



**Kwaliteitskader
Gehandicaptenzorg
Visiedocument**

Inhoud

blz. 3	1. Inleiding
blz. 5	2. Fasen in de ontwikkeling en implementatie van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg
blz. 8	3. Reikwijdte van de visie
blz. 10	4. Visie en uitgangspunten
blz. 16	5. Beschrijving van de kwaliteitsdomeinen en kwaliteitsthema's
blz. 23	6. Vervolg
blz. 25	Bijlage 1
blz. 28	Colofon

1.

Inleiding

Net als in andere zorgsectoren wordt in de gehandicaptenzorg hard gewerkt aan het bevorderen en borgen van de kwaliteit van de zorg en ondersteuning. De bij de gehandicaptenzorg betrokken partijen, te weten de cliëntenorganisaties (FvO, CG-Raad, LFB), de zorgaanbieders (VGN), beroepsorganisaties (NVO, NIP, NVAVG, V&VN, Phorza), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN), hebben gezamenlijk besloten een kwaliteitskader voor de gehandicaptenzorg te ontwikkelen.

Doel van dit Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg is het transparant maken, toetsen, verantwoorden en optimaliseren en verder ontwikkelen van het kwaliteitsniveau van de geboden zorg en ondersteuning door zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg.

Bewust is gekozen voor de term kwaliteitskader omdat het onze stellige overtuiging is dat er sprake moet zijn van een continu verbetertraject. Het meten van de geboden kwaliteit van de zorg en ondersteuning is van belang om structureel aan verbetering en professionalisering te kunnen werken. Daarnaast geven metingen inzicht in de huidige stand van zaken.

Om een optimale kwaliteit van zorg en ondersteuning te realiseren is meer nodig dan meten. Zo kunnen ontwikkelingen in de wetenschap leiden tot nieuwe inzichten die in de praktijk geïmplementeerd worden. Maar ook ervaringen in de praktijk en maatschappelijke opvattingen over de te leveren zorg en ondersteuning

leiden tot de behoefte aan nieuwe kennis en vaardigheden van medewerkers. Binnen de basisopleidingen, maar ook binnen bij- en nascholingen kan hier dan aandacht aan besteed worden.

Kwaliteit van bestaan en het hebben van regie over het eigen leven zijn twee belangrijke uitgangspunten in dit visiedocument. Deze twee uitgangspunten worden in hoofdstuk 4 verder uitgewerkt. Hoewel zorg en ondersteuning zich kan richten op de gehele breedte van het bestaan van mensen met een beperking, betekent dit niet zonder meer dat zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren bij alle cliënten daadwerkelijk op alle bestaansgebieden ondersteuning geven. Met individuele cliënten en/of hun wettelijke vertegenwoordigers moet worden afgesproken op welke gebieden al dan niet ondersteuning wordt geboden en wat de aard van die ondersteuning moet zijn.

Ook kunnen zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren niet volledig verantwoordelijk worden geacht voor de kwaliteit van bestaan van cliënten. Ze zijn verantwoordelijk voor een goede kwaliteit van de afgesproken zorg en ondersteuning, maar uiteindelijk is het de cliënt zélf, die een invulling geeft aan kwaliteit van bestaan.

Er kan een spanningsveld ontstaan tussen de wensen van de cliënt en de eisen die aan professionals en organisaties gesteld worden vanuit wetgeving (bijvoorbeeld Arbo-wet, veiligheidseisen, taakdelegatie), organisatie-eisen (bijvoorbeeld als gevolg van de beschikbare financiële kaders) en beroepseisen (professionele standaards, taken en bevoegdheden).

Het ontwikkelen van een kwaliteitskader kent verschillende fasen, die in hoofdstuk 2 zijn weergegeven. In deze notitie wordt dieper ingegaan op de eerste fase: het 'Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg'. Het geeft op hoofdlijnen aan hoe in de sector door de hiervoor genoemde partijen gedacht wordt over kwaliteit van zorg en ondersteuning en wat de ambities zijn met betrekking tot het te leveren kwaliteitsniveau.

2.

Fasen in de ontwikkeling en implementatie van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg

De ontwikkeling en implementatie van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg gebeurt in vijf fasen (zie ook bijlage 1 voor een schematische weergave).

FASE 1: Visiedocument

Aan de basis van het kwaliteitskader ligt een gezamenlijke visie op kwaliteit van zorg en ondersteuning in alle sectoren van de gehandicaptenzorg.

Het visiedocument beschrijft die visie vanuit twee uitgangspunten, uitgewerkt tot acht domeinen van kwaliteit van bestaan en vier thema's die betrekking hebben op de voorwaarden voor het kunnen bieden van verantwoorde zorg en ondersteuning.

