

Vergaderjaar 2013–2014

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 90

**BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID,
WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 juni 2014

Met de hervorming van de langdurige zorg streeft het kabinet drie doelen na: kwaliteitsverbetering, meer betrokkenheid van burgers en financiële houdbaarheid. Dit opdat ook toekomstige generaties kunnen beschikken over noodzakelijke zorg. Over deze hervorming en daarbij behorende wet- en regelgeving hebben uw Kamer en het kabinet regelmatig gesproken. Ik heb in die debatten aangegeven dat kwaliteitsverbetering van de intensieve ouderenzorg een majeur speerpunt is van deze regering, omdat de meest kwetsbare mensen moeten kunnen blijven rekenen op goede en veilige zorg. In deze brief werk ik dit nader uit.

Inleiding: noodzaak tot verbetering

De hervorming van de langdurige zorg is er op gericht de kwaliteit en houdbaarheid van alsmede de betrokkenheid bij de langdurige zorg te versterken en te verbeteren. Om die reden wil ik het ten eerste mogelijk maken dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen. Dat doen we door bij de ondersteuning thuis meer rekening te houden met persoonlijke omstandigheden en door versterking van de wijkverpleging. Thuis wonen, in een vertrouwde omgeving, draagt zo bij aan een hogere kwaliteit van leven. De zorg en ondersteuning die mensen nodig hebben, moet voorts goed georganiseerd zijn, op elkaar aansluiten en veilig zijn. Wanneer er sprake is van een zwaardere zorgvraag, zal een deel van de zorg die van oudsher in instellingen werd geboden, de wijk in komen. Deze zorg zal een transitie moeten ondergaan, om aan te sluiten bij de thuiswonende cliënt. In de verschillende transitieplannen die zijn gemaakt met verzekeraars en gemeenten, wordt uitgebreid aandacht besteed aan dit laatste aspect.

Voor de meest kwetsbare burgers bij wie het thuis niet langer gaat, moet er zorg in een instelling beschikbaar zijn. Langdurige instellingszorg wordt steeds meer complexe zorg, omdat ouderen steeds meer op hogere leeftijd met zwaardere zorgvragen in een instelling komen wonen. De

kwaliteit van zorg moet daarom beter om die ontwikkeling bij te benen. De kwaliteit kán ook beter omdat in de praktijk blijkt dat een goede organisatie, goed management, ruimte voor professionals en betere competenties en vaardigheden van zorgmedewerkers hand in hand kunnen gaan.

Bij langdurige zorg gaat het om kwaliteit van leven. Wanneer iemand intramuraal verblijft, moet het de standaard zijn om meer rekening te houden met de specifieke zorgvraag van de cliënt en niet alleen te «zorgen voor», maar ook te «zorgen met» familie en verwanten. En buiten twijfel moet staan dat er sprake is van veilige zorg, bijvoorbeeld medicatieveiligheid en infectiepreventie. Met andere woorden: veilige zorg is de basis van waaruit gestart wordt; vandaar uit kan kwalitatief goede zorg zich richten op een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven.

Met het oog op de steeds zwaarder wordende intramurale zorgvraag moet de zorg ook kwalitatief toekomstbestendig worden gemaakt. Om ervoor te zorgen dat mensen respectvol oud kunnen worden, waarbij de menselijke maat voorop staat en zorg tegelijk professioneel is, passen we het stelsel aan. De Wet langdurige zorg (Wlz) beoogt de zorg cliëntgericht te maken: de cliënt kan straks kiezen uit wettelijk verankerde leveringsvormen (zoals het PGB), er is meer ruimte voor maatwerk doordat niet meer in zzp's wordt geïndiceerd, het zorgplan wordt wettelijk verankerd, cliënten krijgen recht op cliëntondersteuning, de sturingsmogelijkheden van de overheid op de zorginkoop en het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) worden vergroot en ten slotte wordt innovatie gestimuleerd via een experimenteerartikel. Maar naast het stelsel gaat het ook om gedrag van mensen. Dit maakt dat het werken aan kwaliteitsverbetering weerbarstig is. Ook op het vlak van gedrag en cultuur wil ik, door middel van de speerpunten uit deze kwaliteitsbrief, vol inzetten. De Wlz en deze brief gaan dus hand in hand om kwaliteit te verbeteren.

