

Module: Organisatiebeschrijving LVHC

Samenvatting

De Module: Organisatiebeschrijving LVHC is ontwikkeld om de kwaliteit van zorg voor laag-volume, hoog-complexe (LVHC) doelgroepen binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) structureel te borgen binnen het Nederlandse zorgstelsel. LVHC-doelgroepen bestaan uit kleine cliëntaantallen die gespecialiseerde, hoogwaardige zorg nodig hebben. Om de toegang tot deze zorg te garanderen, is voor zeven specifieke LVHC-doelgroepen een kennis- en expertise-infrastructuur opgezet in de vorm van een doelgroepnetwerk (DGN), bestaande uit de onderdelen: een erkend kenniscentrum (KC), doelgroepexpertisecentra (DEC) en regionale expertisecentra (REC).

De module biedt een systematisch kader waarin de kwaliteitscriteria en de context van LVHC-zorg voor de onderdelen van de LVHC-infrastructuur worden uiteengezet. Doelgroepnetwerken, Kenniscentra en zorgaanbieders (Expertisecentra) kunnen aan de hand van deze module aantonen aan de hoge kwaliteitsstandaarden te voldoen, waarmee zij aanspraak kunnen maken op de tarieven voor gespecialiseerde Wlz-zorg. Het toetsen aan de hand van de criteria in deze module gebeurt tijdens visitaties door een onafhankelijke partij. Indien de gevisiteerde partijen voldoen aan de gestelde eisen, ontvangen zij een positieve beoordeling voor de periode van vier jaar, waarna een nieuwe visitatie plaatsvindt.

De kwaliteitscriteria zijn ontwikkeld door een tijdelijke commissie van onafhankelijke experts – de Commissie Expertisecentra langdurige zorg – op het gebied van specialistische langdurige zorg in samenwerking met het ministerie van VWS, en sluiten aan bij bestaande kwaliteitskompassen binnen de langdurige zorg.

Naast de module bestaan aparte, zorginhoudelijke kwaliteitsstandaarden. Deze maken nadrukkelijk géén deel uit van de module. Voor meer informatie hierover verwijzen wij de lezer graag naar de websites van de betreffende doelgroepnetwerken.

Inhoud

Hoofdstuk 1. Inleiding kwaliteitscriteria laag-volume, hoog-complexe zorg	3
1.1 Wat is LVHC-zorg en hoe werkt het?	3
1.2 Aanleiding voor de Module: Organisatiebeschrijving LVHC	3
1.3 Goede LVHC-zorg vereist expliciete organisatie-eisen	3
1.4 Doel en rol van de module	4
1.5 Definitie module	4
1.6 Doelgroepen van de module	4
Hoofdstuk 2: Samenhang, reikwijdte en gebruik	5
2.1 Samenhang binnen de doelgroepnetwerken	5
2.2 Toepassingsgebied	5
2.3 Relatie met bestaande kwaliteitsstandaarden	6
2.4 Eigenaarschap, revisie en wijzigingsprocedure	6
2.5 De module in de praktijk	7
Hoofdstuk 3: LVHC-kwaliteitscriteria	8
Hoofdstuk 4: Bijlagen	12
Bijlage 1: Meetinstrument behorende bij Module	12
Bijlage 2: Procesbeschrijving Module Organisatiebeschrijving LVHC en meetinstrument	38

Hoofdstuk 1. Inleiding kwaliteitscriteria laag-volume, hoog-complexe zorg

1.1 Wat is LVHC-zorg en hoe werkt het?

Binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) zijn er doelgroepen met een relatief klein aantal cliënten die een hoog complexe zorgbehoefte hebben. Dit noemen we laag-volume hoog-complexe of LVHC-doelgroepen. Het lage aantal cliënten maakt het voor zorgaanbieders lastig om de expertise die deze doelgroep vereist te ontwikkelen en te borgen. In de praktijk beschikken reguliere zorgaanbieders daarom niet over de benodigde kennis, faciliteiten of ervaring om hoogwaardige zorg aan deze doelgroep te leveren. Bovendien vraagt LVHC-zorg om nauwgezette coördinatie en afstemming tussen verschillende zorgverleners en disciplines om de zorgdoelstellingen te realiseren.

Voor zeven aangewezen LVHC-doelgroepen is een kennis- en expertise infrastructuur opgezet om de toegankelijkheid van hoogwaardige zorg voor hen te garanderen. Het gaat hier om cliënten die in een gevisiteerde instelling verblijven met een aanspraak op gespecialiseerde zorg in verband met de ziekte van Huntington, het syndroom van Korsakov, een langdurige bewustzijnsstoornis (LBS), Dementie en zeer ernstig probleemgedrag (D-zep), een zeer ernstige gerontopsychiatrische aandoening (GP+), multiple sclerose met ernstige motorische beperkingen (MS+) of niet-aangeboren hersenletsel met zeer ernstig probleemgedrag (NAH+) zoals bedoeld in artikel 2.2, eerste lid, onderdeel c, onder 9°, 10°, 11°, 12°, 13°, 14° en 15° van de Regeling langdurige zorg (Rlz).

Deze infrastructuur bestaat uit een doelgroepennetwerk (vereniging) met een kenniscentrum (KC) en erkende LVHC-expertisecentra (doelgroep expertisecentrum (DEC) en regionaal expertisecentrum (REC)). Deze organisaties versterken de kennis en expertise voor hun specifieke doelgroep, met als doel het waarborgen dat de kwaliteit van zorg en behandeling zowel op korte termijn als in de toekomst van een vergelijkbaar hoog niveau is. Gezamenlijk vormen deze onderdelen een doelgroepennetwerk. Door de voormalige Commissie Expertisecentra langdurige zorg (CElz) zijn in samenspraak met de doelgroepennetwerken (normstellende) criteria opgesteld waaraan de onderdelen van een doelgroepennetwerk (te weten: het doelgroepennetwerk, het kenniscentrum, DEC's en REC's) moeten voldoen, om de kwaliteit van zorg voor deze doelgroep te borgen. Zie ook het bijbehorende meetinstrument (bijlage 1), waarin deze criteria en eisen zijn opgenomen.

1.2 Aanleiding voor de Module: Organisatiebeschrijving LVHC

De 'Module: Organisatiebeschrijving LVHC' (hierna: module) is opgesteld om de specifieke kwaliteitscriteria die voor LVHC-zorgaanbieders gelden structureel te borgen binnen de langdurig zorg. De module is aanvullend op vigerende kwaliteitskaders en -kompassen welke gericht zijn op de reguliere Wlz zorg. De module wordt bij het Zorginstituut Nederland (ZINL) geregistreerd om de kwaliteit en transparantie van zorg te waarborgen en te uniformeren over verschillende doelgroepen heen. De karakteristieken van de LVHC-zorg vragen om toetsbare criteria waarmee helder onderscheid kan worden gemaakt tussen LVHC-zorg en reguliere zorgverlening. Voor de LVHC-zorg is daarom de noodzaak om een heldere kwaliteitsstandaard (module) te hebben die de norm aangeeft waaraan doelgroepennetwerk, kenniscentrum (KC) en DEC's en REC's moeten voldoen om in aanmerking te kunnen komen voor bekostiging van de zorg die geleverd wordt in de expertisecentra in de langdurige zorg. De module heeft ook tot doel om transparant te zijn over de eisen aan de organisatie en kwaliteit van de zorg.

1.3 Goede LVHC-zorg vereist expliciete organisatie-eisen

Kwalitatief goede LVHC-zorg kan niet los worden gezien van de wijze waarop deze zorg is georganiseerd. Juist omdat het gaat om kleine cliëntpopulaties met zeer specialistische en langdurige zorgvragen, is het borgen van kwaliteit kwetsbaar: expertise is schaars, kennis is vaak lastig op pijl te houden en continuïteit komt onder druk te staan wanneer LVHC-zorg niet structureel is geconcentreerd. Goede LVHC-zorg vereist daarom expliciete eisen aan organisatie, samenwerking en kennisinfrastructuur. In de afgelopen jaren is binnen het LVHC-veld

consequent vastgesteld dat kwaliteit primair afhankelijk is van randvoorwaarden op organisatieniveau. Het uitgangspunt was in de afgelopen jaren: een organisatie die goede LVHC-zorg levert, moet aantoonbaar voldoen aan een samenhangend geheel van onderwerpen, criteria en eisen. De tripartiete partijen zetten deze lijn via de module voort. In Hoofdstuk 3 wordt beschreven welke onderwerpen per LVHC-onderdeel relevant worden geacht om kwalitatief goede LVHC-zorg te leveren.

1.4 Doel en rol van de module

In de module zijn specifieke kwaliteitscriteria uitgewerkt in eisen. Op basis van deze eisen kunnen onafhankelijke beoordelingen plaatsvinden, waarmee wordt vastgesteld of de doelgroepnetwerken met hun KC en expertisecentra aan deze kwaliteitscriteria voldoen. Deze beoordeling vindt plaats tijdens een visitatie door een onafhankelijke visiterende partij. Een onafhankelijk visiterende partij legt de uitkomsten van de beoordeling vast in een visitatierapport, dat vervolgens wordt gedeeld met de gevisiteerde partij, het doelgroepnetwerk en de Federatie LVHC. De procedures rondom de visitaties staan beschreven in het Visitatie- en beoordelingsreglement.¹ Bij deze visitaties wordt gebruik gemaakt van het bijbehorende meetinstrument. Hierin zijn de specifieke criteria behorend bij de kwaliteitseisen en de meetmethode in uitgewerkt. Een procesbeschrijving met verschillende stappen in het kader van de uitvoering van de Module is opgenomen in bijlage 2.

De module volgt de principes van de vigerende kwaliteitskaders en -kompassen.² Het uitgangspunt is dat de transitie naar de werkwijze aan de hand van deze module tot zo min mogelijk aanvullende administratieve lasten voor LVHC-zorgaanbieders leidt.

1.5 Definitie module

Deze module fungeert als een kwaliteitsstandaard. Voor de definitie van deze module is die van het Zorginstituut aangehouden, te weten:³

Een kwaliteitsstandaard is een richtlijn, **module**, norm, zorgstandaard of organisatiebeschrijving, die betrekking heeft op (een deel van) een zorgproces, vastlegt wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de cliënt goede zorg te verlenen en in het Register is opgenomen. (Artikel 1, eerste lid van de Wkkgz). Ook kwaliteitskaders en kwaliteitskompassen behoren hiertoe.

1.6 Doelgroepen van de module

De normen in het Nederlandse zorgveld zijn gericht op het leveren van verantwoorde, veilige en persoonsgerichte zorg, waarbij kwaliteitsstandaarden de basis vormen. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) toetst zorgaanbieders aan deze normen. Deze kwaliteitsstandaarden spelen een cruciale rol in de zorginkoop door zorgkantoren, waarmee zij sturen op de kwaliteit van zorg.

Aangezien deze module de kwaliteit van de LVHC-zorg inzichtelijk en toetsbaar maakt, is de module van belang voor het gehele LVHC-zorgveld. De inhoud van de module richt zich voornamelijk op zorgprofessionals, bestuurders, onderzoekers en kwaliteitsfunctionarissen die actief zijn binnen de LVHC-infrastructuur of dit aspireren. Daarnaast is de module relevant voor de onafhankelijk visiterende partijen, externe toezichthouders, zorgaanbieders, zorgkantoren, patiëntenorganisaties en beleidsmakers die betrokken zijn bij de kwaliteitsborging van LVHC-zorg.

1 Het visitatie- en beoordelingsreglement is in onderhoud. De versie is uiterlijk 1 januari 2027 geactualiseerd. Het reglement is opvraagbaar bij de Federatie LVHC

2 Vind een verdere uitwerking in hoofdstuk 2.3 *Relatie met bestaande kwaliteitsstandaarden van deze module*.

3 Afkomstig van Toetsingskader kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten (versie 3.0), gepubliceerd op 15 november 2022.

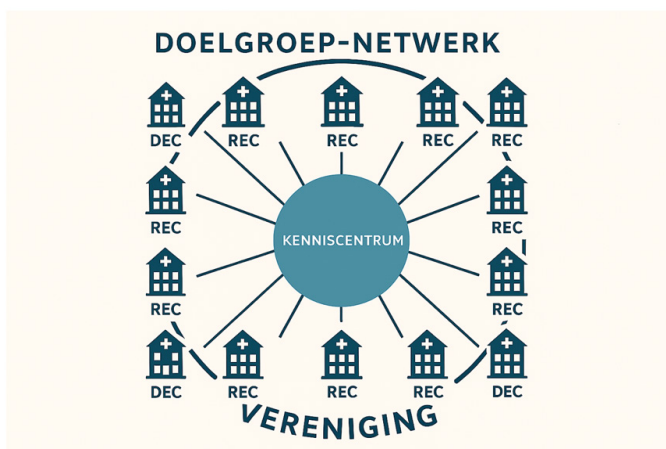
Ga voor meer informatie naar de website van Zorginzicht.

Hoofdstuk 2: Samenhang, reikwijdte en gebruik

2.1 Samenhang binnen de doelgroepnetwerken

De verschillende onderdelen van de doelgroepnetwerken zijn nauw met elkaar verweven en vormen samen een geïntegreerd systeem. Elk doelgroepnetwerk bestaat uit één kenniscentrum (KC), minimaal één doelgroepexpertisecentrum (DEC) en minimaal één regionaal expertisecentrum (REC). In de praktijk zijn – afhankelijk van de omvang en de aard van het zorglandschap – er vaak meerdere DEC's en REC's aangesloten. Deze structuur zorgt voor een kennis- en expertise-infrastructuur die op meerdere niveaus functioneert. De DEC's en REC's bieden zorg en behandeling op het hoogste niveau en ontwikkelen deze expertise continu door. Figuur 1 biedt een schematische weergave van een doelgroepnetwerk.

Naast de module bestaan aparte, zorginhoudelijke kwaliteitsstandaarden. Deze maken nadrukkelijk géén deel uit van de module. Voor meer informatie hierover verwijzen wij de lezer graag naar de websites van de betreffende doelgroepnetwerken.