FASE 2: Set indicatoren

In de tweede fase van het traject wordt het visiedocument geconcretiseerd in meetbare indicatoren vanuit het perspectief van de cliëntwaardering en vanuit het perspectief van de zorginhoud (professionele kwaliteit). Deze indicatoren worden geordend volgens de in het visiedocument onderscheiden domeinen en thema's. In deze fase wordt waar nodig gedifferentieerd naar verschillende doelgroepen van cliënten die gebruik maken van diverse vormen van zorg en ondersteuning in de gehandicaptenzorg. Deze set zal in de loop der tijd worden aangepast op basis van nieuwe inzichten en mogelijkheden. De huidige set is een eerste versie die voor dit moment als de best haalbare en de best werkbaar wordt geacht.

FASE 3: Sturingsmodel en pilot

De derde fase omvat de ontwikkeling van het sturingsmodel: met welk instrumentarium en hoe de geselecteerde indicatoren gemeten en geregistreerd worden, wat aan wie wordt verantwoord, hoe afstemming plaats vindt met aanpalende ontwikkelingen zoals de Jaarverantwoording Zorginstellingen (voorheen het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording), de CQ-index Gehandicaptenzorg, het veiligheidsmanagementsysteem, certificering (HKZ) en andere kwaliteitstrajecten. Het ontwikkelde instrumentarium bij de set indicatoren wordt vervolgens bij een beperkt aantal instellingen getest en geëvalueerd op werkbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit.

FASE 4: Sectorbrede implementatie

In deze fase wordt de set indicatoren geïmplementeerd en opgenomen in de verantwoordingssystematiek van de Jaarverantwoording

Zorginstellingen. Deze systematiek moet leiden tot verticaal toezicht op de prestaties van de zorgaanbieders door de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de zorgkantoren, en tot een transparante informatiebron ten behoeve van cliënten (keuze informatie) en van beleid. Daarnaast kunnen de resultaten door zorgaanbieders worden gebruikt voor het spiegelen van de eigen prestaties aan die van andere zorgaanbieders, waardoor zicht komt op mogelijkheden tot verbetering. Prestatie-indicatoren kunnen ook worden gebruikt bij het op organisatieniveau inzichtelijk maken van de scholings- en ontwikkelingsbehoeften van instromende (beroepsonderwijs) en zittende (bij- en nascholing) medewerkers.

FASE 5: Doorontwikkeling en actualisatie.

Het kwaliteitskader is een continu verbeterproces, waarin de indicatoren en de gebruikte normeringen steeds opnieuw tegen het licht worden gehouden van de actuele stand van kennis, beleid, financieringsruimte en de opleidings- en competentieprofielen van beroepsbeoefenaren. Voor indicatoren waarvoor nog geen valide meetinstrumenten beschikbaar zijn, worden deze ontwikkeld. Ervaringen met bestaande indicatoren en instrumenten worden geëvalueerd en zo nodig leidt dit tot aanpassing van de indicatoren dan wel het instrumentarium.

3.

Reikwijdte van de visie

Hoewel de visie de gehele gehandicaptenzorg raakt, heeft het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg als geheel betrekking op de AWBZ-gefinancierde gehandicaptenzorg. Andere sectoren zijn zeker ook van belang voor de cliënten (onderwijs, werk, recreatie, wonen, hulpmiddelen en dergelijke), maar vallen in beginsel buiten de competentie van de voor dit kader verantwoordelijke partijen. De gehandicaptenzorg is een gedifferentieerde sector, die zorg en ondersteuning biedt aan mensen die verstandelijke, lichamelijke, zintuiglijke en/of meervoudige beperkingen hebben. De ondersteuningsbehoefte van deze mensen kan minimaal zijn en zich richten op een specifiek aspect van het leven, maar kan ook omvangrijk zijn en zich richten op meerdere aspecten van het leven. Mensen die gebruik maken van zorg en ondersteuning vanuit de gehandicaptensector hebben veelal levenslange beperkingen, die in verschillende levensfasen andere vragen met zich meebrengen. Het zorg- en ondersteuningsaanbod is hierop afgestemd: per individuele cliënt wordt binnen de grenzen van de AWBZ een aanbod op maat gecreëerd. De gehandicaptenzorg kent daarvoor een uiteenlopend zorgaanbod. De zorg en ondersteuning strekt zich uit van incidentele (extramurale) ondersteuning van zelfstandig wonende mensen met een beperking en gezinnen met een thuiswonend kind met een beperking, tot 24-uurs verblijfs-

zorg met volledige dagbesteding voor mensen met een veelal complexe intensieve zorgbehoefte en beperkte zelfredzaamheid. Naast de variatie in zorg en ondersteuning bestaat ook grote variatie in de terreinen waarop zorg en ondersteuning geboden wordt. Afhankelijk van de wensen en mogelijkheden van de cliënten, de aard en omvang van de zorg- en ondersteuningsbehoefte en de levensfase, maken mensen met beperkingen gebruik van diensten uit aan de gehandicaptenzorg grenzende sectoren. Denk bijvoorbeeld aan (speciaal) onderwijs en arbeidsvoorzieningen.