Kwaliteit is een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Ik heb ter voorbereiding op deze brief dan ook gesprekken gevoerd met individuele aanbieders, ActiZ, BTN, ZN, de V&VN en Zorginstituut Nederland. Daarnaast heb ik een extern bureau gevraagd een analyse te maken van de relatie tussen kwaliteit, bedrijfsvoering en de relatie tussen de middelen en kwaliteit. Ten slotte heb ik mij rekenschap gegeven van rapporten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)¹; met name het meest recente rapport «Verbeteren van de kwaliteit van de ouderenzorg gaat langzaam» (juni 2014) dat ik u hierbij aanbied². Naast het rapport stuur ik u hierbij het overzicht van follow-up acties van de Inspectie bij de zorgaanbieders waarover omroep Max berichtte³, zoals ik u heb toegezegd tijdens het AO AWBZ op 7 november 2013.

Kwaliteit ouderenzorg kan en moet beter: rapport IGZ

Het rapport van de Inspectie is gebaseerd op bijna 400 bezoeken (aangekondigd, onaangekondigd en toezicht op de wet BOPZ). Daarbij heeft de IGZ strikt beoordeeld, waardoor de conclusies scherp zijn. Een zorgaanbieder die op één subnorm onvoldoende scoorde, kreeg op het geheel van de norm ook een onvoldoende. De doelgroep van het onderzoek is dermate kwetsbaar en zodanig afhankelijk van zorg in het

¹ O.a. Verbetering van hygiëne en infectiepreventie in ouderenzorg snel realiseerbaar, december 2013 en extra aandacht voor mondzorg in de inspectiebezoeken en Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen, december 2010.

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

leven van alledag dat ik de keuze voor deze strikte interpretatie van de normen onderschrijf. De IGZ concludeert:

- Personele inzet en deskundigheid is niet voldoende afgestemd op de zorgbehoeften van de cliënt;
- Zorgplannen worden onvoldoende systematisch gebruikt;
- De resultaten van beleid gericht op terugdringen van vrijheidsbeperking en op gebied van medicatieveiligheid blijven achter bij de verwachting;
- Bij veel verpleeg- en verzorgingshuizen zijn tekortkomingen in de zorg: zorginstellingen werken te weinig aan structurele verbeteringen.

De IGZ constateert tevens dat verbeteringen relatief snel en eenvoudig doorgevoerd hebben kunnen worden. Slechts acht organisaties bleken structurele tekortkomingen te blijven houden na een verbetertraject op last van de IGZ. In zeven gevallen is verscherpt toezicht ingesteld en één instelling heeft een aanwijzing op de grond van de Kwaliteitswet gekregen.

Desalniettemin tonen dit rapport en de gevoerde (expert)gesprekken aan dat er structurele tekortkomingen in de intramurale ouderenzorg gaan ontstaan als er geen fundamentele veranderingen plaatsvinden. Tekortkomingen waardoor het risico op calamiteiten en incidenten kan toenemen. Ik beschouw het bovenstaande Inspectierapport in het licht van signalen over niet adequate mondzorg en het feit dat de IGZ heeft gewezen op noodzakelijke verbeteringen bij de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen en de tekortschietende hygiëne in verzorg- en verpleeghuizen. De IGZ heeft aangegeven ernstige zorgen te hebben over de kwaliteit van de ouderenzorg bij 20% van de concerns in de verpleging, verzorging en thuiszorg die bij haar bekend zijn. Het gaat dan om de groep waarvan de IGZ tijdens de risicoselectie vermoedt dat er een hoog risico op onverantwoorde zorg bestaat, waardoor zij in ieder geval onderwerp van toezicht zijn. Ook V&VN en Verenso hebben onlangs laten weten dat de kwaliteit van zorg voor ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen hoog op de agenda moet komen.⁴ In de gesprekken met de sector en met de IGZ is mij duidelijk geworden dat in bepaalde regio's de problematiek zo hardnekkig is, dat hiervoor een gezamenlijke fundamentele aanpak van alle betrokken partijen nodig is. De regio Amsterdam is een goed voorbeeld van zo'n onlangs gestarte, gezamenlijke aanpak, waarbij iedere partij zijn verantwoordelijkheid neemt voor een betere kwaliteit van de ouderenzorg.

Onderzoek naar de klantwaardering is veel positiever (Benchmark ActiZ 2013). Onduidelijk is of deze signalen tegenstrijdig zijn. Cliënten en vertegenwoordigers beoordelen voornamelijk de woonsituatie en bejegening, terwijl de bevindingen van de IGZ zich voornamelijk richten op de veiligheid van de zorg. Dit zijn twee verschillende kanten van kwaliteit.