Figuur 1, schematische weergave van een doelgroepnetwerk

De DEC's en REC's hebben de taak om de kennis die zij opdoen in de dagelijkse praktijk toe te passen en te delen met regionale en landelijke zorgaanbieders en ketenpartners. Het KC vervult daarbij een regisserende rol bij de ontwikkeling van onderzoeksagenda's en kennisproducten in samenwerking met de DEC's en REC's, cliënten-/naastenvertegenwoordiging en andere belanghebbenden. Hierbij onderhoudt het KC nauwe contacten met landelijke kennisgerichte organisaties en het brede (inter)nationale zorgveld en stimuleert actief de samenwerking binnen de landelijke kennisinfrastructuur in de langdurige zorg. Het doelgroepnetwerk zorgt ervoor dat er een landelijk netwerk is waarin passende zorg georganiseerd is voor de specifieke LVHC-doelgroep en mensen die tussen wal en schip (dreigen te) vallen.

Er bestaat een noodzakelijke samenhang tussen de onderdelen van het doelgroepnetwerk in het borgen van kennis en expertise. Door deze integraliteit is er ook een onderlinge afhankelijkheid: wanneer één onderdeel niet meer voldoet aan de gestelde criteria, heeft dit effect op het gehele doelgroepnetwerk. Het doelgroepnetwerk kan namelijk niet voortbestaan wanneer het geen erkend KC, DEC en REC bevat, waardoor de zorgaanbieders binnen het netwerk niet langer aanspraak maken op de tarieven voor gespecialiseerde zorg binnen de Wlz. Deze onderlinge afhankelijkheid zorgt ervoor dat zorgverlening, kennisontwikkeling, – verspreiding, –toepassing en kwaliteitsborging elkaar versterken en gezamenlijk bijdragen aan passende zorg voor de LVHC-doelgroepen.

2.2 Toepassingsgebied

De module en het bijbehorende meetinstrument zijn van toepassing op zorgaanbieders die LVHC-zorg aanbieden of wensen aan te bieden, en die lid zijn van een doelgroepnetwerk. Een zorgaanbieder kan pas aanspraak maken op de tarieven voor gespecialiseerde zorg binnen de Wlz als hij voldoet aan de normen van

de module, hetgeen blijkt uit een onafhankelijke visitatie. Welke zorgaanbieders en voor hoeveel plekken deze worden ingekocht is afhankelijk van de verwachte zorgvraag zoals vastgesteld door de zorgkantoren. KC's binnen de LVHC-infrastructuur kunnen aanspraak maken op subsidie vanuit ZonMw. Deze subsidie valt onder het programma Kenniscentra voor Specifieke Doelgroepen (2027-2036). Het Programma van Eisen is opgesteld door ZonMw en integraal overgenomen in deze module en het meetinstrument.⁴

2.3 Relatie met bestaande kwaliteitsstandaarden

De module is ontwikkeld als een kwaliteitsstandaard voor de LVHC-zorg en richt zich op specifieke doelgroepen. Het doel is een coherent kwaliteitskader dat de specialistische kenmerken van LVHC-zorg weerspiegelt. Deze module is aanvullend op de vigerende kwaliteitsstandaarden of -kaders, zonder deze te doorkruisen of te vervangen. Daarbij is de module nadrukkelijk geen verdiepende bouwsteen op de vigerende kwaliteitskompassen. De module sluit onder meer aan op het Generiek Kompas Samen werken aan Kwaliteit van bestaan⁵ en de kwaliteitskompassen voor Gehandicaptenzorg⁶ en Woonzorg binnen de langdurige ggz⁷, en voldoet daarmee aan de gangbare normen binnen de langdurige zorg. De module fungeert als een aanvullend en complementair kwaliteitskader, dat de specifieke behoeften en eisen van LVHC-zorg expliciet maakt, terwijl het de principes en richtlijnen van bestaande kwaliteitsstandaarden respecteert. Op deze manier wordt de samenhang gewaarborgd en wordt voorkomen dat er sprake is van overlapping of tegenstrijdigheden binnen het kwaliteitsmanagement van zorgaanbieders.

2.4 Eigenaarschap, revisie en wijzigingsprocedure

Een kwaliteitsstandaard (module en het meetinstrument) wordt tripartiete (driepartijen) beheerd zoals gebruikelijk bij inschrijving van een standaard in het kwaliteitsregister ZINL. De tripartietpartijen zijn tezamen de eigenaar van de module.

De federatie LVHC zal de operationele activiteiten coördineren voor het beheer en de actualisatie van de module die tripartiet zal worden vorm gegeven. Dit gezamenlijk onderhoud wordt door de volgende partijen vormgegeven: vertegenwoordiging vanuit patiënten/cliënten, zorgaanbieders van LVHC- doelgroepnetwerken en zorgkantoren.

Revisie van het document vindt standaard, ingaande vanaf het moment van registratie, iedere vijf jaar plaats om aansluiting te houden bij de laatste ontwikkelingen en kwaliteitsnormen in het veld. De Federatie LVHC is verantwoordelijk voor het beheer en de verspreiding van de gereviseerde Module.

Tussentijdse wijzigingen zijn mogelijk wanneer daar aanleiding voor is, bijvoorbeeld naar aanleiding van nieuwe inzichten, beleidswijzigingen of relevante feedback uit het veld. In dat geval zal een wijzigingsprocedure Module worden gevolgd. Deze procedure omvat het indienen van een wijzigingsvoorstel door het doelgroepnetwerk, cliënten/patiënten/verwanten, de Zorgkantoren, of andere betrokkenen bij de Federatie LVHC.⁸ De Federatie LVHC zal de formele procedure opstarten tot aanpassing van de Module, die weer tripartiet moet worden overlegd én tripartiet moet worden ingediend bij ZINL. Hierna volgt de communicatie van de gereviseerde Module naar het veld door de Federatie LVHC.

4 Nog niet openbaar beschikbaar.

5 [Te vinden via Zorginzicht](#)

6 [Te vinden via Zorginzicht](#)

7 [Te vinden via Zorginzicht](#)

8 De wijzigingsprocedure is op te vragen bij de Federatie LVHC.

2.5 De module in de praktijk

De beoordeling op basis van deze module vindt plaats gedurende een visitatie door een onafhankelijke visitatiecommissie. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de criteria en eisen zoals opgenomen in het bijbehorende meetinstrument. Een beknopte omschrijving van het visitatieproces is opgenomen in het bijbehorende meetinstrument. Raadpleeg het Visitatie- en beoordelingsreglement LVHC voor een meer gedetailleerde omschrijving van het visitatieproces.

Na een positieve beoordeling op basis van het meetinstrument publiceert de Federatie LVHC op een openbare locatie de uitkomsten van de visitaties middels een overzicht met gevisiteerde locaties en aantallen plaatsen. Zorgaanbieders brengen het onafhankelijke visitatierapport vervolgens in, op verzoek van de zorgkantoren, tijdens de zorgcontractering met het zorgkantoor. Hiermee kunnen afspraken gemaakt worden over de contractering van de LVHC-zorg op basis van de NZa- beleidsregel gespecialiseerde zorg Wlz. Zorgcontractering is een 2-zijdig proces tussen zorgkantoor en zorgaanbieder met als resultaat het vastleggen van de afspraken over de omvang en de kwaliteit van de zorg die de zorgaanbieder gaat leveren binnen de kaders van het contracteerbeleid van het zorgkantoor.

Onvoorziene gevolgen naar aanleiding van visitaties of omvang van het zorglandschap worden besproken door de zorgkantoren en de Federatie LVHC, waar nodig samen met VWS. Er kan hierbij bijvoorbeeld gedacht worden aan onvoldoende capaciteit om in de aanwezige vraag te kunnen voorzien, of wijziging van incidentie en prevalentie van een doelgroep met invloed op behoefte aan DEC's en REC's, het stoppen van het leveren van expertisetzorg door bestaande REC's of DEC's waarna er onvoldoende capaciteit overblijft, of er geen positief gevisiteerde zorgpartijen zijn om te contracteren of er geen DEC's zijn binnen een doelgroepnetwerk waardoor de REC's de zorg niet meer kunnen blijven leveren.

Het is mogelijk voor zorgaanbieders om zich aan te sluiten tot een doelgroepnetwerk. Hieronder wordt verstaan: lid worden van een doelgroepnetwerk en onafhankelijk gevisiteerd worden. Raadpleeg in dat geval de geactualiseerde procedure wijziging Zorglandschap.⁹ Bij het toetreden van een nieuwe zorgaanbieder kan het zorglandschap van de doelgroep wijzigen (NB: het aantal benodigde plaatsen op doelgroepniveau en potentiële landelijke dekking). Dit kan zowel een krimp, groei als gelijkblijvende capaciteit zijn. De Federatie LVHC deelt de zorglandschappen met de zorgkantoren via het gewijzigde overzicht van gevisiteerde aanbieders, die dit mee kunnen wegen in bij het inkopen van LVHC- zorg. De zorgcontractering en het besluit om over te gaan tot inkopen ligt bij het zorgkantoor.

9 De procedure wijziging Zorglandschap is op te vragen bij de Federatie LVHC

Hoofdstuk 3: LVHC-kwaliteitscriteria

Het toetsingskader met LVHC-kwaliteitscriteria en -eisen is opgesteld door de voormalige Commissie Expertisecentra langdurige zorg in nauwe samenspraak met de zorgaanbieders/doelgroepnetwerken. De eerste versie is vastgesteld in November 2021 (*Criteria doelgroepnetwerk, KC, DEC en REC visitatie (November 2021)*). Het toetsingskader is later herijkt. Deze versie is vastgesteld door de Commissie Expertisecentra langdurige zorg op 8 mei 2024. De LVHC-kwaliteitscriteria in deze module en bijbehorend meetinstrument zijn voor zover mogelijk integraal overgenomen uit het toetsingskader versie 8 mei 2024. De criteria voor de KC's zijn in lijn met de subsidievoorwaarden voor kenniscentra uit het ZonMw-programma *Kenniscentra voor Specifieke Doelgroepen (2027-2036)*.

Het bijbehorende meetinstrument dient als operationeel hulpmiddel voor het inzichtelijk maken en toetsen van de kwaliteit aan de hand van de kwaliteitscriteria en -eisen gesteld aan de verschillende onderdelen van doelgroepnetwerken. De tabellen 1, 2, 3 en 4 in deze module tonen de verschillende onderwerpen uit het toetsingskader, elk voorzien van een toelichting. De geldende criteria en eisen zelf zijn opgenomen in het meetinstrument.

Tabel 1. Criteria en toelichting voor het doelgroepnetwerk

Onderwerp	Context en relevantie
1. Inrichting doelgroep-netwerk	Het (toekomstig) zorglandschap van de doelgroep is dekkend en sluit aan bij de zorgvraag en geografische spreiding van de cliëntenpopulatie. Dit betekent dat de geleverde zorg toegankelijk en bereikbaar is voor de specifieke doelgroep. Het (toekomstig) zorglandschap per doelgroepnetwerk bevat informatie over het benodigde aantal plaatsen op doelgroepe niveau en het aantal benodigde DEC's en REC's voor die specifieke doelgroep. Het doelgroepnetwerk heeft de verantwoordelijkheid om het landschap dekkend te houden ¹⁰ .
2. Wijze waarop cliënt-vertegenwoordiging betrokken wordt	Cliënten en/of hun vertegenwoordigers moeten de ruimte krijgen om mee te denken en advies te geven over het beleid van het doelgroepnetwerk ¹¹ en de kennisinfrastructuur voor de doelgroep waartoe zij behoren. Ze werken actief samen om de zorg voor de cliënt te verbeteren en nieuwe ontwikkelingen in te brengen in het doelgroepnetwerk.
3. Organisatie doelgroepnetwerk	Een doelgroepnetwerk dient transparant, formeel en conform wet- en regelgeving te zijn ingericht. Er is gekozen voor de juridische entiteit van een vereniging om een netwerk te creëren waarin leden gelijkwaardig vertegenwoordigd zijn en maximaal invloed kunnen uitoefenen.
4. Governance	Het bestuur van het doelgroepnetwerk bestaat uit een afvaardiging van de aangesloten leden. Er is een vertegenwoordiging van een DEC, een REC en cliëntvertegenwoordiging in het bestuur. Er is toezicht op het goed functioneren van het bestuur middels de Algemene Leden Vergadering.
5. Samenwerking binnen de vereniging	Binnen het doelgroepnetwerk is de onderlinge samenwerking open. Het is belangrijk dat de projecten draagvlak hebben onder de leden, dat zij hierin kunnen participeren en de uitkomsten gedragen en verspreid worden in het zorgveld. Op deze wijze vormt het doelgroepnetwerk de basis voor het ontwikkelen, verspreiden en toepassen van nieuwe kennis en expertise in de praktijk om zo bij te dragen aan het vergroten van de kwaliteit van leven van cliënten.

¹⁰ De verantwoordelijkheid van het doelgroepnetwerk is om op basis van de prevalentie en incidentie een voorstel te doen voor het aantal DEC's en REC's, waarbij de aantallen zorgen voor een geografisch dekkend zorglandschap passend bij de prevalentie en incidentie. Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor de daadwerkelijke inkoop.

¹¹ Waar mogelijk wordt de rol van cliëntvertegenwoordiging ingevuld door de patiëntenvereniging van de doelgroep. Indien er geen patiëntenvereniging is, is het de verantwoordelijkheid van de doelgroep om een passende invulling te zoeken voor het organiseren van cliëntvertegenwoordiging.

Onderwerp	Context en relevantie
6. Delen van het visitatie-rapport	De onafhankelijk visiterende partij levert het visitatierapport op met bevindingen. Het doelgroepennetwerk deelt vervolgens het visitatierapport met de Federatie LVHC. Het visitatierapport van het doelgroepennetwerk wordt voor de zorginkoop van REC en DEC inzichtelijk gemaakt aan de zorgkantoren. Zij bepalen of de DEC of REC voor de doelgroep wordt ingekocht. De Federatie heeft hierin een adviserende rol.
7. Ontwikkelplan	Het is van belang dat het doelgroepennetwerk blijft leren en ontwikkelen. Op basis van de uitkomsten van de visitatie stelt het doelgroepennetwerk een ontwikkelplan op voor de komende 4 jaar. Indien het zorglandschap aanpassing behoeft zal dit worden aangevraagd via een wijzigingsverzoek zorglandschap en na akkoord van ZN kan als onderdeel van het ontwikkelplan. Het doelgroepennetwerk is verantwoordelijk voor een landelijk dekkend zorglandschap. In dit ontwikkelplan staat met betrekking tot het zorglandschap beschreven hoe te komen tot het afgesproken zorglandschap.
8. Opstellen onderzoeksagenda	Een onderdeel van het doelgroepennetwerk is de functie van het kenniscentrum. In een samenwerking tussen het kenniscentrum en het bredere zorgveld, wordt een onderzoeksagenda ontwikkeld. De onderzoeksagenda geeft richting aan de kennisontwikkeling die is nodig is om passende zorg voor de specifieke doelgroep te kunnen leveren.