Dit visiedocument gaat er van uit dat de gehandicaptenzorg als sector één visie heeft op de ondersteuning die veelal levenslang en levensbreed is, en die per individuele cliënt op maat ingezet moet kunnen worden. Het gaat er in de gehandicaptenzorg om een bijdrage te leveren aan de totale kwaliteit van bestaan van de cliënt, aanvullend op de eigen mogelijkheden en – voor zover van toepassing - de mogelijkheden van de naasten van de betrokkene. Ondersteuning op maat betekent dat de geboden ondersteuning tot stand komt afgestemd op de individuele vraag van en in dialoog met de cliënt en - indien de cliënt dit wenst - zijn of haar naasten.

4.

Visie en uitgangspunten

Visie

Mensen met een beperking zijn burgers als ieder ander. Zij verdienen dezelfde kansen op een kwalitatief goed bestaan als mensen zonder beperking. Een kwalitatief goed bestaan betreft voor mensen met een beperking dezelfde soort zaken als voor elke burger, zoals gewaardeerd worden om wie je bent, zeggenschap hebben over je leven, verbonden zijn met andere mensen, vrienden hebben, deel hebben aan wat er in je omgeving gebeurt, van betekenis zijn voor anderen, bijdragen aan de samenleving. Deel uitmaken van de samenleving moet vanzelfsprekend zijn in het denken en handelen.

Ook mensen met een beperking willen een leven leiden dat past bij hun mogelijkheden, wensen en ambities (gewoon wat kan). Daarbij hebben zij veelal in mindere of meerdere mate zorg en ondersteuning nodig (speciaal waar nodig). Mensen moeten een beroep kunnen doen op verschillende ondersteuningsbronnen. Veelal vormt de directe sociale omgeving de belangrijkste bron van zorg en ondersteuning. Daar waar de zorg- en ondersteuningsbehoeften de mogelijkheden van het individu en van zijn of haar directe sociale omgeving te boven gaan, komt professionele zorg en ondersteuning in beeld. De aard en inhoud van die professionele

zorg en ondersteuning wordt op maat vormgegeven en hangt af van de individuele ondersteuningsbehoefte van de persoon met een beperking.

Deze individuele ondersteuningsbehoefte bepaalt de intensiteit van de zorg en ondersteuning en de aspecten van het leven waarop deze zich richt.

Uitgangspunten

Het centrale doel van zorg en ondersteuning in de gehandicaptenzorg is om mensen met een beperking te ondersteunen bij het zo goed mogelijk en zo zelfstandig mogelijk vormgeven van hun leven. De individuele persoon en de beoogde kwaliteit van diens bestaan zijn vertrekpunt voor het vormgeven van zorg en ondersteuning. De kwaliteit van de zorg en ondersteuning wordt bepaald door de mate waarin de gemaakte zorgafspraken gehaald worden. Dit vertaalt zich in twee uitgangspunten die voortvloeien uit de hiervoor geschetste visie op de kwaliteit van professionele zorg en ondersteuning in de gehandicaptensector:

4.1 Zorg en ondersteuning zijn gericht op het bevorderen dan wel in stand houden van de kwaliteit van bestaan van mensen met een beperking.

4.2 Eigen regie van mensen met een beperking is een centrale waarde in zorg en ondersteuning.

Deze uitgangspunten worden hieronder uitgewerkt. Per uitgangspunt wordt de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders, de professionals en de cliënt voor de kwaliteit van zorg en ondersteuning in relatie tot deze uitgangspunten beschreven.

ad 4.1 Zorg en ondersteuning zijn gericht op het bevorderen dan wel in stand houden van de kwaliteit van bestaan van mensen met een beperking

Dit uitgangspunt betekent dat zorg en ondersteuning een aantoonbare positieve invloed moeten hebben op de kwaliteit van bestaan van individuele mensen met een beperking. Zorg en ondersteuning kunnen zich richten op de gehele breedte van het bestaan maar dit betekent niet zonder meer dat zorgaanbieders bij alle cliënten daadwerkelijk op alle bestaansgebieden ondersteuning geven of binnen een bestaansgebied volledig verantwoordelijk zijn voor de uitkomsten. Met individuele cliënten en/of hun wettelijke vertegenwoordigers wordt afgesproken op welke gebieden welke ondersteuning wordt geboden. Dit wordt vastgelegd in zorgafspraken in het ondersteuningsplan¹. Over deze vastgelegde en ingekochte zorg leggen zorgaanbieders verantwoording af en hebben zij een verplichting tot leveren.

Bij het maken van de zorgafspraken staat de cliënt centraal. De cliënt en/of zijn wettelijk vertegenwoordiger geeft aan welke zorg en ondersteuning hij of zij wenst en nodig heeft. Indien de cliënt dit wenst, worden de naasten van de cliënt hierbij betrokken, opdat deze de belangen op basis van een natuurlijk bondgenootschap met de cliënt mede behartigen. De zorgaanbieder heeft in het vaststellen van de ondersteuningsbehoefte een adviserende en ondersteunende rol.

ad 4.2 Eigen regie van mensen met een beperking is een centrale waarde in de zorg en ondersteuning

Mensen met een beperking geven hun leven zelf vorm en inhoud en krijgen daarbij ondersteuning, passend bij hun ondersteuningsbehoefte. Mensen voeren regie over hun eigen leven en van daaruit ook regie over de zorg en ondersteuning die zij ontvangen. Zorg en

¹ Waar gesproken wordt over ondersteuningsplan kan ook zorgplan, begeleidingsplan of behandelplan worden gelezen.

ondersteuning komen op geleide van de wensen en behoeften van de cliënt en/of diens wettelijke vertegenwoordiger tot stand, binnen de vigerende wettelijke en financiële kaders en de professionele standaarden.

