

Kern van het nieuwe kwaliteitskader verpleeghuiszorg

Systematisch leren en verbeteren

De ramen in de verpleeghuiszorg moeten open. Opdat bestuurders en zorgprofessionals vanzelfsprekend van elkaar leren en daarbij over de grenzen van de eigen instelling kijken. Dat zegt Jan Kremer, voorzitter van de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut. Hij stelde met zijn raad het nieuwe kwaliteitskader verpleeghuiszorg op. Op het KiZ-congres 2017 verzorgt hij de openingspresentatie.

J. Kloeze

Velen vinden het jammer dat het nieuwe kwaliteitskader verpleeghuiszorg niet principle based is, zoals dat wel geldt voor de governancecode zorg 2017 en voor het nieuwe toezichtskader van IGZ en NZa, Gezond Vertrouwen. Dat blijkt uit reacties, zoals bijvoorbeeld tijdens een in maart van dit

Jan Kremer is keynote spreker op het KiZ-congres van 2 november - mis het niet!

jaar gehouden governance-symposium. Waar de code en het toezichtskader principes formuleren die in de praktijk moeten worden uitgewerkt, kiest het nieuwe kader ervoor duidelijke doelstellingen aan het veld op te leggen. Zo moeten zorgprofessionals worden opgenomen in de raad van bestuur, zijn zorgprofessionals verplicht tot uitwisselingen met andere instellingen en dienen zorginstellingen en hun bestuurders een lerend netwerk te ontwikkelen. Kwaliteitsplannen en zorgleefplannen worden dwingend voorgescreven en gaan vergezeld van een duidelijke deadline.

Waarom heeft de Kwaliteitsraad niet voor een principle based kwaliteitskader gekozen?

‘Impliciet hebben we dat juist wel gedaan. In de inleiding hebben we tien uitgangspunten geformuleerd. Die tien uitgangspunten vormen de basisgedachten achter dit kader. Minder bureaucratie is er zo een. Net als de patiënt een stem geven. Het allerbelangrijkste uitgangspunt is dat in deze sector de mensen samen gaan leren en verbeteren. Onze analyse is dat de kwaliteit van verpleeghuiszorg grotendeels wordt bepaald in de context van wonen en werken. Die context is echter uiterst complex en vraagt om systematisch leren en verbeteren door alle betrokken partijen. Dat wij in het kader de nadruk leggen op dat leerproces is naar onze mening een ommekeer in de discussie over verpleeghuizen. We hebben daar kritiek op gehad, maar we hebben op dit punt onze rug recht gehouden bij sectorpartijen en bij instanties als IGZ en NZa. Want de sector staat in de schijnwerpers. Er gaan miljarden euro's in om. Er werken meer dan 200.000 mensen. Systematisch leren en verbeteren in de ouderenzorg is van een groot maatschappelijk belang.’

De kritiek is desondanks dat u dit leerproces dwingend voor lijkt te schrijven, niet alleen in wat er moet gebeuren, maar ook hoe.

De reikwijdte van het kader betreft:

- WLZ geïndiceerd.
- ZP 4 t/m 10, inclusief behandeling.
- ZP zonder behandeling.
- Geriatrische behandelzorg.
- Thuiszorg.
- Dagbehandeling.



