

Inleiding

Het maatschappelijke belang van verbetering van de kwaliteit van langdurige zorg is evident. De afgelopen jaren hebben verschillende partijen in de AWBZ hier alleen of in samenwerking met anderen hard aan gewerkt. Daaruit is het programma Zorg voor Beter ontstaan.

Samen met branche-, beroeps- en cliëntenorganisaties wil VWS komen tot een verdere verbeteringslag: samenhang tussen de vele initiatieven voor verbetering van de langdurige zorg. In oktober 2005 heeft de Staatssecretaris daarom een brede Taskforce Zorg voor Beter ingesteld. De trekkers van de verschillende programma's onder Zorg voor Beter hebben zitting in de Taskforce, evenals vertegenwoordigers van de cliëntenorganisaties, brancheorganisaties in de AWBZ, Zorgverzekeraars Nederland en de beroepsorganisaties. Zie bijlage 1 voor een overzicht van de leden van de Taskforce. Vooral de (hernieuwde) deelname en medewerking van de brancheorganisaties is een grote stimulans voor het commitment van het veld aan Zorg voor Beter.

De Taskforce rapporteert twee keer per jaar aan de Staatssecretaris van VWS over Zorg voor Beter. Dit is de eerste voortgangsrapportage van de Taskforce. Allereerst wordt ingegaan op het doel en de taken van de Taskforce. In het tweede deel van de voortgangsrapportage worden de feitelijke resultaten tot nu toe op een rij gezet. Het derde deel is ingeruimd voor een oordeel van de leden van de Taskforce over het functioneren van de Taskforce en Zorg voor Beter enerzijds en over aanpalende relevante ontwikkelingen anderzijds.

Samenvatting

De leden van de Taskforce zijn na een langzame start enthousiast over hun deelname. Ze waarderen de meerwaarde die het bijeenbrengen van deze verscheidenheid aan partijen heeft. De meerwaarde wordt gezien in het voorkomen van dubbelingen en het elkaar informeren over relevante trajecten. Een belangrijke eerste stap die de leden van de Taskforce hebben gezet is het afbakenen van Zorg voor Beter en de verantwoordelijkheden van de Taskforce. Dat betekent dat een raamwerk is neergezet waarbij meteen duidelijk is welke activiteiten er wel of niet in passen. Aan een dergelijk raamwerk bestond grote behoefte.

De leden van de Taskforce signaleren ook een aantal zorgpunten. Op de eerste plaats is dat het borgen van de resultaten. Wie voelt zich daarvoor verantwoordelijk? Daar komt bij dat de aandacht voor zichtbare positieve effecten voor cliënten nog onderbelicht is. Welke resultaten 'verdienen' het om te worden geborgd? Op de tweede plaats is het gedachtegoed van Zorg voor Beter nog teveel gericht op de verpleging en verzorging. De verbreding met de gehandicaptenzorg en op korte termijn de geestelijke gezondheidszorg moet meer zichtbaar worden gemaakt.

Op de derde plaats waarschuwt de Taskforce voor een te eendimensionaal gebruik van de gegevens die worden verzameld. Dat het verzamelen van deze gegevens van groot belang is, staat niet ter discussie. Daarbij moet echter wel worden bedacht dat er geen sprake is van hét verpleeghuis of dé gehandicapteninstelling. Bij getallen hoort altijd een gedegen uitleg.

Iedereen is het erover eens dat de normen voor verantwoorde zorg in de verpleging en verzorging een goede eerste stap zijn. De Taskforce wil desalniettemin drie kanttekeningen plaatsen. De normen zijn nog teveel gericht op het medisch model, dit verhoudt zich niet goed tot de praktijk in de AWBZ. Bovendien moeten we ons realiseren dat de normen voor verantwoorde zorg nu gericht zijn op output en niet op outcome en dat is niet altijd wenselijk. Wat daarnaast door sommige leden van de Taskforce wordt gemist in de discussie over normen is de scheiding tussen enerzijds normen voor veiligheid van cliënten en anderzijds zaken die niet te meten zijn en te maken hebben met professionaliteit en maatwerk (bijvoorbeeld het positieve effect van ambiance op de eetlust). Beide onderdelen zijn met de juiste instrumenten goed te meten maar de nadruk ligt op dit moment vooral op het eerste onderdeel.

Het aanjagen van succesvolle ontwikkelingen is door de langzame start nog niet echt van de grond gekomen. Dit is een aandachtspunt voor de komende periode.

1 Taskforce Zorg voor Beter

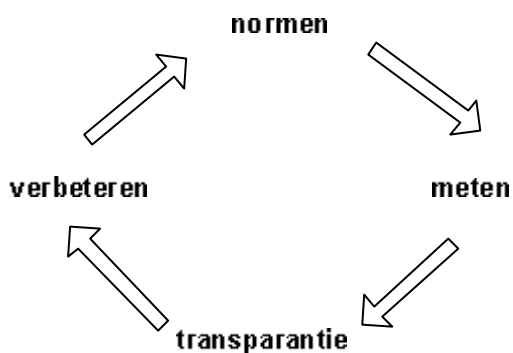
Het bewerkstelligen en uitdragen van de samenhang tussen de diverse initiatieven is de eerste prioriteit van de Taskforce. Tevens moet worden bereikt dat alle betrokken partijen zich committeren aan en verbonden voelen met Zorg voor Beter.

De werkzaamheden van de leden van de Taskforce zijn vijfledig:

- bewaken samenhang en voortgang Zorg voor Beter
- afbakening inhoud en proces Zorg voor Beter
- eenheid in Zorg voor Beter
- uitdragen van bereikte resultaten
- aanjagen succesvolle ontwikkelingen

Uitgangspunt voor de leden van de Taskforce is dat de verbetering van kwaliteit een cyclisch proces is. Normen worden gezamenlijk vastgesteld. Vervolgens is het van belang deze normen te (kunnen) meten. Hiervoor worden instrumenten ontwikkeld. Het moet voor iedereen duidelijk zijn op welke manier de normen worden gemeten en wat de resultaten van het meten zijn: transparantie. Wanneer blijkt dat om welke reden dan ook niet aan de normen wordt voldaan, is het tijd om verbeteringen door te voeren. Dat kan op verschillende manieren, op verschillende momenten en bij elk van de betrokken partijen het geval zijn. Tot slot kunnen deze verbeteringen leiden tot een nieuwe discussie over de normen die eerder zijn geaccepteerd. Eventueel leidt dit tot een aanpassing van de normen.

Schematisch ziet de cyclus er als volgt uit:



Het is van belang te benadrukken dat niet iedereen zich op hetzelfde moment in dezelfde fase bevindt of hetzelfde tempo aanhoudt. Er is daarbij geen sprake van 'goed' of 'slecht'. Binnen één aanbieder kan het ook voorkomen dat er voor de verschillende domeinen van hun organisatie sprake is van een andere fase in de cyclus. Partijen kunnen bovendien op elk punt in de cirkel 'instappen'. Het startpunt ligt niet voor iedereen automatisch bij het vaststellen van normen.

De Taskforce ziet voor zichzelf een rol weggelegd in het verbeteronderdeel van de cyclus. Deze voortgangsrapportage heeft dan ook vooral daarop betrekking. Daarnaast zal de Taskforce een uitspraak doen over het functioneren van de hele cyclus. Gezien de samenstelling en ervaring van de leden van de Taskforce, acht de Taskforce zichzelf daartoe zeker in staat.

