

Verder op weg naar een lerende beweging

Ontwikkelingen in de kwaliteitsbeelden
als onderdeel van het Generiek Kompas 2025

Yvonne Goërtz | Suzanne Rijcken | Jan Hamers | Katya Sion

academische
werkplaats **limburg**
ouderenzorg



Colofon

Auteurs

Dr. Yvonne Goërtz

Drs. Suzanne Rijcken

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

maastrichtuniversity.nl

awolimborg.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
20 augustus 2026	10.26481/mup.rep.awo-l.2601	1

Vormgeving en opmaak

BURO BONNÉ

Copyright en licentie

© 2026 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

Het Generiek Kompas geeft zorgorganisaties de ruimte om zelf te bepalen hoe zij kwaliteit van bestaan zichtbaar maken en deze informatie gebruiken om te leren en ontwikkelen. Het doel van dit vervolgonderzoek is om inzicht te krijgen in de ontwikkeling van de kwaliteitsbeelden ten opzichte van het eerste verslagjaar 2024. Daarnaast wordt onderzocht in hoeverre de kwaliteitsbeelden zich verder hebben ontwikkeld als instrument om inzicht te geven in de kwaliteit van zorg, de relatie met de kwaliteit van bestaan en de bijdrage aan de lerende beweging in de ouderenzorg. De resultaten laat zien dat de kwaliteitsbeelden over verslagjaar 2025 grotendeels hetzelfde beeld laten zien als die over 2024. De verwachte ontwikkeling naar kwaliteitsbeelden die het leerproces van organisaties zichtbaar maken, is vooralsnog beperkt.

In de kwaliteitsbeelden ligt de nadruk op het beschrijven van de uitgevoerde activiteiten gekoppeld aan de bouwstenen. Veel minder zichtbaar is hoe organisaties tot deze inzichten zijn gekomen, welke kwaliteitsinformatie zij hiervoor hebben gebruikt, hoe hierover gezamenlijk is gereflecteerd en hoe dit heeft geleid tot ontwikkelingen. Ook komen eerder geformuleerde ontwikkelpunten zelden terug. Hierdoor blijft het lastig om te beoordelen hoe organisaties daadwerkelijk leren en zich ontwikkelen.

Het blijft vaak onduidelijk hoe en met wie het kwaliteitsbeeld tot stand is gekomen en slechts in de helft van de kwaliteitsbeelden wordt benoemd dat zorgprofessionals hierbij betrokken waren. Bovendien wordt in het merendeel van de kwaliteitsbeelden niet beschreven dat deze wordt gebruikt als instrument voor reflectie, leren en kwaliteitsverbetering. Daarmee lijkt de ontwikkeling zich vooralsnog vooral te richten op het kwaliteitsbeeld als product, terwijl de ontwikkeling van het kwaliteitsbeeld als leerinstrument nog achterblijft. Juist daarin ligt een grote opgave voor de komende jaren.

Op basis van dit vervolgonderzoek zijn vier aanbevelingen geformuleerd om het kwaliteitsbeeld beter te laten aansluiten bij de bedoeling van het Generiek Kompas. Ten eerste, maak het kwaliteitsbeeld een gezamenlijk leerinstrument in plaats van een verantwoordingsdocument. Ten tweede, richt het kwaliteitsbeeld niet op alle, maar op een paar relevante kwaliteitsvraagstukken in en maak de volledige leer- en ontwikkelcyclus zichtbaar. Ten derde, kies daarbij bewust voor valide en betrouwbare kwaliteitsinformatie, benut bestaande data en ervaringsverhalen beter en kom in een volgend kwaliteitsbeeld terug op eerder ingezette verbeteringen.

Voor de doorontwikkeling van het Generiek Kompas geldt de aanbeveling om het begrip kwaliteit van bestaan verder te definiëren, zodat duidelijker wordt welke kwaliteitsinformatie hiervoor passend is.

1. Introductie

De ouderenzorg is in beweging en beleid beweegt daarin mee. Hierbij ligt de nadruk minder op het meten van kwaliteit van zorg, maar juist meer op hoe er gezamenlijk wordt geleerd en ontwikkeld op basis van deze kwaliteitsgegevens¹. Het Generiek Kompas “Samen werken aan kwaliteit van bestaan” biedt hierbij de leidraad voor de verantwoording van de kwaliteit van de ouderenzorg². Het Generiek Kompas stelt kwaliteit van bestaan van mensen met een zorgvraag centraal. Kwaliteit van zorg levert hieraan een belangrijke bijdrage.

Zorgorganisaties krijgen de ruimte om zelf te bepalen hoe zij met verschillende vormen van kwaliteitsinformatie inzicht geven in de kwaliteit van zorg, hoe deze bijdraagt aan de kwaliteit van bestaan en hoe zij deze informatie benutten voor leren en ontwikkelen. Dit maken zij jaarlijks inzichtelijk in hun kwaliteitsbeeld, waarin zij terugblikken en vooruitkijken door hun bevindingen te duiden en hierop te reflecteren. Kwaliteitsbeelden hebben niet als doel om te benchmarken, maar bieden ruimte om kwaliteitsgegevens te interpreteren binnen een context, met nuancering en ruimte voor professionele afweging.

Landelijk blijft er discussie over de noodzaak van transparantie in de kwaliteit van de ouderenzorg³. Voorheen werd kwaliteit van de ouderenzorg inzichtelijk gemaakt met de indicatoren basisveiligheid (zoals vallen en decubitus) aangevuld met een cliëntervaringsmeting⁴. Zorgorganisaties ervoeren echter onvoldoende meerwaarde bij het meten van de indicatoren basisveiligheid, omdat ze hun eigen kwaliteitsplannen en -rapportages waardevoller vonden, vaak niet wisten wat er met de verplicht aangeleverde gegevens gebeurde en ze de gegevensverzameling als tijdrovend en inefficiënt vonden⁵. Daarnaast leken de indicatoren basisveiligheid onvoldoende bij te dragen aan leren en

ontwikkelen, omdat voor zorgorganisaties niet altijd duidelijk was hoe die gegevens daarvoor gebruikt konden worden. Daarom is de verplichting om deze indicatoren aan te leveren met de komst van het Generiek Kompas komen te vervallen. Het Generiek Kompas is ontwikkeld vanuit de gezamenlijke wens om op kwaliteit van de ouderenzorg op een andere manier te benaderen en om administratieve lasten te verminderen.

In 2025 heeft de Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg (AWO-L) een onderzoek uitgevoerd op een aselecte steekproef kwaliteitsbeelden die ouderenzorgorganisaties dat jaar voor het eerst publiceerden. Daarbij lag de nadruk op bouwsteen 4 (leren en ontwikkelen) en bouwsteen 5 (inzicht in kwaliteit) van het Generiek Kompas. Deze bouwstenen beschrijven hoe organisaties met kwaliteitsinformatie inzicht geven in de kwaliteit van zorg en hoe zij deze informatie benutten voor reflectie, leren en ontwikkelen. Dit onderzoek laat zien hoe organisaties invulling hebben gegeven aan de ruimte die het Generiek Kompas biedt om kwaliteit zichtbaar te maken met zowel cijfers als verhalen en om leren en ontwikkelen centraal te stellen⁶. Uit het onderzoek kwamen verschillende inhoudelijke aandachtspunten naar voren over de wijze waarop organisaties kwaliteit van zorg beschrijven, duiden

en benutten. De belangrijkste bevinding was dat zorgorganisaties zich nog in een transitiefase bevonden. Om de lerende beweging te versterken, werd op basis van dit onderzoek aanbevolen om het doel van het kwaliteitsbeeld duidelijker af te bakenen en de ontwikkeling van het kwaliteitsbeeld als leer- en ontwikkelactiviteit sterker te positioneren binnen de organisatie. Daarnaast werd geadviseerd om kwaliteit van zorg beter inzichtelijk te maken met een samenhangende combinatie van cijfers en verhalen en explicieter te laten zien hoe kwaliteitsgegevens cyclisch worden gebruikt voor reflectie, leren en ontwikkelen. Zorgorganisaties zouden in hun kwaliteitsbeelden daardoor beter kunnen laten zien hóe er wordt geleerd en op basis waarvan.

