

Vergaderjaar 2003–2004

28 439

Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen

Nr. 5

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 juni 2004

Inleiding

Tijdens de behandeling van de VWS-begroting in november 2003 en op verschillende andere momenten heb ik u toegezegd u in het voorjaar van 2004 te informeren over het Landelijk Actieprogramma Kwaliteit voor de care (LAK-care) voor de ouderen- en gehandicaptenzorg. Met deze brief kom ik die toezegging na.

Werken aan kwaliteit van zorg zou anno 2004 iets vanzelfsprekends moeten zijn. De praktijk van alle dag echter laat zien dat hieraan nog het nodige ontbreekt. Aan de andere kant blijkt dat een deel van de aanbieders in de ouderen- en gehandicaptenzorg er heel goed in slagen om kwalitatief goede zorg te leveren. Er bestaan op dit moment grote verschillen in de kwaliteit van zorg tussen de verschillende aanbieders. Deze verschillen moeten worden teruggebracht.

Natuurlijk werken er in de care ook veel mensen die met enthousiasme innovaties in de zorg tot stand brengen. Het is de kunst om de kennis van deze mensen naar boven te halen en overdraagbaar te maken voor anderen. Op die manier kunnen veel meer cliënten dan nu het geval is van deze innovaties profiteren. In december 2002 heb ik in de brief «kwaliteit van zorg» aan de Tweede Kamer (TK2002–2003 28 439, nr. 2) een oproep gedaan aan alle betrokken organisaties om werk te maken van het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het kwaliteitsbeleid in de zorg. Ik ben bereid op tijdelijke basis een impuls te geven aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg, waarbij ik van aanbieders een actieve inzet verwacht.

Uitgangspunt is en blijft dat zorgaanbieders verantwoordelijk zijn voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Om de verbeteringen in de kwaliteit van zorg te stimuleren ontwikkelen de minister en ik een Landelijk Actieprogramma Kwaliteit, Innovatie en Doelmatigheid (LAK), dat per sector is ingevuld. In de programma's is de lijn van de kwaliteitsbrief van december

2002 verder uitgewerkt. Gekozen is voor een gerichte aanpak waarbij de centrale vragen zijn: waar heeft de cliënt het meest last van in de zorg en waar kan de zorg aanzienlijk verbeteren en hoe kunnen we tegelijkertijd de doelmatigheid vergroten?

Bij de invulling van de programma's is gekozen voor de prioriteitsgebieden veiligheid, logistiek en zeggenschap van de patiënt/cliënt¹. Op 20 november 2003 is door de minister het programma «Sneller Beter» gepresenteerd waarvan het LAK voor de ziekenhuizen een onderdeel vormt (TK 2003–2004 28 439, nr. 3). Ook voor andere sectoren, waaronder de care, wordt een landelijk actieprogramma ontwikkeld.

Landelijk Actieprogramma Kwaliteit voor de care

In het LAK-care geef ik voor de ouderen- en gehandicaptenzorg invulling aan de actiepunten uit de kwaliteitsbrief. Vanwege het eigen karakter van de care is op een aantal punten een specifieke invulling gegeven aan het programma. Cliënten in de care zijn in veel gevallen langdurig afhankelijk van zorg. Dat maakt dat zij een beeld hebben van de door hen gewenste zorg, die moet zijn afgestemd op het dagelijks functioneren van de cliënt. Vanuit die optiek is het van belang dat bij de samenstelling van het zorgarrangement rekening gehouden wordt met de beleving van het individu. Pas als hieraan is voldaan, kan er sprake zijn van kwalitatief goede zorg. De cliënt moet ruimte hebben om zijn stem te laten horen en daarbij zonodig te beschikken over adequate ondersteuning. In veel situaties wordt nog onvoldoende rekening gehouden met de wensen en behoeften van cliënten. Daarom is de zeggenschap van de cliënt als belangrijk thema van het kwaliteitsbeleid benoemd, naast de eerder benoemde thema's veiligheid en logistiek.

Het programma legt de nadruk op het inventariseren en invoeren van bestaande innovaties waarvan de resultaten leiden tot verbeteringen waar cliënten baat bij hebben. Dat kan zijn een vermindering van de ziektelast, een beter op de cliënt afgestemde zorg, maar ook een slimmere organisatie van de zorg, waardoor het aanbod aan noodzakelijke zorg op de lange termijn gewaarborgd blijft. Daarbij is gekozen voor een gerichte aanpak van een beperkt aantal knelpunten.

In grote lijnen wordt het LAK-care weergegeven in het onderstaande schema.