Eigen regie is een begrip met meerdere dimensies. In essentie gaat het er om dat mensen invloed moeten kunnen ervaren op wat er wel en niet met hen gebeurt. Dit komt tot uitdrukking in 'kleine' keuzemogelijkheden in het dagelijks leven (zoals de temperatuur van het washandje waarmee je 's ochtends gewassen wordt, naar welke dingen je graag kijkt, welke muziek je mooi vindt, welke kleren je vandaag wilt dragen, wat je op je brood wilt) en in belangrijke beslissingen over ingrijpende zaken, zoals het kiezen waar en met wie je gaat wonen, wat voor werk je wilt doen, welke ondersteuning je nodig hebt. Of mensen nu een lichte beperking hebben of een ernstige beperking: voor iedereen is het belangrijk om eigen invloed te kunnen ervaren. Dit uitgangspunt betekent dat het beïnvloeden van de leefomgeving voor alle cliënten mogelijk gemaakt moet worden. Bij cliënten met een ernstige verstandelijke beperking betekent dit vaak een extra inspanning in de ondersteuning en in observatiemethodieken om er achter te komen wat deze persoon uniek maakt, wat de betekenis is van signalen, wat voor keuzes hij/zij zou willen maken.

Eigen regie van de cliënt in relatie tot de professional

Eigen regie van de cliënt als uitgangspunt vraagt van de professional een vraaggerichte en responsieve attitude. Dit is een grondhouding, gericht op het bewust maken van en ruimte geven aan mensen met een beperking om zoveel mogelijk zeggenschap over alle facetten van hun leven te kunnen uitoefenen. De professional draagt bij aan het creëren van een uitdagende omgeving, die een beroep doet op ontplooiing, kansen biedt om nieuwe ervaringen op te doen, grenzen te verkennen en grenzen te verleggen, en tegelijk voldoende

veiligheid biedt. Een omgeving die het proces van empowerment stimuleert en versterkt, en bevordert dat mensen hun eigen (levens)doelen kunnen nastreven.

Soms kan het nodig zijn om vanuit het perspectief van professioneel handelen de concrete ondersteuningsvraag van cliënten te overstijgen. Dit komt vooral voor in het geval van bekende medische of (ped)agogische consequenties van het nalaten van handelingen of vanwege reëel gevaar voor de cliënt of anderen. Het is dan belangrijk dat in het proces een aantal voorwaarden is gerealiseerd, zoals een adequate dialoog tussen de cliënt en/of zijn wettelijk vertegenwoordiger en de zorgaanbieder. De relatie met de cliënt is gebaseerd op respect en vertrouwen, er worden duidelijke afspraken gemaakt over zorg en ondersteuning, deze worden vastgelegd en regelmatig geëvalueerd.

Eigen regie van de cliënt in relatie tot de zorgorganisatie

Eigen regie van de cliënt als centrale waarde vraagt van de zorgorganisatie een vraaggerichte uitwerking van de zorg en ondersteuning met een duidelijke visie op wonen, welzijn, ondersteuning en zorg, die uitgaat van de wensen en behoeften van de cliënt. Belangrijk hierin is dat zorg en ondersteuning inzet op het zoveel mogelijk versterken van de mens met een beperking in zijn mogelijkheden en het ontwikkelen hiervan. En op het stimuleren van de regie van de cliënt over zijn/haar eigen leven door mogelijk te maken dat professionals de wensen van de cliënt kunnen leren kennen, dat cliënten ondersteund worden bij het leren kiezen en dat zoveel mogelijk wordt geprobeerd om die keuzes serieus te nemen. Vraaggericht werken betekent ook dat zorg en ondersteuning in dialoog tussen de cliënt, en indien de cliënt dit wenst, ook met zijn of haar naasten en de zorgaanbieder tot stand komt. Er is sprake van een zogenaamd 'comakership'. Als de cliënt een wettelijk vertegenwoordiger heeft, wordt ook altijd de cliënt betrokken in het bepalen van wat nodig is. Het gaat daarbij niet alleen om wat er gebeurt,

maar ook om hoe dat gebeurt, wanneer en door wie. Zorgaanbieders moeten zich voortdurend afvragen wat de cliënt wil, welke ondersteuning daarbij het beste past, hoe het eigen aanbod daar het best op afgestemd kan worden, en wat de cliënt mogelijk nog meer nodig heeft of wil.