Een belangrijke ontwikkeling in de afgelopen jaren is dat de zorgvraag van ouderen in instellingen is gegroeid en de komende jaren steeds complexer wordt. Zo heeft het SCP geconcludeerd dat de hulpbehoefte van bewoners tussen 2000 en 2008 is toegenomen. Het aandeel bewoners met een chronische ziekte steeg van 82% naar 86%. Ook nam de ernst van de beperkingen bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen toe: in 2000 had 42% een ernstige beperking en in 2008 was dat 49%. Door de toename in lichamelijke beperkingen krijgen bewoners vaker hulp bij hun persoonlijke verzorging. Zo krijgt in 2008 28% in de regel hulp bij het toiletbezoek en 65% bij het eten en drinken, aankleden en douchen. In

⁴ Persbericht, Utrecht, 26 mei 2014 Zet kwaliteit van zorg in het verpleeghuis hoog op de agenda.

2000 was dat 56%.⁵ Ook is al langer bekend dat het aantal ouderen met psychogeriatrische problematiek in verzorgings- en verpleeghuizen toeneemt.

Speerpunten en acties

Uit de Inspectierapporten, de gesprekken en kijkend naar de oorzaken moeten we ons realiseren dat een «quick fix», hoezeer we dat misschien ook zouden willen, niet bestaat. Het gaat immers om een goed samenspel van opleiding en vaardigheden, adequaat management, een efficiënte organisatie en een toegeruste omgeving (gebouw, voorzieningen e.d.). Daarom is een aanpak op korte en middellange termijn noodzakelijk. De kwaliteitsverbetering is een proces van de lange adem, waarbij ik de volgende speerpunten heb gedefinieerd:

1. Optimale samenwerking tussen cliënt, informele zorg en zorgverlener: de sleutel naar kwaliteit van leven
2. Basis op orde: veilige zorg
3. Meer ruimte voor – en kwaliteit van – professionals
4. Kwaliteit staat of valt met bestuurlijk leiderschap
5. Openheid en transparantie.

In de bijlage⁶ bij deze brief worden de speerpunten uitgewerkt. Ik zal deze middellange termijn aanpak met de patiënten- en cliëntenorganisaties, ActiZ, BTN, Verenso, V&VN en Zorgverzekeraars Nederland uitwerken en 1 november a.s. aan uw Kamer aanbieden. Het spreekt voor zich dat niet alleen de overheid hiervoor verantwoordelijk draagt. Alle partijen dienen hier hun schouders onder te zetten.

Ik zet evenwel ook in op acties op korte termijn:

1. Structurele inbedding van kwaliteit in de organisaties. Met ingang van 1 januari 2015 wordt binnen «InVoorZorg!» naast de bestaande focus op houdbaarheid een apart onderdeel toegevoegd om de zorgaanbieders te ondersteunen bij de verbetering van kwaliteit. Hierbij is sprake van co-financiering, waardoor er jaarlijks 5 miljoen euro extra beschikbaar komt voor kwaliteitsverbetering (2015 tot en met 2017).
2. Meer inkopen op kwaliteit. Het samen met de zorgkantoren aanjagen van kwaliteitsverbetering via de zorginkoop.
3. De verbeterkracht van zorgaanbieders in de langdurige ouderenzorg samen met ActiZ versterken. Op basis van de activiteiten die ActiZ al heeft geïnitieerd, maken we een korte termijn verbeterprogramma (ieder vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid), waarin in ieder geval de volgende onderdelen zijn opgenomen:
 - Het formuleren van eindtermen en kwalificatiedossiers voor opleidingen en de ontwikkeling van branche-erkende opleidingen onder meer voor verzorgenden. ActiZ is hierbij betrokken en agendaert actief dat de eindtermen en kwalificatiedossiers ook goed aansluiten bij de complexiteit van de zorg voor ouderen met dementie, waarbij regie voor de cliënt een belangrijk thema is.
 - ActiZ heeft voor haar leden het Zorgleefplanmodel ontwikkeld en recentelijk doorontwikkeld. In het vervolgtraject, onder meer ondersteund via leernetwerken en het Zorgverbeter Kennisplein VVT (V&VN, Vilans, ZonMw), wordt expliciet aandacht besteed aan het cyclisch werken met zorgplannen.
 - ActiZ gaat zich inspannen om parallel aan de spiegelrapportages, die samen met LOC zijn ontwikkeld, een visitatiesysteem op te

⁵ SCP-publicatie 2011–36, *Zorg in de laatste jaren; Gezondheid en hulpgebruik in verzorgings- en verpleeghuizen 2000–2008*, Mirjam de Klerk, Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau, november 2011.