Tabel 2: Criteria en toelichting voor het kenniscentrum

Onderwerp	Context en relevantie
1. Specifieke doelgroep	Het kenniscentrum richt zich op één van de volgende aandoeningen: • Ziekte van Huntington • Syndroom van Korsakov • Multiple Sclerose met ernstige motorische beperkingen • Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) met zeer ernstig probleemgedrag (NAH+ en NAH++) • Zeer ernstige gerontopsychiatrische aandoening • Langdurige bewustzijnsstoornis • Dementie met zeer ernstig probleemgedrag • Er geldt hierbij een duidelijke afbakening.
2. Type organisatie	Het kenniscentrum is een onderdeel binnen een bredere kennisinfrastructuur. Binnen deze brede kennisinfrastructuur verzamelt, creëert, organiseert en deelt het kenniscentrum kennis op het terrein van de langdurige zorg voor één van bovengenoemde doelgroepen op een systematische en toegankelijke manier.
3. Onderzoek en ontwikkeling	Het kenniscentrum voert regie op het ontwikkelen, updaten van en uitvoering geven aan een onderzoeks- en ontwikkelagenda van de doelgroep en betreft hierbij relevante samenwerkingspartners.
4. Vindbaarheid	Het kenniscentrum zorgt voor vindbaarheid van kennis over en producten voor de doelgroep. Zij richt zich hierbij op de expertisecentra, maar ook op andere zorgorganisaties, zorgprofessionals, relevante keten- en netwerkpartners en belanghebbenden die werken met de doelgroep. Er dient open toegang te zijn tot ontwikkelde kennis en interventies en de drempels voor kennisdeling zijn laag. Nieuwe (ervarings)kennis, resultaten en producten worden beschikbaar gesteld voor de gehele langdurige zorg, op zo'n manier dat de praktijk hier voordeel van heeft.
5. Samenwerking	Het kenniscentrum werkt samen met verschillende partijen en op verschillende niveaus. Zo is er sprake van een goede samenwerking tussen wetenschap, onderwijs, beleid en cliëntvertegenwoordigers, waarbij men elkaars expertise kan versterken.
6. Expertise-profielen	Er zijn expertiseprofielen voor de kerndisciplines binnen expertisecentra om op een gestructureerde manier inzicht te geven in welke kennis en vaardigheden nodig zijn, zodat die expertise effectief ingezet kan worden. Er is een leerlijn om de expertiseontwikkeling te ondersteunen.

Onderwerp	Context en relevantie
7. Ontwikkeling en gebruik van kennisproducten	Kennisproducten zijn concrete, overdraagbare uitkomsten van kennisontwikkeling. Producten waarin kennis is vastgelegd, vertaald of toepasbaar gemaakt voor een doelgroep. Het gaat om iets tastbaars of bruikbaar dat kennis overdraagt. Bijvoorbeeld praktijkgerichte producten (methodieken, protocollen, lesmateriaal), digitale producten (databestanden, software, apps, websites) of interactieve en communicatieve producten (workshops, webinars, video's).
8. Leerproces	Het kenniscentrum stimuleert en ondersteunt het leren ten behoeve van onderzoek en innovatie en stimuleert andere betrokken stakeholders om dat ook te doen.

Tabel 3: Criteria en toelichting voor DEC en REC

Onderwerp	Context en relevantie
1. Zorg volgens zorgstandaarden	Zorg leveren volgens zorgstandaarden, zorgprogramma's en richtlijnen verhoogt kwaliteit en veiligheid, vermindert ongewenste variatie, en zorgt voor passende, voorspelbare en effectieve zorg. Het ondersteunt professionals bij beslissingen, versterkt samenwerking in de keten, en maakt resultaten meetbaar en toetsbaar, wat nodig is voor leren, verbeteren en ontwikkelen.
2. Capaciteit	Normen voor capaciteit zijn essentieel in het kader van concentratie en specialisatie van laag volume en hoog complexe zorg. Met de normen per REC/DEC kan de kwaliteit en specialisatie worden geborgd. Voor een REC geldt dat het minimumaantal intramurale plaatsen staat op 10 waarbij de cliënten geconcentreerd wonen (zie criterium REC 9). Voor een DEC geldt een minimum van 40 intramurale plaatsen specifiek voor cliënten binnen een doelgroep waarbij de cliënten geconcentreerd wonen (zie criterium REC 9). Deze minimeisen kunnen verschillen per doelgroep, afhankelijk van de doelgroepspecifieke criteria.
3. Multidisciplinair gespecialiseerd kernteam	Een kernteam is een criterium omdat de deskundigheid, continuïteit, multidisciplinaire samenwerking, verantwoordelijkheid en structurele kennisontwikkeling garandeert en toetsbaar is. Een kernteam draagt bij aan hoog complexe expertiseczorg die doelmatig geleverd wordt. Er is binnen de organisatie een multidisciplinair gespecialiseerd kernteam aanwezig. De samenstelling hiervan is gerelateerd aan het zorgprogramma of zorgstandaard die wordt gehanteerd voor de zorg aan de specifieke doelgroep.
4. Medewerkers met kennis en ervaring	Om te waarborgen dat de instelling de juiste medewerkers aantrekt en inzet voor zorg aan de doelgroep moeten medewerkers die zorg leveren aan de doelgroep voldoen aan het expertiseprofiel (zie ook criterium KC 6). Daarnaast is er gemiddeld 3 jaar ervaring met de doelgroep en beschikt de organisatie over een scholingsplan. De kennis en/of vaardigheden van de medewerker kunnen getoetst worden aan de hand van het expertiseprofiel. Op deze manier wordt er gewaarborgd dat medewerkers beschikken over de juiste kennis en kunde met betrekking tot de doelgroep.
5. Samenwerking regio	Een expertisecentrum draagt in de regio bij ervoor te zorgen dat de cliënt de juiste zorg op de juiste plek ontvangt. De organisatie investeert daarom actief en aantoonbaar in relaties met keten en/of regiopartners en verwijzers in het bieden van zorg en behandeling voor de cliënt. Samenwerking begint hierbij met goede communicatie en informatie-uitwisseling waar relevant. Door het benutten van de beschikbare (gedeelde) kennis kan er efficiënt en effectiever gewerkt worden in de regio wat leidt tot betere zorg voor de cliënt. Ook zorgt de samenwerking voor een regionale doorvertaling van de clientreis.
6. Ondersteuning regio	Binnen de expertisecentra wordt kennis en expertise ontwikkeld die waardevol is om de kwaliteit van zorg van cliënten bij reguliere zorgorganisaties en in kleinere organisaties te vergroten. Dit betekent dat de organisatie beschikt over voldoende capaciteit en middelen om beschikbaarheid te bieden voor consultatie en advies. Organisaties kunnen bijvoorbeeld op grond van de NZa prestatie Cliëntgebonden Consultatie en Advies (CCA) cliëntgebonden ondersteuning geven op Wlz-locaties waar een client uit de doelgroep verblijft niet zijnde een DEC of REC. Dit kan alleen als deze prestatie(s) in de zorginkoop afgesproken zijn met het zorgkantoor.

Onderwerp	Context en relevantie
7. Cliëntparticipatie	Cliëntparticipatie is een essentiële voorwaarde om waardevolle zorg te leveren. Cliënten en naasten zijn ervaringsdeskundigen. De organisatie is daarom transparant in het delen van informatie en resultaten. Ook heeft de organisatie een beleid op het gebied van cliëntenparticipatie. Op deze manier wordt de inspraak van cliënten en naasten uit de doelgroep geborgd op beleidsniveau en op het niveau van de zorg.
8. Gezonde organisatie	Het is van belang dat de organisatie gezond is vanuit zowel het financiële- als kwaliteitsoogpunt. Een financieel gezonde organisatie heeft investeringsruimte om te vernieuwen op het gebied van kwaliteit, ICT, e-health en innovatie om goede zorg te blijven leveren. De organisatie staat daarom niet onder bijzonder beheer van de bank of onder verscherpt toezicht vanuit IGJ. Ook is het van belang dat de cliënten en naasten tevreden zijn over de kwaliteit van zorg.
9. Aangepaste omgeving	Het is van belang dat de omgeving waar de cliënten zorg ontvangen specifiek is ingericht voor de doelgroep. Deze leefomgeving moet aansluiten op het zorgprogramma en/of de laatste stand van de wetenschap. Doordat de leefomgeving zo specifiek is ingericht voor de desbetreffende cliënten uit de doelgroep bevordert dit de kwaliteit van leven en welzijn. Cliënten uit de specifieke LVHC doelgroep zijn geconcentreerd op 1 locatie of op 2 locaties mits beide locaties op maximaal een half uur (met auto) uit elkaar liggen. Er is sprake van 1 organisatorische eenheid.
10. Deelname aan doelgroepennetwerk	Deelname aan het doelgroepennetwerk vormt een belangrijk middel om de kennis en expertise constant op peil te houden, verder te ontwikkelen en uit te wisselen om zodoende kwaliteit van zorg en ondersteuning te borgen en te versterken. Een doelgroepennetwerk floreert alleen als alle leden investeren. De organisatie is direct betrokken en actief lid van het doelgroepennetwerk als vereniging. Dit betekent dat zij actief meewerkt aan kennisontwikkeling en kennisdeling door het (bijdragen aan het) uitvoeren van wetenschappelijk en/of praktijkgericht onderzoek en de implementatie van nieuwe kennis. De organisatie ondersteunt bij het de ontwikkeling van nieuwe kennis, zorgstandaarden en richtlijnen en werkt actief mee in het verspreiden van kennis op het gebied van de doelgroep.

Tabel 4: Aanvullende criteria en toelichting DEC

Onderwerp	Context en relevantie
1. Last resort functie	Het is van belang dat een client met een hoog complexe zorgvraag uit de betreffende doelgroep opgevangen wordt. De DEC's hebben hier een verantwoordelijkheid in, aangezien zij de benodigde deskundigheid hebben.
2. Beschikbaarheid Multidisciplinair gespecialiseerd kernteam	Het is van belang dat de aanwezigheid van gespecialiseerde medewerkers georganiseerd is zodat deze beschikbaar zijn. De beschikbaarheid biedt de cliënten de juiste zorg op het moment dat zij dat nodig hebben.
3. Beschikbaarheid opleidingsplekken, scholing en training	Scholing en training wordt geboden in samenwerking met het KC. Vanuit het DEC wordt een aandeel geleverd in de scholing en trainingen, op die manier komt praktijkervaring en kennis weer ten goede aan (nieuwe) zorg- en behandelmedewerkers.
4. Onderzoeks-infrastructuur	Binnen de organisatie is er een onderzoeksinfrastructuur met onderzoekslijnen die inhoudelijk passen binnen de onderzoeksagenda van het doelgroepennetwerk en inhoudelijk zijn afgestemd met het KC. Op die manier wordt het belang van (wetenschappelijk) onderzoek door de organisatie ondersteund en gefaciliteerd.

Hoofdstuk 4: Bijlagen

Bijlage 1.	Meetinstrument Module Organisatiebeschrijving LVHC
Bijlage 2.	Procesbeschrijving Module Organisatiebeschrijving LVHC

Bijlage 1: Meetinstrument behorende bij Module Organisatiebeschrijving LVHC

Dit meetinstrument hoort bij de kwaliteitsstandaard "Module: Organisatiebeschrijving LVHC". Dit meetinstrument bevat de eisen waaraan zorgaanbieders moeten voldoen om volgens de norm beschreven in de Module Organisatiebeschrijving LVHC goede LVHC-zorg te leveren en op welke wijze deze eisen worden getoetst.

Hoofdstuk 1. Toepassing Module binnen visitatieproces

De toetsing op basis van dit meetinstrument vindt cyclisch plaats tijdens een visitatie door een onafhankelijke visitatiecommissie. De visitatieprocedure bestaat uit een gestructureerd proces gericht op het objectief op een uniforme wijze beoordelen of het doelgroepnetwerk, kenniscentrum, Doelgroepspecifieke Expertisecentra (DEC) of Regionale Expertisecentra (REC) voldoen aan de gestelde kwaliteitscriteria en eisen. Dit hoofdstuk biedt een beknopte beschrijving van dit proces en de verschillende rollen hierin. Het Visitatie- en beoordelingsreglement LVHC is voor een gedetailleerde omschrijving van het visitatieproces opvraagbaar bij de Federatie LVHC.

1.1 Organisatie en rollen visitatieproces

De visitatie wordt uitgevoerd aan de hand van de in dit meetinstrument gestelde criteria en eisen, en conform de bepalingen en standaarden zoals opgenomen in het Visitatiereglement. Het doelgroepnetwerk neemt hierbij de coördinatie en organisatie van het gehele visitatieproces op zich. Dit houdt in dat het doelgroepnetwerk zorgdraagt voor de organisatie van de visitatie en de selectie van een onafhankelijke visiterende partij. Gedurende het gehele proces fungeert de Federatie LVHC als centraal aanspreekpunt voor de doelgroepnetwerken. De Federatie LVHC bewaakt het proces, de uniformiteit en de planning van de visitaties. De visitatie bestaat uit het beoordelen van een reflectieverslag van het doelgroepnetwerk, kenniscentrum, DEC of REC, alsmede een fysieke visitatie op locatie. Dit levert samen een visitatierapport op. Elke gevisiteerde partij ontvangt zijn eigen visitatierapport. Daarnaast wordt dit rapport gedeeld met het doelgroepnetwerk en de Federatie LVHC. De verschillende stappen staan schematisch weergegeven in Figuur 1. De onafhankelijke visiterende partij moet voldoen aan de criteria zoals vastgelegd in het Visitatie- en beoordelingsreglement. De Federatie LVHC neemt het op om deze te actualiseren in samenwerking met mede-eigenaren van de module. Het geactualiseerde Visitatie- en beoordelingsreglement wordt openbaar gemaakt.