2 Bereikte resultaten

Het verbeteronderdeel van de genoemde cyclus bestaat uit een vijftal onderdelen: de verbetertrajecten, het Landelijk Dementieprogramma, innovatie, het Steunpunt verpleeghuiszorg en het advies van de werkgroep directeuren over de wenselijkheid van een uniform system of accounts. Hieronder wordt van deze vijf onderdelen aangegeven van de oorspronkelijke doelstelling is, wat er is bereikt en wat de plannen zijn voor de nabije toekomst.

Zoals gezegd kunnen de deelnemers aan onderstaande programma's in verschillende fasen van de cyclus starten hun eigen tempo aanhouden. Wat de Taskforce van groot belang vindt, is dat er hard wordt gewerkt door alle deelnemers. Voor de Taskforce is het zaak de samenhang tussen de verschillende programma's te stimuleren.

2.1 Verbetertrajecten

Het programma Verbetertrajecten heeft als doel de kwaliteit van de langdurige zorg te verbeteren en bij te dragen aan het bereiken van verantwoorde zorg en ondersteuning. De nadruk ligt op het inventariseren, verspreiden en toepassen van bestaande kennis en innovaties, waarvan de resultaten leiden tot verbeteringen waar cliënten baat bij hebben. Daarnaast wordt een veranderaanpak ontwikkeld, toegepast en verspreid waarmee instellingen in de zorgsector op een resultaatgerichte

wijze de zorg voor cliënten kunnen blijven verbeteren. De verantwoordelijkheid voor (het verbeteren van) die kwaliteit ligt bij de zorgaanbieder.

Binnen het programma Verbetertrajecten wordt op zeven thema's gewerkt aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Op elk thema starten minimaal twee verbeter rondes. In elke ronde werken ongeveer vijftien teams van (verschillende) aanbieders rondom een specifiek thema samen aan verbetering van kwaliteit.

Ze worden daarbij ondersteund en geadviseerd door experts: bij het opstellen van een verbeterplan, bij de implementatie van veranderingen en met cursus- en voorlichtingsmateriaal. De kennis die de teams in de verbeter ronde opdoen, wordt verzameld in een databank en op grote schaal verspreid. Zo helpen de teams andere aanbieders in het optimaliseren van de kwaliteit van zorg. Daarnaast wisselen de teams kennis en ervaring uit over mogelijke verbeteringen in de praktijk en proberen ze samen de kloof tussen kennis en praktijk te dichten.

De overall beoogde doelstellingen van de Verbetertrajecten zijn:

- Minimaal 350 instellingen hebben deelgenomen aan een verbeter ronde.
- In minstens 70 procent van de instellingen die aan een verbeter ronde hebben deelgenomen, is een aantoonbare verbetering gerealiseerd.
- Minstens 70 procent van de instellingen die aan een ronde hebben deelgenomen, past de verbeteraanpak ook toe op andere onderwerpen.
- 80 procent van het management en de kwaliteitsfunctionarissen van instellingen in de zorgsector is op de hoogte van het programma en enkele producten.

Om de derde en vierde doelstelling van de verbetertrajecten te bereiken, wordt momenteel gewerkt aan een plan om de uitrol, zowel intern als extern, te stimuleren.

Op dit moment worden in de verbetertrajecten de volgende verbeter rondes onderscheiden:

- decubituspreventie en -behandeling
- eten en drinken
- zeggenschap
- preventie van seksueel misbruik

Daarnaast zijn er concrete plannen voor de start van verbeter rondes in 2006 op de onderwerpen valpreventie, medicatieveiligheid en omgaan met agressie/gedragsproblemen. Een compleet overzicht van de concrete doelstellingen en de resultaten tot nu toe van elk van de reeds gestarte verbeter rondes, vindt u in bijlage 2.

Er blijkt goede belangstelling te zijn voor de verbetertrajecten, hoewel die voor de afzonderlijke thema's verschilt. Het accent heeft tot nu toe vooral gelegen op het informeren van instellingen over de verbetertrajecten. Vanaf nu zal in de communicatie meer aandacht uitgaan naar het bevorderen dat instellingen gebruik maken van de resultaten, de borging van de resultaten en het bereiken van commitment van belangrijke stakeholders.

Decubituspreventie en -behandeling

De inspanningen op dit verbetertraject hebben geresulteerd in een deelname van 31 teams in twee rondes (oktober en december 2005). Hiervan zijn zes teams afkomstig uit de gehandicaptenzorg, vier uit de thuiszorg en 21 uit de ouderenzorg. De deelnemende instellingen waarderen het verbetertraject positief. Zowel de ondersteuning als de werkbijeenkomsten worden gewaardeerd met een 4 (op een schaal van 1 tot 5).

Uit de eerste ervaringen blijkt dat de kennis over decubitus van uitvoerende medewerkers in veel instellingen erg beperkt is. Alle instellingen vragen in hun actieplan aandacht voor deskundigheidsbevordering in de loop van het traject, maar in de praktijk blijkt dat het nodig is om meteen te beginnen met het bijbrengen van basale kennis over decubitus. Vooral in de gehandicaptenzorg ontbreekt het bij medewerkers aan kennis over dit onderwerp. In de volgende ronde van het verbetertraject zal vanaf het begin aandacht worden besteed aan het bijbrengen van kennis over decubitus. Overwogen wordt in een werkplaats specifiek voorlichtingsmateriaal te ontwikkelen voor de gehandicaptenzorg.

In september 2006 start de derde ronde van dit verbetertraject. Hierin zal bijzondere aandacht worden besteed aan de werving van deelnemers uit de thuiszorg en de gehandicaptenzorg. Voor de werving van de instellingen wordt intensief samengewerkt met de betrokken brancheorganisaties.

Eten & Drinken

Momenteel doen er 60 teams, allen afkomstig uit de ouderenzorg, mee aan het verbetertraject Eten & Drinken. De deelnemende instellingen uit de eerste ronde hebben de startbijeenkomst zeer positief geëvalueerd. De bijeenkomst werd gewaardeerd met een 8.8, inhoud met 8.7 en de ambiance van de vergaderlocatie met een 7.8.

In 2006 gaan nog twee rondes voor Eten & Drinken van start. Voor de startbijeenkomst van 23 juni hebben zich 31 organisaties aangemeld. Deelnemende instellingen zijn alle afkomstig uit de ouderenzorg. In het najaar van 2006 zal een aparte ronde worden georganiseerd voor de gehandicaptenzorg.

Zeggenschap

Vanwege de complexiteit van dit onderwerp heeft de voorbereiding ervan veel tijd gekost. Er is in het bijzonder geïnvesteerd in de aansluiting op relevante ontwikkelingen, zoals de normen voor verantwoorde zorg.

Bij de voorbereiding van het werkplan is het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO betrokken. Deze organisatie zal ook een rol spelen bij de uitvoering. Er zijn verschillende gesprekken over de uitwerking van dit verbetertraject geweest met beroepsverenigingen, brancheorganisaties en cliëntenorganisaties.

In 2006 gaan drie rondes voor Zeggenschap van start. Op 13 april is voor de eerste ronde een informatiebijeenkomst georganiseerd. In de eerste ronde is het de bedoeling te starten met instellingen in de lichamelijke gehandicaptenzorg. De twee overige rondes starten in mei (verstandelijk gehandicaptenzorg) en september 2006.

Preventie van seksueel misbruik

In mei is de eerste groep van vijftien organisaties gestart. In september gaat een tweede groep van start.