Naast dit onderzoek is er in 2025 ook een landelijke AI-gestuurde rode-dradenanalyse uitgevoerd op meer dan 600 kwaliteitsbeelden⁷. Deze analyse liet zien dat de ouderenzorg volop in beweging is en aandacht heeft voor de thema's uit het Generiek Kompas. Tegelijkertijd bleek ook hier dat veel kwaliteitsbeelden vooral de bouwstenen van het Generiek Kompas beschreven, terwijl het zichtbaar maken van leren en ontwikkelen nog beperkt aandacht kreeg. Daarmee bevestigde de landelijke analyse het beeld dat ook naar voren kwam uit de analyse van de AWO-L. Organisaties zijn volop in beweging, maar het zichtbaar maken van hoe zorgorganisaties leren en ontwikkelen op basis van kwaliteitsgegevens krijgt in kwaliteitsbeelden nog relatief weinig aandacht.

Naar aanleiding van de bevindingen uit de eerste analyses heeft de Kompasraad (de commissie verantwoordelijk voor de totstandkoming van het Generiek Kompas) verschillende acties ingezet om zorgorganisatie meer handvatten en richting te bieden bij het opstellen van hun kwaliteitsbeelden⁸ zoals de ontwikkeling van de 'Handreiking leren en ontwikkelen'. De kwaliteitsbeelden over verslagjaar 2025 bieden een eerste mogelijkheid om te onderzoeken in hoeverre deze inspanningen hebben bijgedragen aan de verdere ontwikkeling van de kwaliteitsbeelden ten opzichte van verslagjaar 2024.

Daarnaast wordt in het vervolgonderzoek onderzocht in hoeverre de kwaliteitsbeelden zich verder hebben ontwikkeld als instrument om inzicht te geven in de kwaliteit van zorg en de relatie met de kwaliteit van bestaan. Ook wordt nagegaan in hoeverre zij de lerende beweging in de ouderenzorg ondersteunen. Daarbij staan de volgende drie onderzoeksvragen centraal:

- 1 In hoeverre beschrijven de kwaliteitsbeelden hun doel en de wijze waarop zij tot stand zijn gekomen?
- 2 Hoe geven zorgorganisaties inzicht in hun kwaliteit van zorg (zowel kwantitatief als kwalitatief)?
- 3 Hoe laten organisaties zien dat zij leren en ontwikkelen op basis van informatie over hun kwaliteit van zorg?

2. Methode

Dit onderzoek is een beschrijvende document-analyse. Het maakt deel uit van het 5-jarige project ‘Zorgprofessionals aan Zet’ dat als doel heeft om samen te leren en ontwikkelen aan de hand van kwaliteitsgegevens in de ouderenzorg⁹.

Selectie van kwaliteitsbeelden

Om de ontwikkeling van de lerende beweging te kunnen volgen, is weer uitgegaan van een steekproef van 20 zorgorganisaties net als in de analyse van de kwaliteitsbeelden over verslagjaar 2024. Deze steekproefomvang is gehandhaafd, omdat in het voorgaande onderzoek na de beoordeling van de eerste 15 kwaliteitsbeelden datasaturatie werd bereikt. De analyse van de daaropvolgende vijf kwaliteitsbeelden leverde geen nieuwe inzichten meer op. Deze organisaties waren destijds aselect geselecteerd uit de openbaar beschikbare kwaliteitsbeelden van Nederlandse ouderenzorgorganisaties. Voor het huidige onderzoek was beoogd de kwaliteitsbeelden over verslagjaar 2025 van dezelfde 20 organisaties te verzamelen.

Ten tijde van de dataverzameling (april 2026) waren de kwaliteitsbeelden van drie van deze organisaties niet openbaar beschikbaar. Conform de werkwijze van de voorgaande analyse zijn deze organisaties vervangen door de eerstvolgende organisatie van de oorspronkelijke randomisatielijst. De uiteindelijke steekproef bestaat uit kwaliteitsbeelden van 17 organisaties die ook waren opgenomen in de analyse over verslagjaar 2024 en drie nieuw geselecteerde organisaties.

Data-extractie en analyse

De kwaliteitsbeelden zijn systematisch geanalyseerd met behulp van een data-extractieformulier dat was gebaseerd op het formulier uit de eerdere analyse. Voor dit onderzoek is het formulier geactualiseerd. De hoofdthema's (cijfers, verhalen en leren en ontwikkelen) zijn daarbij behouden, terwijl enkele items zijn aangepast en aangevuld.

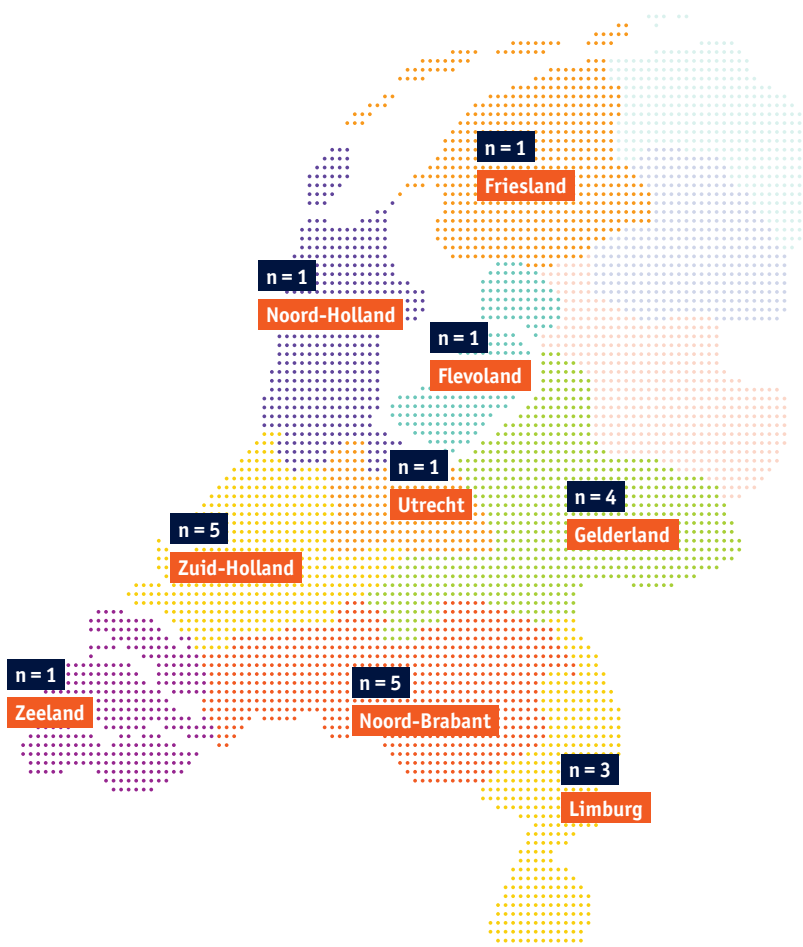
Allereerst werden algemene kenmerken van de organisatie en het kwaliteitsbeeld vastgelegd, zoals het type organisatie, de organisatiestructuur en de omvang. Vervolgens werden gegevens verzameld over het doel en de doelgroep van het kwaliteitsbeeld en de wijze waarop het kwaliteitsbeeld tot stand was gekomen, waaronder de betrokkenheid van verschillende stakeholders. Daarnaast werd geëxtraheerd hoe kwaliteit inzichtelijk werd gemaakt met kwantitatieve informatie (zoals cliënttevredenheid, kwaliteitsindicatoren, incidentmeldingen en personeelsgegevens) en kwalitatieve informatie (zoals cliëntverhalen, verhalen van zorgprofessionals, casusbeschrijvingen en narratieven uit reflectie).