Eigen regie van de cliënt in relatie tot grenzen aan zeggenschap

Eigen regie betekent overigens niet dat zomaar alles kan. Voor ieder mens zijn er grenzen aan zeggenschap, daar waar dit ten koste gaat van zichzelf of van anderen of daar waar de beschikbare middelen en individuele mogelijkheden niet toereikend zijn om alle wensen te vervullen. Ook hier geldt dat er grote verschillen zijn tussen cliënten. Bij minderjarigheid, wilsonbekwaamheid of bij ondersteuning binnen de kaders van gedwongen hulpverlening, zal de regie voor een deel ingevuld worden door personen in het sociale netwerk van de cliënt en door professionals. Maar ook dan moeten de mogelijkheden die er zijn voor de cliënt om invloed te hebben op zaken die voor hem/haar belangrijk zijn, zoveel mogelijk worden benut.

Ook bij eigen regie als uitgangspunt geldt dat de zorgaanbieder verantwoording aflegt over de zorgafspraken zoals die gemaakt en vastgelegd zijn in het ondersteuningsplan. Het spreekt voor zich dat de cliënt en zijn naasten, partner zijn in het maken en regelmatig evalueren van dit ondersteuningsplan en dat er een beroep gedaan kan worden op cliëntondersteuning bij de hulpvraagverduidelijking, het maken van afspraken over de aard en inhoud van de zorg en ondersteuning die geboden wordt en het evalueren van hetgeen feitelijk geboden wordt en het zonodig bijstellen van afspraken. Indien de kwaliteit van dit proces of van de inhoud van de zorg tekort schiet, beschikt de cliënt en/of zijn wettelijke vertegenwoordiger over instrumenten om vraagsturing te bevorderen of zijn positie te versterken. Hiertoe zijn de wettelijk vastgelegde verplichtingen van klachtrecht en recht op medezeggenschap belangrijke instrumenten.

5.

Beschrijving van de kwaliteitsdomeinen en kwaliteitsthema's

De kwaliteit van de gehandicaptenzorg wordt primair afgemeten aan de mate waarin deze bijdraagt aan de kwaliteit van bestaan van de cliënt. Schalock en Verdugo (2002) onderscheiden acht domeinen die relevant zijn voor iemands kwaliteit van bestaan².

De kwaliteit van de gehandicaptenzorg wordt daarnaast bepaald door vier thema's, die de randvoorwaarden betreffen voor de bijdrage van de zorg en ondersteuning door instellingen in de gehandicaptenzorg aan de invulling van de kwaliteit van bestaan van een cliënt. Opgemerkt moet worden dat welke thema's en/of domeinen aan de orde zijn, bepaald wordt door de individuele situatie van de cliënt en de bestaande randvoorwaarden.

De kwaliteitsdomeinen en kwaliteitsthema's worden hieronder kort gekarakteriseerd. De kwaliteit van de geboden zorg en ondersteuning ten aanzien van een bepaald domein of thema kan op basis van deze karakterisering in kaart gebracht worden. Het is geen uitputtende opsomming van mogelijke resultaatgebieden. Het gaat steeds om de kwaliteit van zorg en ondersteuning op die domeinen en resultaatgebieden, waarop de zorg en ondersteuning zich in overeen-

² Schalock, R. & Verdugo Alonso, M.A. (2002). *Handbook of Quality of Life for Human Service Practitioners*. Washington: American Association on Mental Retardation.

stemming met de vraag van de cliënt richt. In het ondersteuningsplan wordt de specifieke beschrijving van welke domeinen en thema's van belang zijn, opgenomen.

Het ondersteuningsplan is het belangrijkste hulpmiddel bij het vastleggen van de domeinen en thema's waarop een cliënt zorg en ondersteuning nodig heeft. De concrete uitwerking van het visiedocument in prestatie-indicatoren zal om die reden beginnen met indicatoren over het ondersteuningsplan. Daarna worden de domeinen uitgewerkt in indicatoren volgens onderstaande volgorde.

1: Lichamelijk welbevinden.

Bij lichamelijk welbevinden gaat het om het optimaliseren van de gezondheid van de cliënt en om maatregelen die de gezondheid van de cliënt verbeteren, in stand houden of verslechtering tegengaan. Dit betekent dat met de cliënt wordt afgesproken waarin hij ondersteund zal worden met betrekking tot zaken als (zelf-)verzorging, algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), eten en drinken, algemene gezondheid en de balans tussen activiteit en voldoende ontspanning, rust en slaap.

2: Psychisch welbevinden

Psychisch welbevinden gaat over zaken als een positief zelfbeeld hebben, zich thuis voelen in de woonomgeving, werkomgeving en/of dagbestedingsomgeving, begrepen worden door mensen die voor de cliënt belangrijk zijn, positieve reacties krijgen van anderen. De ondersteuning is erop gericht de beleving van de cliënt van zijn psychisch welbevinden te verbeteren en op maatregelen die het psychisch welbevinden verbeteren, in stand houden of verslechtering tegengaan.