2.2 Landelijk Dementie Programma (LDP)

Het Landelijk Dementie Programma heeft twee doelen:

- De zorg en dienstverlening aan mensen met dementie en hun mantelzorgers is substantieel verbeterd.
- De invloed van de cliënt¹ is binnen de regio structureel ingebed.

Het LDP tracht deze doelstellingen te bereiken door een regionale aanpak, waarvan de regio's² gezamenlijk heel Nederland moeten dekken. Het streven is dat eind 2008 90% van Nederland is gestart met het ontwikkelen van een regionaal projectplan om deze doelstellingen te bereiken. Voor de inbreng van de sturende rol van de cliënt wordt landelijk en regionaal nauw samengewerkt met Alzheimer Nederland.

Stand van zaken

Ten tijde van deze voortgangsrapportage zijn de eerste drie tranches gestart en nemen 26 regio's deel aan het LDP. De inzet is dat in 2006 nog tenminste 30 regio's zullen starten. Het NIZW en het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO bieden deze regio's ondersteuning bij het komen tot regionale samenwerking en het onderling uitwisselen van ervaringen, leerpunten en voorbeelden. De regio's zelf voorzien in de aanstelling en financiering van een regionale projectleider.

Uitgangspunt van het LDP is dat een regio pas kan meedoen aan het LDP als de betrokkenheid en de inzet van de patiënt/mantelzorger gewaarborgd is. Daarom is door Alzheimer Nederland in 2005 hard gewerkt aan de opbouw van een landelijk dekkend netwerk van regionale afdelingen. Hoewel de opbouw van de afdelingen niet altijd parallel liep aan de beoogde deelname door regionale zorgaanbieders, is het geplande aantal deelnemende regio's uiteindelijk wel gerealiseerd.

¹ Onder 'cliënt' wordt in het LDP de dementerende patiënt en diens mantelzorger verstaan.

² De term 'regio' betreft geen geografisch vaststaand gebied, maar een samenwerkingsverband van verschillende organisaties op de terreinen zorg, welzijn, wonen en behandeling in een bepaald gebied (thuiszorg, huisarts, verpleeg-, verzorgingshuis, gemeente, welzijnswerk, GGZ-aanbieder etc.).

Verschillende provinciale besturen raken enthousiast door deelname aan het LDP. Zo hebben de provincies Overijssel en Utrecht inmiddels twee regio's financieel ondersteund. In Groningen is extra financiering toegezegd door verzekeraar Menzis.

Borging

Belangrijk punt van aandacht voor de Stuurgroep is de borging van de (beide) doelen van het programma op langere termijn: verbetering van (de samenhang in) het aanbod van zorg, wonen en welzijn voor mensen met dementie en hun mantelzorgers, én de sturende rol van de cliënt in dit geheel. Eind 2006 is een eerste tussentijdse (proces)evaluatie voorzien om te beoordelen of het programma op de goede weg is om deze doelen te bereiken.

2.3 Innovatie

In het kader van het AWBZ convenant 2005 - 2007 (gesloten door Arcares, BTN, GGZ-Nederland, VGN, Z-Org en VWS) heeft VWS € 90 mln. beschikbaar gesteld voor innovatie in de langdurige zorg. Met dit onderdeel van Zorg voor Beter wordt innovatie ingezet als bijdrage aan een duurzaam evenwicht tussen de behoefte aan en het aanbod van kwalitatief goede langdurige zorg. Dat evenwicht staat op termijn onder druk door de veranderende leeftijdssamenstelling van de bevolking. Het innovatieprogramma bestaat uit drie onderdelen.

Een overzicht van de doelstellingen van het innovatieprogramma vindt u in bijlage 3.

2.3.1 Het ontwikkelen van innovaties

Voor dit ontwikkeldeel heeft SenterNovem in de periode van januari tot medio april 2006 een aantal bijeenkomsten georganiseerd. Op de strategiebijeenkomst van 9 februari met koplopers uit de zorg en frisdenkers uit het bedrijfsleven zijn concrete ideeën geleverd voor een innovatiestrategie. De discussie werd gestructureerd aan de hand van vier toekomstbeelden van de zorg. SenterNovem heeft de (robuuste) ideeën geselecteerd die in alle toekomstbeelden naar voren komen. Een belangrijke conclusie is dat de nadruk minder op de technologische aspecten van innovatie moet komen te liggen en meer op nieuwe organisatorische zorgverleningconcepten en nieuwe samenwerkingsverbanden. Zowel de zorgpartijen als het bedrijfsleven hebben problemen op dit punt. Er zijn barrières voor zorg en bedrijfsleven om samen te innoveren. Een barrière is bijvoorbeeld onervarenheid met of gebrekkige kennis bij bedrijfsleven van de complexe zorgpraktijk. Deze barrières zijn sneller te overwinnen door ruimte te creëren voor het opdoen van ervaring met nieuwe innovaties en nieuwe businessmodellen. Succesvolle resultaten zijn overdraagbaar in de breedte van de sector en de opgedane ervaringen en praktijkinformatie zijn bruikbaar bij nieuwe (vervolg)toepassingen. Tijdens een bijeenkomst op 7 maart 2006 is het praktijkvoorbeeld Voeding en Logistiek uitgewerkt. Dat heeft geleid tot vijf projectideeën waarvoor op 28 maart, 4 april en 11 april zogenaamde innovatiepadbijeenkomsten zijn gehouden. Daar kwamen de volgende vragen aan de orde:

- hoe kunnen domotica-initiatieven een goede start krijgen in de zin van financierbaarheid en potentiële samenwerkingsverbanden?
- hoe kunnen we het proces van voedselbereiding tot en met voeden/eten als integraal proces vorm geven?
- hoe kan arbeidsfactor binnen zorginstelling optimaal functioneren met aandacht voor o.a. ziekteverzuim, arbeidspreventie, professionalisering van het management, plezier in het werken en imago?

Op dit moment wordt op grond van een evaluatie van het SenterNovem-traject een besluit voorbereid over de wijze waarop dit onderdeel vervolg krijgt.

2.3.2 Het invoeren van beproefde innovaties

Hoe kunnen, uitgaande van de toekomstig beschikbare personeelspopulatie, de bestaande zorgverlening en de huidige zorgmethodieken worden verbeterd door middel van innovaties? Hoe kan meer rendement uit de zorg worden gehaald bij tenminste gelijkblijvende, maar bij voorkeur hogere kwaliteit? Het accent van het programma ligt op het verspreiden en implementeren van bestaande innovaties die bijdragen aan het verhogen van de kwaliteit en/of arbeidsproductiviteit. Daarnaast staat het stimuleren van een meer innovatieve cultuur in instellingen door uitwisseling, intervisie, netwerkvorming, opleiding en stimulering van leiderschap centraal. ZonMw is begonnen met een inventarisatie van goede voorbeelden en innovatieve ideeën die bijdragen aan een stijging in de arbeidsproductiviteit. Uit deze zoektocht blijkt dat er weinig goede voorbeelden zijn waar de winst in arbeidsproductiviteit in harde cijfers is uit te drukken. Het resultaat