Ook werd vastgelegd hoe leren en ontwikkelen in het kwaliteitsbeeld werd beschreven, waaronder de vormen van leren (formeel, sociaal en informeel leren), de bronnen van leren (zoals cijfers, verhalen, incidenten, praktijkervaringen en audits), de beschreven verbeterpunten en de evaluatie daarvan. Tot slot werd gekeken naar aanwijzingen voor het gebruik van het kwaliteitsbeeld in de praktijk en naar de wijze waarop werd voortgebouwd op kwaliteitsbeelden uit eerdere jaren. Het volledige data-extractieformulier is op aanvraag beschikbaar.

De meeste items werden gecodeerd met behulp van vooraf gedefinieerde antwoordcategorieën, zoals ja/gedeeltelijk/nee. Soms konden meerdere antwoorden worden geselecteerd. Tijdens de data-extractie werden representatieve tekstfragmenten uit de kwaliteitsbeelden geëxtraheerd om duiding te geven aan de bevindingen. De data-extractie is uitgevoerd door een onderzoeker en gecontroleerd door een tweede onderzoeker. Eventuele verschillen in extractie werden besproken totdat consensus werd bereikt. De gegevens zijn beschrijvend geanalyseerd. Frequenties zijn weergegeven in aantallen en percentages en geïllustreerd met tekstuele fragmenten uit de kwaliteitsbeelden.

3. Resultaten

In totaal zijn 20 kwaliteitsbeelden meegenomen in dit onderzoek, waarvan zes alleen verpleeghuiszorg bieden, vijf alleen wijkzorg en negen beide. Er is een spreiding van zeer kleine zorgorganisaties met 10 tot 20 cliënten tot grote organisaties met meer dan 1000 cliënten. De organisaties zijn verspreid over Nederland, waarbij sommige in meerdere provincies actief zijn.



Ten opzichte van verslagjaar 2024 bleef de vorm van de kwaliteitsbeelden grotendeels ongewijzigd. Bij de meeste kwaliteitsbeelden bleef het format en de opbouw gelijk aan het voorgaande jaar. Een beperkt aantal kwaliteitsbeelden was uitgebreider dan in 2024 en bij één organisatie veranderde de presentatievorm van een pdf-document naar een website.

In deze resultaten worden de bevindingen per thema beschreven. Waar relevant wordt aangegeven in hoeverre de bevindingen overeenkomen met of afwijken van de analyse van de kwaliteitsbeelden over verslagjaar 2024.

Doel en doelgroep van het kwaliteitsbeeld

In de analyse over verslagjaar 2024 werd aanbevolen het doel en de doelgroep van het kwaliteitsbeeld duidelijker af te bakenen. Hoewel deze aspecten destijds niet systematisch zijn geanalyseerd, laten de kwaliteitsbeelden over verslagjaar 2025 zien dat hierin slechts beperkte vooruitgang is geboekt.

In 15 van de 20 kwaliteitsbeelden (75%) wordt het doel van het kwaliteitsbeeld benoemd (**Tabel 1**). Wanneer het doel wordt beschreven, sluit dit in de meeste kwaliteitsbeelden aan bij de functie die het Generiek Kompas aan het kwaliteitsbeeld toekent: terugblikken, reflecteren, leren en vooruitkijken². De formulering blijft echter veelal algemeen, waardoor beperkt inzichtelijk wordt welke specifieke functie het kwaliteitsbeeld binnen de organisatie vervult of welke rol het speelt bij leren en ontwikkelen. Zo beschrijft een organisatie het doel als volgt:

“Met het kwaliteitsbeeld laten we zien hoe wij het afgelopen jaar hebben gewerkt aan de kwaliteit van zorg (terugblik), wat we hiervan hebben geleerd (reflectie) en hoe we hier verder in gaan verbeteren (vooruitblik), met de focus op onze pijler: Goede Zorg.”

Kwaliteitsbeeld G

Slechts één organisatie formuleert het doel van het kwaliteitsbeeld concreter en positioneert het kwaliteitsbeeld als een instrument voor kritische zelfreflectie:

“Dit kwaliteitsbeeld is een eerlijke terugblik. We benoemen wat goed gaat en wat beter kan. Als reflectie op onszelf, op onze keuzes, op wat goede ondersteuning werkelijk vraagt. [...] Dit is een reflectief document. Het beschrijft niet alleen wat we doen, maar vraagt ook wat dit betekent voor de kwaliteit van leven van cliënten.”

Kwaliteitsbeeld W

In 7 van de 20 kwaliteitsbeelden (35%) wordt benoemd voor welke doelgroep het document is bedoeld. In de overige 13 kwaliteitsbeelden (65%) wordt geen doelgroep benoemd. Wanneer een doelgroep wordt benoemd, richten organisaties zich doorgaans op meerdere belanghebbenden. Zorgprofessionals worden het vaakst genoemd (6 van de 7 kwaliteitsbeelden), gevolgd door cliënten of bewoners (n=5), naasten (n=5) en directie of bestuur (n=5). Daarnaast worden toezichthouders in vier kwaliteitsbeelden genoemd en financiers in één kwaliteitsbeeld. Eén organisatie noemt geen specifieke doelgroep, maar geeft aan dat het kwaliteitsbeeld bedoeld is voor ‘iedereen’.

De resultaten laten zien dat organisaties die een doelgroep benoemen, het kwaliteitsbeeld doorgaans positioneren als een document voor zowel interne als externe belanghebbenden, in plaats van voor één specifieke doelgroep.

Tabel 1 Resultaten doel en doelgroep kwaliteitsbeelden

		AANTAL
doel benoemd	ja	15
	nee	5
doelgroep benoemd	ja	7
	nee	13
genoemde doelgroepen*	zorgprofessionals	6
	cliënten/bewoners	5
	naasten	5
	directie/bestuur	5
	anders	6

* Meerdere doelgroepen konden per kwaliteitsbeeld worden genoemd. De aantallen vertegenwoordigen het aantal kwaliteitsbeelden waarin de betreffende doelgroep is genoemd en tellen daarom niet op tot het totaal (n = 20).

Totstandkoming van de kwaliteitsbeelden

De analyse over verslagjaar 2024 bood nog geen inzicht in de wijze waarop kwaliteitsbeelden tot stand kwamen. In dit vervolgonderzoek is dit aspect wel meegenomen, omdat het kwaliteitsbeeld in het Generiek Kompas wordt gepositioneerd als een gezamenlijk reflectiedocument waarin verschillende perspectieven op kwaliteit van zorg samenkomen. De resultaten laten zien dat de beschrijving van de totstandkoming vaak beperkt is. Hierdoor blijft vaak onduidelijk welke partijen bij de totstandkoming betrokken waren, op welke manier zij hebben bijgedragen en op welke wijze verschillende perspectieven zijn meegewogen in het uiteindelijke kwaliteitsbeeld.

In bijna de helft van de kwaliteitsbeelden (45%) ontbreekt informatie over wie betrokken waren bij de totstandkoming van het kwaliteitsbeeld. In de overige 11 (55%) worden betrokken partijen wel benoemd. Wanneer betrokkenen worden benoemd, worden zorgprofessionals in alle kwaliteitsbeelden genoemd (n=11), gevolgd door cliënten of naasten (n=9) en management of directie (n=7). De kwaliteitsafdeling wordt in twee kwaliteitsbeelden genoemd als betrokken partij bij de totstandkoming van het kwaliteitsbeeld. Daarnaast worden incidenteel medezeggenschapsorganen (zoals OR, VAR en CCR), toezichthoudende partijen (zoals raden van toezicht, toezichthouders en de IGJ) en overige stakeholders (zoals vrijwilligers, ketenpartners en externe samenwerkingspartners) genoemd ([Tabel 2](#)).

De mate waarin de betrokkenheid van verschillende partijen wordt toegelicht, verschilt tussen de kwaliteitsbeelden. De meeste organisaties beperken zich tot een algemene beschrijving van het proces, zoals:

“Dit kwaliteitsbeeld is opgesteld in samenspraak met bewoners, cliënten in de wijk en naasten, bewoners/cliëntenraad, professionals, management, OR/PVT en relevante ketenpartners. Input is gehaald uit ervaringsmetingen, kwaliteitsgesprekken, teamreflecties en beleidsbijeenkomsten.” **Kwaliteitsbeeld R**

Slechts enkele organisaties beschrijven uitgebreider hoe zorgprofessionals, cliënten en naasten bij de totstandkoming zijn betrokken en op welke wijze hun ervaringen en reflecties in het kwaliteitsbeeld zijn verwerkt. Zo schreef een organisatie:

“Professionals speelden hierin een centrale rol. In teamoverleggen, evaluaties en informele gesprekken is teruggekeken op het afgelopen jaar [...]. Juist deze reflecties zijn verwerkt in het kwaliteitsbeeld [...]. Ook cliënten en hun naasten hebben bijgedragen aan de totstandkoming van het kwaliteitsbeeld. Hun ervaringen kwamen naar voren in open gesprekken, evaluaties en feedbackmomenten. [...] Deze inbreng heeft geholpen om het perspectief van cliënten en mantelzorgers nadrukkelijk onderdeel te maken van het kwaliteitsbeeld.”

Kwaliteitsbeeld T

Tabel 2 Totstandkoming van kwaliteitsbeelden

		AANTAL
betrokkenen beschreven	ja	11
	nee	9
genoemde betrokkenen*	zorgprofessionals	11
	cliënten/naasten	9
	management/directie	7
	kwaliteitsafdeling	2
	anders	10

* Meerdere betrokkenen konden per kwaliteitsbeeld worden genoemd. De aantallen vertegenwoordigen het aantal kwaliteitsbeelden waarin de betreffende betrokkene is genoemd en tellen daarom niet op tot het totaal (n = 20).

Inzicht in kwaliteit van zorg

Cijfers

Evenals in de analyse over verslagjaar 2024 maken alle onderzochte kwaliteitsbeelden gebruik van kwantitatieve informatie om kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken. De resultaten laten echter zien dat deze informatie zich nog steeds grotendeels beperkt tot verplichte kwaliteitsinformatie en een select aantal aanvullende cijfers, zonder onderbouwing voor de keuze om deze te laten zien. Nog altijd blijkt dat het gebruik van cijfers aandacht vraagt. Slechts in een beperkt aantal kwaliteitsbeelden worden cijfers voorzien van een inhoudelijke duiding, vergelijking met eerdere jaren of benchmarks en een koppeling aan reflectie, leren en ontwikkelen.

Hoewel alle 20 kwaliteitsbeelden (100%) kwantitatieve informatie bevatten, bestaat deze grotendeels uit verplichte kwaliteitsinformatie over cliënttevredenheid/PREMS, die in 19 van de 20 kwaliteitsbeelden (95%) wordt gerapporteerd. Het kwaliteitsbeeld waarin dit niet wordt benoemd, geeft aan dat de cliënttevredenheid in december 2025 is uitgevoerd, maar pas later wordt geanalyseerd. Per kwaliteitsbeeld worden mediaan drie verschillende categorieën cijfers gerapporteerd (range 1-6), die vooral betrekking hebben op personeelsgegevens, zoals ziekteverzuim, verloop of bezetting (n=11), en medewerkerstevredenheid (n=11). Incidentmeldingen worden in zeven kwaliteitsbeelden opgenomen.

Zorginhoudelijke indicatoren komen nauwelijks voor en hebben met name betrekking op medicatieveiligheid (n=5), valincidenten (n=4) en vrijheidsbeperking of onvrijwillige zorg (n=3). Infecties en hygiëne worden eenmaal gerapporteerd. Incidenteel worden ook andere uitkomstmaten gebruikt, zoals vrijwilligerstevredenheid of uitkomsten van een HACCP-audit ([Tabel 3](#)).

De keuze voor cijfers wordt soms in algemene termen toegelicht. Deze toelichting heeft doorgaans betrekking op het algemene doel van meten, zoals het verkrijgen van inzicht of het ondersteunen van leren en verbeteren. Een onderbouwing van waarom juist specifieke cijfers worden gepresenteerd, bijvoorbeeld in relatie tot verbeterpunten of aandachtspunten, ontbreekt.

In enkele kwaliteitsbeelden worden de gepresenteerde cijfers wel inhoudelijk geduid, bijvoorbeeld door een afname van medicatie-incidenten te relateren aan de invoering van een nieuw elektronisch medicatiesysteem en de scholing van medewerkers. Daarnaast werden in zes kwaliteitsbeelden cijfers vergeleken met eerdere jaren, onder meer voor cliënt- en medewerkerstevredenheid, klachten en incidentmeldingen. Een koppeling tussen de cijfers, de reflectie daarop en daaruit voortvloeiende leer- of verbeteracties wordt echter slechts incidenteel beschreven.

“In 2024 beoordeelden medewerkers hun werkplek met een 8,3. Werkplezier en waardering scoren hoog, terwijl werkdruk en beloning aandachtspunten blijven.” **Kwaliteitsbeeld X**

Benchmarking wordt toegepast in drie kwaliteitsbeelden (15%), waarbij resultaten zijn vergeleken met regionale of landelijke gemiddelden. Ook hier is weer een groot verschil te zien in de mate van reflectie, van beperkt:

“In 2025 waardeerden bewoners [naam organisatie] met een 8,9, hoger dan het branchegemiddelde.” **Kwaliteitsbeeld X**

tot uitgebreider:

“In 2025 bedroeg het voortschrijdende verzuimpercentage binnen [naam organisatie] 8,8%. Dit ligt lager dan het gemiddelde verzuimpercentage in de regio (9,4%) en de branche (9,2%). Tegelijkertijd zien we dat de meldingsfrequentie binnen [naam organisatie] met 1,7 hoger ligt dan in de regio (1,4) en binnen de branche (1,3). Kortgezegd betekent dit dat onze medewerkers zich relatief vaker ziekmelden, maar dat de gemiddelde verzuimduur bij ons lager is dan de branche.” **Kwaliteitsbeeld I**

Tabel 3 Inzicht in kwaliteit van zorg: cijfers

KENMERK	SPECIFICATIE	AANTAL
cijfers gebruikt	ja	20
	nee	0
soort cijfers*	cliënttevredenheid/prems	19
	personeelsgegevens;	11
	medewerkerstevredenheid	11
	incidentmeldingen (mic/mim)	7
	zorginhoudelijke indicatoren*	5
	anders	2

* Meerdere soorten cijfers konden per kwaliteitsbeeld worden genoemd. De aantallen vertegenwoordigen het aantal kwaliteitsbeelden waarin het betreffende soort cijfer is genoemd en tellen daarom niet op tot het totaal (n = 20).

Verhalen

Evenals in de analyse over verslagjaar 2024 worden verhalen vooral gebruikt ter illustratie en anekdotisch. In geen van de kwaliteitsbeelden wordt beschreven dat verhalen systematisch zijn verzameld of geanalyseerd met behulp van een erkende of gevalideerde narratieve methode. Daardoor blijft onduidelijk hoe verhalen zijn opgehaald, geselecteerd, geanalyseerd en verwerkt en in hoeverre zij worden gebruikt om inzicht te verkrijgen in de ervaren kwaliteit van zorg.

In 6 van de 20 kwaliteitsbeelden (30%) worden geen verhalen gebruikt om kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken. De overige kwaliteitsbeelden bevatten voornamelijk cliëntverhalen (n = 11), aangevuld met verhalen van naasten (n = 6) en zorgprofessionals (n = 6). Casusbeschrijvingen (n = 1) en narratieven uit reflectie of moreel beraad (n = 1) kwamen slechts incidenteel voor (**Tabel 4**). Verhalen worden daarmee vooral gebruikt om ervaringen van cliënten te illustreren.

“Toen ze hier aan het bouwen waren, reed ik regelmatig langs om te zien hoe het vorderde. Ik heb mezelf al die tijd gezegd: ‘Op deze nieuwe plek ga ik gelukkig worden.’ En dat is ook gelukt.” **Kwaliteitsbeeld R**

In de meeste kwaliteitsbeelden blijft onduidelijk hoe de verhalen zijn verzameld of verwerkt. Sommige organisaties verwijzen naar familiegesprekken, open gesprekken of gespreksmethodieken zoals MIKZO om een levensverhaal, wensen en behoeften in kaart te brengen, terwijl andere kwaliteitsbeelden uitsluitend citaten of ervaringsverhalen presenteren zonder toelichting op de herkomst of selectie ervan. In slechts één kwaliteitsbeeld wordt specifiek toegelicht hoe de verhalen worden verwerkt:

“Het houden van familiegesprekken is één maar de opvolging ervan is even belangrijk. [Naam organisatie] pakt dit op de volgende manier aan [stapsgewijze toelichting].” **Kwaliteitsbeeld L**

In geen van de kwaliteitsbeelden wordt beschreven dat de verhalen op een valide en betrouwbare manier zijn verzameld of geanalyseerd met behulp van een erkende of onderbouwde narratieve methode. Hierdoor ontbreekt de methodologische onderbouwing van het gebruik van verhalen.

“Bij [naam organisatie] vormt het open gesprek de basis van de zorgverlening. Om dit gesprek op een gelijkwaardige en zorgvuldige manier te kunnen voeren, faciliteert de organisatie zowel cliënten en naasten als professionals met duidelijke werkwijzen, ondersteunende middelen en ruimte voor dialoog.” **Kwaliteitsbeeld T**

Tabel 4 Inzicht in kwaliteit van zorg: verhalen

KENMERK	SPECIFICATIE	AANTAL
verhalen gebruikt	ja	14
	nee	6
soort verhalen*	cliëntverhalen	11
	verhalen van naasten	6
	verhalen van zorgprofessionals	6
	casusbeschrijvingen	1
	narratieven uit reflectie/moreel beraad	1

* Meerdere soorten verhalen konden per kwaliteitsbeeld worden genoemd. De aantallen vertegenwoordigen het aantal kwaliteitsbeelden waarin het betreffende soort verhaal is genoemd en tellen daarom niet op tot het totaal (n = 20).

Leren en ontwikkelen

Leren

Evenals in de analyse over verslagjaar 2024 wordt leren in alle kwaliteitsbeelden benoemd. De beschrijving van het leerproces blijft echter veelal algemeen en maakt slechts beperkt inzichtelijk hoe verschillende informatiebronnen worden benut voor gezamenlijke reflectie.

Hoewel in alle 20 kwaliteitsbeelden aandacht wordt besteed aan leren, blijft de beschrijving van het leerproces veelal algemeen. Vrijwel alle organisaties beschrijven een combinatie van formeel (n=19), sociaal (n=19) en informeel leren (n=18). Formeel leren krijgt vorm via scholing, trainingen, e-learning's en opleidingsprogramma's. Sociaal leren vindt plaats tijdens teamoverleggen, intervisie, casuïstiekbesprekingen en reflectiebijeenkomsten, terwijl informeel leren vooral wordt beschreven als leren van ervaringen uit de dagelijkse praktijk, incidenten en verbeterprojecten ([Tabel 5](#)). Een organisatie beschrijft dit als volgt:

“Leren en ontwikkelen gaat bij ons verder dan scholing alleen. Het draait om houding, bewustwording en het durven maken van afgewogen keuzes, samen met collega's, cliënten en hun naasten. We creëren ruimte om te oefenen, ervaringen te delen en van elkaar te leren – ook, of zelfs juist, wanneer vraagstukken complex zijn en geen eenduidige oplossing kennen.”

Kwaliteitsbeeld E

In vier van de kwaliteitsbeelden (20%) wordt niet beschreven waarvan organisaties leren. In de overige kwaliteitsbeelden worden vooral incidenten (n = 15), audits (n = 13), cijfers (n = 11), praktijkervaringen (n = 9) en verhalen of ervaringen van cliënten, naasten en medewerkers (n = 5) genoemd als informatiebronnen. Daarnaast worden in enkele kwaliteitsbeelden andere bronnen genoemd, zoals klachten, gesprekken, intervisie, inspectiebezoeken, moreel beraad of de uitvoering van de Wet zorg en dwang (WZD).

Hoewel organisaties regelmatig aangeven verschillende informatiebronnen te combineren, blijft in de meeste kwaliteitsbeelden onduidelijk hoe deze informatie daadwerkelijk wordt samengebracht, geïnterpreteerd en vertaald naar concrete leer- en verbeteracties. Beschrijvingen blijven veelal algemeen, bijvoorbeeld:

“Goede zorg vraagt om zicht op kwaliteit. Niet alleen om te kunnen verantwoorden, maar vooral om te leren en te verbeteren. Bij [naam zorgorganisatie] werken we systematisch aan zicht op kwaliteit, waarbij we verschillende bronnen en perspectieven combineren. Zo ontstaat een breed en betekenisvol beeld van de kwaliteit van zorg en kwaliteit van bestaan. We kijken daarbij niet alleen naar cijfers, maar ook naar ervaringen, observaties en gesprekken uit de praktijk. Door deze informatie samen te brengen, kunnen we beter begrijpen wat goed gaat en waar verbetering mogelijk is.”

Kwaliteitsbeeld K

Tabel 5 *Leren*

KENMERK	SPECIFICATIE	AANTAL
leren genoemd	ja	20
	nee	0
vorm van leren	formeel leren	19
	sociaal leren	19
	informeel leren	18
waarvan wordt geleerd*	cijfers	11
	verhalen	5
	incidenten	15
	praktijkervaringen	9
	audits	13
	anders	4

* Meerdere informatiebronnen konden per kwaliteitsbeeld worden genoemd. De aantallen vertegenwoordigen het aantal kwaliteitsbeelden waarin de betreffende informatiebron is genoemd en tellen daarom niet op tot het totaal (n=20).

Ontwikkelen

De analyse over verslagjaar 2024 liet zien dat organisaties wel beschrijven dát zij leren, maar minder hoe dit leidt tot concrete verbeteringen. De kwaliteitsbeelden over verslagjaar 2025 laten zien dat hierin slechts beperkte vooruitgang is geboekt. De samenhang tussen signalen, reflectie, nieuwe inzichten en verbeteracties blijft in veel kwaliteitsbeelden onvoldoende zichtbaar.

In 6 van de 20 kwaliteitsbeelden (30%) worden geen concrete ontwikkelactiviteiten beschreven. In de overige 14 kwaliteitsbeelden worden onder meer proces-aanpassingen, de implementatie van nieuwe werkwijzen, gerichte scholing en andere verbeteracties genoemd. Het blijft echter meestal onduidelijk hoe deze ontwikkelactiviteiten zijn voortgekomen uit signalen, ervaringen of informatie over de kwaliteit van zorg.

Slechts enkele kwaliteitsbeelden maken inzichtelijk hoe een concreet signaal of knelpunt leidt tot nieuwe inzichten en vervolgens tot een gerichte verbeteractie. Onderstaand citaat illustreert een kwaliteitsbeeld waarin deze ontwikkelcyclus wel zichtbaar is:

“Een bezoek van de inspectie bracht ons de conclusie dat de persoonlijke zorg goed op orde is op [naam zorgorganisatie], maar er was ook ruimte voor verbetering, met name met betrekking tot kenbaar methodisch werken. Dit leidde tot software-aanpassingen in ons elektronische cliëntdossier, verbeteringen in de manier van dossiervoering, met name rond de Wet Zorg en Dwang, verbetering van de MIC/MIM-procedure en een duidelijkere beschrijving van het kwaliteitsmanagementsysteem.” **Kwaliteitsbeeld X**

Daarnaast laten slechts enkele kwaliteitsbeelden zien hoe eerder geformuleerde verbeterpunten worden geëvalueerd en opgevolgd. De wijze waarop dit gebeurt verschilt. Sommige organisaties beschrijven de voortgang van één specifiek verbeterpunt, bijvoorbeeld:

“Het doel was om in 2024 een functionerende cliëntenraad op te zetten [...]. Door het uitvallen en verschuivingen van leden is er helaas niets structureels opgebouwd [...]. Dit wordt in 2026 verder uitgewerkt en opgepakt.” **Kwaliteitsbeeld S**

Eén kwaliteitsbeeld heeft deze terugblik systematisch uitgewerkt door voor alle actiepunten uit het voorgaande jaar de stand van zaken en eventuele vervolgstappen te beschrijven (Kwaliteitsbeeld M).

Het kwaliteitsbeeld als leerinstrument

De analyse over verslagjaar 2024 benadrukte het belang van het kwaliteitsbeeld als instrument voor reflectie, leren en ontwikkelen. In de kwaliteitsbeelden over verslagjaar 2025 blijft veelal onduidelijk hoe het kwaliteitsbeeld organisaties ondersteunt bij het gezamenlijk leren en continu verbeteren van de kwaliteit van zorg.

In 17 van de 20 kwaliteitsbeelden (85%) wordt niet beschreven dat het kwaliteitsbeeld wordt gebruikt als instrument voor reflectie, leren en kwaliteitsverbetering. Drie (15%) kwaliteitsbeelden beschrijven dit wel, waarvan slechts één kwaliteitsbeeld toelicht hoe dit in de praktijk vorm krijgt:

“Eén van de belangrijkste lessen was dat het kompas niet alleen een document mag zijn, maar doorleefd moet worden in alle lagen van de organisatie. Daarom zijn [...] regelmatige feedbackmomenten, reflectiebijeenkomsten en medewerkersbijeenkomsten waarin ervaringen werden gedeeld. Feedback liet zien dat sommige onderdelen extra aandacht nodig hadden [...]. Deze punten zijn opgepakt door gerichte trainingen [...] en het vereenvoudigen van procedures.” **Kwaliteitsbeeld F**

4. Discussie

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in de ontwikkeling van de kwaliteitsbeelden in de ouderenzorg. De resultaten laten zien dat de kwaliteitsbeelden over verslagjaar 2025 in grote lijnen vergelijkbaar zijn met die van 2024 en nog niet hun potentie als leer- en ontwikkelinstrument vervullen.

Hoewel de kwaliteitsbeelden aandacht besteden aan de verschillende bouwstenen, blijkt uit de inhoudelijke analyse en de citaten uit de kwaliteitsbeelden dat de uitwerking daarvan veelal beperkt blijft tot hoofdlijnen en weinig diepgang biedt. Leren en ontwikkelen worden veel benoemd, maar de leercyclus van meten, reflecteren, aanpassen en evalueren is zelden zichtbaar. Deze bevindingen laten zien dat er ruimte is om het kwaliteitsbeeld verder te ontwikkelen tot een instrument dat concreter inzicht geeft in de kwaliteit van zorg en bestaan én in de wijze waarop organisaties hiervan leren. Terwijl 2024 werd gezien als transitiejaar, laten de kwaliteitsbeelden over verslagjaar 2025 weinig doorontwikkeling van de lerende beweging zien.

Leren en ontwikkelen op basis van cijfers en verhalen

Met de invoering van het Generiek Kompas hebben zorgorganisaties meer ruimte gekregen om zelf te bepalen welke kwaliteitsinformatie zij gebruiken om kwaliteit van bestaan inzichtelijk te maken. Dit vervolgonderzoek laat echter zien dat deze ruimte vooralsnog beperkt wordt benut. Net als in verslagjaar 2024 worden vooral de verplichte cliëntervaringsmeting en enkele aanvullende kwaliteitsindicatoren, zoals medewerkerstevredenheid en incidentmeldingen, gerapporteerd. Daarnaast wordt in veel kwaliteitsbeelden verwezen naar het open gesprek (bouwsteen 1 van het Generiek Kompas), waarin zorgervaringen, wensen en behoeften van cliënten en naasten worden besproken als basis voor passende zorg. Hoewel cijfers en verhalen elkaar kunnen versterken doordat cijfers inzicht geven en verhalen context en duiding bieden¹⁰, blijft in de meeste kwaliteitsbeelden onduidelijk waarom juist deze kwaliteitsinformatie is gekozen.

Ook wordt niet duidelijk hoe verschillende informatiebronnen gezamenlijk zijn geïnterpreteerd en hoe deze hebben geleid tot reflecties, ontwikkelpunten en evaluaties.

Deze bevinding is relevant, omdat kwaliteit van bestaan binnen het Generiek Kompas het centrale uitgangspunt vormt, terwijl een eenduidige definitie van dit begrip ontbreekt. Zorgorganisaties bepalen zelf welke kwaliteitsinformatie zij passend vinden om hierover te rapporteren. Deze vrijheid biedt ruimte om aan te sluiten bij de eigen visie, maar vraagt tegelijkertijd om transparantie in de gemaakte keuzes. Zonder een duidelijke onderbouwing blijft moeilijk te beoordelen in hoeverre kwaliteitsbeelden daadwerkelijk inzicht geven in kwaliteit van bestaan. Tegelijkertijd heeft het vervallen van de verplichte indicatoren basisveiligheid geleid tot een landelijke discussie. Door het ontbreken van een uniforme kwaliteitsmeting bestaat minder zicht op landelijke



trends in de kwaliteit van de ouderenzorg¹¹ en wordt het moeilijker kwaliteit objectief te beoordelen^{3, 12}. Daarnaast bestaat het risico op selectieve rapportage¹³. Dat risico lijkt ook in dit onderzoek zichtbaar. Kwaliteitsbeelden beschrijven overwegend positieve ontwikkelingen, terwijl uitdagingen waarvoor nog geen oplossing is gevonden veel minder naar voren komen.

Het is belangrijk dat zorgorganisaties niet alleen laten zien welke kwaliteitsinformatie zij gebruiken, maar ook waarom zij hiervoor kiezen, hoe deze informatie is verzameld en geduid en op welke wijze deze bijdraagt aan leren en ontwikkelen. Het kwaliteitsbeeld biedt de mogelijkheid om kwaliteitsinformatie te kiezen die aansluit bij de eigen organisatie, maar deze ruimte vraagt tegelijkertijd om een transparante onderbouwing van de gemaakte keuzes. Uit dit onderzoek blijkt dat deze onderbouwing nog vaak ontbreekt, terwijl de handreiking 'Inzicht in kwaliteit' organisaties juist oproept om deze keuzes expliciet te maken¹.

Het kwaliteitsbeeld als leerinstrument

De kwaliteitsbeelden hebben als belangrijk doel het stimuleren van leren en ontwikkelen binnen de organisatie en hierover transparant te zijn richting interne en externe betrokkenen. Hoewel dit doel in verschillende kwaliteitsbeelden wordt benoemd, blijft het lerende karakter hiervan nog onvoldoende zichtbaar door de beperkte toelichting op de totstandkoming en het gebruik

van het kwaliteitsbeeld voor reflectie, leren en ontwikkelen. Samen leren en ontwikkelen is ook geen vanzelfsprekendheid en dit vraagt om een lerende cultuur binnen zorgorganisaties op operationeel, tactisch en strategisch niveau¹⁴. Dit betekent niet dat deze beweging nog niet op gang is gekomen, maar het valt op dat juist het kwaliteitsbeeld als leerinstrument nauwelijks terugkomt in de kwaliteitsbeelden. Dit wijst erop dat het beoogde doel nog niet volledig tot uiting komt in de praktijk.

Deze bevinding roept tegelijkertijd een bredere vraag op, namelijk wordt het kwaliteitsbeeld in de praktijk vooral gezien als een product of als een proces? Wanneer de nadruk vooral ligt op het uiteindelijke document, bestaat het risico dat het kwaliteitsbeeld voornamelijk een verantwoordingsinstrument wordt. De beweging die het Generiek Kompas beoogt is echter breder. Het kwaliteitsbeeld kan juist waardevol zijn wanneer het de uitkomst is van een gezamenlijk leerproces, waarin zorgprofessionals, cliënten en naasten samen kwaliteitsinformatie duiden, keuzes maken, verbeteracties formuleren en hierin volgende kwaliteitsbeelden op terugblikken. De waarde ligt dan niet alleen in het document zelf, maar juist in het proces van gezamenlijk leren en ontwikkelen.

Tegen deze achtergrond is het opvallend dat zorgorganisaties met minder dan 25 cliënten vanaf verslagjaar 2025 vrijgesteld zijn van de verplichting een kwaliteitsbeeld op te stellen, omdat dit als

een onevenredige administratieve belasting kan worden ervaren¹. Dit maakt het des te relevanter om te onderzoeken in hoeverre kwaliteitsbeelden daadwerkelijk bijdragen aan het doel 'leren en kwaliteitsverbetering', of dat zij in de praktijk ook worden ervaren als een nieuwe vorm van administratieve belasting die niet opweegt tegen de ervaren meerwaarde. Daar tegenover staat dat in onze analyse drie zorgorganisaties met minder dan 25 cliënten wel een kwaliteitsbeeld hebben opgeleverd.

Methodologische kanttekeningen

Dit onderzoek is op dezelfde wijze uitgevoerd als het voorgaande jaar. Er is opnieuw een aselechte steekproef van 20 kwaliteitsbeelden onderzocht, die grotendeels bestaat uit dezelfde kwaliteitsbeelden als in verslagjaar 2024. Hoewel deze steekproef relatief klein lijkt, was na de analyse van de eerste 15 kwaliteitsbeelden datasaturatie bereikt, waarna de aanvullende 5 kwaliteitsbeelden dit beeld bevestigden en geen nieuwe inzichten gaven. Daarnaast laten de bevindingen een brede spreiding zien in zowel demografie als organisatiegrootte. Ook lieten de bevindingen van ons onderzoek uit 2024 gelijke resultaten zien met de rode dradenanalyse van meer dan 600 kwaliteitsbeelden, wat de generaliseerbaarheid van de resultaten versterkt. Ten tweede vraagt het beoordelen van de kwaliteitsbeelden aan de hand van de bouwstenen 'inzicht in kwaliteit' en 'leren en ontwikkelen' om interpretatie. Hoewel

de analyse is uitgevoerd door twee onderzoekers met behulp van een gestandaardiseerd format, blijft er ruimte voor interpretatie in hoeverre bepaalde tekstfragmenten bijvoorbeeld wel of geen leeractiviteit weergeven. Dit kan hebben geleid tot een onder- of overschatting van de aanwezigheid van bepaalde onderwerpen. Tot slot geven de resultaten uitsluitend weer wat schriftelijk is vastgelegd in de kwaliteitsbeelden, zonder aanvullende toelichting vanuit de zorgorganisaties. De bevindingen van dit rapport hebben daarmee uitsluitend betrekking op de verslaglegging in de kwaliteitsbeelden. Hierdoor kan niet worden uitgesloten dat in de praktijk aanvullende activiteiten plaatsvinden die niet in de documenten zijn opgenomen.

Aanbevelingen

Op basis van dit onderzoek zijn er drie aanbevelingen voor zorgorganisaties geformuleerd en een algemene aanbeveling voor beleid en wetenschap. Ten eerste, zorg dat het kwaliteitsbeeld onderdeel wordt van de zorgorganisatie, waarin alle partijen zich gezien en gehoord voelen en er ruimte is voor kwetsbaarheid en ontwikkelpunten. Op deze manier wordt het een levend document dat kan dienen voor leer- en ontwikkeldoelinden in plaats van een nieuwe vorm van administratieve bureaucratie. Als zorgorganisatie is het belangrijk om hiervoor de juiste randvoorwaarden te scheppen, namelijk tijd en ruimte, zeggenschap en inspraak en een veilige, lerende cultuur⁸.

Ten tweede, verschuif de focus van een brede beschrijving van kwaliteit naar een kritische reflectie op één of enkele relevante kwaliteitsvraagstukken. Maak aan de hand van deze vraagstukken de volledige leer- en ontwikkelcyclus zichtbaar door te beschrijven hoe een knelpunt is gesignaleerd, welke inzichten hieruit zijn voortgekomen, welke verbeteracties zijn ingezet en hoe de voortgang en resultaten in een volgend kwaliteitsbeeld worden geëvalueerd¹⁵. Door jaarlijks terug te komen op eerder geformuleerde ontwikkelpunten krijgt het kwaliteitsbeeld een longitudinale functie en wordt zichtbaar hoe de organisatie leert en zich ontwikkelt. Box 1 geeft een fictief voorbeeld van hoe een kwaliteitsvraagstuk kan worden uitgewerkt in een kwaliteitsbeeld.

Ten derde wordt aanbevolen om bewust te kiezen voor valide en betrouwbare methoden om kwaliteitsvraagstukken inzichtelijk te maken. Daarmee wordt gewaarborgd dat daadwerkelijk wordt gemeten wat men wil weten¹⁶. Gebruik kwaliteitsindicatoren en narratieve methoden die aansluiten bij het gekozen vraagstuk en leg uit waarom juist deze informatie is verzameld. De handreiking 'Leren en ontwikkelen' biedt illustratieve voorbeelden van hoe organisaties dit kunnen vormgeven met behulp van verschillende methodieken en gevalideerde indicatoren⁸. Kijk hierbij ook samen met Business Intelligence (BI) en zorgprofessionals naar de data die al worden geregistreerd, hoe deze bruikbaar uit systemen kunnen worden gehaald en doelmatiger kunnen worden benut¹⁷. Wanneer ervaringsverhalen worden gebruikt, kan de tool Verhalend leren en verbeteren van Waardigheid en Trots ondersteunen bij het

kiezen van een onderbouwde narratieve methode die past bij de organisatie¹⁸.

