

Vergaderjaar 2016–2017

**31 765**

**Kwaliteit van zorg**

**Nr. 261**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 januari 2017

**1. Inleiding**

Tijdens het VAO over de kwaliteit van de verpleeghuiszorg, op 8 december 2016 (Handelingen II 2016/17, nr. 33, item 7), heb ik de motie, waarin de Kamer het manifest «Scherp op Ouderenzorg» omarmt en de regering verzoekt om puntsgewijs aan te geven op welke wijze zij hier invulling aan geeft, overgenomen<sup>1</sup>. Met voorliggende brief geef ik uitvoering aan genoemde motie.

Een belangrijk onderdeel van het manifest is de oproep om normen vast te stellen voor personeelsbezetting en het budget hierop aan te passen. Deze normering is vastgelegd in het bijgevoegde kwaliteitskader verpleeghuiszorg, zoals dat op 13 januari 2017 is vastgesteld door het Zorginstituut. Ik heb u in het debat van 8 december 2016 tevens toegezegd dit kwaliteitskader aan uw Kamer te sturen en hierop te reageren. Vanwege de samenhang tussen het kwaliteitskader en het manifest zal ik eerst kort de ingezette ontwikkelingen ter verbetering van de verpleeghuiszorg schetsen. Daarna ga ik in op de wijze waarop het kwaliteitskader in wordt gevoerd en reageer ik puntsgewijs op het manifest.

**2. Structurele verbeteringen verpleeghuiszorg**

De structurele verbeteringen van de verpleeghuiszorg zijn ingezet met het plan «Waardigheid en Trots» dat samen met de leden van de Taskforce verpleeghuiszorg (de Patiëntenfederatie, LOC, V&VN, Verenso, ActiZ, BTN, het Zorginstituut, Zorgverzekeraars Nederland en de IGZ) is opgesteld. De kernelementen daarvan zijn.

1. *Direct ingrijpen daar waar de kwaliteit onvoldoende is:* De IGZ heeft sinds 2015 toezicht gehouden op 150 hoog risico-instellingen, met een vervolgfase van intensief toezicht op verpleeghuizen waar een

<sup>1</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 254

risico bestond op onverantwoorde zorg (bijvoorbeeld met betrekking tot medicatieveiligheid) en ingegrepen als dat nodig bleek. Daarnaast is er een grotestedenaanpak in Amsterdam en Rotterdam, is er een interventieteam ingezet bij Careyn en worden 50 zorgorganisaties ondersteund bij het oplossen van kwaliteitsproblemen.

2. *Investeren in personeel, bezuinigingen geschrapt*: Er is vanaf vorig jaar structureel € 200 mln beschikbaar gesteld voor dagactiviteiten van ouderen en het bevorderen van deskundigheid van de professionals. Voorts is de voorgenomen bezuiniging van € 500 miljoen op de Wet langdurige zorg (Wlz) met ingang van 2017 geschrapt.
3. *Goede verpleeghuizen zijn de norm*: Blijvende verbetering en vernieuwing kan alleen worden bereikt als deze uit de sector zelf komt en goede voorbeelden de norm worden voor allen. Door circa 175 verpleeghuizen wordt hard gewerkt aan vernieuwing. Ook hebben duizenden mensen op [www.zorgkaartnederland.nl](http://www.zorgkaartnederland.nl) hun cliëntervaringen gedeeld. Begin 2017 worden indicatoren over basisveiligheid openbaar gemaakt waarmee verbetering verder kan worden gestimuleerd. Meer toekomstgericht is recent de bundel «Verpleeghuiszorg 2025» gepresenteerd.
4. *Verbetering is duurzaam en niet vrijblijvend*: Belangrijk voor de bestendiging van de kwaliteitsverbeteringen is het nieuwe kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Daarmee wordt de lat voor de gehele sector hoog gelegd en is het verbeteren van kwaliteit niet meer vrijblijvend. Hierbij gaat het om het verbeteren van de kwaliteit en waardigheid door de ogen van de cliënt: het gaat om aandacht, niet om vinklijstjes. Dit is waar de hiervoor genoemde 175 verpleeghuizen ook aan werken. Hun ervaringen hebben bijgedragen aan de totstandkoming van het kwaliteitskader.

