zijn, dan is er een ontwikkelpad in de tijd geformuleerd (zie artikel 1 Toetsingskader kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten).

⁴ www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/kwaliteitsinstituut/kwaliteitsbibliotheek.

⁵ Hierbij richt de inventarisatie zich alleen op de GGZ op grond van de AWBZ: dus beschermd wonen, voortgezet verblijf en begeleiding/dagbesteding.

16 Dit (deel)rapport omvat de resultaten van het onderzoek dat is uitgevoerd in de V&V-sector. De inventarisatie in de sectoren GGZ en GZ is vastgelegd in separate deelrapporten.

1.2 Definitie van 'kwaliteit van leven'

17 Er bestaan verschillende definities voor kwaliteit van leven. Het EMGO Instituut, verbonden aan de Vrije Universiteit en de Universiteit van Maastricht heeft effectmaten voor de langdurige zorg verkend (2009). In dit onderzoek zijn zes domeinen voor kwaliteit van leven gedefinieerd die ook in dit onderzoek worden gehanteerd: lichamelijk welzijn, emotioneel welzijn, sociaal welzijn, zingeving, materiële zekerheid en autonomie. In dit onderzoek voegen wij nog een zevende domein toe: de relatie tussen de zorgverlener en de cliënt. Formeel is dit domein een onderdeel van kwaliteit van zorg, maar deze wordt in de langdurige zorg ook veel gezien als nauw samenhangend met kwaliteit van leven⁶. Mogelijk heeft deze relationele factor een plek in een aantal methoden dat zich richt op kwaliteit van leven en zijn er methoden die zich primair richten op de relatie tussen de cliënt en de professional. Iedere keer als wij in dit onderzoek spreken van methoden die zich richten op kwaliteit van leven, bedoelen we ook de 'relationele' methoden.

18 Methodes die kwaliteit van leven van cliënten in beeld brengen, richten zich vaak op een deel van de genoemde domeinen, maar ook op andere aspecten die samenhangen met kwaliteit van zorg.

1.3 Methodes voor kwaliteit van leven

19 Voor het meten van de kwaliteit van leven wordt een breed scala aan methodes gebruikt: er zijn methodes die in Nederland ontwikkeld zijn en er zijn methodes die in het buitenland ontwikkeld zijn en naar het Nederlands vertaald. Van methodes zijn verschillende versies in omloop doordat er elementen zijn weggelaten, er elementen zijn toegevoegd of doordat specifieke items anders zijn geformuleerd. Er zijn methodes die kwantitatief (zoals via multiplechoice-enquêtes) of kwalitatief van aard zijn (zoals via interviews of observaties). Bovendien zijn er methodes die in de praktijk worden toegepast maar die (nog) niet zijn gevalideerd. Het onderzoek richt zich op *alle* methodes die in de praktijk worden gebruikt om kwaliteit van leven in beeld te brengen.

1.4 Doelstelling van het onderzoek

20 Doel van het onderzoek is *alle* methodes⁷ die gebruikt worden om kwaliteit van leven in beeld te brengen en te inventariseren. Het onderzoek richt zich hierbij op doel van gebruik⁸, inhoud en ervaringen met de geïnventariseerde methodes. De onderzoeksvragen luiden als volgt:

⁶ Zie bijvoorbeeld *Monitor woonvormen dementie. Een studie naar verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*, A.M. Pot en J. de Lange, Trimbos Instituut, 2010.

⁷ In de voorbereidende fase van het onderzoek bleek dat het woord 'meetinstrument' een sterke kwantitatieve associatie heeft. Echter, het onderzoek beoogt nadrukkelijk ook het gebruik en de ervaringen van de kwalitatieve instrumenten in beeld te brengen. In overleg met de brancheverenigingen die betrokken zijn bij het onderzoek, is daarom gekozen om de term 'methode' te hanteren.

3. Inzet, doel en inhoud

- a. Welke kwalitatieve en kwantitatieve methoden worden ingezet in de V&V-sector voor het in beeld brengen van de kwaliteit van leven van cliënten, inclusief de methoden die de zachte kant van de zorg (de relatie professional - cliënt) in beeld brengen?
- b. Bij welke doelgroepen en met welk doel worden methoden ingezet?
- c. Bij welke methoden voor kwaliteit van leven is (zijn) ook (aspecten van) kwaliteit van zorg opgenomen?

4. Ervaringen

- a. Wordt het in beeld brengen van de kwaliteit van leven structureel of systematisch toegepast? Met welke frequentie wordt dit gedaan en bij welk deel van de cliënten?
- b. Op welke manieren worden de resultaten van de methode toegepast? In het bijzonder: worden resultaten gebruikt voor verbetering of aanpassing van de geleverde zorg en ondersteuning?
- c. Wat zijn de ervaringen van zorgprofessionals met de door hen gebruikte methoden?

1.5 Leeswijzer

²¹ Dit document geeft een beschrijving van de inventarisatie van methoden die kwaliteit van leven in beeld brengen die in gebruik zijn binnen de V&V-sector. In hoofdstuk 2 wordt beschreven op welke manier de inventarisatie is vormgegeven. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de positie die kwaliteit van leven in de V&V-sector heeft en vanuit welke kaders hierop wordt geacteerd. In hoofdstuk 4 worden de verschillende methoden los van elkaar beschreven. In hoofdstuk 5 worden de onderzoeksvragen beantwoord. Dit hoofdstuk kan worden gezien als een samenvatting van de resultaten. Ten slotte wordt in hoofdstuk 6 ingegaan op de conclusies en aanbevelingen.

²² In een aparte managementsamenvatting worden de resultaten van de inventarisatie in de V&V-sector, de GGZ-sector en de GZ-sector samengevat.

⁸ Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan gebruik van de methode om het zorgproces te verbeteren, om interne of externe beleidsinformatie te leveren of om als benchmarkinformatie te dienen.

2. Onderzoeksaanpak

2.1 Inleiding

23 Dit onderzoek moet worden gezien als een inventarisatie van methoden die in de V&V-sector worden gebruikt om kwaliteit van leven in beeld te brengen. Het uitgangspunt was om aan de hand van interviews met experts in de sector in combinatie met een enquête onder zorgaanbieders een indruk te krijgen van het gebruik van en ervaringen met deze methoden. Deze inventarisatie binnen de V&V-sector maakt deel uit van een groter onderzoek naar methoden om kwaliteit van leven in beeld te brengen in de langdurige zorg. Parallel aan deze inventarisatie in de V&V-sector zijn er ook inventarisaties uitgevoerd in de GGZ en de GZ. Hoewel de onderzoeksvragen en de onderzoeksaanpak op hoofdlijnen voor de drie sectoren gelijk zijn, is de uitwerking hiervan per sector specifiek toegesneden naar de betreffende sector.

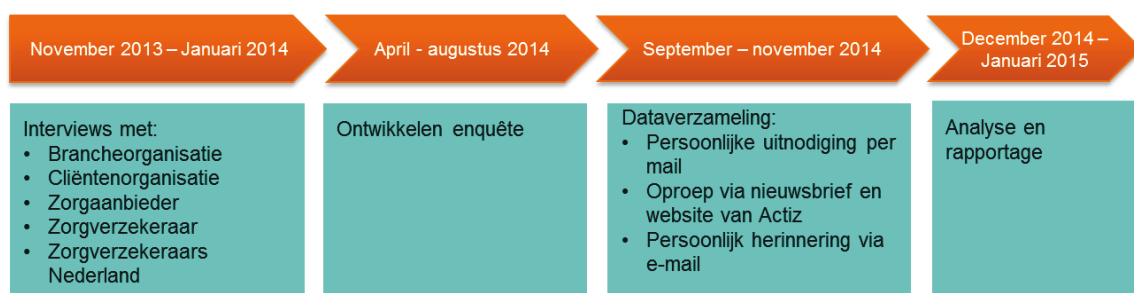
24 Dit onderzoek is begeleid vanuit ZonMw en Zorginstituut Nederland. Met hen heeft op regelmatige basis afstemming plaatsgevonden en zij hebben een beslissende stem gehad in:

- a. Het onderzoeksontwerp;
- b. De topiclijst voor de interviews;
- c. De selectie van de organisaties die zijn geïnterviewd;
- d. De vragenlijst;
- e. De logistiek van de data-uitvraag;
- f. De rapportage.

25 Daarnaast is brancheorganisatie ActiZ bij het onderzoek betrokken geweest. Zo is de vragenlijst in afstemming met hen opgesteld en aangepast aan de situatie van de V&V-sector. Ook hebben zij adresgegevens van kwaliteitsmedewerkers van hun achterban aangeleverd. Een andere brancheorganisatie, BTN, heeft niet meegewerkt aan het onderzoek.

2.2 Onderzoeksontwerp

26 In figuur 2 is het onderzoeksontwerp (inclusief fasering) globaal weergegeven. De inventarisatie zelf bestond uit twee stappen: interviews en informatieverzameling via een internetenquête. Deze stappen staan hieronder verder uitgewerkt. De documentenstudie heeft tijdens alle stappen van het onderzoek plaatsgevonden.



Figuur 1. Onderzoeksontwerp

27 De onderzoeksfase begon met interviews met experts in het veld. Het doel van deze verdiepende interviews was om een beeld te krijgen van:

- a. Hoe er in de V&V-sector tegen het concept kwaliteit van leven wordt aangekeken;
- b. Welke methoden reeds gebruikt worden door het veld (onderzoeksvraag 1A);
- c. Wat de ervaringen met het gebruik van methoden die kwaliteit van leven meten en het gebruik van de verzamelde informatie in de praktijk zijn (onderzoeksvragen 2B en 2C).

De informatie uit de interviews is ook gebruikt om de internetenquête mede vorm te geven. Mede op basis van deze interviews is de oorspronkelijke aanpak van het onderzoek bijgesteld. Zo zijn voor de enquête de vragen meer toegesneden aan de situatie van de V&V-sector, onder andere door in plaats van via een keuzelijst naar methoden te vragen, via open vragen te vragen naar manieren waarop kwaliteit van leven in beeld wordt gebracht.

28 Voor de V&V-sector hebben wij gesproken met medewerkers van ActiZ, Cliëntenorganisatie LOC, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), De Cliëntenraad van de Omring, Zorgverzekeraars Nederland en Achmea.

29 Vervolgens zijn in samenwerking met de V&V-brancheorganisatie (ActiZ) de vragen voor de internetenquête opgesteld. Deze enquête richt zich zowel op kwaliteitsmedewerkers als op zorgprofessionals. Kwaliteitsmedewerkers hebben doorgaans binnen hun instelling het beste beeld van hoe kwaliteit van leven in beeld wordt gebracht, welke methoden hiervoor worden gebruikt en de toepassing ervan, zorgprofessionals kunnen het best aangeven of de informatie die gehaald wordt uit de methode, hen goede handvatten geeft voor het leveren en eventueel aanpassen van de zorg voor een cliënt. In de internetenquête werd middels een open vraag gevraagd op welke manier(en) kwaliteit van leven in beeld wordt gebracht. Door deze vraag open en neutraal te stellen (in plaats van een voorgedefinieerde lijst voor te leggen⁹), wilden we bereiken dat de respondenten zelf manieren en methoden aanreikten die zij het meest waardevol achten¹⁰. De respondenten konden voor maximaal drie methoden de vragenlijst verder invullen over de ervaring en het gebruik van de methode. Dit maximum is gesteld, om de respondenten niet te veel te belasten met dit onderzoek. Daarnaast konden respondenten aangeven welke methoden zij nog meer (naast de drie genoemde methoden) gebruiken om kwaliteit van leven in beeld te brengen. Deze inventarisatie beoogt immers zo volledig mogelijk te zijn.

30 De internetenquête is bij de bij ActiZ bekende kwaliteitsmedewerkers van hun leden uitgezet. Daarnaast is het onderzoek gemeld op de website en de wekelijkse nieuwsbrief van ActiZ. Hiermee is het merendeel van de aanbieders van V&V benaderd. De enquête is met een persoonlijke uitnodiging via e-mail uitgezet bij het netwerk van kwaliteitsmedewerkers. In de e-mail is het doel van het onderzoek toegelicht, en is de kwaliteitsmedewerker uitgenodigd om voor maximaal drie methoden de vragenlijst in te vullen. De kwaliteitsmedewerker is vervolgens uitgenodigd om de vragenlijst aan maximaal vijf zorgprofessionals, die de methoden in de praktijk gebruiken, door te sturen.

⁹ Deze aanpak met een lijst van methoden waaruit gekozen kon worden, was gekozen voor het onderzoek in de GGZ.

¹⁰ Door een lijst met mogelijke methoden voor te leggen, zo was de veronderstelling, zouden respondenten eerder geneigd zijn de 'verplichte' methoden te noemen, terwijl deze methoden niet per se de methoden zijn die het meest waardevol zijn, om kwaliteit van leven vast te stellen.

31 De respondenten hebben zes weken in de periode eind september - begin november 2014 de mogelijkheid gehad de internetenquête in te vullen. De kwaliteitsmedewerkers zijn twee keer herinnerd via een persoonlijk e-mail. Via de nieuwsbrief, die onder andere bedoeld is voor kwaliteitsmedewerkers en zorgprofessionals in de V&V-sector, zijn (kwaliteitsmedewerkers van) leden ook opgeroepen de vragenlijst in te vullen. Hiertoe was bij het betreffende bericht een weblink naar de enquête opgenomen.

2.3 Data-analyse

32 De informatie verzameld met de internetenquête is in zijn totaliteit geanalyseerd (dus over alle beschikbare vragenlijsten). Daarnaast is de informatie per methode geanalyseerd.

33 In de internetenquête is de open vraag gesteld op welke manier kwaliteit van leven en/of de relatie tussen zorgprofessional en cliënt in beeld wordt gebracht. Veel respondenten hebben aangegeven dat dit 'in beeld brengen van kwaliteit van leven' onderdeel is van het (reguliere) zorgproces. Dergelijke 'methoden' hebben vaak geen formele naam en kunnen op die manier ook niet als specifieke methode worden herkend. Deze methoden (samen met bijvoorbeeld het zorgleefplan) zijn geschaard onder een categorie 'onderdeel van het reguliere zorgproces'¹¹. Vervolgens zijn er ook methoden beschreven met een naam, die dus ook als losse methode geanalyseerd kunnen worden. Ten slotte zijn er methoden door respondenten aangedragen waarvan we wel weten dat het gaat om bijvoorbeeld een intern uitgezet tevredenheidsonderzoek, zonder dat deze methode een naam heeft, of een kwalitatieve onderzoeksmethode gericht op het in beeld krijgen van kwaliteit van leven. Dergelijke methoden zijn ondergebracht onder twee categorieën ('overig cliëntervaringsonderzoek' en 'overige methoden kwaliteit (van leven)').

34 Per methode, of groep methoden is de informatie uit de respons op de enquête gecombineerd met de informatie uit de documentenstudie en de informatie uit de interviews. Per methode wordt ingegaan op:

- a. De inhoud (om welk type methode gaat het, met welk doel wordt het ingezet, wat is de achtergrond?)
- b. Op welke domeinen van kwaliteit van leven richt de methode zich?
- c. Voor welke doelgroepen wordt de methode gebruikt of kan deze worden gebruikt?
- d. Wat zijn de ervaringen met het gebruik? (hoe wordt de informatie vastgelegd, wat zijn de ervaringen van de gebruikers, wat zijn de sterke en verbeterpunten?).

2.4 Respons op de vragenlijst

35 In totaal is de vragenlijst onder 103 kwaliteitsmedewerkers bij V&V-instellingen uitgezet. Het zijn kwaliteitsmedewerkers van zorginstellingen die lid zijn van branchevereniging ActiZ. Het gaat hier dus om een deel (onbekend hoe groot) van de totale populatie V&V-instellingen. In totaal zijn er rond de 600 tot 650 VV&T-instellingen in Nederland¹², maar daar vallen ook thuiszorgorganisaties onder.

¹¹ Zie ook hoofdstuk 3.

¹² Bron: De verpleeg- en verzorgingshuiszorg en thuiszorg in kaart. ActiZ, 2012.