Toetreding doelgroepnetwerk	De zorgorganisatie of kenniscentrum dient een aanvraag in bij het doelgroepnetwerk voor toetreding tot het doelgroepnetwerk (o.a. lid worden en verzoek tot visitatie). Na een proces-toets door het doelgroepnetwerk wordt de aanvrager toegelaten tot het netwerk.
Vorming visitatiecommissie	Het doelgroepnetwerk selecteert en contracteert een onafhankelijke visiterende partij die de visitatiecommissie vormt.
Zelfevaluatie	Het doelgroepnetwerk, KC en de zorgaanbieder(s) voeren zelfevaluaties uit en leveren deze volgens vast format aan bij de visitatiecommissie.
Visitatie	Visitatiecommissie voert een fysieke visitatie uit op locatie op basis van de module LVHC.
Beoordeling	De visitatiecommissie stelt een visitatierapport op waarin per criterium een oordeel met onderbouwing wordt gegeven, evenals een conclusie over het voldoen aan de gestelde criteria en (doelgroepspecifieke) eisen. Dit rapport wordt teruggekoppeld aan het doelgroepnetwerk, de Federatie LVHC, het kenniscentrum en de zorgaanbieder.
Inkoop LVHC-zorg	De zorgorganisatie binnen het doelgroepnetwerk levert het rapport aan bij het inkoopende zorgkantoor, dat dit meeneemt in hun inkoopoverwegingen.

Figuur 1, schematische weergave van het visitatieproces

De operationalisatie van de stappen zijn opgenomen in de Procesbeschrijving (zie bijlage 1 van de Module)

Hoofdstuk 2. LVHC-kwaliteitscriteria

Tabellen 1, 2, 3 en 4 geven per LVHC-onderdeel weer:

- De te toetsen onderwerpen;
- De beschreven criteria, en waar van toepassing, doelgroepspecifieke criteria die een **nadere toespitsing** geven op de te toetsen criteria;
- De beschreven eisen, en waar van toepassing, doelgroepspecifieke eisen die een **nadere toespitsing** geven op de te toetsen eisen.

De criteria voor de kenniscentra zijn integraal overgenomen uit het Programma van Eisen behorende bij het subsidieprogramma Kenniscentra Specifieke Doelgroepen (2027-2036) van ZonMw. Anders dan bij het doelgroepnetwerk, de DEC's en REC's, zijn er geen doelgroepspecifieke criteria en (doelgroepspecifieke) eisen voor de kenniscentra geformuleerd. Tabel twee heeft hierdoor een afwijkende vormgeving.

De beoordeling door een onafhankelijke visiterende partij of aan een criterium en eis wordt voldaan vindt plaats op basis van deze tabellen. De gevisiteerde LVHC-onderdelen dienen te voldoen aan zowel de beschreven (doelgroepspecifieke) criteria als de (doelgroepspecifieke) eisen om te borgen dat de basis van LVHC-zorg en expertise aanwezig is en passende zorg wordt geleverd. Indien uit onafhankelijke visitatie blijkt dat zij voldoen aan alle gestelde eisen, is de positieve beoordeling vier jaar geldig vanaf het moment van visitatie. De visiterende partij legt in het visitatierapport per criterium en per eis vast of daaraan wordt voldaan (binaire antwoordopties: ja/nee). Aanbieders die worden gevisiteerd moeten voldoen aan alle voor hen relevante criteria en eisen, inclusief eventuele doelgroepspecifieke criteria en eisen. Als een aanbieder aan de gestelde eisen voldoet, ontvangt deze een positieve beoordeling voor een periode van vier jaar, waarna een nieuwe visitatie volgt. De criteria in het meetinstrument richten zich primair op organisatievereisten voor het leveren van goede LVHC-zorg. Dit zijn eisen die gelden voor alle expertisecentra. Deze criteria zijn daarom niet bedoeld om onderscheid te maken tussen expertisecentra. Om die reden leiden de gemeten indicatoren (de criteria en eisen) en de rapportage daarover in het visitatierapport niet tot openbare (keuze)informatie.

Tabel 1: Criteria en toelichting voor het doelgroepnetwerk

1. Inrichting doelgroepnetwerk	Criteria	Doelgroepspecifieke criteria	Eisen	Doelgroepspecifieke eisen
	Het doelgroepnetwerk is ingericht conform het door de Federatie LVHC vastgestelde zorglandschap.	N.v.t.	1. Het zorglandschap van het doelgroepnetwerk is vastgesteld door de Federatie LVHC, waarbij de zorglandschappen zijn afgestemd met de zorgkantoren. 2. In het goedgekeurde zorglandschap is (de functie van) een KC aanwezig. 3. Het totaal aantal DEC's is conform het door Federatie LVHC vastgestelde zorglandschap, waarbij de zorglandschappen zijn afgestemd met de zorgkantoren. 4. Het totaal aantal REC's is conform het door de Federatie LVHC vastgestelde zorglandschap, waarbij de zorglandschappen zijn afgestemd met de zorgkantoren.	N.v.t.
2. Wijze waarop cliënt-vertegenwoordiging betrokken wordt	Criteria	Doelgroepspecifieke criteria	Eisen	Doelgroepspecifieke eisen
	1. Cliëntvertegenwoordiging is structureel ingebed in het doelgroepnetwerk. 2. Er wordt actief samengewerkt of consultatie gevoerd met de cliëntvertegenwoordiging vanuit het netwerk en (landelijke) cliëntvertegenwoordiging (indien ingericht).	N.v.t.	1. Cliënten en hun vertegenwoordigers hebben de mogelijkheid om via cliëntenvertegenwoordiging invloed uit te oefenen op het beleid van het doelgroepnetwerk en advies te geven over de invulling en uitvoering van de kennisfunctie binnen het doelgroepnetwerk. 2. Er is een structurele inbedding van cliëntenvertegenwoordigers in het netwerk. 3. Er is een actieve samenwerking met cliëntenvertegenwoordigers vanuit het netwerk. 4. Bij grote projecten of besluiten wordt er actief samengewerkt of consultatie gevoerd met de cliëntenvertegenwoordigers.	N.v.t.

3. Organisatie doelgroepnetwerk	Criteria	Doelgroepspecifieke criteria	Eisen	Doelgroepspecifieke eisen
	1. De rechtsvorm van het doelgroepnetwerk is een vereniging. 2. In het bestuur van de vereniging is tenminste één DEC, één REC en zijn cliënt-vertegenwoordigers vertegenwoordigd.	N.v.t.	1. De rechtsvorm van het doelgroepnetwerk is een vereniging. 2. De vereniging beschikt over statuten en een huishoudelijk reglement. 3. De statuten bevatten naam en doel van de vereniging, verplichtingen van de leden, wijze van bijeenroepen van de ALV en wijze van benoeming/ontslag van bestuurders. 4. In de statuten is de minimale samenstelling van het bestuur vastgelegd. 5. Het bestuur van de vereniging bestaat uit een onafhankelijke of gekozen voorzitter, vertegenwoordiging van tenminste één DEC, tenminste één REC en tenminste één persoon vanuit cliëntvertegenwoordiging. a. Zolang er geen formele cliëntvertegenwoordiging, als zijnde een cliëntenvereniging, bestaat voor de doelgroep is de aanwezigheid van cliëntvertegenwoordigers in het bestuur niet verplicht.	N.v.t.
4. Governance	Criteria	Doelgroepspecifieke criteria	Eisen	Doelgroepspecifieke eisen
	De Algemene Ledenvergadering (ALV) ziet erop toe dat het bestuur van de vereniging zijn taken goed uitvoert.	N.v.t.	1. In de statuten is vastgelegd dat er minimaal twee keer per jaar een ALV wordt georganiseerd. 2. Over het afgelopen jaar zijn minimaal twee Algemene Ledenvergaderingen gehouden en notulen zijn beschikbaar.	N.v.t.
5. Samenwerking binnen de vereniging	Criteria	Doelgroepspecifieke criteria	Eisen	Doelgroepspecifieke eisen
	1. De wijze van samenwerking binnen de vereniging van het doelgroepnetwerk is open en transparant ingericht. 2. Er is beschreven hoe de leden, overige zorgaanbieders, cliëntvertegenwoordigers en andere belanghebbenden kunnen participeren.	N.v.t.	1. Er is beschreven hoe de samenwerking binnen de projecten/programmalijnen tot stand komt. 2. In het huishoudelijk reglement is vastgelegd hoe de leden, overige zorgaanbieders, cliëntvertegenwoordigers en andere belanghebbenden kunnen participeren in projecten die geïnitieerd worden in het doelgroepnetwerk.	N.v.t.

6. Delen van het visitatierapport	Criteria	Doelgroepsspecifieke criteria	Eisen	Doelgroepsspecifieke eisen
	De vereniging van het doelgroepnetwerk heeft toestemming van betrokken organisaties om de visitatierapporten met de Federatie LVHC te delen.	N.v.t.	De vereniging van het doelgroepnetwerk heeft de toestemming van de betreffende organisaties voor het delen van de visitatierapporten vastgelegd.	N.v.t.
7. Ontwikkelplan	Criteria	Doelgroepsspecifieke criteria	Eisen	Doelgroepsspecifieke eisen
	1. De vereniging van het doelgroepnetwerk heeft een ontwikkelplan om te komen tot de volledige inrichting van het door de Federatie LVHC goedgekeurde zorglandschap. 2. Wanneer een visitatie heeft plaatsgevonden, zijn de uitkomsten van de visitatie aantoonbaar meegenomen in het ontwikkelplan van het doelgroepnetwerk.	N.v.t.	1. De vereniging van het doelgroepnetwerk heeft een ontwikkelplan om te komen tot de volledige inrichting van het door de Federatie LVHC goedgekeurde zorglandschap. 2. Wanneer een visitatie heeft plaatsgevonden, zijn de uitkomsten van de visitatie aantoonbaar meegenomen in het ontwikkelplan van het doelgroepnetwerk.	N.v.t.
8. Opstellen onderzoeksagenda	Criteria	Doelgroepsspecifieke criteria	Eisen	Doelgroepsspecifieke eisen
	1. De vereniging ziet erop toe dat het KC in samenwerking met het doelgroepnetwerk een onderzoeksagenda ontwikkelt waarin de onderzoekslijnen voor de komende jaren staan beschreven. 2. Het KC betreft actief cliënten en partijen in het veld bij het ophalen van praktijkvragen. 3. De onderzoeksagenda wordt zo vaak als nodig maar minimaal eens per vier jaar geactualiseerd. 4. Als input voor de onderzoeksagenda investeert het KC proactief in het ophalen van praktijkvragen uit het veld en de zorgketen. 5. De vereniging keurt de onderzoeksagenda goed. <i>Bij sommige doelgroepnetwerken betreft het een kennisagenda in plaats van een onderzoeksagenda.</i>	N.v.t.	1. Er is een actuele onderzoeksagenda die is goedgekeurd door de vereniging van het doelgroepnetwerk. 2. In de onderzoeksagenda staan de onderzoekslijnen voor de komende jaren beschreven. 3. De praktijkvragen die bij cliënten, cliëntvertegenwoordigers, zorgaanbieders, zorgverleners en andere belanghebbenden worden ervaren, zijn breed verzameld binnen het doelgroepnetwerk. 4. De praktijkvragen zijn inzichtelijk voor alle leden van het doelgroepnetwerk en de vereniging. 5. De praktijkvragen die opgehaald zijn uit het veld, zijn als input gebruikt bij het (door)ontwikkelen van de onderzoeksagenda. 6. Er is een procesbeschrijving aanwezig waarin staat beschreven hoe de onderzoeksagenda tot stand komt.	N.v.t.

Tabel 2: Criteria en toelichting voor het kenniscentrum

1. Specifieke doelgroep	Criteria a. Het kenniscentrum richt zich op één van de volgende aandoeningen: • Ziekte van Huntington • Syndroom van Korsakov • Multiple Sclerose met ernstige motorische beperkingen • Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) met zeer ernstig probleemgedrag (NAH+ en NAH++) • Zeer ernstige gerontopsychiatrische aandoening • Langdurige bewustzijnsstoornis • Dementie met zeer ernstig probleemgedrag Per doelgroep wordt slechts één kenniscentrum gefinancierd. b. Daarnaast gelden voor de doelgroep waar het kenniscentrum zich op richt nog de volgende eisen: • Het gaat om een duidelijk afgebakende doelgroep van cliënten die langdurige zorg en ondersteuning nodig hebben vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz), zoals beschreven in de Regeling langdurige zorg (artikel 2.2 lid 1 sub c). • Het gaat om cliënten die intramurale zorg ontvangen. • Het betreft een kleine groep cliënten (maximaal 1.500) met de betreffende aandoening in Nederland.
2. Type organisatie	Criteria a. Het kenniscentrum maakt deel uit van een juridisch geformaliseerd samenwerkingsverband (een vereniging), waarbij tenminste een doelgroep expertisecentrum (DEC) en een regionaal expertisecentrum (REC) betrokken zijn. b. Het kenniscentrum is aantoonbaar minstens twee jaar actief als zodanig. Hierbij wordt gelet op de datum van oprichting van de vereniging. c. De expertisecentra die deel uitmaken van het samenwerkingsverband dragen aantoonbaar (in-cash of in-kind) bij aan het kenniscentrum. De bijdragen uit eigen middelen worden inzichtelijk gemaakt voor ZonMw door het aanleveren van een integrale begroting van het kenniscentrum. d. Naast eventuele cofinanciering van ZonMw of VWS ontvangt het kenniscentrum geen overheidsfinanciering specifiek voor de exploitatie (geen dubbele financiering voor dezelfde doelen of activiteiten).
3. Onderzoek en ontwikkeling	Criteria a. Er is een actuele onderzoeks- en ontwikkelagenda aanwezig die is opgesteld in samenspraak met de doelgroep en andere relevante samenwerkingspartners. Deze kan worden overlegd. b. Er is een procesbeschrijving aanwezig waarin staat beschreven hoe de onderzoeks- en ontwikkelagenda tot stand is gekomen en geactualiseerd wordt. Dit kan worden overlegd. c. Hierin is in elk geval opgenomen: een beschrijving hoe kennisvragen en knelpunten vanuit het veld (bijv. over de zorg aan de doelgroep) worden opgehaald vanaf de werkvloer (praktijk, lokaal beleid en onderwijs) en bij cliënten en/of hun naasten, zodat duidelijk wordt dat de relevantie voor de praktijk leidend is bij het opstellen van de onderzoeks- en ontwikkelagenda. d. Het kenniscentrum heeft specifieke kennis en expertise van de doelgroep en kan dit via eerder onderzoek en betrokken onderzoekers aantoonbaar maken. e. Het kenniscentrum kan inzichtelijk maken welke promotietrajecten en overige onderzoeken worden uitgevoerd bij de betrokken expertisecentra en in hoeverre die aansluiten bij de onderzoeks- en ontwikkelagenda. f. Het kenniscentrum zet zich actief in om (financiële) middelen te werven voor het doen van onderzoek en het vertalen van onderzoek naar de praktijk. Dit kan aantoonbaar worden gemaakt door het overleggen van meerdere ingediende subsidieaanvragen.