Mieke Meesen

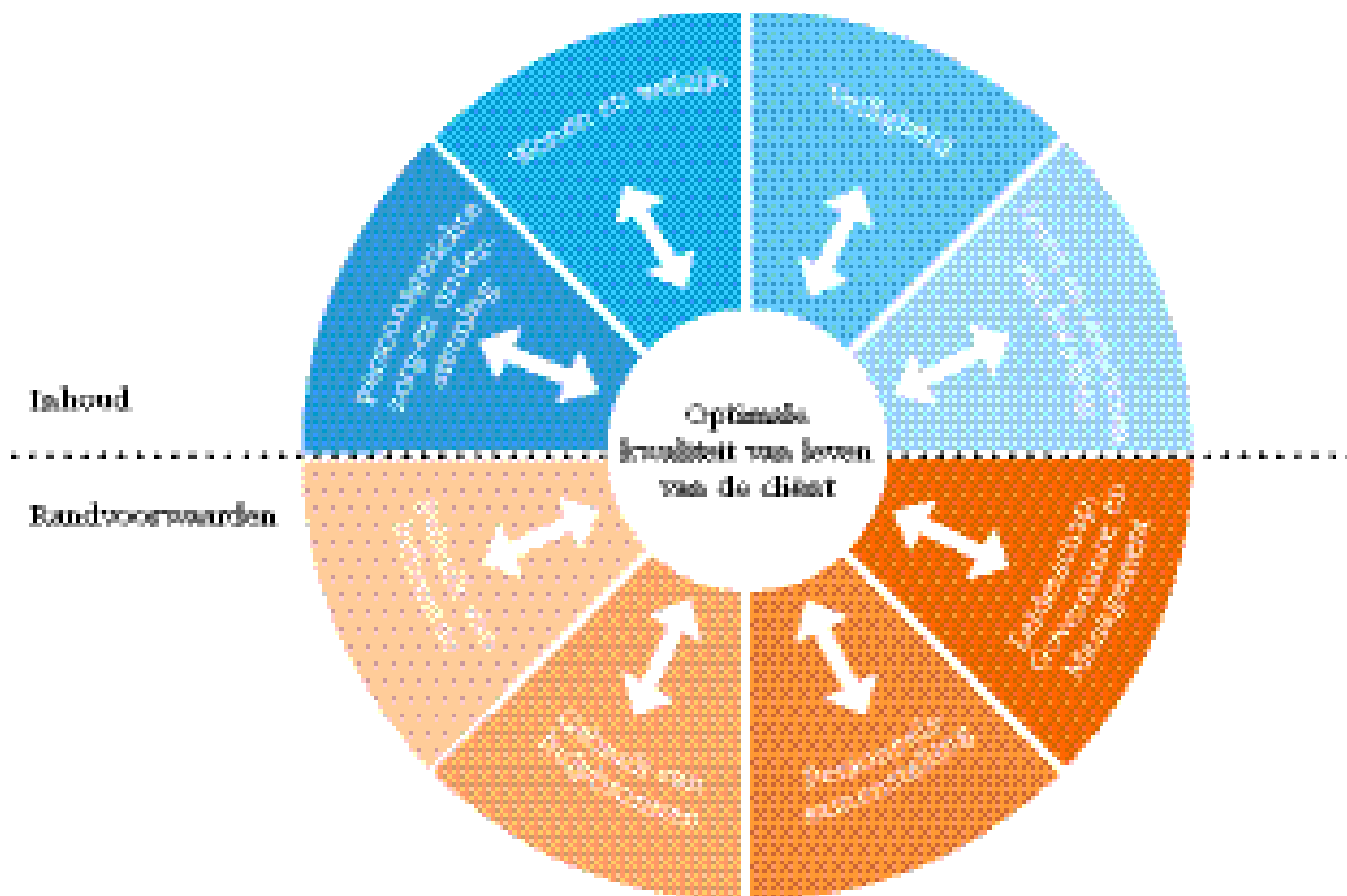
Jan Kremer is onder meer voorzitter van de Kwaliteitsraad

‘Wat we over systematisch leren en verbeteren in de ouderenzorg zeggen, is niet vrijblijvend. Tegelijkertijd is er ruimte om in de complexiteit van wonen en werken naar concrete invullingen daarvan te zoeken. Dat vraagt om leiderschap, professioneel leiderschap. Dit leiderschap komt het beste tot zijn recht als het is verankerd in die complexe context zelf. Daarom vinden we dat zorgprofessionals tot in de raad van bestuur vertegenwoordigd moeten zijn. Maar hier schrijven we niet exact voor wie of wat. Als de huidige bestuurder bijvoorbeeld in zijn carrière een verpleegkundige achtergrond heeft, is dat prima.