⁶ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

zetten om bestuurders door andere bestuurders te laten ondersteunen in het aanjagen van kwaliteitsverbetering. Ook onderzoekt ActiZ of het Accreditatieprogramma voor zorgaanbieders, dat door de NVZD wordt ontwikkeld, bestuurders kan helpen in hun rol. Dit is ook een vereiste om ondersteuning van In voor Zorg te ontvangen.

4. Koplopers als voorbeeld gebruiken. Ik zal nog dit najaar nader onderzoek laten doen naar de wijze waarop zorgaanbieders die een goed voorbeeld zijn hun bedrijfsvoering, organisatie en kwaliteitssysteem hebben ingericht en in balans met elkaar hebben gebracht. Zo wordt de beste zorg de norm.
5. Meer innovatie initiëren door instellen van een taskforce die barrières in onder andere de bekostiging opspoort en oplost.
6. Het maken van een actieplan om beter gebruik te maken van inzichten uit lopende programma's om met minder regeldruk meer ruimte voor de eigenlijke zorgtaken van de medewerker te scheppen. Hierin zullen de ervaringen van InvoorZorg, de analyses van de werkgroep verspilling, de evaluatie van Erai en de aanpak reductie administratieve lasten bij toezicht en verantwoording met elkaar worden verbonden tot een integrale meerjarige aanpak vermindering van regeldruk. De opbrengsten van dit actieplan zullen worden ingezet voor verdere kwaliteitsverbetering.

Uitgangspunt bij mijn speerpunten (voor de korte en middellange termijn) is mijn visie op kwaliteit. Daar ga ik hieronder nader op in.

Visie op kwaliteit

In de woorden van een cliënt luidt die visie: «Het is niet net zoals thuis; het is mijn thuis.» Voor cliënten is het belangrijk dat zij in hun woonomgeving «de baas» zijn, zoals zij dat thuis waren. Zij rekenen op zorgverleners die de tijd nemen om te luisteren, geïnteresseerd zijn en weten wat voor hen belangrijk is, of het nou om zorg gaat of om andere dingen. En zij vertrouwen erop dat de zorg goed is en dat personeel deskundig is.

In beleidsmatige termen: goede zorg wil zeggen dat er wordt gestreefd naar een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven voor de cliënt. De concrete invulling van de zorg gebeurt in samenspraak tussen de cliënt en de zorgverlener, waarbij het uitgangspunt is dat de cliënt zo veel mogelijk beslist met het oog op zijn wensen en mogelijkheden. Omdat de kwaliteit van bestaan centraal staat, kiezen zorgverleners een persoonsgerichte bejegening. Er is aandacht voor zingeving en voor iemands eigen netwerk en buurt. De (zorg)vraag van de cliënt wordt integraal bekeken. Het gaat erom dat iemand zich geholpen voelt, niet dat er «een product» is geleverd. Daarbij voldoet goede zorg aan professionele standaarden. Eerder in deze brief wees ik er al op dat kwaliteit twee kanten heeft: de ervaring van de cliënt, die zich vooral richt op woonomgeving en bejegening en de kant van de veilige zorg, vertaald in meetbare indicatoren. In mijn visie op kwaliteit staat het begrip kwaliteit van leven centraal en is veilige zorg daar onlosmakelijk een onderdeel van. Veilige zorg is de basis van waaruit gestart wordt; van daaruit kan kwalitatief goede zorg zich richten op een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven of welbevinden. In het sturen op kwaliteitsverbetering wil ik mij dus richten op beide kanten van kwaliteit. Daarbij verdient technologische innovatie een veel grotere rol dan tot op heden is erkend. De technologische ontwikkelingen bieden namelijk kansen om zorgverleners en cliënten te ondersteunen bij veel aspecten van het zorgverleningsproces. In de innovatiebrief van de Minister en mij, die we u binnenkort zullen toezenden, wordt hierop teruggekomen.