4. Vindbaarheid	Criteria a. Het kenniscentrum werkt samen met (één van) de Kennispleinen van Vilans. Dit kan worden aangetoond doordat informatie over en ontwikkelde kennisproducten voor de specifieke doelgroep vindbaar zijn op (één van) de Kennispleinen. b. Het kenniscentrum werkt samen met relevante beroeps- en onderwijsorganisaties om ontwikkelde kennis en producten te verspreiden en te delen. Dit kan worden aangetoond door correspondentie hierover met relevante beroeps- en onderwijsorganisaties te overleggen.
5. Samenwerking	Criteria a. Het kenniscentrum heeft een bewijs van samenwerking (in de vorm van een getekende samenwerkingsovereenkomst, statuten of een schriftelijke verklaring) met meerdere expertisecentra. b. Het kenniscentrum werkt samen met cliënten en/of naasten of met een cliënten/naasten vereniging. Dit kan worden aangetoond door correspondentie met (verenigingen van) cliënten en/of naasten of notulen van bijeenkomsten te overleggen. c. Het kenniscentrum werkt samen met andere kennispartijen, kennisinstituten, kennisnetwerken of andere onderzoeksinstellingen. Dit kan worden aangetoond door correspondentie met genoemde partijen te overleggen. d. Het kenniscentrum werkt samen met één of meerdere opleidingsinstituten op het specifieke expertisegebied en/of opleidingen gerelateerd aan de doelgroep. Dit kan worden aangetoond door correspondentie met genoemde partijen te overleggen.
6. Expertise-profielen	Criteria a. Het kenniscentrum beschikt over actuele expertiseprofielen voor relevante functies binnen de betrokken expertisecentra en kan deze overleggen. Ook blijkt uit relevante correspondentie dat deze zijn ontwikkeld in afstemming met het zorgveld. b. Het kenniscentrum beschikt over een leerlijn als leidraad voor het scholingsplan van betrokken expertisecentra en kan deze overleggen. Ook blijkt uit relevante correspondentie dat de leerlijn aansluit op behoeften vanuit de praktijk en (mede) gebaseerd is op practise-based en evidence-based ontwikkelde kennis.
7. Ontwikkeling en gebruik van kennisproducten	Criteria a. Het kenniscentrum beschikt over bruikbare kennisproducten ten behoeve van de doelgroep, die ontwikkeld zijn in samenwerking met expertisecentra, cliëntvertegenwoordigers en andere belanghebbenden, en kan deze kennisproducten overleggen. b. Het kenniscentrum beschikt over inzicht in de implementatie van kennisproducten binnen de expertisecentra en kan beschrijven wat de impact hiervan is voor de expertisecentra en de cliënten. c. Het kenniscentrum beschikt over een procesbeschrijving waarin staat beschreven hoe zij bijdraagt aan het ontwikkelen van richtlijnen/zorgstandaarden, hoe zij zorgt voor actualisatie, hoe zij hierover afstemming zoekt met belanghebbenden en hoe zij actieve implementatie coördineert, en kan deze procesbeschrijving overleggen. d. Het kenniscentrum beschikt over informatiemateriaal over de doelgroep en kan dit materiaal overleggen. Ook blijkt uit relevante correspondentie dat de doelgroep betrokken is geweest bij de ontwikkeling hiervan. e. Het kenniscentrum beschrijft welke stappen zij het afgelopen jaar heeft ondernomen om het gebruik van ontwikkelde kennisproducten en innovaties te ondersteunen en stimuleren.
8. Leerproces	Criteria a. Het kenniscentrum geeft een beschrijving welke data zij relevant acht om van te leren en op welke wijze zij deze data het afgelopen jaar heeft verzameld en gebruikt. b. Het kenniscentrum geeft een beschrijving welke stappen zij het afgelopen jaar heeft ondernomen om geleerde lessen rondom het opbouwen en borgen van een kennisinfrastructuur (en wat hierin de werkzame elementen zijn) op te halen, vast te leggen en inzichtelijk te maken voor anderen.

Tabel 3: Criteria en toelichting voor DEC en REC

1. Zorg volgens zorg standaarden	Criteria	Doelgroepsspecifieke criteria	Eisen	Doelgroepsspecifieke eisen
	De organisatie levert zorg volgens de laatste stand van de wetenschap en praktijk.	D-zep: - De organisatie levert alle zorg volgens de laatste stand van stand van de wetenschap en praktijk, volgens de geldende specialistische richtlijnen en de zorgstandaard D-zep. Er wordt gewerkt volgens de zorgstandaard D-zep en de landelijke Richtlijn Probleemgedrag bij mensen dementie (Verenso en NIP). - Betrokken geriater en psychiater werken volgens de voor hen geldende richtlijnen. - De doelgroepdefinitie D-zep uit het onderzoek 'Definitie doelgroep D-zep' van UKON (2022) vormt het uitgangspunt bij het formuleren van een werkhypothese als basis voor het behandelplan. GP+: Er is een zorgprogramma in ontwikkeling. LBS: De organisatie heeft een visie op de doelgroep mensen met een langdurige bewustzijnsstoornis en levert alle zorg volgens de laatste stand van de wetenschap en praktijk.	- De organisatie heeft een overzicht van doelgroep specifieke zorgstandaarden en richtlijnen. - Zorg- en behandelmedewerkers geven voorbeelden waaruit blijkt dat de zorg en behandeling wordt geleverd volgens de meest recente richtlijnen en zorgstandaarden voor de doelgroep.	D-zep: - De organisatie heeft een overzicht van doelgroepsspecifieke zorgstandaarden en richtlijnen. - Zorg- en behandelmedewerkers geven voorbeelden waaruit blijkt dat de zorg en behandeling wordt geleverd volgens de geldende specialistische richtlijnen en standaarden voor de doelgroep D-zep. - Het werken met een Zorgstandaard D-zep en/ of Richtlijn Probleemgedrag bij mensen met dementie (Verenso en NIP) is geborgd in de werkprocessen. - Zorgaanbieder is op de hoogte van de laatste stand van de wetenschap en kan aangeven waaruit dit blijkt. - De werkhypothese wordt ingezet als verklaring voor het gedrag, waarbij persoonlijkheid, (psychiatrische) voorgeschiedenis en (vermoeden van) dementie samen met de factoren in de context het gedrag verklaren. De in de zorgstandaard D-zep genoemde instrumenten worden hiervoor ingezet. - de doelgroepdefinitie D-zep uit het onderzoeksrapport "Naar consensus over de afbakening van doelgroep D-zep' van UKON (2022) en de doelgroepdefinitie in de RLZ vormen het uitgangspunt bij het formuleren van een werkhypothese als basis voor het behandelplan. Er is een vaste structuur (dagindeling, aanpak) in de dagelijkse zorg en begeleiding. - Elke cliënt heeft een actueel multidisciplinair zorg- en behandelplan dat SMART doelen omvat waarin specifieke behandeldoelen voor gedrag zijn beschreven. - In het MDO wordt het behandelplan van de cliënt methodisch en systematisch besproken.

1. Zorg volgens zorg standaarden	Criteria	Doelgroepspecifieke criteria	Eisen	Doelgroepspecifieke eisen
				LBS: • Er is een missie en visie op de doelgroep uitgewerkt. • Bij de ontwikkeling van de visie zijn professionals en vertegenwoordigers van patiënten/families betrokken. NAH+: Medewerkers die zorg, begeleiding, behandeling en dagbesteding bieden werken volgens de laatste stand van de wetenschap en praktijk. Zij gebruiken de Handreiking Goede Zorg NAH+ als uitgangspunt voor goede zorg.

2. Capaciteit	Criteria	Doelgroepsspecifieke criteria	Eisen	Doelgroepsspecifieke eisen
	De organisatie heeft een minimum van 10 intramurale plaatsen bij een REC en 40 intramurale plaatsen bij een DEC specifiek voor cliënten binnen de doelgroep ¹² (in de Wlz).	Korsakov: De organisatie heeft een minimum van 40 intramurale plaatsen bij een REC en 80 intramurale plaatsen bij een DEC specifiek voor cliënten binnen de doelgroep (in de Wlz). LBS: De organisatie heeft een minimum van 2 intramurale plaatsen met een doorgroei naar minimaal 4 intramurale plaatsen bij een REC en een minimum van 4 intramurale plaatsen met een doorgroeimogelijkheid naar 8 intramurale plaatsen bij een DEC specifiek voor cliënten binnen de doelgroep LBS (in de Wlz). NAH+: DEC 20 plaatsen en REC 10 plaatsen. Zowel RECs als DEC's nemen in het behandelplan standaard de vraag op of het mogelijk is om de zorg voor de cliënt af te schalen naar een minder intensieve vorm van zorg (buiten het DEC of REC) en wat daarvoor nodig is. Bij een REC en DEC is dit inclusief last resort plaatsen voor cliënten met NAH+ die nergens anders terecht kunnen. Er is binnen het landschap één woonvoorziening in ontwikkeling die zich specifiek richt op een subpopulatie van NAH+. Die woonvoorziening draagt de naam NAH++. Zij is er specifiek voor personen waarbij er sprake is van hoogfrequent en/of ernstig onregelend en/of onhanteerbaar gedrag en die vanwege dat gedrag aangewezen zijn op een hoog beveiligingsniveau. Deze cliënten wonen op dit moment veelal in een beoogd DEC of REC. Een gedeelte van hen zal daar blijven wonen en een gedeelte zal in de toekomst woonachtig zijn bij de NAH++ woonvoorziening.	Het aantal plaatsen voor cliënten binnen de doelgroep komt overeen met de gemaakte afspraak.	D-zep: Ontwikkelplan capaciteitsopbouw is bij een startend REC aanwezig.

¹² Op het criterium van 40 intramurale plaatsen bij een DEC is afgeweken bij de doelgroepsspecifieke invulling van dit criterium door CELz (en na akkoord van VWS), onder meer in relatie tot de omvang van de doelgroep.

2. Capaciteit	Criteria	Doelgroepspecifieke criteria	Eisen	Doelgroepspecifieke eisen
		D-zep: • De organisatie heeft een minimum van 8 intramurale bedden en minimaal 15 behandeltrajecten per jaar bij een REC. De behandeltrajecten vinden plaats vanuit een minimale opnamecapaciteit van 8 bedden op een overwegend gespecialiseerde D-zep afdeling binnen het REC. • De consultatiecapaciteit wordt in 3 jaar opgebouwd naar 20 consultatietrajecten na accreditatie vanuit het REC op jaarbasis, waarbij de focus ligt op cliëntgebonden consultatie en adviesfunctie (CCA) • Een DEC heeft een minimum van 8 intramurale bedden en minimaal 40 behandeltrajecten. GP+: DEC 60 plaatsen en REC 30 plaatsen. MS+: Voor een REC geldt dat het minimumaantal intramurale plaatsen staat op 10 waarbij de cliënten op een afdeling moeten wonen. Voor een DEC geldt een minimum van 40 intramurale plaatsen specifiek voor cliënten binnen een doelgroep.¹³		

¹³ Kan nog veranderen n.a.v. lopende gesprekken tussen CEIz en doelgroepnetwerk MS+.

3. Multi-disciplinair gespecialiseerd kernteam	Criteria	Doelgroepsspecifieke criteria	Eisen	Doelgroepsspecifieke eisen
	- De organisatie beschikt over een multidisciplinair gespecialiseerd kernteam. - De samenstelling van het multidisciplinair gespecialiseerd kernteam komt overeen met de zorgstandaard of het zorgprogramma. - Wanneer er (nog) geen zorgstandaard of zorgprogramma is, is de samenstelling beargumenteerd overeengekomen door de leden van de vereniging van het doelgroep-netwerk en is de samenstelling van het kernteam goedgekeurd door de Federatie LVHC. - De beschikbaarheid en deskundigheid van kernteam leden ten aanzien van de doelgroep is aantoonbaar.	Korsakov: Kernteam bestaat minimaal uit: Specialist ouderengeneeskunde, een GZ-psycholoog (in opleiding), een verpleegkundige. Op afroep van het kern/behandelteam beschikbaar voor consult: Ergotherapeut, Fysiotherapeut, Agoog (SPH/Social work). D-zep: - De organisatie heeft een multidisciplinair gespecialiseerd team aanwezig dat op basis van een overeenkomst structureel ingezet is voor de doelgroep D-zep en waarbij ervaring en deskundigheid met de doelgroep aangetoond kan worden. De samenstelling van het multidisciplinair gespecialiseerd kernteam komt overeen met de zorgstandaard of het zorgprogramma. - De beschikbaarheid en deskundigheid van kernteamleden ten aanzien van de doelgroep is aantoonbaar. - dit team bestaat minimaal uit een Specialist Ouderengeneeskundige of verpleegkundig specialist, een GZ-psycholoog, een verpleegkundige, verzorgende IG, medewerker welzijn en een therapeut sensorische informatieverwerking (SI). - Betreffende disciplines voldoen aan de competenties die zijn beschreven in de competentieprofielen van het Kennisnetwerk D-zep. - Daarnaast is minimaal één van de volgende disciplines op consultbasis beschikbaar: geestelijk verzorger, klinisch geriater, PMT, social worker, orthopedagoog/generalist, creatief therapeut, beweegagoog, muziektherapeut, ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist, diëtist. Het multidisciplinair kernteam wordt gevormd door de regiebehandelaar, GZ-psycholoog, medewerker welzijn en coördinerend verpleegkundige van de cliënt en besteedt een aanzienlijk deel van de werktijd aan de doelgroep D-zep.	- De organisatie beschikt over een multidisciplinair gespecialiseerd kernteam. - Het management en het kernteam kunnen uitleggen waarom er gekozen is voor deze samenstelling van het multidisciplinair gespecialiseerd kernteam. - De beschikbaarheid van de kernteam leden is aantoonbaar middels overeenkomsten en door inzet in casuïstiek. - De deskundigheid van kernteamleden ten aanzien van de doelgroep is aantoonbaar.	N.v.t.

