

Op weg naar een lerende beweging

Inzicht in de kwaliteitsbeelden als
onderdeel van het Generiek Kompas 2024

Yvonne Goërtz | Baukje Moraal-Hemmes | Jan Hamers | Katya Sion

academische
werkplaats **limburg**
ouderenzorg



Colofon

Auteurs

Dr. Yvonne Goërtz

Dr. Baukje Moraal-Hemmes

Prof. Jan Hamers

Dr. Katya Sion (projectleider en contactpersoon)

Maastricht University

Faculty of Health, Medicine and Life Sciences

Research School CAPHRI

Department of Health Services Research

Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg

Postbus 616, 6200 MD Maastricht

043 - 388 15 70

ouderenzorg@maastrichtuniversity.nl

maastrichtuniversity.nl

awolimburch.nl

Dit onderzoek maakt deel uit van het VWS-gefinancierde project 'Zorgprofessionals aan Zet', dat wordt uitgevoerd binnen de Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg in samenwerking met Verenso en V&VN.

Publicatiedatum	DOI	Versie
25 augustus 2025	10.26481/mup.rep.awo-l.2501	1

Vormgeving en opmaak

BURO BONNÉ

Copyright en licentie

© 2025 De auteurs | Maastricht University



Op dit werk is een Creative Commons Naamsvermelding 4.0 Internationaal (CC BY 4.0) licentie van toepassing. De inhoud van deze publicatie mag gedeeltelijk worden gereproduceerd, op voorwaarde dat een verwijzing naar dit rapport voorafgaat aan het fragment.

Uitgegeven door

Maastricht University Press | Maastricht University,
The Netherlands

Inhoudsopgave



Samenvatting

Introductie

Het Generiek Kompas markeert een koerswijziging in het kijken naar kwaliteit in de ouderenzorg, met 2024 als transitiejaar. Het Kompas geeft zorgorganisaties de ruimte om zelf te bepalen hoe zij inzicht geven in kwaliteit van zorg, met nadruk op leren en ontwikkelen van zowel cijfers (tellen) als verhalen (vertellen). Ter ondersteuning van deze lerende beweging zijn zorgorganisaties verplicht jaarlijks een openbaar kwaliteitsbeeld te publiceren, waarin zij transparant en reflectief rapporteren over de kwaliteit van zorg. In maart 2025 zijn deze kwaliteitsbeelden voor het eerst gepubliceerd. Dit rapport beschrijft hoe zorgorganisaties in dit eerste verslagjaar invulling hebben gegeven aan het kwaliteitsbeeld, in hoeverre leren en ontwikkelen daarin zichtbaar zijn en in welke mate cijfers en verhalen over kwaliteit van zorg worden gerapporteerd.

Methode

Er is een beschrijvende documentanalyse uitgevoerd op een willekeurige steekproef van 20 ouderenzorgorganisaties. Daarvan zijn de kwaliteitsbeelden uit 2024 onderzocht op vorm, inhoud, rapportage van leer- en ontwikkelactiviteiten en het gebruik van cijfers en verhalen. De data zijn systematisch gecodeerd met behulp van een gestandaardiseerd extractieformulier.

Resultaten

De kwaliteitsbeelden bieden een eerste inzicht in hoe zorgorganisaties de geboden ruimte gebruiken om kwaliteit van zorg zichtbaar te maken. Veel zorgorganisaties hebben de vrijheid benut om het kwaliteitsbeeld organisatiespecifiek vorm te geven, wat heeft geleid tot een grote variatie in vorm en inhoud. De beoogde lerende beweging is nog beperkt zichtbaar, wat passend is bij de transitiefase waarin de sector zich bevindt. Leeractiviteiten worden

regelmatig genoemd, maar zelden geplaatst binnen een expliciete leer- en ontwikkelcyclus. De koppeling tussen 'tellen' en 'vertellen' enerzijds en leren en ontwikkelen anderzijds blijft vaak achterwege: cijfers worden vaak gedeeld zonder duiding, en verhalen zijn zelden systematisch onderbouwd of verbonden aan leerprocessen.

Conclusie

Het kwaliteitsbeeld kan uitgroeien tot een waardevol hulpmiddel dat zorgorganisaties, samen met alle betrokkenen, inzetten als interne leer- en ontwikkelactiviteit. Het vraagt echter tijd om deze beweging in de praktijk vorm te geven. Daarom is het aan te bevelen om zorgorganisaties de ruimte te geven om het kwaliteitsbeeld verder te ontwikkelen, zonder directe aansturing op vaste metingen. Om de lerende beweging te versterken, is het belangrijk om het doel van het kwaliteitsbeeld duidelijker af te bakenen en af te stemmen op de verschillende doelen en doelgroepen, aangezien die elk om een eigen vorm en inhoud vragen. Daarnaast zouden zorgorganisaties niet alleen moeten laten zien dat er wordt geleerd, maar ook expliciet maken hoe dat gebeurt en op basis waarvan. Tot slot verdienen zowel cijfers als verhalen meer onderbouwing: cijfers vragen om eenheid van taal, duiding en verantwoording van gemaakte keuzes, terwijl verhalen niet alleen illustratief zouden moeten worden gebruikt, maar methodisch onderbouwd en cyclisch ingezet als bron voor reflectie, leren en ontwikkelen.

1.

Introductie

Inzicht in kwaliteit van zorg is belangrijk voor kwaliteitsverbetering, transparantie en verantwoording¹. In de langdurige ouderenzorg speelt al geruime tijd de vraag in hoeverre kwaliteitsmetingen voldoende benut worden voor leren en ontwikkelen, in verhouding tot de ervaren administratieve last die de metingen met zich meebrengen. In het kader van deze ontwikkeling is in 2024 het Generiek Kompas 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan' in werking getreden, als vervanging van de Kwaliteitskaders Wijkverpleging en Verpleeghuiszorg¹. Waar de kwaliteitskaders nog stuurden op het aanleveren van cijfers over de indicatoren basisveiligheid om de kwaliteit van zorg in kaart te brengen, geeft het Generiek Kompas organisaties de ruimte om zelf te bepalen hoe zij inzicht geven in hun kwaliteit van zorg, en stimuleert het de organisaties om inzicht te geven in hoe zij leren en ontwikkelen. Wel wordt in Bouwsteen 5 de verwachting uitgesproken dat organisaties in hun kwaliteitsbeeld tellen en vertellen.

Leren en ontwikkelen worden vaak als synoniemen gebruikt, maar betreffen twee verschillende begrippen: leren verwijst naar het opdoen van kennis en vaardigheden², terwijl ontwikkelen betrekking heeft op het systematisch toepassen van deze opgedane kennis en vaardigheden voor verbetering³. In de literatuur worden verschillende vormen van leren onderscheiden. Een veelgebruikte indeling maakt onderscheid tussen formeel, sociaal en informeel leren⁴.

Formeel leren betreft gestructureerde trainingen en opleidingen, terwijl informeel leren plaatsvindt buiten formele leeromgevingen, zoals via netwerken, coaching of mentoring. Sociaal leren vindt plaats door interactie met anderen, bijvoorbeeld door intervisiebijeenkomsten of het ontvangen van feedback⁵. Het 70-20-10-model claimt hierbij dat 70% van het leren plaatsvindt via praktijkervaring, 20% via interactie met anderen en slechts 10% via formele scholing⁶. Dit sluit aan bij theorieën, die benadrukken dat effectief leren plaatsvindt via ervaring, reflectie en interactie^{7 8}. Leeractiviteiten opvolgen met ontwikkeling vereist cyclisch werken, structurele zeggenschap en actief professioneel leiderschap^{9 10 11}.