### 3. Een nieuw kwaliteitskader

Op 13 januari 2017 heeft het Zorginstituut het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, inclusief normen voor personeel, opgenomen als kwaliteitsstandaard in haar register. Ik vind het van groot belang dat nu voor het eerst een alomvattend kwaliteitskader voor de gehele sector vast is gesteld. Niet alleen wordt hiermee de lat voor goede kwaliteit van zorg en leven hoger gelegd: ook is nu voor iedereen duidelijk aan welke normen moet worden voldaan en waarop hij mag rekenen. Tevens wordt op deze normen gehandhaafd: van vrijblijvendheid is geen sprake meer. U treft het kwaliteitskader bijgevoegd bij deze brief aan<sup>2</sup>.

Het kwaliteitskader neemt – zo schrijft het Zorginstituut – de bewoner als vertrekpunt. Iemand met een zorgbehoefte is iemand met een eigen geschiedenis, een eigen toekomst, eigen doelen, eigen context en eigen naaste(n). Om voor de cliënt tot goede kwaliteit te komen, legt het kwaliteitskader de nadruk op kwaliteitsverbetering als continu proces. «De verpleeghuiszorg is immers gebaat bij een stimulerende benadering, met vertrouwen in de betrokkenheid, trots en kracht van zorgverleners en met respect voor de lokale en persoonlijke context». Ook voorziet het kwaliteitskader in transparantie vanuit de zorgaanbieders. Door het vaststellen van het kwaliteitskader wordt uitvoering gegeven aan de motie Dik-Faber<sup>3</sup>, de motie Potters<sup>4</sup> en de motie Dik-Faber<sup>5</sup>.

<sup>2</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

<sup>3</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 256

<sup>4</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 257

<sup>5</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 241

Het kader geeft duidelijkheid aan cliënten waarop zij kunnen rekenen als zij zijn aangewezen op verpleeghuiszorg. Hierbij behoren ook harde normen voor de basisveiligheid (hoofdstuk 3 van het kwaliteitskader) en de personeelssamenstelling: totdat de sector context afhankelijke en doelgroep-gebonden normen heeft ontwikkeld voor de personeelssamenstelling gelden daarvoor de minimum normen. In § 6.3 van het kwaliteitskader is daartoe o.a. het navolgende opgenomen.

#### *Aandacht, aanwezigheid en toezicht*

- Tijdens de zorg en ondersteuning bij intensieve zorgmomenten (zoals opstaan, naar bed gaan, intake en rond het sterven) zijn er minimaal twee zorgverleners beschikbaar.
- Tijdens de dag en avond is er permanent iemand in de huiskamer of gemeenschappelijke ruimte om de aanwezige bewoners de benodigde aandacht en nabijheid te bieden en toezicht te houden.
- In iedere dagdienst (ook in het weekend) is er per groep iemand aanwezig met de juiste kennis en competenties heeft om separaat van de zorgtaken ook aandacht te besteden aan zingeving/zinvolle dag-invulling van cliënten.
- De zorgverleners die direct in contact zijn met de cliënten kennen hun naam en zijn op de hoogte van hun achtergrond en persoonlijke wensen.

#### *Specifieke kennis, vaardigheden*

- Er is altijd iemand aanwezig die met zijn of haar kennis en vaardigheden aansluit bij de (zorg)vragen en (zorg)behoeften van de cliënten en bevoegd en bekwaam is voor de vereiste zorgtaken.
- in iedere locatie voor cliënten 24/7 een BIG geregistreerde verpleegkundige binnen 30 minuten ter plaatse.
- Er is in iedere locatie 24/7 een arts bereikbaar en oproepbaar. Deze arts reageert direct en is uiterlijk binnen 30 minuten ter plaatse.
- Er zijn 24/7 aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit zoals: opschalen van personeel (inzetten mobiel team).

Ik meen dat het Zorginstituut een goede balans heeft gevonden tussen deze normen en de nadruk op leren en verbeteren alsmede op transparantie over kwaliteit voor partijen en (toekomstig) bewoners en verwanten. Een belangrijke stap daarbij is dat deze informatie ook centraal en laagdrempelig ontsloten wordt.

Het kwaliteitskader beschrijft – voor het eerst in de geschiedenis van de langdurige zorg – wat goede en doelmatige verpleeghuiszorg betekent en wat verwacht wordt van zorgverleners en zorgorganisaties als het gaat om kwaliteit van verpleeghuiszorg. Ik acht het van groot belang dat hiervoor ook draagvlak en eigenaarschap bestaat, in het bijzonder bij cliëntorganisaties, de betrokken beroepsgroepen alsmede de brancheorganisaties. Van het Zorginstituut heb ik vernomen dat er voldoende draagvlak is. Uitgangspunten en doelen worden breed onderschreven, als motiverend beschouwd en ondersteunend aan de in gang gezette beweging. Ook het dynamisch ontwikkelproces van samen leren en verbeteren van kwaliteit in de implementatiefase is daarbij van belang.

### *Invoering: vanaf heden gestart*

Het kwaliteitskader is vanaf heden van kracht. Het kwaliteitskader stelt een nieuwe en ambitieuze norm voor alle verpleeghuizen. Het is de verantwoordelijkheid van alle verpleeghuizen om hier onmiddellijk mee aan de slag te gaan<sup>6</sup>. Het zal wel enige tijd vergen voordat alle verpleeghuizen hieraan kunnen voldoen. Het kwaliteitskader vraagt aanpassingen van alle partijen die een verantwoordelijkheid hebben voor verpleeghuiszorg. De regie op het proces van implementatie ligt bij het Zorginstituut, de verantwoordelijkheid voor de uitvoering ligt bij de sectorpartijen. Om dit te bereiken richt het Zorginstituut een stuurgroep in die de uitvoering van de opdrachten ondersteunt en bewaakt. Deze stuurgroep bestaat uit vertegenwoordigers van de relevante sectorpartijen, inclusief cliënten en zorgkantoren.

Hieronder schets ik de verschillende verantwoordelijkheden bij de invoering hiervan.

#### *– Zorgaanbieders*

Zorgaanbieders zullen – met maatwerk in de praktijk – de concrete vertaalslag moeten maken van het kader naar hun governance, organisatie, beleid en uitvoering. De raad van bestuur dient zijn aandacht te richten op zowel de continuïteit van de organisatie als op de kwaliteit van zorg op basis van het kwaliteitskader, zoals het voldoen aan de personeelsnorm. Ook behoort tot verantwoordelijkheid van de raad van bestuur dat mantelzorgers, de cliëntenraad en professionals uitdrukkelijk betrokken te worden bij invoering van het kwaliteitsverslag in de eigen organisatie. De raden van toezicht dienen hiervoor nadrukkelijk aandacht te hebben.

#### *– Zorgkantoren*

De zorgkantoren zullen verpleeghuiszorg inkopen op basis van het kwaliteitskader. Daarmee brengt het kwaliteitskader een standaardisering in inkoopvoorwaarden, waardoor een bijdrage wordt geleverd aan de vermindering van de administratieve lastendruk en registratielast voor de zorgverleners. Ik stuur de Tweede Kamer binnenkort een amvb over de zorginkoop om dit te reguleren. Voorts informeer ik uw Kamer in februari 2017 over de aanpak administratieve lasten in de Wlz.

#### *– Inspectie voor de Gezondheidszorg*

De IGZ zal het kwaliteitskader als volgt verwerken in haar toezicht.

- In 2016 heeft de IGZ haar toezichtskader voor verpleeghuiszorg gepresenteerd onder de titel «Zo houdt de inspectie de komende jaren toezicht op de verpleeg(huis)zorg»<sup>7</sup>. Omdat de nieuwe benadering van de IGZ al gebaseerd was op de uitgangspunten van het kwaliteitskader zal dat al per 1 maart 2017 geoperationaliseerd kunnen zijn.
- Omdat het kwaliteitskader een nieuwe norm stelt voor alle verpleeghuizen zal naast het risicogestuurde toezicht de IGZ in een meerjaren-cyclus van 4 jaar de gehele sector in beeld houden door inspectiebezoeken, kwaliteitsinformatie van de sector zelf en andere databronnen. Op deze wijze ontstaat een integraal beeld, rekening houdend met context en groepszwaarte van het zorgaanbod van de verpleeghuiszorg. Hierbij zal de IGZ o.a. samenwerken met de zorgkantoren.