3. Multi-disciplinair gespecialiseerd kernteam	Criteria	Doelgroepspecifieke criteria	Eisen	Doelgroepspecifieke eisen
		GP+: Mix van professionals (V&V) die dagelijkse zorg dragen voor zorg en ondersteuning en activiteiten en voldoen aan competentieprofiel GP. Het team bestaat minimaal uit: Specialist ouderengeneeskunde, GZ-psycholoog, Ergotherapeut, Fysiotherapeut, HBO- verpleegkundigen en agogen, Creatief therapeut (bij DEC). MS+: De organisatie heeft een multidisciplinair gespecialiseerd kernteam aanwezig die op basis van een overeenkomst structureel ingezet is voor de doelgroep en waarbij ervaring en deskundigheid met de doelgroep aangetoond kan worden. Dit team bestaat minimaal uit: een gespecialiseerd arts (geriater, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten), een GZ-psycholoog, een ergotherapeut, een fysiotherapeut, een logopedist en een diëtist. Huntington: Dit team bestaat minimaal uit: fysiotherapeut, paramedicus, maatschappelijk werkende, geestelijk verzorger, GZ-psycholoog, en een van de vaktherapeuten (zoals muziektherapeut, psychomotore therapeut, bewegingstherapeut/agoog), specialist ouderengeneeskunde. Op consultatiebasis beschikbaar: neuroloog en psychiater zijn beschikbaar voor consultatie van de intramurale patiënten op basis van vastgelegde samenwerkingsafspraken. NAH+: Het kernteam dat de zorg en behandeling uitvoert bestaat tenminste uit: arts (specialist ouderengeneeskundige, arts, verstandelijk gehandicapten, revalidatiearts of psychiater) • Gedragswetenschapper met BIG-registratie • Fysiotherapeut en/of ergotherapeut • Verpleegkundige niveau 4/5 • Agogisch medewerker niveau 4/5		

3. Multi-disciplinair gespecialiseerd kernteam	Criteria	Doelgroepspecifieke criteria	Eisen	Doelgroepspecifieke eisen
		Op consultbasis zijn betrokken: • Verslavingsarts • Klinisch (neuro)psycholoog • Deze groep kan zo nodig aangevuld worden met: • Logopedist (afasietherapeut) • Ergotherapeut en Vaktherapeut en Diëtist		
4. Medewerkers met kennis en ervaring	Criteria	Doelgroepspecifieke criteria	Eisen	Doelgroepspecifieke eisen
	1. Zorgmedewerkers en behandelaren beschikken allen over doelgroep specifieke basiskennis zoals benoemd in het expertiseprofiel (zie KC 6) en beschikken gemiddeld over minimaal 3 jaar ervaring. 2. De organisatie heeft een doelgroep specifiek scholingsplan. 3. Het scholingsplan voorziet in of verwijst naar een inwerk en doorstroom- en uitstroomprogramma voor de borging van specialistische kennis. 4. Zorgmedewerkers en behandelaren zijn in staat cliënten doelgroep specifiek te benaderen.	Korsakov: Elke medewerker die minder dan een jaar in dienst is heeft een scholingsplan om in max. 4 jaar te voldoen aan de competenties in het competentieprofiel. NAH+: Medewerkers beschikken over basiskennis m.b.t. de doelgroep en de organisatie heeft een scholingsplan. Medewerkers zijn in staat cliënten doelgroepspecifiek te benaderen. D-zep: • Er is een vast multidisciplinair- en zorgteam met doelgroep-specifieke kennis en expertise op de D-zep afdeling/locatie zoals beschreven door het kennisnetwerk D-zep. Medewerkers hebben deskundigheid/expertise op het complexe gebied van hoog complexe dementie en (neuro) psychiatrische complicaties. • De organisatie waarborgt de continuïteit van zorg daarnaast door vakgerichte professionals te faciliteren in het actueel houden van kennis D-zep door continue bijscholing volgens de leerlijn en kennisuitwisseling middels intervisie, training, nascholing en congres- en symposiabezoek. • Medewerkers hebben cultuurgebonden opvattingen(visie) over gezondheid en cultuurgebonden gezondheidsproblemen en de invloed van deze opvattingen op de hulpvraag van en zorgverlening aan de cliënt.	1. De organisatie toont aan dat zorgmedewerkers en behandelaren beschikken over doelgroep specifieke basiskennis zoals benoemd in het expertiseprofiel (zie KC 6). 2. De organisatie toont aan dat het aantal ervaringsjaren met de doelgroep gemiddeld minimaal 3 jaar is. 3. De organisatie heeft een doelgroep specifiek scholingsplan dat gebaseerd is op de actuele leerlijn van het kenniscentrum. a. De organisatie heeft op het moment van de visitatie tenminste 80% van de zorgmedewerkers en behandelaren geschoold en heeft een scholingsplan om ervoor te zorgen dat binnen 2 jaar alle zorgmedewerkers en behandelaren geschoold zijn.	D-zep: • Iedere medewerker D-zep volgt scholingen vanuit de leerlijn D-zep. • Medewerkers hebben de mogelijkheid om hun kennis D-zep actueel te houden door deelname aan bijv. congressen en symposia.

4. Medewerkers met kennis en ervaring	Criteria	Doelgroepspecifieke criteria	Eisen	Doelgroepspecifieke eisen
			b. Nieuwe zorgmedewerkers en behandelaren zijn aantoonbaar met scholing gestart binnen 6 maanden na in dienst treding. c. Zorgmedewerkers en behandelaren kunnen aangeven wat zij hebben geleerd van de scholing en wat zij daaraan hebben gehad in de praktijk. 4. De organisatie beschikt over een inwerk en doorstroom- en uitstroomprogramma voor de borging van specialistische kennis. 5. Zorgmedewerkers en behandelaren kunnen voorbeelden geven van hoe ze cliënten doelgroepspecifiek benaderen en in het cliëntdossier zijn waar relevant cliëntspecifieke (benaderings)adviezen opgenomen.	

5. Samenwerking regio	Criteria	Doelgroepspecifieke criteria	Eisen	Doelgroepspecifieke eisen
	1. De organisatie investeert actief en aantoonbaar in relaties met ketenpartners en verwijzers die relevant zijn voor het bieden van zorg en behandeling aan de doelgroep. 2. De organisatie is in de regio herkenbaar als expert voor de doelgroep.	LBS: De organisatie investeert actief en aantoonbaar in relaties met ketenpartners en verwijzers in het bieden van zorg en behandeling en is herkenbaar als (supra)regionaal aanspreekpunt in samenwerking met het Mobiel Expertteam als landelijk aanspreekpunt. D-zep: • Er is een samenwerking met zorg en/of regionale ketenpartners, waarbij het multidisciplinaire team expertise en consultatie aanbiedt binnen de regio. • er zijn (vastgelegde) afspraken over de samenwerking met regionale ketenpartners over de wijze waarop de samenwerking wordt vormgegeven. O.a. afspraken over het verblijf van cliënten na behandeling vanuit het REC (terugkeerplaatsing) en wijze van samenwerking zijn vormgegeven. • In deze regionale samenwerking vindt periodiek overleg plaats tussen professionals van de diverse aangesloten organisaties. Met de regionale zorgorganisaties zijn structurele afspraken gemaakt over het delen van specifieke D-ZEP kennis en expertise. • De cliënt krijgt de juiste zorg op de juiste plek, bij voorkeur binnen de eigen woonomgeving. Opname binnen een REC kan een optie zijn, maar altijd in overleg binnen de keten. • Een REC is aanspreekpunt en adviseur voor regionale partners en zorgkantoren.	1. De organisatie investeert actief en aantoonbaar in relaties met ketenpartners en verwijzers die relevant zijn voor het bieden van zorg en behandeling aan de doelgroep. 2. De organisatie is in de regio herkenbaar als expert voor de doelgroep.	LBS: De organisatie is in de (supra) regio herkenbaar als expert voor de doelgroep. D-zep: • De beschrijving van de cliëntreis regionaal is beschreven, inclusief stappen van een passende cliëntreis. • Van het overleg met ketenpartners is verslaglegging beschikbaar

6. Ondersteuning regio	Criteria	Doelgroepsspecifieke criteria	Eisen	Doelgroepsspecifieke eisen
	1. De organisatie ondersteunt organisaties in de regio volgens het principe van stepped care bij het leveren van passende zorg. a. De organisatie beschikt over voldoende capaciteit om kennis, advies en/of consultatie te leveren. b. De organisatie heeft voldoende capaciteit en voorzieningen om waar nodig cliënten (al dan niet tijdelijk) op te nemen	NAH+: De organisatie ondersteunt NAH+ cliënten bij andere organisaties in de regio bij het leveren van passende zorg. Dit betekent dat de organisatie beschikt over voldoende capaciteit en middelen om consultatie te bieden vanuit alle functies uit het kernteam en om waar nodig de rol van medebehandelaar over te nemen (de instelling blijft zelf verantwoordelijk voor de cliënt) en door middel van een outreaching team zorg voor andere cliënten wonend bij andere organisaties te leveren. GP+: Organisatie ondersteunt kleinere organisaties (n=2) in de regio en thuiswonende cliënten uit de doelgroep bij het leveren van passende zorg. MS+: De organisatie ondersteunt kleinere organisaties (n = 2) in de regio en thuiswonende cliënten uit de doelgroep bij het leveren van passende zorg, dit betekent concreet: De organisatie beschikt over voldoende capaciteit en middelen om beschikbaarheid te bieden voor consultatie van alle functies uit het kernteam. LBS: De organisatie beschikt over voldoende capaciteit om kennis, advies en/of consultatie te leveren in samenwerking met het Mobiel Expert Team LBS. D-zep: Er zijn werkafspraken binnen het regionale zorgnetwerk over de wijze waarop de consultatie is georganiseerd. Uitgangspunt is dat een REC D-zep crisis kan voorkomen door het bieden van consultatie.	1. Er zijn minimaal twee referenties van ketenpartners of collega organisaties uit de regio, die verklaren dat de organisatie bereikbaar is voor kennis, advies en/of consultatie. 2. Er zijn minimaal twee referenties van ketenpartners of collega organisaties uit de regio, die verklaren dat de organisatie bereid is om cliënten indien nodig (al dan niet tijdelijk) op te nemen. 3. De organisatie maakt zichtbaar hoe vaak zich dit in de praktijk voordoet op het moment van visiteren.	LBS: 1. Er zijn minimaal twee referenties van ketenpartners of collega organisaties uit de (supra) regio, die verklaren dat de organisatie bereikbaar is voor kennis, advies en/of consultatie. Er zijn minimaal twee referenties van ketenpartners of collega organisaties uit de (supra) regio, die verklaren dat de organisatie bereid is om cliënten indien nodig (al dan niet tijdelijk) op te nemen. 2. De organisatie maakt samen met het Mobiel Expert Team LBS zichtbaar hoe vaak zich dit in de praktijk voordoet op het moment van visiteren D-zep: Er is een ontwikkelplan waarin in 3 jaar tijd na de eerste visitatie wordt toegewerkt naar een regionaal consultatieteam REC met een zichtbare functie in de regio. Het regionaal consultatieteam wordt ingezet vanuit het REC D-zep en heeft samenwerkingsafspraken met eventuele andere regionale consultatieteams. Er is voldoende capaciteit en deskundigheid binnen het multidisciplinair team om de consultatievraag van de regionale zorg(keten) partners te beantwoorden. Samenstelling, capaciteit en werkwijze regionale consultatie zijn beschreven en beschikbaar voor de ketenpartners.

7. Cliëntparticipatie	Criteria	Doelgroepspecifieke criteria	Eisen	Doelgroepspecifieke eisen
	1. De organisatie heeft beleid op het gebied van (mede)zeggenschap. 2. De inbreng van cliënten/naasten uit de doelgroep is waar mogelijk geborgd op zowel beleidsniveau als op het niveau van de zorg.	D-zep: De inbreng van de stem van de cliënten is middels naasten uit de doelgroep via de cliëntenraad geborgd op zowel beleidsniveau als op het niveau van de zorg. Inspraak en zeggenschap van cliënten en naasten van mensen met dementie en zeer ernstig probleemgedrag zijn vanzelfsprekend onderdeel van en structureel geborgd in de dagelijkse zorg en ondersteuningspraktijk. Interventies voor het verbeteren van de kwaliteit van leven van de cliënt D-zep worden met naasten overlegd.	1. Voor RECs geldt dat zij cliëntvertegenwoordiging en waar mogelijk cliënten actief betrekken bij het instellingsbeleid en verbeter en ontwikkeltrajecten voor de doelgroep. 2. Voor DEC's geldt aanvullend dat zij cliëntvertegenwoordiging en waar mogelijk cliënten actief betrekken bij de plannen en uitvoering van onderzoek en de implementatie van de onderzoeksresultaten. 3. Er zijn twee vertegenwoordigers namens de cliëntvertegenwoordiging (bv. cliëntenraad, verwantenraad) om hun betrokkenheid toe te lichten.	D-zep: In het behandelplan staan de acties beschreven ter verbetering van de kwaliteit van leven van de individuele cliënt en op welke wijze cliënten en naasten betrokken worden bij de uitvoer van het behandelplan. • Betrokkenheid van naasten is terug te vinden in de rapportages bij iedere cliënt. • De organisatie biedt naast behandeling aan cliënten, ondersteuning aan naasten.

8. Gezonde organisatie	Criteria	Doelgroepsspecifieke criteria	Eisen	Doelgroepsspecifieke eisen
	1. De organisatie heeft de tevredenheid van cliënten inzichtelijk. 2. Indien de cliënt zichzelf onvoldoende kan uiten, is de tevredenheid van degene die de cliënt rechtstreeks vertegenwoordigt inzichtelijk. 3. De tevredenheid van cliënten voldoet aan zelf opgelegde normen. 4. De organisatie valt niet onder bijzonder beheer van de bank. De afdeling(en) waar zorg geleverd wordt aan de doelgroep staat niet onder verscherpt toezicht vanuit de IGJ¹⁴¹⁵.	N.v.t.	1. De organisatie heeft de tevredenheid van cliënten (of degene die de cliënt rechtstreeks vertegenwoordigt), inzichtelijk. 2. De organisatie kan toelichten hoe ze zich inzet om feedback op te halen. 3. De tevredenheid van cliënten voldoet aan zelf opgelegde normen. De bestuurder verklaart dat de organisatie financieel gezond is en dat de betreffende afdeling(en) niet onder verscherpt toezicht van de inspectie staan.	D-zep: - De organisatie heeft de tevredenheid van cliënten (of degene die de cliënt rechtstreeks vertegenwoordigt) inzichtelijk. - De organisatie kan toelichten hoe ze zich inzet om feedback op te halen. - De tevredenheid van cliënten voldoet aan zelf opgelegde normen. De bestuurder verklaart dat de organisatie financieel gezond is en dat de betreffende afdeling(en) niet onder verscherpt toezicht van de inspectie staat.