Om zorgorganisaties te ondersteunen in de beweging naar leren en ontwikkelen, zijn organisaties verplicht om jaarlijks een openbaar toegankelijk kwaliteitsbeeld te publiceren. Dit kwaliteitsbeeld helpt zorgorganisaties om transparant en reflectief naar hun zorgkwaliteit te kijken. In plaats van een formeel verslag met vaste indicatoren ligt de nadruk in de kwaliteitsbeelden op reflecteren, leren en ontwikkelen. Het kwaliteitsbeeld vormt daarmee een belangrijk onderdeel van de bredere lerende beweging die het Generiek Kompas stimuleert. Het biedt zowel een terugblik op de geleverde zorg als een vooruitblik op de verdere ontwikkelingen, gebaseerd op ervaringen van cliënten, naasten en medewerkers (vertellen) en normatieve gegevens (tellen). In tegenstelling tot eerdere kwaliteitsverslagen biedt het kwaliteitsbeeld meer vrijheid in vorm en inhoud, waardoor organisaties hun kwaliteit op een toegankelijke en eigen manier kunnen presenteren. Er is meer ruimte voor verhalen, zogeheten narratieven, om individuele ervaringen, verwachtingen en behoeften van cliënten, naasten en medewerkers op een gestructureerde manier op te halen. Deze verhalen kunnen als basis dienen om verbeteracties in

gang te zetten^{12 13}. De verplichting om de indicatoren basisveiligheid te rapporteren met het kwaliteitsbeeld komen te vervallen.

Voor het verslagjaar 2024 bevinden zorgorganisaties zich in een transitiefase, omdat zij voor het eerst een kwaliteitsbeeld hebben opgesteld. De vraag is hoe zorgorganisaties hier invulling aan hebben gegeven en in hoeverre daarin leren en ontwikkelen zichtbaar wordt. Het doel van dit onderzoek is daarom om zicht te krijgen op de vorm van de kwaliteitsbeelden en hoe leren en ontwikkelen en kwaliteit van zorg hierin zichtbaar worden gemaakt. Om dit na te gaan is een steekproef van kwaliteitsbeelden geanalyseerd op vorm en inhoud.

Daarbij stonden de volgende drie onderzoeksvragen centraal:

- 1 Op welke manier (wat en hoe; vorm, structuur) wordt in kwaliteitsbeelden gerapporteerd over de kwaliteit van zorg en kwaliteit van bestaan?
- 2 Hoe komt leren en ontwikkelen terug in de kwaliteitsbeelden?
- 3 In hoeverre worden cijfers en verhalen over kwaliteit van zorg gerapporteerd in de kwaliteitsbeelden?

2.

Methode

Design

Dit onderzoek is een beschrijvende documentanalyse.

Selectie van kwaliteitsbeelden

Om een goed beeld van de kwaliteitsbeelden te verkrijgen is er gekozen voor een random selectie van alle kwaliteitsbeelden, zonder verdere stratificatie. De lijst van kwaliteitsbeelden is samengesteld op basis van het openbaar databestand wijkverpleging en verpleeghuiszorg voor meetjaar 2023, beschikbaar via de website van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Aan de hand van het Kamer van Koophandel (KvK) nummer zijn de individuele zorgorganisaties geëxtraheerd. Een aantal organisaties zijn als zelfstandige organisatie bij de KvK ingeschreven maar vallen wel onder een koepelorganisatie (zelfde website) en publiceren gezamenlijk één kwaliteitsbeeld. In deze gevallen is slechts één kwaliteitsbeeld van deze organisaties meegenomen in de analyse. Als een geselecteerde organisatie op het moment van data-extractie geen kwaliteitsbeeld op de website gepubliceerd heeft, is deze vervangen door de eerstvolgende organisatie op de randomisatielijst.

Iedere zorgorganisatie heeft een volgnummer gekregen. Deze nummers hebben we via de website www.random.org/sequences/gerandomiseerd. Van de eerste 20 zorgorganisaties uit deze randomisatie die aan de in- en exclusiecriteria voldeden hebben we het kwaliteitsbeeld bekeken.

Data-extractie en analyse

Voor de analyse is een gestandaardiseerd data-extractieformulier opgesteld. De kwaliteitsbeelden zijn systematisch beoordeeld op vier onderdelen: (1) administratieve kenmerken, (2) vorm en structuur, (3) invulling van leren en ontwikkelen per bouwsteen, (4) rapportage van kwaliteitsscijfers en (5) rapportage van verhalen over kwaliteit. De items en antwoordcategorieën zijn weergegeven in **Tabel 1**.

Tabel 1.

Data-extractie items

THEMA	ITEM	ANTWOORDMOGELIJKHEDEN
administratief	naam organisatie	organisatie-naam
	waar staat het kwaliteitsbeeld	weblink

VORM EN STRUCTUUR

vorm	vorm beeld	boekvorm, website, anders
	vorm anders	toelichting
inhoud	presentatie cijfers	in tekst, tabel, grafiek, mix
	presentatie cijfers anders	toelichting
	cyclisch werken benoemd?	wordt er een systeem benoemd, bv PDCA?
structuur	bouwsteen 1 - 5	-
	bouwsteen 1 - 4	-
	anders	toelichting

LEREN EN ONTWIKKELEN

per bouwsteen	stakeholder (wie leert)	zorgvrager, informeel netwerk, zorgprofessional, organisatie
	welke vorm van leren (Tabel 2)	• formeel o.a. scholing, e-learning • sociaal o.a. team overleg, feedback • informeel o.a. training, samenwerken
	welke vorm van ontwikkelen (Tabel 2)	systematiek o.a. PDCA, HKZ etc.
	cijfers gepresenteerd	welke cijfers; reflectie/ interpretatie

CIJFERS OVER KWALITEIT VAN ZORG*

indicatoren basisveiligheid	thema 1: Decubitus	thema benoemd en/of cijfers gepresenteerd
	thema 2: ACP	
	thema 3: Medicatieveiligheid	
	thema 4: Vrijheidsbeperking	
	thema 5: Continentie	
	thema 6: Voeding	
overige cijfers	MIM-meldingen, MIC-meldingen, cliënttevredenheid, personeelstevredenheid, personele mix	thema benoemd en/of cijfers gepresenteerd

* Onder narratieven verstaan we verhalen (gesproken of geschreven) en observaties, specifiek gericht op het in kaart brengen van kwaliteit van leven en zorg, met achterliggend een leer- en ontwikkelcyclus. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld het open gesprek bij de intake, waar geen leer- en ontwikkelcyclus aan gekoppeld is.

Voor het kwantificeren van informatie over leren en ontwikkelen zijn diverse zoektermen gebruikt, zoals weergegeven in **Tabel 2**. De data-extractie is uitgevoerd door een onderzoeker en gecontroleerd door een tweede onderzoeker. Frequenties zijn weergegeven in aantallen en percentages; en bevindingen zijn ondersteund door tekstuele fragmenten uit de kwaliteitsbeelden.

