

Toetsingskader criteria Stichting Expertisecentra Langdurige Zorg (SELZ)

November 2021

Inleiding

Binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) zijn er doelgroepen waarvan het cliëntenaantal laag en de zorgvraag complex is. Deze doelgroepen hebben gedeelde knelpunten als het gaat om kennis- en expertiseontwikkeling. Een solide structuur is nodig om richting de toekomst verbetering blijvend te borgen. Het ministerie van VWS heeft naar aanleiding van het adviesrapport van KPMG, waarin de tien Laagvolume Hoogcomplexen (LVHC) doelgroepen zijn geïdentificeerd, vervolg gegeven hieraan. De LVHC-doelgroepen en de Commissie Expertisecentra Langdurige Zorg (CELZ) zijn hier vervolgens mee aan de slag gegaan.

De CELZ adviseerde het ministerie van VWS om een kennisinfrastructuur in te richten voor LVHC-doelgroepen in de Wlz door het opzetten van tien doelgroepnetwerken en een overstijgend LVHC-netwerk (in 2021 ingevuld door de CELZ, vanaf 2022 overgenomen door de Stichting Expertisecentra Langdurige Zorg – SELZ). Om te borgen dat partijen samenwerken om op de juiste plek de juiste kennis en expertise te leveren en te ontwikkelen, wordt een visitatiecyclus ingevoerd. Middels de visitaties worden de doelstellingen van de doelgroepnetwerken geborgd. Dit document geeft een verdere toelichting op de vastgestelde criteria van de visitatiecyclus welke gebruikt kan worden bij het voorbereiden en uitvoeren van de visitatie.

Opbouw document

In dit document worden vier verschillende typen criteria besproken, namelijk van het doelgroepnetwerk, het KC (kenniscentrum), DEC (doelgroep expertisecentra) en REC (regionaal expertisecentra). De criteria voor het doelgroepnetwerk en het KC zijn voor elke doelgroep gelijk. De criteria voor de DEC's en REC's moeten nog geconcretiseerd worden aan de hand van de kenmerken van de doelgroep. Het doelgroepnetwerk van elke doelgroep is verantwoordelijk voor de vertaling van de algemene criteria van de DEC's en REC's naar de doelgroepspecifieke criteria.

Voor elk criterium worden er drie onderdelen toegelicht in dit document, de standaard, de intentie en de meetbare indicatoren. Bij de standaard wordt het onderwerp waaronder het criterium valt beschreven. De intentie is een verdere toelichting van de standaard waarin staat beschreven wat er wordt verstaan onder de standaard. De intentie is uitgesplitst in meetbare indicatoren waarin de eisen staan waaraan een instelling minimaal en volledig moet voldoen. Voor de minimale eisen wordt er vaak gerefereerd naar een plan van aanpak om te komen tot dit criterium. Dit plan van aanpak mag een overkoepelend plan zijn waarin alle onderwerpen beschreven worden die om een plan van aanpak vragen. De minimale eisen zijn de eisen waaraan de doelgroepen minimaal moeten voldoen aan het einde van de transitiefase.

Inhoudsopgave

Inleiding	2
Hoofdstuk 1: Criteria doelgroepnetwerk	5
Zorglandschap	5
Cliëntenvertegenwoordigers.....	6
Organisatie doelgroepnetwerk	7
Besluitvorming doelgroepnetwerk.....	7
Onderlinge samenwerking	8
Delen visitatierapport.....	9
Ontwikkelplan voor komende vier jaar	9
Onderzoeksagenda.....	9
Hoofdstuk 2: Criteria kenniscentrum	11
Type organisatie	11
Vindbaarheid KC.....	11
Onderzoeksinfrastructuur	12
Subsidiewerving	13
Samenwerking.....	13
Competentieprofielen	15
Productontwikkeling	16
Implementatie.....	16
Datashystemen.....	17
Hoofdstuk 3: Criteria REC en DEC	18
Zorgstandaarden	18
Minimaal volume cliënten.....	19
Multidisciplinaire team.....	19
Kennis en ervaring van zorgmedewerkers	20
Samenwerkingspartners in de regio.....	21
Ondersteuning in de regio.....	21
Clientparticipatie	22
Gezonde organisaties	23
Aangepaste omgeving client	23
Kennisnetwerk.....	24
Hoofdstuk 4: aanvullende criteria DEC	26
Volledig zorgaanbod.....	26
Last resort functie.....	26

Beschikbaarheid van multidisciplinair gespecialiseerd kernteam	27
Kennis en ervaring van medewerkers	28
Beschikbaarheid opleidingsplekken, scholing en training.....	28
Onderzoeksinfrastructuur	29

Hoofdstuk 1: Criteria doelgroepnetwerk

In dit hoofdstuk worden de criteria van het doelgroepnetwerk verder uitgelicht. Het doelgroepnetwerk heeft als doel om de zorg voor de doelgroep structureel te verbeteren en deze duurzaam te borgen. Zij doet dit door kennis en expertise te vergroten en kennis en expertise vanuit het doelgroepnetwerk door het zorglandschap te laten stromen. Alle zorgaanbieders (DEC's, REC's en overige aanbieders) die formeel zorg leveren aan de doelgroep zijn samen met het KC in verenigingsvorm vertegenwoordigd in het doelgroepnetwerk.

Zorglandschap

1. Standaard:

DN.1. Inrichting van het zorglandschap op basis van definiëring van de doelgroep

Intentie:

Het (toekomstig) zorglandschap van de doelgroep is dekkend en sluit aan bij de zorgvraag en geografische spreiding van de cliëntenpopulatie. Dit betekent dat de geleverde zorg toegankelijk en bereikbaar is voor de doelgroep. In het zorglandschap staat ook het aantal DEC's en REC's inclusief verantwoordelijke organisaties beschreven. Voor het zorglandschap heeft het doelgroepnetwerk als geheel samen met de zorgkantoren een gezamenlijke verantwoordelijkheid om het landschap dekkend te houden¹.

Het (toekomstig) zorglandschap wordt door het doelgroepnetwerk voorgelegd aan de CELZ/SELZ². Het doelgroepnetwerk dient dit eenmalig in bij de CELZ/SELZ voordat er gestart kan worden met de visitatie. Na goedkeuring van de CELZ/SELZ vormt de doelgroep het zorglandschap in op basis van het goedgekeurde zorglandschap. De aanwezigheid van minimaal een KC, DEC, REC en een plan om te komen tot een dekkend zorglandschap worden vastgelegd in de statuten.

Meetbare indicatoren:

criterium no.	Minimale eisen	Volledig niveau	Indicator
DN. 1	Volledig aan voldoen		Het zorglandschap is goedgekeurd door de CELZ/SELZ
DN. 1	Volledig aan voldoen		Er is één KC aanwezig in het zorglandschap
DN. 1	Conform goedgekeurde zorglandschap (minimaal 1 DEC)		Het totaal aantal DEC's is conform het goedgekeurde zorglandschap
DN. 1	Conform goedgekeurde zorglandschap, per DEC volledig aan voldoen		Het aantal plekken in het DEC komt overeen met het goedgekeurde zorglandschap van de specifieke doelgroep
DN. 1	Conform goedgekeurde zorglandschap (minimaal 1 REC)		Het totaal aantal REC's is conform het goedgekeurde zorglandschap
DN. 1	Conform goedgekeurde zorglandschap, per REC volledig aan voldoen		Het aantal plekken in het REC komt overeen met het

¹ De verantwoordelijkheid van het doelgroepnetwerk is om onder begeleiding van de prevalentie en incidentie een voorstel te doen voor het aantal REC's en DEC's, waarbij de aantallen zorgen voor een geografisch dekkend zorglandschap. Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor de daadwerkelijke inkoop.

² In 2021 wordt deze rol nog vervuld door de CELZ, in 2022 en verder door de SELZ

		goedgekeurde zorglandschap van de specifieke doelgroep
--	--	--

Cliëntenvertegenwoordigers

2. Standaard:

DN.2. Wijze waarop cliënten en naasten worden betrokken

Intentie:

Cliënten en hun vertegenwoordigers moeten de ruimte krijgen om mee te denken en advies te geven over de inrichting van het zorglandschap en de kennisinfrastructuur voor de doelgroep waartoe zij behoren. Cliëntvertegenwoordigers³ zijn structureel ingebed in het doelgroepnetwerk. Via de cliëntenvertegenwoordigers kunnen cliënten invloed uitoefenen op het beleid van het doelgroepnetwerk en adviseren over de invulling en uitvoering van de kennisfunctie binnen het doelgroepnetwerk.

Bij grote projecten of besluiten die door het doelgroepnetwerk genomen worden wordt er actief samengewerkt of consultatie gevoerd met cliëntenvertegenwoordigers. Dit betekent onder andere dat het doelgroepnetwerk advies van de cliëntenvertegenwoordigers vraagt dat van invloed kan zijn op de te nemen beslissingen. Daarnaast werken ze actief samen om de zorg voor de cliënt te verbeteren en nieuwe ontwikkelingen te verspreiden binnen het zorglandschap.

Meetbare indicatoren:

Criterion no.	Minimale eisen	Volledig niveau	Indicator
DN. 2	Volledig aan voldoen		Er is een structurele inbedding van cliëntenvertegenwoordiging in het netwerk. Cliënten hebben de mogelijkheid om via cliëntenvertegenwoordigers invloed uit te oefenen op het beleid van het doelgroepnetwerk en advies te geven over de invulling en uitvoering van de kennisfunctie binnen het doelgroepnetwerk
DN. 2	Volledig aan voldoen		Er is een actieve samenwerking met cliëntenvertegenwoordiging vanuit het netwerk. Bij grote projecten of besluiten van het doelgroepnetwerk wordt er actief samengewerkt of consultatie gevoerd met cliëntenvertegenwoordigers. Het advies van de cliëntenvertegenwoordigers wordt gevraagd bij het nemen van besluiten

³ Waar mogelijk wordt de rol van cliëntvertegenwoordiging ingevuld door de patiëntenvereniging van de doelgroep. Indien er geen patiëntenvereniging is, is het de verantwoordelijkheid van de doelgroep om een passende invulling te zoeken voor het organiseren van cliëntvertegenwoordiging.

Organisatie doelgroepnetwerk

3. Standaard:

DN.3 Organisatie doelgroepnetwerk

Intentie

De rechtsvorm van het doelgroepnetwerk is een verenigingsstructuur, waarbij iedere instelling lid is van het doelgroepnetwerk. De verenigingsstructuur zorgt ervoor dat de aangesloten leden gelijkwaardig vertegenwoordigd zijn en dat alle belangen behartigd worden.

Het bestuur van het doelgroepnetwerk bestaat uit een afvaardiging van de aangesloten leden. De diversiteit van de leden is een weerspiegeling van de samenstelling van het bestuur. Dit betekent dat het bestuur minimaal bestaat uit vertegenwoordiging van de DEC's, REC's en cliëntenvertegenwoordiging. De minimale samenstelling van het bestuur wordt vastgelegd in de statuten.

Meetbare indicatoren:

criterium no.	Minimale eisen	Volledig niveau	Indicator
DN. 3	Volledig aan voldoen		De rechtsvorm van het doelgroepnetwerk is een vereniging
DN. 3	Volledig aan voldoen		De vereniging beschikt over statuten
DN. 3	Volledig aan voldoen		Statuten bevatten de naam en doel van de vereniging, verplichtingen van de leden, wijze van bijeenroepen van de ALV en wijze van benoeming/ontslag van bestuurders
DN. 3	Volledig aan voldoen		De vereniging beschikt over een huishoudelijk reglement
DN. 3	Volledig aan voldoen		In het bestuur is een DEC vertegenwoordigd
DN. 3	Volledig aan voldoen		In het bestuur is REC vertegenwoordigd
DN. 3	Volledig aan voldoen		In het bestuur zit een onafhankelijk voorzitter
DN. 3	Volledig aan voldoen		In het bestuur is cliëntvertegenwoordiging gerealiseerd

Besluitvorming doelgroepnetwerk

4. Standaard:

DN4. Wijze waarop besluitvorming binnen het netwerk plaatsvindt

Intentie:

Elk jaar vindt er twee maal een ALV plaats voor het doelgroepnetwerk, dit wordt vastgelegd in de statuten. Tijdens de ALV worden het gevoerde en te voeren beleid besproken dat uitgevoerd wordt door het bestuur van de vereniging. Het bestuur probeert hierbij zoveel als mogelijk de continuïteit van de vereniging te borgen.

Na elke ALV wordt er een verslag opgesteld dat gedeeld wordt met de leden. Op deze manier blijven de niet aanwezige leden op de hoogte van de voortgang en besproken punten. Tijdens de ALV hebben alle leden recht op inspraak, maar alleen geaccrediteerde leden hebben een stemrecht. Op deze manier wordt er geborgd dat het beleid binnen het doelgroepnetwerk wordt bepaald door geaccrediteerde leden en overige zorgaanbieders wel gehoord worden maar geen beslissende stem hebben. Het stemrecht van de leden wordt vastgelegd in de statuten.

Meetbare indicatoren:

Criterion no.	Minimale eisen	Volledig niveau	Indicator
DN. 4	Volledig aan voldoen		In de statuten is aangegeven dat alleen geaccrediteerde leden stemrecht hebben tijdens de ALV
DN. 4.2	Volledig aan voldoen		In de statuten is vastgelegd dat er minimaal twee keer per jaar een ALV wordt georganiseerd

Onderlinge samenwerking

5. Standaard:

DN5. Wijze waarop samenwerking tussen de netwerkpartijen wordt georganiseerd

Intentie

Binnen het doelgroepnetwerk is de onderlinge samenwerking open en transparant. De netwerkpartijen zijn op de hoogte van en betrokken bij het organiseren van projecten op thema's op basis waarvan de onderzoekslijnen worden vormgegeven en opgestart. Het is belangrijk dat de projecten draagvlak hebben onder de leden, dat leden participeren in de projecten en dat de informatie uit de projecten gedragen en verspreid worden binnen het zorglandschap. Op deze wijze vormt het doelgroepnetwerk de basis voor het ontwikkelen, verspreiden en toepassen van nieuwe kennis en expertise in de praktijk om zo bij te dragen aan het verbeteren van de kwaliteit van leven van cliënten. Er zijn binnen het netwerk afspraken over hoe de samenwerking plaatsvindt tussen de leden als het gaat over projecten die vanuit het doelgroepnetwerk worden geïnitieerd.

Meetbare indicatoren:

Criterion no.	Minimale eisen	Volledig niveau	Indicator
DN. 5	Volledig aan voldoen		In het huishoudelijk reglement is beschreven wat de belangrijkste samenwerkingsvormen zijn in de projecten/programmaliijnen.
DN. 5	Volledig aan voldoen		In het huishoudelijk reglement is vastgelegd hoe de leden, cliëntvertegenwoordigingen en overige zorgaanbieders kunnen participeren in projecten die geïnitieerd worden in het doelgroepnetwerk

Delen visitatierapport

6. Standaard:

DN6 . Delen van het rapport doelgroepnetwerken

Intentie

De leden van het doelgroepnetwerk worden door een certificerende instelling of een visitatiecommissie gevisiteerd. Na het uitvoeren van de visitatie rapporteert de visitatiecommissie haar bevindingen aan het doelgroepnetwerk. Het rapport wordt door de certificerende instelling/visitationcommissie niet direct gedeeld met de CELZ/SELZ. Het doelgroepnetwerk deelt het visitatierapport met het de CELZ/SELZ. De CELZ/SELZ neemt op basis van de bevindingen van de visitatiecommissie een besluit om het doelgroepnetwerk wel of niet te accrediteren. Daartoe heeft zij inzicht in de uitkomsten van de visitatie nodig.

Het is voor de CELZ/SELZ duidelijk wat de tekortkoming is maar ook wat de sterke punten zijn. Inzicht in deze punten geven ook verbeterpunten/leerpunten aan voor andere doelgroepen. In statuten staat vastgesteld dat het visitatierapport wordt gedeeld met de CELZ/SELZ.

Meetbare indicatoren:

criterium no.	Minimale eisen	Volledig niveau	Indicator
DN. 6	Volledig aan voldoen		In de statuten is vastgelegd dat het visitatierapport wordt gedeeld met de CELZ/SELZ

Ontwikkelplan voor komende vier jaar

7. Standaard:

DN7. Ontwikkelplan voor de komende vier jaren

Intentie

Op basis van de uitkomsten van de visitatie stelt het doelgroepnetwerk een ontwikkelplan op. In het ontwikkelplan staat beschreven hoe te komen tot de volledige inrichting van het zorglandschap. De werkzaamheden om te komen tot het zorglandschap, een beschrijving van de doelen tot het volgende visitatiemoment en hoe het doelgroepnetwerk blijft ontwikkelen, leren en innoveren staat ook beschreven in het ontwikkelplan.

Meetbare indicatoren:

criterium no.	Minimale eisen	Volledig niveau	Indicator
DN. 7	Volledig aan voldoen		Het doelgroepnetwerk heeft een ontwikkelplan dat is opgesteld op basis van de uitkomsten van de visitatie

Onderzoeksagenda

8. Standaard:

DN. 8 Verantwoordelijk voor het opstellen van de onderzoeksagenda

Intentie:

In de onderzoeksagenda staat beschreven op basis van welke onderzoekslijnen de komende jaren wetenschappelijk en praktijkgericht onderzoek wordt gedaan naar de doelgroep. Het is erop gericht om de beste zorg voor de cliënten te leveren. De onderzoeksagenda bevat praktijkvragen of knelpunten uit de praktijk en de zorgketen die aangedragen worden door het veld (o.a. cliëntvertegenwoordigers, zorgverleners en -aanbieders). Door de verschillende partijen te betrekken wordt ervaring vanuit onderzoek, zorgaanbieder en cliëntperspectief samengebracht zodat vanuit een holistisch perspectief gewerkt wordt aan betere kwaliteit van leven voor cliënten binnen de doelgroep.

Meetbare indicatoren:

Criterion no.	Minimale eisen	Volledig niveau	Indicator
DN. 8	Volledig aan voldoen		Er is een procesbeschrijving aanwezig waarin staat beschreven hoe de onderzoeksagenda tot stand komt en op welke wijze het doelgroepnetwerk en cliëntvertegenwoordiging worden betrokken
DN. 8	Er is een plan van aanpak hoe in de komende twee jaar gewerkt wordt aan het opzetten van een onderzoeksagenda	Er wordt volledig aan deze indicator voldaan	Het doelgroepnetwerk ontwikkelt elke vier jaar een onderzoeksagenda waarin de onderzoekslijnen van de komende jaren staan beschreven
DN. 8	Er is een plan van aanpak hoe in de komende twee jaar gewerkt wordt aan het opzetten van een onderzoeksagenda	Er wordt volledig aan deze indicator voldaan	De praktijkvragen uit het veld (cliëntenvertegenwoordigers, zorgverleners en aanbieders) worden breed verzameld binnen het doelgroepnetwerk
DN. 8	Er is een plan van aanpak hoe in de komende twee jaar gewerkt wordt aan het opzetten van een onderzoeksagenda	Er wordt volledig aan deze indicator voldaan	De praktijkvragen die opgehaald zijn uit het veld worden gebruikt bij het doorontwikkelen van de onderzoeksagenda
DN. 8	Er is een plan van aanpak hoe in de komende twee jaar gewerkt wordt aan het opzetten van een onderzoeksagenda	Er wordt volledig aan deze indicator voldaan	De praktijkvragen zijn inzichtelijk voor alle leden van het doelgroepnetwerk

Hoofdstuk 2: Criteria kenniscentrum

In dit hoofdstuk worden de criteria van het kenniscentrum verder uitgelicht. Het kenniscentrum zorgt voor kennisontwikkeling en -verspreiding door het doen van onderzoek, het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden en het verspreiden van kennis via opleidingen.

Type organisatie

1. Standaard:

KC. 1 Type organisatie

Intentie:

Het kenniscentrum is een kennisgerichte organisatie en kan een functie zijn binnen of buiten het doelgroepnetwerk. Een functie buiten het doelgroepnetwerk is ingericht door middel van een samenwerking met een alreeds bestaand kenniscentrum dat aantoonbare ervaring heeft met de doelgroep. Indien het kenniscentrum een functie buiten het doelgroepnetwerk is kan deze functie aantoonbaar worden gemaakt door eerder onderzoek of betrokken onderzoekers die kennis en expertise hebben van de doelgroep. Het kenniscentrum coördineert en initieert kennisdeling en kennisontwikkeling, faciliteert de implementatie van nieuwe kennis, borgt kennis en ondersteunt bij de ontwikkeling van opleiding en scholing in de zorgpraktijk. **In de statuten staat beschreven dat het KC is opgericht als functie binnen het doelgroepnetwerk of dat er een samenwerkingsovereenkomst met een KC afgesloten.**

Meetbare indicatoren:

criterium no.	Minimale eisen	Volledig niveau	Indicator
KC. 1	Volledig aan voldoen		Het kenniscentrum is een functie binnen het doelgroepnetwerk of er is een samenwerkingsovereenkomst afgesloten met een KC
KC. 1	Volledig aan voldoen		In de statuten is vastgelegd dat het KC is opgericht als functie binnen het doelgroepnetwerk of er is een samenwerkingsovereenkomst met een KC afgesloten

Vindbaarheid KC

2. Standaard:

KC. 2 Vindbaarheid van het KC

Intentie:

Om de kennis en expertise van de doelgroep continu te verbeteren investeert het kenniscentrum in haar vindbaarheid en brede bekendheid. Dit wordt gedaan binnen de landelijke zorgketen van de doelgroep, DEC's en REC's en bredere kennispartners zoals ziekenhuizen, GGZ 's, zorgkantoren, zorgverzekeraars en gemeenten. Maar ook voor de zorgprofessional, de cliënt en naasten is vindbaarheid en brede bekendheid belangrijk. Cliënten en naasten moeten op de hoogte zijn waar ze terecht kunnen voor zorg en ondersteuning en welke regelingen er zijn. Voor zorgprofessionals

versterkt een betere vindbaarheid en brede bekendheid de onderlinge samenwerking waardoor de cliënt de juiste zorg krijgt op de juiste plek op het juiste moment.

Om de vindbaarheid van het kenniscentrum te vergroten is er een plan van aanpak opgesteld waarin beschreven staat welke stappen het kenniscentrum hiervoor zet de komende twee jaar. Voorbeelden hiervan zijn producten zoals een website, communicatiemateriaal en (digitale) informatiefolders. De vindbaarheid van het kenniscentrum kan op verschillende manieren aangetoond worden. Zo kan het kenniscentrum op de eerste pagina van Google getoond worden wanneer gezocht wordt op de doelgroep en kan er een overzicht van de stakeholders waarmee regelmatig afspraken zijn. Ook kan er een CRM-systeem zijn met daarin contacten binnen het brede veld en keten.

Meetbare indicatoren:

Criterion no.	Minimale eisen	Volledig niveau	Indicator
KC. 2	Er is een plan waarin staat beschreven hoe het KC de komende twee jaren werkt aan haar vindbaarheid en wat er over twee jaar op het gebied van vindbaarheid bereikt is	Er wordt volledig aan deze indicator voldaan	Het kenniscentrum beschikt over producten waarmee zij aantoonbaar maakt dat zij de vindbaarheid van het KC vergroot
KC. 2	Er is een plan waarin staat beschreven hoe het KC de komende twee jaren werkt aan haar vindbaarheid en wat er over twee jaar op het gebied van vindbaarheid bereikt is	Er wordt volledig aan deze indicator voldaan	Het kenniscentrum beschikt over producten waarmee de vindbaarheid gemeten kan worden

Onderzoeksinfrastructuur

3. Standaard:

KC. 3 Onderzoeksinfrastructuur

Intentie:

Het KC beschikt over een onderzoeksinfrastructuur met samenwerkingsverbanden om onderzoek en innovatie op te zetten en te bevorderen. De onderzoeksinfrastructuur stelt het KC in staat om het doelgroepennetwerk te begeleiden en ondersteunen bij het opzetten van de onderzoeksagenda.

Meetbare indicatoren:

Criterion no.	Minimale eisen	Volledig niveau	Indicator
KC. 3	Er is een plan waarin staat beschreven hoe het KC de komende twee jaren bij gaat dragen aan het opstellen van de onderzoeksagenda en wat er over twee jaar op het gebied van de	Er wordt volledig aan deze indicator voldaan	Het KC ondersteunt en begeleidt het doelgroepennetwerk bij het opstellen van de onderzoeksagenda

	onderzoeksagenda bereikt is		
KC. 3	Er is een plan waarin staat beschreven hoe het KC de komende twee jaren bij gaat dragen aan het opstellen van de onderzoeksagenda en wat er over twee jaar op het gebied van de onderzoeksagenda bereikt is	Er wordt volledig aan deze indicator voldaan	Het kenniscentrum beschikt over een bewezen methodiek om tot een landelijke en gedragen onderzoeksagenda te komen en regie te voeren op de implementatie van deze onderzoeksagenda

Subsidiewerving

4. Standaard:

KC. 4 Subsidiewerving

Intentie:

Voor de onderzoekslijnen, het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek en het vertalen van onderzoek naar de praktijk in de onderzoeksagenda is financiering nodig. Financiering kan verkregen worden via werven van onderzoekssubsidies of fondsenwerving waarbij subsidies worden binnengehaald vanuit de overheid of via bedrijven en particulieren. Het kenniscentrum heeft een actieve en leidende rol bij fondsenwerving en faciliteert en ondersteunt bij het aanvragen van onderzoekssubsidies. Op basis van de onderzoeksagenda is er een plan van aanpak voor welke onderzoekslijnen financiering noodzakelijk is en welke fondsen en subsidieverstrekkingen hiervoor aangeschreven worden.

Meetbare indicatoren:

criterium no.	Minimale eisen	Volledig niveau	Indicator
KC. 4	Er is een plan waarin staat beschreven hoe het KC met samenwerkingspartners bijdraagt aan subsidiewerving en wat er over twee jaar op het gebied van subsidiewerving bereikt is	Er wordt volledig aan deze indicator voldaan	Het kenniscentrum zet zich actief in om onder andere financiële middelen te werven voor het doen van onderzoek en het vertalen van onderzoek naar de praktijk

Samenwerking

5. Standaard:

KC. 5 Samenwerking

Intentie:

Het kenniscentrum stimuleert en initieert samenwerking met het brede nationale en internationale zorgveld. Deze samenwerking is belangrijk zodat kennis en expertise over de zorg en behandeling van de doelgroep door de keten heen en op landelijk niveau wordt versterkt. Het delen van kennis en

expertise is daarnaast ook cruciaal op het gebied van doelgroep-specifieke training en scholing. Betere kennis en expertise leidt tot een hogere kwaliteit van zorg voor de cliënt. Het KC kan aantonen dat zij actief samenwerkt met het (inter)nationale zorgveld. Daarnaast zoekt het KC pro-actief een samenwerking en aansluiting bij en stimuleert en initieert de samenwerking tussen verschillende partijen in het zorgveld. Voorbeelden hiervan zijn: zorginstellingen, kennispartijen in de langdurige zorg (zoals bijvoorbeeld Vilans, academische werkplaatsen en SKILZ), bestaande kennisinstituten en kennisnetwerken en opleidingsinstituten op het specifieke expertisegebied en opleidingen gerelateerd aan de desbetreffende doelgroep. Om samenwerkingsafspraken gericht in te vullen is er bijvoorbeeld een plan van aanpak waarin wordt beschreven (en mogelijk al aan wordt voldaan) hoe samenwerking met het doelgroepnetwerk, zorg- en kennispartijen concreet wordt vormgegeven. Het realiseren van samenwerking kan daarnaast bijvoorbeeld aangetoond worden middels jaarlijks overleg met een vertegenwoordiging van patiënt- en cliëntverenigingen om de onderzoeksagenda te toetsen en uitgevoerd onderzoek te bespreken. Dit kan ook aangetoond worden door een start te maken van het organiseren van een gezamenlijk symposium.

Meetbare indicatoren

criterium no.	Minimale eisen	Volledig niveau	Indicator
KC. 5	Er is een plan waarin staat beschreven hoe het KC proactief samenwerking en aansluiting zoekt met het brede nationale en internationale zorgveld en wat er over twee jaar op het gebied van samenwerking bereikt is	Er wordt volledig aan deze indicator voldaan	Het KC beschikt over aantoonbaar bewijs van samenwerking met zorginstellingen
KC. 5	Er is een plan waarin staat beschreven hoe het KC proactief samenwerking en aansluiting zoekt met het brede nationale en internationale zorgveld en wat er over twee jaar op het gebied van samenwerking bereikt is	Er wordt volledig aan deze indicator voldaan	Het KC beschikt over aantoonbaar bewijs van samenwerking met kennispartijen in de langdurige zorg (zoals bijvoorbeeld Vilans, de academische werkplaatsen en SKILZ)
KC. 5	Er is een plan waarin staat beschreven hoe het KC proactief samenwerking en aansluiting zoekt met het brede nationale en internationale zorgveld en wat er over twee jaar op het gebied van samenwerking bereikt is	Er wordt volledig aan deze indicator voldaan	Het KC beschikt over aantoonbaar bewijs van samenwerking met bestaande kennisinstituten en kennisnetwerken
KC. 5	Er is een plan waarin staat beschreven hoe	Er wordt volledig aan deze indicator voldaan	Het KC beschikt over aantoonbaar bewijs van

	het KC proactief samenwerking en aansluiting zoekt met het brede nationale en internationale zorgveld en wat er over twee jaar op het gebied van samenwerking bereikt is		samenwerking met opleidingsinstituten op het specifieke expertisegebied en/of opleidingen gerelateerd aan de desbetreffende doelgroep
--	--	--	---

Competentieprofielen

6. Standaard:

KC. 6 Ontwikkelen competentieprofielen

Intentie:

Het kenniscentrum ontwikkelt met zorgprofessionals en beroepsverenigingen uit het veld actuele competentieprofielen voor het specifieke expertisegebied van de doelgroep. In een competentieprofiel staat beschreven welke specifieke competenties nodig zijn voor een expertisegebied van de doelgroep. Een competentieprofiel bevat minimaal de kennis, attitude/beroepshouding en vaardigheden die een medewerker nodig heeft om een bepaalde functie goed te vervullen. Dit geeft nader inzicht in welke deskundigheid nodig is om de juiste zorg te leveren aan de cliënt. Aan de hand van de competentieprofielen ontwikkelt het kenniscentrum een leerlijn voor scholing, deskundigheidsbevorderingen en training met professionals uit de praktijk. Deze leerlijn sluit aan op de behoefte vanuit de praktijk en de practise-based en evidence-based ontwikkelde kennis. Hiertoe heeft het kenniscentrum ook contacten met het mbo, hbo en wo.

Meetbare indicatoren

criterium no.	Minimale eisen	Volledig niveau	Indicator
KC. 6	Er is een plan waarin staat beschreven hoe het KC met het zorgveld bijdraagt aan het ontwikkelen van actuele competentieprofielen en leerlijnen en wat er over twee jaar op het gebied van het ontwikkelen van de competentieprofielen bereikt is	Er wordt volledig aan deze indicator voldaan	Het KC beschikt over actuele competentieprofielen die zijn ontwikkeld met het zorgveld
KC. 6	Er is een plan waarin staat beschreven hoe het KC met het zorgveld bijdraagt aan het ontwikkelen van actuele competentieprofielen en leerlijnen en wat er over twee jaar op het gebied van het ontwikkelen van de competentieprofielen bereikt is	Er wordt volledig aan deze indicator voldaan	Het KC beschikt over een leerlijn die bijdraagt aan het scholingsgebied op het specifieke expertisegebied van de doelgroep. Deze leerlijn sluit aan op de behoeften vanuit de praktijk en practise-based en evidence-based

			based ontwikkelde kennis
--	--	--	--------------------------

Productontwikkeling

7. Standaard:

KC. 7 Productontwikkeling

Intentie:

In samenwerking met het zorgveld ontwikkelt het kenniscentrum aantoonbaar landelijke kennisproducten. Kennisproducten ondersteunen de handelingen die uitgevoerd worden door medewerkers en verbeteren de zorg voor de cliënt. Ze worden ontwikkeld om de zorg efficiënter en doelmatiger in te richten. Voorbeelden van kennisproducten zijn handleidingen, implementatieplannen en scholing, triage-instrumenten, onderzoeksagenda, bewezen interventies, richtlijnen, zorgprogramma's en een zorgbrede zorgstandaard. Het inventariseren, faciliteren en ontwikkelen van de kennisproducten wordt gedaan door het kenniscentrum. Zij brengen hiervoor kennis en expertise samen uit het zorgveld en betrekken hierbij ook (wetenschappelijke) inzichten en onderbouwingen. Voor de richtlijn / zorgstandaardontwikkeling en actualisatie zoekt het KC ook actief de afstemming met de stakeholders zoals ZiNL en SKILZ. Het KC kan hiervoor activiteiten organiseren om samen te komen met de stakeholders en te komen tot een eerste aanzet van richtlijnontwikkeling.

Meetbare indicatoren

criterium no.	Minimale eisen	Volledig niveau	Indicator
KC. 7	Er is een plan waarin staat beschreven hoe het KC bijdraagt aan de ontwikkeling van landelijke kennisproducten en wat er over twee jaar op het gebied van productontwikkeling bereikt is	Er wordt volledig aan deze indicator voldaan	Het KC beschikt over landelijke kennisproducten op het gebied van de doelgroep
KC.7	Er is een plan waarin staat beschreven hoe het KC bijdraagt aan de ontwikkeling van landelijke kennisproducten en wat er over twee jaar op het gebied van productontwikkeling bereikt is	Er wordt volledig aan deze indicator voldaan	Het KC beschikt over aantoonbaar bewijs dat de richtlijnen, zorgstandaardontwikkeling en actualisatie actief zijn afgestemd met de stakeholders zoals ZiNL of SKILZ

Implementatie

8. Standaard:

KC. 8. Implementatie

Intentie:

Om de knelpunten van de doelgroep te verhelpen en de zorg van de cliënten te verbeteren ondersteunt en stimuleert het kenniscentrum de ontwikkeling en implementatie van breed gedragen innovaties, onderzoek en kennisproducten. Voorbeelden zijn: e-health, slimme technologie en kunstmatige intelligentie. Echter, het verbeteren van de kwaliteit van zorg vindt pas plaats als nieuwe kennis uit onderzoek wordt vertaald en toegepast in de praktijk. Het kenniscentrum heeft een faciliterende rol in het maken van de vertaling naar de praktijk om de doelgroep handvaten te geven om concreet aan het werk te gaan. Het KC kan dit aantonen door bijvoorbeeld een implementatiewijzer of handleiding voor de implementatie van kennisproducten beschikbaar te stellen, coaching of training te geven over nieuwe kennis in de praktijk, een visie en beleid te hebben op de bijdrage van ICT aan de implementatie of expertise aanwezig hebben binnen het KC om implementatie te begeleiden of kennis rondom implementatie over te brengen.

Meetbare indicatoren:

criterium no.	Minimale eisen	Volledig niveau	Indicator
KC. 8	Er is een plan waarin staat beschreven hoe het KC bijdraagt aan de implementatie van innovaties en kennisproducten en wat er over twee jaar op het gebied van implementatie van innovaties en kennisproducten bereikt is	Er wordt volledig aan deze indicator voldaan	Het KC beschikt over aantoonbaar bewijs dat het de ontwikkeling van implementatie van breed gedragen innovaties en kennisproducten ondersteunt en stimuleert

Datasystemen

9. Standaard:KC. 9 Datasystemen**Intentie:**

Een kenniscentrum stimuleert en ondersteunt een gedeeld datasysteem, ten behoeve van onderzoek en innovatie. DEC's, REC's en kennisinstituten krijgen op verantwoordelijke wijze ook toegang tot het gedeelde systeem. Door het delen van kennis en resultaten uit onderzoek kunnen gegevens vergeleken worden met elkaar en kan leren en verbeteren worden gestimuleerd en bevorderd. Op deze manier kan er gestimuleerd worden dat de cliënt altijd de optimale zorg ontvangt, volgens de laatste (wetenschappelijke) inzichten. Dit leidt uiteindelijk tot een betere kwaliteit van zorg.

Meetbare indicatoren

criterium no.	Minimale eisen	Volledig niveau	Indicator
KC. 9	Er is een plan waarin staat beschreven hoe het KC een gedeeld datasysteem stimuleert en ondersteunt en wat er over twee jaar op het gebied van datasystemen bereikt is	Er wordt volledig aan dit criterium voldaan	Een KC stimuleert en ondersteunt een gedeeld datasysteem, ten behoeve van onderzoek en innovatie

Hoofdstuk 3: Criteria REC en DEC

In dit hoofdstuk staan de criteria beschreven voor het REC en DEC. REC's zijn aanbieders die intensief samenwerken met de DEC's en gespecialiseerde zorg bieden in de regio. De eisen die gelden voor een REC gelden ook voor het DEC, waarbij het DEC nog aanvullende eisen heeft die verder worden beschreven in hoofdstuk 4. De criteria voor de REC's en DEC's moeten worden geoperationaliseerd door de doelgroepen netwerken zelf.

Zorgstandaarden

1. Standaard:

REC & DEC. 1. Zorg volgens zorgstandaarden

Intentie:

Het is wenselijk dat de zorg effectief en op een gelijke wijze aangeboden wordt. Dat betekent dat zorginstellingen zorg volgens de laatste stand van de wetenschap en praktijk moeten leveren. Idealiter is dit vertaald in zorgstandaarden en richtlijnen. Een zorgstandaard geeft op hoofdlijnen weer waar goede zorg bij een bepaalde aandoening minimaal aan moet voldoen. Het biedt zorgverleners ondersteuning bij het bepalen wat er nodig is goede zorg te leveren en geeft cliënten inzicht in de dienstverlening die hij/zij kan verwachten. Een zorgstandaard is zoveel mogelijk geschreven vanuit het perspectief van de cliënt en gebaseerd op actuele en wetenschappelijk onderbouwde inzichten.

Richtlijnen zijn een onderdeel van deze onderbouwing. Een richtlijn biedt zorgverleners en cliënten ondersteuning bij het in kaart brengen van gezondheidsproblemen en beslissen over effectieve en doelmatige zorg. In een richtlijn worden wetenschappelijke inzichten en klinische ervaringen samengebracht die de organisatie helpt zorg te leveren volgens de laatste stand van de wetenschap en de praktijk. Ook de scholing moet binnen de organisatie op orde zijn zodat medewerkers de kwaliteit en expertise bezitten om de juiste zorg te bieden aan de client. Een organisatie kan aantonen dat het zorg volgens de zorgstandaarden levert door te beschikken over multidisciplinaire overleggen of diploma's of certificaten van werknemers waarmee duidelijk is dat de scholing op orde is binnen de organisatie. Indien richtlijnen of zorgstandaarden aanwezig zijn kan de organisatie links laten zien naar de bestaande richtlijnen of zorgstandaarden. Zorgstandaarden kunnen dan onderwerpen bevatten als dagbesteding, juiste zorgaanbod, hulpmiddelen en woon- en leefmilieu.

Meetbare indicatoren:

criterium no.	Minimale eisen	Volledig niveau	Indicator
REC & DEC. 1	Volledig aan voldoen		Zorg- en behandelmedewerkers geven voorbeelden waaruit blijkt dat de zorg en behandeling wordt geleverd volgens de geldende specialistische richtlijnen en standaarden die gelden voor de doelgroep

Minimaal volume cliënten

2. Standaard:

REC & DEC. 2. Volume van minimaal aantal cliënten⁴

Intentie:

Voor een REC geldt dat het minimumaantal intramurale plaatsen staat op 10 waarbij de cliënten op een afdeling moeten wonen (zie REC 9.1). Voor een DEC geldt een minimum van 40 intramurale plaatsen specifiek voor cliënten binnen een doelgroep. Deze concentratie is ingesteld om de kwaliteit te verhogen en de zorg toegankelijker en doelmatiger te maken. Hoe meer cliënten er worden geholpen binnen de organisatie hoe meer ervaring er wordt op gedaan door de professionals en hoe beter de kwaliteit wordt van de geleverde zorg. Het minimaal aantal plaatsen kan aangetoond worden door een overzicht te hebben van het minimaal aantal intramurale plaatsen, gelabelde bedden of de aanwezigheid van een overzicht van het aantal cliënten het afgelopen jaar.

Meetbare indicatoren:

Criterion no.	Minimale eisen	Volledig niveau	Indicator
REC & DEC. 2	Volledig aan voldoen		Er is een overzicht aanwezig dat het minimaal aantal intramurale plaatsen van een REC en DEC weergeeft

Multidisciplinaire team

3. Standaard:

REC & DEC. 3 Multidisciplinair gespecialiseerd kernteam

Intentie:

Er is binnen de organisatie een multidisciplinair gespecialiseerd kernteam aanwezig die op basis van een overeenkomst met de zorgaanbieder structureel ingezet wordt voor de doelgroep en waarbij ervaring en deskundigheid met de doelgroep aangetoond kan worden. De samenstelling van het kernteam is belangrijk om de zorg vanuit verschillende perspectieven te kunnen benaderen en daarmee de zorg in de volle breedte te kunnen bieden aan de cliënt. Voorbeelden van deze specialismen zijn: een specialist ouderengeneeskunde/ arts verstandelijk gehandicapten⁵, een GZ-psycholoog, een ergotherapeut, een fysiotherapeut, logopedist, diëtist, maatschappelijk werkende en een gespecialiseerd verpleegkundige. De aanwezigheid van het kernteam kan bijvoorbeeld worden aangetoond door een tabel die per discipline het aantal FTE en betrokken medewerkers aantoont of notulen die de aanwezigheid van de specialismen bij een MDO aantoont.

Meetbare indicatoren:

Criterion no.	Minimale eisen	Volledig niveau	Indicator
REC & DEC. 3	Volledig aan voldoen		Er is een overzicht van het aantal formatieplaatsen per functie van het multidisciplinair kernteam zoals

⁴ Het criterium van 40 intramurale plaatsen bij een DEC staat vast. Wanneer het gezien de omvang van de doelgroep voor een netwerk niet mogelijk is om 40 plaatsen te realiseren kan hier in overleg met de CELZ/SELZ (en na akkoord van VWS) van afgeweken worden. Dit geldt ook wanneer een DEC met name gericht is op behandeling in plaats van verblijf.

⁵ Het specialisme van specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten is afhankelijk van de doelgroep.

		door de doelgroep beschreven in het advies- en transitierapport
REC & DEC. 3	Volledig aan voldoen	Het management en het kernteam kunnen uitleggen waarom er gekozen is voor deze samenstelling van gespecialiseerde zorgmedewerkers en behandelaren

Kennis en ervaring van zorgmedewerkers

4. Standaard:

REC & DEC. 4. Zorgmedewerkers met kennis en ervaring

Intentie:

Kennis van en over de doelgroepen met een hoog complexe zorgvraag vraagt om specifieke competenties. Om te waarborgen dat de instelling de juiste medewerkers aantrekt en inzet voor zorg aan de doelgroep moeten medewerkers die zorg leveren aan de doelgroep voldoen aan het competentieprofiel. Een competentieprofiel zegt iets over aan welke competenties een bepaalde discipline moet voldoen. De kwaliteiten en/of vaardigheden van de medewerker kunnen vervolgens getoetst worden aan de hand van het competentieprofiel. Op deze manier wordt er gewaarborgd dat medewerkers beschikken over de juiste kennis met betrekking tot de doelgroep.

Meetbare indicatoren:

criterium no.	Minimale eisen	Volledig niveau	Indicator
REC & DEC. 4	De organisatie heeft een plan waarin beschreven staan hoe er een specifiek voor de doelgroep scholingsplan wordt opgesteld. Er kan worden aangetoond dat binnen vier jaar na de eerste visitatie 80% van de medewerkers daadwerkelijk getraind en geschoold zijn	Er is een overzicht van het aantal ervaringsjaren per functiegroep (gemiddeld minimaal 3 jaar). Er is een specifiek voor deze doelgroep opgesteld scholingsplan Het scholingsplan betreft onder meer een inwerkdoorstroom- en uitstroomprogramma voor de borging van de specialistische kennis Minimaal 80% van de medewerkers zijn geschoold en kunnen aangeven wat zij hebben geleerd van de scholing en wat zij daaraan hebben gehad in de praktijk van de patiëntenzorg	Zie minimaal versus volledig niveau

Samenwerkingspartners in de regio

5. Standaard:

REC & DEC. 5. Goede relatie samenwerkingspartners in de regio

Intentie:

Het is de rol en verantwoordelijkheid van de organisatie om in de regio ervoor te zorgen dat de cliënt op een goede manier door de keten heen komt en zorg op de juiste plek ontvangt. Ook moet er consultatie geboden kunnen worden aan organisaties. De organisatie investeert daarom actief en aantoonbaar in relaties met ketenpartners en verwijzers in het bieden van zorg en behandeling voor de cliënt. Dit kan bijvoorbeeld aantoonbaar worden gemaakt door de aanwezigheid van een context- en stakeholderanalyse met daarin een overzicht van de eigen keten en belangrijkste stakeholders. Samenwerking begint hierbij met goede communicatie en informatie-uitwisseling. Door het benutten van de beschikbare (gedeelde) kennis kan er efficiënter en effectiever gewerkt worden in de regio en binnen de organisatie wat leidt tot betere zorg voor de cliënt. Ook zorgt de samenwerking voor een regionale doorvertaling van de clientreis.

Afspraken rondom de samenwerking met ketenpartners kunnen vastgelegd zijn in een samenwerkingsovereenkomst. In de samenwerkingsovereenkomst staan afspraken die onderling worden gemaakt door de ketenpartners en jaarlijks geëvalueerd. Op deze manier zijn alle ketenpartners op de hoogte van de gemaakte afspraken en zorgt de evaluatie ervoor dat afspraken waar nodig aangepast kunnen worden.

Meetbare indicatoren:

criterium no.	Minimaal niveau	Volledig niveau	Indicator
REC & DEC. 5	Er zijn minimaal twee referenties van ketenpartners en collega organisaties uit de regio, die verklaren dat de organisatie bereikbaar is voor kennis en advies. De organisaties geven aan hoe vaak zich dit in de praktijk voordoet op het moment van visiteren	Er zijn minimaal twee referenties van ketenpartners en collega organisaties uit de regio, die verklaren dat de organisatie bereikbaar is voor kennis en advies, en op verzoek zo nodig voor overname van cliënten. De organisaties geven aan hoe vaak zich dit in de praktijk voordoet op het moment van visiteren	Zie minimaal versus volledig niveau

Ondersteuning in de regio

6. Standaard:

REC & DEC. 6 Ondersteuning regio

Intentie:

Binnen de expertisecentra wordt kennis en expertise ontwikkeld die waardevol is om de kwaliteit van zorg van cliënten bij reguliere zorgorganisaties en in kleinere organisaties te vergroten. Dit betekent dat de organisatie beschikt over voldoende capaciteit en middelen om beschikbaarheid te bieden

voor consultatie van alle functies uit het kernteam. Dit kan bijvoorbeeld aantoonbaar worden gemaakt door de aanwezigheid van een samenwerkingsovereenkomst (SLA) waarin staat beschreven hoe er door de ketenpartners onderling ondersteuning wordt geboden. Ook kan er een verslag worden gemaakt van de jaarlijkse evaluatie van de samenwerkingsovereenkomst. De organisatie heeft daarnaast ook voldoende capaciteit en middelen om waar nodig de rol van medebehandelaar over te nemen en door middel van consultatie en een outreaching team zorg voor cliënten wonend bij andere organisaties te leveren. Door deze ondersteuning in de regio krijgt de cliënt de juiste zorg op de juiste plek geleverd.

Meetbare indicatoren:

Criterion no.	Minimaal niveau	Volledig niveau	Indicator
REC & DEC. 6	Er zijn minimaal twee referenties van ketenpartners en collega organisaties uit de regio, die verklaren dat de organisatie bereikbaar is voor kennis en advies. De organisaties geven aan hoe vaak zich dit in de praktijk voordoet op het moment van visiteren	Er zijn minimaal twee referenties van ketenpartners en collega organisaties uit de regio, die verklaren dat de organisatie bereikbaar is voor kennis en advies, en op verzoek zo nodig voor overname van cliënten. De organisaties geven aan hoe vaak zich dit in de praktijk voordoet op het moment van visiteren	Zie minimaal versus volledig niveau

Clientparticipatie

7. Standaard:

REC & DEC. 7 *Clientparticipatie*

Intentie:

Clientparticipatie is een essentiële voorwaarde om waardevolle zorg te leveren. Cliënten en naasten nemen namelijk iedere dag beslissingen die invloed hebben op hun gezondheid en herstel. De organisatie is daarom transparant in het delen van informatie en resultaten. Ook heeft de organisatie een beleid op het gebied van inspraak. Op deze manier wordt de inspraak van cliënten en naasten uit de doelgroep geborgd op beleidsniveau en op het niveau van de zorg.

Meetbare indicatoren:

Criterion no.	Minimale eisen	Volledig niveau	Indicator
REC & DEC. 7	Volledig aan voldoen		Voor REC's geldt dat zij cliënten en de cliëntenraad actief betrekken bij het instellingsbeleid voor de zorg en verbetertrajecten daarbij
REC & DEC. 7	Volledig aan voldoen		Voor DEC's geldt aanvullend dat cliënten en/of clientraden actief betrokken zijn bij de plannen en uitvoering van onderzoek en de

		implementatie van de onderzoeksresultaten. Er zijn twee vertegenwoordigers uit de cliëntenraad om hun betrokkenheid toe te lichten
--	--	--

Gezonde organisaties

8. Standaard:

REC & DEC. 8 Gezonde organisaties

Intentie:

Het is van belang dat de organisatie gezond is vanuit zowel het financiële- als kwaliteitsoogpunt. Een financieel gezonde organisatie heeft investeringsruimte om te vernieuwen op het gebied van ICT en e-health en innovatie om goede zorg te blijven leveren. De organisatie staat daarom niet onder bijzonder beheer van de bank of onder verscherpt toezicht vanuit IGJ⁶.

Ook is het van belang dat de cliënten en naasten tevreden zijn over de kwaliteit van zorg. Een manier om aan te tonen dat dit van toepassing is, is door gebruik te maken van een valide en doelgroepspecifiek meetinstrument om de kwaliteit van zorg en leven voor een zorginstelling aan te geven. Een hoge gemeten kwaliteit geeft ook aan hoe cliënten en naasten de zorg die gegeven is waarderen.

Meetbare indicatoren:

criterium No.	Minimale eisen	Volledig niveau	Indicator
REC & DEC. 8	Volledig aan voldoen		De clienttevredenheid van de betreffende doelgroep voldoet aan zelf oplegde normen
REC & DEC. 8	Volledig aan voldoen		De bestuurder verklaart dat de organisatie financieel gezond is en dat de betreffende afdelingen niet onder toezicht van de inspectie staan

Aangepaste omgeving client

9. Standaard:

REC & DEC. 9 Aangepaste omgeving

Intentie:

De omgeving waar de cliënten zorg ontvangen is specifiek ingericht voor de doelgroep. Dit betekent dat de cliënten verblijven op een geclusterde en gespecialiseerde afdeling met enkel cliënten van de

⁶ Indien de zorginstelling, en specifiek de locatie waar de doelgroep woont of behandeld wordt, onder verscherpt toezicht staat van de IGJ of onder bijzonder beheer van de bank dient zij ten alle tijden de CELZ/SELZ hierover te informeren. Daarnaast gaat het doelgroepnetwerk namens de instelling in gesprek met de CELZ/SELZ over de rede van de ondertoezichtstelling of bijzonder beheer.

doelgroep. De doelgroep woont op één locatie. Deze afdeling en het leefmilieu is specifiek ingericht voor de doelgroep aan de hand van de laatste stand van de wetenschap en praktijk en/of zorgprogramma. Doordat de leefomgeving zo specifiek is ingericht voor de desbetreffende cliënten uit de doelgroep bevordert dit het leven en welzijn. Een voorbeeld om aantoonbaar te maken dat de omgeving is aangepast voor de client is de aanwezigheid van een beschrijving op basis van het zorgprogramma hoe de fysieke omgeving en het leefmilieu is aangepast aan de doelgroep. Als er geen zorgprogramma aanwezig is geven de organisaties op basis van de laatste stand van wetenschappelijke kennis en praktijk aan welke keuzes er zijn gemaakt op het gebied van de fysieke omgeving, het leefmilieu en de richtlijnen op basis van de laatste stand van wetenschappelijke kennis en praktijk.

Meetbare indicatoren:

Criterion no.	Minimale eisen	Volledig niveau	Indicator
REC & DEC. 9	Er is een plan aanwezig waarin beschreven wordt welke stappen worden gezet om in de komende twee jaar de omgeving en het leefmilieu aangepast te hebben voor de doelgroep	Er wordt volledig aan deze indicator voldaan	De cliënten verblijven op een specifiek voor de betreffende doelgroep ingerichte locatie zoals door de doelgroep beschreven in het advies- en transitierapport
REC & DEC. 9	Er is een plan aanwezig waarin beschreven wordt welke stappen worden gezet om in de komende twee jaar de omgeving en het leefmilieu aangepast te hebben voor de doelgroep	Er wordt volledig aan deze indicator voldaan	Zowel de fysieke omgeving als het leefmilieu is speciaal voor deze doelgroep ingericht

[Kennissenetwerk](#)

10. Standaard:

REC & DEC. 10 Kennissenetwerk

Intentie:

De organisatie is direct betrokken en actief lid van het doelgroepenetwerk. Dit betekent dat zij actief meewerkt aan kennisontwikkeling en kennisdeling door het uitvoeren van wetenschappelijk en/of praktijkgericht onderzoek. De organisatie ondersteunt bij het de ontwikkeling van nieuwe kennis, zorgstandaarden en richtlijnen en werkt actief mee in het verspreiden van kennis op het gebied van de doelgroep. Een manier om aan te tonen dat de organisatie een bijdrage levert aan de kennisontwikkeling kan door initiëren van onderzoek en innovatie.

Meetbare indicatoren:

criterium no.	Minimale eisen	Volledig niveau	Indicator
REC & DEC. 10	Volledig aan voldoen		De organisatie is lid van het doelgroepnetwerk van de doelgroep
REC & DEC. 10	Volledig aan voldoen		De organisatie participeert in activiteiten gericht op onderzoek, implementatie van onderzoeksresultaten en de ontwikkeling van specialistische standaarden
REC & DEC. 10	Volledig aan voldoen		De organisatie neemt deel aan minimaal één onderzoek dat wordt uitgevoerd in het doelgroepnetwerk

Hoofdstuk 4: aanvullende criteria DEC

In dit hoofdstuk worden de aanvullende criteria van het DEC beschreven. Een DEC specialiseert zich volledig, maar niet per definitie exclusief in de betreffende doelgroep. Het DEC heeft alle relevante zorgdisciplines en biedt een combinatie van wonen, zorg en behandeling. De criteria van het DEC zijn aanvullend aan de criteria zoals beschreven in hoofdstuk 3. De criteria van het DEC moeten worden geoperationaliseerd door de doelgroepenwerken zelf.

Volledig zorgaanbod

1. Standaard:

DEC. 1 Volledig zorgaanbod

Intentie:

De organisatie is in staat tot het leveren van hooggespecialiseerde zorg voor complexe cliënten gedurende het volledige zorgtraject zoals beschreven in het goedgekeurde zorglandschap en zoals binnen de financiering valt van de cliënt. Dit betekent dat zij volledig kan aansluiten op wonen, zorg en welzijn voor de doelgroep en daartoe een integrale aanpak en een volledig zorgaanbod passend bij de behoefte van de doelgroep aanbiedt. De zorgverleners hebben specifieke kennis, ervaring en expertise van de doelgroep om de hooggespecialiseerde zorg te kunnen leveren. Het leveren van de hooggespecialiseerde zorg kan aangetoond worden door de aanwezigheid van protocollen, het doen van een steekproef, een anamnese die wordt vastgelegd in het ECD/EPD. Bij de organisatie maakt dagbesteding een integraal onderdeel uit van het zorgaanbod.

Meetbare indicatoren:

criterium no.	Minimale eisen	Volledig niveau	Indicator
DEC. 1	Volledig aan voldoen		Zorg- en behandelmedewerkers geven voorbeelden waaruit blijkt dat er hooggespecialiseerde zorg en behandeling, inclusief dagbesteding, wordt verricht aan cliënten met complexe zorgvragen

Last resort functie

2. Standaard:

DEC. 2 Last resort functie

Intentie:

De organisatie biedt een minimaal aantal last resort plekken aan om cliënten op te vangen die dat nodig hebben⁷. Onder last resort valt de behandeling van cliënten die zeer specialistische zorg nodig hebben, voor wie geen doorverwijzing meer mogelijk is en die nergens anders terecht kunnen. Wanneer zorgaanbieders in de regio aanspraak maken op de last resort functie van het DEC ligt de verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van een triage en beoordeling bij de organisatie. Op basis hiervan wordt er gezamenlijk een passend behandelplan opgesteld waarbij ook wordt gekeken naar de beste fysieke locatie voor de client.

⁷ De invulling (beschrijving en omvang per doelgroep) van de last resort functie moet per doelgroep gedefinieerd worden en ingebracht worden bij de geoperationaliseerde criteria.

De organisatie heeft een bedbezetting met gelabelde bedden en houdt een overzicht bij van het aantal gebruikte last resort plekken. Door het labelen van de bedden is het overzichtelijk welke bedden bedoeld zijn voor een last resort functie en hoeveel er in totaal gebruikt zijn.

Meetbare indicatoren:

criterium no.	Minimale eisen	Volledig niveau	Indicator
DEC. 2	Er is een plan aanwezig waarin beschreven wordt welke stappen worden gezet om in de komende twee jaar er voor te zorgen dat de lastresort functie op orde is	Er wordt volledig aan deze indicator voldaan	Het management en behandelteam geven enkele voorbeelden waaruit blijkt dat de organisatie de capaciteit en deskundigheid bezit om ook cliënten met hoogst denkbare complexiteit aan zorgvragen over te nemen

Beschikbaarheid van multidisciplinair gespecialiseerd kernteam

3. Standaard:

DEC. 3 Beschikbaarheid multidisciplinair gespecialiseerd kernteam

Intentie:

Er is binnen de organisatie een kernteam in dienst die de capaciteit heeft om vijf dagen per week, 52 weken per jaar beschikbaar te zijn voor consultatie en outreaching zorg. Er zijn hierbij afspraken over de beschikbaarheid van het kernteam buiten kantoor tijden. De beschikbaarheid biedt de cliënten de juiste zorg op het moment dat zij dat nodig hebben. De beschikbaarheid van het kernteam kan worden op verschillende manier aangetoond worden onder meer door een tabel die per discipline het aantal FTE en aantal betrokken medewerkers weergeeft. Of er is een arbeidscontract aanwezig per discipline en een dienstrooster van het kernteam.

Meetbare indicatoren:

criterium no.	Minimale eisen	Volledig niveau	Indicator
DEC. 3	Kernteam moet beschikbaar zijn van 09:00 – 17:00. Tijdens werkdagen, 52 weken per jaar. Er zijn werkafspraken over de beschikbaarheid van het kernteam buiten kantoor tijden	Er wordt volledig aan deze indicator voldaan	De referenten (ketenpartners en collega organisaties uit de regio's) geven een voorbeeld waaruit blijkt dat zij ook buiten kantoor uren (of conform beschikbaarheid zoals beschreven in advies- en transitierapport van de doelgroep) hebben kunnen terugvallen op de expertise van het specialistenteam

Kennis en ervaring van medewerkers

4. Standaard:

DEC. 4. Medewerkers met kennis en ervaring

Intentie:

De medewerkers van de organisatie voldoen aan de competentieprofielen opgesteld door het kenniscentrum voor de verschillende disciplines en niveaus. Op deze manier wordt er gegarandeerd dat medewerkers beschikken over de juiste kennis met betrekking tot de doelgroep. Op basis van het competentieprofiel heeft de organisatie en scholingsplan opgesteld die medewerkers de mogelijkheid geeft zich door te ontwikkelen. Ook staan het aantal ervaringsjaren van het team beschreven o.b.v. beoordelingsgesprekken en o.b.v. CV voor nieuwe medewerkers. De voortgang en ontwikkelingen van de medewerkers worden tijdens ontwikkelingsgesprekken vastgelegd zodat men op de hoogte is van de vorderingen. Voor het DEC is er een hogere eis aan het aantal ervaring jaren en het aantal mensen dat aan de competentieprofielen vergeleken met het REC.

Meetbare indicatoren:

No.	Minimale eisen	Volledig niveau	Indicator
DEC. 4	Het management kan aangeven hoe de zorg- en behandelaren de komende twee jaar verder worden geschoold in specialistische kennis	Het management kan aangeven dat de zorg- en behandelaren zijn geschoold in specialistische kennis	Zie minimaal versus volledig niveau

Beschikbaarheid opleidingsplekken, scholing en training

5. Standaard:

DEC. 5 Beschikbaarheid opleidingsplekken, scholing en training

Intentie:

Scholing en training wordt geboden in samenwerking met het KC. Het DEC levert een aandeel in de scholing en training georganiseerd door het KC door het aanleveren van trainers en opleiders voor de opleiderspoule. Het DEC heeft opleidingsplaatsen voor kernteamleden zoals de specialist ouderengeneeskunde/GZ-psychologen in opleiding, klinisch neuropsycholoog of verpleegkundig specialist. Ook biedt het DEC scholingsprogramma's aan voor het opleiden van medewerkers.

Meetbare indicatoren:

No.	Minimaal eisen	Volledig niveau	Indicator
DEC. 5	Er zijn samenwerkingsafspraken met het netwerk gemaakt over scholing, training en opleiding. Er is een plan aanwezig waarin beschreven wordt welke stappen gezet worden om in de komende twee jaar te voldoen aan het gestelde aantal opleidingsplekken	Er wordt volledig aan deze indicator voldaan	De organisatie biedt erkende opleidingsplekken voor relevante behandel functies

DEC. 5	Er zijn samenwerkingsafspraken met het netwerk gemaakt over scholing, training en opleiding. Er is een plan aanwezig waarin beschreven wordt welke stappen gezet worden om in de komende twee jaar te voldoen aan het gestelde aantal opleidingsplekken	Er wordt volledig aan deze indicator voldaan	De organisatie biedt expertise aan in de scholingsprogramma's van het Kenniscentrum
--------	---	--	---

Onderzoeksinfrastructuur

6. Standaard:

DEC. 6 Beschikt over onderzoeksinfrastructuur

Intentie:

De organisatie beschikt over een onderzoeksinfrastructuur met onderzoeklijnen die inhoudelijk passen binnen de onderzoeksagenda van het doelgroepnetwerk en inhoudelijk zijn afgestemd met het KC. De organisatie maakt de onderzoeksinfrastructuur aantoonbaar doordat er altijd minimaal één lopend promotieonderzoek is binnen de organisatie, er arbeidscontracten aanwezig zijn van promovendi/ onderzoeksmedewerkers, er een overzicht is van de lopende onderzoeklijnen en implementatietrajecten en gerealiseerde implementaties en dat de organisatie actief deelneemt in het implementeren van (wetenschappelijk) onderzoek in de praktijk.

Meetbare indicatoren:

No.	Minimale eisen	Volledig niveau	Indicator
DEC. 6	Er is een plan aanwezig waarin beschreven wordt welke stappen worden gezet om in de komende twee jaar er voor te zorgen dat promotieonderzoek gedaan wordt	Er wordt volledig aan deze indicator voldaan	De organisatie heeft een Wetenschappelijke Onderzoekscommissie (of variant daarvan)
DEC. 6	Er is een plan aanwezig waarin beschreven wordt welke stappen worden gezet om in de komende twee jaar er voor te zorgen dat promotieonderzoek gedaan wordt.	Er wordt volledig aan deze indicator voldaan	De organisatie biedt ruimte aan minimaal 2 promotieonderzoeken