3: Interpersoonlijke relaties

Bij interpersoonlijke relaties gaat het om het opbouwen en onderhouden van relaties met anderen, zowel in aantal als in de kwaliteit van de relatie, en het omgaan met genegenheid en intimiteit.

Communicatie is essentieel voor relaties. Dit vraagt om specifieke aandacht en ondersteuning. De behoefte van de cliënt aan ondersteuning op het domein van interpersoonlijke relaties is doorslaggevend. De ondersteuning is er op gericht om de beleving van de cliënt van het aantal en de kwaliteit van zijn persoonlijke relaties te verbeteren en op maatregelen die dit verbeteren, in stand houden of verslechtering tegengaan.

4: Deelname aan de samenleving

De ondersteuning is er op gericht om een zo groot mogelijke deelname aan de samenleving mogelijk te maken. Dit houdt in dat de cliënt ondersteund kan worden bij het aanleren van vaardigheden, het in stand houden van werkrelaties, het onderhouden en leggen van contacten met lokale voorzieningen als dienstverlening, club- en buurthuiswerk, kerken, vrijwilligerswerk, winkels in de onmiddellijke woonomgeving, voorzieningen voor dagbesteding en bedrijven. Samen met professionals kan de cliënt zoeken naar gebieden waar zijn belangstelling naar uit gaat, welke vaardigheden hij daarvoor nodig heeft en welke ondersteuning hij daarbij wil of nodig heeft.

5: Persoonlijke ontwikkeling

Indien de cliënt daar behoefte aan heeft, wordt ondersteuning geboden bij het zoeken van scholing en mogelijkheden om dingen te leren en ervaringen op te doen en bij het zoeken naar werk of

alternatieven daarvoor. De eigen mogelijkheden en kwaliteiten van cliënten worden benut. De cliënt kan nieuwe dingen ondernemen en zijn eigen creativiteit uiten. De ondersteuning richt zich op het optimaliseren van de ontplooiingsmogelijkheden van de cliënt, zodanig dat dit leidt tot voldoening en bevrediging bij de cliënt.

6: Materieel welzijn

Bij materieel welzijn gaat het om het optimaliseren van de beleving van de cliënt van zijn materieel welzijn en om het optimaliseren van de sociaal-economische situatie van de cliënt. Het gaat hier om (ondersteuning bij) activiteiten die leiden tot een doelmatig financieel beheer en om huisvesting, indien de cliënt hier behoefte aan heeft. Inspanningen richten zich op een kwalitatief verantwoorde woon-situatie die voldoet aan bouwkundige en functionele maatstaven en de bereikbaarheid hiervan (openbaar vervoer, toegankelijkheid e.d.).

7: Zelfbepaling

Zelfbepaling betekent dat mensen met een beperking het recht hebben om eigen keuzes te maken en hun leven in te vullen op hun eigen persoonlijke wijze, binnen de grenzen van de maatschappelijke aanvaardbaarheid. Ondersteuning door professionals richt zich op het optimaliseren van de regie van de cliënt over het eigen leven. Dat betekent onder andere dat cliënten moeten kunnen leren ervaring op te doen met keuzemomenten en inspraak. Hierbij is het belangrijk dat de cliënt inzicht wordt verschaft in zijn of haar keuzemogelijkheden, de overtuiging dat er daadwerkelijk keuzevrijheid bestaat en de overtuiging dat gerekend kan worden op ondersteuning bij het invullen van de gemaakte keuze. De organisatie zal flexibel genoeg moeten zijn om de keuzes in het dagelijks leven en de geïndividualiseerde zorgdoelen van cliënten mogelijk te maken.

8: Belangen

Bij belangen gaat het om het optimaliseren van de beleving van de cliënt van zijn rechten en plichten als burger en als cliënt, en om maatregelen die de rechten en de positie van de cliënt versterken. De ondersteuning richt zich op het optimaliseren van de uitoefening van de rechten als burger (zoals stemrecht) en de rechten als cliënt (zoals het recht om te klagen, privacy, kwaliteit van zorg). Daarbij moet zowel voor cliënten als cliëntvertegenwoordigers op de diverse niveaus binnen de zorginstelling (woongroep, locatie, regio en centraal) medezeggenschap zijn geregeld. Dit is van belang om collectief invloed te kunnen uitoefenen op besluiten in de organisatie die van invloed zijn op de positie van cliënten. Voorwaarde om zelfbepaling en medezeggenschap te kunnen vormgeven is dat cliënten en hun vertegenwoordigers op een voor hen begrijpelijke manier geïnformeerd worden.