Tot slot wordt voor beleid en wetenschap aanbevolen om het begrip kwaliteit van bestaan verder te definiëren, zodat duidelijker wordt welke kwaliteitsinformatie inzicht geeft in kwaliteit van bestaan en welke onderbouwde methoden geschikt zijn om deze informatie betrouwbaar en betekenisvol in beeld te brengen. Aansluitend wordt vervolgonderzoek aanbevolen naar de wijze waarop zorgorganisaties in de praktijk leren en zich ontwikkelen. Dit onderzoek laat zien hoe organisaties de lerende beweging in hun kwaliteitsbeelden beschrijven, maar biedt geen inzicht in hoe het gezamenlijke leer- en ontwikkelproces in de dagelijkse praktijk daadwerkelijk vorm krijgt. Gesprekken met zorgorganisaties, waaronder ook kleinschalige organisaties, kunnen inzicht geven in de wijze waarop kwaliteitsinformatie wordt besproken en geduid, hoe verschillende perspectieven worden betrokken en hoe dit leidt tot reflectie, leren en kwaliteitsverbetering.

De uitdaging voor de komende jaren lijkt daarmee niet zozeer te liggen in het schrijven van uitgebreidere kwaliteitsbeelden, maar in het versterken van de rol van het kwaliteitsbeeld als longitudinaal onderdeel van de zorgorganisatie en gezamenlijk leerinstrument. De meerwaarde ontstaat niet alleen door wat wordt opgeschreven, maar vooral door inzicht in kwaliteit en het gesprek, de reflectie en de gezamenlijke duiding hierop.

Box 1

Fictief voorbeeld van een kwaliteitscyclus in een kwaliteitsbeeld

Kwaliteitsvraagstuk

Binnen de organisatie bestaat de wens om ervaren kwaliteit van zorg beter zichtbaar te maken in het zorgleefplan. Daarom is ervoor gekozen om als kwaliteitsindicator het percentage cliënten te volgen waarbij persoonlijke zorgervaringen, wensen en doelen rondom ervaren kwaliteit van zorg periodiek worden besproken en vastgelegd.

Hoe wordt dit inzichtelijk gemaakt?

- Analyse van gegevens uit het elektronisch cliëntdossier (ECD)
- Dossieraudit
- Open gesprekken met cliënten, naasten en zorgprofessionals
- Reflectie tijdens teamoverleggen

Reflectie en duiding

Uit de analyse blijkt dat persoonlijke zorgervaringen en wensen vaak wel bekend zijn bij zorgprofessionals, maar niet altijd duidelijk worden vastgelegd of besproken tijdens evaluaties. In de open gesprekken geven medewerkers aan dat zij het lastig vinden om gesprekken over ervaren kwaliteit van zorg te voeren en te vertalen naar concrete zorgdoelen. Cliënten en naasten geven aan deze gesprekken juist belangrijk en fijn te vinden. Tijdens teamreflecties worden de uitkomsten van de ervaringsverhalen gezamenlijk besproken en geduid. Op basis hiervan wordt geconcludeerd dat de borging van ervaren kwaliteit van zorg in het zorgleefplan verbetering vraagt.

Verbeteracties

De organisatie besluit structureel gebruik te maken van een gevalideerde gesprekstool, gekozen met behulp van de keuzehulp op Waardigheid en Trots. Daarnaast wordt het zorgleefplan aangepast zodat ervaren kwaliteit van zorg een vaste plek krijgt, ontvangen zorgprofessionals scholing in het voeren van gesprekken over ervaren kwaliteit van zorg en worden periodieke teamreflecties georganiseerd waarin ervaringen en goede voorbeelden worden gedeeld. Ook wordt afgesproken om na zes maanden opnieuw de ervaringen van cliënten, naasten en zorgprofessionals te verzamelen om te beoordelen of de ingezette verbeteracties tot verandering hebben geleid.

Terugblik in het kwaliteitsbeeld van het volgende jaar

In het kwaliteitsbeeld van het volgende jaar wordt beschreven in hoeverre de ingezette verbeteracties hebben geleid tot verbetering. Daarbij wordt gerapporteerd hoeveel cliënten een actueel beschreven doel rondom ervaren kwaliteit van zorg hebben, hoe cliënten, naasten en zorgprofessionals de gesprekken hierover ervaren en welke lessen de organisatie uit de evaluatie heeft geleerd. Op basis hiervan worden nieuwe ontwikkelpunten geformuleerd, waarmee de kwaliteitscyclus wordt voortgezet.

Referentielijst

- 1 Kompasraad. Handreiking inzicht in kwaliteit (Kwaliteitsbeeld Generiek kompas). 2025.
- 2 Kompasraad. Generiek kompas. Samen werken aan kwaliteit van bestaan. Thuis, in de wijk en in het verpleeghuis.; 2023 24-03-2023.
- 3 Patiëntenfederatie Nederland. Inbreng voor commissiedebat Ouderenzorg op 4 juni 2026. Patiëntenfederatie Nederland; 2026 2026-06-04.
- 4 Zorginstituut Nederland. Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg Samen leren en ontwikkelen: Zorginstituut Nederland; 2021. 1-45 p.
- 5 Bex P, Homberg J, Hoogenboom K, Hurk Jvd, Koning Ed, Smith P, et al. Onderzoek naar het verzamelen en gebruik van kwaliteitsinformatie in de zorg. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2022 2022-07-14.
- 6 Goërtz Y, Moraal-Hemmes B, Hamers J, Sion K. Op weg naar een lerende beweging: Inzicht in de kwaliteitsbeelden als onderdeel van het Generiek Kompas 2024. CAPHRI, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences 2025 25-08-2025.
- 7 Castelijns E, Hofman C, Van Seben R. Rodedradenanalyse kwaliteitsbeelden Generiek Kompas. Utrecht: Berenschot Groep B.V.; 2025.
- 8 Het generiek kompas. Handreiking leren en ontwikkelen. 2025.
- 9 Moraal-Hemmes; B, Goërtz; Y, Schols; J, Hamers; J, Sion K. Zorgprofessionals aan Zet: multidisciplinair leren en verbeteren in het verpleeghuis met routinematig verzamelde data Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde. 2023(5).
- 10 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.
- 11 Goërtz Y, Aarts, S., Duijnste, S., Rijcken, S., Janssen, D., Sion, K. De prevalentie van zorgproblemen in de Nederlandse verpleeghuiszorg: een overzicht van 2017-2024. Tijdschrift Voor Gerontologie En Geriatrie,. 2026;57(2).
- 12 Patiëntenfederatie Nederland. Zorgen over langdurige zorg: 'kwaliteit en toegang staan onder druk'. 2025.
- 13 Sterne JA, Egger M, Moher D. Addressing reporting biases. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions: Cochrane book series. 2008:297-333.
- 14 Vosters RM, Goërtz YMJ, Janssen DJA, Hamers JPH, Sion KYJ. Factors Influencing Interprofessional Quality Improvement in Nursing Homes: A Systematic Review. J Am Med Dir Assoc. 2025;27(2):106037.
- 15 Foley T, Vale L. A framework for understanding, designing, developing and evaluating learning health systems. Learning Health Systems. 2023;7(1):e10315.
- 16 De Vet HCW, Terwee CB, Mokkink LB, Knol DL. Measurement in Medicine: A Practical Guide. Cambridge: Cambridge University Press; 2011.
- 17 Aarts S, Sion K, Zwakhalen S. SANO: Data vóór AI: Voorwaarden voor data-geïnformeerde zorg in de ouderenzorg. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde. 2026.
- 18 Leyden Academy on Vitality and Ageing, Vilans, Maastricht University, Erasmus University Rotterdam, Tilburg University. Verhalend Leren en Verbeteren: Vilans; 2023 [Available from: <https://www.waardigheidentrots.nl/tools-tips/tools/verhalend-leren-en-verbeteren>].

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.

BURO BONNÉ | 1566

awolimborg.nl