Oorzaken voor laag tempo kwaliteitsverbetering

Bij het formuleren van de actiepunten op korte en middellange termijn is nader gekeken naar de dieperliggende oorzaken van het achterblijven van de kwaliteitsontwikkeling van zorg voor ouderen. In het rapport van de IGZ wordt ook een aantal aanbevelingen gedaan die daaraan gerelateerd zijn. De belangrijkste oorzaken zijn:

- De «automatische» ontwikkeling van relatief lichte zorgvragen naar verpleeghuiszorg, waarbij niet alle instellingen de benodigde kwaliteitsverbeteringen structureel borgen.
- De te geringe aandacht van de leden van de raden van bestuur om de kwaliteit en de cyclus van kwaliteitsverbetering in de organisatie blijvend te implementeren. Een belangrijk onderdeel hierbij is sturing op de noodzakelijke samenwerking, werksfeer en adequate inzet van specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundigen en het verzorgend personeel.⁷
- De kennis en vaardigheden van het personeel zijn niet meegegroeid met de verzwaring van de zorgvraag. Bijscholing en aanpassing van de curricula zijn noodzakelijk.⁸
- De aantrekkelijkheid van de ouderenzorg voor verpleegkundigen en verzorgenden ten opzichte van bijvoorbeeld ziekenhuiszorg is de afgelopen jaren teruggelopen, zo stellen onze gesprekspartners.
- In het stelsel van de langdurige intramurale zorg is het kwaliteitsbeleid voornamelijk vormgegeven in wetgeving die rechtstreeks gaat over kwaliteit van zorg (o.a. Kwaliteitswet, wet BIG) gericht op de instellingen en professionals. Governance en bekostigingssystemen, die indirect ook van invloed zijn op kwaliteit en innovatie, zijn nog te weinig ondersteunend aan deze doelen. De relatie tussen kwaliteit en veiligheid, cliëntenstromen en financiële consequenties is daarvoor nog onvoldoende.
- De technologische innovaties in de verzorgings- en verpleeghuizen, die een impuls kunnen geven aan de kwaliteit en veiligheid van zorg, komen te weinig van de grond.

Opvallend in de intramurale ouderenzorg is dat, hoewel de context voor alle zorgaanbieders hetzelfde is, de resultaten soms aanzienlijk van elkaar afwijken. Ter voorbereiding op deze brief heb ik Gupta Strategists gevraagd een aantal analyses te doen over wat bepalend is voor kwaliteit, de relatie met de bedrijfsvoering en de samenhang tussen kosten en kwaliteit. Het adviesbureau heeft hiertoe gesprekken gevoerd met bestuurders van een tiental instellingen in de ouderenzorg en landelijke gegevens (afkomstig uit bijvoorbeeld de cq-index, Zorgkaart Nederland en de jaarverslagen) bestudeerd. Uit de eerste resultaten lijkt naar voren te komen dat er geen indicatie is dat het beschikbaar budget belemmerend is voor kwaliteit. Wel lijkt er een relatie te bestaan tussen een gezonde bedrijfsvoering c.q. een positief bedrijfsresultaat en ervaren cliëntkwaliteit (gemeten via cq-index). De analyse zal nog verder worden voortgezet en uitgediept en de uitkomsten zullen in een rapport worden verrat en worden betrokken bij de uitwerking van deze brief. Ik zal u het rapport toesturen zodra het is afgerond.

De ervaringen van In voor Zorg bevestigen het bovenstaande beeld. Er zijn ook in het huidige systeem voldoende aangrijpingspunten om wel aan

⁷ Zo blijkt uit onderzoek dat de mate waarin een afdeling goed scoort op contextfactoren als ervaren werkdruk, werktevredenheid, samenwerking en overdracht tussen medewerkers bepaalt of een afdeling uiteindelijk onder gemiddeld, gemiddeld of bovengemiddeld scoort op de totale kwaliteit van zorg. De achterstand in Nivel, De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg, 2012.

⁸ Rapport IGZ pagina 15 en 16.

de kwaliteit te voldoen, te innoveren en topzorg te leveren in het verpleeghuis. Feit blijft echter dat het een te kleine minderheid is.

«InVoorZorg!» heeft diverse zorgaanbieders ondersteund in het realiseren van hun visie om de cliënt centraal stellen en deze samen met zijn sociale omgeving te faciliteren in zelfredzaamheid. Ook zorgaanbieders die een beroep doen op «InVoorZorg!» met een focus op sec bedrijfsvoering zien gaandeweg dat de cultuuromslag noodzakelijk is.