van deze fase is een overzicht van ongeveer 200 goede voorbeelden en innovatieve ideeën die op korte of langere termijn tot een hogere arbeidsproductiviteit kunnen leiden. Om feitelijk in kaart te brengen hoe groot de bijdrage van de geselecteerde goede voorbeelden aan de winst in arbeidsproductiviteit is, wordt een praktisch, in instellingen makkelijk toepasbaar, uniform meetinstrument ontwikkeld. Voor de ontwikkeling van dit meetinstrument wordt aangesloten bij voor andere sectoren ontwikkelde instrumenten zoals de checklist 'Slimmer Werken' van TNO-Kwaliteit van Leven, instrumenten toegepast in de benchmarks van Price Waterhouse Coopers en/of de rapporten over arbeidsproductiviteit van de interdepartementale werkgroep ICM en Plexus. Tegelijkertijd met de ontwikkeling van dit meetinstrument worden per sector minimaal drie instellingen gezocht. Dit kunnen instellingen zijn die een goed voorbeeld hebben aangedragen, maar dat hoeft niet. Instellingen die als proeftuin fungeren, brengen eerst de bestaande arbeidsproductiviteit binnen hun instelling in kaart (met gebruik van het ontwikkelde meetinstrument) en rekenen daarna de potentiële effecten van enkele voorbeelden door op hun verhoging van de arbeidsproductiviteit. De keuze van deze voorbeelden maakt de instelling zelf (met advies van de procesbegeleider en/of een expert) uit een tijdens een expertbijeenkomst samengestelde lijst van goede voorbeelden. Van de gekozen voorbeelden/ideeën vindt een 'virtuele' toepassing plaats waarbij de randvoorwaarden voor invoering (zoals te maken investeringen in geld en opleidingen), het benodigde invoeringsproces en de te verwachten opbrengsten goed in kaart worden gebracht. Bij dit proces zijn diverse mensen uit de instelling aanwezig. Wie dit precies zijn, is afhankelijk van de geselecteerde voorbeelden. Daarnaast moeten tenminste ook het zorgkantoor en een cliëntvertegenwoordiger aanwezig zijn. ZonMw is zojuist gestart met de aanbesteding van beide onderdelen van het programma. In juni 2006 worden de honoreringsbesluiten genomen.

2.3.3 Het rechtstreeks belonen van innovatieve instellingen

Dit laatste onderdeel verkeert nog in de initiatieffase.

2.4 Steunpunt Verpleeghuiszorg

Het Steunpunt Verpleeghuiszorg is in april 2005 van start gegaan als samenwerkingsverband tussen het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) en de Centra voor Consultatie en Expertise (CCE Nederland). Het doel van het Steunpunt is het verbeteren van de kwaliteit van de verpleeghuiszorg en het voorkomen van onaanvaardbare risico's in die zorg.

Het Steunpunt biedt concrete hulp op drie terreinen:

- de organisatie van de zorg in een instelling, is op enig onderdeel problematisch of nog onder de maat
- er bestaat een individuele complexe zorgvraag, waarvoor de instelling niet over voldoende expertise beschikt
- uitwisseling van kennis en kunde op de werkvloer en het delen van ervaring op managementniveau

Verpleeghuizen, verpleegunits in verzorgingshuizen en aanbieders van kleinschalige verpleeghuiszorg, die vanuit de AWBZ gefinancierd worden, kunnen een beroep doen op het Steunpunt. Hierin onderscheidt het Steunpunt zich van andere onderdelen van Zorg voor Beter, de enige partners zijn de instellingen voor verpleeghuiszorg. Op dit moment wordt een actievere houding ingenomen. Vanuit het Steunpunt worden instellingen waar probleemsituaties worden gesignaleerd, actief geïnformeerd over de mogelijkheden van het Steunpunt.

Er wordt gewerkt in een projectstructuur met twee projectleiders, één voor de interne coördinatie en voortgang en één voor de externe afstemming en communicatie. Twee coördinatoren vanuit NIZW en één vanuit CCE beoordelen de aanvragen en begeleiden het proces van ondersteuning.

In de werkwijze zijn drie elementen van belang: ondersteuning vanuit de sector, een concrete afspraak met de Raad van Bestuur over de aanpak en een benadering van onderop. Bij de start van het project is ervoor gekozen het initiatief bij de instellingen te leggen. Het Steunpunt reageerde op verzoeken vanuit instellingen, familieraden, verpleeghuisartsen en andere betrokkenen bij de instelling. Over de omschrijving van het aan te pakken probleem en over de uit te voeren interventie worden met de Raad van Bestuur afspraken gemaakt. Dit heeft geleid tot zo'n 65 concrete verzoeken voor ondersteuning.

In de aanpak is de betrokkenheid van de sector zelf een belangrijk gegeven. Kennis en kunde en ervaring vanuit de sector wordt waar mogelijk ingezet. De kans op herkenbaarheid en acceptatie wordt hierdoor vergroot. De aanpak biedt ruimte voor het leren van elkaar en voor het overdragen van

lessen uit de verbeterpraktijk. Door deze aanpak wordt gedemonstreerd dat in de sector zelf expertise en daadkracht aanwezig is.

Het Steunpunt werkt vooral regionaal, dicht bij de praktijk. Dit versterkt de “van-onderop-benadering”. Opgedane ervaringen worden als “lessons learned” teruggelegd in de regio. Enkele hoogleraren opereren als moderatoren bij regionale bijeenkomsten voor Raden van Bestuur en directies over deze thematiek. Op deze wijze ontstaat een beter zicht op best practices. Vanuit deze bijeenkomsten kan worden gewerkt aan digitale bundeling van inzichten en aan een door de instellingen in de regio te raadplegen database. Voor verzorgenden, verpleegkundigen en teamleiders worden in samenwerking met zorgkantoren en regionale cliëntenorganisaties themabijeenkomsten gehouden, waarbij de vraag vanuit de instellingen leidend is.

Te verwachten resultaten en tijdspad

Gegeven de doelstelling en de operationalisering zal het Steunpunt op drie terreinen resultaten opleveren:

- Een directe verbetering van de kwaliteit van zorg door gerichte interventie in een aantal probleemsituaties. De aanmelding van nieuwe probleemsituaties kan tot medio 2006 plaatsvinden.
- Zicht op probleemsituaties en dilemma's in de hulpverlening en op manieren hoe hier mee om te gaan. Deze inzichten worden gesystematiseerd in de tweede helft van 2006.
- Een actieve opstelling van instellingen, in te spelen op best practices. De hiertoe opgezette cyclus van regiobijeenkomsten kan naar verwachting in 2007 door de branche zelf worden overgenomen als activiteit in het kader van Zorg voor Beter.

Op dit moment wordt nagedacht over de structurele inbedding van het Steunpunt. Met Arcares vinden oriënterende gesprekken plaats over overname van de activiteiten van het Steunpunt.

2.5 Uniformiteit in boekhoudsysteem

Mede naar aanleiding van de conclusies van de heer Kennedy (TK 2004-2005, 28439, nr. 9) heeft een werkgroep van directeuren van verpleeghuizen onderzocht in hoeverre het mogelijk en zinvol is een uniform systeem van kostentoekening (vergelijkbaar met het uniform system of accounts in de hotelwereld) te ontwikkelen. De werkgroep heeft haar advies besproken in de Taskforce.

De werkgroep raadt de ontwikkeling van een uniform system of accounts (usoa) voor de AWBZ niet aan. Op dit moment bestaan er al voldoende aanknopingspunten voor prestatievergelijking (bijvoorbeeld jaarverslag). De werkgroep merkt op dat veel aanbieders intern een systeem hebben ontwikkeld waarbij de bedrijfsvoering en -prestaties wordt gemonitord volgens een met een usoa vergelijkbare systematiek. Tegelijkertijd wordt geconstateerd dat zorgaanbieders al heel veel informatie verzamelen voor allerlei verschillende partijen. Deze informatie zou wellicht beter kunnen worden benut. De werkgroep signaleert dat de komst van het Jaardocument maatschappelijke verantwoording een belangrijke bijdrage levert aan het uniformeren van de gegevensaanlevering. Op de tweede plaats is het usoa ontwikkeld als intern instrument en niet bedoeld voor externe vergelijking. Tot slot is het al dan niet hanteren van een instrument als het usoa de eigen verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder.

Verpleeghuiszorg is geen (zoals vaak verondersteld) homogeen product. Dit wordt gecompliceerd doordat er binnen één klantgroep verschillen zijn in prestaties per zorgaanbieder. Het (nog) niet aanwezig zijn van een financiering die rekening houdt met de verschillen in klantgroepen (zorgzwaarte) en de bijbehorende vergoeding, maakt de beoordeling van het financiële resultaat van een verpleeghuis, al dan niet via een uniform system of accounts, lastig.

Wanneer de keten in de zorg wordt bekeken, blijkt direct dat niet aan de verwachtingen van de buitenwereld kan worden voldaan. De relatie tussen indicatiestelling, niveau van betaling en maatschappelijke verantwoording is op dit moment niet evenwichtig. Het indicatiebesluit geeft weer waar een cliënt recht op heeft in de AWBZ. Zeker over de indicatiebesluiten intramuraal bestaat op dit moment veel discussie. Zolang de indicatiestelling niet goed geregeld is, is een kostprijsmodel als het uniform system of accounts niets waard. Als de input niet uniform is, komt er ook geen uniforme en dus vergelijkbare output. Er wordt hard gewerkt aan invoering van zorgzwaartebekostiging per 1 januari 2007 maar die is er nog niet. Zware zorg wordt nog niet als zodanig bekostigd. Substitutie tussen zorgproducten en aanvullende vormen van zorg en dienstverlening zijn heel erg gangbaar. Een aantal verpleeghuizen maakt, uitgedaagd door de eis van maatschappelijk ondernemerschap, nu al gebruik van een derde geldstroom, bijvoorbeeld uit vastgoed. Hierdoor ontstaan in de praktijk verschillen in geboden kwaliteitsniveau van verpleeghuiszorg. Slechts een enkel huis hanteert

succesvol een beleid waarbij ervoor gekozen is dat elke zorgactiviteit slechts gefinancierd wordt uit de daarvoor geëigende inkomsten. Met andere woorden: op dit moment ontbreekt in de zorg de koppeling tussen kwaliteit en prijzen. Evenmin is duidelijk wat voor een (met uitsluitend publieke middelen gefinancierd) verpleeghuis een gerechtvaardigd niveau van prestatie is bij een adequaat functionerend management en een 'gemiddelde' klantgroep.

3. Oordeel van de Taskforce

De werkzaamheden van de leden van de Taskforce zijn zoals hierboven aangegeven vijfledig:

- bewaken samenhang en voortgang Zorg voor Beter
- afbakening inhoud en proces Zorg voor Beter
- eenheid in Zorg voor Beter
- uitdragen van bereikte resultaten
- aanjagen succesvolle ontwikkelingen

In deze paragraaf komt het oordeel van de leden van de Taskforce aan de orde over deze vijf werkzaamheden. Allereerst wordt echter ingegaan op het functioneren van de Taskforce zoals de leden dat beoordelen.

3.1 Het functioneren van de Taskforce

3.1.1 Deelnemers

De leden van de Taskforce zijn, ondanks dat het wel even heeft geduurd, positief over de verschillende partijen die in de Taskforce bij elkaar zijn gebracht. In deze samenstelling 'gaat het ook echt ergens over'. Vooral de kruisbestuiving tussen de leden wordt gezien als een meerwaarde. Wat ook wordt gewaardeerd, is informatie over aanpalende trajecten, bijvoorbeeld over het Jaardocument maatschappelijke verantwoording en over innovatie in de langdurige zorg.

Een aantal leden geeft aan de Taskforce te gebruiken als een platform waarbij je vele partijen tegelijkertijd iets kunt voorleggen. Hierdoor is de signaalfunctie van de Taskforce een belangrijke. Dit wordt versterkt door de verscheidenheid van de deelnemers.

3.1.2 Status Taskforce

De leden van de Taskforce zouden scherper van te voren moeten bepalen wat het eindresultaat is en wanneer een actie of een initiatief is afgerond. Bijvoorbeeld het Steunpunt.

Ook zou de Taskforce meer dan nu moeten sturen op wie wat moet doen/initiëren. Dat wil niet zeggen dat de Taskforce eigenstandig beslissingen neemt. Bijvoorbeeld in de zin dat het beslissingen van bestaande Stuurgroepen kan overrulen. Tot slot is het goed dat de leden van de Taskforce zich realiseren dat discussies in de Taskforce vaak op een abstract niveau worden gevoerd en veelal los staan van de uitvoering.

3.1.3 Onderwerpen die in de Taskforce aan de orde komen

Zorg voor Beter heeft betrekking op kwaliteitsverbetering in de langdurige zorg. Binnen de langdurige zorg zijn tussen cliënten overeenkomsten te vinden, maar ook verschillen. Het is belangrijk om deze verschillen in een programma als Zorg voor Beter en binnen de Taskforce te (h)erkennen zodat er gericht aandacht aan kan worden besteed.

Een aantal leden vraagt zich af of de implementatie van een aantal verbeteringen aansluit bij de behoefte in het veld van cliënten en hulpverleners of dat we 'alleen maar aan het duwen zijn?'

Wanneer zou een concrete verbetering onderdeel moeten worden van reguliere processen? In de Taskforce moet de kanteling van verantwoordelijkheden naar aanbieders nu al op de agenda staan. Een voorbeeld is de aanpak van de verbetertrajecten. De verbetertrajecten moeten blijven aanhaken bij de lokale praktijk en geen mechanisch instrument worden. Een aanbieder moet niet alleen kijken naar hoe de mate van decubitus naar beneden kan maar ook naar de omstandigheden waarbinnen dat gebeurt.

3.2 Bewaken samenhang en voortgang Zorg voor Beter

Het opstarten van Zorg voor Beter is een pijnlijk proces geweest, aangezien VWS jarenlang op schaarste en beheersing heeft gestuurd en niet op visie en kwaliteit. De aanbieders zijn hierin meegegaan. Het visievraagstuk hoort thuis bij Zorg voor Beter en dat ontbreekt nu.

Inmiddels heeft de Staatssecretaris wel een duidelijk signaal afgegeven: het veld is zélf verantwoordelijk voor kwaliteitsverbeteringen. Uiteindelijk zal dit leiden tot de benodigde, gezonde dynamiek waardoor het veld een minder afwachter houding aan zal nemen.

De opstartfase van Zorg voor Beter is nu voorbij. Vele initiatieven zijn in gang gezet. Het startpunt, het tempo en de deelnemers aan deze initiatieven zijn hierbij vaak verschillend. Kortom: de cyclus zoals die hierboven is beschreven draait. Een aantal leden van de Taskforce is wel van mening dat het nog te langzaam gaat.

Wat als een gemis wordt ervaren in de Taskforce, zijn criteria om de verschillende verbeterinitiatieven binnen Zorg voor Beter al dan niet een succes te noemen. De aandacht voor zichtbare positieve effecten voor cliënten blijft onderbelicht. Daar is vooraf niet over nagedacht.

Tot slot wordt er door de Taskforce op gewezen dat er nu weliswaar veel aandacht is voor een aantal aspecten van kwaliteit, bijvoorbeeld het voorkomen van decubitus, maar dat we daarnaast aandacht moeten hebben voor relaties met andere trajecten, bijvoorbeeld sneller beter en ketenzorg.

3.3 Afbakening inhoud en proces Zorg voor Beter

3.3.1 Algemeen

De start van Zorg voor Beter heeft weliswaar lang geduurd maar het is ook goed dat er in het begin veel tijd is besteed aan het neerzetten van het bouwwerk van Zorg voor Beter. Het programma is zo goed in elkaar gezet dat het naar de mening van de leden van de Taskforce prima tot 2008 kan blijven bestaan. Er staat nu een stevig fundament waar je veel aan kunt hangen. Aan de andere kant moeten we ervoor waken dat we niet ten onder gaan aan het eigen succes. Dat zou het geval zijn wanneer er teveel aan Zorg voor Beter wordt gehangen. Het advies van de Taskforce is dan ook: breng niet alles onder de vlag van Zorg voor Beter. Wanneer een relevante ontwikkeling, zoals het Jaardocument maatschappelijke verantwoording, ergens anders goed is geborgd, moet het niet onder Zorg voor Beter worden gebracht.

Het is niet voor alle leden even duidelijk waarom sommige onderwerpen wel en andere geen deel uitmaken van Zorg voor Beter. Grijpt Zorg voor Beter aan op onderwerpen die ook echt als een probleem worden ervaren? Soms is iets een politieke noodzaak. Andere zaken zijn het gevolg van een teveel aan top-down benadering binnen Zorg voor Beter. Hoe zorgen we ervoor dat de cliënteninbreng binnen alle initiatieven verzekerd is?

3.3.2 Normen

Het gezamenlijk ontwikkelen van normen in de langdurige zorg is een belangrijk onderdeel van de kwaliteitscyclus. Alhoewel de Taskforce dit proces niet zelf aanstuurt, dat is immers de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de veldpartijen, wil ze er hier wel iets over zeggen.

Iedereen is het erover eens dat de normen voor verantwoorde zorg in de verpleging en verzorging een goede eerste stap zijn. Tegelijk worden ook kritische geluiden gehoord. De normen zijn nog teveel gericht op het medisch model, dit verhoudt zich niet goed tot de praktijk in de AWBZ. Bovendien moeten we ons realiseren dat de normen voor verantwoorde zorg nu gericht zijn op output en niet op outcome en dat is niet altijd wenselijk.

Wat daarnaast door de leden van de Taskforce wordt gemist in de discussies over normen in de langdurige zorg is de scheiding tussen enerzijds normen voor veiligheid van cliënten en anderzijds zaken die niet te meten zijn en te maken hebben met professionaliteit en maatwerk (bijvoorbeeld het positieve effect van ambiance op de eetlust). Hieraan gekoppeld kun je je afvragen of het niet volgen van een richtlijn wel of geen teken van professionaliteit is. Een aantal leden denkt juist van wel. Zorg verlenen is immers altijd situationeel. Dan denkt een hulpverlener na over wat er nodig is. Hij/zij moet wel altijd kunnen uitleggen waarom is afgeweken van de richtlijn. Tot slot is de Taskforce ervan overtuigd dat trendsetters onder de zorgaanbieders zelf het initiatief nemen om normen te maken en te meten volgens hun visie op langdurige zorg. Wanneer een aanbieder bewust de keuze maakt om niet deel te nemen aan Zorg voor Beter betekent dat niet dat de motivatie ontbreekt om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

3.3.3 Transparantie

Transparantie is voor sommigen de eerste en de meest belangrijke voorwaarde voor een goed resultaat van Zorg voor Beter. Toch is hier een waarschuwing op zijn plaats. Homogeniteit van transparantie heeft namelijk het gevaar in zich dat een aantal aanbieders het op het eerste gezicht wellicht slecht lijkt te doen. Er is geen sprake van hét verpleeghuis of dé gehandicapteninstelling. Het totaal aantal cliënten van een aanbieder is niet zo interessant, wel het aantal cliënten met niet

aangeboren hersenletsel, het aantal cliënten dat revalideert, het aantal cliënten met meervoudig complexe handicaps, et cetera. Daarbij kan er een spanning bestaan tussen klanttevredenheid en de output normen. Outcome normen zijn zoals gezegd nog niet goed genoeg vertegenwoordigd. De Taskforce wil ervoor waarschuwen dat bij getallen altijd een gedegen uitleg hoort. Het geeft niet in één keer helderheid. Bovendien kunnen getallen niet zondermeer bij elkaar worden opgeteld tot één cijfer.

3.4 Eenheid in Zorg voor Beter

Door de toegenomen samenhang tussen de verschillende trajecten onder Zorg voor Beter is ook de noodzaak voor meer eenheid onderkend. Alle communicatie over de trajecten loopt nu via de site www.ZorgvoorBeter.nl (zie ook paragraaf 3.5). Ook wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van dezelfde lay-out. Het LDP heeft nog wel een eigen website (www.dementieprogramma.nl). Dat is ook niet zo vreemd want die functioneert al sinds eind 2004. Per week bezoeken ongeveer 400 bezoekers deze site.

De uitvoerders van Zorg voor Beter (bijvoorbeeld ZonMw en het NIZW) signaleren dat binnen Zorg voor Beter ongelijkwaardige trajecten onder één noemer zijn gehangen. Ze hebben daar last van. De uitgangspunten van de trajecten zijn wel hetzelfde (zichtbare kwaliteitsverbetering voor de cliënt) maar de focus en de doelgroepen zijn heel verschillend.

3.5 Uitdragen van bereikte resultaten

De communicatieactiviteiten worden uitgevoerd in samenwerking tussen VWS, ZonMw en het NIZW. In dit kader kan de website www.ZorgvoorBeter.nl worden genoemd. Op deze website is informatie te vinden over alle programma's en initiatieven van Zorg voor Beter. De website wordt goed bezocht met dagelijks tussen de 700 en 1100 bezoekers. Verder verschijnt tweewekelijks voor 1325 abonnees de digitale Zorg voor Beter Nieuwsbrief. In april 2006 is de Zorg voor Beter folder 'Dé kans op meer kwaliteit in de zorg' verschenen. De folder is vooral bedoeld als uitnodiging om mee te doen aan één van de onderliggende programma's zoals hierboven beschreven. Tot slot heeft in november 2005 de eerste Zorg voor Beter Dag plaatsgevonden. Deze jaarlijks te organiseren dag is bedoeld om informatie te geven over de Zorg voor Beterprogramma's. Het LDP heeft hier bijvoorbeeld enkele inhoudelijke sessies, hearings, workshops en trainingen georganiseerd. Er waren ruim 1000 mensen op deze dag aanwezig. De deelnemers waren over het algemeen zeer tevreden.

3.6 Aanjagen succesvolle ontwikkelingen

Deze taak van de Taskforce komt eigenlijk nu pas op gang. Er is veel tijd besteed aan het neerzetten van de Taskforce en het elkaar informeren over de lopende trajecten. Nu wordt duidelijk dat de samenstelling van de Taskforce een meerwaarde heeft. De verwachting is dan ook dat de aanjaagfunctie een belangrijke wordt. Onderdeel daarvan is tevens het op de agenda krijgen van nieuwe ontwikkelingen.

Een punt van zorg voor de leden van de Taskforce is het borgen van resultaten. Het nadenken hierover zou naar de mening van de Taskforce onderdeel moeten zijn van alle verbeterinitiatieven. In denken en doen moet een omslag plaatsvinden van het geven van een tijdelijke injectie via projecten naar structurele zichtbare verbeteringen.

Marktwerving

Een aantal leden van de Taskforce ziet marktwerving - waar overigens binnen de Taskforce nog niet over gesproken is - als een belangrijke stimulans voor Zorg voor Beter: een klein overschot aan aanbod geeft keuze voor cliënt en inkoper. Marktwerving is een onderwerp dat in de ogen van de Taskforce raakt aan de discussie over kwaliteit in de zorg. Het is niet een onderwerp dat de Taskforce rechtstreeks aangaat.

Marktwerving betekent impliciet ook verschillen in kwaliteit. Als dat niet wenselijk is, gaan de voorlopers achterover leunen en kunnen achterblijvers buiten schot blijven. Als aanbieders niet kunnen concurreren op kwaliteit (het wordt immers niet beloond), betekent dit dat je alleen onderhandelt over de prijs. Nu wordt niet echt een keuze voor marktwerving gemaakt.

Bijlage 1: leden Taskforce Zorg voor Beter per 1 juni 2006

- de heer M.P. van Gastel, voorzitter, namens het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
- de heer A.H.J. Moerkamp, namens het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
- mevrouw J.E. Aarnink, secretaris, namens het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
- mevrouw J.A.H. van Veen, namens de Inspectie voor de Gezondheidszorg,
- mevrouw J.E.A.M. Nooren, namens Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland,
- mevrouw M.E. Rompa, namens Arcares,
- de heer E. van der Haar, namens GGZ Nederland,
- de heer F.J.M. Werner, namens de Stuurgroep Verbetertrajecten van ZonMw,
- de heer P.A.H. Verbraak, namens het Steunpunt kwaliteit,
- de heer W. Schimmel, namens de werkgroep directeuren verpleeghuizen,
- mevrouw Th. Poortenaar-Sikkema, namens de Stuurgroep Landelijk Dementieprogramma van ZonMw,
- de heer M.A.J.M. Bos, namens Zorgverzekeraars Nederland,
- mevrouw M.J. Kaljouw, namens de Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden,
- mevrouw I. van Bennekom, namens de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie,
- de heer J.C. Verschuren, namens Branchebelang thuiszorg Nederland.

Bijlage 2: doelstellingen verbetertrajecten

Decubituspreventie en -behandeling

De doelstellingen van het verbetertraject decubituspreventie en -behandeling zijn als volgt:

- Daling van de incidentie van decubitus in de deelnemende teams met 50 %.
- Minimaal 45 afdelingen of teams van instellingen uit de zorgsector hebben gedurende het actieprogramma kwaliteit deelgenomen aan een verbeterproject m.b.t. decubitus.
- Bij minstens 70% van de afdelingen of teams die aan een verbeterproject hebben deelgenomen is aan het eind van het project een aantoonbare en substantiële verbetering van de decubituszorg gerealiseerd.
- Minstens 70% van de instellingen die aan het project hebben deelgenomen passen de verbeteraanpak ook toe binnen andere afdelingen of teams.
- Minstens 50% van de direct betrokken cliënten en/of mantelzorgers in de deelnemende instellingen weet wat hij moet doen om decubitus te voorkomen.
- Minstens de helft van alle instellingen in de zorg kent na afloop van het programma het project.
- Minstens de helft van alle instellingen gebruikt minimaal één van de ontwikkelde principes voor verbetering van decubituszorg.
- Ondersteunen van de sector door het informeren over ontwikkelingen, landelijke afstemming en samenwerking, coördinatie en verspreiding van kennis en ontwikkelde methodieken rond preventie en behandeling van decubitus.
- Het landelijk borgen van de opgedane kennis, ontwikkelde instrumenten en ervaringen.

Activiteiten die tot op heden zijn ondernomen om deze doelstellingen eind 2007 bereikt te hebben:

- Opzetten samenwerking met LEVV, KITZ en NVVA, waaronder afstemming werkwijze en afspraken over taakverdeling.
- Expertbijeenkomst over de aanpak en het doel van het Verbetertraject en over verbetermaatregelen waarvan in de praktijk blijkt dat daarmee decubitus effectief kan worden voorkomen of behandeld.
- Afstemming met NHG en LVW over samenwerking rond regionale netwerken decubitus en mogelijke ondersteuning daarbij.
- Opstellen handwijzer voor verzorgenden over decubitus in samenwerking met Sting.
- Werven instellingen en uitvoeren verbeteronde.

Eten & Drinken

De doelstellingen voor het verbetertraject Eten & Drinken zijn als volgt:

- Minimaal 30 afdelingen of teams van instellingen uit de zorgsector hebben gedurende het actieprogramma kwaliteit deelgenomen aan een verbeterproject m.b.t. eten en drinken / vocht en voeding. In ieder geval zullen twee projecten (bij elkaar zijn dit 30 teams of afdelingen) gestart worden. Afhankelijk van de behoefte zullen er nog meer afdelingen of teams kunnen participeren in later op te starten projecten.
- Minimaal 95% van afdelingen of teams die aan een verbeterproject hebben deelgenomen, hebben aan het eind van het project in hun beleid een vastgesteld en operationeel signaleringssysteem met betrekking tot ondervoeding bij de cliënten van die afdelingen of teams (weegbeleid), dan wel met betrekking tot een ander prevalent probleemgebied gerelateerd aan eten en drinken.
- Minimaal 70% van de afdelingen of teams die aan een verbeterproject hebben deelgenomen tonen aan het eind van het project aan dat substantiële verbeteringen zijn gerealiseerd in de zorg voor eten en drinken / vocht en voeding. In het operationaliseren van dit resultaat dienen de deelnemende organisatie juist ook het welzijnsaspect mee te nemen.
- De prevalentie van ondervoeding bij de deelnemers aan de projecten is met 40 % gedaald (Voorlopige aanname. Percentage definitief vast te stellen met expertpool). Indien een instelling kiest voor de aanpak van een ander prevalent probleemgebied geldt deze te realiseren daling voor dat probleem.
- Minstens 70% van de instellingen die aan het project hebben deelgenomen passen de verbeteraanpak ook toe binnen andere afdelingen of teams.
- Minstens de helft van alle instellingen in de zorg kent na afloop van het programma het project 'Zien eten, doet eten'.
- Ondersteunen van de care-sector door het informeren over ontwikkelingen, verspreiding van kennis en ontwikkelde methodieken rond preventie en behandeling van ondervoeding.

- Het borgen van de opgedane kennis, ontwikkelde instrumenten en ervaringen.

Realisatie:

Activiteiten die tot op heden zijn ondernomen om deze doelstellingen eind 2007 bereikt te hebben:

- Vorming van een kernteam, bestaande uit Henry Mostert (projectleider NIZW), Jos Schols (Universiteit Maastricht), Kristel Nijs (Universiteit Wageningen) en Rut Jan van Essen (voormalig projectleider implementatie richtlijn voeding en vocht van Arcares).
- Afspraken met Universiteit Maastricht over het meten van ondervoeding volgens de opzet van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ).
- Expertbijeenkomst over de opzet en aanpak van het Verbetertraject, de beoogde doelen en bruikbare indicatoren. Aan de expertbijeenkomst hebben deskundigen van verschillende beroepsverenigingen en brancheorganisaties en van het LOC deelgenomen. De deelnemers worden op de hoogte gehouden van de voortgang en in de loop van het traject betrokken bij werkplaatsen en de advisering van de deelnemers.
- Werkplaatsen organiseren op het gebied van 'Verbeteren van mondzorg in langdurige zorg', 'Signaleren door verzorgenden in de langdurige zorg' en 'Eten en drinken in de Gehandicaptenzorg'.
- Werven instellingen en uitvoeren verbeteronde.

Zeggenschap

De doelstellingen voor het verbetertraject zeggenschap zijn als volgt:

- Stimuleren van de bereidheid van zorginstellingen tot verbetering en transformatie naar vormen van ondersteuning, begeleiding en zorg waarin zeggenschap en kwaliteit van leven van de cliënt centraal staan.
- Ondersteunen van zorginstellingen die willen overgaan tot de invoering van vormen van ondersteuning, begeleiding en zorg waarin de zeggenschap en kwaliteit van leven van de cliënt centraal staat.
- Ondersteunen van de care-brede implementatie van het concept zeggenschap in relatie tot kwaliteit van leven en daarop gebaseerde vormen van ondersteuning, begeleiding en zorg, door op landelijk niveau relevante kennis en opgedane ervaringen te verzamelen, de 'good principles' daaruit te destilleren en te verspreiden in het veld.
- Tenminste 50 instellingen zijn gedurende de looptijd van het actieprogramma binnen een of meer onderdelen van de organisatie aan de slag gegaan met een zelf opgesteld verbeter- en veranderproject ten aanzien van zeggenschap en kwaliteit van leven van cliënten die bij hen in zorg zijn.
- Bij minimaal 70% van de instellingen die met een verbeter- en veranderproject werken, is sprake van een aantoonbare verbetering van zeggenschap en kwaliteit van leven van de cliënten.
- Minstens 50% van de instellingen die met een verbeter- en veranderproject werken, zijn het concept zeggenschap/kwaliteit van leven ook gaan toepassen binnen andere onderdelen van de organisatie.
- Minstens 75% van alle instellingen in de AWBZ heeft kennis genomen van een of meer producten over zeggenschap en kwaliteit van leven die in het kader van de uitvoering van dit werkplan zijn gemaakt.
- Minimaal 50% van alle instellingen in de AWBZ werkt aan verbeter- en veranderplannen op het gebied van zeggenschap en kwaliteit van leven van de cliënten.

Realisatie:

Activiteiten die tot op heden zijn ondernomen om deze doelstellingen eind 2007 bereikt te hebben:

- Expertbijeenkomst over het concept 'kwaliteit van leven' met vertegenwoordigers van de Federatie van Ouderverenigingen, Arcares, ZonMw en NIZW. Gesproken is over de betekenis van het concept en de relatie met het onderwerp zeggenschap.
- Expertbijeenkomst over de verspreiding van innovaties in samenwerking met LUCAS, centrum voor onderzoek, training en advies voor zorg en welzijn van de KU Leuven. Deelnemers waren vertegenwoordigers van onder meer CVZ, Arcares, VGZ en RVZ. Gesproken is over de manier waarop innovaties op het terrein van zeggenschap kunnen worden verspreid.
- Expertbijeenkomst over het meten van kwaliteit van leven met vertegenwoordigers van het NIVEL, Trimbos-instituut, Sting, Prismant, kwaliteitsinstituut CBO en LFB Onderling Sterk.

- Ontwikkeling quick scan om de uitgangspositie van een instelling vast te stellen wat betreft de gerichtheid op kwaliteit van leven.
- Werving instellingen.

Preventie van seksueel misbruik

De doelstellingen van het verbetertraject preventie van seksueel misbruik zijn als volgt:

- Coördinatoren preventie seksueel misbruik van 30 organisaties uit de zorgsector zijn gedurende het actieprogramma getraind (minimaal 30, maximaal 60). Afhankelijk van de behoefte zullen er nog meer coördinatoren preventie seksueel misbruik kunnen participeren in later op te starten projecten.
- Minimaal 70% van de organisaties toont aan het eind van het project aan dat substantiële verbeteringen zijn gerealiseerd in de preventie van seksueel misbruik. Verbetering is gerealiseerd als er op vijf maatregelen een significante verbetering is gerealiseerd.
- Minimaal 70% van de coördinatoren preventie seksueel misbruik die aan het project hebben deelgenomen passen de verbeteraanpak ook toe bij andere maatregelen.
- Minimaal de helft van alle directies in de hele gehandicaptenzorg kent na afloop van het programma het verbetertraject seksueel misbruik.
- Minimaal 25% van de directies in de ouderenzorg en de thuiszorg kent na afloop van het programma het verbetertraject seksueel misbruik.
- Minimaal 25% van de begeleiders werkzaam in de gehandicaptenzorg, kent na afloop van het programma het project preventie van seksueel misbruik.
- Ondersteunen van de care-sector door het informeren over ontwikkelingen en het verspreiden van kennis en ontwikkelde methodieken rond preventie van seksueel misbruik.
- Het borgen van de opgedane kennis, ervaringen en ontwikkelde instrumenten.

Realisatie:

Activiteiten die tot op heden zijn ondernomen om deze doelstellingen eind 2007 bereikt te hebben:

- Vorming van een kernteam, bestaande uit experts van de Rutgers Nisso Groep, Transact en NIZW.
- In de voorbereiding van het werkplan is onder meer gesproken met de VGN, de Federatie van Ouderverenigingen en de Inspectie Gezondheidszorg.
- Expertbijeenkomst: op 20 januari jl. boog een groep van elf deskundigen zich over de vraag welke maatregelen organisaties kunnen treffen om ongewenste intimiteiten en seksueel misbruik bij cliënten in de langdurige zorg te voorkomen.
- Werving instellingen.

Bijlage 3: invoeren van innovaties

ZonMw noemt het programma geslaagd wanneer na afloop de onderstaande concrete doelen zijn behaald:

- tenminste 80% van alle instellingen en organisaties in de betrokken sectoren kent het programma en is zich bewust van het thema arbeidsproductiviteit. De instellingen zijn op de hoogte van de resultaten van het programma en kunnen de producten daaruit toepassen;
- er is inzicht in de omvang van het vraagstuk arbeidsproductiviteit landelijk en per sector van de AWBZ. Er is tevens inzicht in toepasbare oplossingen/ werkwijzen en de locaties waarin die al in de praktijk worden toegepast (goede voorbeelden);
- er is een centrale databank van (sectorspecifieke) goede voorbeelden van innovaties ter verhoging van de arbeidsproductiviteit; deze databank is in de loop van het programma door tenminste 60% van alle instellingen en organisaties geraadpleegd;
- er is inzicht in de verdeling van de goede voorbeelden over de in het programma geformuleerde thema's c.q. op welke thema's extra investering nodig is voor ontwikkeling van goede voorbeelden;
- binnen en tussen de instellingen en organisaties is kennis uitgewisseld over ervaringen met innoveren op het terrein van arbeidsproductiviteit, en welke belemmerende en bevorderende factoren daarbij een rol spelen;
- tenminste 20% van alle instellingen en organisaties heeft meegedaan aan één of meer doorbraak- of ander verbetertraject. Daarbij hebben instellingen instrumenten toegepast die de omvang van het vraagstuk en oplossingen die voor de eigen instelling relevant zijn in kaart brengen;
- in 80% van de aan verbetertrajecten participerende instellingen zijn meetbare verbeteringen op het terrein van arbeidsproductiviteit gerealiseerd;
- tenminste 25% van alle instellingen en organisaties heeft meegedaan aan activiteiten in het kader van het cultuurtraject;
- tenminste 15% van de instellingen en organisaties die aan enig onderdeel van het programma hebben meegedaan (cultuur, kennisnetwerken, verbeterprojecten) heeft in eigen huis aantoonbare (financiële dan wel personele) acties ondernomen ter bevordering van de uitrol van resultaten.