<sup>6</sup> Bijvoorbeeld met het instrument leidraad personeel ontwikkeld door V&VN en de Patiëntenfederatie.

<sup>7</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 215

*– Arbeidsmarkt*

Voldoende professionals van het juiste opleidingsniveau zijn een sleutelvoorwaarde voor goede kwaliteit van zorg. Het is daarom van groot belang dat organisaties via strategisch personeels- en opleidingsbeleid investeren in goed opgeleide en duurzaam inzetbare medewerkers en een juiste personeelsmix. Dat vraagt om een scherpe, veelal regionale arbeidsmarktanalyse over de domeinen heen en een sociale dialoog gericht op vernieuwing. Ik heb in overleg met sociale partners in de ouderenzorg het CAOP gevraagd en bereid gevonden om onder leiding van dhr. Uijlenbroek (bijzonder hoogleraar Albeda-leerstoel) met betrokken partijen een strategie te ontwikkelen voor deze opgaven en oplossingsrichtingen in een integrale arbeidsmarktagenda voor de ouderenzorg. Binnenkort komen geactualiseerde arbeidsmarktprognoses van het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn beschikbaar. Deze worden daarbij uiteraard betrokken.

*– Technologie*

Het kwaliteitskader stelt in hoofdstuk 7 terecht dat technologische hulpbronnen zoals ICT en gebruik van domotica, wearables, telemonitoring en e-health van groot belang zijn. Innovatieve technologie draagt bij aan betere kwaliteit van zorg, efficiëntere organisatie van werkprocessen, en kan het gevoel van veiligheid bij bewoners vergroten. En geeft mogelijkheden mantelzorgers te betrekken bij de zorg. Aan adequate inzet van technologie moet aandacht worden besteed zowel in de organisatie van de zorginstellingen als in de opleidingen.

*– Opleidingen*

De veranderingen in de verpleeghuiszorg vragen om andere, nieuwe vaardigheden van de mensen die in de zorg werken. En dus ook om goed zorgonderwijs. Het Zorgpact stimuleert samenwerking tussen zorg- en onderwijsinstellingen en gemeenten, zodat zij daar kunnen inspelen op die veranderingen. Op regionaal niveau zal de samenwerking tussen opleidingsorganisaties en zorgaanbieders gestimuleerd worden en eventuele (vermeende) belemmeringen worden weggenomen. Zorgaanbieders kunnen, (eventueel in overleg met opleidingsorganisaties) bovendien moderne inservice- concepten ontwikkelen zodat professionals deskundigheidsbevordering op maat verkrijgen. Het gaat hierbij niet alleen om medisch personeel maar ook om personeel dat op een andere wijze bijdraagt aan de kwaliteit van leven van ouderen in verpleeghuizen.

*– Financiën*

Een belangrijke randvoorwaarde voor de kwaliteit zijn uiteraard de financiële middelen. Zoals hiervoor genoemd, heb ik voor een betere kwaliteit van verpleeghuiszorg met ingang van 2016 structureel € 200 mln beschikbaar gesteld voor dagbesteding en deskundigheidsbevordering. Daarnaast is de ombuiging op de Wlz van € 500 mln geschrapt.

Het kwaliteitskader stelt een nieuwe en ambitieuze norm voor alle verpleeghuizen. Het is de verantwoordelijkheid van alle verpleeghuizen om hier onmiddellijk mee aan de slag te gaan. Dit in een situatie waarbij de zorgvraag en de zwaarte daarvan blijft toenemen de komende jaren. Daarom heb ik eerder aangegeven te zullen bezien of de middelen voor de

verpleeghuiszorg<sup>8</sup> structureel nog in lijn liggen met de toegenomen zorgzwaarte en de normstelling in het kwaliteitskader, zoals inmiddels vastgelegd door het Zorginstituut. Eerder was voorzien dat de NZa dit advies eind 2017 op zou leveren. Dat zou te lang duren. Daarom zal ik uw Kamer hierover conform u verzoek, mede op advies van de NZa, eind februari nader informeren over de impact van het kwaliteitskader. Ik vind het echter belangrijk dat daar waar verbetering van kwaliteit het hardst nodig is, alvast kan worden begonnen. Hiervoor is in 2017 € 100 mln beschikbaar. Het voor zorgkantoren beschikbare Wlz-kader stijgt hierdoor van € 19,3 mld naar € 19,4 mld.

Belangrijk is dat de zorgkantoren eenduidig over de inzet van deze middelen besluiten. Ik ga in gesprek met de zorgkantoren om tot gezamenlijke uitvoering te komen. Dit alles onder de voorwaarde dat per verpleeghuis een beoordeling plaatsvindt over de eigen mogelijkheden en maatregelen ten aanzien van benutting van reserves, minimalisering van de overhead, betrokkenheid cliëntenraad en personeelsvertegenwoordiging en transparantie over de te nemen maatregelen en resultaten. Hierbij wordt ook gebruik gemaakt van reguliere informatie over de kwaliteit van zorg, zoals de IGZ die beschikbaar stelt. De NZa zal zoals gebruikelijk de benutting van het Wlz-kader 2017 nauwlettend monitoren en daarover advies uitbrengen, waarna ik een besluit zal nemen over het advies.

#### **4. Reactie op «Scherp op ouderenzorg»**

In een eerdere reactie op het manifest<sup>9</sup> heb ik aangegeven dat ik het manifest beschouw als een stimulans en katalysator voor de verbetering van de verpleeghuiszorg. De op 8 december 2016 overgenomen motie van het lid Klever cs<sup>10</sup> verzoekt mij puntsgewijs aan te geven op welke wijze het kabinet invulling geeft aan het manifest. Dat doe ik onderstaand.

##### *1. Stop met politiseren van de verpleeghuiszorg*

De reacties uit politiek en maatschappij hebben duidelijk gemaakt dat het manifest aansluit bij een breed gedeeld gevoel van urgentie over de noodzaak tot het verbeteren van de verpleeghuiszorg voor onze ouderen. Het manifest is door de Tweede Kamer en het kabinet omarmd. De opstellers zelf hebben daarmee een grote bijdrage geleverd aan het depolitiseren van dit onderwerp en dat waardeer ik zeer.

##### *2. Stel vast hoeveel zorgpersoneel nodig is om complete zorg te leveren*

*3. Hanteer totdat deze norm is vastgesteld als vuistregel: minimaal twee bevoegde en bekwame zorgmedewerkers op een groep van maximaal acht bewoners*

Het personeel is het kapitaal van de zorg. De aanwezigheid van voldoende professionals met de juiste competenties en vaardigheden, die zijn afgestemd op de zorgbehoefte van een groep cliënten, is essentieel om goede kwaliteit te kunnen leveren. Het manifest roept op om vast te stellen «hoeveel zorgpersoneel nodig is om complete zorg te leveren», voegt toe «pas het budget aan, aan die norm». Tevens stelt het manifest «Hanteer totdat deze norm is vastgesteld als vuistregel: minimaal bevoegde en bekwame zorgmedewerkers op een groep van maximaal acht bewoners.» Het Zorginstituut stelt, net zoals het veld, dat de

<sup>8</sup> Het NZa onderzoek betreft naast de verpleeghuiszorg ook de GGZ en de gehandicaptenzorg.

<sup>9</sup> In Kamerstuk 31 765, nr. 245 en Kamerstuk 31 765, nr. 250

<sup>10</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 254

personeelsbezetting groeps- en contextgebonden moet zijn. Zorgzwaarte en de omgeving waarin de verpleeghuiszorg wordt gerealiseerd is immers in hoge mate bepalend voor de personeelsinzet. Mensen met dementie, de ziekte van Huntington, niet-aangeboren hersenletsel of een somatisch probleem hebben verschillende zorgbehoeftes en daarmee een andere inzet van personeel nodig.

Tegelijk is in het kwaliteitskader een aantal minimumnormen opgenomen. Hiermee is een balans gevonden tussen noodzakelijke ruimte voor differentiatie en de noodzaak tot minimumnormen.

Ik heb eerder aan de NZa gevraagd tarievenonderzoek te doen met het oog op de ontwikkeling van de zorgzwaarte. Het nieuwe kwaliteitskader wordt daarbij uiteraard meegenomen. Omdat tarievenonderzoek naar zijn aard de nodige tijd in beslag neemt zal ik mede op verzoek van uw Kamer in februari alvast een eerste voorlopig beeld van de verwachte ontwikkeling aangeven.

Daarnaast stel ik, zoals hiervoor aangegeven, aanvullend € 100 mln in 2017 beschikbaar zodat de verpleeghuizen waar verbetering van kwaliteit het hardst nodig is, alvast kunnen beginnen.

#### *4. Stop de overdaad aan registratie*

Zorgverleners moeten zo veel mogelijk tijd kunnen besteden aan het vak waarvoor ze hebben gekozen: het verlenen van zorg. Dit neemt niet weg dat er een aantal registraties is, noodzakelijk voor het kunnen leveren van goede en veilig zorg, bijvoorbeeld rondom medicatieveiligheid. Het Kwaliteitskader geeft in § 8.2 aan dat gegevensverzamelingen die niet nodig zijn voor het zorgproces niet of slechts bij uitzondering plaats mogen vinden. Daarin kan ik mij goed vinden. In mijn brief van medio juni jl. heb ik uw Kamer laten weten hoe ik daar zelf mee aan de slag ga (Kamerstuk 31 765, nr. 211). Ik zet hierbij in op zowel versimpeling van wet- en regelgeving als mogelijke afschaffing. Daarnaast streef ik naar vermindering van administratieve lasten op de werkvloer (ook als deze door de zorgaanbieders zelf in het leven zijn geroepen). Kernelementen hierbij zijn dat de zorgkantoren bij de inkoop slechts de kwaliteitseisen uit het kwaliteitskader gebruiken. De Tweede Kamer ontvangt binnenkort een amvb over de zorginkoop om dit te reguleren. Over de aanpak administratieve lasten in de Wlz informeer ik uw Kamer in februari 2017.

#### *5. Voer een verplichte ballotage in voor bestuurders en toezichthouders*

In het manifest wordt gepleit voor gemotiveerde bestuurders en toezichthouders die beseffen wat zorg is en moeten beschikken over een goed werkend moreel kompas. Ook ik ben van mening dat hun manier van besturen de maatstaf moet zijn voor de sector. Dat is ook wat de beroepsverenigingen van bestuurders en toezichthouders in de zorg (respectievelijk de NVZD en de NVTZ) beogen met de accreditietrajecten die worden uitgevoerd. Die steun ik van harte. Sterker: we moeten er op termijn naar toe dat raden van toezicht slechts bestuurders aanstellen die over een accreditatie beschikken, of bereid zijn zich te laten accrediteren. Bestuurders en toezichthouders zullen getoetst moeten worden op kwaliteiten die van belang zijn om zorgorganisaties goed te kunnen besturen of toezicht daarop te houden. Concrete acties daartoe zijn:

- De NVZD is in 2013 gestart met een accreditietraject voor bestuurders in de zorg. Inmiddels zijn ruim 100 zorgbestuurders geaccrediteerd. De NVZD heeft zich gecommitteerd aan het doel dat in 2021 alle bestuurders in de zorg zijn geaccrediteerd.



- De NVTZ streeft er naar tot aan 2020 een landelijk dekkend accreditatiesysteem op te zetten waarbij de ambitie is dat uiteindelijk alle toezichthoudende organen er aan deelnemen.

Het kwaliteitskader geeft in § 5.2 aan dat de zorgorganisaties volgens de Zorgbrede Governance code moeten werken en het bestuur zich ondersteunend opstelt naar de professionals. Ook stelt het kwaliteitskader bijvoorbeeld dat elke verpleeghuisorganisatie professionele inbreng in het aansturen van de organisatie borgt, door opname van een specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundige of psychosociaal zorgverlener als lid van de Raad van bestuur.

*6. Maximeer de overheadkosten en de reserves: 10% aan overhead, maximaal 25% aan reserves voor elk verpleeghuis, voor elke zorginstelling*

Over de overhead in de langdurige zorg wordt door een extern bureau in opdracht van VWS een onderzoek uitgevoerd. Het rapport met de bevindingen zal ik binnenkort, voorzien van een beleidsstandpunt, aan uw Kamer verzenden. Eerder heb ik aangegeven dat ik geen voorstander ben van een landelijke norm, die voor alle sectoren en zorgaanbieders geldt. Immers: voor een zorgboerderij met een kleine groep medewerkers zal de overhead anders zijn dan bij een organisatie met meerdere locaties. Wel wil ik aan de hand van de onderzoeksresultaten komen tot een realistische richtlijn op basis waarvan instellingen zelf kunnen bepalen welke aard en omvang van de overhead in hun situatie het best bijdraagt aan goede zorg.

Ook waar het gaat om reserves is sprake van variatie. Ook ik wil niet dat er teveel reserves zijn bij de verpleeghuizen. Reserves van 25% zijn inderdaad in de meeste gevallen genoeg. Ik vind het van belang dat bestuurders en raden van toezicht van zorginstellingen een expliciete afweging maken in het aanwenden van de financiële middelen om zorg van goede kwaliteit te kunnen leveren. Uiteraard moet er voldoende worden geïnvesteerd in de kwaliteit van zorg. Met de sector en financiële instellingen zal ik overleggen hoe hier goede handvatten voor kunnen worden ontwikkeld.

*7. Maak een einde aan de angstcultuur die bij te veel zorginstellingen heerst en garandeer een prettige werkomgeving*

Ik verwacht van bestuurders dat zij luisteren naar de zorgen, klachten en ervaringen van hun personeel. Zij dragen de verantwoordelijkheid om een cultuur te scheppen en bewaken waarin het personeel en uiteraard ook bewoners en hun verwanten zich vrij voelen om dit te doen. Immers, de relatie tussen een bewoner en een zorgverlener kan alleen tot bloei komen wanneer er sprake is van betrokken en goed toegerust personeel. Er mag nooit sprake zijn van een angstcultuur. De ondernemingsraden, de cliëntenraden, de verpleegkundig/verzorgende adviesraad en individuele cliënt kunnen hiervan uiteindelijk meldingen doen via het **Landelijk Meldpunt Zorg** (LMZ). De IGZ neemt deze meldingen mee in haar toezicht.

*8. Stel een eenvoudige norm op voor bijscholing*

Professionals doen mooi maar ook zwaar werk. Het is belangrijk dat zij de ruimte hebben om hun vak bij te houden. In het kwaliteitskader zijn ten aanzien van scholing bepaalde vereisten opgenomen, te weten:

- Er is voldoende tijd en ruimte om te leren en te ontwikkelen via feedback, intervisie, reflectie en scholing.



- De EVV-er of contactverzorgende neemt deel aan multidisciplinair overleg.

Bovendien zijn instellingen verplicht om in het kwaliteitsverslag vast te leggen wat de omvang en aard is van de tijd en ruimte voor zorgverleners om te leren en te ontwikkelen via feedback, intervisie, reflectie en scholing. Op deze wijze is transparant hoe zorgorganisaties hier – mede in het licht van hun verplichtingen in het kader van vastgestelde CAO's – invulling aan geven en kan een mening worden gevormd over de vraag of dat voldoende is.

*9. Geef mantelzorgers de mogelijkheid direct maatregelen af te dwingen wanneer de kwaliteit van zorg tekortschiet*

Het is van groot belang dat verpleegzorginstellingen luisteren naar de mantelzorgers die de zorg van hun naaste aan een verpleeghuis toevertrouwen. Mantelzorgers en andere verwanten moeten uiteraard goed betrokken worden bij de zorg voor hun naasten: zij zijn van grote waarde voor de kwaliteit van leven van mensen in een verpleeghuis. Hun mening moet dan ook medebepalend zijn bij de inrichting van de zorg. Een hoeksteen van de Wet langdurige zorg is dan ook het versterken van de driehoek cliënt, professional en mantelzorger. Vele van de 175 zorgaanbieders die werken aan vernieuwing hebben dit ook als focus. De meest directe manier waarop de mantelzorger invloed heeft op de zorg is bij het opstellen en bijstellen van het zorgleefplan voor de cliënt.

Om te borgen dat de mantelzorger ook echt gehoord wordt, is de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) ingevoerd:

- Hierdoor kunnen klachten en geschillen beter kunnen worden afgehandeld.
- De Wkkgz stimuleert zorgaanbieders om onvrede bij cliënten of wettelijk vertegenwoordigers (waaronder mantelzorgers) snel en informeel op te lossen; de termijn is zes weken.
- De verplichte klachtenfunctionaris kan daarbij een ondersteunende of bemiddelende rol spelen.
- Komt de cliënt of wettelijk vertegenwoordiger er niet uit met de zorgaanbieder, dan is er een laagdrempelig alternatief voor de gang naar de burgerlijke rechter: de onafhankelijke geschilleninstantie. Deze instantie kan bindende uitspraken doen.

*10. Geef cliëntenraden in verpleeghuizen helder inzicht in de geldstromen en meer invloed waar het gaat om het bewaken van de kwaliteit van leven van verpleeghuis bewoners.*

In het kader van «Waardigheid en Trots» experimenteren diverse van de 175 zorgaanbieders met het geven van inzicht in de middelen die samenhang met hun zorgvraag. Ook geven zij de cliënt meer beschikingsmacht over deze middelen. In «Waardig Leven met Zorg» wordt in Zuid-Limburg en Rotterdam geëxperimenteerd met persoonsvolgende inkoop, waarbij de keuze van de cliënt bepalend is voor de bekostiging van de zorgaanbieders.

In de brief van 22 januari 2015 over Goed bestuur hebben de Minister van VWS en ik het belang van medezeggenschap benadrukt (Kamerstuk 32 012, nr. 23). We hebben ook aangegeven de regels ten aanzien van medezeggenschap te willen verbeteren, zodat deze aansluiten bij wat er op dit moment van medezeggenschap in de zorg mag worden verwacht. In het manifest wordt gevraagd om helder inzicht en meer invloed voor cliëntenraden. Ter versterking van de positie van cliënten in de zorg wordt de Wet medezeggenschap momenteel gewijzigd. Deze wijzigingen richten

zich ook op genoemde punten van de indieners. Op 13 november jl. is de internetconsultatie voor het wetsontwerp afgerond. Er zijn bijna 150 reacties op het voorstel binnengekomen. Deze worden nu verwerkt. Het wetsvoorstel tot wijziging van de Wmcz wordt verder gereed gemaakt voor verzending aan de Raad van State ter advisering. Zodra het wetsvoorstel bij de Tweede Kamer is ingediend, gaan de Minister en ik graag met uw Kamer het gesprek hierover aan. Ik verwacht dat het wetsvoorstel komend voorjaar kan worden ingediend.

## **5. Tot slot**

Met het omarmen van het manifest «Scherp op Ouderenzorg» en de totstandkoming van het Kwaliteitskader treedt een nieuwe tijd aan voor de verpleeghuiszorg in Nederland. Met het inschrijven van het kwaliteitskader in het register van het Zorginstituut is een belangrijke en grote stap gezet in de ontwikkeling en borging van de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. Het kwaliteitskader is vanuit de cliënt en de professional opgebouwd. Het geeft helderheid aan de cliënt, zijn verwanten, aan zorgverleners, aan toezichthouders en inkopers. Allen kunnen nu vanuit een kader werken aan hetzelfde doel: kwalitatief goede zorg voor kwetsbare ouderen. De doelen van Waardigheid en Trots, het kwaliteitskader en het manifest versterken elkaar. Die kracht wil ik blijven benutten.

Het veld, en in het bijzonder de zorgverleners en zorgorganisaties zijn nu primair aan zet. Daarvoor heeft men ook de ruimte. Daar waar hulp en ondersteuning wenselijk of nodig is, zal die worden geboden. Om te beginnen door het ter beschikking stellen van € 100 miljoen aan extra middelen aan verpleeghuizen waar verbetering van kwaliteit het hardst nodig is.

Tegelijkertijd zal ik de andere onderdelen van «Waardigheid en Trots» onverminderd voortzetten, zoals het uitwisselen van goede voorbeelden, aanspreken van zorgaanbieders waarbij de kwaliteit niet de maat is en hulp bieden aan zorgaanbieders die dat nodig hebben. Juist in de combinatie van vernieuwen, leren, normeren en toezicht houden ligt de weg die leidt tot liefdevolle zorg voor kwetsbare ouderen. Ik kijk er naar uit om de komende weken gesprekken hierover te voeren met verzorgenden en verpleegden van tien aan «Waardigheid en Trots» deelnemende zorgaanbieders te voeren.

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