Kijk ook naar wat we zeggen over de personeelssamenstelling in verpleeghuizen. Anders dan in het manifest van Hugo Borst schrijven we geen dwingende verhoudingen voor van bijvoorbeeld twee personeelsleden op een groep van acht cliënten. Dat doet geen recht aan de complexiteit van de omgeving. Soms zijn er meer dan twee nodig en soms kan men wellicht met één volstaan. Het uitgangspunt is

Institutioneel doorpakken

Jan Kremer is arts en hoogleraar met een prachtig cv, waaraan sinds kort het voorzitterschap van de Kwaliteitsraad kan worden toegevoegd. Die raad is onderdeel van Zorginstituut Nederland. Kremer heeft desgevraagd getwijfeld of hij deze functie wel zou aanvaarden, ondanks een heel professioneel leven gewijd aan kwaliteit van zorg. Want zou hij wel mee moeten werken aan overheidsbemoeienis met zorgkwaliteit? Is dat niet te institutioneel? Toch heeft hij het gedaan. *(Met grote gevolgen, want zoals recent bekend is geworden is de regering verplicht het geld te leveren dat gemoeid is met de voorschriften in dit kader, naar verluidt meer dan 2 miljard euro - JK).* In deze rol kan Kremer boven eventuele conflicten uit stijgen en in het belang van 17 miljoen Nederlanders doorpakken. Want de Kwaliteitsraad heeft doorzettingsmacht. Niet dat hij graag gebruik maakt van die macht. Integendeel. Hij vindt dat de Kwaliteitsraad bescheiden moet blijven en als er, zoals begin dit jaar bij het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, moet worden ingegrepen, dan gebeurt dat in zekere zin contre coeur. Daarmee heeft de Kwaliteitsraad in diens korte bestaansgeschiedenis laten zien dat het kan, dat het mogelijk is om een haperend proces vlot te trekken op basis van institutioneel gezag. Het hielp natuurlijk dat er een heldere deadline was gesteld. En natuurlijk hoefde de raad niet ‘from scratch’ te beginnen. Men kon verder gaan met het concept kwaliteitskader dat er lag. En de V&VN had al een goed stuk geschreven over personeelssamenstelling in de verpleeghuizen. Ook hielp het dat zijn raad wat meer op afstand van het veld en de gevestigde belangen stond. Maar het belangrijkste was volgens Kremer dat de maatschappelijke druk om nu door te pakken op een zo belangrijk en voortdurend in de belangstelling staand onderwerp groot was.



omschreven, de invulling is een kwestie van leiderschap.’

Toch lees ik in het kader een dwingend voorschrift om bijvoorbeeld een incidentencommissie op te tuigen. Deadline 1 juli 2017. Een lerend netwerk moet op 1 januari 2018 operationeel zijn.

‘Zo’n incidentencommissie is bij uitstek een manier om te leren van fouten en past dus perfect in ons uitgangspunt van systematisch leren en verbeteren. Dat geldt ook voor het niet vrijblijvende karakter van een lerend netwerk. Het moet veel meer vanzelfsprekend worden dat verpleeghuizen de ramen open zetten. Deze sector kenmerkt zich nog in hoge mate door eilanden, zowel binnen instellingen als daarbuiten. De deadlines in het kader zijn om daar druk op te houden. Uiteindelijk is het aan het externe toezicht om te bepalen hoe daarmee om te gaan.’

Ander voorbeeld. U formuleert in het kader vier essentiële veiligheidseisen waaraan verpleeghuizen moeten voldoen. En u kondigt daartoe nieuwe indicatoren aan. Is dat niet een klassieke vorm van afvinklijsten maken?