9: Zorgafspraken en ondersteuningsplan

Voor iedere cliënt is een individueel ondersteuningsplan en/of een individueel activiteitenplan beschikbaar, dat aansluit op zijn ondersteuningsvragen en dat vanuit het cliëntperspectief concreet geformuleerde doelen bevat. Het ondersteuningsplan en/of activiteitenplan is tot stand gekomen in samenwerking met de cliënt en zonodig in samenspraak met zijn wettelijke vertegenwoordiger. De voor de cliënt relevante disciplines hebben een zichtbare bijdrage geleverd aan het formuleren van doelen. Hierbij is er aandacht voor de professionele standaarden en is duidelijk welke zorg en ondersteuning een cliënt van de zorgverlener vraagt. Bovendien wordt uit het ondersteuningsplan en/of activiteitenplan duidelijk welke professionele ondersteuning nodig is om deze doelen te halen, wie waarvoor verantwoordelijk is, wanneer evaluatiemomenten nodig zijn en wanneer bijstelling van het ondersteuningsplan en/of activiteitenplan nodig is.

10: Cliëntveiligheid: fysieke veiligheid, sociale en emotionele veiligheid.

Het begrip veiligheid heeft een objectieve en een subjectieve component. De objectieve component heeft betrekking op algemeen geldende veiligheidsaspecten en maatregelen, neergelegd in richtlijnen en calamiteitenplannen op het terrein van bijvoorbeeld medicatie, het gebruik van medische hulpmiddelen, brandveiligheid, communicatie, fouten en (bijna)ongelukken, klachten en seksueel misbruik. Een specifiek aandachtspunt betreft veiligheidsaspecten rondom vrijheidsbeperkende maatregelen.

De subjectieve component heeft betrekking op de ervaren veiligheid, waarin zaken als een gevoel van geborgenheid en een goed verlopende communicatie een rol spelen. Deze ervaren veiligheid uit zich op terreinen als privacy, bejegening, informatie en grensoverschrijdend gedrag. De organisatie draagt er zorg voor dat beide componenten goed zijn geborgd door het hebben, toepassen en continu onderhouden van beleid op deze terreinen.

11: Kwaliteit van medewerkers en organisatie.

Deskundig personeel is in staat de gevraagde ondersteuning te bieden aan cliënten, voldoet aan de eisen die aan het werk in de gehandicaptenzorg worden gesteld. Dit personeel is in staat en waar nodig bevoegd om de in het ondersteuningsplan afgesproken activiteiten adequaat uit te voeren. De organisatie schept hiertoe de voorwaarden zodat de signalen en behoeften van individuele cliënten tijdig en juist worden geïnterpreteerd en dat hier op een professionele wijze mee wordt omgegaan, in ieder geval voor wat betreft het sociaal-emotioneel, cognitief en somatisch functioneren. Wanneer medewerkers zich ondersteund voelen door deskundigen en management heeft dit een directe relatie met de kwaliteit van de geboden zorg en ondersteuning. Tevens moet duidelijk zijn welke

eisen worden gesteld aan het handelen, dat medewerkers bevoegd en bekwaam zijn en blijven - zowel qua opleiding, scholing en ervaring als qua attitude en bejegening - en dat getoetst wordt of de medewerkers handelen volgens de richtlijnen/afspraken. Indien er sprake is van specifieke doelgroepen, heeft de organisatie in beeld welke aan deze doelgroepen gerelateerde signalen en behoeften men kan verwachten.

Personeelsbeleid moet gericht zijn op het binden van medewerkers aan de zorgorganisatie en hun vak. Daarmee wordt ook bijgedragen aan het beheersen van verzuim en verloop.

12: Samenhang in zorg en ondersteuning.

Bij samenhang in zorg en ondersteuning gaat het om twee aspecten. Als eerste het waarborgen van continuïteit door overlappingsen of hiaten in de zorg en ondersteuning te vermijden. Dit stelt eisen aan de overdracht van gegevens bij gelijktijdige bemoeienis met een cliënt, bijvoorbeeld in het geval van uitwisseling tussen teamleden, tussen wonen en dagbesteding of tussen het team van de woning en consulenten van binnen of buiten de eigen organisatie. Dit geldt ook voor overdracht van gegevens als de cliënt naar een andere locatie of zorgaanbieder gaat. Een goede communicatie is nodig rondom de coördinatie van de ondersteuning.

Het tweede aspect betreft het belang voor cliënten om hun dagelijkse ondersteuning zo veel mogelijk vanuit een kleine kring van bekende medewerkers te ontvangen. Dit wordt mogelijk gemaakt door een personeelsbeleid dat gericht is op het voorkomen van onnodige personeelwisselingen door ziekte, verloop en tijdelijke overplaatsingen.

6.

Vervolg

In de volgende fase worden de hierboven beschreven domeinen en thema's uitgewerkt tot meetbare prestatie-indicatoren en een CQ index. Met deze set zal het kwaliteitsniveau worden gemeten, binnen de bestaande organisatorische en financiële kaders en binnen de kaders van de momenteel beschikbare professionele kennis en opleidingscurricula. Aan veel indicatoren zullen relatieve normen worden gekoppeld. Dit zijn normen waarbij de score van een zorgaanbieder wordt vergeleken met de scores van andere zorgaanbieders. Zo ontstaat een beeld van een gemiddelde met daaronder de zorgaanbieders die minder goed scoren en daarboven de zorgaanbieders die beter presteren. Dit maakt duidelijk wat goede voorbeelden zijn binnen de sector op een bepaald gebied. Het vergelijken van de resultaten van een zorgaanbieder met de best practice genereert een krachtige verbeterimpuls. Naast de relatieve normen zullen voor een aantal indicatoren ook absolute normen nodig zijn, in het bijzonder voor veiligheidsaspecten en voor normeringen die voortkomen uit professionele standaarden.

Het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg is leidend voor de kwaliteitsinstrumenten in de gehandicaptenzorg. Organisaties kunnen de meetresultaten van prestatie-indicatoren en cliëntwaarderingsonderzoeken gebruiken voor het eigen interne kwaliteitsmanagementsysteem en verbeteracties die betrekking hebben op beroepsopleiding en bij- en nascholing van personeel. Daarnaast worden de bevindingen uit kwaliteitspeilingen gebruikt voor keuzeondersteunende informatie voor zorgvragers.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg zal met het gefaseerd en gelaagd toezicht op voor haar specifieke gebieden aansluiten bij dit kwaliteitskader. Ook de zorgverzekeraars gebruiken de informatie uit de prestatie indicatoren en CQ index voor hun contracteerbeleid van zorginstellingen.

Bijlage

**Fasen in de ontwikkeling en implementatie van het
Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg**

Kwaliteitskader

Gehandicaptenzorg

Doel:

1. Toetsen
2. Verantwoorden
3. Transparant maken
4. Verbeteren

1.....▶

Visiedocument (visie op kwaliteit van zorg en ondersteuning in de gehandicaptenzorg)

Uitgangspunten:

1. kwaliteit van bestaan
2. eigen regie

Thema's mbt kwaliteit van bestaan:

1. lichamelijk welbevinden
2. psychisch welbevinden
3. interpersoonlijke relaties
4. deelname aan de samenleving
5. persoonlijke ontwikkeling
6. materieel welzijn
7. zelfbepaling
8. belangen

Thema's mbt zorgvoorwaarden:

9. zorgafspraken en ondersteuningsplan
10. cliëntveiligheid
11. kwaliteit van medewerkers en organisatie
12. samenhang in zorg en ondersteuning

2.....▶

Set indicatoren

Per themagebied worden een of meerdere indicatoren gekozen die indicatief zijn voor de kwaliteit van zorg en ondersteuning. Deze indicatoren worden meetbaar gemaakt vanuit twee perspectieven: waardering door de cliënt en de te stellen normen aan de zorginhoud.

3.....▶

a. Sturingsmodel (weergave kenmerken inclusief meetmethode/-instrument per indicator)

Met welk instrumentarium wordt wat gemeten, hoe wordt gemeten en geregistreerd, wat wordt verantwoord aan wie, hoe wordt afgestemd met aanpalende ontwikkelingen zoals de Jaarverantwoording Zorginstellingen, de CQ-index en het veiligheidsmanagementsysteem.

b. Pilot en evaluatie visiedocument, set prestatie-indicatoren en sturingsmodel.

Het ontwikkelde instrumentarium bij de indicatorenset wordt getest en geëvalueerd op werkbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit.

4.....▶

Sectorbrede implementatie:

Indicatorenset wordt opgenomen in verantwoordings-systematiek van de Jaarverantwoording Zorginstellingen voor vertikaal toezicht op prestaties. Bovendien krijgen organisaties zicht op eigen prestaties in relatie tot de prestaties van anderen en mogelijkheden tot verbeteren.

5.....

Doorontwikkeling en actualisatie

De indicatorenset en gebruikte normeringen worden voortdurend geactualiseerd en aangepast.

Colofon

Dit kwaliteitskader gehandicaptenzorg is in gezamenlijkheid ontwikkeld door: cliëntenorganisaties (FvO, CG-raad, LFB), zorgaanbieders (VGN), beroepsorganisaties (NVO, NIP, NVAVG, V&VN, Phorza), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Uitgave Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), instellingen voor dienstverlening aan mensen met een handicap, Oudlaan 4, 3515 GA Utrecht, T 030-27 39 300, www.vgn.org

Publicatienummer: 707.164

Bestellingen

Deze uitgave kan zolang de voorraad strekt worden besteld bij de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. Postbus 413, 3500 AK Utrecht, T 030-27 39 300, F 030-27 39 387.

Bestellen kan ook via publicaties@vgn.org. Bij de bestellingen graag de titel, het publicatienummer en het gewenste aantal vermelden.

Deze publicatie is tevens te downloaden via het ledennet van de VGN.

Grafisch Ontwerp Reinoud van Hasselt, Amsterdam

Drukwerk Spectrafacility, Utrecht

Deze publicatie is met grote zorgvuldigheid en met gebruikmaking van de meest actuele gegevens tot stand gekomen. Het is evenwel niet geheel uitgesloten dat de informatie uit deze brochure onjuistheden of onvolkomenheden bevat. De VGN aanvaardt geen aansprakelijkheid voor directe of indirecte schade ontstaan door eventuele onjuistheden en/of onvolkomenheden.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of worden openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.



Federatie van Ouderverenigingen



Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