«Zelfsturende teams» zijn doorgaans de weg binnen IVZ waarlangs er een kanteling in de organisatie plaatsvindt naar ruimte en vertrouwen geven aan het primaire proces en te komen tot «zorgen dat» in plaats van «zorgen voor». Niet alleen de professional moet hiertoe een ontwikkeling doormaken, ook ondersteunende diensten, behandelteams en managers worden gecoacht in het vervullen van een meer faciliterende rol (in plaats van controlerende rol) richting de professional.

De professional krijgt de ruimte om samen met de cliënt en zijn naasten tot betere oplossingen te komen. Tevens wordt de rol van naasten in het zorgproces vormgegeven met als neveneffect dat professionals worden ontlast. Zorgprocessen worden daardoor 10 tot 15% doelmatiger bij een gelijkblijvende kwaliteit van zorg.

Onderdelen van dit percentage zijn o.a. toename productie, verlaging ziekteverzuim, minder verspilling en afname interne regeldruk, meer normverantwoorde zorg en minder inzet van managers en medewerkers. Deze verminderde regeldruk maakt het voor de professional mogelijk om tot 25% meer cliënten te kunnen verzorgen en/of meer rechtstreeks contact te onderhouden met cliënten.

Een kwaliteitsimpuls ontstaat omdat de rol van de familie in het zorgproces toeneemt. Er zijn voorbeelden van InVoorZorg- trajecten waarbij er een toename is van 15% van de cliënten die aangeven meer mee te kunnen beslissen over de *inhoud* van zorg; wat betreft meebeslissen over de *tijdstippen* waarop men zorg ontvangt is er een toename van 40%.

In het kader van borging op de lange termijn wordt er in veel gevallen een nieuwe monitoringssystematiek ingevoerd, waarbij er overzichten van indicatoren worden gemaakt om de resultaten van deze visie te volgen. Het biedt continue feedback aan professionals om gedrag bij te stellen en te blijven ontwikkelen en leren in het centraal stellen van de cliënt. Cliënten merken duidelijk effect: er is meer ruimte om echt stil te staan bij hun behoeften, er is meer rust en de rol met familie is gelijkwaardiger.

Wettelijk kader en gevoerd beleid

Om de kwaliteit van zorg te kunnen verbeteren, is het belangrijk dat alle partijen hun steentje bijdragen, ieder vanuit zijn eigen rol en verantwoordelijkheid. Het wettelijk kader bepaalt welke verantwoordelijkheid de verschillende partijen hebben.

In het huidige wettelijke kader wordt via de Kwaliteitswet zorginstellingen aan zorgaanbieders de plicht opgelegd om verantwoorde zorg te leveren. Het begrip «verantwoorde zorg» is een open, landelijke norm, waarmee een opdracht aan zorgaanbieders wordt gecreëerd. Zij zijn dus zelf primair verantwoordelijk voor een goede kwaliteit, en niet een derde partij zoals

de gemeente of zorgverzekeraar. De invulling van het begrip verantwoorde zorg wordt in beginsel overgelaten aan veldnormen. Maar wanneer die veldnormen er niet zijn, terwijl dat wel noodzakelijk is om tot verantwoorde zorgverlening te kunnen komen, kan de overheid nadere regels stellen. Dat is bijvoorbeeld gebeurd bij de Zorgplanbespreking. Door de komst van het Zorginstituut Nederland is het daarnaast mogelijk geworden om opdracht te geven veldnormen te laten ontwikkelen. Binnen de zorgaanbieder is de bestuurder de motor achter een goedwerkend kwaliteitssysteem binnen de instelling, zowel op instellingsniveau als op cliëntniveau. Hij moet ervoor zorgen dat de deskundigheid van medewerkers is afgestemd op de zorgvraag van cliënten. Medewerkers hebben vanzelfsprekend een eigen verantwoordelijkheid om te blijven voldoen aan de beroepskwalificaties en de eisen die de Wet BIG aan hen stelt, maar de zorgaanbieder dient daar voldoende gelegenheid voor te bieden. Wanneer zorg en ondersteuning door meerdere personen of instanties geleverd wordt, moeten alle betrokkenen er actief aan werken om elkaar te informeren en hun handelen op elkaar af te stemmen.