Tabel 2.

Zoektermen bij vormen van leren en ontwikkelen

ONDERWERP	ZOEKTERMEN
LEREN	
oefening, training	oefenen, training, trainen
scholing	scholing
opleiding	opleiding, stagiair, leerling, bol, bbl, diploma, certificaat
e-learning	e-learning, digitaal leersysteem
workshop	workshop
cursus	cursus
documenten lezen (bv. protocol)	lezen, protocol lezen
mdo/teamoverleg	mdo, multidisciplinair overleg, teamoverleg
feedback	feedback
casusbespreking	casusbespreking, casuïstiek bespreking
interview	interview
moreel beraad	moreel beraad, ethisch overleg
werkgroep, klankbordgroep	werkgroep, klankbordgroep
samenwerken	samenwerken
werkplek-leren	learning on the job, werkplek-leren, buddy, inwerktraject, onboarding
reflectie	reflectie, reflecteren
proeftuinen/(veld)onderzoek	proeftuin, veldonderzoek, onderzoek
ONTWIKKELEN	
pdca (plan do check act) cyclus	PDCA, Plan-Do-Check-Act
hkz norm	HKZ
pdgt (plan do trust grow) cyclus	PDTG, Plan-Do-Trust-Grow
lean methodiek	Lean
prezo methodiek	Prezo
kwaliteit@ methodiek	Kwaliteit@
professioneel leiderschap	leiderschap, autonomie, eigenaarschap
zeggenschap	zeggenschap, OR, PAR, VAR

3.

Resultaten

In totaal zijn 20 kwaliteitsbeelden geïnccludeerd in dit onderzoek. De eerste 20 zorgorganisaties op de randomisatielijst zijn beoordeeld aan de hand van de in- en exclusiecriteria. Van drie zorgorganisaties bleek het kwaliteitsbeeld niet vindbaar op de betreffende websites. Deze zijn vervangen door de volgende zorgorganisaties op de randomisatielijst. Drie beelden van dezelfde franchise zaten in de selectie; hiervan is alleen de eerste op de lijst gebruikt om overlap te voorkomen en zijn de andere twee vervangen door die van de volgende organisaties op de randomisatielijst. Uiteindelijk zijn er 20 kwaliteitsbeelden geanalyseerd: tien van organisaties die alleen verpleeghuiszorg leveren, zes met uitsluitend wijkverpleging en vier met beide zorgvormen.

De omvang van de zorgorganisaties in de steekproef varieert sterk. In de verpleeghuiszorg gaat het om kleinschalige organisaties met tien tot twintig cliënten, tot zeer grote organisaties die verpleeghuiszorg bieden aan duizend tot tweeduizend cliënten. In de wijkverpleging varieert dit van organisaties met vijfhonderd tot duizend cliënten tot zeer grote aanbieders met meer dan tienduizend cliënten. De organisaties zijn verspreid over heel Nederland in de volgende provincies: Noord-Holland (n=3), Zuid-Holland (n=4), Noord-Brabant (n=4), Gelderland (n=3), Friesland (n=2), Overijssel (n=1), Flevoland (n=1) en Limburg (n=2).

Vorm en structuur van kwaliteitsbeelden

In **Tabel 3** worden de kenmerken van de geanalyseerde kwaliteitsbeelden gepresenteerd. Van de 20 kwaliteitsbeelden werd het merendeel (85%) gepresenteerd in digitale boekvorm. Met betrekking tot de structuur volgde 75% van de documenten de opbouw volgens de bouwstenen zoals benoemd in het Generiek Kompas; 15% volgde de structuur van de 10 beloften volgens Kwaliteit@ en 10% koos voor een eigen, alternatieve structuur. De omvang van de kwaliteitsbeelden varieerde: 45% betrof een compact document (<15 pagina's), terwijl 55% bestond uit een uitgebreider rapport (>15 pagina's). In vrijwel alle kwaliteitsbeelden (95%) werden kwantitatieve gegevens gepresenteerd, al waren er wel grote verschillen in de manier waarop. In meer dan de

helft van de kwaliteitsbeelden (60%) werden cijfers in de tekst gepresenteerd, maar cijfers werden ook vaak in de vorm van een grafiek (30%) of tabel (25%) gepresenteerd. In veel rapporten werd er een mix van vormen gebruikt om de cijfers te presenteren en in slechts één kwaliteitsbeeld werden geen cijfers gerapporteerd.

Tabel 3.*Kenmerken van de kwaliteitsbeelden*

KENMERK	SPECIFICATIE	AANTAL	PERCENTAGE %
vorm	boekvorm (PDF)	17	85%
	website	1	5%
	poster (1 pagina, PDF)	1	5%
	anders (PDF)	1	5%
opbouw	bouwsteen 1 - 5	12	60%
	bouwsteen 1 - 4	3	15%
	10 beloften van Kwaliteit@	3	15%
	anders	2	10%
lengte	compact (<15 pagina's)	9	45%
	uitgebreid (>15 pagina's)	11	55%
vormgeving kwaliteitsgegevens*	in tekst	12	60%
	tabellen	5	25%
	grafieken	6	30%
	losse cijfers**	5	25%
	cliënttevredenheid als rapportcijfer***	9	45%
	geen cijfers	1	5%

Leren

In **Tabel 4** wordt per vorm van leren (formeel, informeel, sociaal) weergegeven in hoeveel kwaliteitsbeelden voorbeelden van iedere vorm zijn benoemd.

Binnen de geanalyseerde kwaliteitsbeelden wordt formeel leren het meest genoemd. Gemiddeld worden 4 vormen van formeel leren benoemd in de kwaliteitsbeelden. Organisaties benadrukken vooral scholingen, opleiding en trainingen als belangrijke leermomenten:

“SLIM! Samen Leren op Ieder Moment is een gebruiksvriendelijk leermanagementsysteem dat alles rondom leren en ontwikkelen samenbrengt op één platform. Medewerkers kunnen zich eenvoudig inschrijven voor scholingen, e-learnings volgen, microlearnings (korte, educatieve content) bekijken en hun vaardigheden verder ontwikkelen.”

organisatie E

* meerdere antwoorden mogelijk per kwaliteitsbeeld

** cijfers gepresenteerd in een visueel format dat niet in de andere categorieën valt

*** score cliënttevredenheid en/of Net Promotor Score (NPS) wordt gepresenteerd als rapportcijfer, zonder verdere toelichting

Sociaal leren, zoals intervisie, teamoverleg en feedback, wordt minder frequent genoemd, gemiddeld 2 vormen per kwaliteitsbeeld. Bij twee kwaliteitsbeelden is geen voorbeeld gegeven van sociaal leren. Een voorbeeld van sociaal leren is:

“Op netwerk-, organisatie, -team- en individueel niveau scholen we, houden we casusbesprekingen, intervisie of reflecties [...]. Ook hebben we moreel beraad bijeenkomsten met teams waarbij we onder begeleiding van een ethicus met elkaar ethische en morele dilemma’s bespreken die onze professionals in de dagelijkse praktijk tegenkomen.”

organisatie C

Ook van informeel leren, dat zich richt op leren door ervaring en reflectie tijdens het dagelijkse werk, worden gemiddeld 2 vormen per kwaliteitsbeeld expliciet benoemd. Een voorbeeld hiervan is:

“Ook zorgondersteuner [naam] was in het begin zoekende: “Voor mijn collega’s was ik een nieuwkomer: niet uit de zorg én in een nieuwe functie. Nu heb ik mijn eigen ritme gevonden en kan ik op het juiste moment op de juiste plek ondersteuning bieden. De kunst is om ieders kwaliteiten zo goed mogelijk in te zetten.”

organisatie E

Wat betreft de betrokken stakeholders blijkt dat leren en ontwikkelen vooral wordt benoemd bij zorgprofessionals en op organisatieniveau. Leren van en met cliënten en hun informele netwerk komt nauwelijks aan bod. Een voorbeeld waarbij deze stakeholders wel benoemd zijn is deelname aan een preventieprogramma:

“Bewoonster nam deel aan het valpreventieprogramma Stevig Staan. [Dit programma] is gericht op het verbeteren van balans, spierkracht en stabiliteit. “Dankzij de oefeningen sta ik steviger, blijf ik beter in evenwicht en zijn mijn spieren en reflexen verbeterd. Dankzij Stevig Staan heb ik mijn valangst overwonnen.”

organisatie E

Tabel 4.

Aantal kwaliteitsbeelden waarin diverse soorten leren zijn benoemd

SOORT LEREN	VOORBEELDEN	AANTAL KWALITEITSBEELDEN
formeel leren	oefening, training	18 (90%)
	scholing	17 (85%)
	opleiding 1	17 (85%)
	e-learning 2	10 (50%)
	workshop	10 (50%)
	cursus	7 (35%)
	documenten lezen (bv. protocol)	6 (30%)
sociaal leren	mdo/ teamoverleg	13 (65%)
	feedback	11 (55%)
	casusbespreking	8 (40%)
	interview	7 (35%)
	moreel beraad 3	2 (10%)
	werkgroep, klankbordgroep	6 (30%)
informeel leren	samenwerken 4	17 (85%)
	werkplek-leren 5	10 (50%)
	reflectie	7 (35%)
	proeftuinen/(veld)onderzoek	7 (35%)

Ontwikkelen

Naast de diverse leer-activiteiten, wordt er in de kwaliteitsbeelden ook inzicht gegeven in hoe de organisaties het ontwikkelen borgen. In de geanalyseerde kwaliteitsbeelden wordt ontwikkelen echter minder expliciet benoemd dan leren. Het borgen van ontwikkelprocessen wordt op verschillende manieren beschreven (Tabel 5).

De Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus wordt het vaakst genoemd, in 10 kwaliteitsbeelden. In vier gevallen wordt dit proces ook met tekst toegelicht, bijvoorbeeld:

“Wij werken vanuit de Plan Do Check Act cyclus zodat medewerkers vanuit hun eigen professie de ruimte krijgen om verantwoordelijkheid te nemen wetende dat ze het vertrouwen hiervoor genieten en dat we gezamenlijk werken aan verbeteringen. Alle, in dit document, genoemde verbeterpunten voor 2025 zijn uitgewerkt in een projectplanning en worden middels de Plan – Do -Check – Act cyclus gevolgd. In 2025 worden deze onderwerpen regelmatig besproken en voortgang bewaakt in het teamoverleg.”

organisatie M

Bij twee van de tien kwaliteitsbeelden worden ook concrete activiteiten of resultaten gerapporteerd:

“De behandeling van incidentmeldingen wordt actief meegenomen in de kwartaalrapportages van Organisatie J. De rapportages volgen de PDCA-cyclus om te zorgen voor een systematische en gestructureerde reflectie, bijsturing en verbetering van de processen rondom incidentmanagement. De PDCA-cyclus wordt goed toegepast bij grotere incidenten, maar kleinere incidenten krijgen niet altijd de volledige opvolging die ze verdienen. We zien dat het proces soms vastloopt in de uitvoeringsfase zonder een duidelijke evaluatie. Dit vraagt om meer focus op de evaluatie van acties binnen de teams.”

organisatie J

Andere methodieken zoals Plan-Do-Grow-Trust (PDTG), Lean, Prezo en HKZ komen minder frequent voor en vaak zonder verdere uitwerking:

“[Organisatie I] [maakt] gebruik van de ‘Fast Tracks’. Dit is een werkwijze waarin door middel van agile werken (vaak via scrum, maar lean of design thinking zijn ook mogelijk) kort cyclisch en multidisciplinair werken centraal staat”

organisatie I

Zeggenschap binnen organisaties wordt relatief uitgebreid beschreven, met in 17 kwaliteitsbeelden aandacht voor hoe beslissingsbevoegdheid is geregeld. Hierbij geven organisaties vaak concrete voorbeelden, zoals:

“Naast de zorginhoudelijke vragen bekommert de PAR zich om de professionele ontwikkeling van medewerkers. De lancering van SLIM! Zien we als een hele positieve ontwikkeling; wat een fantastisch leerplatform! Je kunt er ontzettend veel kennis ophalen. Maar: collega's moeten wel zelf initiatief tonen. Dat vraagt om professioneel leiderschap; ook een thema waarmee we in 2025 aan de slag gaan.”

organisatie E

Professioneel leiderschap krijgt in 9 kwaliteitsbeelden aandacht, waarbij het belang van actief leiderschap wordt benadrukt, bijvoorbeeld:

“Vakmanschap betekent voor ons ook ‘eigenaarschap’ we zetten hierop in met trainingen en oefensessies. We geloven dat als je iets belangrijk vindt, het jouw verantwoordelijkheid is om hier zelf uitdrukking aan te geven en de beweging samen te maken. Dit eigenaarschap vragen we ook van burgers met hulpvragen.”

organisatie C

Echter, slechts één kwaliteitsbeeld onderbouwt dit met concrete activiteiten:

“In elke proeftuin is een werkgroep die bepaalt voor welke vraagstelling of proces de afdeling een nieuwe werkwijze of oplossing gaat bedenken. De werkgroep stelt ook vast aan welke voorwaarden het resultaat moet voldoen, wie wat gaat doen en ze bewaakt de voortgang. Zodat we zeker weten dat er nu elk blok resultaten zijn behaald. Overigens is het niet alleen de werkgroep die aan de slag gaat. Ook andere collega's van de afdeling die dat willen, sluiten aan. Zo gaat er bij elk deelproject een groep eigenaars aan de slag om het resultaat te behalen.”

organisatie C

Tabel 5.

Aantal kwaliteitsbeelden waarin diverse soorten vormen van ontwikkelen zijn benoemd

MANIER OM ONTWIKKELEN TE BORGEN	PROCES BENOEMD ZONDER TOELICHTING	PROCES TOEGELICHT	ACTIVITEITEN OF RESULTATEN TOEGELICHT	TOTAAL
pdca (plan do check act cyclus)	4 (20%)	4 (20%)	2 (10%)	10 (50%)
hkz norm	2 (10%)	2 (10%)	0 (0%)	4 (20%)
pdtg (plan do trust grow) cyclus	3 (15%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (15%)
lean methodiek	2 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (10%)
prezo methodiek	2 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (10%)
kwaliteit@ methodiek	0 (0%)	0 (0%)	3 (15%)	3 (15%)
professioneel leiderschap	7 (35%)	1 (5%)	1 (5%)	9 (45%)
zeggenschap	3 (15%)	14 (70%)	1 (5%)	17 (85%)

Cijfers

Tabel 6 geeft inzicht in de mate waarin de kwaliteitsbeelden cijfers over kwaliteit van zorg rapporteren. Opvallend is dat er vrijwel geen cijfers meer worden gerapporteerd over de indicatoren basisveiligheid die in het voormalige Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg werden benoemd.

De thema's worden echter wel onverminderd belangrijk gevonden, waarbij met name medicatieveiligheid, gemotiveerd gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen en aandacht voor eten en drinken worden benoemd in de kwaliteitsbeelden.

“Net als afgelopen jaar is het grootste deel van de MIC-meldingen gerelateerd aan het toedienen en/of administreren van toediening van medicatie (238). Er wordt gekeken naar hoe we de dubbele controle op het geven van medicijnen het beste kunnen inrichten. Dit wordt nu bij de teams voor elkaar gedaan, maar die controle zou ook via Ncare kunnen. Ook wordt er onderzocht of het mogelijk is om bijvoorbeeld de Medido op slot te doen bij cliënten die vergeetachtig zijn of wanneer er sprake is van sterkte cognitieve achteruitgang.”

organisatie D

“Ons open deuren beleid, waarbij het motto geldt ‘als je vrij bent om te gaan kies je om te blijven’ heeft veel draagvlak binnen onze zorggroep. Aan de andere kant merken we dat collega's dit in hun dienst heel spannend vinden. In 2024 hebben we gewerkt aan een goede en duidelijke wandelprocedure. Zodat collega's beter in beeld hebben wat ze kunnen doen als een bewoner al een tijdje aan de wandel is.”

organisatie P

“Tegenwoordig zien we rond etenstijd mooi gedekte tafels in de huiskamers. [...] Cliënten kunnen kiezen uit verschillende gerechten die in pannen of schalen op tafel worden gezet. [...] Maar vooral en overal heerst tijdens het eten een gezellige, rustige sfeer en zien we cliënten genieten van hun maaltijd. Dit alles komt niet vanzelf. In 2024 is opnieuw keihard gewerkt om cliënten een smakelijke beleving te bieden. Hiervoor hebben (bijna) alle huiskamermedewerkers in het afgelopen jaar drie trainingen gevolgd.”

organisatie D

Tabel 6.

Aantal kwaliteitsbeelden waarin diverse cijfers over kwaliteit van zorg zijn benoemd

ONDERWERP	ALLEEN CIJFERS GEPRESENTEERD	THEMA BENOEMD (NIET TOEGELICHT)	THEMA TOEGELICHT (GEEN CIJFERS)	THEMA TOEGELICHT EN CIJFERS GEPRESENTEERD	TOTAAL
ONTWIKKELEN					
decubituspreventie	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)
advance care planning	0 (0%)	2 (10%)	3 (15%)	0 (0%)	5 (25%)
medicatieveiligheid	0 (0%)	4 (20%)	10 (50%)	3 (15%)	17 (85%)
gemotiveerd gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen	0 (0%)	3 (15%)	11 (55%)	0 (0%)	14 (70%)
continentie	0 (0%)	4 (20%)	5 (25%)	0 (0%)	3 (15%)
aandacht voor eten en drinken	0 (0%)	4 (20%)	5 (25%)	0 (0%)	9 (45%)
OVERIGE ONDERWERPEN					
mic-meldingen	0 (0%)	5 (25%)	3 (15%)	7 (35%)	15 (75%)
mim-meldingen	0 (0%)	2 (10%)	3 (15%)	4 (20%)	9 (45%)
cliënttevredenheid	6 (30%)	1 (5%)	3 (15%)	10 (50%)	20 (100%)
medewerkerstevredenheid	4 (20%)	4 (20%)	4 (20%)	5 (25%)	17 (85%)
personele mix	4 (20%)	2 (10%)	3 (15%)	2 (10%)	11 (55%)

Cijfers die regulier verzameld worden, zoals Melding Incident Cliënt (MIC)- en Melding Incident Medewerker (MIM)-meldingen, cliënttevredenheid en medewerkerstevredenheid, worden vaker gebruikt om te sturen op kwaliteit van zorg en kwaliteit van werk (**Tabel 7**).

Sommige organisaties benoemen dat ze cijfers over meldingen gebruiken om te leren en ontwikkelen, maar gaan hier verder niet concreet op in:

“Daarnaast leren we vanuit de MIC en/of MIM-meldingen door ze ook in het teamoverleg te bespreken.”

organisatie M

Andere organisaties geven juist openheid van zaken over hoe zij tevredenheidsscores concreet gebruiken om te leren en ontwikkelen:

“[Er was] een opvallende stijging in de beoordeling van de kwaliteit van verpleegkundige zorg. In 2023 gaf 63% van de respondenten aan tevreden te zijn met de kwaliteit van de verpleegkundige zorg, terwijl dit percentage in 2024 steeg naar 85%. Deze verbetering kan deels worden toegeschreven aan de verdere professionalisering van de zorg door de aanstelling van zorgcoördinatoren, die zorgen voor meer structuur en ondersteuning in het zorgproces. Anderzijds was er meer brede aandacht voor medewerkers. Dit werd ook als een belangrijk verbeterpunt gezien, en de resultaten hiervan zijn duidelijk zichtbaar. In 2023 gaf 73% van de medewerkers aan zich voldoende ondersteund en gewaardeerd te voelen, terwijl dit in 2024 steeg naar 88%.”

organisatie F

Tabel 7.
Aantal kwaliteitsbeelden waarin diverse cijfers zijn gekoppeld aan leren en ontwikkelen

CIJFERS	LEREN EN ONTWIKKELEN NIET BENOEMD	LEREN EN ONTWIKKELEN WEL BENOEMD	LEREN EN ONTWIKKELEN MET VOORBEELD TOEGELICHT	NIET VAN TOEPASSING (GEEN CIJFERS GEPRESENTEERD)
mic-meldingen	2 (10%)	10 (50%)	3 (15%)	5 (25%)
mim-meldingen	0 (0%)	7 (35%)	2 (10%)	11 (55%)
cliënttevredenheid	7 (35%)	11 (55%)	2 (10%)	0 (0%)
medewerkerstevredenheid	10 (50%)	5 (25%)	2 (10%)	3 (15%)

Verhalen

Bij één van de twintig geanalyseerde kwaliteitsbeelden werd een verhalende methode expliciet gekoppeld aan leren en ontwikkelen. Deze organisatie beschrijft hoe de kwaliteit van interactie tussen cliënten en zorgverleners werd onderzocht via gesprekken en observaties:

“In 2024 hebben we voor het eerst ook de kwaliteit van de interactie tussen cliënten en zorgverleners laten onderzoeken, de zogenaamde intersubjectieve kwaliteit. [...] Externe auditors zijn in gesprek gegaan met cliënten, hun naasten, medewerkers, vrijwilligers en leidinggevend. Ook hebben zij meegekeken tijdens ons dagelijks werk, bijvoorbeeld in de huiskamers en bij activiteiten. Zonder zich te laten horen, hebben ze vastgelegd wat ze zagen gebeuren in de interactie tussen cliënten en zorgverleners. Zowel de gesprekken als deze observaties leverden interessante verhalen op. Verhalen waarvan we veel kunnen leren.”

organisatie D

In dit voorbeeld worden verhalen en observaties actief ingezet als leerbron, met een duidelijke methodische insteek en koppeling aan reflectie en kwaliteitsontwikkeling.

Een ander kwaliteitsbeeld (organisatie L) beschrijft een jaarlijkse cyclus van familiegesprekken, waarin verslaglegging en terugkoppeling aan teamleden plaatsvindt. Deze gesprekken worden samengevat, gedeeld via het elektronische dossiersysteem en samengebracht in een evaluatie. Hoewel hier sprake is van gestructureerde opvolging, blijft onduidelijk of en hoe deze input daadwerkelijk wordt benut binnen een leer- en verbetercyclus op teamniveau. Een expliciete verhalende methode ontbreekt.

In de overige kwaliteitsbeelden worden gesprekken wel benoemd, maar doorgaans zonder methodische toelichting of leerdoel. De gesprekken zijn meestal functioneel van aard, bijvoorbeeld bij intake, zorgplanbesprekingen, of het ophalen van tevredenheid in familiegesprekken. Bijvoorbeeld:

“Met alle bewoners is een zogenoemd zorgbelevingsgesprek gevoerd en een verslag daarvan is voor iedereen te lezen in ONS (ons digitale systeem).”

organisatie P

“Door voortdurende gesprekken met cliënten, naasten en collega’s brengen we behoeften en verbeterpunten in kaart. [...] Er zijn verschillende manieren waarop [Organisatie F] gesprekken faciliteert, zoals zorgleefplanbesprekingen, multidisciplinaire overleggen, familieavonden en diverse informele gesprekken met bewoners.”

organisatie F

Deze gesprekken dragen bij aan individuele afstemming en signalering, maar worden niet gepresenteerd als onderdeel van een leer- en verbetercyclus.

Kortom, verhalen zijn in vrijwel alle kwaliteitsbeelden aanwezig, maar worden zelden methodisch verzameld of ingezet als bron voor leren en verbeteren. Slechts één organisatie hanteert een expliciete verhalende aanpak met een leerdoel.

4.

Discussie

Het Generiek Kompas markeert een fundamentele koerswijziging in hoe er gekeken wordt naar kwaliteit in de ouderenzorg. Dit onderzoek had als doel te verkennen hoe zorgorganisaties in dit eerste transitiejaar invulling geven aan het kwaliteitsbeeld, en in hoeverre leren en ontwikkelen daadwerkelijk zichtbaar zijn in de kwaliteitsbeelden. De resultaten laten zien dat de geboden vrijheid in vorm en inhoud door veel zorgorganisaties is gebruikt om de kwaliteitsverantwoording op een eigen, organisatie-specifieke wijze vorm te geven. Enerzijds zijn er kwaliteitsbeelden die vasthouden aan de structuur van de bouwstenen, anderzijds zijn er ook kwaliteitsbeelden die deze structuur compleet hebben losgelaten. Deze variatie in vorm en inhoud heeft ertoe geleid dat kwaliteitsbeelden moeilijk te vergelijken zijn en in toenemende mate fungeren als een representatie van de identiteit en het imago van een organisatie. De verschillen in vormgeving mogen niet worden geïnterpreteerd als kwalitatieve oordelen, maar als uitingen van variatie. Tegelijkertijd blijkt dat de beoogde lerende beweging nog nauwelijks zichtbaar is in de kwaliteitsbeelden. Hoewel regelmatig leeractiviteiten worden genoemd, ontbreekt vaak de toelichting op hoe deze zijn ingebed in een ontwikkelcyclus en daadwerkelijk bijdragen aan kwaliteit van zorg en kwaliteit van bestaan van de cliënt. Ook de koppeling tussen 'tellen' en 'vertellen' en leren en ontwikkelen blijft vaak uit. Een diversiteit aan cijfers wordt wel gedeeld, maar zonder duiding, en zonder eenheid van taal. Verhalen zijn zelden structureel onderbouwd of verbonden aan een leer- en ontwikkelcyclus.

Vorm

De uiteenlopende vorm en invullingen van het kwaliteitsbeeld roepen vragen op over het achterliggende doel en de functie van het kwaliteitsbeeld in de praktijk. De analyse laat zien dat het doel van het kwaliteitsbeeld in de praktijk niet eenduidig lijkt te zijn. Het kwaliteitsbeeld wordt gepositioneerd als instrument voor intern leren en ontwikkelen, externe verantwoording en transparantie richting (toekomstige) zorgvragers¹⁴. Onze bevindingen suggereren dat het moeilijk, zo niet onmogelijk, is om al deze doelen tegelijkertijd te realiseren binnen één document. De uiteenlopende functies vragen om verschillende vormen van inhoud en toon, afhankelijk van het doel en de doelgroep. De kwaliteitsbeelden lijken momenteel in de meeste gevallen te zijn opgesteld vanuit het perspectief van de zorgorganisatie, waarbij overkoepelende processen en structuren leidend zijn. Dit staat in contrast met de bedoeling zoals geformuleerd door de Kompasraad, waarin het kwaliteitsbeeld gezamenlijk tot stand moet komen met alle betrokkenen en gebruikt wordt voor intern leren en ontwikkelen. De meerdere doelstellingen op verschillende niveaus leveren variatie op in de manier waarop het kwaliteitsbeeld momenteel wordt vormgegeven en gebruikt.

Leren en ontwikkelen

Het blijkt uitdagend om vast te stellen in hoeverre zorgorganisaties expliciet inzicht geven in hoe zij invulling geven aan leren en ontwikkelen binnen de kwaliteitsbeelden. Een complicerende factor is het ontbreken van een eenduidige of operationele definitie van 'leren en ontwikkelen' in het Generiek Kompas, waardoor organisaties hier op uiteenlopende wijze invulling aan geven. In onze analyse hebben we getracht een onderscheid aan te brengen tussen

verschillende vormen van leren. Dit bleek echter uitdagend, omdat de informatie vaak fragmentarisch werd gepresenteerd, bijvoorbeeld in de vorm van een enkel illustratief voorbeeld of doordat meerdere leervormen door elkaar werden gebruikt zonder nadere toelichting. Hierdoor is het lastig om op systematische wijze vast te stellen in hoeverre en op welke wijze organisaties daadwerkelijk inzetten op leren en ontwikkelen. Terwijl de meeste kwaliteitsbeelden wel voorbeelden geven van diverse leeractiviteiten, waarbij regelmatig meerdere interne en externe stakeholders worden betrokken, ontbreekt vaak een toelichting op hoe de leeractiviteit vervolgens wordt gebruikt voor cyclische kwaliteitsverbetering, ofwel het ‘ontwikkelen’. De impact van het leren en ontwikkelen op de kwaliteit van zorg is in de huidige vorm onvoldoende te bepalen gebaseerd op de kwaliteitsbeelden.

Met betrekking tot inzicht geven in leren, lag de nadruk veelal op formeel leren (opleiding, scholing, cursus). In de kwaliteitsbeelden werd hier gemiddeld twee keer zoveel melding van gemaakt als van sociaal en informeel leren. Dit staat in contrast met bevindingen uit de literatuur dat sociaal en informeel leren een substantieel groter deel uitmaken van het leerproces dan formeel leren^{4 6}. Veel activiteiten die kunnen bijdragen aan sociaal leren (teamoverleg, reflectie, moreel beraad) werden gepresenteerd in termen van organisatie van het werk, en niet als leermoment. Ook samenwerking tussen zorgprofessionals werd vaak impliciet benoemd, terwijl dit bij uitstek een gelegenheid is voor sociaal en informeel leren. Dit kan ook bijdragen aan duurzame professionele ontwikkeling¹⁵. Deze bevindingen onderschrijven de behoefte aan duiding van wat in het Kompas onder “leren” wordt verstaan, en geven tevens aan

dat er ruimte is voor bewustwording over hoeveel mogelijkheden er zijn om ook tijdens het uitvoeren van de reguliere werkzaamheden te leren. Vervolgens kunnen deze leerpunten gebruikt worden in een ontwikkelcyclus waarbij op behaalde resultaten kan worden gereflecteerd en een nieuwe cyclus kan worden doorlopen. Dit continu leren en ontwikkelen in de praktijk komt nog onvoldoende naar voren in de kwaliteitsbeelden.

De indicatoren basisveiligheid die voorheen verplicht waren¹⁶, worden in de steekproef (vrijwel) niet meer gepresenteerd in de kwaliteitsbeelden. Een aanvullende analyse van 30 extra kwaliteitsbeelden bevestigt dit beeld¹⁷. De thema’s komen wisselend aan bod, al dan niet met een toelichting of onderbouwd met cijfers. Ook ontbreekt een toelichting waarom een zorgorganisatie kiest om bepaalde cijfers juist wel (of niet) te presenteren. Onderwerpen die traditioneel veel aandacht kregen, zoals decubituspreventie en behoud van continëntie, worden nu nauwelijks nog benoemd. Daarentegen wordt juist wel vaak ingegaan op MIM- en MIC-meldingen. De bevindingen laten ook zien dat medicatieveiligheid en vrijheidsbeperking thema’s zijn die vaker terugkomen. Variatie in rapportage van cijfers maakt het haast onmogelijk om nog te kunnen benchmarken, terwijl dit een waardevolle manier kan zijn om duiding te geven aan kwaliteit van zorg^{19 20 21}.

Cijfers en verhalen

Door het ontbreken van de verplichting om indicatoren basisveiligheid te rapporteren en in lijn met het Generiek Kompas, werd verwacht dat zorgorganisaties meer gebruik zouden maken van verhalende vormen om inzicht in kwaliteit te krijgen. Verhalende methoden zijn uitermate geschikt om te reflecteren, leren en ontwikkelen; en ze kunnen helpen om duiding te geven aan cijfers¹³.

In de kwaliteitsbeelden worden verhalen van cliënten, naasten en zorgprofessionals echter nog beperkt expliciet benoemd als bron voor deze leer- en ontwikkelactiviteiten. Bovendien worden daarbij vaak geen onderbouwde verhalende methoden toegepast en ontbreekt vrijwel altijd een koppeling met cyclische kwaliteitsverbetering, terwijl er tegenwoordig veel verhalende methoden hiervoor beschikbaar zijn¹². Zorgorganisaties lijken in hun kwaliteitsbeelden nauwelijks verbinding te maken tussen de verschillende vormen van kwaliteitsgegevens. Cijfers geven richting, verhalen geven context en betekenis, en samen vormen ze een stevige basis om gericht te kunnen leren en ontwikkelen²².

De geboden vrijheid die zorgorganisaties krijgen om zelf te bepalen welke cijfers en verhalen zij presenteren is een kans om focus te kunnen aanbrengen en om te werken aan kwaliteitsdoelen die voor hen relevant zijn. Echter, momenteel wordt uit de kwaliteitsbeelden niet duidelijk waarom organisaties kiezen om bepaalde cijfers en verhalen wel te presenteren en andere niet. Dit kan de indruk wekken dat er selectief gerapporteerd wordt, wat een vertekend eenzijdig beeld van de kwaliteit van zorg zou kunnen schetsen²³. Daarom is het wenselijk dat zorgorganisaties onderbouwen waarom zij zich richten op bepaalde cijfers en verhalen en deze koppelen aan hun leer- en ontwikkelcyclus.

Methodologische overwegingen

Dit onderzoek kent een aantal methodologische overwegingen. Ten eerste is er een aselechte steekproef

van 20 kwaliteitsbeelden onderzocht. Hoewel dit niet met zekerheid een volledige weergave is van alle kwaliteitsbeelden, geven de bevindingen wel een eerste indruk. Ten tweede is het kwantificeren van leren en ontwikkelen gebaseerd op een zoekstrategie met vooraf geselecteerde zoektermen. Hoewel getracht is een brede selectie van relevante steekwoorden op te nemen, is het mogelijk dat synoniemen of alternatieve formuleringen in de kwaliteitsbeelden buiten beschouwing zijn gebleven. Dit kan geleid hebben tot een onderschatting van de aanwezigheid van deze thema's. Tot slot dient opgemerkt te worden dat de resultaten alleen weergeven wat er schriftelijk is vastgelegd in de kwaliteitsbeelden. Het is goed mogelijk dat zorgorganisaties in de praktijk meer doen dan ze opschrijven. Dit betekent dat de bevindingen vooral iets zeggen over de verslaglegging in de kwaliteitsbeelden, en niet per se over het volledige beleid of de uitvoering daarvan.

Aanbevelingen

Vooruitblikkend op de doorontwikkeling van het kwaliteitsbeeld, is het belangrijk te erkennen dat 2024 een transitiejaar is. Het is dan ook niet realistisch te verwachten dat de beoogde lerende beweging in het eerste verslagjaar al volledig zichtbaar is bij alle organisaties. De ruimte die het Generiek Kompas biedt, vraagt tijd om zich te kunnen vormen in de praktijk. Tegen die achtergrond is het opvallend dat het kwaliteitsbeeld toch een uniforme ervaringsmeting voor 2025 verplicht stelt²⁴. Dit lijkt in tegenspraak met de uitgangspunten van het Kompas, dat juist beoogt afstand te nemen van gestandaardiseerde verantwoordingsdruk. Dit schept steeds andere verwachtingen, wat juist kan leiden tot een afwachtende houding van zorgorganisaties en vrees voor afvinklijstjes, waarin ze minder initiatief nemen om zelf aan de slag te gaan. Het is daarom aanbevolen om zorgorganisaties enkele jaren de ruimte te geven om deze beweging vorm te geven, zonder directe aansturing op vaste metingen.

Tegelijkertijd bieden de bevindingen uit dit onderzoek houvast voor verbetering en doorontwikkeling van het kwaliteitsbeeld. Drie aanbevelingen worden hierbij gedaan.

Ten eerste is het wenselijk dat het doel van het kwaliteitsbeeld duidelijker wordt afgebakend, waarbij ermee rekening wordt gehouden dat verschillende doelen en doelgroepen ook vragen om een verschillende vorm en inhoud van het kwaliteitsbeeld. Dit kan zorgorganisaties ook helpen om het kwaliteitsbeeld gerichter vorm te geven en in- en extern te gebruiken.

Ten tweede is het belangrijk dat zorgorganisaties in hun kwaliteitsbeeld niet alleen laten zien dat er wordt geleerd, maar ook hoe en op basis van welke gegevens (tellen en vertellen). Dit kan worden verduidelijkt aan de hand van concrete voorbeelden van leer- en ontwikkelcycli, inclusief een onderbouwing van hoe deze bijdragen aan daadwerkelijke verbeteringen in de praktijk. Ook is het van belang te laten zien hoe zorgorganisaties hier in de toekomst samen met cliënten, naasten en zorgprofessionals aan willen blijven werken.

Ten derde verdienen ‘tellen’ en ‘vertellen’ beide meer onderbouwing. Voor cijfers vraagt dit om meer eenheid van taal, duiding en verantwoording van gemaakte keuzes. Voor verhalen is het van belang om deze niet alleen illustratief te gebruiken, maar methodisch onderbouwd en cyclisch in te zetten als bron voor reflectie, leren en ontwikkelen.

Overstijgend wordt tenslotte aanbevolen om het opstellen van het kwaliteitsbeeld te zien als een interne leer- en ontwikkelactiviteit met alle betrokkenen. Door hier gedurende het jaar gezamenlijk aan te werken, kan het proces bijdragen aan inzicht in kwaliteit, reflectie, dialoog en kwaliteitsverbetering. Het is aan te bevelen om het huidige onderzoek volgend jaar opnieuw uit te voeren om ontwikkelingen in de kwaliteitsbeelden op te volgen.

Conclusie

De kwaliteitsbeelden bieden een waardevolle inzicht in hoe zorgorganisaties de ruimte benutten om op eigen wijze invulling te geven aan het kwaliteitsbeeld. De beoogde lerende beweging is echter slechts beperkt zichtbaar, omdat de kwaliteitsbeelden nog onvoldoende laten zien waarom bepaalde cijfers en verhalen worden gerapporteerd en hoe deze zijn gekoppeld aan leren en ontwikkelen. Deze bevindingen passen in de transitiefase. Door zorgorganisaties de kans te geven om te leren en ontwikkelen van hun eerste kwaliteitsbeelden, kan het kwaliteitsbeeld zich verder ontwikkelen tot een behulpzaam instrument voor structurele kwaliteitsverbetering.

Referentielijst

- 1 Zorginstituut Nederland. Generiek kompas 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan'. 2024.
- 2 Schunk DH. Learning theories: An educational perspective. 8th ed: Pearson; 2020.
- 3 Russ SJ GJ, de Winter L, Herrington E, Hughes-Halleet A, Taylor JM & Sevdalis N. An introduction to quality improvement. *Journal of Clinical Urology*. 2023.
- 4 Latham I, Brooker D & de Vries K. How do care workers learn to care for people with dementia living in care homes? A model of informal learning. *J Workplace Learn*. 2024;36(8):746-69.
- 5 Yeo RK. How does learning (not) take place in problem-based learning activities in workplace contexts? *Human Res Dev Int*. 2008;11(3):317-30.
- 6 McCall MW LMMA. The lessons of experience: How successful executives develop on the job. Lexington, Massachusetts: Lexington Books; 1988.
- 7 Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1977.
- 8 Kolb DA. Experiential learning: Experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1984.
- 9 Endalamaw A, Khatri R B, Mengistu TS, Erku D, Wolka E, Zewdie A, & Assefa Y. A scoping review of continuous quality improvement in healthcare system: conceptualization, models and tools, barriers and facilitators, and impact. *BMC health services research*. 2024;24(1):487.
- 10 Fulop NJ, & Ramsay AIG. Governance and Leadership: Cambridge University Press; 2023.
- 11 Brodtkorb K SR, & Slettebø Å. The importance of leadership in innovation processes in nursing homes: An integrative review. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2019;39(3):127-36.
- 12 Waardigheid en Trots. Kwaliteit van zorg verbeteren door verhalend leren en verbeteren. 2023 [07-07-2025]. Available from: <https://www.waardigheidentrots.nl/tools-tips/tools/verhalend-leren-en-verbeteren>.
- 13 Sion KYJ, Heerings M, Blok M, Scheffelaar A, Huijg J, Westerhof G, et al. How stories can contribute towards quality improvement in long-term care. *The Gerontologist*. 2023.
- 14 Zorginstituut Nederland. Handreiking Inzicht in kwaliteit. Bijlage van het Generiek Kompas - Samen werken aan kwaliteit van bestaan. 2024.
- 15 Joynes V, Kerr M & Treasure-Jones T. Exploring informal workplace learning in primary healthcare for continuous professional development. *Education for Primary Care*. 2017;28(4).
- 16 Zorginstituut Nederland. Handboek voor zorgaanbieders en zorgprofessionals van verpleeghuiszorg. Toelichting op de kwaliteitsindicatoren en meetinstructie verslagjaar 2023. 2023.
- 17 Fox M. Kwaliteitsbeelden in de verpleeghuiszorg: inzicht in cijfermatige kwaliteitsrapportage: Maastricht University; 2025. [thesis niet gepubliceerd].
- 18 Coöperatieve Kwaliteit@ U.A. Welzijn in de zorg/kwaliteit@ 2025 [Available from: <https://www.welzijnde zorg.nl/kwaliteit/kwaliteitat>].
- 19 Ettorchi-Tardy A, Levif M & Michel P. Benchmarking: A Method for Continuous Quality Improvement in Health. *Healthcare Policy*. 2012;7(4):e101.
- 20 Bär M, Bakx P, Wouterse B, van Doorslaer E. Estimating the health value added by nursing homes. *Journal of Economic Behavior & Organization*. 2022;203:1-23.
- 21 Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care: Oxford University Press; 2002.
- 22 Moffatt S, White M, Mackintosh J, Howel D. Using quantitative and qualitative data in health services research – what happens when mixed method findings conflict? [ISRCTN61522618]. *BMC health services research*. 2006;6(1):28.
- 23 Sterne JA, Egger M, Moher D. Addressing reporting biases. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions: Cochrane book series*. 2008:297-333.
- 24 Nederland Z. Handboek Ervaringsmeting Generiek Kompas. 2025.

Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg

Dit rapport is tot stand gekomen binnen de Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg, een structureel, multidisciplinair samenwerkingsverband tussen de Universiteit Maastricht, negen zorgorganisaties (MeanderGroep Zuid-Limburg, Sevagram, Envida, Cicero Zorggroep, Zuyderland, Vivantes, De Zorggroep, Land van Horne & Proteion), Gilde Zorgcollege, VISTA college en Zuyd Hogeschool. In de werkplaats draait het om het verbeteren van de kwaliteit van leven en zorg voor ouderen en de kwaliteit van werk voor iedereen die in de ouderenzorg werkt. Zorgverleners (zoals verpleegkundigen, verzorgenden, artsen, psychologen, fysio- en ergotherapeuten), beleidsmakers, onderzoekers, studenten en ouderen zelf wisselen kennis en ervaring uit. Daarnaast evalueren we vernieuwingen in de dagelijkse zorg. Praktijk, beleid, onderzoek en onderwijs gaan hierbij hand in hand.