‘Mensen die naar een verpleeghuis gaan én hun naasten moeten kunnen rekenen op een basale vorm van veiligheid met heldere normen voor decubitisbestrijding, regels voor medicatieveiligheid, tegen gaan van vrijheidsbeperking en voorkomen van acute ziekenhuisopnamen. Die normen zijn er

Vijf opvallende zaken

Zelf volbloed afkomstig uit de cure, vielen Jan Kremer vijf dingen op aan de ouderenzorg.

1. De rol van zorgprofessionals in de beleidsontwikkeling is vergeleken met de ziekenhuiswereld klein.
2. Er zijn grote kwaliteitsverschillen tussen zorginstellingen in de ouderenzorg.
3. De vanzelfsprekendheid om onderling van elkaar te leren ontbreekt.
4. Er is gebrek aan wetenschappelijke kennis over wat goede verpleeghuiszorg is.
5. De sector heeft zware klappen gehad, vaak onterecht.

Nadruk op het leerproces is een ommekeer in de discussie over verpleeghuizen



Systematisch leren en verbeteren is de kern van alle kwaliteitskaders in de zorgsector.

niet op de manier waarop ze er zouden moeten zijn. Daarom zijn partijen als V&VN, IGZ en Verenso nu aan het werk om op deze vier basisveiligheidseisen indicatoren op te stellen. Als de basis in orde is, volgen nog afspraken op het gebied van zaken als valpreventie, incontinentiebehandeling en diagnostiek van onbegrepen gedrag.'

Veel verpleeghuizen functioneren op het gebied van kwaliteit en veiligheid uitstekend. Andere niet, zoals blijkt uit de rapporten van de inspectie. Hoe verklaart u die grote verschillen in deze sector?

'In beginsel is de bestaande variatie niet onte-recht. Er zijn grote verschillen in bedrijfsomvang, cliëntgroepen en de mate van betrokkenheid van zorgprofessionals. Maar er ontbrak een kwaliteitskader. Dat heeft beslist een rol gespeeld. Zo'n kader is er nu wel. Er ligt een duidelijke visie op wat kwaliteit en veiligheid in de verpleeghuiszorg minimaal moet zijn.'

Is dit kwaliteitskader verpleeghuiszorg gebaseerd op een medisch model?

'Dat vind ik niet. Patiëntgerichte zorg betekent in verpleeghuizen, waar mensen nog slechts gemiddeld zes tot acht maanden verblijven, dat de focus ligt op kwaliteit van leven. Dat levert een potentieel conflict met veiligheidseisen op. We realiseren ons dat natuurlijk. Mede daarom is de context van wonen en werken in ver-

De tien uitgangspunten

- 1) Cliënt als mens is vertrekpunt.
- 2) Nadruk op leren.
- 3) Toezicht gericht op leren en verbeteren.
- 4) Vertrouwen versterken in zorgverleners.
- 5) Focus op samen leren.
- 6) Verminderen bureaucratie.
- 7) Veilig voor cliënten.
- 8) Extra aandacht aan personeelssamenstelling.
- 9) Sluit aan bij WLZ.
- 10) Beschrijft het minimale niveau.

pleeghuizen zo complex. Medische zorg in verpleeghuizen is bovendien ernstiger geworden. De pathologie is er bij wijze van spreken complexer dan in ziekenhuizen. Daarom kan de sector leren van elementen uit de cure, waar onder meer de kwaliteitsbeleving sterker is ontwikkeld en het systematisch leren van elkaar vanzelfsprekender is. Tegelijkertijd kan de cure voor een deel van de care leren wat het enorme belang van context is in de manier waarop persoonsgerichte zorgverlening tot stand komt.'

Dit artikel is eerder verschenen in BoardRoom ZORG nr. 2 - 2017

Informatie over de auteur

Jan Kloeze is hoofdredacteur BoardRoom ZORG en lid van de redactie van tijdschrift KiZ.