Zorg in verzorgings- en verpleeghuizen wordt ingekocht door zorgkantoren (nu nog AWBZ en vanaf 2015 Wlz). De zorginkoper let er bij de inkoop op dat kwaliteit van zorg een binnen de instelling levend thema is, waarbij de instelling zich toetsbaar opstelt. De IGZ ziet toe op de naleving van de geldende wet- en regelgeving, zoals de Kwaliteitswet, en treedt op wanneer de veiligheid en kwaliteit van zorg in het geding komt. De wijze waarop toezicht wordt gehouden is eveneens een bepalende factor voor de manier waarop instellingen omgaan met kwaliteitsbeleid. Zorgaanbieders kunnen worden uitgedaagd of gestimuleerd om hun verantwoordelijkheid te nemen voor een goedwerkend kwaliteitssysteem, maar kunnen ook de verkeerde prikkels krijgen en krampachtig op details gaan letten. Bij de uitwerking van deze kwaliteitsbrief is het van belang dat er door betrokken partijen en Inspectie afspraken worden gemaakt over de focus en uitvoering van de inkoopfunctie en het toezicht.

Om kwaliteit van zorg prominenter aandacht te geven, is er de afgelopen jaren een juridisch programma opgestart dat het huidige wettelijke kader aanscherpt. Ik licht daar enkele onderdelen uit:

- Het wetsvoorstel voor de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), dat thans in behandeling is bij de Eerste Kamer.
- De Wlz biedt ruimte voor cliënten door de keuze te geven uit drie wettelijk verankerde leveringsvormen: zorg in natura met verblijf, een volledig pakket thuis of een persoonsgebonden budget. Daarnaast heeft de Wlz de mogelijkheid om via de zorginkoop sterker te sturen op kwaliteit.
- Het wetsvoorstel Zorg en dwang geeft aan welke rechtspositie cliënten hebben wanneer zij worden geconfronteerd met onvrijwillige zorg. Het wetsvoorstel, dat sinds september 2013 in behandeling is bij de Eerste Kamer, garandeert een zeer zorgvuldige besluitvormingsprocedure, uitgaande van een nee, tenzij-benadering.
- Zoals in de brief »Goed bestuur in de zorg» (19 september 2013) al is aangegeven, is er behoefte aan een verbetering van de governance. Daartoe worden voorstellen gedaan, waaronder het versterken van de medezeggenschap van cliëntvertegenwoordigende organen. Een nadere uitwerking van de verbetering van medezeggenschap in de langdurige zorg zal daarom worden meegenomen in de agenda rondom de versterking van Goed bestuur in de zorg.

Omdat wetgeving alleen niet voldoende is, stimuleert de overheid kwaliteit met onderzoeksprogramma's gericht op het verkrijgen van de benodigde kennis. Via verbeterprogramma's wordt deze kennis verspreid en geïmplementeerd. In de loop der jaren heeft VWS geïnvesteerd in Zorg

voor beter, het Nationaal Programma Ouderenzorg, het Deltaplan Dementie, het onderzoeksprogramma en verbeterprogramma palliatieve zorg, InvoorZorg en het experiment regelarme instellingen (Erai). Binnenkort komen daar het Nationaal programma palliatieve zorg en het voorgenomen programma gehandicaptenzorg bij. Geconstateerd kan worden dat de afgelopen jaren al veel beleid is gevoerd op de verbetering van de kwaliteit van de intramurale ouderenzorg. Dit heeft op specifieke onderdelen zeker tot meer kennis en tot verbeteringen geleid. Ik zie echter dat er bij een te groot gedeelte van de instellingen in de ouderenzorg een bepaalde verbeterkracht ontbreekt, waardoor goede voorbeelden onvoldoende worden geïmplementeerd in de sector en kwaliteitsverbeteringen niet beklijken. Daarmee raakt deze groep achterop. Om dat te doorbreken kies ik voor andere instrumenten, die zich richten op het structureel vergroten van de verbeterkracht van zorgaanbieders. In de bijlage⁹ is deze aanpak, gericht op de middellange termijn, beschreven aan de hand van vijf speerpunten.

Tot slot

De kwaliteit van de zorg voor ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen kan en moet beter. Kan, omdat in de praktijk blijkt dat in een goed samenspel tussen management, zorgverleners en cliënten zorg van hoge kwaliteit haalbaar is. Moet, omdat gelet op de complexer wordende zorgvraag versnelling van de kwaliteitsontwikkeling noodzakelijk is. Alleen dan blijven we ook in de toekomst trots op de langdurige zorg in Nederland.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn

⁹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl