

Leren en verbeteren met inzichten over ervaren kwaliteit van zorg en leven

Kim de Groot
Dolf de Boer
Anneke Francke



NIVEL
Kennis voor betere zorg



Zorginstituut Nederland

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

Januari 2023

ISBN 978-94-6122-782-9

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2023 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Op verzoek en met financiering van Zorginstituut Nederland heeft het Nivel onderzocht hoe in de langdurige intramurale gehandicapten- en verpleeghuiszorg cliëntrelevante uitkomsten inzichtelijk gemaakt worden. In dit onderzoek brachten we in kaart welke instrumenten en werkwijzen daarbij worden gebruikt. Ook onderzochten we hoe inzichten over cliëntrelevante uitkomsten kunnen bijdragen aan leren en verbeteren in de praktijk.

Veel dank gaat uit naar alle verpleegkundige, verzorgende en begeleidende professionals en kwaliteitsmedewerkers die deelnamen aan het vragenlijstonderzoek, de focusgroepen en/of de interviews. Tevens danken wij de stakeholders die meedachten tijdens de reflectiebijeenkomst.

De auteurs

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	5
1 Inleiding	7
1.1 Achtergrond	7
1.2 Doel- en vraagstellingen	7
1.3 Leeswijzer	8
2 Methoden onderzoek	9
2.1 Literatuurverkenning	9
2.2 Vragenlijstonderzoek	9
2.3 Focusgroepen en interviews	10
2.4 Reflectiebijeenkomst	10
3 Resultaten over inzichtelijk maken cliëntrelevante uitkomsten	11
3.1 Werkwijzen en instrument uit de literatuurverkenning	11
3.2 Werkwijzen en instrumenten in de praktijk	14
3.3 Keuze voor werkwijzen of instrumenten	18
4 Resultaten over leren en verbeteren met inzichten van cliëntrelevante uitkomsten	22
4.1 Geschiktheid werkwijzen en instrumenten voor leren en verbeteren	22
4.2 Leren en verbeteren in de praktijk	24
4.3 Voorwaarden voor leren en verbeteren	26
5 Reflectiebijeenkomst: het perspectief van stakeholders	29
6 Conclusies en reflecties	31
Literatuur	35
Bijlage A Methode literatuurverkenning	37
Bijlage B Methode vragenlijstonderzoek	39
Bijlage C Kenmerken werkwijzen en instrumenten	41

Samenvatting

Dit rapport gaat over het gebruik van cliëntrelevante uitkomsten voor het leren en verbeteren in de langdurige intramurale gehandicapten- en verpleeghuiszorg. Daarbij focussen we met name op uitkomsten rondom ervaren kwaliteit van zorg of kwaliteit van leven van cliënten. Inzichten in deze uitkomsten kan de praktijk helpen om te leren en waar nodig de zorg te verbeteren. Het Zorginstituut Nederland wilde inzicht in hoeverre en op welke wijze cliëntrelevante uitkomsten inzichtelijk worden gemaakt. Dat gaf aanleiding voor dit onderzoek.

Breed scala aan werkwijzen en instrumenten

Uit dit onderzoek blijkt dat er een grote diversiteit is aan beschikbare werkwijzen en instrumenten om de door cliënten ervaren kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven inzichtelijk te maken in de gehandicapten- en verpleeghuiszorg. Ook blijkt dat verpleegkundigen, verzorgenden en begeleiders in de praktijk veelal open vragen stellen in evaluatiegesprekken en/of tijdens de dagelijkse zorgverlening. Daardoor bieden zorgprofessionals ruimte aan individuele cliënten om naar voren te brengen wat zijzelf relevant vinden voor hun ervaren kwaliteit van zorg of leven. Een kleine groep zorgprofessionals gebruikt (ook) kwantitatieve of mixed-method instrumenten, zoals vragenlijsten of observatielijsten. In de gehandicaptenzorg gaat het dan vaak om een instrument uit de zogenaamde 'waaier' van brancheorganisatie VGN. In de verpleeghuiszorg wordt veelal de website ZorgkaartNederland gebruikt waarop cliënten en/of naasten aangeven hoe zij de kwaliteit van zorg ervaren.

Keuze werkwijzen en/of instrumenten

Uit dit onderzoek blijkt dat de keuze voor een werkwijze of instrument veelal gemaakt wordt door zorgorganisaties op basis van verplichtingen vanuit het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg of het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. In de praktijk lijkt bij het keuzeprocess de relevantie voor cliënten niet duidelijk mee te wegen. Hoewel het vereist wordt vanuit de Kwaliteitskaders, geven kwaliteitsmedewerkers en zorgprofessionals aan dat cliëntenraden vaak niet betrokken worden. Vooral in de gehandicaptenzorg is die betrokkenheid er meestal niet.

Leren en verbeteren op basis van cliëntrelevante uitkomsten

Verpleegkundigen, verzorgenden en begeleiders hebben vooral behoefte om inzichten in de ervaren kwaliteit van zorg en leven van cliënten en naasten in hun eigen bewoordingen te horen. Zij zijn van mening dat deze informatie hen helpt om, indien nodig, te komen tot verbeteringen in het zorgproces voor individuele cliënten. Echter, wanneer het doel is om te leren en verbeteren op team- of organisatieniveau vinden zorgprofessionals en kwaliteitsmedewerkers de inzichten uit kwantitatieve meetinstrumenten ook relevant. Ook zijn er voorbeelden genoemd van werkwijzen die informatie voor leren en verbeteren op verschillende niveaus opleveren: 'Cliënten over Kwaliteit', 'Ruimte voor Zorg' en 'Het verhaal als kwaliteitsinstrument'.

Zorgprofessionals gebruiken inzichten in cliëntrelevante uitkomsten voor het leren en verbeteren door deze inzichten binnen hun team te bespreken en vervolgens met collega's te bespreken hoe de zorg verder te verbeteren. Belemmerend daarbij is dat zorgprofessionals lang niet altijd terugkoppeling krijgen over de inzichten in cliëntrelevante uitkomsten. Verder is een belangrijke reden waarom binnen teams of op organisatieniveau (nog) niet wordt geleerd en verbeterd met cliëntrelevante uitkomsten dat er niet overal sprake is van een veilige sfeer en lerende cultuur. Belangrijke randvoorwaarden om te kunnen leren en verbeteren (op individueel, team en

organisatieniveau) zijn een veilige sfeer, lerende cultuur, goede communicatie (tussen professionals onderling en met het management), voldoende tijd en personeel, scholing (bijvoorbeeld over feedback geven) en structurele inbedding en continue aandacht voor het proces van leren en verbeteren op basis van cliëntrelevante uitkomsten.

Conclusies

Het onderzoek laat verschillende discrepanties zien tussen enerzijds de praktijk en anderzijds het beleid en verplichtingen volgens de landelijke Kwaliteitskaders. Zo worden cliënten lang niet altijd betrokken bij de keuze voor een instrument of werkwijze. Ook krijgen zorgprofessionals lang niet altijd een terugkoppeling over de inzichten uit de verplichte metingen die organisaties uitvoeren ten behoeve van hun kwaliteitsbeleid. Dit ontnemt zorgprofessionals de kans om mee te denken over op welke aspecten de zorg nog beter kan. Verder blijkt in de praktijk een veilige sfeer en een lerende cultuur binnen teams en organisaties om samen te kunnen leren en verbeteren nog vaak te ontbreken.

Het onderzoek (looptijd medio december 2021 t/m medio september 2022)

Als eerste voerden we een literatuurverkenning uit naar werkwijzen en instrumenten die cliëntrelevante uitkomsten inzichtelijk maken. Vervolgens vond online vragenlijstonderzoek plaats naar ervaringen van zorgprofessionals met leren en verbeteren op basis van inzichten in cliëntrelevante uitkomsten. De vragenlijst werd ingevuld door een landelijke steekproef van 310 verpleegkundige, verzorgende en begeleidende professionals uit de gehandicapten- of verpleeghuiszorg. Ter verdieping op het vragenlijstonderzoek organiseerden we twee online focusgroepen met zeven zorgprofessionals en individuele interviews met vijf kwaliteitsmedewerkers. Ten slotte vond een reflectiebijeenkomst plaats om te reflecteren op de onderzoeksresultaten, samen met stakeholders van relevante beroeps-, branche-, cliënten-, en kennisorganisaties.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zet in op passende zorg. In het Kader Passende Zorg zijn door het Zorginstituut Nederland vier basisprincipes voor passende zorg beschreven (Zorginstituut Nederland, 2022a). Dit zijn:

1. Passende zorg is waarde gedreven;
2. Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rond de patiënt tot stand;
3. Passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek;
4. Passende zorg gaat over gezondheid in plaats van over ziekte.

Om te komen tot passende zorg in de langdurige zorg is een goed functionerende kennisinfrastructuur een belangrijke voorwaarde (Zorginstituut Nederland, 2022b). Kenmerk van een goede kennisinfrastructuur is dat het handelen van zorgprofessionals wordt versterkt, doordat opgedane kennis over de praktijk wordt gebruikt om de zorg waar nodig te verbeteren. Kennis kan zowel vanuit wetenschappelijk onderzoek, als vanuit ervaringen in de praktijk komen. Daarbij zijn de ervaringen van cliënten onmisbaar. Cliëntrelevante uitkomsten dragen bij aan het inzichtelijk maken van deze ervaringen. Deze uitkomsten geven een beeld over wat cliënten belangrijk vinden in relatie tot de zorg en ondersteuning die zij ontvangen. Dit kan gaan over medische aspecten, zoals het ervaren van pijn, of niet-medische aspecten, zoals het sociale contact met mensen om een cliënt heen. Belangrijk is dat cliëntrelevante uitkomsten recht doen aan de complexiteit en diversiteit van het cliëntenperspectief (Roman e.a., 2018). In dit onderzoek richten we ons met name op twee cliëntrelevante uitkomsten, namelijk de door de cliënten ervaren kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven. Inzichten in deze uitkomsten kan helpen om de zorg te evalueren, te leren en waar nodig te verbeteren. Leren en verbeteren is een proces dat plaatsvindt op verschillende niveaus; het niveau van een individuele cliënt en het niveau van een team en/of zorgorganisatie.

De opdrachtgever Zorginstituut Nederland signaleerde onduidelijkheid over in hoeverre en met behulp van welke werkwijzen en instrumenten cliëntrelevante uitkomsten inzichtelijk worden gemaakt in de langdurige zorg. Ook was het niet duidelijk hoe binnen zorgorganisaties voor een specifieke werkwijze of instrument wordt gekozen. Daarnaast was het onduidelijk in hoeverre inzichten over cliëntrelevante uitkomsten in de praktijk worden gebruikt om te leren en verbeteren. Daarom kreeg het Nivel de opdracht om onderzoek op dit terrein uit te voeren.

1.2 Doel- en vraagstellingen

Het doel van dit onderzoek is inzicht geven in hoeverre cliëntrelevante uitkomsten, met welke werkwijzen en instrumenten en met welke onderliggende doelen en keuzen, gebruikt worden voor leren en verbeteren in de langdurige intramurale gehandicapten- en verpleeghuiszorg.

De volgende onderzoeksvragen staan centraal:

1. a. Welke kwalitatieve, kwantitatieve of mixed-method **werkwijzen en instrumenten** worden in de langdurige intramurale verpleeghuis- en gehandicaptenzorg gebruikt om cliëntrelevante uitkomsten inzichtelijk te maken?
b. In hoeverre gaat het daarbij om **werkwijzen en instrumenten** die **uitkomsten** inzichtelijk

maken die voor **cliënten relevant** zijn en hoe is door de betrokken organisaties of professionals vastgesteld dat deze uitkomsten voor cliënten relevant zijn?

c. In hoeverre zijn de werkwijzen en instrumenten onderzocht op de psychometrische kwaliteiten, zoals **validiteit en betrouwbaarheid**?

2. a. Hoe wordt in de praktijk een **keuze** gemaakt voor een specifieke **werkwijze of instrument** om kwaliteit van zorg en/of kwaliteit van leven inzichtelijk te maken?
b. Speelde bij de **keuze** voor een bepaalde werkwijze of instrument de **relevantie** van de **uitkomsten voor cliënten** een duidelijke rol?
3. In hoeverre zijn de werkwijzen en instrumenten die worden gebruikt **geschikt voor het doel** waarvoor ze in de praktijk gebruikt worden?
4. a. In hoeverre en op welke wijze worden de **inzichten** in cliëntrelevante uitkomsten **gebruikt** in het **zorgproces** in de langdurige verpleeghuis- en/of gehandicaptenzorg?
b. In hoeverre en op welke wijze worden de **inzichten** in cliëntrelevante uitkomsten **gebruikt** voor het **leren** over en het **verbeteren** van de kwaliteit van zorg?
c. Wat is er nodig om **leren en verbeteren** op basis van de inzichten in cliëntrelevante uitkomsten te **bevorderen**?

1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 bevat een overzicht van de methoden van dit onderzoek. In de hoofdstukken 3 en 4 worden de resultaten de literatuurverkenning, het vragenlijstonderzoek, de focusgroepen en de interviews geïntegreerd beschreven. Hoofdstuk 5 geeft een samenvatting van de reflectiebijeenkomst met stakeholderpartijen. Hoofdstuk 6 beschrijft de conclusies en reflecties, waarbij de onderzoeksvragen worden beantwoord. In de bijlage worden de onderzoeksmethoden verder in detail beschreven.

2 Methoden onderzoek

Ter beantwoording van de onderzoeksvragen zijn vier hoofdactiviteiten uitgevoerd:

- een verkennende literatuurstudie naar informatie over relevante werkwijzen en instrumenten;
- een vragenlijstonderzoek onder zorgprofessionals die werkzaam zijn in de langdurige intramurale gehandicapten- en verpleeghuiszorg;
- focusgroepen en interviews met praktiserende professionals en kwaliteitsmedewerkers;
- een reflectiebijeenkomst met relevante stakeholderpartijen.

2.1 Literatuurverkenning

Om inzicht te krijgen in welke werkwijzen en instrumenten beschikbaar zijn en wat hun eigenschappen zijn, deden we een verkennende literatuurstudie. Voortbouwend op eerder onderzoek zochten we naar informatie in drie overzichtspublicaties van Batterink & Schipper (2015), Nijhof & Vunderink (2015) en Triemstra & Francke (2018). Aanvullend zochten we naar informatie op diverse websites, zie Bijlage A voor de uitgebreide zoekstrategie.

De zoekacties leverden diverse potentieel relevante publicaties en websites op die werden beoordeeld aan de hand van inclusiecriteria dat de publicaties moesten gaan over werkwijzen en instrumenten die:

- zijn bedoeld voor gebruik bij cliënten of ‘proxies’ van cliënten (een proxy is een naaste of wettelijk vertegenwoordiger die namens een cliënt antwoord);
- zijn bedoeld voor gebruik in (o.a.) de langdurige intramurale gehandicapten- of verpleeghuiszorg;
- betrekking hebben op een of meerdere uitkomsten die als cliëntrelevant beschouwd kunnen worden, meer specifiek uitkomsten die gerelateerd zijn aan de ervaren kwaliteit van leven, kwaliteit van zorg of tevredenheid over de zorg vanuit cliëntperspectief.

In totaal selecteerden we 18 relevante bronnen (Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg, 2021; Batterink & Schipper, 2015; KEMTA, 2019; Nijhof & Vunderink, 2015; NWO & ZonMw, 2019; Patiëntenfederatie Nederland, 2022; Roman e.a., 2018; Triemstra & Francke, 2018; VGN, 2021; Waardigheid en trots, 2018; [Kennisplein gehandicaptenzorg](#); [Kennisbank kwaliteitsverbetering verpleeghuiszorg](#); [ZorgkaartNederland](#); [Mijnkwaliteitvanleven](#)). Zie Bijlage A voor een overzicht van de bronnen.

2.2 Vragenlijstonderzoek

Om een beeld te krijgen van het gebruik van werkwijzen en instrumenten door zorgprofessionals in de praktijk, voerden we een online vragenlijstonderzoek uit. In dit vragenlijstonderzoek vroegen we zorgprofessionals óf en hoe zij de ervaren kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven van hun cliënten inzichtelijk maken. Ook vroegen we of zorgprofessionals terugkoppeling krijgen van de resultaten en wat volgens hen nodig is om te kunnen leren en verbeteren met inzichten in de ervaren kwaliteit van zorg en leven.

Het vragenlijstonderzoek vond plaats onder de deelnemers van het landelijke [Nivel Panel Verpleging & Verzorging](#). Daarnaast werd een link naar de vragenlijst verspreid via de sociale media-kanalen (LinkedIn en Twitter) van het Nivel en de onderzoekers.

In totaal vulden 310 zorgprofessionals de vragenlijst in. Daarbij waren 92 professionals werkzaam in de gehandicaptenzorg en 218 zorgprofessionals in de verpleeghuiszorg. De respondenten zijn allen

praktiserend verzorgenden, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten of agogisch begeleiders. Verschillen tussen de zorgsectoren en tussen verschillende opleidingsniveaus werden statistisch getoetst. De statistisch significante verschillen staan vermeld in de tekst in hoofdstukken 3 en 4. De methoden en achtergrondkenmerken van de respondenten van het vragenlijstonderzoek staan in detail beschreven in Bijlage B.

2.3 Focusgroepen en interviews

Voor een verdieping van de uitkomsten van het vragenlijstonderzoek organiseerden we vervolgens kwalitatieve focusgroepen en individuele interviews. We organiseerden twee online focusgroepen met in totaal zeven verpleegkundige en verzorgende professionals uit de verpleeghuis- en gehandicaptenzorg. Daarnaast interviewden we in totaal vijf kwaliteitsmedewerkers werkzaam in één van de voornoemde sectoren.

Aan de hand van een interviewgide stelden we deze professionals vragen over met welke werkwijzen of instrumenten de door cliënten ervaren kwaliteit van zorg en leven inzichtelijk worden gemaakt binnen hun organisaties. Ook gingen we na hoe het keuzeprocess voor een specifieke werkwijze of instrument is verlopen en in hoeverre de professionals de betreffende werkwijze of instrument geschikt vonden. Verder vroegen we hoe de terugkoppeling van inzichten in cliëntrelevante uitkomsten vorm krijgt binnen de zorgorganisaties en of deze inzichten worden gebruikt om te leren en verbeteren.

De focusgroepen en interviews werden met toestemming van de deelnemers opgenomen en letterlijk uitgetypt. De transcripten werden kwalitatief, thematisch geanalyseerd. We volgden daarbij de zes stappen van Thematische Analyse: 1. vertrouwd worden met de data; 2. initiële codes toekennen; 3. thema's identificeren; 4. thema's nader bestuderen; 5. definitieve thema's vaststellen; 6. Rapportage (Braun & Clarke, 2006).

2.4 Reflectiebijeenkomst

Tot slot organiseerden we een reflectiebijeenkomst om te reflecteren op de onderzoeksresultaten en input te krijgen voor wat nodig is om het leren en verbeteren in de praktijk te bevorderen. Voor deze bijeenkomst zijn vertegenwoordigers van beroeps-, branche-, cliënten-, en kennisorganisaties uitgenodigd.

Na een presentatie van de voorlopige onderzoeksresultaten vond een discussie plaats aan de hand van de volgende discussievragen: wanneer is er sprake van cliëntrelevante uitkomsten; hoe zou je cliëntrelevante uitkomsten het beste inzichtelijk kunnen maken; in hoeverre is het wenselijk dat er een verscheidenheid aan werkwijzen en instrumenten wordt gebruikt voor het inzichtelijk maken van cliëntrelevante uitkomsten; in hoeverre zijn deze werkwijzen en instrumenten geschikt om mee te kunnen leren en verbeteren; wat is er nodig om met inzichten van cliëntrelevante uitkomsten het leren en verbeteren op cliënt- en organisatieniveau te bevorderen; wat zijn belangrijke vervolgstappen om te kunnen leren en verbeteren met inzichten over cliëntrelevante uitkomsten. Met toestemming van de deelnemers maakten we een geluidsopname. Het transcript werd kwalitatief, thematisch geanalyseerd (Braun & Clarke, 2006). We deelden een samenvattend verslag van de bijeenkomst met de aanwezigen ter accordering en voor eventuele correcties.

3 Resultaten over inzichtelijk maken cliëntrelevante uitkomsten

Hoofdpunten uit dit hoofdstuk

- Er is een grote diversiteit aan werkwijzen en instrumenten om de door cliënten ervaren kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven inzichtelijk te maken in de gehandicapten- en verpleeghuiszorg.
- Zorgprofessionals gebruiken vooral kwalitatieve werkwijzen om de ervaren kwaliteit van zorg of leven inzichtelijk te maken, zoals het stellen van open vragen stellen in evaluatiegesprekken of tijdens de dagelijkse zorgverlening. Slechts een tiende gebruikt een bestaand instrument, zoals een vragenlijst of observatielijst.
- Als een kwantitatief of mixed-method instrument wordt gebruikt is dat veelal in combinatie met andere, kwalitatieve werkwijzen. Zorgprofessionals hechten veel waarde aan de kwalitatieve werkwijzen.
- De keuze voor een specifieke werkwijze of instrument wordt veelal gemaakt uit een verplichting, zoals een instrument uit 'de waaier' in de gehandicaptenzorg en ZorgkaartNederland in de verpleeghuiszorg.
- Hoewel het een vereiste is vanuit de kwaliteitskaders, lijkt cliëntrelevantie minder duidelijk mee te wegen in de keuze voor een werkwijze of instrument.
- Zorgprofessionals en kwaliteitsmedewerkers zien de cliëntenraad als de partij om cliëntrelevantie van uitkomsten te beoordelen, maar benoemen dat zij in de praktijk lang niet altijd betrokken zijn.

3.1 Werkwijzen en instrument uit de literatuurverkenning

In deze paragraaf gaan we eerst in op welke werkwijzen en instrumenten vanuit de literatuur bekend zijn om cliëntrelevante uitkomsten in de gehandicapten- en verpleeghuiszorg inzichtelijk te maken.

Werkwijzen en instrumenten in de gehandicaptenzorg

Brancheorganisatie Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) heeft een waaier van twaalf cliëntervaringsinstrumenten voor de gehandicaptenzorg geselecteerd, zie [deze link](#) naar de waaier en zie *Tabel 8 in Bijlage C* voor een overzicht van de instrumenten.

De waaier betreft een mix van kwantitatieve instrumenten (enquêtes of vragenlijsten) en kwalitatieve instrumenten (lijsten/instrumenten voor interviews of observaties). Alle instrumenten in de waaier worden tweejaarlijks beoordeeld door een commissie op acht criteria. Twee criteria gaan over de betrouwbaarheid en validiteit van de instrumenten. De instrumenten die worden opgenomen in de waaier zijn positief beoordeeld op betrouwbaarheid en validiteit (VGN, 2021). De twaalf waaier-instrumenten richten zich op de uitkomsten kwaliteit van zorg, de zorgrelatie tussen cliënten en professionals en/of de kwaliteit van bestaan, oftewel de kwaliteit van leven.

De overzichtspublicatie van Nijhof en Vunderink (2015) beschrijft ook de twaalf instrumenten uit de waaier van VGN. Daarnaast beschrijft deze overzichtspublicatie nog 64 overige werkwijzen of instrumenten die in de gehandicaptenzorg gebruikt worden. Dit zijn veelal kwalitatieve werkwijzen

die gaan over hoe zorgprofessionals een gesprek voeren met cliënten en/of familie. Bij geen van de 64 werkwijzen of instrumenten is beschreven of deze wel of niet gevalideerd zijn.

De werkwijzen en instrumenten uit deze overzichtspublicatie richten zich op de uitkomsten kwaliteit van zorg of leven. Nijhof en Vunderink (2015) lichten daarbij toe dat bij kwaliteit van leven negen domeinen worden onderscheiden, namelijk: lichamelijk welbevinden, psychisch welbevinden, interpersoonlijke relaties, deelname aan de samenleving, persoonlijke ontwikkeling, materieel welzijn, zelfbepaling, belangen en de relatie tussen zorgprofessional en cliënt.

Verder vinden we op verschillende websites andere werkwijzen of instrumenten die niet zijn opgenomen in de waaier van VGN. Zo beschrijft de website van het [Kennisplein gehandicaptenzorg](#) vijf werkwijzen of instrumenten die gaan over ervaren kwaliteit van bestaan en kwaliteit van de zorgrelatie. Vier kwalitatieve werkwijzen zijn gericht op de dialoog tussen cliënten en zorgprofessionals. Het vijfde instrument uit deze bron is een online vragenlijst.

De ervaringsite [ZorgkaartNederland](#) is ook bruikbaar binnen de gehandicaptenzorg, aangezien ruim 2500 aanbieders van wonen voor mensen met een beperking bekend zijn binnen deze website. Op deze ervaringsite kunnen cliënten hun ervaringen over de kwaliteit van zorg delen met behulp van cijfers en een toelichting. Zorgorganisaties en professionals ontvangen vervolgens een terugkoppeling van deze cliëntervaringen.

De online vragenlijst '[Mijnkwaliteitvanleven](#)' is ook geschikt voor de gehandicaptenzorg. Verder worden via het dashboard '[Kwaliteit van leven en gezondheid](#)' 19 kwantitatieve, gevalideerde instrumenten beschikbaar gesteld die inzicht geven in de uitkomsten kwaliteit van leven en gezondheid (KEMTA, 2019). Niet alle 19 instrumenten zijn geschikt voor cliëntgroepen in de gehandicaptenzorg, maar instrumenten als de London Handicap Scale en Mijnkwaliteitvanleven lijken wel geschikt voor de gehandicaptenzorg (KEMTA, 2019).

Toepassing van werkwijzen en instrumenten in de gehandicaptenzorg

Zorgorganisaties binnen de gehandicaptenzorg zijn verplicht om één instrument uit de waaier te gebruiken om cliëntervaringen inzichtelijk te maken. Zij zijn verplicht dat minimaal eens in de drie jaar te doen (Landelijke stuurgroep kwaliteitskader gehandicaptenzorg, 2017; Landelijke Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg, 2022). De overzichtspublicatie van Nijhof en Vunderink (2015) beschrijft dat zorgorganisaties de waaier-instrumenten in de praktijk vaak frequenter in te zetten.

Er is variatie in wie een werkwijze of een instrument afneemt en wie de bron van informatie is, zo laat de literatuurverkenning zien. De afname wordt veelal gedaan door zorgprofessionals, kwaliteitsmedewerkers, externe personen, ouders of verwanten (Nijhof & Vunderink, 2015; <https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/>; <https://www.mijnkwaliteitvanleven.nl/>; <https://www.zorgkaartnederland.nl/>).

Bron van informatie zijn volgens de literatuurverkenning vaak cliënten zelf. Daarnaast kunnen het ook direct betrokkenen bij cliënten zijn, zoals ouders, familieleden, leraren of begeleiders (Nijhof & Vunderink, 2015; <https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/>; <https://www.mijnkwaliteitvanleven.nl/>; <https://www.zorgkaartnederland.nl/>).

Werkwijzen en instrumenten in verpleeghuiszorg

Voor de verpleeghuiszorg vinden we in de literatuur een grote diversiteit aan werkwijzen en instrumenten om cliëntrelevante uitkomsten inzichtelijk te maken. De overzichtspublicatie van Batterink en Schipper (2015) noemt zeventien kwantitatieve en kwalitatieve instrumenten, zie *Tabel 9 in Bijlage C* voor een overzicht van de instrumenten.

De instrumenten zijn veelal combinaties van beknopte vragenlijsten, checklists, observatielijsten en gesprekslijsten. De werkwijzen gaan veelal over het handelen van de zorgprofessionals en de

zorgrelatie tussen cliënt en zorgprofessional. Gebruikte methodes daarbij zijn observaties, open en gestructureerde interviews, groepsgesprekken en casuïstiekbesprekingen. Batterink en Schipper (2015) beschrijven bij twee van de zeventien instrumenten dat deze gevalideerd zijn, namelijk bij 'Dementia Care Mapping' en de 'Qualidem'. Dit zijn beiden observatielijsten voor cliënten met dementie.

Alle instrumenten uit de overzichtspublicatie van Batterink en Schipper richten zich op de uitkomst ervaren kwaliteit van leven. De auteurs lichten toe dat bij kwaliteit van leven zeven domeinen worden onderscheiden, namelijk: lichamelijk welzijn, emotioneel welzijn, sociaal welzijn, zingeving, materiële zekerheid, autonomie en de relatie tussen cliënt en zorgprofessional (Batterink & Schipper, 2015).

De overzichtspublicatie van Triemstra en Francke (2018) beschrijft 87 instrumenten voor de verpleeghuiszorg, zie *Tabel 10 in Bijlage C* voor een overzicht van de instrumenten. Twaalf instrumenten zijn kwantitatief, 41 instrumenten kwalitatief en 29 instrumenten mixed-method van aard. Deze instrumenten gaan over de uitkomsten kwaliteit van leven of kwaliteit van zorg. Conclusie van deze overzichtspublicatie is dat de onderbouwing van de validiteit en betrouwbaarheid bij veel instrumenten ontbreekt, aangezien de onderzoekers daar geen bewijs over vonden. De CQ-index VVT is daarop een uitzondering en is een betrouwbaar en valide instrument, maar daarbij staat in de overzichtspublicatie ook dat er kritiek is op de bruikbaarheid en tijdigheid van de terugkoppeling van resultaten van de metingen (Triemstra & Francke, 2018).

Vanuit het Waardigheid en trots programma is een overzicht van veertien werkwijze en instrumenten gepubliceerd. Dit betreft narratieve instrumenten, observationele instrumenten, dialoog-ondersteunende werkwijzen en klassieke vragenlijsten. Deze werkwijzen en instrumenten geven inzichten in de ervaren kwaliteit van leven van cliënten in de verpleeghuiszorg (Waardigheid en trots, 2018).

Verder zijn twee relatief nieuwe kwalitatieve, narratieve instrumenten ontwikkeld voor de verpleeghuiszorg, waarbij verhalen van cliënten en hun vertegenwoordigers worden gebruikt. Dit betreft het instrument 'Ruimte voor zorg' dat is gericht op de uitkomst kwaliteit van zorg (Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg, 2021). Het tweede instrument is 'Het verhaal als kwaliteitsinstrument', wat zich richt op de uitkomsten kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg (Roman e.a., 2018). Bij het instrument 'Het verhaal als kwaliteitsinstrument' is beschreven dat narratief onderzoek een heel valide methode is om informatie uit de leefwereld van cliënten op te halen. Daarbij is de betrouwbaarheid wel een aandachtspunt. Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te verhogen wordt aanbevolen dat een tweede onderzoeker de analyses controleert (Roman e.a., 2018).

Verder vinden we ook op verschillende websites informatie over relevante werkwijzen en instrumenten voor de verpleeghuiszorg. Zo zijn er bij de ervaringsite [ZorgkaartNederland](#) ruim 2300 verpleeghuizen en verzorgingshuizen bekend waarbij cliënten hun ervaringen over de kwaliteit van zorg kunnen delen. Volgens de website geeft ZorgkaartNederland een vergelijkbaar beeld als andere werkwijzen voor het inzichtelijk maken van cliëntervaringen.

Ook de online vragenlijst 'Mijnkwaliteitvanleven' is relevant voor de verpleeghuiszorg. Verder worden via het dashboard 'Kwaliteit van leven en gezondheid' 19 kwantitatieve, gevalideerde instrumenten beschikbaar gesteld die inzichten geven in de uitkomsten kwaliteit van leven en gezondheid (KEMTA, 2019). Niet alle 19 instrumenten zijn geschikt voor cliëntgroepen in de verpleeghuiszorg, maar instrumenten als de EuroQol-5 en ICEpop CAPability measure for Older people zijn geschikt voor ouderen en lijken om die reden relevant voor de verpleeghuiszorg (KEMTA, 2019).

Toepassing van werkwijzen en instrumenten in de verpleeghuiszorg

Iedere verpleeghuisorganisatie is verplicht één keer per jaar inzicht te geven in cliëntervaringen op twee manieren. Dat zijn via de totaalscore van ZorgkaartNederland en met behulp van een meting met een zelfgekozen instrument (PatiëntfederatieNederland, LOC, Verenso, V&VN, Zorgthuisnl, Actiz, ZN, 2021).

De overzichtspublicatie van Batterink en Schipper (2015) beschrijft dat naast de vaste kwaliteitsmetingen cliëntervaringen ook inzichtelijk worden gemaakt met diverse methoden die zijn verankerd in het reguliere zorgproces, bijvoorbeeld in besprekingen van het zorgplan of in de dagelijkse interactie tussen cliënt en zorgprofessional.

Bij de toepassing is er variatie wie een werkwijze of instrument afneemt en wie de bron van informatie is, zo blijkt uit de literatuurverkenning. Afname gebeurt veelal door zorgprofessionals (Triemstra & Francke, 2018; Waardigheid en trots, 2018; Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg, 2021; Roman e.a., 2018). Daarnaast wordt dit ook gedaan door geaccrediteerde meetbureaus, kwaliteitsmedewerkers, cliënten, cliëntenraad of een onafhankelijk persoon (Batterink & Schipper, 2015; Waardigheid en trots, 2018).

Cliënten zelf zijn volgens de bestudeerde literatuur het vaakst de bron van informatie (Batterink & Schipper, 2015; Triemstra & Francke, 2018; Waardigheid en trots, 2018; Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg, 2021; Roman e.a., 2018;). Daarnaast kunnen ook zorgprofessionals een bron van informatie zijn, bijvoorbeeld in een multidisciplinair overleg (Batterink & Schipper, 2015; Triemstra & Francke, 2018; Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg, 2021; Roman e.a., 2018).

3.2 Werkwijzen en instrumenten in de praktijk

Deze paragraaf gaat in op welke werkwijzen en instrumenten zorgprofessionals in de praktijk gebruiken om cliëntrelevante uitkomsten inzichtelijk te maken. Binnen het vragenlijstonderzoek en in de focusgroepen en interviews maakten we een onderscheid tussen de ervaren kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven. Statistisch significante verschillen tussen zorgprofessionals worden vermeld in de tekst.

Kwaliteit van zorg

Meer dan 90% van de zorgprofessionals die werkzaam zijn in de langdurig gehandicapten- of verpleeghuiszorg geeft in het vragenlijstonderzoek aan dat binnen hun organisatie de ervaren kwaliteit van zorg bij cliënten en/of mantelzorgers standaard inzichtelijk wordt gemaakt. Zorgorganisaties zijn volgens betreffende kwaliteitskaders verplicht om cliëntervaringen inzichtelijk te maken, maar toch geeft 7% van de zorgprofessionals aan dat dit niet gebeurt in hun organisatie (Tabel 1).

Zorgprofessionals gebruiken vaak een combinatie van werkwijzen en/of instrumenten om de door cliënten ervaren kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken. Het stellen van open vragen is de vaakst aangegeven werkwijze. Zo stelt 40% van de respondenten tijdens de dagelijkse zorgverlening vragen aan cliënten over de ervaren kwaliteit van zorg. Zorgprofessionals in de gehandicaptenzorg (57%) doen dit vaker in de (halfjaarlijkse) evaluaties, dan zorgprofessionals in de verpleeghuiszorg (44%). Verder geven de professionals in de vragenlijst aan dat kwaliteitsmedewerkers soms de kwaliteit van zorg in kaart brengen. Daarbij is er een verschil tussen sectoren: in de verpleeghuiszorg geeft 39% van de respondenten dat aan, versus 25% van de respondenten uit de gehandicaptenzorg.

Professionals in de gehandicaptenzorg (22%) gebruiken vaker een bestaande vragenlijst om de ervaren kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken dan de professionals in de verpleeghuiszorg (7%). In totaal noemen 27 respondenten een naam van een vragenlijst of observatielijst. Dit zijn 'Ben ik tevreden' (n=5), cliënttevredenheidsonderzoek (n=4), QDNA (n=3), 'Cliënt Over Kwaliteit' (n=2), waarderingsgesprek (n=2), 'Een goed leven gesprek' (n=1), 'Dit vind ik ervan' (n=1), Honos (n=1), 'CQ light' (n=1), ZorgkaartNederland (n=1), cliëntervaringsgesprekken (n=1) of een vragenlijst uit de eigen zorgorganisatie (n=5).

Tabel 1 Inzichtelijk maken van de ervaren kwaliteit van zorg of cliënttevredenheid over de zorg (meerdere antwoorden mogelijk)

In %	Gehandicaptenzorg (n=91)	Verpleeghuiszorg (n=214)	Totaal (n=305)
Dat doe ik zelf tijdens de (halfjaarlijkse) evaluatie van de zorg door open vragen te stellen aan cliënten en/of mantelzorgers	57,1	44,4	48,2*
Dat doe ik zelf in de dagelijkse zorgverlening door open vragen te stellen aan cliënten	34,1	43,0	40,3
Dat gebeurt regelmatig door de kwaliteitsafdeling of kwaliteitsmedewerkers in mijn organisatie die navraag doen bij cliënten en/of mantelzorgers	25,3	39,3	35,1*
Dat gebeurt regelmatig door een extern onderzoeksbureau dat in opdracht van mijn organisatie navraag doet bij cliënten en/of mantelzorgers	20,9	26,2	24,6
Dat doe ik zelf in de dagelijkse zorgverlening door open vragen te stellen aan mantelzorgers	18,7	26,6	24,3
Dat doe ik zelf en ik maak daarbij gebruik van een bestaande vragenlijst die ik voorleg aan cliënten	22,0	6,5	11,2**
Dat gebeurt continue via vragen aan cliënten en/of mantelzorgers op de website van mijn organisatie	-	13,1	9,2
Anders ¹	2,2	7,5	5,9
Dat doe ik zelf en ik observeer daarvoor cliënten aan de hand van een observatielijst	4,4	0,9	2,0
Nee, dat wordt niet standaard gemeten bij cliënten en/of mantelzorgers in mijn organisatie	8,8	6,5	7,2

*p<0,05; ** p<0,01 Chikwadraattoets voor verschillen tussen sectoren

¹ Drie professionals antwoorden 'weet ik niet'. Daarnaast worden diverse methoden benoemd, waaronder cliënttevredenheidsonderzoeken bij ontslag (n=6)

Uit de focusgroepen met zorgprofessionals blijkt dat zij vaak een combinatie van werkwijzen toepassen om de ervaren kwaliteit van zorg door cliënten inzichtelijk te maken. Dit is vergelijkbaar met het beeld uit het vragenlijstonderzoek. Het gaat daarbij vaak om de combinatie van een kwantitatieve vragenlijst en het stellen van open vragen in de dagelijkse zorg, evaluatie-, familiegesprekken of multidisciplinaire overleggen. Zorgprofessionals geven daarbij aan meer waarde te hechten aan inzichten vanuit gesprekken met cliënten en naasten, dan aan inzichten vanuit kwantitatieve vragenlijsten. De reden daarvoor is dat de gesprekken zorgprofessionals meer

informatie geven over de beleefde ervaringen van cliënten met de zorg. Ook noemen zorgprofessionals dat cliënten en naasten in vragenlijsten veelal sociaal-wenselijk lijken te antwoorden, mede door hun afhankelijkheidspositie.

“Dan hecht ik meer waarde aan de gesprekken die je hebt met de mensen zelf en de familie dan zo een papiertje waar tien gesloten vragen in staan: ja, nee en welk cijfer geeft u de zorg.” (Verpleegkundige werkzaam in verpleeghuiszorg)

“Ik heb zelf altijd het idee als kwaliteitsmedewerker langskomt met het vragenlijstje, dan zeggen de mensen allemaal: oh, prima, fantastisch en de zorg krijgt een dikke 10. Ook omdat ze het idee hebben van: morgen wil ik wel gewassen worden. Het klinkt wel kort door de bocht, maar met zo’n formulier heb ik nog nooit een onvoldoende gescoord. Terwijl ik soms toch wel zie dat sommige dingen beter kunnen.” (Verpleegkundige werkzaam in verpleeghuiszorg) “

“Er is één keer in de zoveel tijd een externe organisatie waar cliënten vragenlijsten kunnen invullen, en die worden dan allemaal gescreend en geëvalueerd van elke locatie.” (Verpleegkundig specialist werkzaam in verpleeghuiszorg)

Zorgprofessionals noemen in de focusgroepen nog een andere beperking van het gebruik van vragenlijsten, namelijk dat de respons daarop vaak laag is. Volgens hen komt dit doordat vragenlijsten te ingewikkeld zijn. Daardoor vullen zorgprofessionals vragenlijsten vaak samen met cliënten in, wat vervolgens resulteert in niet realistisch beeld.

“Maar dat externe bureau verstuurt dan de brieven die de mensen intramuraal op hun kamer krijgen, en die blijven daar dan toch weer liggen. Of ze kunnen ze zelf niet invullen of ze snappen er niks meer van of kunnen niet meer lezen. (...) Van de 25 bewoners op mijn afdeling, zijn er denk ik nog maar 3 die het zelfstandig in kunnen vullen.” (Verpleegkundige werkzaam in verpleeghuiszorg)

Zorgprofessionals noemen ook dat de ervaren kwaliteit van zorg samenhangt met de verwachtingen die cliënten en/of naasten vooraf hebben bij de zorg die zij gaan ontvangen. Daarnaast benadrukken zij ook het belang van de zorgrelatie tussen cliënten en professionals voor de ervaren kwaliteit door cliënten.

“Ik denk dat kwaliteit een heel relationeel begrip is, veel minder dan dat het een objectief meetbaar iets is. En kwaliteit ontstaat in de relatie tussen mensen en wordt daar beleefd en ervaren. En ik denk dat we het daar ook moeten zoeken, wat niet wil zeggen dat je het niet moet meten, want ik denk dat het heel waardevol is. Maar ik denk wel dat je altijd in gedachten moet houden dat je iets relationeels en ongrijpbaars probeert te beschrijven en te meten wat heel persoonlijk is.” (Verpleegkundig specialist in opleiding werkzaam in verpleeghuiszorg)

Kwaliteitsmedewerkers geven in de individuele interviews ook aan dat binnen hun organisaties een combinatie van werkwijzen wordt toegepast om de ervaren kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken. Deze ervaring komt overeen met het vragenlijstonderzoek en de focusgroepen.

Kwaliteitsmedewerkers uit de gehandicaptenzorg noemen de instrumenten uit de waaier van VGN en aanvullende werkwijzen voor evaluatie- of familiegesprekken met cliënten en naasten. De kwaliteitsmedewerkers vanuit de verpleeghuiszorg noemen ZorgkaartNederland in combinatie met (evaluatie)gesprekken met cliënten en naasten.

“Er zit er een app tussen, de GRIP, die gaat over de kwaliteit van zorg. Dat is een app waarbij de cliënt, op het moment dat hij daar behoefte aan heeft, kan aangeven hoe hij de zorg ervaart (...) middels een gesprek binnen de app waarin ingevuld kan worden waar tegenaan gelopen wordt.” (Kwaliteitsmedewerker werkzaam in gehandicaptenzorg)

Kwaliteit van leven

In het landelijke vragenlijstonderzoek geeft bijna 90% van de zorgprofessionals aan dat binnen hun organisatie de ervaren kwaliteit van leven van cliënten standaard inzichtelijk wordt gemaakt. Ondanks het verplichte karakter voor zorgorganisaties geeft een tiende van de zorgprofessionals (11%) toch aan dat dit niet gebeurt in hun organisatie (Tabel 2).

Zorgprofessionals gebruiken vaak een combinatie van werkwijzen en/of instrumenten om de ervaren kwaliteit van leven inzichtelijk te maken. In de gehandicaptenzorg geeft een meerderheid van de responderende zorgprofessionals (58%) aan in de (halfjaarlijkse) evaluaties zelf open vragen aan cliënten en/of mantelzorgers te stellen over hoe zij de kwaliteit van leven ervaren. In de verpleeghuiszorg geven minder zorgprofessionals (41%) aan dat te doen. Verder stelt 42% van de respondenten uit beide sectoren (ook) open vragen over kwaliteit van leven aan cliënten tijdens de dagelijkse zorgverlening.

In de gehandicaptenzorg gebruiken meer zorgprofessionals (21%) een bestaande vragenlijst om de ervaren kwaliteit van leven inzichtelijk te maken, dan in de verpleeghuiszorg (5%). In totaal noemen 20 respondenten een naam van een vragenlijst of observatielijst om de ervaren kwaliteit van leven inzichtelijk te maken. Dit zijn 'Ben ik tevreden' (n=3), cliënttevredenheidsonderzoek (n=3), 'Dit vind ik ervan' (n=2), LACCS (n=2), USD (n=2), Cliënt Over Kwaliteit (n=2), NORD depression scale (n=1), Honos (n=1) of een vragenlijst van de eigen zorgorganisatie (n=1).

Tabel 2 Inzichtelijk maken van de ervaren kwaliteit van leven (meerdere antwoorden mogelijk)

In %	Gehandicaptenzorg (n=85)	Verpleeghuiszorg (n=198)	Totaal (n=283)
Dat doe ik zelf tijdens de (halfjaarlijkse) evaluatie van de zorg door open vragen te stellen aan cliënten en/of mantelzorgers	57,7	41,4	46,3*
Dat doe ik zelf in de dagelijkse zorgverlening door open vragen te stellen aan cliënten	35,3	45,5	42,4
Dat doe ik zelf in de dagelijkse zorgverlening door open vragen te stellen aan mantelzorgers	18,8	27,8	25,1
Dat gebeurt regelmatig door de kwaliteitsafdeling of kwaliteitsmedewerkers in mijn organisatie die navraag doen bij cliënten en/of mantelzorgers	23,5	24,2	24,0
Dat gebeurt regelmatig door een extern onderzoeksbureau dat in opdracht van mijn organisatie navraag doet bij cliënten en/of mantelzorgers	16,5	18,2	17,7
Dat doe ik zelf en ik maak daarbij gebruik van een bestaande vragenlijst die ik voorleg aan cliënten	21,2	4,6	9,5**
Anders ¹	7,1	10,1	9,2
Dat gebeurt continue via vragen aan cliënten en/of mantelzorgers op de website van mijn organisatie	1,2	6,6	5,0
Dat doe ik zelf en ik observeer daarvoor cliënten aan de hand van een observatielijst	3,5	1,0	1,8

Nee, dat wordt niet standaard gemeten bij cliënten en/of mantelzorgers in mijn organisatie	8,2	12,1	11,0
--	-----	------	------

*p<0,05; ** p<0,01 Chikwadraattoets voor verschillen tussen sectoren

¹ 10 professionals antwoorden ‘weet ik niet’. Daarnaast worden diverse methoden benoemd, waaronder multidisciplinaire overleggen (n=5) en zorgplanbesprekingen (n=5)

Uit de focusgroepen met zorgprofessionals blijkt dat zij vaak een combinatie van werkwijzen toepassen om de ervaren kwaliteit van leven door cliënten inzichtelijk te maken. Dit is vergelijkbaar met het beeld uit het vragenlijstonderzoek. In de focusgroepen geven zorgprofessionals aan dat de door cliënten ervaren kwaliteit van leven nauw verbonden is met de ervaren kwaliteit van zorg. Verder lichten zorgprofessionals in de focusgroepen toe hoe belangrijk het is om een open gesprek te voeren. Zo adviseren zij om gelijk bij opname van een cliënt voldoende aandacht en tijd te besteden aan het in beeld brengen wat voor een cliënt belangrijk is, indien mogelijk met betrokkenheid van naasten. Dit is volgens de zorgprofessionals voor ieder individu anders en belangrijk om kennis van te nemen om tegemoet te komen aan persoonlijke kwaliteit van leven van een cliënt.

“Toen ben ik met iemand van de cliëntenraad gaan samenwerken en hebben we samen een methodiek, speciaal voor deze groep ontwikkeld en die methodiek die heette: zie mij. (..) We hebben een avond georganiseerd met naasten over wie is deze persoon of wie was deze persoon? En je kreeg daar zulke mooie gesprekken door.” (Verpleegkundig specialist in opleiding werkzaam in gehandicaptenzorg)

Kwaliteitsmedewerkers noemen in de individuele interviews dat de ervaren kwaliteit van leven vaak een onderdeel is van de werkwijzen voor het inzichtelijk maken van de ervaren kwaliteit van zorg. Zo is bijvoorbeeld binnen ZorgkaartNederland de ervaren kwaliteit van leven ook een aspect. Daarnaast geven kwaliteitsmedewerkers aan dat voor hen de ervaren kwaliteit van leven van cliënten vaak inzichtelijk wordt gedurende gesprekken met cliënten en naasten. Dit komt overeen met de bevindingen uit het vragenlijst en de focusgroepen.

“En kwaliteit van leven dat doen we ook door tevredenheidsonderzoeken of ervaringsonderzoeken, jaarlijks. Dat zit in een bepaalde cyclus bij ons, dat we in ieder geval jaarlijks dus momenten daarvoor nemen om met de cliënten in gesprek te gaan. Met de begeleiders, maar ook met de ouders, verzorgers of verwanten. (Kwaliteitsmedewerker werkzaam in gehandicaptenzorg)

3.3 Keuze voor werkwijzen of instrumenten

In deze paragraaf gaan we in op de wijze waarop zorgorganisaties een keuze maken voor een specifieke werkwijze of instrument en in hoeverre de cliëntrelevantie van uitkomsten daarbij een rol speelt. De literatuurverkenning, focusgroepen en vooral de individuele interviews met kwaliteitsmedewerkers geven daar informatie over.

Keuzeprocessen in de gehandicaptenzorg

Voor de gehandicaptenzorg vinden we in de literatuur geen informatie over hoe het keuzeprocessen voor werkwijzen of instrumenten verloopt. Zorgprofessionals geven in de focusgroepen aan dat het voor hen onbekend was hoe dit keuzeprocessen verloopt.

Kwaliteitsmedewerkers noemen in de individuele interviews daarentegen wel verschillende argumenten om voor een werkwijze of instrument te kiezen. Een kwaliteitsmedewerker geeft aan dat voor een instrument uit de waaier van VGN is gekozen omdat de betreffende organisatie participeert in een ‘lerend platform’ waarbij het betreffende instrument al werd gebruikt. Een andere kwaliteitsmedewerker benoemt dat de organisatie op dat moment werkt met een zelf ontwikkeld instrument, aangezien de organisatie van origine in de jeugdzorg actief was. Vanwege contractering

voor de Wet Langdurige Zorg is deze organisatie verplicht om in de toekomst een instrument uit de waaier van VGN in te gaan zetten.

“Ik ben me nu dus aan het oriënteren welke tool we willen gaan inzetten van de VGN-waaier. Als ik dan hoor hoe die zijn opgebouwd, dan denk ik: ja maar dit is precies wat wij nu eigenlijk zelf doen. Alleen het is geen erkend instrument wat wij gebruiken. Enerzijds snap ik het, maar aan de andere kant vind ik het ook wel weer een belasting, want het is best een grote kostenpost wat je moet doen.” (Kwaliteitsmedewerker werkzaam in gehandicaptenzorg)

Bepalen van cliëntrelevantie in de gehandicaptenzorg

De instrumenten in de waaier van VGN worden beoordeeld op twee criteria die van belang zijn voor de cliëntrelevantie van de instrumenten. Deze criteria zijn dat het instrument cliëntinformatie oplevert op individueel niveau en dat het instrument inzicht geeft in de ervaringen en concrete verbeterwensen van de individuele cliënt (VGN, 2021).

In een policybrief van NWO en ZonMw (2019) over kwaliteit van leven als criterium voor gezondheidszorg staat dat voor mensen met ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen een narratieve methode het meest geschikt is om de ervaren kwaliteit van leven inzichtelijk te maken (NWO & ZonMw, 2019). Reden hiervoor is dat deze cliënten zich veelal niet verbaal kunnen uiten en dat hun uitdrukkingen of gedragingen vaak moeilijk te interpreteren zijn. Het combineren van verhalen van zorgprofessionals en naasten maakt het inzichtelijk maken van de ervaren kwaliteit van leven van deze cliënten mogelijk. Daarbij stellen NWO en ZonMw dat bij het inzichtelijk maken van de ervaren kwaliteit van leven van belang is om aandacht te hebben voor verschillende opvattingen over wat kwaliteit van leven inhoudt. Zo kan de ene cliënt meer belang hechten aan een aspect als afwezigheid van ziekten, terwijl andere cliënten meer belang hecht aan aspecten als zelfredzaamheid en vriendschap (NWO & ZonMw, 2019).

Op de vraag in de focusgroepen in hoeverre cliëntrelevantie van uitkomsten een rol speelt bij de keuze voor werkwijzen of instrumenten, noemen zorgprofessionals dat cliëntenraden bij hun weten niet proactief betrokken worden. Wel gaven zij aan dat cliëntenraden achteraf betrokken worden bij het bespreken van de uitkomsten. De ervaring van de geïnterviewde kwaliteitsmedewerker sluit daarop aan.

“Nee, die zitten er niet bij, maar de uitkomsten worden wel gedeeld met cliëntenraad. Dus die kunnen daar wel feedback op geven. En als ze nou zeggen: dat is zo’n onzinnige vraag, of waarom wordt dit niet gevraagd? Die feedback krijgen wij wel terug als audit team” (Verpleegkundig specialist in opleiding werkzaam in gehandicaptenzorg)

“Op dit moment is de cliëntenraad nog niet betrokken. Het is wel een wens die we hebben, om dat meer in te gaan zetten.” (Kwaliteitsmedewerker werkzaam in gehandicaptenzorg)

Keuzeprocess in de verpleeghuiszorg

De overzichtspublicatie van Waardigheid en trots beschrijft dat de keuze voor een specifieke werkwijze of instrument om de ervaren kwaliteit van zorg en leven inzichtelijk te maken, wordt bepaald door de visie en context van een zorgorganisatie (Waardigheid en trots, 2018). Het is vaak een kwaliteitsmedewerker die de keuze maakt volgens deze stappen: oriënteren op instrumenten, formuleren van kenmerken die men belangrijk vindt, beoordelen instrumenten, verdiepende analyse, adviseren directie/bestuur en invoeren instrument. Cliënten betrekken in het keuzeprocess en bij de invoering van een werkwijze of instrument is daarbij van belang voor het draagvlak (Waardigheid en trots, 2018).

Op de website [Kennisbank kwaliteitsverbetering verpleeghuiszorg](#) staat dat de cliëntenraad van een verpleeghuisorganisatie betrokken moet zijn bij de keuze van een werkwijze of instrument. Verder worden de volgende eisen aan het keuzeprocess beschreven:

- De organisatie maakt in het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag transparant hoe tot de keuze van het instrument is gekomen;
- De cliëntenraad (ter instemming) en de ondernemingsraad of andere vertegenwoordiging van de werkvloer (ter advisering) zijn betrokken bij de keuze van het instrument. De zorgorganisatie legt hier verantwoording over af in het kwaliteitsverslag;
- De organisatie maakt in het kwaliteitsverslag de uitkomsten van de metingen openbaar en beschrijft hoe deze gebruikt worden voor leren en verbeteren.

Hoe dit keuzeprocess in de praktijk vorm krijgt was voor de zorgprofessionals in de focusgroepen onbekend. Kwaliteitsmedewerkers noemden in de individuele interviews allen de verplichting voor de verpleeghuiszorg om ZorgkaartNederland te gebruiken.

“De organisatie werkt al sinds 2018 met Zorgkaart. Dit voelde niet echt als een keuze. Het werd ook min of meer afgedwongen vanuit zorgkantoor omdat zij inzicht wensen in verloop van indicatoren.”

(Kwaliteitsmedewerker werkzaam in verpleeghuiszorg)

Bepalen van cliëntrelevantie in de verpleeghuiszorg

Twee van de bestudeerde publicaties zijn kritisch over de cliëntrelevantie van met name kwantitatieve vragenlijsten, aangezien deze onvoldoende ruimte bieden aan cliënten om te vertellen wat ze belangrijk vinden (Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg, 2021; Roman e.a., 2018). Bij het kwaliteitsinstrument ‘Ruimte voor zorg’ dat door de Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg gebruikt wordt, geven cliëntvertegenwoordigers aan dat deze methode daadwerkelijk de ervaren kwaliteit van verpleeghuiszorg meet vanuit het cliëntenperspectief (Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg, 2021).

Om het cliëntenperspectief een volwaardige plaats te bieden in het kwaliteitsbeleid dienen methoden voor het inzichtelijk maken van de ervaren kwaliteit van zorg en leven te voldoen aan de volgende uitgangspunten, volgens Roman e.a. (2018):

- zo goed mogelijk aansluiten bij de leefwereld van ouderen en zorgprofessionals;
- het inlevingsvermogen in de doelgroep ouderen versterken;
- recht te doen aan de complexiteit en diversiteit van het cliëntenperspectief;
- zoveel mogelijk gericht te zijn op het bewerkstelligen van leren.

Uit een verkenning van Patiëntenfederatie Nederland onder verpleeghuisbewoners blijkt dat zij de voorkeur hebben om met iemand van het verpleeghuis de kwaliteit van zorg te bespreken. Verpleeghuisbewoners vinden het daarbij belangrijk om terugkoppeling te krijgen van hoe hun ervaringen worden ingezet voor verbetering op individueel en organisatie niveau. Daarnaast vinden verpleeghuisbewoners ook het invullen van een vragenlijst en het plaatsen van een reactie op ZorgkaartNederland belangrijk (Patiëntenfederatie Nederland, 2022).

De website [Kennisbank kwaliteitsverbetering verpleeghuiszorg](#) beoordeelt de cliëntrelevantie van een instrument a.d.h.v. de volgende kenmerken:

- Het instrument betreft cliënten/naasten door middel van het stellen of invullen van vragen, gesprek of observatie;
- De onderwerpen uit het instrument sluiten aan bij wat cliënten en naasten belangrijk vinden;
- Het instrument geeft zicht op ervaringen en wensen van de individuele cliënt;

- Het instrument biedt alle cliënten, en als cliënten het zelf niet kunnen naasten, de mogelijkheid hun ervaringen in te brengen.

In de focusgroepen vroegen we zorgprofessionals in hoeverre cliëntrelevantie een rol speelde in de keuze voor een specifieke werkwijze of instrument. De zorgprofessionals noemen dat de cliëntenraad een belangrijke speler is om dit te waarborgen. Daarbij maken zij wel kanttekeningen bij de mate van betrokkenheid van de cliëntenraad, die in hun ervaring te beperkt is. Ook valt het hen op dat uitkomsten die voor cliënten relevant zijn (zoals kwaliteit van leven) soms minder aandacht krijgen binnen het kwaliteitsbeleid, bijvoorbeeld binnen audits over de zorgverlening.

“Ook een cliëntenraad die je eigenlijk heel weinig hoort in de tegenwoordige tijd in verpleeghuizen. (...) Je ziet heel weinig cliëntenraden en als er dan een cliëntenraad opstaat, dan wordt er vaak door bestuur niet geluisterd.” (Verzorgende werkzaam in verpleeghuiszorg)

“Wat mij vooral opvalt is bij interne audits, dat die toch nog wel heel erg gericht zijn op hygiëne, de zorgplannen, medicatieveiligheid. Dus toch wel de zorgonderwerpen zelf. En niet over het welzijn of het woonplezier van de bewoners.” (Verpleegkundige werkzaam in verpleeghuiszorg)

Kwaliteitsmedewerkers noemen in de interviews allen de betrokkenheid van de cliëntenraad als manier om de cliëntrelevantie van specifieke werkwijzen of instrumenten te waarborgen. Dit komt overeen met de ervaringen van zorgprofessionals. Kwaliteitsmedewerkers lichten toe dat de betrokkenheid van de cliëntenraad varieert van aanwezigheid bij familiegesprekken tot het aanpassen van een specifieke werkwijze om kwaliteit van zorg en/of leven inzichtelijk te maken.

“De vragenlijst voor cliënttevredenheid bijvoorbeeld, deze is aangepast door de cliëntenraad zelf.” (Kwaliteitsmedewerker werkzaam in verpleeghuiszorg)

4 Resultaten over leren en verbeteren met inzichten van cliëntrelevante uitkomsten

Hoofdpunten uit dit hoofdstuk

- Voor het leren en verbeteren op individuele cliëntniveau hebben zorgprofessionals en kwaliteitsmedewerkers een voorkeur voor het gebruik van kwalitatieve werkwijzen, omdat dit hen diepgaande inzichten geeft in de beleefde ervaringen van cliënten.
- Voor het leren en verbeteren op organisatieniveau wordt meerwaarde gezien van het gebruik van kwantitatieve instrumenten, naast kwalitatieve werkwijzen.
- Een ruime meerderheid van zorgprofessionals gebruikt de inzichten over de ervaren kwaliteit van zorg of leven om te bespreken hoe de zorg kan verbeteren. Een kleine groep doet dit niet.
- Zorgprofessionals en kwaliteitsmedewerkers noemen voorwaarden voor leren en verbeteren in de praktijk, namelijk: goede communicatie, voldoende tijd en/of personeel, veilige sfeer, scholing, structurele inbedding en continue aandacht.

4.1 Geschiktheid werkwijzen en instrumenten voor leren en verbeteren

Deze paragraaf gaat in op de geschiktheid van de gebruikte werkwijzen en instrumenten voor het proces van leren en verbeteren in de praktijk. Daarbij gaan we zowel in op het leren en verbeteren op het individuele cliënteniveau, als op het overstijgende organisatieniveau.

In de bestudeerde literatuur is beschreven dat het doel van instrumenten is om de zorgervaringen van cliënten en de relatie met zorgprofessionals in beeld te brengen, daarop te reflecteren en waar mogelijk te verbeteren. De informatie verkregen met deze instrumenten zou volgens de website van [Kennisplein Gehandicaptenzorg](#) vooral geschikt zijn om als zorgprofessionals het gesprek aan te gaan, samen te reflecteren en tot verbeteracties te komen. Ook kan de informatie in zorgplannen voor cliënten worden gebruikt. Daarnaast zijn de instrumenten uit de waaier van VGN beoordeeld opdat de gegevens uit deze instrumenten naar verschillende niveaus (individu, team, afdeling/locatie, organisatie) kunnen worden geaggregeerd (VGN, 2021). Verder beschrijft de overzichtspublicatie vanuit het Waardigheid en trots programma binnen de verpleeghuiszorg ook dat instrumenten geschikt zijn om het lerend vermogen van teams te vergroten. Daarbij is het wel van belang dat de uitkomsten in het team worden besproken en bijdragen aan bewustwording en reflectie (Waardigheid en trots, 2018).

Er zijn vanuit de bestudeerde literatuur echter ook kritische geluiden. Triemstra en Francke (2018) concluderen in hun overzichtspublicatie dat het bewijs vaak ontbreekt dat het gebruik van kwaliteitsinstrumenten een bijdrage geeft aan kwaliteitsverbetering. Wel schrijven zij dat de nadruk in kwaliteitssystemen aan het verschuiven is van het meten en verantwoorden van kwaliteit naar lerende organisaties waarbij instrumenten bijdragen aan het inzichtelijk maken van verbeterpunten voor de kwaliteit van zorg en leven (Triemstra & Francke, 2018). Ook de Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg (2021) en Roman e.a. (2018) beschrijven dat kwaliteitsmetingen middels vragenlijsten onvoldoende informatie geven over wat nodig is om de zorg te verbeteren, waardoor het leereffect beperkt is. Dit gaf hen aanleiding om twee narratieve instrumenten te ontwikkelen.

In het factsheet over de ontwikkeling van het narratieve instrument ‘Ruimte voor zorg’ staat dat dit instrument concrete aanknopingspunten biedt voor kwaliteitsverbetering op de niveaus van cliënten, teams en organisaties. Ook kunnen zorgorganisaties van elkaar leren doordat door zorgprofessionals van de ene organisatie interviews uitvoeren bij een andere organisatie (Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg, 2021).

Met het narratieve instrument ‘Het verhaal als kwaliteitsinstrument’ halen zorgprofessionals ervaringen op bij cliënten. De uitkomsten zijn bruikbaar om te leren en verbeteren op het niveau van het team, de organisatie en mogelijk ook op landelijk niveau. De auteurs stellen dat in de komende jaren de potentiële meerwaarde van dit instrument verder wordt verkend (Roman e.a., 2018).

Vanuit de focusgroepen met zorgprofessionals blijkt eveneens dat zorgprofessionals een voorkeur hebben voor werkwijzen waarbij zij inzicht krijgen in de beleefde ervaringen over de zorg van cliënten en naasten. Kwalitatieve werkwijzen helpen hen om te kunnen leren en verbeteren op het niveau van individuele cliënten en naasten.

“Er wordt ieder jaar zo’n algemene meting gedaan. En daar komen dan hele mooie plaatjes met taartpunten uit. En als ik dan vervolgens vraag van: wat zit daar nou precies achter, heb je iets meer informatie? Dat antwoord moet ik nu nog steeds krijgen.” (Verpleegkundig specialist in opleiding werkzaam in verpleeghuiszorg)

“Wij hebben wel cliënten tevredenheidslijsten door familie of de cliënt, alleen dat zijn vaak gesloten vragen of dat ze er een cijfer aan mogen geven. En persoonlijk vind ik dat nou niet echt een goed meetinstrument. (...) Wij hebben wel een keer in de twee, drie maanden, al naar gelang hoe het gaat met de cliënt hebben we familie zorgevaluatie gesprekken. En daar ga je echt in gesprek met open vragen en dan komt eigenlijk pas echt naar boven wat ze van de zorg vinden.” (Verpleegkundige werkzaam in verpleeghuiszorg)

Daarnaast noemen zorgprofessionals in de focusgroepen dat de geschiktheid van een werkwijze of instrument kan verschillen afhankelijk van het doel en het niveau van leren en verbeteren. Daarbij maken zij onderscheid tussen leren en verbeteren op het niveau van individuele cliënten en op het organisatieniveau.

“Het hangt er een beetje vanaf op wat voor niveau, want voor MDOs is het echt op individueel niveau waardoor je dan op individueel niveau betere zorg kunt leveren, zullen we maar zeggen. Die klankbordgroepen en de andere lijsten van het externe bureau is meer over algemeen. Dan kijk je niet individueel, maar dan kijk je veel hoger in de organisatie van wat kunnen we als organisatie met zijn allen beter doen?” (Verpleegkundig specialist werkzaam in verpleeghuiszorg)

Net als de zorgprofessionals noemen ook kwaliteitsmedewerkers in de interviews dat de geschiktheid van werkwijzen of instrumenten afhankelijk is van het niveau van leren en verbeteren: cliëntniveau of team/organisatieniveau. Tegelijkertijd noemen zij voorbeelden van enkele instrumenten die ze gebruiken zowel in een gesprek tussen een cliënt en zorgprofessionals, als in teamverband met meerdere zorgprofessionals. Dit zijn veelal instrumenten uit de waaier van VGN, wat overeenkomt met de bestudeerde literatuur die ook beschrijft dat inzichten uit deze instrumenten op meerdere niveaus inzetbaar zijn.

“Het brengt de indicatoren helder in kaart, maar voor het hele verhaal is meer nodig en is de toelichting essentieel. Ik kijk daar zelf ook het meest naar, bijvoorbeeld als mensen een acht geven, maar in de toelichting zeggen ze dat de schoonmaak van de kamers wel beter kan, dan wordt vooral dit laatste opgepakt.” (Kwaliteitsmedewerker werkzaam in verpleeghuiszorg)

“Dit vind ik ervan’ wordt ook gekoppeld aan een managementinformatiesysteem binnen [organisatie], wat hem kwantitatief uitleest en vanuit de afdeling Kwaliteit nemen we hem, steekproefsgewijs, kwalitatief door. Dat doen we op een soort van kleine waarderende interne audit manier. (...) Dit intern

auditen, dat doen we niet alleen zo laag op cliëntniveau, maar ook op organisatie brede onderwerpen, bijvoorbeeld over rapporteren in de zorgcyclus.” (Kwaliteitsmedewerker werkzaam in gehandicaptenzorg)

4.2 Leren en verbeteren in de praktijk

In deze paragraaf gaan we in op hoe het leren en verbeteren op basis van inzichten over cliëntrelevante uitkomsten vorm krijgt in de praktijk. Binnen het vragenlijstonderzoek maakten we een onderscheid tussen de uitkomsten kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven.

Leren en verbeteren op basis van inzichten over kwaliteit van zorg

Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat bijna driekwart (72%) van de ondervraagde zorgprofessionals de inzichten over ervaren kwaliteit van zorg in het team bespreekt en vervolgens bespreekt hoe de zorg kan verbeteren (Tabel 3). Daarbij vinden we geen statistisch significante verschillen tussen de twee sectoren. Bijna een tiende van de zorgprofessionals (10%) geeft aan de inzichten wel te bespreken in het team, maar dat er vervolgens niet wordt besproken hoe de zorg te verbeteren. Verder geeft ruim een tiende (14%) aan geen terugkoppeling te krijgen over de ervaren kwaliteit van zorg. Bij het open antwoord ‘anders’ noemen respondenten veelal dat inzichten met managers worden besproken of dat terugkoppeling (nog) niet plaatsvindt, maar dat dit wel wenselijk is.

Tabel 3 Bespreken inzichten ervaren kwaliteit van zorg

In %	Gehandicapten-zorg (n=82)	Verpleeghuis-zorg (n=191)	Totaal (n=273)
Binnen mijn team worden de resultaten besproken en daarbij wordt ook besproken hoe we de zorg in de dagelijkse praktijk nog verder kunnen verbeteren	81,7	67,5	71,7
Nee, dat gebeurt niet	9,8	15,2	13,6
Binnen mijn team worden de resultaten besproken, maar daarbij wordt niet besproken hoe we de zorg in de dagelijkse praktijk nog verder kunnen verbeteren	6,1	12,0	10,3
Anders	2,4	5,2	4,4

Leren en verbeteren op basis van inzichten over kwaliteit van leven

Ruim drie op de vijf (68%) van de ondervraagde zorgprofessionals in het vragenlijstonderzoek bespreekt de inzichten over de ervaren kwaliteit van leven in het team en bespreekt vervolgens ook hoe de zorg kan verbeteren (Tabel 4). Verder geeft bijna een tiende (8%) aan de inzichten wel te bespreken in het team, maar niet hoe de zorg te verbeteren. Bijna een vijfde (20%) geeft aan geen terugkoppeling te krijgen over de ervaren kwaliteit van leven. Bij het open antwoord ‘anders’ noemen respondenten dit niet te weten of dat terugkoppeling (nog) niet plaatsvindt, maar dat dit wel wenselijk is.

Tabel 4 Bespreken inzichten ervaren kwaliteit van leven

In %	Gehandicapten- zorg (n=76)	Verpleeghuis- zorg (n=171)	Totaal (n=247)
Binnen mijn team worden de resultaten besproken en daarbij wordt ook besproken hoe we de zorg in de dagelijkse praktijk nog verder kunnen verbeteren	77,6	63,2	67,6
Nee, dat gebeurt niet	14,5	22,2	19,8
Binnen mijn team worden de resultaten besproken, maar daarbij wordt niet besproken hoe we de zorg in de dagelijkse praktijk nog verder kunnen verbeteren	6,6	8,8	8,1
Anders	1,3	5,9	4,5

Uit de focusgroepen blijkt dat zorgprofessionals wisselende ervaringen hebben met in hoeverre het leren en verbeteren in de praktijk vorm krijgt op basis van inzichten over de ervaren kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven. Ze geven allen aan in enige vorm een terugkoppeling te krijgen van de inzichten. Echter, over het gebruik van de uitkomsten om te verbeteren zijn de ervaringen minder positief en zien de zorgprofessionals geen cyclisch proces.

“Die jaarlijkse meting komt alleen op het intranet, hij verschijnt als bericht. (..) Ik hoop eigenlijk wel dat ze in teambesprekingen besproken worden. Maar ik twijfel er eigenlijk wel ernstig aan, want er is zo’n hoeveelheid aan onderwerpen.” (Verpleegkundig specialist in opleiding werkzaam in verpleeghuiszorg)
“Nou, echt merken... Wat bij ons nu het laatste jaar is, is dat je vanuit een extern bureau intervisie krijgt over wat is er aan de hand? Waar lopen jullie tegenaan? De kwaliteitsverpleegkundigen zijn daar bij ons mee bezig, maar wijzelf merken niet echt dat we er wat van mee krijgen.” (Verpleegkundig specialist werkzaam in verpleeghuiszorg)

Verder geven zorgprofessionals aan dat er slechts in beperkte mate van elkaar wordt geleerd binnen organisaties. Zo vindt er weinig uitwisseling tussen zorgprofessionals van verschillende teams en/of locaties plaats.

“Wij zijn een enorm grote organisatie en wat ik bij ons met name zie, is dat je voortdurend opnieuw het wiel aan het uitvinden bent. En dat is met name op kwaliteit van zorg inderdaad. En dan ben je er dus mee bezig en dan hoor je via via: ja, maar in [locatie] doen ze dat allang. En dan denk ik van: waarom weten we dat niet van elkaar?” (Verpleegkundig specialist in opleiding werkzaam in gehandicaptenzorg)

In tegenstelling tot de zorgprofessionals geven alle kwaliteitsmedewerkers in de interviews aan dat in hun organisaties wel sprake is van een cyclisch proces. Daarbij worden inzichten over de ervaren kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven gebruikt om te leren en verbeteren. Kwaliteitsmedewerkers noemen dat zij daarbij ondersteunend willen zijn aan het primaire zorgproces. Net als de zorgprofessionals noemen kwaliteitsmedewerkers ook dat het leren van elkaar tussen teams en/of locaties beperkt vorm krijgt.

“We hebben ons eigen instrument. (..) Dat wordt geanalyseerd en daaruit kan een verbeterplan voortkomen. Dat analyseren dat doen productmanagers bij ons. Die staan in principe niet op de vloer zelf. Dus dat de slager zijn eigen vlees niet keurt. En dan vervolgens brengen we de analyse in het team van de locatie in en dan kunnen zij met elkaar kijken van welke verbeteracties kunnen we op deze analyse invoeren.” (Kwaliteitsmedewerker werkzaam in gehandicaptenzorg)

“Zorgprofessionals maken goede stappen hierin. Voor overstijgende onderwerpen is het wel moeilijker om direct te leren en verbeteren. Maar rond tastbare concrete punten is het wel makkelijker om te bespreken met elkaar en wat er verbeterd kan worden.” (Kwaliteitsmedewerker werkzaam in verpleeghuiszorg)

“Toen had ik twee teams met elkaar uitgenodigd in een zaaltje, om het gewoon een keertje over de zorgcyclus te hebben. (...) Toen kwamen ze ook echt binnen met de instelling van: ‘Wij hebben niks met elkaar te maken. Onze cliënten komen ook niet met elkaar overeen, dus waarom zitten we hier?’ en het leuke is dat als je dan met elkaar in gesprek gaat, dat dan wel die herkenning er komt.”

(Kwaliteitsmedewerker werkzaam in gehandicaptenzorg)

4.3 Voorwaarden voor leren en verbeteren

Deze paragraaf gaat in op wat nodig is om te leren en verbeteren op basis van inzichten over cliëntrelevante uitkomsten en wat er nodig is om dit te bevorderen. Tabel 5 geeft een overzicht van de meest genoemde voorwaarden met daarbij de bron. In de kolommen over het vragenlijstonderzoek staat een onderscheid tussen de uitkomsten ervaren kwaliteit van zorg en ervaren kwaliteit van leven, net als in de vragenlijst. In deze kolommen staat ook het aantal keer dat een bepaalde voorwaarde is genoemd. De voorwaarden worden verder beschreven onder de tabel met daarbij illustraties aan de hand van citaten uit het vragenlijstonderzoek, de focusgroepen of de interviews.

Tabel 5 Voorwaarden voor leren en verbeteren volgens vragenlijstonderzoek, focusgroepen en interviews

	Kwaliteit van zorg in vragenlijst zorgprofessionals ¹	Kwaliteit van leven in vragenlijst zorgprofessionals ²	Focusgroepen zorgprofessionals	Interviews kwaliteitsmedewerkers
Goede communicatie	X (n=39)	X (n=42)	X	
Voldoende tijd en/of personeel	X (n=28)	X (n=24)	X	X
Veilige sfeer	X (n=28)	X (n=23)	X	X
Scholing	X (n=20)	X (n=13)	X	
Structurele inbedding	X (n=18)	X (n=24)	X	
Continue aandacht	X (n=23)		X	X

¹ 69 professionals antwoorden ‘weet ik niet’ en de antwoorden van de overige 209 professionals zijn gecodeerd naar thema’s

² 78 professionals antwoorden ‘weet ik niet’ en de antwoorden van de overige 180 professionals zijn gecodeerd naar thema’s

Goede communicatie

Goede communicatie wordt in het vragenlijstonderzoek het vaakst door zorgprofessionals genoemd als voorwaarde om te kunnen leren en verbeteren. Deze professionals wijzen op het belang van goede gesprekken met cliënten en hun naasten. Ook de onderlinge communicatie tussen zorgprofessionals in het team en de communicatie met andere disciplines wordt benoemd. Daarnaast wordt ook het belang van goede communicatie vanuit het management, kwaliteitsafdeling of bestuur benadrukt, zowel in het vragenlijstonderzoek als in de focusgroepen met zorgprofessionals.

“Dat het team open met elkaar kan communiceren. Respect voor elkaars functie, iedereen is belangrijk. Door managers die in gesprek blijven met de mensen die het werk moeten uitvoeren. Mensen van de werkvloer mee laten denken in hun organisatie. Als dit goed is dan gaat de kwaliteit vanzelf omhoog.” (Open antwoord uit vragenlijstonderzoek)

“Een openstaande bestuurder. Niet overal hoor, maar er zijn heel veel bestuurders die gewoon niet openstaan voor wat er van de werkvloer afkomt.” (Verzorgende werkzaam in verpleeghuiszorg)

Voldoende tijd en/of personeel

Verder noemen sommige zorgprofessionals in het vragenlijstonderzoek en de focusgroepen dat het hebben van voldoende tijd en/of personeel belangrijk is om te kunnen leren en verbeteren van inzichten over cliëntrelevante uitkomsten. Daarbij lichten ze toe dat er niet alleen voldoende tijd moet zijn voor de zorgverlening bij cliënten, maar ook om de inzichten met elkaar te bespreken en daar acties op uit te zetten. Bij voldoende personeel merken zorgprofessionals in het vragenlijstonderzoek op dat er meer vast personeel moet komen. Kwaliteitsmedewerkers noemen in de interviews ook het belang van voldoende tijd.

“Voldoende tijd in eerste plaats. Tijd om dit te bespreken, tijd om te trainen en tijd om te verbeteren.” (Open antwoord uit vragenlijstonderzoek)

“Meer tijd en ruimte voor teams om daarin een verdiepingsslag te maken. Meer continuïteit binnen team met minder zzp-ers.” (Open antwoord uit vragenlijstonderzoek)

“We zijn allemaal best gemotiveerd, en dat merk je wel. Je wilt wel verbeteren, je wilt heel graag betere zorg en meer kwaliteit leveren, maar er zijn ook grenzen in het weer terugkomen op je vrije dag omdat er weer een cursus is, of dat je met elkaar in gesprek wilt, een teamvergadering.” (Palliatief verpleegkundige werkzaam in verpleeghuiszorg)

“Ik denk dat we op cliëntniveau ons er wel bewust van moeten zijn dat die bewustwording tijd vraagt en dat dat niet altijd tijd is die een zorgprofessional heeft en dat we daarin wel een keuze moeten gaan maken.” (Kwaliteitsmedewerker werkzaam in gehandicaptenzorg)

Veilige sfeer

Veilige sfeer is ook een voorwaarde die professionals relatief vaak noemen om te kunnen leren en verbeteren. Daarbij gaat het om een veilige sfeer waarin collega's openstaan om te leren en feedback te ontvangen. Het belang van een open houding en onderling vertrouwen wordt daarbij benadrukt. Zo noemen professionals in de focusgroepen, met name die uit de verpleeghuiszorg, dat er soms onderlinge concurrentie tussen zorgprofessionals speelt en dat dit een belemmering geeft om met elkaar uit te wisselen en samen te leren en te verbeteren. Daarnaast zijn zorgprofessionals bang om op fouten te worden afgerekend. De kwaliteitsmedewerkers benadrukken ook het belang van een veilige sfeer om te kunnen leren en verbeteren.

“Dat een team zich veilig voelt en dat een organisatie beseft dat fouten maken moet mogen en dit niet bestraft wordt.” (Open antwoord uit vragenlijstonderzoek)

“Een makkelijke manier om feedback te geven. Een open cultuur op de afdeling waarbij men open staat voor feedback, de cliënt centraal zet, wilt leren van de feedback en er ook iets mee doet.” (Open antwoord uit vragenlijstonderzoek)

“Hoe kleiner de organisatie, hoe beter je met elkaar omgaat. Maar wat ik dus merk in de grote organisaties is dat je dus echt wel concurrentiestrijd hebt onderling, het gras wordt echt onder je voeten weggemaaid.” (Verzorgende werkzaam in verpleeghuiszorg)

Scholing

Zowel in het vragenlijstonderzoek als in de focusgroepen noemen zorgprofessionals scholing als een belangrijke voorwaarde om te kunnen leren en verbeteren. Daarbij worden verschillende vormen van scholing benoemd, zoals cursussen, klinische lessen en ook intervisie.

“Er regelmatig intervisies zijn en hierbij een deskundige aanwezig is over het onderwerp wat wordt besproken.” (Open antwoord uit vragenlijstonderzoek)

“Ik denk dat een stukje training van het personeel in die zin: wat is belangrijk in de laatste fase van je leven? Sommigen zijn echt nog heel zorggericht. Door terug te koppelen gaan mensen wel anders denken.” (Verpleegkundige werkzaam in verpleeghuiszorg)

Structurele inbedding

Verder noemen zorgprofessionals in het vragenlijstonderzoek en in de focusgroepen het belang van structurele inbedding van leren en verbeteren binnen hun werkwijze. Daarvoor worden verschillende methoden gebruikt, zoals een dagstart met een moment van reflectie of het opstellen van doelen en een actieplan volgens de PDCA cyclus. Ook het structureel bespreken in het team wordt relatief vaak genoemd als methode. Juiste ondersteuning daarbij is van belang, bijvoorbeeld van een teamcoach of een kwaliteitsverpleegkundige. Maar ook faciliteiten vanuit de ICT kunnen hierbij ondersteunen.

“Reflecteren met je eigen team, verbeterpunten formuleren (PDCA) en hierbij begeleiding kunnen hebben van een (HBO) kwaliteitsverpleegkundige.” (Open antwoord uit vragenlijstonderzoek)

“Ik denk dat het bij ons vooral het cyclisch gebeuren is, dat het heel snel in de waan van de dag gaat. En afgelopen twee jaar natuurlijk met Covid, was het meer overleven dan bedenken waar we nog konden verbeteren.” (Verpleegkundig specialist werkzaam in verpleeghuiszorg)

“Wat ik ervan geleerd heb, is dat als het gefaciliteerd wordt het wel werkt. Dat klinkt misschien heel simpel, maar ik was er diep van onder de indruk.” (Verpleegkundig specialist in opleiding werkzaam in verpleeghuiszorg)

Continue aandacht

Een andere belangrijke voorwaarde die zorgprofessionals in het vragenlijstonderzoek en in de focusgroepen noemen is dat er voldoende en continue aandacht moet zijn, zowel bij henzelf als bij de organisatie voor het leren en verbeteren. Ook kwaliteitsmedewerkers benadrukken het belang van continue aandacht voor het leren en verbeteren.

“Aandacht voor het onderwerp vanuit het management. Een handvat met protocol hier omtrent.” (Open antwoord uit vragenlijstonderzoek)

“Wat helpt is om het continu onder de aandacht te hebben. Dus niet één keer per jaar een meting en dan aandacht ervoor, want dan verzand het.” (Kwaliteitsmedewerker werkzaam in verpleeghuiszorg)

5 Reflectiebijeenkomst: het perspectief van stakeholders

Dit hoofdstuk omvat een samenvattend verslag van de reflectiebijeenkomst die we organiseerden met stakeholders van relevante beroeps-, branche-, cliënten-, en kennisorganisaties. Na een presentatie van het Nivel over de tussentijdse resultaten werd op deze resultaten gereflecteerd aan de hand van discussievragen, zie hierna.

Wanneer is er volgens jullie sprake van cliëntrelevante uitkomsten? Over wat soort items of variabelen gaat het dan?

In de discussie komt aan de orde dat cliëntrelevantie een breed begrip is. Met name de vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties benadrukken dat het persoonsgebonden is wat belangrijk is voor de ervaren kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg. Voldoende ruimte en betrokkenheid van de individuele cliënt en naasten bij het inzichtelijk maken van kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven is van belang. Open vragen worden gezien als cliëntrelevant, omdat deze vragen cliënten de ruimte bieden om naar voren te brengen wat zij belangrijk vinden. Het ontslaat betrokkenen ook van de opgave om tot een algemene definitie te komen van kwaliteit van zorg of leven, want een cliënt heeft veel / alle vrijheid om bij open vragen inbreng te geven vanuit de eigen opvattingen over kwaliteit. Daarbij wordt ook de kwaliteit van de communicatie als belangrijk aspect benoemd. Een deelnemer noemt in dit verband de narratieve werkwijze 'Ruimte voor Zorg' voor de verpleeghuiszorg. Bij dit instrument worden de verwachtingen, behoeftes en ervaringen over de ervaren kwaliteit van zorg en leven in de driehoek tussen bewoner, naasten en zorgprofessionals op verschillende momenten besproken. Binnen deze narratieve werkwijze is bewust gekozen voor zes open vragen en geen verdere uitwerking van de thema's kwaliteit, zodat er veel ruimte is om bij de individu te blijven. De andere deelnemers reageren positief op deze werkwijze.

Hoe zouden we die cliëntrelevante uitkomsten het beste inzichtelijk kunnen maken?

Deelnemers noemen dat er in de gehandicapten- en verpleeghuiszorg lange tradities zijn van het combineren van kwantitatieve en kwalitatieve werkwijzen. Sommige deelnemers wijzen op een basaal verschil tussen kwantitatieve instrumenten, die geschikt zijn om cliëntervaringen op organisatieniveau inzichtelijk te maken, en gesprek ondersteunende instrumenten voor zorgprofessionals om gesprekken over de kwaliteit van zorg of leven met individuele cliënten en/of naasten aan te gaan. Beide typen instrumenten dienen verschillende doelen: leren en verbeteren in de individuele cliëntenzorg versus leren en verbeteren op team- of organisatieniveau. Kwantitatieve instrumenten kunnen daarom naast kwalitatieve instrumenten ingezet worden.

In hoeverre is het wenselijk dat er een verscheidenheid aan werkwijzen en instrumenten wordt gebruikt om cliëntrelevante uitkomsten inzichtelijk te maken? In hoeverre zijn die geschikt om te leren en te verbeteren?

Er zijn verschillende visies op de vraag of het mogelijk is om met één werkwijze of instrument alle leer- en verbeterdoelen op respectievelijk individueel, team- en organisatieniveau te vervullen. Sommige deelnemers denken van niet. Dit aangezien het andere doelen betreft, waardoor ook andere informatie nodig is. Zodra informatie naar een hoger aggregatie niveau wordt getild is er verlies van informatie. Andere deelnemers noemen voorbeelden van instrumenten die informatie ophalen die wel op verschillende niveaus (individu-team-organisatie) gebruikt worden in de praktijk, zoals 'Cliënten over Kwaliteit', 'Ruimte voor Zorg', 'Het verhaal als kwaliteitsinstrument' en 'Kwaliteit Verbetercyclus'.

Deelnemers vanuit de branche- en beroepsorganisaties noemen dat ze minder toegevoegde waarde zien van het kunnen vergelijken van inzichten in cliëntrelevante uitkomsten op landelijk niveau. Dit gezien het belang van het kennen van de context van de zorg en de zorgorganisatie bij het interpreteren van de inzichten.

Ook reflecteren de deelnemers op hoe het inzichtelijk maken van cliëntrelevante uitkomsten zich verhoudt tot landelijke Kwaliteitskaders of zorgstandaarden, zoals de Zorgstandaard Dementie 2020. Enerzijds staan er in Kwaliteitskaders en zorgstandaarden vaak ook indicatoren of items over de ervaren kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven. Anderzijds omvatten deze vaak ook indicatoren of items over zorgprocessen of de organisatie van zorg die niet per definitie cliëntrelevant zijn. Deelnemers van met name branche- en beroepsorganisaties benadrukken dat het belangrijk is om werkwijzen voor het inzichtelijk maken behapbaar te houden, gezien de registratielast van zorgprofessionals en organisaties.

Wat is er voor zorgorganisaties nodig om leren en verbeteren op cliënt-, team- en organisatieniveau op basis van cliëntrelevante uitkomsten te bevorderen? En welke rol hebben de cliënten-, beroeps-, kennis-, en brancheorganisaties daarbij?

Belangrijke randvoorwaarde die deelnemers noemen is dat professionals tijd moeten hebben voor overleg om met elkaar het verbeterproces vorm te geven. Verder is het een belangrijke taak van het management om te communiceren wat de toegevoegde waarde van een werkwijze of instrument is, ook tijdens het ophalen van informatie. Daarnaast is duidelijke communicatie over de verwachtingen en het stellen van realistische doelen van belang, wat ook een taak lijkt voor het management. Verder noemen deelnemers dat het goed is om stil te staan bij wat er goed gaat en niet alleen de nadruk te leggen op wat beter kan. Daarbij geven meerdere deelnemers aan dat uitwisseling tussen organisaties behulpzaam kan zijn, bijvoorbeeld door professionals bij elkaar op bezoek te laten gaan. Belangrijke voorwaarde daarbij is om dit goed te faciliteren. Vanuit de gehandicaptenzorg zijn er positieve ervaringen met leersessies waarin professionals van elkaar leren. Daarbij werden ook cliënten en naasten betrokken, wat een grote toegevoegde waarde had.

Meerdere deelnemers benadrukken ook een lerende houding en cultuur binnen organisaties belangrijk is om samen te kunnen leren en verbeteren. Deelnemers vanuit branche- en beroepsorganisaties noemen daarbij het belang om hier ruimte aan zorgprofessionals en zorgorganisaties te laten en minder landelijke sturing op te zetten. Aansluitend op deze wens zien zij voor zichzelf een rol bij het creëren van de randvoorwaarden voor lerende organisaties. Daarbij denken ze aan investeren in scholing van professionals en het management om die lerende organisaties te faciliteren en organiseren.

Wat zouden na dit onderzoek belangrijke vervolgstappen kunnen zijn voor zorgorganisaties, branche- en beroepsorganisaties en andere beleidspartijen?

Deelnemers noemen het belang van het inzetten op lerende organisaties, in plaats van 'instrumenteel' leren waar voorheen vaak eenzijdig de nadruk op lag. Met instrumenteel leren bedoelt men de nadruk op gebruik van instrumenten om te meten, leren en verbeteren. Inzetten op lerende organisaties vraagt om investeringen in professionals en management, zoals scholingen en tijd maken om leren en verbeteren een structurele plek te geven in de werkwijzen. Daarbij wordt de wens uitgesproken richting koepel- en beleidsorganisaties, waaronder het Zorginstituut, om te durven los te laten en geen sterke landelijke sturing te geven op hoe professionals leren en ontwikkelen.

Deelnemers benoemen verder dat professionals en organisaties voor de grote opgave staan om kwalitatief goede zorgverlening te behouden, ondanks alle personeelstekorten en financiële schaarste in een vergrijzende samenleving. Zij moeten ervoor zorgen dat er voortdurend aandacht blijft voor het werken aan de ervaren kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven van hun cliënten. Om deze uitdaging aan te gaan, is samenwerken tussen zorgorganisaties, koepelorganisaties en beleidspartijen van belang.

6 Conclusies en reflecties

Dit onderzoek geeft inzicht in hoe cliëntrelevante uitkomsten gebruikt worden voor leren en verbeteren in de langdurige intramurale gehandicapten- en verpleeghuiszorg. Daarbij focussen we met name op uitkomsten rondom ervaren kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven van cliënten. In dit laatste hoofdstuk beschrijven we de conclusies aan de hand van de onderzoeksvragen, gevolgd door reflecties en aanbevelingen voor praktijk en beleid.

Conclusies

Onderzoeksvraag 1a: Welke kwalitatieve, kwantitatieve of mixed-method werkwijzen en instrumenten worden in de langdurige intramurale gehandicapten- en verpleeghuiszorg gebruikt om cliëntrelevante uitkomsten inzichtelijk te maken?

Verpleegkundigen, verzorgenden en begeleiders stellen veelal open vragen om inzicht te krijgen in de door cliënten ervaren kwaliteit van zorg en/of leven, zo bleek uit het vragenlijstonderzoek en de focusgroepen. Dit doen zij zowel tijdens de dagelijkse zorgverlening als in evaluatiegesprekken met cliënten en naasten. Een kleine groep gebruikt (ook) kwantitatieve of mixed-method instrumenten, zoals vragenlijsten of observatielijsten. In de gehandicaptenzorg gaat het dan vaak om een instrument uit de zogenaamde 'waaier' van brancheorganisatie VGN. In de verpleeghuiszorg wordt veelal de website ZorgkaartNederland gebruikt waarop cliënten en/of naasten hun ervaringen delen.

Onderzoeksvraag 1b. In hoeverre gaat het daarbij om werkwijzen en instrumenten die uitkomsten inzichtelijk maken die voor cliënten relevant zijn en hoe is door de betrokken organisaties of professionals vastgesteld dat deze uitkomsten voor cliënten relevant zijn?

Door het stellen van open vragen bieden zorgprofessionals ruimte aan cliënten om naar voren te brengen wat zijzelf relevant vinden voor hun ervaren kwaliteit van zorg of leven. Zorgprofessionals vatten cliëntrelevantie daarbij op als een breed begrip, aangezien zij vinden dat de ervaren kwaliteit van zorg en leven persoonsgebonden is en daarom niet eenduidig is. Ook cliëntenvertegenwoordigers benadrukken dat voldoende ruimte en betrokkenheid van individuele cliënten en hun naasten belangrijk is bij het inzichtelijk maken van de ervaren kwaliteit van zorg en leven. Daarnaast benadrukken zorgprofessionals het belang van aandacht voor relaties tussen mensen, waaronder ook de zorgrelatie tussen cliënt en professional.

Onderzoeksvraag 1c. In hoeverre zijn de werkwijzen en instrumenten onderzocht op psychometrische kwaliteiten, zoals validiteit en betrouwbaarheid?

Van een aantal van de werkwijzen en instrumenten is de validiteit en betrouwbaarheid onderzocht, zo bleek uit de literatuurverkenning. Zo is de validiteit en betrouwbaarheid aangetoond van de twaalf instrumenten uit de waaier van VGN die in de gehandicaptenzorg wordt gebruikt. Ook van enkele kwantitatieve instrumenten voor de verpleeghuiszorg zijn de validiteit en betrouwbaarheid aangetoond. Daarnaast zijn twee kwalitatieve, narratieve instrumenten aangetoonde valide instrumenten. Echter zorgprofessionals gebruiken in de praktijk vaak ook werkwijzen en instrumenten waarvan de psychometrische kwaliteiten (nog) niet onderzocht zijn.

Onderzoeksvraag 2a: Hoe wordt in de praktijk een keuze gemaakt voor een specifieke werkwijze of instrument om de kwaliteit van zorg en/of kwaliteit van leven inzichtelijk te maken?

De keuze voor een werkwijze of instrument wordt veelal gemaakt door zorgorganisaties op basis van verplichtingen vanuit het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg of het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. In de gehandicaptenzorg zijn organisaties verplicht een instrument te kiezen uit de

waaier van VGN. In de verpleeghuiszorg zijn organisaties verplicht om ZorgkaartNederland te gebruiken en een aanvullend instrument of werkwijze. Kwaliteitsmedewerkers geven aan dat zij veelal betrokken zijn bij het keuzeproces en zij kennen ook argumenten om voor een werkwijze of instrument te kiezen. Zorgprofessionals daarentegen zijn veelal onbekend en niet betrokken bij het keuzeproces in hun organisatie.

Onderzoeksvraag 2b: Speelt bij de keuze voor een bepaalde werkwijze of instrument de relevantie van de uitkomsten voor cliënten een duidelijke rol?

In de praktijk lijkt bij het keuzeproces de relevantie voor cliënten en hun voorkeuren voor een instrument of werkwijze niet duidelijk mee te wegen. Hoewel het vereist wordt vanuit respectievelijk het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg en het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, geven kwaliteitsmedewerkers en zorgprofessionals aan dat cliëntenraden vaak niet betrokken worden. Vooral in de gehandicaptenzorg is die betrokkenheid er meestal niet.

Onderzoeksvraag 3: In hoeverre zijn de werkwijzen en instrumenten die worden gebruikt geschikt voor het doel waarvoor ze in de praktijk gebruikt worden?

Verpleegkundigen, verzorgenden en begeleiders zijn vaak van mening dat de ervaren kwaliteit van zorg en leven van cliënten onvoldoende in kaart wordt gebracht met kwantitatieve instrumenten. Uit het vragenlijstonderzoek en de focusgroepen blijkt dat zij meer waarde hechten aan inzichten uit kwalitatieve werkwijzen, aangezien ervaren kwaliteit van zorg en leven persoonsgebonden is en per cliënt verschilt.

Ook voor het leren en verbeteren van de zorg op individueel cliëntniveau vinden zorgprofessionals kwalitatieve werkwijzen meer geschikt dan kwantitatieve instrumenten. Echter, wanneer het doel is om te leren en verbeteren op team- of organisatieniveau vinden zorgprofessionals en kwaliteitsmedewerkers de inzichten uit kwantitatieve meetinstrumenten, zoals die van de waaier van VGN en ZorgkaartNederland, ook geschikt.

Onderzoeksvraag 4a: In hoeverre en op welke wijze worden de inzichten in cliëntrelevante uitkomsten gebruikt in het zorgproces in de langdurige intramurale gehandicapten- en/of verpleeghuiszorg?

Zorgprofessionals hebben zelf vooral behoefte om inzichten in de ervaren kwaliteit van zorg en leven van cliënten en naasten in hun eigen bewoordingen te horen. Zij zijn van mening dat deze informatie hen helpt om te komen tot verbeteringen in het zorgproces voor individuele cliënten.

Onderzoeksvraag 4b: In hoeverre en op welke wijze worden de inzichten in cliëntrelevante uitkomsten gebruikt voor het leren over en het verbeteren van de kwaliteit van zorg?

Een meerderheid van de zorgprofessionals die de vragenlijst invulden gebruikt inzichten uit werkwijzen en instrumenten over de door cliënten ervaren kwaliteit van zorg of kwaliteit van leven om daarvan te leren en waar nodig de zorg te verbeteren. Dit doen zij door de inzichten binnen hun team te bespreken en vervolgens met collega's te bespreken hoe de zorg verder te verbeteren. Belemmerend voor het leren en verbeteren is wel dat zorgprofessionals lang niet altijd terugkoppeling krijgen over de inzichten in cliëntrelevante uitkomsten.

Ook een belangrijke reden waarom binnen teams of op organisatieniveau (nog) niet wordt geleerd en verbeterd met cliëntrelevante uitkomsten is dat er niet overal sprake is van een veilige sfeer en lerende cultuur. Door bijvoorbeeld onderlinge concurrentie of doordat men bang is om op resultaten afgerekend te worden voelen zorgprofessionals zich niet altijd vrij om onderlinge inzichten uit te wisselen en te leren van elkaar.

Onderzoeksvraag 4c: Wat is er nodig om leren en verbeteren op basis van de inzichten in cliëntrelevante uitkomsten te bevorderen?

Belangrijke randvoorwaarden om te kunnen leren en verbeteren (op individueel, team en organisatieniveau) zijn een veilige sfeer en lerende cultuur in het team en in de organisatie. Ook goede communicatie (tussen professionals onderling en met het management), voldoende tijd en personeel en scholing, bijvoorbeeld over feedback geven, werden genoemd door zorgprofessionals en kwaliteitsmedewerkers. Ook structurele inbedding en continue aandacht voor het proces van leren en verbeteren op basis van cliëntrelevante uitkomsten zijn van belang. Verder is het van belang dat er werkwijzen of instrumenten worden gebruikt die geschikt zijn voor leren en verbeteren op verschillende niveaus (individuele cliënt, team en organisatie). Als goede voorbeelden daarvan noemden deelnemers aan de reflectiebijeenkomst de volgende werkwijzen: 'Cliënten over Kwaliteit', 'Ruimte voor Zorg' en 'Het verhaal als kwaliteitsinstrument'.

Reflecties en aanbevelingen

Het onderzoek laat zien dat de verplichtingen uit de Kwaliteitskaders voor gehandicaptenzorg en verpleeghuiszorg om cliënten te betrekken bij de keuze voor een instrument of werkwijze in de praktijk lang niet altijd gerealiseerd zijn. Vooral in de gehandicaptenzorg zijn cliënten lang niet altijd betrokken. Dit geeft een signaal dat de Kwaliteitskaders op dit gebied nog onvoldoende geïmplementeerd zijn.

Verder kwam met name uit de interviews, focusgroepen en reflectiebijeenkomst naar voren dat zorgprofessionals, kwaliteitsmedewerkers en zorgorganisaties andersoortige inzichten in cliëntrelevante uitkomsten belangrijk vinden om te kunnen leren en verbeteren op verschillende niveaus (individueel, team en organisatie). Toch zijn er ook vanuit beide sectoren voorbeelden genoemd van werkwijzen die wel informatie voor leren en verbeteren op verschillende niveaus opleveren: 'Cliënten over Kwaliteit', 'Ruimte voor Zorg' en 'Het verhaal als kwaliteitsinstrument'. Met oog op de schaarste van personeel, tijd en geld binnen de langdurige zorg zijn dit mogelijk interessante voorbeelden om extra registratie- en meetdruk bij zorgprofessionals en cliënten te voorkomen. Echter, deze voorbeelden lijken in de praktijk nog niet breed toegepast te worden.

Het huidige onderzoek laat ook zien dat zorgprofessionals lang niet altijd een terugkoppeling krijgen over de inzichten uit de verplichte metingen die organisaties uitvoeren ten behoeve van hun kwaliteitsbeleid. Dit ontnemt zorgprofessionals de kans om mee te denken over op welke aspecten de zorg nog beter kan. Voor een bruikbare terugkoppeling naar zorgprofessionals en om samen te leren en verbeteren is ook een veilige sfeer en een lerende cultuur binnen teams en organisaties nodig. De ondervraagde zorgprofessionals en kwaliteitsmedewerkers geven aan dat beide randvoorwaarden nog vaak ontbreken. Een lerende cultuur impliceert onder meer dat samen leren en verbeteren ingebed is in bijvoorbeeld multidisciplinaire overleggen, in teambesprekingen en in het kwaliteitsbeleid van een organisatie. Een veilige sfeer betekent bijvoorbeeld dat binnen en tussen teams het samen leren en werken aan nog betere zorg centraal staat en niet het concurreren en elkaar de maat nemen op basis van uitkomsten.

Verder valt ook een kanttekening te plaatsen bij wat de landelijke Kwaliteitskaders over de frequentie van inzichtelijk maken van cliëntrelevante uitkomsten voorschrijven. Binnen de gehandicaptenzorg moeten dit minimaal eens in de drie jaar en in de verpleeghuiszorg eenmaal per jaar plaatsvinden. Het nieuwe Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028, de opvolger van het huidige Kwaliteitskader, stelt dat zorgorganisaties vrij zijn om vaker onderzoek naar cliëntervaringen uit te voeren, maar ook daarin blijft de verplichte frequentie van minimaal eens per drie jaar gehanteerd (Landelijke Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg, 2022). Het is de vraag in

hoeverre een frequentie van eens per drie jaar stimuleert om continue aandacht te hebben voor leren en verbeteren van de zorg. De betrokken branche- en cliëntenorganisaties en andere stakeholderpartijen zouden daarover kunnen reflecteren als zij werken aan nieuwe of herziene kwaliteitsdocumenten.

Kortom, het onderzoek laat verschillende discrepanties zien tussen enerzijds de praktijk en anderzijds het beleid en verplichtingen volgens de landelijke Kwaliteitskaders.

We bevelen aan dat:

- Kwaliteitsmedewerkers van zorgorganisaties samen met hun cliëntenraden nagaan of de huidige werkwijzen of instrumenten inzichten opleveren die relevant zijn voor cliënten en voor het – waar nodig – verbeteren van de zorg. Daarbij is het ook van belang dat zij zich verdiepen in bestaande werkwijzen of instrumenten die inzichten opleveren die gebruikt kunnen worden voor leren en verbeteren op verschillende niveaus (individueel, team en organisatie).
- Kwaliteitsmedewerkers en managers van zorgorganisaties de terugkoppeling van inzichten in cliëntrelevante uitkomstmaten naar zorgprofessionals gaan verbeteren.
- Vertegenwoordigers van zorgorganisaties, branche- en beroepsorganisaties en beleidspartijen een lerende cultuur binnen de langdurige zorg stimuleren. Ook zorgverzekeraars kunnen daarbij een stimulerende rol uitoefenen door in hun inkoop van zorg meer aandacht te besteden aan het belang van leren en verbeteren.
- Vertegenwoordigers van beroeps-, branche- en cliëntenorganisaties bij de herziening of ontwikkeling van nieuwe landelijke kwaliteitsdocumenten reflecteren over de huidige frequentie van het inzichtelijk maken van cliëntrelevante uitkomsten.

Literatuur

Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg (2021). Ruimte voor zorg: ervaren kwaliteit van de verpleeghuiszorg meten via persoonlijke verhalen. Geraadpleegd van:

<https://www.awolimburg.nl/userfiles/files/factsheets/factsheet-ruimte-voor-zorg.pdf>

Batterink, M. & Schipper, M. (2015). Het in beeld brengen van kwaliteit van leven in de sector verpleging en verzorging. Barneveld: Significat

Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2):77-101

<https://www.kennispleingehandictensector.nl/>

<https://www.mijnkwaliteitvanleven.nl/>

<https://www.waardigheidentrots.nl/kennisbank/>

<https://www.zorgkaartnederland.nl/>

KEMTA (2019). Dashboard Kwaliteit van leven en gezondheid. Geraadpleegd op:

https://public.tableau.com/app/profile/kemta/viz/Kwaliteitvanlevenengezondheid_190912_15682885112130/Instrument

Landelijke Stuurgroep Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg (2017). Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022: Landelijk kader binnen de Wlz. Geraadpleegd op:

<https://www.vgn.nl/system/files/article/file/Kerndocument%2B1.%2BKwaliteitskader%2B2017-2022.pdf>

Landelijke Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg (2022). Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028: Landelijk kompas voor goede zorg en kwaliteit van bestaan. Geraadpleegd op:

<https://www.vgn.nl/documenten/kwaliteitskompas-gehandicaptenzorg-2023-2028>

Nijhof, E. & Vunderink, L. (2015). Het in kaart brengen van de kwaliteit van bestaan in de gehandicaptenzorg en -ondersteuning. Barneveld: Significat

NWO & ZonMw (2019). Policy brief: Kwaliteit van leven als criterium voor de gezondheidszorg. Geraadpleegd van: https://www.nwo.nl/sites/nwo/files/media-files/POLICY_KVLG_DEF_bladerbaar.pdf

Patiëntenfederatie Nederland, LOC, Verenso, V&VN, Zorgthuisnl, Actiz, ZN (2021). Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg: Samen leren en ontwikkelen. Geraadpleegd op:

<https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg---2021.pdf>

Patiëntenfederatie Nederland (2022). Betrekken van cliënten en naasten bij de kwaliteit in een verpleeghuis. Geraadpleegd van: <https://www.patiëntenfederatie.nl/dit-doen-wij/onderzoeken/verkenning-worden-clienten-en-naasten-betrokken-bij-de-kwaliteit-van-het-verpleeghuis>

Roman, B., Waterschoot, K. & Luijckx, K. (2018). Het verhaal als kwaliteitsinstrument: een toepassing van narratief onderzoek voor de ouderenzorg. Geraadpleegd van:

<https://research.tilburguniversity.edu/en/publications/handreiking-het-verhaal-als-kwaliteitsinstrument-een-toepassing-v>

Triemstra, M. & Francke, A. (2018). Kwaliteit van leven en zorg: Van meten naar verbeteren. Utrecht: Nivel

VGN (2021). Overzicht toegelaten instrumenten Waaier VGN 2020-2022_v3. Geraadpleegd van:
<https://www.vgn.nl/documenten/overzicht-instrumenten-waaier-vgn-clientervaring>

Waardigheid en trots (2018). Inzicht in (ervaren) kwaliteit: 14 werkwijzen & instrumenten. Geraadpleegd van:
<https://www.waardigheidentrots.nl/tools/publicatie-inzicht-ervaren-kwaliteit/>

Zorginstituut Nederland (2022a). Kader Passende zorg. Diemen: Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd van:
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/06/28/kader-passende-zorg>

Zorginstituut Nederland (2022b). Advies Kennisinstructuur langdurige zorg. Diemen: Zorginstituut Nederland

Bijlage A Methode literatuurverkenning

Om voort te bouwen op eerder onderzoek zochten we naar informatie over relevante werkwijzen en instrumenten in drie overzichtspublicaties van Batterink & Schipper (2015), Nijhof & Vunderink (2015) en Triemstra & Francke (2018). Daarnaast zochten naar informatie op de volgende websites:

- databanken en websites van relevante beroeps-, branche- of belangenorganisaties: Actiz, BPSW, Ieder(in), KansPlus, LOC, LSR, MantelzorgNL, NCZ, NVAVG, Patiëntenfederatie Nederland, Verenso, V&VN en VGN;
- kennisbanken en kennispleinen: Kennisbank kwaliteitsverbetering verpleeghuiszorg, Kennisplein gehandicaptenzorg en het Kennisplein Zorg voor beter;
- overige relevante websites: www.zonmw.nl; www.nwo.nl; www.zorgkaartnederland.nl; www.mijnkwaliteitvanleven.nl; <https://public.tableau.com/profile/kemta#!/>.

Tevens is er vrij gezocht via Google met combinaties van de volgende zoektermen: meten, instrumenten, methoden, kwaliteit van zorg, kwaliteit van leven, kwaliteit van bestaan en cliënttevredenheid.

De zoekacties leverden diverse potentieel relevante publicaties en websites op. Deze bronnen werden beoordeeld met de inclusiecriteria dat de bronnen moeten gaan over werkwijzen of instrumenten die:

- zijn bedoeld voor gebruik bij cliënten of ‘proxies’ van cliënten (een proxy is een naaste of wettelijk vertegenwoordiger die namens een cliënt antwoord);
- zijn bedoeld voor gebruik in (o.a.) de langdurige intramurale gehandicapten- of verpleeghuiszorg;
- betrekking hebben op een of meerdere uitkomsten die als cliëntrelevant beschouwd kunnen worden, meer specifiek uitkomsten die gerelateerd zijn aan de ervaren kwaliteit van leven, kwaliteit van zorg of tevredenheid over de zorg vanuit cliëntperspectief.

Op basis van beoordeling a.d.h.v. de inclusiecriteria werden 18 relevante bronnen geselecteerd. Zie tabel 6 voor de geïncludeerde bronnen, type bron en op welke sector de bron betrekking heeft.

Tabel 6 Geïncludeerde bronnen

Bron	Soort bron	Sector
VGN (2021). Overzicht toegelaten instrumenten Waaier VGN 2020-2022_v3.	Overzichtspublicatie	Gehandicaptenzorg
Nijhof, E. & Vunderink, L. (2015). Het in kaart brengen van de kwaliteit van bestaan in de gehandicaptenzorg en -ondersteuning.	Overzichtspublicatie	Gehandicaptenzorg
Kennisplein gehandicaptenzorg ‘Als je het ons vraagt’	Website	Gehandicaptenzorg
Kennisplein gehandicaptenzorg ‘Mijn ervaring met de zorgrelatie’	Website	Gehandicaptenzorg
Kennisplein gehandicaptenzorg ‘Vragenlijst Kwaliteit van bestaan’	Website	Gehandicaptenzorg
Kennisplein gehandicaptenzorg ‘Toolbox Horen, Zien en Spreken: Luister naar mijn verhaal’	Website	Gehandicaptenzorg en verpleeghuiszorg
Kennisplein gehandicaptenzorg ‘Toolbox Horen, Zien en Spreken: WIEK’	Website	Gehandicaptenzorg en verpleeghuiszorg

NWO & ZonMw (2019). Policy brief: Kwaliteit van leven als criterium voor de gezondheidszorg.	Policy brief	Gehandicaptenzorg en verpleeghuiszorg
KEMTA (2019). Dashboard Kwaliteit van leven en gezondheid.	Website	Gehandicaptenzorg en verpleeghuiszorg
ZorgkaartNederland	Website	Gehandicaptenzorg en verpleeghuiszorg
Mijnkwaliteitvanleven.nl	Website	Gehandicaptenzorg en verpleeghuiszorg
Batterink, M. & Schipper, M. (2015). Het in beeld brengen van kwaliteit van leven in de sector verpleging en verzorging.	Overzichtspublicatie	Verpleeghuiszorg
Triemstra, M. & Francke, A. (2018). Kwaliteit van leven en zorg: Van meten naar verbeteren.	Overzichtspublicatie	Verpleeghuiszorg
Waardigheid en trots (2018). Inzicht in (ervaren) kwaliteit: 14 werkwijzen & instrumenten.	Overzichtspublicatie	Verpleeghuiszorg
Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg (2021). Ruimte voor zorg: ervaren kwaliteit van de verpleeghuiszorg meten via persoonlijke verhalen.	Rapportage	Verpleeghuiszorg
Roman, B., Waterschoot, K. & Luijckx, K (2018). Het verhaal als kwaliteitsinstrument: een toepassing van narratief onderzoek voor de ouderenzorg.	Rapportage	Verpleeghuiszorg
Patiëntenfederatie Nederland (2022). Betrekken van cliënten en naasten bij de kwaliteit in een verpleeghuis.	Rapportage	Verpleeghuiszorg
Kennisbank kwaliteitsverbetering verpleeghuiszorg	Website	Verpleeghuiszorg

Bijlage B Methode vragenlijstonderzoek

Ontwikkeling vragenlijst

De vragenlijst werd opgesteld uitgaande van de volgende onderzoeksvragen:

- Welke kwalitatieve, kwantitatieve of mixed-method werkwijzen en instrumenten worden in de langdurige intramurale verpleeghuis- en gehandicaptenzorg gebruikt om cliëntrelevante uitkomsten inzichtelijk te maken?
- In hoeverre zijn de werkwijzen en instrumenten die worden gebruikt geschikt voor het doel waarvoor ze in de praktijk gebruikt worden?
- In hoeverre en op welke wijze worden de inzichten in cliëntrelevante uitkomsten gebruikt in het zorgproces in de langdurige verpleeghuis- en/of gehandicaptenzorg?
In hoeverre en op welke wijze worden de inzichten in cliëntrelevante uitkomsten gebruikt voor het leren over en het verbeteren van de kwaliteit van zorg?
Wat is er nodig om leren en verbeteren op basis van de inzichten in cliëntrelevante uitkomsten te bevorderen?

Op basis van de resultaten van de voorgaande literatuurverkenning en in overleg met het Zorginstituut heeft het onderzoeksteam een conceptversie van de vragenlijst gemaakt. Vervolgens is de vragenlijst getest op begrijpelijkheid en hanteerbaarheid onder acht praktiserende zorgprofessionals uit de gehandicapten- en verpleeghuiszorg. Na kleine aanpassingen werd de vragenlijst definitief gemaakt.

Dataverzameling

De online vragenlijst werd verspreid onder deelnemers van het [Nivel Panel Verpleging & Verzorging](#), dat op landelijk niveau informatie verzamelt over de meningen en ervaringen van zorgprofessionals over beroepsinhoudelijke onderwerpen.

Voor dit onderzoek benaderden we in totaal 785 paneldeelnemers waarvan op dat moment bekend was dat zij in de gehandicapten- en verpleeghuiszorg werkten. De vragenlijst werd via e-mail verzonden. Na één en drie weken ontvingen deelnemers die de vragenlijst nog niet hadden ingevuld een herinnering via e-mail. Een aantal paneldeelnemers was onterecht benaderd om verschillende redenen (verkeerde email n=1; of behoort niet tot de doelgroep n=31). In totaal vulden 234 paneldeelnemers de vragenlijst in (netto respons: 31,1%).

Naast de verspreiding onder het Panel V&V werd ook een link naar de online vragenlijst verspreid via sociale media. Via deze weg vulden 76 zorgprofessionals de vragenlijst in, waardoor het totaal aantal respondenten op 310 zorgprofessionals komt (zie tabel 7).

Data analyses

De beschrijvende analyses werden uitgevoerd met behulp van het statistische programma STATA versie 16.1. Percentages zijn berekend over de respondenten die de vraag beantwoord hebben. Verschillen tussen de zorgsectoren en tussen verschillende opleidingsniveaus werden statistisch getoetst met chi-kwadraattoetsen (significant als $p < 0.05$). De uitkomsten zijn weergegeven in de tabellen en alleen statistisch significant verschillen zijn in de tekst benoemd.

Tabel 7 Kenmerken van respondenten (in %)

Kenmerken	Gehandicaptenzorg (n=92)	Verpleeghuiszorg (n=218)
Geslacht (n=309)		
Man	14,3%	9,2%
Vrouw	85,7%	90,4%
Anders	-	0,5%
Leeftijd (gem. (SD)) (n=307)	53,2 (9,2)	50,8 (9,8)
Functie (n=310)		
Uitvoerende functie	84,8%	78,9%
Uitvoerende en leidinggevende functie	9,8%	9,6%
Uitvoerende en beleids- of staffunctie	5,4%	11,5%
Functie of aandachtsgebied gericht op leren en verbeteren (n=302)		
Kwaliteitsverpleegkundige	1,1%	10,9%
Aandachtsgebied leren en verbeteren ¹	17,8%	27,8%
Anders ²	13,3%	16,5%
Nee	67,8%	44,8%
Beroepsgroep (n=310)		
Verpleegkundige	28,3%	34,9%
Verzorgende	2,2%	35,3%
groepsbegeleider/ woonbegeleider/ agogisch begeleider ³	67,9%	0,5%
verpleegkundig specialist ⁴	2,2%	29,4%
Opleidingsniveau (n=310)		
mbo-opleiding verzorgende	7,6%	33,0%
mbo-opleiding verpleegkundige	43,5%	23,4%
hbo-opleiding verpleegkundige	9,8%	15,1%
masteropleiding verpleegkundig specialist	2,2%	28,0%
mbo-opleiding agogisch begeleider	21,7%	-
hbo-opleiding agogisch begeleider	15,2%	0,5%
Cliëntengroep (n=310)		
Cliënten met dementie	8,7%	73,9%
Cliënten met chronische somatische aandoening of multimorbiditeit	7,6%	55,1%
Cliënten met algehele achteruitgang en kwetsbaarheid vanwege hoge leeftijd	16,3%	49,1%
Cliënten met een verstandelijke beperking	65,2%	-
Cliënten met een lichamelijke beperking	9,8%	10,6%
Cliënten met een zintuigelijke beperking	13,0%	0,5%
Cliënten met meervoudige (lichamelijk en verstandelijke) beperkingen	48,9%	0,9%
Cliënten met complexe hulpvragen binnen verschillende domeinen	42,4%	24,8%
Anders ⁵	-	10,1%

¹ Diverse aandachtsgebieden genoemd, o.a. medicatieveiligheid, palliatieve zorg, infectiepreventie.

² Diverse antwoorden, o.a. gespecialiseerde functie en diverse aandachtsgebieden.

³ In het Panel V&V zijn voor de gehandicaptenzorg alleen agogisch begeleiders vertegenwoordigd.

⁴ Via de link verspreid op sociale media was 79% van de respondenten verpleegkundig specialisten in de verpleeghuiszorg, dit is een overschatting t.o.v. de landelijke populatie.

⁵ Diverse cliëntengroepen, o.a. revalidanten (n=10) en cliënten met palliatieve of terminale zorg (n=5).

Bijlage C Kenmerken werkwijzen en instrumenten

Tabel 8 Belangrijkste kenmerken van geïnventariseerde werkwijzen en instrumenten, overgenomen vanuit de overzichtspublicatie van Nijhof en Vunderink (2015).

Naam methode	Het meest geschikt voor doelgroepen	Doel dat het meest is aangegeven	Frequentie die het vaakst door respondenten is aangegeven	Aantal zorginstellingen dat het instrument gebruikt
POS (Arduin)	Lichamelijk beperking, licht verstandelijke beperking, matige verstandelijke beperking, SGLVG, NAH	Cliëntinformatie, verbeterinformatie voor de zorgaanbieder, verbeterinformatie voor de professional, informatie voor individueel zorgplan, zelfreflectie	Eens per drie jaar	6
Quality Qube (Buntix)	Lichamelijk beperking, licht verstandelijke beperking, matige verstandelijke beperking, NAH, zintuiglijk beperkten	Cliëntinformatie, verbeterinformatie voor de zorgaanbieder, verbeterinformatie voor de professional	Eens per drie jaar	16
MijnMening (De Hondenberg)	Lichamelijk beperking, licht verstandelijke beperking, matige verstandelijke beperking, SGLVG, zintuiglijk beperkten	Cliëntinformatie, verbeterinformatie voor de professional, zorginkoop, informatie voor individueel zorgplan, zelfreflectie voor professional	Eens per jaar	4
Ben ik tevreden (Dichterbij/Van Biene)	Lichamelijk beperking, licht verstandelijke beperking, matige verstandelijke beperking, EVB, NAH	Cliëntinformatie, verbeterinformatie voor de zorgaanbieder, verbeterinformatie voor de professional, informatie voor individueel zorgplan, cliëntkeuze informatie, zelfreflectie voor professional	Eens per jaar	10
Cliëntervaringsonderzoek (Effectory)	Lichamelijk beperking, licht	Cliëntinformatie, verbeterinformatie voor	Eens per drie jaar	42

	verstandelijke beperking, matige verstandelijke beperking, NAH	de zorgaanbieder, verbeterinformatie voor de professional, informatie voor individueel zorgplan, zelfreflectie		
CT-Toets VG (Humanitas DMH)	Lichamelijk beperking, licht verstandelijke beperking, matige verstandelijke beperking, SGLVG, NAH, zintuiglijk beperkten	Verbeterinformatie voor de zorgaanbieder, verbeterinformatie voor de professional, zorginkoop, informatie voor individueel zorgplan, zelfreflectie voor professional	Eens per drie jaar	1
Onze cliënten aan het woord (Ipso Facto)	Licht verstandelijke beperking, matige verstandelijke beperking, EVB, SGLVG, NAH, Zintuiglijk beperkten	Cliëntinformatie, verbeterinformatie voor de zorgaanbieder, verbeterinformatie voor de professional	Eens per twee jaar	12
Cliënten over kwaliteit (LSR)	Lichamelijk beperking, licht verstandelijke beperking, matige verstandelijke beperking, EVB, NAH, zintuiglijk beperkten	Verbeterinformatie voor de zorgaanbieder, verbeterinformatie voor de professional	Eens per drie jaar	8
Toetsing cliëntwaardering (Philadelphia)	Lichamelijk beperking, licht verstandelijke beperking, matige verstandelijke beperking, EVB, EMB, SGLVG, NAH, Zintuiglijk beperkten	Cliëntinformatie, verbeterinformatie voor de zorgaanbieder, verbeterinformatie voor de professional, zorginkoop, informatie voor individueel zorgplan, toezichtinformatie, zelfreflectie voor professional	Eens per drie jaar	3
Tevredenheidsonderzoek (PSW)	Lichamelijk beperking, NAH	Cliëntinformatie, verbeterinformatie voor de zorgaanbieder, verbeterinformatie	Eens per drie jaar	6

		voor de professional, zorginkoop, informatie voor individueel zorgplan		
Dit vind ik ervan! (Siza)	Lichamelijk beperking, licht verstandelijke beperking, matige verstandelijke beperking, NAH, zintuiglijk beperkten	Cliëntinformatie, verbeterinformatie voor de zorgaanbieder, verbeterinformatie voor de professional, informatie voor individueel zorgplan, cliëntkeuze informatie, zelfreflectie voor professional	Eens per jaar	13
C-toets OBC (VOBC/ Stichting Alexander)	Lichamelijk beperking, licht verstandelijke beperking, SGLVG, zintuiglijk beperkten	Verbeterinformatie voor de zorgaanbieder, verbeterinformatie voor de professional, zorginkoop	Eens per drie jaar	10

Tabel 9 Belangrijkst kenmerken van geïnventariseerde werkwijzen en instrumenten, overgenomen vanuit de overzichtspublicatie van Batterink en Schipper (2015).

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, Axioncontinu, Carintregeland, 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
Competenzie zorg	V&V-breed	Benadering zorg met cliënt centraal, gericht op de zachte kant van zorg	Dagelijkse aanpak	Stichting Vugtherstede
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
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 tweemaandelijks, 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

Tabel 10 *Overzicht van geïnventariseerde kwaliteitsinstrumenten, overgenomen vanuit de overzichtspublicatie van Triemstra en Francke (2018).*

Naam instrument
AFDAK-methode (Activeren gegevens, Formuleren, Domeinen, Acties en Kwaliteit van leven)
ASCOT (Adult Social Care Outcomes Toolkit; o.a. Social care-related quality of life, SCRQoL)
BEEC
Beelden van Kwaliteit
Beleving bij het leven
Ben ik tevreden?
Bewoners auditen Bewoners (interne bewonersaudit)
Care Dependency Scale (CDS)
Checklist Jan Koolen 'broze mensen'
Chief Listening Officer
Cliënten aan het woord / Onze cliënten aan het woord
Cliëntervaringsgesprekken (incl. PPP)
Cliëntervaringsonderzoek
Cliënten over Kwaliteit (CoK)
Clienttevredenheidsmonitor
Competentiezorg
CQ-index / CQI (Consumer Quality index)
CQ light
Dashboard
Dementia Care Mapping (DCM)
Digitale 360 graden meting
Discomfort Scale-Dementia of Alzheimer Type (DS-DAT)
Dit ben ik! / "Ik in 1-oogopslag" / Mijn Profiel
Dit vind ik ervan! 2.0
3-vragen dialoog (in MDO)
'Doen wat nodig is' (10-criteria dialoog)
Focusgroepgesprekken
Gastvrijheidsbarometer - IFC
GW Index (o.a. Groninger Well-being Indicator)
Happy or not
Het goede gesprek
HKZ Q-systeem
InterRAI LTCF
Klant- en familie arena's
Kwaliteit en veiligheidsgesprekken
Kwaliteitsberaad IJsselheem (o.a. Moreel Beraad)
Kwaliteitsfundament
Kwaliteitskompas
Kwaliteit van leven bij Dementie (incl. DQI, Dementia Quality of Life Instrument)
Kwaliteitselfportret
LAVA-tool (in aansluiting op GWI)
Levensboek

Menselijke maat
Mijnkwaliteitvanleven.nl
Mijn leven in kaart
Mijn positieve gezondheid / KwaliteitsWeb
Moreel Beraad
Net Promotor Score (NPS) (zie ook CQ light of Zorgkaart Nederland)
OERmerk / OER-norm
One2ten
Opinionmeter
Patient- en systeemtracer
Peerconsultatie
PG Barometer - IFC
Philadelphia Geriatric Center Affect Rating Scale (PGC-ARS)
Planetree.Pro
PPP Tool (Positive Perception Program)
PRET (Professionaliteit, Respect, Elkaar blij maken en Toewijding)
PREZO (PREstatiemodel ZOrg) Q-systeem (instrumentarium/ meetkaarten)
Q-DNA
Quality Cube
Quality of Interactions Schedule (QUIS)
RAI Q-systeem Quality of Life in Dementia (QUALIDEM)
Regelkaart (Dashboard)
Samen kleur geven aan een waardevol leven (volgens AI methode: Appreciative inquiry)
SenseMaking
Shadowing
Short Observation Method (SOM)
Short Observational Framework for Inspection (SOFI)
Spiegelgesprekken
Story Connect
Tweespraak
Verbetermeter / Mijn Verbetermeter
Verkorte Checklist Veilige Zorg / Risicoscan veilige zorg (App)
Video Interventie Ouderenzorg (VIO)
Video stimulated recall
Waarderende audits
Waarderingsgesprek
W&T Kwaliteit Verbetercyclus (360 graden meting, dialoog, kortcyclisch verbeteren)
'Waarmee kan ik u van dienst zijn?'
Walking interview of 'go along method'
WIEK (Inforsa)
Zelfevaluatie 2.0 en Teams op kracht
World café method
Zicht op eigen leven
Zorgkaart Nederland