36 Daarnaast is het onderzoek aangekondigd op de website en in een nieuwsbrief van ActiZ, waarbij een weblink naar de enquête was opgenomen. Aan de kwaliteitsmedewerkers is gevraagd om een aantal (maximaal drie) e-mailadressen achter te laten van zorgverleners binnen de organisatie, om te benaderen voor het invullen van deze vragenlijst. In totaal zijn 44 namen en e-mailadressen van zorgverleners opgegeven. Zij hebben allen een uitnodiging ontvangen, waarin de methoden stonden genoemd die de kwaliteitsmedewerkers in hun vragenlijst hadden beschreven.

37 Het resultaat van de internetenquête is een respons van 30 kwaliteitsmedewerkers en 23 zorgprofessionals verdeeld over 31 instellingen. Dit betekent dat er over ruim 33% van de benaderde instellingen informatie beschikbaar is. Van 10 instellingen zijn er vragenlijsten van zowel de kwaliteitsmedewerker als de zorgprofessional beschikbaar, voor de overige 21 instellingen hebben alleen kwaliteitsmedewerkers de vragenlijst ingevuld. Een respondent kon informatie over meerdere methoden aanleveren (maximaal drie); voor iedere methode wordt een separate vragenlijst gegenereerd. In totaal zijn er in het onderzoek 154 vragenlijsten ingevuld, 87 door kwaliteitsmedewerkers en 67 door zorgprofessionals (zie tabel 1). In bijlage A is een overzicht opgenomen van de 31 instellingen van waaruit is gereageerd op de enquête.

38 Veruit de meeste reacties zijn gegeven door mensen die persoonlijk waren uitgenodigd voor de enquête. In totaal zijn er 10 spontane reacties via de weblink binnen gekomen.

	Aantal uitgenodigd	N.a.v. uitnodiging	Responspercentage uitnodiging	Spontaan n.a.v. nieuwsbericht	Totaal aantal reacties	Aantal methoden beschreven
Kwaliteitsmedewerkers	103	27	26%	3	30	87
Zorgverleners	44	16	36%	7	23	67
Totaal	147	43	29%	10	53	154

Tabel 2. Aantal vragenlijsten verzameld via de internetenquête

3. Zicht op kwaliteit van leven in de V&V-sector

3.1 Inleiding

³⁹ In de V&V-sector heeft kwaliteit van leven een centrale positie. Zo staat kwaliteit van leven centraal in het ZLP dat verplicht in de sector wordt gebruikt. Het ZLP wordt door de zorgverleners gebruikt om goede zorg af te stemmen op de wensen en behoeften van de cliënt. Veelal wordt het ZLP ondersteund door het (elektronisch) cliëntendossier (ECD) en kan het structuur en richting geven aan de (multidisciplinaire) overleggen tussen zorgverleners over de cliënten.

⁴⁰ Kwaliteit van leven is bovendien een belangrijk onderdeel van de Normen Goede Zorg uit het Kwaliteitsdocument voor de V&V-sector 2013¹³. Goede zorg dient een bijdrage te leveren aan kwaliteit van leven. Deze normen van goede zorg zijn in het Kwaliteitsdocument vertaald naar thema's van kwaliteit en zijn de basis voor de afspraken die in de sector zijn gemaakt voor het meten van kwaliteit. Door cliëntenraadpleging met behulp van de CQ-index en door een uitvraag van zorginhoudelijke indicatoren bij eenheden van zorgaanbieders (zelfmonitoring), wordt inzicht verkregen in verschillende aspecten van kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg. Zorgaanbieders dienen de betreffende CQ-index minimaal eens per twee jaar uit te zetten onder (een deel van) de cliënten. De CQ-index richt zich op aspecten van (zorg)kwaliteit die samenhangen met kwaliteit van leven.

⁴¹ Naast de verplichte uitvraag van de CQ-index worden ook allerlei andere methoden gebruikt om kwaliteit van leven in beeld te brengen. In dit hoofdstuk gaan we achtereenvolgens in op het reguliere zorgproces en welke rol kwaliteit van leven hierin heeft. Daarbij gaan we in op het ZLP en het MDO. Ook beschrijven we hier de CQ-index, aangezien deze grootschalig wordt uitgezet binnen de V&V-sector. Andere methoden waarmee kwaliteit van leven in beeld wordt gebracht, bespreken we in hoofdstuk 4.

3.2 Kwaliteit van leven centraal in het reguliere zorgproces

3.2.1 Het ZLP

⁴² In de V&V-sector wordt gewerkt met een zorgleeftijd (ZLP, zie box 1). Aan de hand van het ZLP wordt vastgelegd wat de voorkeuren, vragen, behoeften of doelen zijn van een cliënt. Elke cliënt beschikt over een ZLP dat samen met de zorgverlener is opgesteld. In het plan staan afspraken over de zorg en ondersteuning binnen vier domeinen van kwaliteit van leven:

- a. Lichamelijk welbevinden;
- b. Mentaal welbevinden;
- c. Woon- en leefomstandigheden;
- d. Participatie.

¹³ *Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis*. Inspectie voor de Gezondheidszorg, Zorgverzekeraars Nederland en het LOC Zeggenschap in zorg.

43 Het ZLP vermeldt de indicatie, een beeld van de zorgvraag, de reële zorgbehoefte en de afgesproken zorg. Daarnaast worden doel, inhoud en tijdstip van de zorg en ondersteuning vastgelegd. De zorgverlener rapporteert dat de zorg of ondersteuning heeft plaatsgevonden en maakt melding van wijzingen en mogelijk nieuwe afspraken. Het plan ondersteunt samenwerking en afstemming tussen zorgverleners.

44 Voor het ZLP zijn meerdere modellen in omloop^{14,15,16}. Elk van deze modellen heeft een eigen focus, en/of methoden om informatie (onder andere over kwaliteit van leven en hulpverlening) naar boven te halen. Zorgverleners gebruiken daarbij soms informatie van andere methoden om kwaliteit van leven in beeld te brengen als input voor het ZLP.

Box 1: Het zorgleefplan

Het zorgleefplan (ZLP) helpt zorgverleners de cliënt zo te ondersteunen dat hij zijn leven (ondanks ziekte of handicap) zoveel mogelijk kan voortzetten zoals hij dat wil. De voorkeuren, vragen, behoeften of doelen van de cliënt zijn het uitgangspunt van het ZLP. Vanuit die vragen denkt de zorgverlener professioneel en creatief met de cliënt mee over hoe hij zijn doelen kan bereiken. De zorgverlener doet voorstellen over de manier waarop hij de cliënt kan ondersteunen zijn doelen te bereiken. De cliënt beslist welke ondersteuning hij wil. De afspraken die de zorgverlener maakt met de cliënt, worden in het ZLP vastgelegd.

Omdat alle afspraken duidelijk beschreven zijn, weet de cliënt wat hij van de zorgverleners mag verwachten. Het ZLP helpt de zorgverlener betrouwbaar te zijn als hulpverlener: de zorgverlener kan hiermee verantwoord worden welke zorg wordt gegeven en waarom die zorg.

De zorgverlener evalueert regelmatig met de cliënt of de gemaakte afspraken nog 'werken' in het dagelijks leven van de cliënt. Misschien heeft de cliënt andere wensen over de inrichting van zijn leven? Heeft hij meer of juist minder ondersteuning nodig? In samenspraak met de cliënt worden de afspraken bijgesteld.

Door zo methodisch te werken sluit de ondersteuning die reeds geboden wordt steeds goed aan bij de behoefte van de cliënt. De cliënt (of zijn vertegenwoordiger) behoudt de regie.

Op 1 januari 2008 trad een Algemene Maatregel van Bestuur in werking die zorgorganisaties wettelijk verplicht om voor iedere cliënt een ZLP te hanteren.

Bron: www.zorgleefplanwijzer.nl

¹⁴ Zo heeft ActiZ een model voor een ZLP, waarin de vier domeinen van kwaliteit van leven centraal staan. Bron: www.zorgleefplanwijzer.nl.

¹⁵ Artema heeft een ZLP ontwikkeld (samen met LOC) dat uitgaat van de 'schijf van vijf'. Het leefplan is voorzien van allerlei werkvormen, zoals een wensboom, vragenlijst en schilderijmethode. Deze werkvormen zijn bedoeld als ondersteuning, om het eenvoudiger te maken om leefplannen op te stellen die passen bij de specifieke situatie van de cliënt. Bron: www.zorgleefplanwijzer.nl.

¹⁶ IMOZ ontwikkelde een zorgleefplan dat dient als werkdocument voor de medewerkers. In het zorgleefplan beschrijven zij de zorg voor de bewoners aan de hand van de vier domeinen van verantwoorde zorg: persoonlijkheid en contact, lichamelijk welbevinden, woonleefsituatie, participatie. Bron: www.zorgleefplanwijzer.nl.

3.2.2 Elektronisch Cliënten Dossier

45 Steeds meer zorgaanbieders in de V&V-sector gebruiken een elektronisch cliëntendossier (ECD). Uitgangspunten van een ECD zijn dat het communicatie tussen zorgverleners makkelijker maakt en het methodisch werken bevordert. Zo kan vanuit het ECD een relatie tussen de behandeldoelen en de uitvoering van de zorg worden gelegd. Bovendien kan vanuit het ECD melding worden gemaakt dat het tijd is voor de halfjaarlijkse evaluatie van het ZLP. Op die manier kan het ECD het gebruik van een ZLP ondersteunen. Verschillende zorgverleners kunnen met behulp van het ECD snel en makkelijk inzicht krijgen in de gemaakte afspraken tussen cliënt en zorgverlener. Het ECD is daarmee meer dan een digitale vorm van het cliënten-dossier¹⁷.

3.2.3 Multidisciplinair overleg

46 Het multidisciplinair overleg (MDO) is een regelmatig terugkerend overleg tussen alle bij een cliënt betrokken zorgverleners. Het MDO is de plek waarover (complexe) cliëntencasuïstiek kan worden gesproken. Het MDO biedt gelegenheid om inhoudelijk, als professionals, te spreken over het bevorderen van het welbevinden van individuele cliënten, uitgaande van bijvoorbeeld wat binnen de vier domeinen van kwaliteit van leven van het ZLP belangrijk is voor de cliënt. Deelnemers aan het MDO kunnen, vanuit hun professie, aan de arts en eerst verantwoordelijke verpleegkundige of verzorgende adviezen uitbrengen over in het ZLP op te nemen doelen. Het MDO kan het informeren van elkaar over het welbevinden van de cliënt bevorderen, maar kan ook veel meer een moment zijn om te spreken over de complexe zorgvragen van een cliënt en welke multidisciplinaire behandelwijzen hierbij mogelijk zijn. In het MDO wordt bevorderd dat alle vier domeinen van kwaliteit van leven van het ZLP onder de aandacht zijn van de zorgverleners.

47 De input voor het MDO kan dus divers zijn: inzichten die zijn vergaard van verschillende professionals rond de cliënt (bijvoorbeeld door observaties, gesprekken met cliënt, familie en omwonenden, et cetera), worden gedeeld. Het ZLP met de vier domeinen van kwaliteit van leven kan hierbij structuur bieden.

¹⁷ Bron: www.actiz.nl.

3.3 Kwaliteitsdocument VV&T: Cliëntenraadpleging met de CQ-index

48 In de VV&T-sector (de V&V-sector aangevuld met Thuiszorg) is met de verschillende stakeholders een kwaliteitsdocument opgesteld^{18,19,20}. Dit kwaliteitsdocument kan worden gezien als opvolger van het kwaliteitskader 'verantwoorde zorg', dat in de jaren 2005-2010 door verschillende partijen in de VV&T-sector is ontwikkeld. In het kwaliteitsdocument staat de visie van de betreffende partijen op goede zorg, worden normen genoemd en wordt ingegaan op hoe kwaliteit gemeten dient te worden. Het kwaliteitsdocument gaat met name in op wat externe partijen nodig hebben om zorg in te kopen, toezicht te houden en keuze-informatie te bieden. Het leveren van die informatie is daarbij niet vrijblijvend. Verzekeraars hebben contractuele rechten en de IGZ heeft wettelijke rechten om af te dwingen dat zorgorganisaties de gevraagde informatie leveren.

49 In het kwaliteitsdocument is kwaliteit van leven een van de onderwerpen die centraal staan. Dit is terug te vinden in zowel de normen als in wat gemeten moet worden. Het gaat hierbij om dezelfde vier domeinen van kwaliteit van leven als die in het ZLP centraal staan. In het kwaliteitsdocument wordt verder ingegaan op welke manier verschillende aspecten van kwaliteit van leven (gekoppeld aan de vier domeinen) gemeten dienen te worden. Daarbij wordt voorgeschreven dat zorgorganisaties minimaal eens per twee jaar met een vastgestelde CQ-index hun cliënten raadplegen over hoe zij de kwaliteit van zorg ervaren. Er zijn drie vragenlijsten voor de VV&T-sector: een interviewlijst voor bewoners van verpleeg/verzorgingshuizen, een vragenlijst voor vertegenwoordigers van psychogeriatrische bewoners en een vragenlijst voor de thuiszorg.

50 Daarnaast dienen zorgorganisaties elk jaar zogenaamde zorginhoudelijke indicatoren op te leveren. De meeste thema's (indicatoren die zijn gebaseerd op een combinatie van onderliggende vragen) en indicatoren die betrekking hebben op kwaliteit van leven zijn cliëntgebonden indicatoren en worden met de CQ-index gemeten. Een aantal aspecten van mentaal welbevinden worden gezien als zorginhoudelijk en worden op basis van zelfmonitoring gemeten. Naast de indicatoren die betrekking hebben op kwaliteit van leven zijn er ook indicatoren die betrekking hebben op andere aspecten van kwaliteit, zoals kwaliteit van de zorgverleners, kwaliteit van de zorgorganisatie (zoals ervaren inspraak en ervaren informatievoorziening) en veiligheid (onder andere risicosignalering en incidenten).

51 In het kader van deze verplichte meting wordt dus op grote schaal binnen de VV&T-sector onderzoek gedaan naar de kwaliteit van leven in de zorgorganisaties. In de VV&T-sector wordt al langer kritisch gekeken naar de set van indicatoren, de manier van uitvragen, en het gebruik ervan door externe partijen. Ook de veranderende context (onder andere dat gemeenten een grote taak hebben bij zorg en ondersteuning) draagt eraan bij dat de toekomst van het huidige kwaliteitsdocument en de status ervan onzeker is.

¹⁸ *Kwaliteitsdocument 2013 - Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis*. Inspectie voor de Gezondheidszorg, Zorgverzekeraars Nederland, LOC (2013).

¹⁹ ActiZ, BTN, Verenso en V&VN hebben dit kwaliteitsdocument niet ondertekend, maar hebben wel een advies gegeven over het document.

²⁰ Brancheorganisatie ActiZ vindt onder andere dat de huidige indicatoren en manier van uitvragen te weinig het doel van interne kwaliteitsverbetering ondersteunt en de sector en zorginstellingen niet kloppend positioneert.

3.4 Methoden gericht op kwaliteitsverbetering

52 Daar waar de verschillende CQI's verplicht worden toegepast in de VV&T-sector, worden ook andere specifieke methoden ingezet om kwaliteit van leven in beeld te brengen. Waar het gebruik van de CQ-Index met name is gericht op de externe verantwoording (naar financiers, inspectie en (potentiele) cliënten), worden vanuit zorgaanbieders andere methoden ingezet om inzicht te krijgen in de kwaliteit van leven. Het doel van deze methode is veelal niet de externe verantwoording, maar het bieden van ondersteuning aan het zorgproces zelf en kwaliteitsverbetering binnen het team, afdeling of de organisatie. Dergelijke methoden bieden veelal input voor het ZLP, het MDO of het cliëntendossier.

4. Methoden om kwaliteit van leven in beeld te brengen

53 In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de methoden die met deze inventarisatie naar voren zijn gekomen. Hierbij moet worden opgemerkt dat er bewust voor was gekozen om de vraag naar de 'manieren om kwaliteit van leven in beeld te brengen' heel open te stellen. De gedachtegang hierachter was dat de professionals op die manier zonder enige sturing, vanuit zichzelf zouden aangeven op welke manier zij kwaliteit van leven in beeld brengen. Dit heeft wel als gevolg gehad dat er een grote variëteit aan manieren en methoden is aangedragen, waarbij verschillende namen of beschrijvingen soms over dezelfde methode kunnen gaan.

54 Een groot aantal manieren om kwaliteit van leven in beeld te brengen die zijn genoemd in de enquête zijn methoden of toepassingen zonder dat ze een specifieke naam hebben. Deze zijn dan ook moeilijk als specifieke methode te herkennen en zijn geschaard onder 'overige methoden kwaliteit (van leven)' of 'overig cliëntervaringsonderzoek'. In dit laatste geval is wel aangegeven dat het om cliëntervaringsonderzoek of tevredenheidsonderzoek gaat, zonder dat daarbij een naam werd gegeven. Het was hierbij ook niet met zekerheid te zeggen of het om bijvoorbeeld de CQ-index ging. Daarnaast zijn in de enquête veel methoden genoemd, zoals het ZLP, het MDO, of iets anders dat duidt op een methode of aanpak dat onderdeel is van het reguliere zorgproces (zie hoofdstuk 3). Dergelijke methoden hebben we bij elkaar gevoegd onder de noemer 'Vanuit het reguliere zorgproces'.

Op welke manieren brengt u kwaliteit van leven van uw cliënten en/of de relatie tussen zorgverlener en cliënt in uw organisatie in beeld?			
	Kwaliteitsmedewerkers	Zorgverleners	Totaal
Vanuit regulier zorgproces	46	39	85
CQ-index	9	2	11
AFDAK-methode	1	0	1
Beelden van Kwaliteit- observaties	1	0	1
Care Dependency Scale	1	0	1
Competentiezorg	1	0	1
Dementia Care Mapping	1	2	3
Levensboek	1	3	4
Moreel Beraad	1	2	3
Planetree focusgroepen	1	1	2
PRET	1	2	3
Prezo	2	0	2
Qualidem	1	1	2
Samen kleur geven aan waardevol leven volgens AI	1	0	1
Video Interventie in de Ouderenzorg	1	1	2
Overig cliëntervaringsonderzoek	10	7	17
Overige methoden kwaliteit (van leven)	8	7	15
Totaal	87	67	154

Tabel 3. Aantal vragenlijsten ingevuld per methode of per categorie methoden, per type respondent

55 In tabel 2 is te zien dat de meeste methoden die in de enquête worden genoemd betrekking hebben op het reguliere zorgproces. In totaal zijn 85 vragenlijsten hierover ingevuld. Over de CQ-index zijn 11 vragenlijsten ingevuld, vanuit 10 verschillende zorgorganisaties. Over de meeste methoden is vanuit één zorgorganisatie een vragenlijst ingevuld, waarvan in de meeste gevallen twee of meer vragenlijsten. Bij zes methoden is door één respondent een vragenlijst ingevuld.

56 Per methode wordt ingegaan op de inhoud, de doelgroep, domeinen van kwaliteit van leven en van zorg, en voor zover beschikbaar, op ervaringen met het gebruik. Hierbij moet worden benadrukt dat het in een aantal gevallen gaat om ervaringen van slechts een of een beperkt aantal gebruikers met de methode. Ook is niet in alle gevallen de vragenlijst volledig ingevuld, of ontbreekt de informatie om de betreffende methode op al deze punten te beschrijven.

4.1 Vanuit het reguliere zorgproces

4.1.1 Inhoud

57 Zoals in hoofdstuk 3 staat beschreven, wordt in de V&V-sector vanuit het reguliere zorgproces veel aandacht gegeven aan kwaliteit van leven. Het is dan ook niet verwonderlijk dat 85 van de ingevulde enquêtes gaan over het reguliere zorgproces. Hierbij werd 28 maal het ZLP genoemd en/of de halfjaarlijkse evaluatie die hierbij hoort, maar ook de dagelijkse interactie met de cliënt en de afstemming met zijn of haar omgeving (bijvoorbeeld familie, mantelzorgers en/of andere bewoners). Daarnaast werden het MDO en het (elektronisch) cliëntendossier (al dan niet in combinatie met het ZLP) genoemd. Ook zijn individuele gesprekken met de cliënt, huiskamer- en keukentafelgesprekken of aandachtgeven onder deze categorie geschaard, net als intakegesprekken.

58 Binnen deze categorie vallen dan ook verschillende vormen, waarmee kwaliteit van leven in beeld wordt gebracht. In tabel 3 is te zien dat vooral open gesprekken, observaties en levensverhalen worden gebruikt om vanuit het reguliere zorgproces inzicht te krijgen in de kwaliteit van leven.

Observaties	Open gesprek	Vragenlijst	Gestructureerd interview	Groepsgesprek	Levensverhalen	Casuïstiek bespreking	Anders, namelijk
36%	38%	18%	20%	19%	24%	18%	2%

Tabel 4. Verschillende vormen om kwaliteit van leven binnen het reguliere zorgproces in beeld te brengen

4.1.2 Domeinen

59 Doordat verschillende methoden onder de categorie 'vanuit het reguliere zorgproces' zijn geschaard, zijn de domeinen die deze methoden bestrijken verschillend. Uiteraard ligt er een sterke nadruk op de domeinen die ook centraal staan in het ZLP. Uit de enquête komt verder naar voren dat de beschreven methoden gericht zijn op een groot deel van de verschillende domeinen (zie tabel 4).

	Emotioneel welzijn	Sociaal welzijn	Relatie tussen zorgverlener en cliënt	Auto- nomie	Lichamelijk welzijn	Zingeving	Materiële zekerheid
Vanuit regulier zorgproces	91%	93%	81%	84%	87%	86%	49%

Tabel 5. Verschillende domeinen waar op methoden vanuit het reguliere zorgproces zijn gericht

4.1.3 Informatie

60 De respondenten geven aan dat de informatie die met de betreffende methoden wordt verzameld, wordt vastgelegd in met name het ZLP, en (in mindere mate) het cliëntendossier of gespreksverslagen. In de meeste gevallen wordt de informatie per cliënt gerapporteerd, tussen de 20 en 30% van de respondenten geeft aan dat deze informatie ook op het niveau van het team, de afdeling of de organisatie wordt gerapporteerd. Uiteraard is dit sterk afhankelijk van de specifieke methode.

61 Alle respondenten geven aan dat de informatie die wordt verkregen ook wordt gedeeld met de cliënt (en/of cliëntvertegenwoordiger). In de meeste gevallen wordt de informatie ook gedeeld binnen het team. Ongeveer de helft van de respondenten geeft aan dat deze informatie ook (al dan niet anoniem) verder in de organisatie wordt gedeeld.

4.1.4 Ervaring met gebruik

62 Een groot deel van de respondenten geeft aan dat de betreffende methode ondersteunend aan het zorgproces is, ongeveer evenveel respondenten beoordelen dit als neutraal. Ongeveer 15% van de respondenten ervaart de betreffende methode als belemmerend voor de dagelijkse werkzaamheden. Veruit het merendeel van de respondenten geeft aan dat de betreffende methode (zeer) ondersteunend is aan de kwaliteitsverbetering door het team en de organisatie. Vrijwel niemand ziet dit als een belemmering voor kwaliteitsverbetering.

63 Aangezien het hier om een verzameling van methoden gaat, heeft het niet veel zin om hier sterke en verbeterpunten te bespreken. Hier volgen wel enkele sterke punten die specifiek en meerdere malen bij het ZLP worden genoemd:

- a. Ondersteunt het systematisch en methodisch werken;
- b. Geeft een compleet beeld;
- c. Gericht op de cliënt/stelt de cliënt centraal;
- d. Multidisciplinair.

64 Daarnaast worden er ook verbeterpunten genoemd. Zo noemen enkele respondenten (de methodiek met) het ZLP te omslachtig of te grondig. Ook geeft een respondent aan dat de richtlijnen van hoe dit te gebruiken niet duidelijk genoeg zijn, waardoor er verwarring kan ontstaan.

4.2 CQ-index

4.2.1 Achtergrond en ontwikkeling

⁶⁵ In hoofdstuk 3 is de CQ-index geïntroduceerd. Het gaat bij de CQ-index om een gestructureerde vragenlijst, waarvan drie varianten bestaan die worden ingezet in het kader van verantwoording. De uitvraag van de CQ-index moet minimaal eens per twee jaar plaatsvinden in het kader van deze verantwoording. Zorgaanbieders moeten hiertoe zelf een hiervoor geaccrediteerd meetbureau in de arm nemen. Zij benaderen de cliënten (of vertegenwoordigers) met de gestructureerde vragenlijst. Er zijn drie versies in omloop binnen de V&V-sector: een interviewlijst voor bewoners van verpleeg-/verzorgingshuizen, een vragenlijst voor vertegenwoordigers van psychogeriatrische bewoners en er is een vragenlijst voor de thuiszorg. Er zijn rapportages beschikbaar waarin de ontwikkeling van deze CQ-index staat gedocumenteerd en bijbehorende werk-instructies; deze zijn te vinden op de website van Zorginstituut Nederland²¹.

4.2.2 Informatie

⁶⁶ In de enquête hebben 11 respondenten vanuit 10 zorgaanbieders informatie over de CQ-index gegeven. De informatie die met de CQ-index beschikbaar komt, wordt meestal gerapporteerd per zorgeenheid. Dat is in de meeste gevallen een zorginstelling, locatie of afdeling. De uitkomsten worden in de meeste organisaties binnen de gehele organisatie gedeeld. Alle gebruikers geven aan dat zij de CQ-index tweejaarlijks laten afnemen.

4.2.3 Ervaringen met gebruik

⁶⁷ De gebruikers die hierover een vragenlijst hebben ingevuld, geven allemaal aan dat de CQ-index (zeer) ondersteunend is aan hun dagelijkse werkzaamheden. Ook vinden zij de CQ-index ondersteunend aan kwaliteitsverbetering door het team en de organisatie.

⁶⁸ Sterke punten van de CQ-index die door de gebruikers worden genoemd, zijn:

- a. Het biedt de mogelijkheid om te vergelijken met andere organisaties of eenheden en over de tijd;
- b. Het is objectief (door externe personen uitgevoerd);
- c. Het biedt mogelijkheden tot verbeteren.

⁶⁹ Als verbeterpunten wordt genoemd:

- a. Niet alle vragen zijn relevant;
- b. Soms zijn de vragen te moeilijk voor, of niet goed afgestemd op de cliënt.

²¹ <http://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/toetsingskader+en+register/de+cq-index/cqi-vragenlijsten#CQIVerplegingVerzorgingThuiszorg>.

4.3 AFDAK-methode in het MDO

4.3.1 Achtergrond en ontwikkeling

70 AFDAK staat voor Activeren gegevens, Formuleren, Domeinen, Acties en Kwaliteit van leven. De AFDAK-methode wordt ondersteund door middel van een ECD en biedt structuur rond het MDO. De vier domeinen die worden onderkend, zijn:

- a. Woon- en leefomstandigheden;
- b. Participatie;
- c. Mentaal welbevinden;
- d. Lichamelijk welbevinden.

71 Op basis van beknopte vragenlijsten, checklists, het zorgplan (en evaluaties hiervan) en bespreking binnen het MDO wordt input vergaard die betrekking heeft op de hulpvraag van de cliënt in relatie tot de genoemde domeinen. De informatie die met de AFDAK-methode naar boven komt, wordt per cliënt vastgelegd in het ZLP. Er is geen openbare achtergrondinformatie bekend over de ontwikkeling van deze methode.

4.3.2 Doelgroep

72 De betreffende gebruiker geeft aan dat deze methode wordt ingezet binnen de psychogeriatric, somatiek, revalidatie en dagbesteding, maar dat de toepassing van deze methode niet tot deze doelgroepen beperkt is.

4.3.3 Ervaringen met gebruik

73 De AFDAK-methode wordt ingezet in de Schakering, een woon- en thuiszorgorganisatie in Midden-Brabant. Waar de informatie over cliënten binnen zorgverleners van het team wordt gedeeld, wordt deze informatie geanonimiseerd binnen de organisatie gedeeld. Het wordt door de gebruiker als zeer ondersteunend ervaren voor kwaliteitsverbetering in het team en ondersteunend voor kwaliteitsverbetering van de organisatie. Ook is de ervaring dat het de dagelijkse werkzaamheden ondersteunt.

74 De AFDAK-methode in het MDO wordt volgens een vaste frequentie, halfjaarlijks, onder de gehele doelgroep toegepast. Goede toepassing van de AFDAK-methode vraagt wel om een intensieve opleiding of training.

75 Wat de gebruiker betreft is sterk aan deze methode dat het zorgt voor een moment van afstemming in het belang van de bewoner, en dat er bewust even stil wordt gestaan bij kwaliteit van leven. Een mogelijk verbeterpunt aan de methode is aanwezigheid van de bewoner zelf of een contactpersoon bij de bespreking.

4.4 Beelden van Kwaliteit-observaties

4.4.1 Achtergrond en ontwikkeling

76 Beelden van Kwaliteit is een project dat zich richt op de ontwikkeling van een wetenschappelijk verantwoorde kwalitatieve aanpak van kwaliteitsverantwoording. Het project heeft als doel om deze methode geaccepteerd te krijgen bij de toezichhoudende instanties, zodat instellingen deze mede in hun kwaliteits-systeem kunnen opnemen als instrument waarmee ze kunnen voldoen aan hun wettelijke verplichtingen²².

77 De methode kenmerkt zich door participerende observaties door antropologen of medewerkers die een opleiding hebben gevolgd. Deze observaties richten zich op het verkrijgen van een beeld van de kwaliteit (van leven) van de cliënt, in relatie tot de zorg- of hulpverlener. Instellingen die deelnemen kunnen er dus voor kiezen om de observaties te laten uitvoeren door antropologen uit de projectgroep. Ze kunnen er ook voor kiezen om eigen medewerkers naar de opleiding tot 'onderzoeker beelden van kwaliteit' te sturen. Als zij de opleiding met succes hebben voltooid, kunnen ze worden ingezet voor observaties. In het kader van de pilot gebeurt dit door uitwisseling met een andere deelnemende instelling in dezelfde regio.

4.4.2 Domeinen

78 Beelden van Kwaliteit-observaties is in de eerste plaats gericht op de relatie tussen de cliënt en de zorgverlener. Een centrale vraag is namelijk hoe de begeleiders zich verbinden met hun cliënten. Daarnaast is de methode gericht op de ontwikkeling van de cliënt. Een gebruiker geeft aan dat hiermee in feite alle domeinen van kwaliteit van leven aan de orde zijn.

4.4.3 Doelgroep

79 De eerste pilots zijn gestart in de sector die personen met lichamelijke en/of verstandelijke beperkingen zorg, begeleiding en behandeling biedt. In een andere pilot past zorgorganisatie Beweging 3.0 deze methode toe in de V&V-sector. Het onderzoek van Beelden van Kwaliteit wordt uitgevoerd door vijf onderzoekers van Beweging 3.0 die daartoe zijn opgeleid. Ze doen hun observaties op vier locaties: twee psychogeriatrische en twee somatische afdelingen. Deze pilot voor de V&V-sector is in nauwe samenwerking met de brancheorganisatie (ActiZ) tot stand gekomen. In aangepaste vorm moet het mogelijk zijn om deze methode ook bij andere doelgroepen in te zetten. In het kader van deze pilot wordt deze methode binnen Beweging 3.0 bij een beperkt deel van de doelgroep ingezet.

4.4.4 Informatie

80 Het inzetten van Beelden van Kwaliteit-observaties leidt tot een geanonimiseerd verslag op woongroep-niveau. Deze uitkomsten worden niet gedeeld met de cliënten zelf, wel met het team en binnen de organisatie.

²² Bron: www.beeldenvankwaliteit.nl

4.4.5 Ervaringen met gebruik

81 Gebruikers ervaren deze methode als ondersteunend aan hun dagelijkse werkzaamheden. Het wordt nog niet direct gezien als ondersteunend aan kwaliteitsverbetering door het team of binnen de organisatie. Hierbij moet worden opgemerkt dat de ervaringen zijn gebaseerd op een eerste pilotproject.

82 Wat de gebruiker betreft is sterk aan deze methode dat het dagelijks leven in de woongroep en de relatie tussen cliënt en zorgverlener uitgebreid in beeld brengt, en dat op basis van deze beelden de mogelijkheid ontstaat tot dialoog met verschillende belanghebbenden. Er worden geen verbeterpunten genoemd.

4.5 Care Dependency Scale

4.5.1 Achtergrond en ontwikkeling

83 De Care Dependency Scale (CDS) is in eerste instantie ontwikkeld als beoordelingsinstrument van zorgafhankelijkheid in de verpleeghuissector en in de verstandelijke gehandicaptenzorg. Er bestaan klinische versies van het instrument die worden gebruikt ten behoeve van het routinematige beoordelen en de diagnostiek van patiënten in het kader van het (verpleegkundig) zorgproces. Daarnaast bestaat er een versie waarmee een globale beoordeling van zorgafhankelijkheid kan worden gedaan²³.

84 In de handleiding wordt aangegeven dat de CDS het best kan worden ingevuld door de eerstverantwoordelijk verzorgende of verplegende. Wanneer de patiënt zelf in staat is een betrouwbaar beeld van het eigen functioneren te geven, kan de CDS als vragenlijst afgenomen worden. In alle andere gevallen dient de invuller eerst zelf een beeld te vormen over de mogelijkheden van de patiënt alvorens de CDS in te vullen.

4.5.2 Domeinen

85 De CDS bestaat uit de volgende 15 items die alle betrekking hebben op zorgafhankelijkheid: eten en drinken, incontinentie, lichaamshouding, mobiliteit, dag- en nachtritme, aan- en uitkleden, lichaams-temperatuur, hygiëne, vermijden van gevaar, communicatie, contact met anderen, waarde- en normbesef, dagelijkse activiteiten, recreatieve activiteiten en leervermogen. Tegelijkertijd hebben deze items een relatie met emotioneel, sociaal en lichamelijk welzijn, autonomie en zingeving.

4.5.3 Doelgroep

86 Een gebruiker van de methode geeft in de enquête aan dat CDS wordt ingezet binnen de doelgroepen psychogeriatricie, somatiek en Korsakov. Volgens deze gebruiker is de CDS niet buiten deze doelgroepen toepasbaar. Naast een versie van de CDS voor psychogeriatricische cliënten bestaat er ook een versie van de CDS die is ontwikkeld voor de zorg aan verstandelijk gehandicapten.

²³ *Het meten van zorgafhankelijkheidsschaal*. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen (1999).

4.5.4 Ervaringen met gebruik

87 De CDS wordt ingezet door Attent Zorg en Behandeling. Deze gebruiker geeft aan dat ‘De CDS de zorgafhankelijkheid van de cliënt in beeld brengt. Deze wordt bij aanvang van de zorg ten behoeve van het MDO en indien nodig in beeld gebracht om zicht te houden op de regie van de cliënt’. De informatie die wordt verkregen met de CDS, wordt per cliënt vastgelegd in het ZLP en in een ECD. Deze informatie is beschikbaar voor zorgverleners en wordt gedeeld met de cliënt. CDS wordt onder minder dan de helft van de cliënten binnen de doelgroep ingezet.

4.6 Competentiezorg

4.6.1 Achtergrond en ontwikkeling

88 Competentiezorg is een project binnen Stichting Vugherstede dat erop gericht is om de aandacht voor de kwaliteiten en ambities van de bewoners te versterken²⁴. De visie hierachter is dat inzet van talent en werken aan persoonlijke groei iets toevoegt aan de kwaliteit van leven. Het project heeft als doel het versterken van onderwerpen als erbij te horen, nuttig zijn, je eigen kracht ervaren, eigen keuzen blijven maken en de regie zo lang mogelijk in eigen hand houden, al dan niet met wat organisatie of ondersteuning van anderen.

89 Dit project is vooral gericht op het veranderen van de *mindset* van medewerkers. Vanuit dat project beoogt men om naast de ‘harde kant van zorg’ (ondersteuning bij plassen/steunkousen) meer aandacht te krijgen voor de ‘zachte kant’ (Waar komt u vandaag uw bed voor uit?).

90 kwaliteit van leven wordt vooral door middel van open gesprekken met de cliënt en groepsgesprekken in beeld gebracht. Het toepassen van competentiezorg vraagt om beperkte training/opleiding.

4.6.2 Domeinen en doelgroepen

91 Competentiezorg richt zich volgens de gebruiker op de aspecten sociaal welzijn, autonomie en zingeving. Het wordt binnen Stichting Vugherstede voor alle doelgroepen toegepast.

4.6.3 Ervaringen met gebruik

92 De informatie die met deze methode wordt verkregen, wordt vastgelegd in gespreksverslagen, in een digitaal registratiesysteem en in het ZLP. Informatie is beschikbaar per cliënt, zorgverlener, team en afdeling. De informatie wordt ook gedeeld met de cliënt en het team, en geanonimiseerd verder binnen de organisatie. Het gebruik van competentiezorg wordt als sterk ondersteunend voor kwaliteitsverbetering door het team en de organisatie gezien.

²⁴ Bron: Nieuwsbrieven Competentiezorg, te vinden op www.vugherstede.nl.

93 Wat betreft de gebruiker zijn sterke punten van competentiezorg dat het helpt om beter naar cliënt en collega te kijken en dat het *awareness* creëert en loyaliteit naar collega's bevordert. Een mogelijk verbeterpunt dat is genoemd, is dat er nog meer bekendheid gecreëerd moet worden en meer draagvlak vanuit 'de lijn'.

4.7 Dementia Care Mapping

4.7.1 Achtergrond en ontwikkeling

94 Dementia Care Mapping (DCM)²⁵ is een wetenschappelijk gevalideerde methode waarmee in kaart kan worden gebracht welke persoonlijke ervaringen en behoeften iemand met dementie heeft. Op basis daarvan kan een veranderingsproces in gang worden gezet met het oog op het verbeteren van de kwaliteit van leven van de cliënt, waarbij ook wordt gekeken naar hun zorgmedewerker, partner, familie of mantelzorger²⁶. DCM is ontwikkeld om zorgteams te ondersteunen in het geven van belevingsgerichte zorg.

95 Er is het nodige onderzoek gedaan naar DCM en de effecten hiervan, waarbij de meningen over de kwaliteit en toepasbaarheid verdeeld zijn²⁷.

96 De observatiemethode DCM wordt op een onopvallende manier gedaan. De observator (ook wel 'mapper' genoemd) zit 'als een vlieg aan de muur' in de huiskamer, zes uur lang. De observator kijkt door de ogen van de persoon met dementie en noteert elke vijf minuten wat hij ziet: Wat gebeurt er? Hoe reageert de persoon met dementie daarop? Hoe gaat de aanwezige zorgmedewerker, de partner, familie of mantelzorger met hem om?²⁸ Bij DCM binnen zorginstellingen duurt de observatieperiode zes uur. Observatie in de thuissituatie duurt zolang het zorgmoment van de thuiszorgmedewerker plaatsvindt. Om de rol als observator te kunnen vervullen, is een opleiding/training vereist.

97 De Britse professor Tom Kitwood is grondlegger van DCM. Hij ontwikkelde deze methode die de kwaliteit van het dagelijkse leven van mensen met dementie meet. De eerste editie van DCM kwam uit in 1992, het jaar waarin op de universiteit van Bradford de 'Bradford Dementia Group' werd opgericht: voor studie, scholing en onderzoek op het gebied van zorg voor mensen met dementie. In 2005 is DCM naar Nederland gekomen, waar zorgorganisatie De Friese Wouden de eerste organisatie was die DCM is gaan toepassen²⁸.

4.7.2 Domeinen

98 DCM richt zich primair op de cliënt en zijn relatie met de omgeving (zorgverlener, partner, mantelzorger, et cetera). Daarbij kunnen alle aspecten van kwaliteit van leven aan de orde komen.

²⁵ Kitwood et al., 1992.

²⁶ Bron: www.dcmnederland.nl.

²⁷ Het vaststellen van kwaliteit van leven bij cliënten in de ouderenzorg, NIVEL 2006.

²⁸ Bron: www.dcmnederland.nl.

4.7.3 Doelgroepen

99 De methode is ontwikkeld voor mensen met dementie. Volgens de gebruiker is de methode ook toepasbaar voor andere doelgroepen²⁹.

4.7.4 Informatie

100 De informatie die met de methode wordt verkregen, wordt vastgelegd in verslagen en in een digitaal registratiesysteem. Daarnaast wordt de informatie per cliënt vastgelegd in het ZLP en het dossier. Naast informatie per cliënt, levert de methode ook informatie per zorgverlener, per team en per afdeling. De informatie per cliënt wordt gedeeld met de cliënt en cliëntvertegenwoordiger, en daarnaast ook met het team.

4.7.5 Ervaringen met gebruik

101 De gebruikers gaven in de enquête aan wisselende ervaringen te hebben. De een ervaart gebruik van DCM als ondersteunend aan de dagelijkse werkzaamheden, terwijl een ander het als belemmerend ervaart. Voor kwaliteitsverbetering door het team en door de organisatie wordt DCM wel als (zeer) ondersteunend ervaren. Volgens een gebruiker wordt DCM eens per halfjaar ingezet, onder een klein deel van de doelgroep.

102 Als sterke punten van DCM worden door gebruikers genoemd:

- a. Het brengt interactie in kaart;
- b. Het maakt begrippen als autonomie concreet;
- c. Het geeft feedback op collegiaal niveau;
- d. Het helpt bij het continu verbeteren van de kwaliteit van zorg aan mensen met dementie;
- e. Het gaat uit van het perspectief van de cliënt met dementie;
- f. Het zorgt voor verdieping in de leefwereld van cliënten met dementie.

103 Als verbeterpunt wordt door een van de zorgprofessionals genoemd dat DCM als methode niet voldoende bekend is en daarmee onvoldoende wordt erkend.

4.8 Levensboek

4.8.1 Achtergrond en ontwikkeling

104 Levensboek is een boek over iemands leven dat kan worden gebruikt in de ouderenzorg. Een cliënt maakt (al dan niet samen met familie) dit boek, waarin wordt teruggekeken op de levensloop van iemand en de belangrijke gebeurtenissen voor deze persoon.

²⁹ Dit is op zich opmerkelijk, aangezien het instrument specifiek voor patiënten met dementie is ontwikkeld.

105 Een levensboek kan ondersteunend werken aan cliëntgerichte zorg. Daarnaast kan het de herinnering van de cliënt stimuleren. Het levensboek is per definitie heel persoonlijk. Op basis van het levensboek kan de zorgverlener inzicht krijgen in de normen en waarden die iemand heeft of de gewoontes die iemand vroeger had. Het idee is dat met het levensboek zorgverleners in staat zijn om dieper in te gaan op verhalen waar de cliënt steeds mee komt, om zo beter zicht te krijgen op de emoties en om de relatie tussen cliënt en zorgverlener te versterken³⁰.

106 Aangezien een levensboek zeer persoonlijk is, is de samenstelling ook zeer divers.³¹ Er bestaat ook een *toolkit* levensboeken, waarin veel informatie het gebruiken van levensboeken te vinden is³².

4.8.2 Informatie

107 De informatie is cliëntspecifiek en wordt vastgelegd in het ZLP. Het is de cliënt die (al dan niet samen met de omgeving) het levensboek maakt bij de zorginname. Het levensboek wordt gedeeld binnen het team.

4.8.3 Ervaringen met gebruik

108 De gebruikers ervaren vooral dat het gebruik van levensboeken ondersteunend is aan kwaliteitsverbetering door het team. Het vereist hooguit beperkte opleiding/training om levensboeken te kunnen toepassen. Onder andere zorgorganisatie Zorgwaard werkt met levensboeken en zet dit in bij minder dan de helft van de cliënten.

109 Sterke punten die door de gebruikers worden genoemd, kunnen als volgt worden samengevat:

- a. Door cliënt en familie zelf gemaakt en daarmee herkenbaar voor de cliënt;
- b. Het geeft een beeld over het leven van de cliënt vanuit zijn eigen perspectief;
- c. Het biedt aanknopingspunten voor een gesprek voor alle betrokkenen;
- d. Bewoners vinden het fijn om in te kijken;
- e. Het helpt het geheugen trainen bij demente bewoners.

110 Als mogelijk verbeterpunt wordt genoemd dat levensboeken door de cliënt zelf met familie worden gemaakt, waardoor ze nogal verschillend zijn. De zorgverlener kan er echter zelf ook informatie aan toevoegen.

³⁰ Bron: <http://www.btsg.nl/infobulletin/levensboek.html>.

³¹ J. Franssen. *In mijn koffer op zolder. Levensverhalen van ouderen voor ouderen*. Bohn Stafleu Van Loghum 2008.
W. Huizing en T. Tromp. *Mijn leven in kaart. Met ouderen in gesprek over hun levensverhaal*. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 50 kaarten + handleiding ISBN 978-90-313-5149-7. 2007.
F. van Beek en M. Schuurman. *Werken met levensverhalen en levensboeken. Praktische handleiding voor hulpverleners*. Bohn Stafleu Van Loghum 2007.

Bloemendal, G., Geelen, R. en Koot-Fokkink, A. *Levensboeken. Een handleiding voor hulpverleners in de ouderenzorg*. HBuitgevers (voorheen Intro). ISBN 9055740853. 1997.

³² Bron: <http://www.levensboeken.com/index.php?id=116>.

4.9 Moreel Beraad

4.9.1 Achtergrond en ontwikkeling

111 Moreel Beraad is een gestructureerd en methodisch groepsgesprek over een morele vraag naar aanleiding van een concrete ervaring. Een Moreel Beraad kan het beste als een dialoog (in tegenstelling tot discussie of debat) of onderzoek gekenschetst worden^{33, 34, 35}.

112 De kwaliteit (met betrekking tot onder andere methode, gesprekshouding, participatie, proces, en uitkomst) en voortgang van het Moreel Beraad wordt bewaakt door een daartoe opgeleide gespreksleider. De gespreksleider, een ethicus/filosoof of iemand met een specifieke klinische ethiek of Moreel Beraad-opleiding, begeleidt en bevordert de dialoog over en het onderzoek naar de morele vraag. Alle deelnemers binnen een Moreel Beraad zijn gelijk: er is geen sprake van een morele hiërarchie³³.

113 Het doel van Moreel Beraad kan bijvoorbeeld zijn het bevorderen van de samenwerking binnen een team of de reflectie op de eigen professionaliteit. In dat geval is de casus in een Moreel Beraad tegelijkertijd een middel voor een ander doel, zoals onderlinge communicatie en bejegening of bevorderen van (visie op) professionaliteit.

4.9.2 Ervaringen met gebruik

114 Zorggroep Groningen past Moreel Beraad toe, omdat *'het past binnen hun visie om ten aanzien van zorgvragen de verdieping op te zoeken'*. Zij zien *'Moreel Beraad als een manier om tijd en ruimte te maken voor reflectie. 'Zorgverleners lopen in hun werk dikwijls aan tegen morele vraagstukken die te maken kunnen hebben met bijvoorbeeld leven en dood. Om goed aan te kunnen sluiten bij wat mensen (cliënten) nodig hebben en goed om te kunnen gaan met morele vraagstukken, wordt Moreel Beraad ingezet. Uit de praktijk blijkt dat dit betere samenwerking oplevert, betere zorg en betere aansluiting bij de leefwereld van cliënten.'* *'Door ethische dilemma's tijdens het Moreel Beraad te bespreken kunnen er nieuwe inzichten ontstaan, wat de kwaliteit van leven en/of de relatie zorgverlener en cliënt ten goede komt'*.

115 Zorggroep Groningen past Moreel Beraad toe binnen de doelgroepen psychogeriatric en somatiek, al geeft men aan dat de methode ook bij andere doelgroepen toepasbaar is. Moreel Beraad wordt zonder vaste frequentie toegepast, maar vooral als er aanleiding voor is. Om Moreel Beraad te kunnen toepassen, is beperkte training of opleiding vereist; voor de rol als gespreksleider is meer training vereist.

³³ Bron: <http://www.ceg.nl/werk/bekijk/moreel-beraad>.

³⁴ Bron: <http://www.veiligezorgiederszorg.nl/moreel-beraad-leren-van-je-eigen-mores-soc-psychiatrie.pdf>.

³⁵ Delnoij J, Van Dalen W (eds). *Het Socratisch Gesprek*, Damon, Budel, 2003.

4.10 Planetree-focusgroepen

4.10.1 Achtergrond en ontwikkeling

116 Planetree is een visie en een aanpak voor zorg waarmee zorginstellingen cliënten en zorgverleners centraal laten staan. Planetree is tevens een netwerk van zorginstellingen dat deze aanpak heeft omarmd. De naam en aanpak van Planetree wordt beheerd door de stichting Planetree Nederland. Planetree streeft naar zorg, waarbij mensen voorop staan en iedere medewerker zorgverlener is. Patiënten, bewoners en cliënten en hun naasten zijn zoveel mogelijk betrokken bij hun zorg en dragen daarmee bij aan veiligheid en vitaliteit^{36, 37}.

117 Vanuit de stichting Planetree Nederland worden verschillende diensten aangeboden om zorginstellingen te helpen om de beoogde visie en aanpak te implementeren en te verbeteren. Zorginstellingen die een samenwerkingsovereenkomst hebben met Planetree Nederland, betalen een jaarlijkse contributie.

118 Er wordt ook gewerkt met een label. Dit label heeft als doel om zorgverleners te erkennen die cliënt-gerichte zorg omarmen en dit op uitgebreide schaal implementeren. Om het label te krijgen, moet een instelling aantonen dat aan 51 criteria wordt voldaan.

119 Een van de onderdelen van Planetree is het houden van focusgroepen met patiënten/bewoners, medewerkers, vrijwilligers, leidinggevenden en artsen. Deze focusgroepen hebben als doel om te komen tot inzicht in de huidige situatie in de zorginstelling (met betrekking tot mensgerichte zorg) en aanbevelingen die hierbij horen.

4.10.2 Domeinen

120 Planetree is een visie en aanpak waarin mensgerichte zorg centraal staat. Hierbinnen vallen impliciet de verschillende domeinen van kwaliteit van leven, de relatie zorgverlener - cliënt, maar ook de zorg zelf.

4.10.3 Doelgroepen

121 De gebruikers van Planetree die de enquête hebben ingevuld, geven aan dat ze de focusgroepen gebruiken voor de meeste doelgroepen, zoals cliënten vanuit psychogeriatric, somatiek, Korsakov, Huntington, migrantenouders, revalidatie en dagbesteding. Volgens deze gebruikers is deze methode in aangepaste vorm ook nog buiten deze doelgroepen te gebruiken.

³⁶ Bron: <http://www.planetree.nl/>.

³⁷ Overzicht van relevante publicaties: <http://www.planetree.nl/over-planetree/planetree-kenniscentrum/publicaties/>.

4.10.4 Ervaringen met gebruik

122 Zorginstelling Sevagram gebruikt Planetree om 'via de pijlers van Planetree 'gezonde organisatie', 'helende omgeving' en 'betere zorg' en enkele daarbij behorende stellingen zichtbaar te maken wat wij willen uitdragen.' ... 'Voor Sevagram is dit een manier van vragen naar beleving en ervaringen binnen een totaal-concept van bieden van zorg, welzijn en wonen. Planetree hanteert hierin 12 componenten die aan de verschillende focusgroepen worden voorgelegd'.

123 Toepassen van Planetree vraagt enige training of opleiding. Planetree-focusgroepen wordt door de gebruiker minimaal jaarlijks ingezet. De informatie wordt met video en in een verslag vastgelegd. De informatie is per team, locatie en organisatie beschikbaar. De informatie wordt ook gedeeld met de cliënt, en met het team en binnen de organisatie. Volgens de gebruikers is het toepassen van Planetree-focusgroepen zeer ondersteunend voor de dagelijkse werkzaamheden en voor kwaliteitsverbetering door het team en door de organisatie.

124 De gebruikers van deze methode dragen de volgende sterke punten aan:

- a. Alle componenten komen ruim aan bod;
- b. De scores zijn op basis van ervaringen en beleving;
- c. Er is ruimte om tips voor verbetering te formuleren;
- d. Er is breed draagvlak voor.

125 Als verbeterpunt wordt genoemd dat de verslaglegging veel tijd kost.

4.11 PRET

4.11.1 Achtergrond

126 PRET staat voor Professionaliteit, Respect, Elkaar blij maken en Toewijding en is een methode die sinds 2005 binnen Zonnehuisgroep Amstelland wordt ingezet. PRET zijn de uitgangspunten waarmee men de cliënten service biedt waarbij zij en de zorgverleners (medewerkers en vrijwilliger) zich prettig voelen. PRET is gericht op het dagelijks handelen van zorgverleners.

4.11.2 Ervaringen met gebruik

127 Zonnehuisgroep Amstelland gebruikt PRET binnen alle lagen van de gehele organisatie. Zij geven aan: 'Met PRET streven wij naar meer tevreden cliënten en medewerkers. Onder de hierboven genoemde begrippen valt nog een aantal andere begrippen die wij gedragsafspraken noemen. Het maakt duidelijk waar jij en je collega's individueel en samen als organisatie voor staan. Met deze gedragsafspraken kunnen wij elkaar aanspreken op gedrag en elkaar coachen op gedrag in het belang van een goede zorg en dienstverlening naar onze cliënten'.

128 Vanuit de aanpak PRET worden medewerkers geobserveerd en beoordeeld. PRET wordt toegepast binnen de doelgroepen psychogeriatric, somatiek, revalidatie en dagbesteding, maar is volgens gebruikers ook toepasbaar bij andere doelgroepen.

129 PRET wordt door de gebruikers gezien als onderdeel van het dagelijks werken. De observatie en beoordeling van de medewerker is eens per jaar. De informatie van deze beoordelingen wordt niet gedeeld binnen het team of met de cliënten zelf. Volgens de gebruikers is PRET ondersteunend aan de kwaliteitsverbetering van het team en van de organisatie.

130 De gebruikers noemen de volgende sterke punten van PRET:

- a. Het is een langlopende aanpak;
- b. Het is gericht op de attitude van de werknemers;
- c. Het is onderdeel van het functioneringsgesprek.

131 Als verbeterpunt wordt genoemd dat er betere handvatten en ondersteuning vanuit het managementteam nodig is, om dit een blijvend onderdeel van de dagelijkse praktijk te laten zijn.

4.12 PREZO

4.12.1 Achtergrond

132 Het PREstatiemodel ZOrg (PREZO) is een kwaliteitssysteem dat helpt te sturen op verantwoorde zorg en verantwoord ondernemerschap. In PREZO staan de prestaties die medewerkers en organisatie leveren aan de cliënt centraal. Stichting Perspekt heeft in samenwerking met branchevertegenwoordigers en cliëntenorganisaties PREZO Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VV&T) voor organisaties in de intramurale ouderenzorg en thuiszorg ontwikkeld³⁸.

133 Stichting Perspekt zet zich in om vanuit cliëntperspectief de kwaliteit en maatschappelijke profilering van organisaties in de verpleging, verzorging, woonzorgcomplexen, thuiszorg en de informele en palliatieve sector te verbeteren. Perspekt geeft keurmerken af op het niveau van een locatie of andere organisatorische eenheid.

134 Prezo is niet een methode gericht op het in beeld brengen van kwaliteit van leven, maar dit kwaliteitssysteem kan wel een aanjagende rol spelen voor zorginstellingen om kwaliteit van leven in beeld te brengen.

³⁸ Bron: Zorginstituut Nederland: www.kiesbeter.nl; www.nictiz.nl en <http://www.nictiz.nl/page/Publicaties?mod%5B360%5D%5Bi%5D=1013>.

4.12.2 Domeinen

135 PREZO VV&T is gebaseerd op domeinen, pijlers en voorwaarden. De domeinen van PREZO VV&T beschrijven vier levensgebieden van de cliënt:

- a. Lichamelijk welbevinden en gezondheid;
- b. Woon- en leefomgeving;
- c. Participatie en sociale zelfredzaamheid;
- d. Mentaal welbevinden.

136 Voor elk domein is uitgewerkt welke prestaties de cliënt mag verwachten. Specifiek voor de VV&T gaat het bijvoorbeeld om de prestaties 'leefsfeer en privacy', 'respect voor en ondersteuning van eigen identiteit en zingeving' en 'adequate zorg bij gezondheidsklachten en pijn'. Daarnaast staan voor alle prestaties twee ondersteunende pijlers omschreven:

- a. Een ZLP voor elke cliënt;
- b. Passende en adequate communicatie met en informatie aan de cliënt.

4.12.3 Keurmerk

137 Het PREZO VV&T-keurmerk kent een zilveren en een gouden variant. Voor een gouden keurmerk moeten alle prestaties behaald zijn. Voor de intramurale zorg komt dat neer op 46 prestaties en voor de extramurale zorg op 43. Om voor het PREZO zilveren keurmerk in de zorg in aanmerking te komen, moeten minimaal 41 respectievelijk 38 prestaties behaald zijn.

138 De zorginstelling vraagt een PREZO VV&T-keurmerk aan bij Stichting Perspekt en vult vragenlijsten in. Daarna vindt een audit door het auditteam van Stichting Perspekt plaats, waarin de prestaties van de organisatie en medewerkers beoordeeld worden. Als de zorginstelling aan de gestelde eisen voldoet, wordt het keurmerk voor drie jaar toegekend. De instelling wordt vermeld in het register van Stichting Perspekt. Jaarlijks controleert Stichting Perspekt met een tussentijdse audit of de zorginstelling nog steeds voldoet aan de eisen van het keurmerk.

4.12.4 Doelgroepen

139 De gebruikers die de enquête hebben ingevuld, geven aan dat PREZO bij hun organisatie wordt ingezet binnen de doelgroepen psychogeriatric, somatiek en dagbesteding.

4.12.5 Ervaringen met gebruik

140 De gebruikers geven in de enquête aan dat vanuit PREZO middels observaties, open en gestructureerde interviews, groepsgesprekken, levensverhalen en casuïstiekbeschrijving zicht op kwaliteit van leven wordt gegenereerd. Dit gebeurt binnen deze organisatie eens per halfjaar. De informatie wordt vastgelegd in het ZLP, gespreksverslagen en in een digitaal registratiesysteem. Daarbij wordt de informatie per team, per afdeling en per organisatie gerapporteerd. De informatie wordt gedeeld met de cliënt (en de cliënt-vertegenwoordiger), en met het team en de organisatie.

141 Gebruikers ervaren PREZO als zeer ondersteunend aan de dagelijkse werkzaamheden. Ook ervaren zij PREZO als ondersteunend aan kwaliteitsverbetering door het team en door de organisatie.

142 De volgende sterke punten worden door de gebruikers van PREZO genoemd:

- a. Het brengt het gehele kwaliteitssysteem goed in beeld;
- b. Het is een cliëntgerichte benadering;
- c. Medewerkers gaan aan de slag met verbeter- en borgingsplannen;
- d. Je krijgt een keurmerk.

143 Een van de gebruikers noemt als verbeterpunt dat het erg arbeidsintensief is voor de organisatie.

4.13 Qualidem

4.13.1 Achtergrond en ontwikkeling

144 Qualidem is een meetinstrument gericht op het in beeld brengen van kwaliteit van leven bij mensen met dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen^{39,40}. Qualidem is ontwikkeld door het Trimbos-instituut en het VUmc/EMGO-instituut, afdeling Psychiatrie en afdeling Huisarts-, Sociale en Verpleeghuisgeneeskunde. Qualidem bestaat uit negen verschillende subschalen: zorgrelatie, positief affect, negatief affect, rusteloos gedrag, positief zelfbeeld, sociale relaties, sociaal isolement, zich thuis voelen, en iets om handen hebben. Daarnaast bestaat het uit enkele losse (in totaal 40) items. In de handleiding staan de psychometrische eigenschappen beschreven⁴¹.

4.13.2 Doelen

145 Qualidem kan gebruikt worden in wetenschappelijk onderzoek om het effect van een interventie te meten, en kan met regelmaat toegepast worden in de praktijk om het effect van zorgbeleid te bepalen en de dagelijkse zorgpraktijk te evalueren ter verbetering van die zorg. Het instrument is vooralsnog niet geschikt voor bepaling van de kwaliteit van leven van individuele bewoners⁴³. Bij individuele beoordeling kan het instrument wel een indicatie van de kwaliteit van leven geven, wanneer ook andere vormen van beoordeling daarbij worden betrokken, zoals een reconstructie van de wensen van de bewoner, het oordeel van de familie en de prognose.

146 De lijst moet worden afgenomen door verzorgenden (bij voorkeur eerstverantwoordelijk verzorgenden) die bewoners op alle tijden gedurende de dag meemaken. De verzorgenden die het instrument gaan invullen, dienen eerst een mondelinge instructie te krijgen. De lijst wordt ingevuld na een observatieperiode van een week. Twee verzorgenden vullen gezamenlijk in onderling overleg de lijst in. Het invullen duurt ongeveer 15 minuten.

³⁹ Handleiding Qualidem, Trimbos-instituut, VUmc-EMGO-instituut, 2005.

⁴⁰ Ettema et al. Qualidem: development and evaluation of a dementia specific quality of life instrument - validation. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007 May;22(5):424-3.

⁴¹ Handleiding Qualidem, Trimbos-instituut, VUmc-EMGO-instituut, 2005.

4.13.3 Doelgroep

147 Het instrument is geschikt voor toepassing bij ouderen boven de 65 jaar in verpleeg- en verzorgingshuizen met lichte tot zeer ernstige dementie. Bij mensen met ernstige cognitieve beperkingen kunnen een aantal gedragingen niet meer worden geobserveerd, waardoor een aantal items wegvallen.

4.13.4 Domeinen

148 Qualidem richt zich met de verschillende subschalen op de volgende dimensies van kwaliteit van leven:

- a. Lichamelijk welbevinden en gezondheid;
- b. Woon- en leefomgeving;
- c. Participatie en sociale zelfredzaamheid;
- d. Mentaal welbevinden.

4.13.5 Informatie

149 Gebruikers van Qualidem geven aan dat de met Qualidem verkregen informatie wordt gebruikt als input voor MDO en voor overleg met de cliënt en eerste contactpersoon over de afspraken en doelen (die in het ZLP staan). Het geeft volgens de gebruiker vooral een goed beeld van het psychisch (on)welbevinden van de cliënten, waardoor richting gegeven kan worden aan behandeling en benadering van de cliënt. Het vraagt enige training of opleiding om Qualidem goed te kunnen toepassen.

4.13.6 Ervaringen met gebruik

150 Qualidem wordt door de betreffend gebruiker halfjaarlijks ingezet. De informatie wordt vastgelegd in het cliëntendossier en in een digitaal registratiesysteem. De informatie wordt per cliënt en per zorgverlener gerapporteerd. De informatie zelf wordt gedeeld met de cliënt en de cliëntvertegenwoordiger, en daarnaast binnen het team, maar niet verder binnen de organisatie. De gebruikers zien het niet direct als ondersteunend voor de dagelijkse werkzaamheden (neutraal), wel ervaren ze Qualidem als (zeer) ondersteunend aan het verbeteren van de kwaliteit door het team. Als sterk punt van Qualidem wordt verder genoemd dat het persoonlijk is. Er worden geen verbeterpunten genoemd.

4.14 Samen kleur geven aan waardevol leven met Appreciative Inquiry-methode

4.14.1 Achtergrond en ontwikkeling

151 In de zorginstelling Coloriet wordt gewerkt met een project 'Samen kleur geven aan waardevol leven'. Dit project past in de zogenaamde 'kanteling' waar Coloriet aan werkt. Het gaat om een kanteling, waarbij de medewerker, cliënt, vrijwilliger en familie samen de regie krijgen⁴² (zie ook box 2).

⁴² Zorg & Zeggenschap, 25, december 2013.

Box 2: Samen kleur geven aan waardevol leven

In de pilot 'Samen kleur geven aan waardevol leven' gaan 40 mensen vanuit het hart met elkaar in gesprek. Het zijn cliënten, familieleden, mantelzorgers, vrijwilligers, zorgmedewerkers, behandelaren, medewerkers van ondersteunende diensten en leden van de cliëntenraad. Zij spreken over de thema's die er voor hen toe doen om waardevolle zorg te realiseren en daarmee betekenis te geven aan het leven. Daarbij gebruiken ze de Appreciative Inquiry-methode, oftewel waardierend en verbindend onderzoeken, gecombineerd met veranderkundige benaderingen zoals *large scale*, *open space* en systeemdynamica. Deze methode richt zich op wat mensen raakt en wat ze waarderen. Door het positieve te benoemen, ontstaat energie, enthousiasme en verantwoordelijkheid bij alle betrokkenen. Belangrijk is hierbij om goede vragen te stellen die gericht zijn op de kracht van het samenspel van alle betrokkenen. Vragen waardoor mensen op zielsniveau met elkaar de dialoog aangaan. Het gaat om vragen als 'Wie of wat geeft waarde aan uw leven?' en ook 'Hoe geeft u waarde aan het leven van anderen?'

De pilot bestaat uit vier dagdelen, waarin de deelnemers met elkaar de dialoog aangaan. De vier werksessies hebben elk een eigen accent. Stapsgewijs, via samen waarderen, samen verbeelden, samen vernieuwen en samen organiseren, ontstaan aanbevelingen voor beleid en micro-initiatieven die meteen te realiseren zijn. Het is een cyclisch proces dat zich in de praktijk voortdurend kan herhalen.

Bron: Zorg & Zeggenschap, 25, december 2013

4.14.2 Domeinen

152 Samen kleur geven aan waardevol leven met de Appreciative Inquiry (AI)-methode richt zicht op alle domeinen van kwaliteit van leven en alle zorg, inclusief de relatie tussen zorgverlener en cliënt.

4.14.3 Doelgroepen

153 Deze methode wordt ingezet binnen de gehele organisatie en is niet doelgroepafhankelijk. Het is gericht op het versterken van cliëntgerichte zorg. Bij andere doelgroepen moet de methode worden aangepast.

4.14.4 Informatie

154 Binnen deze methode wordt gebruikgemaakt van observaties, open gesprekken, groepsgesprekken en levensverhalen. De gebruikers zetten deze methode halfjaarlijks in. De informatie wordt vastgelegd in een gespreksverslag en wordt gedeeld met de cliënt en de cliëntvertegenwoordiger. Daarnaast wordt de informatie gedeeld met het team en (anoniem) met de organisatie.

4.14.5 Ervaringen met gebruik

155 Zorgorganisatie Coroliet heeft ervaring met deze methode. Zij geven aan: 'Vanuit onze missie en visie willen wij een bedrage leveren aan het verbeteren en/of behouden van kwaliteit van leven. Wat kwaliteit van leven is en hoe iemand dat ervaart is voor iedereen anders. 'Samen kleur geven aan waardevol leven' is gebaseerd op de AI-methode en biedt een heel goede mogelijkheid om vanuit de principes van waarderend onderzoeken invulling te geven aan wensen en behoeften van verschillende betrokkenen. Het gaat hierbij om kleine en grotere initiatieven die gestimuleerd worden. Het is een benadering vanuit het positieve en redeneert vanuit hetgeen mensen zouden wensen en hoe dit gezamenlijk te realiseren. Het verbindt en activeert mensen en draagt op deze manier direct bij aan het inzichtelijk maken en verbeteren van kwaliteit van leven.'

156 De gebruikers geven verder aan dat deze methode ondersteunend is aan de dagelijkse werkzaamheden en dat het ondersteunend is aan kwaliteitsverbetering door het team en de organisatie. Om de methode toe te kunnen passen, is geen opleiding of training nodig. Er worden verder geen sterke of verbeterpunten genoemd.

4.15 Video Interventie in de Ouderenzorg

4.15.1 Achtergrond en ontwikkeling

157 Video Interventie in de Ouderenzorg (VIO) is een methode die men kan inzetten bij probleemgedrag of gedrag van ouders dat als probleem wordt ervaren. Door middel van een begeleidingstraject verbetert het contact tussen professionele verzorger of mantelzorger en de oudere. Van hun interactie worden video-opnames gemaakt. Geslaagde communicatie tussen hen vormt het vertrekpunt van de begeleiding. De zorgverleners worden zich door het zien van opnames bewust van hun eigen communicatievaardigheden en leren die te benutten⁴³.

158 Video Interventie in de Ouderenzorg is gebaseerd op Video Interactie Begeleiding (VIB) en is ten opzichte van VIB verrijkt met Presentie^{44, 45}. Dit houdt in dat de relationele afstemming op de cliënt het uitgangspunt is voor geslaagde zorg, inclusief geslaagde communicatie. Er wordt momenteel effectonderzoek uitgevoerd met het oog op het kunnen profileren van VIO als een evidence based methode.

⁴³ Bron: www.dewever.nl / www.vio-dewever.nl.

⁴⁴ Bron: E. Bolt, A. Baart, G. Palmboom. *Het cultiveren van kwaliteitsbewustzijn - Leren anders te kijken, te duiden en te doen. Een onderzoek naar de werking van leermiddelen*. Stichting Presentie (2014).

⁴⁵ Presentie kan kort worden omschreven als 'een praktijk, waarbij de zorggever zich aandachtig en toegewijd op de ander betreft, zo leert zien wat er bij die ander op het spel staat - van verlangens tot angst - en die in aansluiting daarop gaat begrijpen wat er in de desbetreffende situatie gedaan zou kunnen worden en wie hij/zij daarbij voor de ander kan zijn. Wat gedaan kan worden, wordt dan ook gedaan. Een manier van doen, die slechts verwezenlijkt kan worden met gevoel voor subtiliteit, vakmanschap, met praktische wijsheid en liefdevolle trouw' (Bron: Stichting Presentie: www.presentie.nl/wat-is-presentie).

159 Het doel van VIO is het hanteerbaar maken van probleemgedrag op basis van bewustwording, met name bij de zorgverlener/mantelzorger⁴⁶. Verbetering van het gedrag van de cliënt is vooralsnog geen onderdeel van deze methode⁴⁶.

160 De methode kan men zowel binnen instellingen als in de thuissituatie toepassen. Ook teams kunnen als ze problemen ervaren met een oudere baat hebben bij deze methode. In principe wordt de methode ingezet naar aanleiding van signalen. Zorginstelling Zinzia past VIO toe bij het merendeel van de cliënten uit de doelgroep.

4.15.2 Domeinen

161 VIO richt zich primair op het probleemgedrag van de cliënt en zijn of haar relatie met de zorgverlener of mantelzorger. Volgens de gebruikers van VIO binnen Zinzia worden met VIO alle domeinen van kwaliteit van leven in beeld gebracht, behalve materiële zekerheid.

4.15.3 Doelgroep

162 VIO richt zich in eerste instantie op dementie, hoewel de methode steeds vaker op andere doelgroepen wordt toegepast, zoals ouderen met problemen na een beroerte en ouderen in woonzorg- en behandelcentra met een psychiatrisch probleem. Volgens de gebruikers is VIO ook binnen andere doelgroepen toepasbaar.

Box 3: Video Interventie in de Ouderenzorg binnen Zinzia

Binnen Zinzia is geëxperimenteerd met het inzetten van video-opnamen in het reeds bestaande omgangsoverleg. Omgangsoverleg heeft als doel reflectie te bevorderen en wordt onder andere ingezet als er signalen zijn - benoemd door zorgmedewerkers, afdelingshoofden of behandelaren - van lastig of niet goed verstaanbaar gedrag van een bewoner. De psycholoog gaat met het team zorgverleners in gesprek hoe om te gaan met dit als lastig ervaren gedrag van de bewoner. Hieruit volgt een *omgangsadvies* voor zorgmedewerkers. Bij Zinzia is geëxperimenteerd met het inzetten van video-opnamen om aan de hand van deze beelden met elkaar in gesprek te gaan over hoe om te gaan met de bewoner. In samenspraak met het team en na toestemming van de familie (of cliënt indien mogelijk) wordt een moment gekozen om opnamen te maken van een zorgmoment waarmee zorgverleners worstelen. Deze opnamen worden door de in VIO geschoolde psycholoog vooraf bekeken en geanalyseerd. Vervolgens selecteert de psycholoog delen van de opnamen om in het omgangsoverleg aan het team te tonen om aan de hand daarvan met elkaar in gesprek te gaan. In de regel worden zorgmomenten geselecteerd die illustreren hoe goed om te gaan met de bewoner, met als doel deze vaardigheden toe te passen in situaties met meer spanning en overdracht aan collega's.

Bron: E. Bolt, A. Baart, G. Palmboom. *Het cultiveren van kwaliteitsbewustzijn - Leren anders te kijken, te duiden en te doen. Een onderzoek naar de werking van leermiddelen*. Stichting Presentie (2014)

⁴⁶ Bron: www.vio-deweever.nl.

4.15.4 Informatie

163 De informatie die wordt verkregen, wordt vastgelegd in het ZLP en het cliëntendossier. De informatie is beschikbaar per cliënt en wordt ook met hem/haar en de cliëntvertegenwoordiger gedeeld. Ook wordt dit met het team gedeeld.

4.15.5 Ervaringen met gebruik

164 De gebruiker geeft het volgende aan over VIO: *'je kunt nooit beter de relatie in beeld brengen dan door deze letterlijk in beeld te brengen en te bespreken in het team, met de focus op zaken die al goed gaan. De noodzakelijke vaardigheden te waarderen en daarmee uit te bouwen.'* [Het is een] *mooie behandelmethode, waarin presentie tot uiting komt richting bewoner, maar ook richting zorgmedewerker en team die zien waar hun capaciteiten liggen en gestimuleerd worden deze nog verder uit te bouwen. Het team leert bovendien anders omgaan met moeilijk gedrag'.*

165 De gebruikers zien VIO vooral als zeer ondersteunend aan kwaliteitsverbetering door het team en ondersteunend aan kwaliteitsverbetering door de organisatie.

166 Voor de begeleider geldt dat intensieve training/opleiding nodig is, medewerkers die gefilmd worden hoeven geen speciale voorbereiding te hebben.

167 De gebruikers noemen de volgende sterke punten van VIO:

- a. Met afstand naar het werk kunnen kijken;
- b. *Fine tunen* op de signalen die een cliënt geeft;
- c. Positief gedrag bekrachtigd krijgen;
- d. Het sterkt individuele medewerker en team in power of control bij omgaan met moeilijk gedrag;
- e. Gaat uit van wat goed gaat;
- f. Verhoogt de kwaliteit van leven aanzienlijk.

168 Als mogelijke verbeterpunten wordt genoemd:

- a. De planning en organisatie van bijeenkomsten om beelden te bekijken;
- b. Andere behandelaars blijven kritisch, zij willen ook uitvergroten wat er niet goed gaat, waardoor het risico ontstaat dat zorgmedewerkers zich toch weer onveilig voelen.

4.16 Overig cliëntervaringsonderzoek

169 Er zijn in totaal 17 vragenlijsten ingevuld over methoden waarvan kon worden achterhaald dat het om cliëntervarings- of tevredenheidonderzoek ging, maar waarvan niet kon worden achterhaald om welke. Het gaat hierbij voor een deel om cliëntervaringsonderzoek dat niet vanuit een verplichting, maar vanuit een vraag of wens van de zorgorganisatie zelf wordt ingezet.

170 De doelgroepen en domeinen zijn voor deze categorie behoorlijk divers. Materiële zekerheid is van de verschillende domeinen het minst vaak onderdeel van de focus van de methode.

171 Elf verschillende organisaties hebben ervaringen gedeeld in de enquête over dergelijke cliëntervaringsonderzoeken. In de meeste gevallen heeft dit onderzoek de vorm van een vragenlijst of een gestructureerd gesprek met de cliënt.

172 De informatie uit deze cliëntervaringsonderzoeken wordt in veel gevallen in een digitaal registratiesysteem, maar ook in een aantal gevallen in het ZLP en in het cliëntendossier vastgelegd. Informatie uit dergelijke onderzoeken wordt in de meeste gevallen gerapporteerd per team, afdeling of organisatie, maar ook soms per cliënt. In de meeste gevallen wordt de informatie gedeeld met de cliënt (en/of vertegenwoordiger), met het team en (al dan niet anoniem) breder binnen de organisatie. De meeste gebruikers ervaren deze onderzoeken als ondersteunend aan de dagelijkse werkzaamheden, maar ook ondersteunend aan kwaliteitsverbetering door het team en door de organisatie. De frequentie, waarmee deze cliëntervaringsonderzoeken worden ingezet, verschilt van halfjaarlijks tot tweejaarlijks. In de meeste gevallen vraagt het inzetten van deze onderzoeken volgens de gebruikers geen of beperkte speciale voorbereidingen zoals opleiding of training.

173 Sterke punten die door de gebruikers worden genoemd zijn onder andere:

- a. De cliënt is hiermee aan het woord;
- b. Het gaat om een korte lijst;
- c. Het geeft snel inzicht in tevredenheid.

174 De verbeterpunten die worden genoemd zijn zeer divers, bijvoorbeeld dat het nog niet regelmatig genoeg wordt toegepast, of dat het nog niet digitaal is. Zowel sterke als verbeterpunten zijn uiteraard methodeafhankelijk en zijn moeilijk voor al deze cliëntervaringsonderzoeksmethoden te generaliseren.

4.17 Overige methoden kwaliteit (van leven)

Ten slotte zijn er verschillende methoden genoemd in de enquête die gericht zijn op het in beeld brengen van kwaliteit (van leven). Het gaat om vijf methoden, die door in totaal vijftien respondenten zijn beschreven:

- a. Beschrijven van algemeen beeld bij bijvoorbeeld Korsakov-client;
- b. Gestructureerde observaties;
- c. Risicosignalering;
- d. Video-interactie;
- e. Kwalitatief onderzoek.

Het gaat dus om qua vorm zeer diverse methoden.

4.17.1 Domeinen

175 De betreffende methoden bestrijken (al dan niet impliciet) de verschillende domeinen van kwaliteit van leven, waarbij materiële zekerheid door slechts een kwart van de betreffende respondenten is genoemd.

4.17.2 Doelgroepen

176 Van de methoden die genoemd zijn die onder deze categorie vallen, richten de meeste zich op psychogeriatric en somatiek. Hierbij geven de gebruikers aan dat deze methoden al dan niet in aangepaste vorm ook bij andere doelgroepen te gebruiken zijn.

4.17.3 Informatie

177 In de meeste gevallen wordt de informatie die met deze methoden wordt verkregen, vastgelegd in het cliëntendossier en het ZLP. De informatie wordt bij de meeste van deze methoden gerapporteerd per cliënt, en bij minder methoden per team of per afdeling. De gebruikers geven ook bij de meeste methoden aan dat de informatie wordt gedeeld met de cliënt, het team en al dan niet geanonimiseerd verder binnen de organisatie.

4.17.4 Ervaringen met gebruik

178 De mate waarin het gebruik als ondersteunend wordt ervaren voor de dagelijkse werkzaamheden of voor kwaliteitsverbetering door het team of de organisatie, verschilt per methode. Ook de sterke en verbeterpunten zijn zeer divers en specifiek voor de methode. Een interessante beschrijving van een methode door een respondent gaat over een video-interactie-methode: *'Bij Zorggroep Groningen wordt gebruikgemaakt van de methodiek Marte Meo. Marte Meo gaat uit van het positieve. Wat gaat er allemaal goed? Waarom gaat dit goed? Medewerkers filmen elkaar en ondersteunen elkaar. Dit komt de cliënt ten goede. Iedere cliënt wordt door deze methodiek benaderd op de wijze die bij haar/hem het beste past en daarmee wordt de kwaliteit van leven en de relatie zorgverlener en cliënt verbeterd.'*

5. Beantwoording van de onderzoeksvragen

5.1 Inleiding

179 De onderzoeksvragen die richting gaven aan deze inventarisatie waren als volgt:

1. Inzet, doel en inhoud

- a. Welke kwalitatieve en kwantitatieve methoden worden ingezet in de V&V-sector voor het in beeld brengen van de kwaliteit van leven van cliënten, inclusief de methoden die de zachte kant van de zorg (de relatie professional - cliënt) in beeld brengen?
- b. Bij welke doelgroepen en met welk doel worden methoden ingezet?
- c. Bij welke methoden voor kwaliteit van leven is (zijn) ook (aspecten van) kwaliteit van zorg opgenomen?

2. Ervaringen

- a. Wordt het in beeld brengen van de kwaliteit van leven structureel of systematisch toegepast? Met welke frequentie wordt dit gedaan en bij welk deel van de cliënten?
- b. Op welke manieren worden de resultaten van de methode toegepast? In het bijzonder: worden resultaten gebruikt voor verbetering of aanpassing van de geleverde zorg en ondersteuning?
- c. Wat zijn de ervaringen van zorgprofessionals met de door hen gebruikte methoden?

180 Onderzoeksvraag 1a is beantwoord in de hoofdstukken 3 en 4. Daarbij hebben we in deze hoofdstukken 3 en 4 onderzoeksvragen 1b, 1c, en 2a t/m 2c per methode (voor zover mogelijk) beantwoord. Hieronder beantwoorden we de onderzoeksvragen, waarbij we niet per methode, maar over alle geïnventariseerde methoden heen (dus voor de V&V-sector) antwoorden geven.

181 In bijlage B is een samenvattende tabel opgenomen met per methode (zoals in hoofdstuk 4 beschreven) een aantal kenmerken, zoals naam van de methode, doelgroep, doel en gebruik.

5.2 Inzet, doel en inhoud

5.2.1 *Welke kwalitatieve en kwantitatieve methoden worden ingezet in de V&V-sector voor het in beeld brengen van de kwaliteit van leven van cliënten, inclusief de methoden die de zachte kant van de zorg (de relatie professional - cliënt) in beeld brengen?*

182 In deze inventarisatie zijn verschillende methoden genoemd die worden ingezet voor het in beeld brengen van kwaliteit van leven. Middels een internetenquête is aan kwaliteitsmedewerkers en zorgverleners de mogelijkheid gegeven de voor hen drie belangrijkste manieren te noemen, om kwaliteit van leven en/of de relatie zorgverlener en cliënt in beeld te brengen. Deze staan beschreven in hoofdstuk 4. Belangrijk gegeven hierbij is dat vanuit het perspectief van de zorginstellingen kwaliteit van leven op allerlei manieren is verankerd in het reguliere zorgproces. Zo staat kwaliteit van leven centraal in bijvoorbeeld het ZLP en in de halfjaarlijkse bespreking hiervan met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger. Dit ZLP wordt veel toegepast binnen de V&V-sector en is door een groot deel van de respondenten genoemd als methode, waarmee kwaliteit van leven in beeld wordt gebracht. Ook geven relatief veel respondenten van de enquête aan dat in de dagelijkse interactie met cliënten blijvend zicht is op de kwaliteit van leven van cliënten.

183 De verplichte tweejaarlijkse uitvraag van de CQ-index kan worden beschouwd als methode die door de meeste verschillende zorginstellingen wordt ingezet om kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg in beeld te krijgen. Hoewel de variant die wordt ingezet onder cliënten door middel van interviews wordt afgenomen, moet de CQ-index worden gezien als een kwantitatieve methode, waarbij de uitkomsten worden uitgedrukt in percentages of gekwantificeerde scores. Naast de CQ-index werden in de enquête ook andere, veelal interne cliëntervaring- of tevredenheidsonderzoeken genoemd, die voornamelijk als kwantitatief kunnen worden beschouwd. Daarnaast kunnen de Care Dependency Scale en de Qualidem worden beschouwd als kwantitatieve methoden.

184 Naast kwantitatieve methoden worden ook verschillende kwalitatieve methoden toegepast, om een beeld te krijgen van kwaliteit van leven. Kenmerkende voorbeelden van dergelijke kwalitatieve methoden zijn de 'Beelden van Kwaliteit-observaties', de 'Video Interventie in de Ouderenzorg' en de 'Planetree-focusgroepen'.

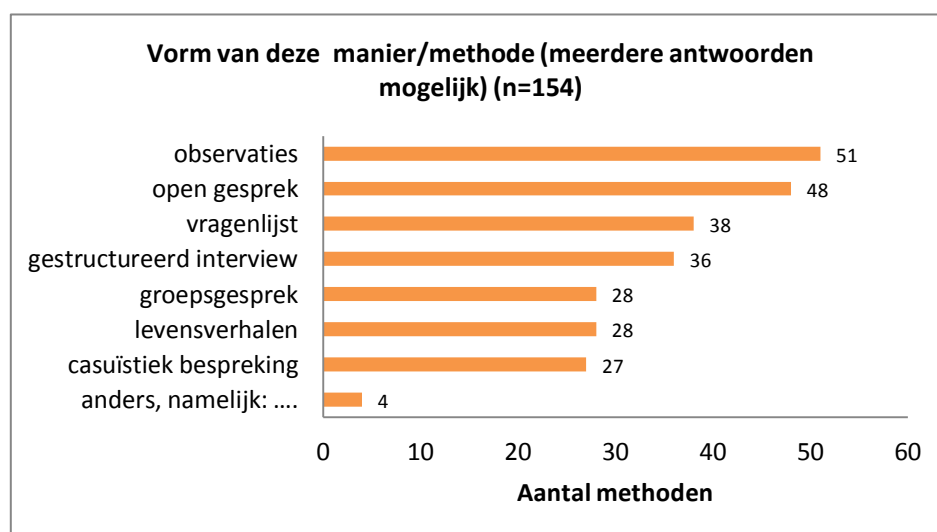
185 Onderstaande tabel (tabel 4) geeft een overzicht van de methoden die in het kader van deze inventarisatie zijn beschreven en de vorm van deze methode.

Methodie	Vorm van de methode
Vanuit regulier zorgproces	Verschillende methoden, vooral op basis van observaties, open gesprekken, levensverhalen en in mindere mate gestructureerde interviews, vragenlijsten en casuïstiek bespreking.
CQ-index	Op basis van een vragenlijst (voor de cliëntvertegenwoordiger) en middels een gestructureerd interview bij de cliënt zelf.
AFDAK-methode	Observaties en open gesprekken met de cliënt als basis voor bespreking in het MDO.
Beelden van Kwaliteit-observaties	Participerende observaties door antropologen of medewerkers die een opleiding hebben gevolgd.
Care Dependency Scale	De zorgverlener scoort op basis van observaties van de cliënt op een aantal items. Wanneer de patiënt zelf in staat is een betrouwbaar beeld van het eigen functioneren te geven, kan de CDS als vragenlijst afgenomen worden. In alle andere gevallen dient de invuller eerst zelf een beeld te vormen over de mogelijkheden van de patiënt, alvorens de CDS in te vullen.
Competentiezorg	Aanpak binnen het zorgproces waarbinnen gebruik wordt gemaakt van open gesprekken met de cliënt, groepsgesprekken en casuïstiekbespreking.
Dementia Care Mapping	Op basis van observaties.
Levensboek	De cliënt schrijft zelf met hulp van familie zijn of haar levensverhaal.
Moreel Beraad	Overleg met zorgverleners over ethische kwesties. Zorgverleners kunnen eigen casuïstiek in brengen.
Planetree focusgroepen	Focusgroepen (groepsgesprek).
PRET	Aanpak binnen het zorgproces, waarbinnen het functioneren van medewerkers wordt beoordeeld onder andere op basis van de uitgangspunten van deze aanpak.
Prezo	Kwaliteitssysteem. Vanuit dit systeem wordt bevorderd dat met open gesprekken, groepsgesprekken, gestructureerde interviews wordt gewerkt, om kwaliteit van leven in beeld te krijgen.

Methodie	Vorm van de methode
Qualidem	Vragenlijst die door verzorgenden ingevuld kan worden op basis van observaties.
Samen kleur geven aan waardevol leven volgens AI-methode	Aanpak binnen het zorgproces waarbinnen gebruik wordt gemaakt van observaties, open gesprekken, groepsgesprekken en levensverhalen. Onder de noemer Appreciative Inquiry ligt de nadruk in het onderzoek op de positieve zaken.
Video Interventie in de Ouderenzorg	Op basis van videobeelden wordt de cliënt in relatie met de zorgverlener geobserveerd.
Overig cliëntervarings-onderzoek	Het gaat hier om verschillende methoden. Met name vragenlijst, gestructureerde interviews en open gesprekken.
Overige methoden kwaliteit (van leven)	Het gaat hier om verschillende methoden. Met name observaties (onder andere op basis van videobeelden), casuïstiek bespreking en open gesprekken.

Tabel 6. Overzicht van de methoden en korte beschrijving van de vorm

186 Los van de methoden zelf laat deze inventarisatie zien dat vooral met behulp van observaties en open gesprekken met de cliënt een beeld gevormd van de situatie over de kwaliteit van leven van de cliënt (zie figuur 2).



Figuur 2. Vorm van de methode of manier waarmee kwaliteit van leven in beeld wordt gebracht in de V&V-sector

5.2.2 Bij welke doelgroepen en met welk doel worden methoden ingezet?

187 De inventarisatie is uitgevoerd binnen de scope van de gehele V&V-sector. Gebruikers hebben in de enquête aangegeven voor welke doelgroepen de methode wordt gebruikt en of de betreffende methode al dan niet in aangepaste vorm voor andere doelgroepen kan worden toegepast. In hoofdstuk 3 is dit per methode beschreven. Onderstaande Tabel 7 geeft een overzicht met daarin per methode de doelgroepen die zijn genoemd door de respondenten.

188 Methoden als Qualidem en Dementia Care Mapping zijn specifiek toegespitst op dementerende ouderen. Methoden als CQ-index, Planetree-focusgroepen of levensboek zijn breder binnen de ouderenzorg toepasbaar. Opvallend is dat gebruikers van Dementia Care Mapping aangeven dat deze methode ook wordt toegepast binnen andere doelgroepen dan mensen met dementie.

	Psychogeriatric	Somatiek	Revalidatie	Dagbesteding	Korsakov	Huntington	Migrantenouderen	Anders
Vanuit regulier zorgproces	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
CQ-index	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
AFDAK-methode	ja	ja	ja	ja	nee	nee	nee	nee
Beelden van Kwaliteit-observaties	ja	ja	nee	nee	nee	nee	nee	nee
Care Dependency Scale	ja	ja	nee	nee	ja	nee	nee	nee
Competentiezorg	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee
Dementia Care Mapping	ja	ja	ja	ja	nee	nee	nee	ja
Levensboek	ja	ja	nee	ja	ja	ja	ja	nee
Moreel Beraad	ja	ja	nee	nee	nee	nee	nee	nee
Planetree-focusgroepen	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PRET	ja	ja	ja	ja	nee	nee	nee	ja
Prezo	ja	ja	nee	ja	nee	nee	nee	nee
Qualidem	ja	nee	nee	nee	ja	ja	nee	ja
Samen kleur geven aan waardevol leven volgens AI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee	nee
Video Interventie in de Ouderenzorg	ja	ja	ja	nee	ja	ja	ja	ja
Overig cliëntervaringsonderzoek	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Overige methoden kwaliteit (van leven)	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

Tabel 7. Doelgroepen per methode

189 Onder de respondenten wordt de betreffende methode in de meeste gevallen voor de gehele (of een groot deel van de) doelgroep ingezet. Bij de volgende methoden wordt binnen de organisaties van de respondenten onder de helft van de doelgroep of minder ingezet:

- a. Beelden van Kwaliteit;
- b. Care Dependency Scale;
- c. Dementia Care Mapping;
- d. Levensboek;
- e. Moreel Beraad;
- f. Planetree-focusgroepen;
- g. Samen kleur geven aan waardevol leven volgens AI-methode.

190 Voor sommige van deze methoden gaat het om pilotprojecten (zoals Beelden van Kwaliteit-observaties binnen Beweging 3.0), waarbij het inzetten van de methode onder de gehele doelgroep niet direct toegevoegde waarde heeft.

Doel

191 Voor de CQ-index kan worden gesteld dat deze primair wordt ingezet voor het doel van externe verantwoording. Daarnaast geven de gebruikers aan dat ze deze methode ook gebruiken voor interne kwaliteitsverbetering, door zowel het team als de organisatie zelf.

192 Voor andere methoden geldt dat ze worden ingezet, met als doel inzicht te krijgen in de zorgafhankelijkheid van een cliënt (Care Dependency Scale), de levensloop van een cliënt (levensboek), of gaat het om een benadering van cliënten (competentiezorg en PRET). Deze methoden zijn vooral ter ondersteuning van het (goed in kunnen richten van het) zorgproces, waarbij de cliënt centraal staat. Daarnaast zijn er methoden die meer gericht zijn op kwaliteit van leven (Qualidem, of ZLP). Deze zijn bedoeld om de zorg zo goed mogelijk af te stemmen op de behoeften van de cliënt met als doel de kwaliteit van leven te vergroten. Andere methoden zijn primair gericht op het in kaart brengen van de relatie tussen de zorgverlener en de cliënt (onder andere Beelden van Kwaliteit-observaties, Video Interventie in de Ouderenzorg). Het achterliggende doel hiervan is om deze relatie en daarmee ook de kwaliteit van leven van de cliënt te verbeteren. Relatief veel methoden die in deze inventarisatie zijn beschreven, worden dus ingezet met als achterliggende doel de kwaliteit van leven te verbeteren. Daarbij geven de respondenten bij een groot deel van deze methoden aan dat ze ondersteunend zijn aan de kwaliteitsverbetering door het team en breder door de zorginstelling. Voor dergelijke methoden is externe verantwoording niet een doel.

5.2.3 *Bij welke methoden voor kwaliteit van leven is (zijn) ook (aspecten van) kwaliteit van zorg opgenomen?*

193 De primaire focus van deze inventarisatie was op methoden, of manieren waarmee kwaliteit van leven in beeld wordt gebracht en/of de relatie tussen zorgverlener en de cliënt. Zoals eerder besproken gaven veel respondenten aan dat er vanuit het reguliere zorgproces veel aandacht wordt besteed aan kwaliteit van leven. Zo noemden relatief veel respondenten het ZLP, het (elektronisch) cliëntendossier en het MDO waarin de domeinen van kwaliteit van leven een belangrijke positie innemen. Daarbij is het ZLP er bijvoorbeeld op gericht om afspraken vast te leggen over zorg en begeleiding, gericht op (het verbeteren van) kwaliteit van leven. Daarmee worden ook aspecten van kwaliteit van zorg opgenomen. Verder zijn er ook andere methoden genoemd, gericht op het ondersteunen van cliëntgerichte zorg, waarbij de focus is op de cliënt in zijn/haar omgeving met als uitkomst kwaliteit van leven. De focus van deze methoden ligt vaak op de relatie met de zorgverlener en hoe de zorg hierop kan worden ingericht. Behalve de CQ-index en andere cliëntervaringsmethoden zijn de meeste methoden die in deze inventarisatie naar voren zijn gekomen niet primair gericht op de kwaliteit van de zorg.

5.3 Ervaringen

5.3.1 *Wordt het in beeld brengen van de kwaliteit van leven structureel of systematisch toegepast? Met welke frequentie wordt dit gedaan en bij welk deel van de cliënten?*

194 Een aantal van de methoden die in deze inventarisatie naar voren zijn gekomen, wordt op structurele basis en systematisch toegepast. Zo geldt bijvoorbeeld dat het ZLP met de vier domeinen van kwaliteit van leven verplicht in de V&V-sector wordt toegepast, op alle cliënten. Hoewel er verschillende varianten van het ZLP in omloop zijn en de zorginstellingen en medewerkers deze op verschillende manieren kunnen toepassen, dwingt het ZLP de zorgverleners als het ware de kwaliteit van leven van de cliënten structureel in beeld te houden. Mede op basis daarvan en in afstemming met de cliënt zelf wordt de zorg of hulpverlening voor de cliënt vormgegeven. Zo is de insteek dat het ZLP minimaal tweemaal per jaar wordt geëvalueerd met de cliënt of met de cliëntvertegenwoordiger.

195 Naast het ZLP zijn er ook andere methoden of aanpakken vanuit het reguliere zorgproces die ertoe bijdragen dat vanuit de zorg- of hulpverlening zelf de focus blijft bestaan op de kwaliteit van leven van de cliënten. Voor de zorginstellingen die de enquête hebben ingevuld, kan dus worden geconcludeerd dat er op die manier op structurele wijze kwaliteit van leven in beeld wordt gebracht bij nagenoeg alle cliënten.

196 Door middel van de voor zorginstellingen in de V&V-sector verplichte uitvraag van de CQ-index, wordt op systematische wijze de kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg in beeld gebracht. Dit levert informatie op, op locatie- of instellingsniveau die in eerste instantie wordt gebruikt voor externe verantwoording (voor de zorgkantoren, cliëntenorganisaties en de inspectie), maar volgens de respondenten zeker ook voor interne kwaliteitsverbetering. Hoewel de CQ-index door alle zorginstelling minimaal tweejaarlijks wordt ingezet, wordt deze methode veelal bij een steekproef van de cliënten ingezet (afhankelijk van het aantal cliënten binnen een organisatie). In veel gevallen gaat het desondanks om minimaal de helft van alle cliënten uit de doelgroep.

197 Ten slotte zijn er methoden die slechts door één of enkele zorginstellingen worden ingezet, zoals PRET en competentiezorg. Het verschilt per methode met welke frequentie deze wordt ingezet. Veelal worden dergelijke methoden wel structureel (met een vaste frequentie, variërend van eens per maand tot eens per twee jaar) en tot op zekere hoogte systematisch (bij veel methoden bij minder dan de helft van alle cliënten binnen de doelgroep). Daarnaast zijn ook enkele methoden beschreven die nog in een ontwikkelstadium staan, waarbij de toepassing plaatsvond vanuit een pilotproject. In die gevallen kan er nog niet worden gesproken van structurele of systematische toepassing.

5.3.2 Op welke manieren worden de resultaten van de methode toegepast? In het bijzonder: worden resultaten gebruikt voor verbetering of aanpassing van de geleverde zorg en ondersteuning?

198 Van de onderzochte methoden wordt voornamelijk alleen de CQ-index gebruikt voor externe verantwoording en keuze-informatie. De methode 'Beelden van Kwaliteit-observaties' heeft wel als uiteindelijk doel om ook verantwoordingsinformatie op te leveren, maar zo ver is de methode nog niet ontwikkeld. Van de meeste methoden worden inzichten op te leveren, waarmee de kwaliteit van de geleverde zorg en ondersteuning wordt verbeterd. De meeste gebruikers gaven ook aan in de enquête dat de betreffende methoden ondersteunend zijn aan de verbetering van de kwaliteit door het team en door de organisatie. Ook gaven veel respondenten aan dat de betreffende methoden bijdragen aan de dagelijkse werkzaamheden. Verbeteren van de kwaliteit van zorg en bijdragen aan de zorg zelf zijn voor de meeste methoden de belangrijkste redenen van gebruik en daarmee de belangrijkste toepassingen. Opvallend was dat de resultaten van de CQ-index, ondanks dat de aanleiding voor gebruik externe verantwoording is, ook door de gebruikers worden gewaardeerd als informatie om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

5.3.3 Wat zijn de ervaringen van zorgprofessionals met de door hen gebruikte methoden?

199 In hoofdstuk 4 is per methode kort ingegaan op de ervaringen die gebruikers aan de hand van de enquête hebben gedeeld. Zo zijn voor de meeste methoden sterke en verbeterpunten genoemd die zowel kwaliteitsmedewerkers als zorgverleners op basis van hun ervaringen hebben geformuleerd. Opvallend is dat in veel gevallen vooral sterke punten werden genoemd en in mindere mate (enkele) verbeterpunten. Waar vanuit de sector kritisch wordt gekeken naar het kwaliteitskader en de CQ-index voor de V&V-sector (zie ook hoofdstuk 3), zijn de ervaringen van de medewerkers van de zorginstellingen die de enquête hebben ingevuld overwegend positief, ook al vindt men niet altijd alle vragen relevant. Ook nieuwe methoden, die voornamelijk vooral in pilots worden ontwikkeld, worden positief gewaardeerd door de zorginstellingen. Men ziet hier duidelijk de meerwaarde van in, vooral doordat deze methoden doorgaans de cliënt en zijn/haar relatie met de zorgverlener centraal stellen.

6. Discussie

6.1 Kwaliteit van leven in beeld in de V&V-sector

200 Met deze inventarisatie is geprobeerd een zo volledig mogelijk overzicht te verkrijgen van methoden die in de praktijk worden gebruikt. Hiervoor zijn 104 zorginstellingen die zijn aangesloten bij ActiZ die langdurige zorg in de V&V-sector leveren, uitgenodigd voor deelname aan een enquête. Van de 104 instellingen hebben 53 medewerkers van in totaal 31 zorginstellingen de enquête ingevuld. Hiermee is niet geheel geborgd dat de inventarisatie compleet is.

201 Doel van de inventarisatie was ook een goed beeld te krijgen van de toepasbaarheid van de methoden in de dagelijkse praktijk. Het aantal zorgprofessionals dat heeft meegedaan aan het onderzoek is echter beperkt (23 respondenten). Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat door de transities in de langdurige zorg en de aandacht die dit vergt van de zorgprofessionals, alsook het gevoel dat bij zorgprofessionals heerst dat zij veel tijd kwijt zijn aan andere zaken dan daadwerkelijk zorg, zij geen prioriteit hebben gegeven aan het invullen van deze internetenquête. Door de beperkte deelname van zorgprofessionals aan het onderzoek, zijn de conclusies rondom hun ervaringen indicatief. De inzichten die zij via de enquête hebben gegeven, zijn over het algemeen wel eenduidig. Bovendien hebben de zorgverleners over gemiddeld twee verschillende methoden de vragenlijst ingevuld.

202 Wel geeft deze inventarisatie een goed beeld van de wijze waarop binnen de V&V-sector kwaliteit van leven in beeld wordt gebracht. Het spectrum aan methoden waarmee kwaliteit van leven in beeld wordt gebracht dat vanuit de enquête naar voren is gekomen, komt namelijk sterk overeen met de inzichten die tijdens de interviews met stakeholders naar voren zijn gekomen. Globaal genomen zijn er drie hoofdgroepen van methoden te onderscheiden die worden gebruikt om kwaliteit van leven in beeld te brengen, namelijk:

- a. Vanuit het reguliere zorgproces, gericht op inzicht in de kwaliteit van leven van de cliënt om zo de zorg- of hulpverlening te verbeteren.
- b. In het kader van externe verantwoording, gericht op inzicht in de kwaliteit van leven en zorg binnen een afdeling, locatie of zorginstelling.
- c. Met methoden die specifiek zijn gericht op het in beeld brengen van de kwaliteit van leven (en zorg) van cliënten. Dergelijke methoden zijn gericht op de cliënt in zijn/haar omgeving, en veelal in relatie tot de zorgverlener, en hebben als doel de zorgverleners en het team inzicht te geven in de impact de omgeving van hun handelen op de cliënt. Uiteindelijk doel is bij dergelijke methoden de kwaliteit van de zorg en hulpverlening te verbeteren en daarmee de kwaliteit van leven.

6.2 Niet alleen methoden

203 Wat in ieder geval heel sterk naar voren is gekomen in deze inventarisatie is dat - hoewel er in de V&V-sector op allerlei manieren kwaliteit van leven in beeld wordt gebracht - dit vaak niet gebeurt met behulp van een meetinstrument of methode die als zodanig is ontwikkeld. Vaak gebeurt dit op manieren die zich niet per se als methode laten omschrijven, laat staan een specifieke naam hebben. Zo zijn er allerlei initiatieven die vanuit een individuele zorginstelling zijn ontstaan die vooral een bepaalde visie voor ogen heeft voor een aanpak die gericht is op de cliënten en waarbij als vanzelfsprekend kwaliteit van leven een belangrijke positie inneemt. Binnen dergelijke aanpakken wordt op verschillende manieren kwaliteit van leven en/of de relatie tussen zorgverlener en cliënt in beeld gebracht, bijvoorbeeld door middel van observaties of open gesprekken met de cliënt. Het gaat hierbij soms om een vorm van continue afstemming met de cliënt.

204 Dergelijke methoden laten zich niet makkelijk vangen in inventariserend onderzoek zoals dit, hoewel het wel voor relatief veel zorginstellingen de praktijk is. Het verdient aanbeveling om bij toekomstige studies of vervolgonderzoek naar dit onderwerp met dit verschijnsel rekening te houden.

6.3 Kwalitatieve methoden in ontwikkeling

205 In deze inventarisatie komt ook naar voren dat verschillende methoden momenteel in de ontwikkelfase zitten. Het gaat hier om kwalitatieve methoden die kunnen worden gezien als reactie op de meer kwantitatieve methoden, zoals de CQ-index die momenteel wordt ingezet in het kader van externe verantwoording. Dergelijke kwalitatieve methoden hebben als primaire focus het verbeteren van de kwaliteit van zorg of de relatie tussen de zorgverlener en de cliënt. In een aantal voorbeelden die in deze inventarisatie staan beschreven blijkt dit doel in ieder geval wel haalbaar. De inzichten die deze methoden opleveren zijn vooral inzichten met betrekking tot een specifieke cliënt, zorgverlener (of combinatie) en zijn/haar omgeving. Juist het kunnen plaatsen van inzichten in kwaliteit in de juiste context wordt in de sector als belangrijke voorwaarde gezien, om dit kwaliteitsgegevens goed te kunnen duiden.

206 De uitdaging voor dergelijke kwalitatieve methoden is om vanuit deze benadering ook tot concrete verantwoordingsinformatie (en bijvoorbeeld cliëntkeuze informatie) te komen, waarbij inzicht in kwaliteit op een hoger aggregatieniveau ontstaat (bijvoorbeeld afdeling, zorginstelling), zonder dat daarbij wordt gegaan aan de context. Dit moet leiden tot betere handvatten om gesprekken aan te gaan over kwaliteit dan nu het geval is met de huidige verantwoordingsinformatie. De vraag of dit überhaupt redelijkerwijs (dus met proportionele inspanningen) mogelijk is, is nog niet beantwoord.

A. Lijst met zorginstellingen die hebben deelgenomen aan de enquête

Naam zorginstelling
Atlant Zorggroep
Attent wwz
Axioncontinu
Beweging 3.0
Careyn
Carinova
Carintreggeland
Cicero Zorggroep
Coloriet
CuraMare/Ebbe en Vloed
Humanistische Stichting Zorggroep Reinalda
Internos Thuiszorg
MeanderGroep Zuid-Limburg
Sevagram
St. ZorgSaam Zeeuws Vlaanderen
Stichting Land van Horne
Stichting Schakelring
Stichting Vugherstede
Stichting Zorg & Wonen Glorieux
STMR
Thuiszorg Het Friese Land
Vivium Zorggroep
Woonzorg Flevoland
WZF locatie De Uiterdon
Zinzia Zorggroep
Zonnehuisgroep Amstelland
ZorgAccent
Zorggroep Groningen
Zorggroep Reinalda
Zorgspectrum Het Zand
Zorgwaard

B. Belangrijkste kenmerken geïnventariseerde methoden

Naam methode	Gebruikt binnen doelgroep	Doel	Frequentie gebruik	Gebruikt door zorginstelling
Vanuit regulier zorgproces	V&V-breed, afhankelijk van zorginstelling	Variërend. Veelal om de zorg af te stemmen op de behoeften van de cliënt met als doel de kwaliteit van leven te vergroten	Variërend	Nagenoeg allemaal
CQ-index	V&V-breed, afhankelijk van zorginstelling	Externe verantwoording, interne kwaliteitsverbetering	Minimaal 2-jaarlijks	Vivium Zorggroep, Coloriet, Careyn, Woonzorg Flevoland, MeanderGroep Zuid-Limburg, Sevagram, Axioncontinuu, Carintreggeland, CuraMare/Ebbe en Vloed, Vivium Zorggroep, Sevagram
AFDAK-methode	Psychogeriatric, somatiek, revalidatie, dagbesteding	Gestructureerd de situatie rond een cliënt in beeld brengen met het oog op het verbeteren van de zorg voor deze cliënt	Halfjaarlijks	Stichting Schakelring
Beelden van Kwaliteit- observaties	Psychogeriatric, somatiek	Het in kaart brengen van de relatie tussen de zorgverlener en de cliënt. Hiermee ook de kwaliteit van leven van de cliënt te verbeteren. Project heeft als doel om deze methode ook in te kunnen zetten t.b.v. externe verantwoording	N.v.t. (pilot)	Beweging 3.0
Care Dependency Scale	Psychogeriatric, somatiek	Inzicht te krijgen in de zorgafhankelijkheid van een cliënt	Onbekend	Attent wwz
Competentiezorg	V&V-breed	Benadering zorg met cliënt centraal, gericht op de zachte kant van zorg	Dagelijkse aanpak	Stichting Vughterstede
Dementia Care Mapping	Psychogeriatric, somatiek, revalidatie, Dagbesteding	Het in kaart brengen van de persoonlijke ervaringen en behoeften die iemand met dementie heeft, om daarmee de kwaliteit van leven van de cliënt te verbeteren	Moet nog worden vastgesteld	Zonnehuisgroep Amstelland
Levensboek	Psychogeriatric, somatiek, dagbesteding, Korsakov, Huntington, migrantenouderen	Inzicht krijgen in de levensloop van een cliënt om daardoor de relatie en geleverde zorg te verbeteren. Ook kan het helpen de herinneringen van de cliënt te stimuleren	Afhankelijk van de cliënt	Zorgwaard
Moreel Beraad	Psychogeriatric, somatiek	Bijvoorbeeld: het bevorderen van de samenwerking binnen een team of de reflectie op de eigen professionaliteit; het verbeteren van de onderlinge communicatie en bejegening	Per kwartaal	Zorggroep Groningen
Planetree focusgroepen	V&V-breed	Inzicht verkrijgen in de huidige situatie in de zorginstelling (met betrekking tot mensgerichte zorg) en aanbevelingen die hierbij horen	Jaarlijks/om de paar maanden	Sevagram

Naam methode	Gebruikt binnen doelgroep	Doel	Frequentie gebruik	Gebruikt door zorginstelling
PRET	Psychogeriatric, somatiek, revalidatie, dagbesteding	Benadering zorg met cliënt centraal. Beoordeling van zorgverleners	Dagelijkse aanpak; beoordeling medewerkers jaarlijks	Zonnehuisgroep Amstelland
Prezo	Psychogeriatric, somatiek, dagbesteding	Kwaliteitssysteem gericht op het (kunnen) sturen op verantwoorde zorg en verantwoord ondernemerschap. Onder andere gericht op kwaliteitsverbetering binnen team en organisatie	Jaarlijks	Woonzorg Flevoland, CuraMare/Ebbe en Vloed
Qualidem	Psychogeriatric, Korsakov, Huntington	In beeld brengen van de kwaliteit van leven bij mensen met dementie	Halfjaarlijks	Vivium Zorggroep
Samen kleur geven aan waardevol leven volgens AI-methode	Psychogeriatric, somatiek, revalidatie, dagbesteding, Korsakov, Huntington	Zicht krijgen op wat mensen raakt en wat ze waarderen	Halfjaarlijks	Coloriet
Video Interventie in de Ouderenzorg	Psychogeriatric, somatiek, revalidatie, Korsakov, Huntington, migranten-ouderen	Inzicht krijgen bij probleemgedrag van ouderen met als doel de communicatie en de relatie tussen zorgverlener en de cliënt te verbeteren	Op basis van signalen	Zinzia zorggroep
Overig cliënt-ervaringsonderzoek	V&V-breed, afhankelijk van zorginstelling	Variërend. Veelal om inzicht te krijgen in hoe de cliënten de zorg ervaren en waarderen	Variërend van twee-maandelijks, tot tweejaarlijks. Ook wel specifiek bij start op de groep en bij vertrek	Zinzia Zorggroep, Vivium Zorggroep, Internos Thuiszorg, Atlant Zorggroep, Zorgspectrum Het Zand, Careyn, Stichting Land van Horne, Beweging 3.0, STMR
Overige methoden kwaliteit (van leven)	V&V-breed, afhankelijk van zorginstelling	Variërend. Voornamelijk ter ondersteuning van de dagelijkse zorgverlening aan cliënten	Variërend van wekelijks tot jaarlijks, en op basis van signalen	Zinzia Zorggroep, Internos Thuiszorg, STMR, Thuiszorg Het Friese Land, ZorgAccent, Zorggroep Reinalda, Zorggroep Groningen