¹⁴ Indien de zorginstelling onder verscherpt toezicht staat van de IGJ of onder bijzonder beheer van de bank dient zij ten alle tijden het Doelgroepnetwerk hierover te informeren. Daarnaast gaat het doelgroepnetwerk namens de instelling in gesprek met de Federatie over de rede van de ondertoezichtstelling of bijzonder beheer.

¹⁵ Als de zorginstelling, en specifiek de locatie waar de doelgroep woont of behandeld wordt, onder verscherpt toezicht staat van IGJ of onder bijzonder beheer van de bank dient zij ten alle tijden het de Federatie LVHC hierover te informeren. Daarnaast gaat het doelgroepnetwerk namens de instelling in gesprek met de Federatie LVHC over de reden van de ondertoezichtstelling of bijzonder beheer.

9. Aangepaste omgeving	Criteria	Doelgroepsspecifieke criteria	Eisen	Doelgroepsspecifieke eisen
	1. Cliënten uit de specifieke LVHC doelgroep zijn geconcentreerd op 1 locatie of op 2 locaties mits beide locaties op maximaal een half uur (met auto) uit elkaar liggen 2. Er is sprake van één organisatorische eenheid met één integrale eindverantwoordelijkheid en uitvoering door een integraal werkend zorg- en behandelteam wat werkt vanuit eenzelfde visie. 3. De fysieke omgeving en het leefmilieu zijn afgestemd op de doelgroep op basis van de laatste stand van de wetenschap en/of het zorgprogramma/zorgstandaard	LBS: Cliënten verblijven op een (geclusterde en gespecialiseerde) afdeling met cliënten uit de doelgroep op één locatie, waarvan de gebouwen op loopafstand (binnen 1 kilometer) van elkaar liggen. D-zep: Cliënten verblijven op een (geclusterde) locatie met overwegend cliënten uit de doelgroep op één locatie, waarvan de gebouwen op loopafstand (binnen 1 kilometer) van elkaar liggen of ontvangen consultatie van een gespecialiseerd consultatieteam. • Binnen de afdeling sluit het leefmilieu aan op de behoefte van de cliënt en is prikkeldosering mogelijk. Dit is nodig om toe te werken naar uitplaatsing. • Voor consultatietrajecten geldt dat middels CCA de context voor de cliënt passend gemaakt kan worden door de consultatievragers. De organisatie waarborgt de continuïteit van zorg en behandeling op de afdeling/woning voor mensen met dementie en zeer ernstig probleemgedrag. Er is visie en beleid voor de inrichting van het aanbod voor mensen met dementie en zeer ernstig probleemgedrag. De zorgaanbieder biedt persoonsgericht en op maat dagbesteding aan cliënten. Dit is een geïntegreerd onderdeel van de behandeling en opgenomen in het behandel- en zorgplan. De vorm van dagbesteding wordt afgestemd op de mogelijkheden en beperkingen van de individuele cliënt, bij voorkeur individueel gericht. Passende dagbesteding wordt in overleg met naasten aangeboden. Behandeling, zorg, begeleiding en welzijn vindt plaats volgens een uitgewerkte visie en zorgpad D-zep. Deze sluit aan bij de visie van het doelgroepnetwerk D-zep.	1. De zorgaanbieder toont aan dat de LVHC-cliënten op de zorglocatie behoren tot de specifieke LVHC doelgroep o.b.v. de doelgroep-omschrijving. 2. De zorgaanbieder toont aan dat cliënten behorend tot de specifieke LVHC doelgroep geclusterd verblijven op één zorglocatie of op 1 zorglocatie met meerdere gebouwen in de nabijheid 3. De zorglocatie heeft de zorg ingericht in één organisatorische eenheid en het zorg- en behandelteam werkt volgens dezelfde werkwijzen, programma en afspraken: • Het zorg- en behandelteam wordt aangestuurd vanuit de verantwoordelijke managementlijn • Het zorg- en behandelteam is integraal verantwoordelijk voor de specifieke LVHC-doelgroep. 4. De zorglocatie met meerdere gebouwen functioneert in de praktijk als één samenhangende zorglocatie in aansturing en inzet van personeel. 5. Het zorg- en behandelteam toont hoe de fysieke omgeving en het leefmilieu aansluit op de laatste stand van de wetenschap en/of het zorgprogramma/zorgstandaard.	D-zep: • Het is aantoonbaar welke keuzes zijn gemaakt in de omgeving en inrichting om het af te stemmen op de doelgroep specifieke behoeften van mensen met D-zep.

9. Aangepaste omgeving	Criteria	Doelgroepspecifieke criteria	Eisen	Doelgroepspecifieke eisen
		NAH+: cliënten verblijven in een gespecialiseerde (woon)voorziening waarbij altijd sprake is van clustering van tenminste 10 plaatsen REC of 20 plaatsen DEC op één locatie (terrein). De NAH+ cliënten verblijven in een gespecialiseerde (woon)voorziening. Dit blijkt uit het feit dat de fysieke omgeving specifiek is ontworpen voor de doelgroep (o.b.v. de Handreiking Goede Zorg NAH+ en/of de laatste stand van de wetenschap en praktijk) De NAH+ cliënten verblijven op een gespecialiseerde (woon)voorziening, met een leefmilieu dat specifiek is ingericht voor de doelgroep (o.b.v. Handreiking Goede Zorg NAH+ en/of de laatste stand van de wetenschap en praktijk).		

10. Deelname aan doelgroepnetwerk	Criteria	Doelgroepspecifieke criteria	Eisen	Doelgroepspecifieke eisen
	1. De organisatie is direct betrokken bij en actief lid van de vereniging 2. De organisatie werkt actief mee aan (wetenschappelijke en/of praktijkgerichte) kennisontwikkeling, -deling en verspreiding. 3. De organisatie werkt mee aan het ontwikkelen van nieuwe kennis, zorgstandaarden en richtlijnen.	LBS: De organisatie heeft een boegbeeld met tijd als linking pin naar het kenniscentrum. D-zep: De organisatie is direct betrokken en actief lid van het doelgroepnetwerk. Dat betekent dat zij betrokken is en actief meewerkt aan (wetenschappelijke en/of praktijkgerichte) kennisontwikkeling, kennisdeling en verspreiding op het gebied van dementie en zeer ernstig probleemgedrag. De organisatie werkt mee aan het ontwikkelen van nieuwe kennis, zorgstandaarden en richtlijnen. De organisatie investeert actief en aantoonbaar in de samenwerking met het doelgroepnetwerk en de betrokken partners van het D-zep kennisnetwerk. Binnen dit kennisnetwerk draagt de organisatie bij aan kennisontwikkeling, praktijk - en wetenschappelijk onderzoek, kennisdeling en -verspreiding. Er is een continue kwaliteit-verbetercyclus.	1. De organisatie is lid van de vereniging van het doelgroepnetwerk en kan haar rol en betrokkenheid toelichten. 2. De organisatie participeert in activiteiten gericht op onderzoek, implementatie van onderzoeksresultaten en de ontwikkeling van specialistische standaarden. 3. De organisatie neemt deel aan minimaal één onderzoek dat wordt uitgevoerd ten behoeve van het doelgroepnetwerk.	LBS: Er is een boegbeeld met tijd. D-zep: • De organisatie is lid van de vereniging van het doelgroepnetwerk en kan haar rol en betrokkenheid toelichten. • De organisatie participeert in activiteiten gericht op onderzoek, implementatie van onderzoeksresultaten en de ontwikkeling van specialistische standaarden. • Er wordt deelgenomen aan minimaal één wetenschappelijk en/of praktijkgericht onderzoek in lijn van de vastgesteld kennisagenda D-zep, richtlijnontwikkeling en het meten van uitkomsten t.b.v. wetenschappelijk en praktijkgericht onderzoek. • Er zijn kwaliteitsproducten geïmplementeerd in de praktijk. • De zorgstandaard D-zep is geïmplementeerd. • De organisatie neemt deel aan activiteiten in het doelgroepnetwerk gericht op kennisontwikkeling, kennisdelen en implementeert nieuwe kennis in de dagelijkse praktijk. • De kwaliteit-verbetercyclus is beschreven. • NAH+: De organisatie werkt aantoonbaar mee aan het (door)ontwikkelen, delen en verspreiden van kennis, zorgstandaarden en richtlijnen.

Tabel 4: Aanvullende criteria en toelichting DEC

1. Last resort functie	Criteria	Doelgroepsspecifieke criteria	Eisen	Doelgroepsspecifieke eisen
	1. De organisatie beschikt over de capaciteit om te dienen als een 'last resort' functie om cliënten op te vangen die vanwege hoog complexe problematiek nergens anders terecht kunnen. 2. Wanneer een zorgaanbieder aanspraak maakt op de last resort functie van het DEC heeft de organisatie de verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van triage en een beoordeling om op basis hiervan gezamenlijk tot een passend behandelplan te komen. a. In dit gezamenlijk behandelplan wordt ook gekeken naar de beste fysieke locatie voor de cliënt (in het DEC of bij de zorgaanbieder met ondersteuning vanuit het DEC).	LBS: Wanneer zorgaanbieders aanspraak maken op de last resort functie van het DEC heeft de organisatie samen met het Mobiel ExpertTeam LBS de verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van triage en een beoordeling, om op basis hiervan gezamenlijk tot een passend behandelplan te komen. De organisatie is in staat om binnen het doelgroepennetwerk LBS de plaatsing te organiseren op de eigen locatie of bij een collega DEC. NAH+: Dit zijn plaatsen voor cliënten met NAH+ die nergens anders terecht kunnen. Zowel REC en DEC bieden deze functie. De DEC's hebben een adviesrol t.o.v. de REC's als het gaat om diagnostiek en behandeling. Op het moment dat zij er niet uit komen, kunnen zij advies vragen en kan een DEC meekijken naar een passend behandelplan en de beste fysieke locatie. In geval geen van de REC's in staat is een last resort client op te nemen, heeft een van de DEC's de verantwoordelijkheid een dergelijke client alsnog op te nemen. In geval geen van de DEC's in staat is een last resort client op te nemen, heeft een van de REC's de verantwoordelijkheid een dergelijke client alsnog op te nemen D-zep: Als na een behandeltraject D-zep op een DEC of REC langdurig intensieve behandeling nodig is, zorgt een DEC voor een passende behandelplek en heeft een DEC de taak en verantwoordelijkheid om langdurig verblijf D-zep aan te bieden als dit voor de cliënt de enige mogelijkheid tot adequate behandeling en verzorging is. In het geval van een (verlengde) klinische behandeling bij gedragsproblemen met een langdurig karakter zal steeds gemonitord worden of iemand nog profiteert van de benodigde zorg, of dat er sprake is van stabilisatie en afname van de gedragsproblematiek (door bijvoorbeeld voortschrijding van dementie). Als hiervan sprake is kan het (terug) schakelen naar passende begeleiding bij voorkeur in de eigen omgeving van de cliënt opnieuw geëvalueerd worden.	Het management en behandelteam geven enkele voorbeelden waaruit blijkt dat de organisatie de capaciteit en deskundigheid bezit om ook cliënten met hoogst denkbare complexiteit aan zorgvragen te ondersteunen en/of in het DEC op te nemen.	LBS: Het management en behandelteam geven enkele voorbeelden waaruit blijkt dat de organisatie de capaciteit en deskundigheid bezit om ook cliënten met hoogst denkbare complexiteit aan zorgvragen te ondersteunen en/of in het DEC op de eigen locatie of bij een collega DEC op te nemen. D-zep: - De organisatie heeft met de REC's binnen het doelgroepennetwerk afspraken over de triage en beoordeling wanneer (zeer) complexe zorgvragen worden aangemeld bij het kennisnetwerk/REC. - De organisatie geeft aan hoe er met de REC's wordt samengewerkt om de hooggespecialiseerde zorg en behandeling zo dicht mogelijk in de eigen omgeving van de cliënt te kunnen bieden. - De organisatie heeft afspraken met CCE over samenwerking in consultatie bij (zeer) complexe zorgvragen - Het DEC kan aantonen dat zij periodiek blijft onderzoeken of verblijf in het kader van last resort nog passend is.

1. Last resort functie	Criteria	Doelgroepspecifieke criteria	Eisen	Doelgroepspecifieke eisen
		Wanneer zorgaanbieders in de regio aanspraak maken op de CCA functie van een DEC heeft een DEC de verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van triage en een beoordeling, om op basis hiervan gezamenlijk tot een passend behandelplan te komen. In dit gezamenlijke behandelplan wordt tevens gekeken naar de beste fysieke omgeving voor de cliënt (bij de zorgaanbieder of binnen REC, beide aangevuld met CCA vanuit het DEC) en opname DEC indien nodig. D-zep: Aanvullend op de consultatie en opname functie van een REC, heeft een DEC een verbindende rol tussen de beschikbare kennisbronnen zoals andere RECs, experts vanuit de regio, CCE, aanvullende experts vanuit DEC's en het kenniscentrum (KC). Consultatie, adviseren en/of intervisie binnen kan mogelijk een opname of overplaatsing voorkomen, waardoor zorglast en kosten en gereduceerd blijven.		
2. Beschikbaarheid Multidisciplinair gespecialiseerd kernteam	Criteria	Doelgroepspecifieke criteria	Eisen	Doelgroepspecifieke eisen
	1. Het kernteam van de organisatie heeft voldoende capaciteit om op werkdagen beschikbaar te zijn voor consultatie en outreachende zorg. 2. Er zijn werkafspraken over de beschikbaarheid van het kernteam buiten kantoortijden.	LBS: Er zijn werkafspraken over de samenwerking met het Mobiel Expertteam LBS en de beschikbaarheid van het kern- en mobiel Expertteam buiten kantoortijden. D-zep: Er zijn werkafspraken over de beschikbaarheid van het kernteam buiten kantoortijden en tijdens feestdagen. MS+: Kennis en expertise van medewerkers wordt geborgd doordat medewerkers van de afdeling voldoen aan het competentieprofiel opgesteld door het kenniscentrum. Daarnaast worden zij geschoold op basis van de op dat moment actuele leerlijn van het kenniscentrum Concreet: Minimaal 80% van de medewerkers voldoet aan het competentieprofiel en de overige medewerkers zijn dit aantoonbaar aan het ontwikkelen.	1. Het kernteam van de organisatie heeft voldoende capaciteit om op werkdagen van 9.00 – 17.00 uur beschikbaar te zijn voor consultatie en outreachende zorg. 2. Er zijn werkafspraken over de beschikbaarheid van het kernteam buiten kantoortijden.	N.v.t.

3. Beschikbaarheid opleidingsplekken, scholing en training	Criteria	Doelgroepsspecifieke criteria	Eisen	Doelgroepsspecifieke eisen
	1. De organisatie beschikt minimaal over het aantal opleidings-/stageplekken per jaar voor alle disciplines uit het kernteam 2. Scholing en training wordt geboden in samenwerking met het KC. Het DEC levert haar in het netwerk afgesproken aandeel in de scholing en training georganiseerd door het KC.	Korsakov: De organisatie beschikt over minimaal 1 opleidings-/stageplek per jaar voor alle disciplines uit het kernteam, te weten: SO, GZ-psycholoog, verpleegkundige. LBS: De organisatie beschikt over minimaal 1 opleidings-/stageplek per jaar voor alle verschillende disciplines uit het kernteam. MS+: De organisatie beschikt over minimaal 1 opleidingsplek per jaar voor alle verschillende disciplines uit het kernteam. Scholing en training wordt geboden in samenwerking met het KC. Het DEC levert een aandeel in de scholing en training georganiseerd door het KC door het aanleveren van trainers en opleiders voor de opleiderspoule. GP+: De landelijke netwerkorganisatie beschikt over minimaal 2 opleidingsplekken per jaar voor alle disciplines uit het kernteam. Huntington: De organisatie beschikt over minimaal 2 opleidingsplekken per jaar voor alle disciplines uit het kernteam. NAH+: De organisatie beschikt over minimaal 1 opleidingsplek per jaar voor alle disciplines uit het kernteam. Het DEC levert een aandeel in de scholing en training georganiseerd door het KC door het aanleveren van trainers en opleiders voor de opleiderspoule.	1. De organisatie biedt erkende opleidings-/stageplekken per jaar zoals afgesproken. 2. De organisatie maakt duidelijk welk aandeel ze in de scholingsprogramma's van het Kenniscentrum kan bieden. 3. Het DEC levert aantoonbaar haar afgesproken aandeel in de scholing en training georganiseerd door het KC.	D-zep: - De organisatie biedt (aantal) erkende opleidingsplekken voor verschillende disciplines op de beschreven 6 assen uit het addendum competentieprofiel DEC professionals doelgroep dementie en zeer ernstig probleemgedrag. - De organisatie biedt vanuit de verschillende disciplines expertise aan in de scholingsprogramma's van het kenniscentrum zowel voor professionals binnen het Kennisnetwerk als voor professionals in de reguliere psychogeriatrische zorg.

4. Onderzoeks- infrastructuur	Criteria	Doelgroepsspecifieke criteria	Eisen	Doelgroepsspecifieke eisen
	1. De organisatie beschikt over een onderzoeksinfrastructuur met onderzoekslijnen die passen binnen de onderzoeksagenda en inhoudelijk zijn afgestemd met het KC. 2. Onderdeel van deze infrastructuur is: - De organisatie biedt ruimte aan minimaal 2 promotieonderzoeken - De organisatie neemt een actieve rol bij het implementeren van (wetenschappelijk) onderzoek in de praktijk.	Korsakov: De organisatie biedt ruimte aan minimaal 1 promotieonderzoek. LBS: De organisatie is betrokken bij minimaal 1 lopend promotieonderzoek. D-Zep: Het kenniscentrum heeft hiervoor samenwerkingsafspraken met een of meerdere academische werkplaatsen. Onderdeel van deze infrastructuur is minimaal: - De organisatie neemt deel aan promotieonderzoeken geïnitieerd vanuit het Kenniscentrum. - De organisatie neemt een actieve rol bij het implementeren van (wetenschappelijk) onderzoek in de praktijk. De wetenschappelijke kennis die vanuit het kenniscentrum wordt ontsloten wordt door de medewerkers DEC praktisch vertaald naar de praktijk. Het DEC heeft een proeftuin-functie en signaleert hiaten in de praktijk. Een DEC heeft bijv. verschillende implementatietrajecten vanuit de plan-, do-, check-, act-cyclus waarin in samenwerking met bijv. kennisinstellingen wordt geëvalueerd hoe het onderzoek vertaald wordt naar de praktijk. MS+: De organisatie beschikt over een onderzoeksinfrastructuur met onderzoekslijnen die inhoudelijk passen binnen de onderzoeksagenda en inhoudelijk zijn afgestemd met het KC. Onderdeel van deze infrastructuur is minimaal: - De organisatie heeft altijd minimaal 1 lopend promotieonderzoek - De organisatie neemt een actieve rol bij het implementeren van (wetenschappelijk) onderzoek in de praktijk.	- De organisatie beschikt over een onderzoeksinfrastructuur met onderzoekslijnen die passen binnen de onderzoeksagenda en inhoudelijk zijn afgestemd met het KC. - De organisatie heeft een Wetenschappelijke Onderzoekscommissie of variant daarvan. - De organisatie biedt ruimte aan minimaal 2 promotieonderzoeken.	LBS: De organisatie is betrokken bij minimaal 1 lopend promotieonderzoek. D-zep: De organisatie kan aantonen op welke wijze zij een actieve rol heeft bij het implementeren en borgen van onderzoek en onderzoeksresultaten in de praktijk binnen het hele doelgroepennetwerk. NAH+: - Het DEC heeft een of meer goed onderbouwde meerjarige onderzoekslijn(en), die is/zijn afgestemd met het KC en op de kennisagenda staan. - De organisatie is betrokken bij minimaal 1 lopend promotieonderzoek. - De organisatie neemt een actieve rol bij het implementeren van (wetenschappelijk) onderzoek in de praktijk. - Het DEC participeert in de werkgroep onderzoek van het KC NAH+ en is betrokken bij lopende onderzoekslijnen.

Bijlage 2:

Procesbeschrijving Module Organisatiebeschrijving LVHC en meetinstrument

In dit document worden de processtappen beschreven in het kader van de toetsing gerelateerd aan de Module Organisatiebeschrijving LVHC en het Meetinstrument Organisatiebeschrijving LVHC.

Dit document gaat in op het proces, de verantwoordelijkheden per processtap, de relevante documenten, met wie deze worden gedeeld en waar zij worden gearchiveerd. Met deze beschrijving wordt het proces zoveel transparant en inzichtelijk gemaakt. Daarbij wordt verwezen naar bestaande informatie en documentatie, waaronder diverse formats.

Stap	Toelichting	Verantwoordelijk	Formats en archivering
1. Aanvraag indienen voor visitatie- en beoordelingsproces bij Federatie LVHC	Aanleveren aanvraag voor visitatie inclusief bijbehorende documenten bij Federatie LVHC. De Federatie overlegt vervolgens met zorgkantoren om te komen tot een besluit tot visitatie.	Doelgroepnetwerk	Format aanvraagformulier Format, aanvraag en besluit wordt gearchiveerd bij Federatie LVHC
2. Monitoring en planning tussentijdse evaluatie en visitatie	Monitoring en planning van de tussentijdse evaluatie en visitatie	Doelgroepnetwerk	Overzicht planning bij Federatie LVHC
3. Verzoek voor visitatie indienen bij visiterende partij	Voorleggen visiterende partij aan Federatie LVHC	Doelgroepnetwerk	
	Toetsing op of visiterende partij voldoet aan gestelde eisen	Federatie LVHC	Format criteria waaraan visiterende partij dient te voldoen Archivering format bij Federatie LVHC Vastleggen besluit over visiterende partij door Federatie LVHC. Archivering besluit bij Federatie LVHC
	Contractering van onafhankelijke visiterende partij die de visitatiecommissie vormt	Doelgroepnetwerk	
	Kennismakingsgesprek tussen de Federatie en visiterende partij	Doelgroepnetwerk	
4. Harmonisatiegesprek	Eenduidige interpretatie criteria. Bij elke nieuwe visiterende partij wordt voorafgaand aan de visitatie een harmonisatiegesprek gepland. Bij reeds ingezette visiterende partijen vindt een harmonisatiegesprek 2 jaarlijks plaats*. *bij het inzetten van dezelfde visiterende partij kan de harmonisatie met meerdere doelgroepnetwerken tegelijkertijd plaatsvinden.	Federatie LVHC, Visitatiecommissie en Doelgroepnetwerk (vertegenwoordiging expertisecentra zorgaanbieders)	Zie meetinstrument. Vastleggen afspraken en besprekpunten door Federatie LVHC. Archivering afspraken bij Federatie LVHC

Stap	Toelichting	Verantwoordelijk	Formats en archivering
5. Voorbereiden externe visitatie	Voorbereiden externe visitatie	Doelgroepnetwerk, KC en individuele zorg-aanbieder danwel expertisecentra	
	Aanleveren (concept) programma externe visitatie aan te visiteren partij	Visitatiecommissie maakt in afstemming met de te visiteren partij het programma	
	Aanleveren zelfevaluatie aan visitatiecommissie	De te visiteren partij: Doelgroepnetwerk, Kenniscentrum of Expertisecentrum	Format zelfevaluatie. Archivering format bij Federatie LVHC
6. Uitvoering externe visitatie	Visitatie uitvoeren op locatie	Visitatiecommissie	
7. Rapportage externe visitatie	Opstellen visitatierapport volgens vast format met per onderwerp onderbouwing evenals conclusie over het voldoen aan de gestelde criteria en (doelgroepspecifieke) eisen	Visitatiecommissie	Format rapportage. Archivering format bij Federatie LVHC
	Terugkoppeling visitatierapport aan gevisiteerde organisatie	Visitatiecommissie	
	Terugkoppeling visitatierapport aan doelgroepnetwerk,	Gevisiteerde organisatie	
	Terugkoppeling visitatierapport aan Federatie LVHC	Doelgroepnetwerk	Archiveren visitatierapport bij Federatie LVHC
8. Beoordeling	Procedurele toets op uitgevoerde visitatie	Federatie LVHC	Format toetsprocedure. Archivering format bij Federatie LVHC
	De zorgaanbieder maakt deel uit van het zorglandschap dat vanaf 2027 is vastgesteld door de Federatie in afstemming met het zorgkantoor (via ZN).		
	Na een procedurele toets volgt een beoordeling. Er volgt communicatie naar de gevisiteerde partij. De Federatie LVHC publiceert de positieve beoordeling en uitkomsten (overzicht met gevisiteerde locaties en aantallen plaatsen) op de website van de Federatie.	Federatie LVHC	Publicatie positieve beoordeling Brief met beoordeling aan gevisiteerde partij Archiveren brief bij Federatie LVHC
	Delen van het visitatierapport en positieve beoordeling met de zorgkantoren ten behoeve van de zorginkoop	Expertisecentrum	

Stap	Toelichting	Verantwoordelijk	Formats en archivering
9. Evaluatiegesprek	Evaluatie met doelgroepnetwerken/visiterende partijen en Federatie op: proces en kwaliteit visitatie (methode, aanpak, afspraken, inrichting commissie, rapportage), advisering en signaleren onduidelijkheden ten behoeve van onderhoud, samenwerking visiterende partijen/doelgroepnetwerken/Federatie LVHC. Een evaluatiegesprek vindt 2 jaarlijks plaats*. *bij het inzetten van dezelfde visiterende partij kan de evaluatie met meerdere doelgroepnetwerken tegelijkertijd plaatsvinden.	Federatie LVHC	Format topiclijst evaluatiegesprek gearcheveerd bij Federatie LVH Verslag evaluatie gearcheveerd bij Federatie LVHC Verslag delen met Doelgroepnetwerk
10. Tussentijdse evaluatie	Uitvoeren tussentijdse evaluatie door auditoren aangewezen door het doelgroepnetwerk	Doelgroepnetwerk	Format tussentijdse evaluatie. Archivering bij Federatie LVHC
	Rapportage aan de te evalueren partij	Auditoren	
	Delen rapport op onderwerpniveau met doelgroepnetwerk	Expertisecentrum	
	Delen rapport op onderwerpniveau met Federatie LVHC	Doelgroepnetwerk	Archiveren rapport bij Federatie LVHC

Toelichting:

We dragen zorg voor de kwaliteit van informatie door in de module Organisatiebeschrijving inclusief Meetinstrument transparant en expliciet vast te leggen aan welke criteria en eisen organisaties dienen te voldoen. Dit ook in lijn met de geldende standaarden en richtlijnen voor de expertiseczorg.

Binnen dit proces worden geen elektronische patiënt- of klinische gegevens uitgewisseld met betrekking tot het primaire zorgverleningsproces. Het betreft informatie over de organisatie van de LVHC zorg, dat door de zorgorganisaties zelf wordt verzameld via een zelfevaluatie en aangeleverd aan de visitatiecommissie. Voor het visitatieverslag wordt door de visitatiecommissie gebruik gemaakt van een vast format.

De criteria en eisen zijn breed afgestemd binnen het veld en vastgelegd in het meetinstrument. Daarnaast vinden er structureel harmonisatiegesprekken plaats tussen de visiterende partij en het Doelgroepnetwerk (vertegenwoordiging van LVHC expertisecentra zijnde zorgaanbieders) om te zorgen voor een uniforme interpretatie van criteria, eisen en terminologie.

De Federatie beheert samen met de zorgkantoren (via ZN) en vertegenwoordiging van cliënten de Module en het Meetinstrument. De Federatie draagt zorg voor management van onderhoud en beheer, versiebeheer en publicatie op website van de Federatie LVHC.

Verwijzingen

- De criteria en eisen zijn opgenomen in het meetinstrument, behorende bij de module Organisatiebeschrijving
- De organisatie en uitvoering van visitaties is vastgelegd in een Visitatie- en beoordelingsreglement. Dit is op te vragen bij de Federatie LVHC. Hierin staat tevens waaraan deze moeten voldoen. Organisaties worden eens per vier jaar gevisiteerd, met iedere twee jaar een tussentijdse evaluatie.