Om te komen tot een verbetering van de kwaliteit van zorg worden drie actielijnen ingezet. Als eerste moet de transparantie van de zorg verbeteren, zodat cliënten gerichte keuzes kunnen maken en de verschillende partijen hun taak ten aanzien van de kwaliteit goed kunnen uitvoeren. Het traject maatschappelijke verantwoording dat in beide sectoren is gestart leidt onder andere tot verbetering van de verantwoordingsinformatie over de kwaliteit. Daarnaast is het (verder) ontwikkelen van keuzeondersteunende informatie voor cliënten in gang gezet. Een tweede stap is het maken van afspraken met de Inspectie over het formuleren van kwaliteitsindicatoren die toezicht binnen de care sectoren verder vorm geven. Daarnaast maak ik afspraken met de Inspectie over gerichte activiteiten bij het toezicht. De derde lijn bestaat uit het inventariseren en invoeren van goede voorbeelden van innovaties in de care, zodat kwalitatief goede zorg meer en meer gemeengoed wordt.

Zo worden aanbieders via de vraag van de cliënt, door het toezicht vanuit de Inspectie en door een stimuleringsprogramma vanuit de overheid gestimuleerd tot het verbeteren van kwaliteit van zorg. Het programma heeft een looptijd van drie jaar en start in 2005. Diverse voorbereidingen vinden plaats in de tweede helft van 2004. De verschillende lijnen van het LAK-care worden hieronder verder toegelicht.

¹ Daar waar in deze notitie over cliënten wordt gesproken zijn daarin ook de wettelijk vertegenwoordigers begrepen.

Pijler 1: Transparantie in de zorg

Verantwoording over de kwaliteit van zorg

De Kwaliteitswet zorginstellingen stelt globale eisen aan de verantwoording door de aanbieder over kwaliteit van de geboden zorg. Uit de evaluatie van de Kwaliteitswet blijkt dat zorginstellingen verschillend omgaan met de verantwoording over kwaliteit en dat verslagen onvoldoende inzicht geven in het daadwerkelijk gevoerde kwaliteitsbeleid (TK 2001–2002 28 439, nr. 1). In 2002 is een Wetsvoorstel tot wijziging van de Kwaliteitswet zorginstellingen ingediend (TK 2001–2002 28 489). Het betreft hier een aanscherping van de wet die onder meer de mogelijkheid biedt om bij ministerieel besluit aanwijzingen te geven voor de (kwaliteits-)jaarslaglegging. Het streven is om nadere invulling te geven aan dit verslag (standaardisatie) waarbij gedacht kan worden aan het opnemen van de kwaliteitsindicatorensets van de Inspectie voor de Gezondheidszorg als onderdeel van dit verslag.

In de modernisering van de verslaglegging wordt de standaardisatie inhoudelijk verder vormgegeven. Het doel van de modernisering is het integreren van verschillende verantwoordingstromen in één jaardocument. Kwaliteitsverantwoording wordt onderdeel van het geïntegreerde jaarverslag en houdt rekening met de informatiebehoefte van stakeholders van de aanbieder (de cliënt als zorgvrager, zorgverzekeraar als zorginkoper, de Inspectie als toezichthouder en de overheid als systeemverantwoordelijke). Door de geïntegreerde benadering wordt een relatie gelegd met het beleid dat een instelling voert op o.a. financiële en personele vlak. Voor de zorgaanbieder is het jaardocument een belangrijk instrument waarmee hij zich als maatschappelijk ondernemer kan verantwoorden over het gevoerde beleid en de dialoog kan voeren binnen de organisatie en met zijn omgeving en stakeholders.

In de sector Verpleging en Verzorging is vooruitlopend daarop in 2002 een jaardocument V&V ontwikkeld en bij proeve getest bij een aantal zorgaanbieders. In 2004 kunnen zorgaanbieders in de sector V&V – op vrijwillige basis – zich al op deze nieuwe manier verantwoorden over het jaar 2003. In de gehandicaptensector vindt dit jaar een pilot en een praktijktoets plaats. Naar verwachting ligt er eind 2004 één jaardocument voor de care.

Keuzeondersteunende informatie

Om de zeggenschap van cliënten te versterken is het van groot belang dat zij beschikken over vergelijkende informatie over zorgaanbieders: een «keuzegids» voor de zorg. Het gaat daarbij niet alleen om objectieve informatie, maar ook om de waardering van de zorggebruikers. In verschillende trajecten wordt informatie verzameld over de kwaliteit, doelmatigheid en cliëntgerichtheid van het zorgaanbod. Deze informatie moet op een gestructureerde manier beschikbaar komen voor cliënten en moet inzicht geven op producten, dienstverlening, bejegening, wachttijden, kwaliteit, effectiviteit en prijs. Hiervoor zijn nadere afspraken nodig tussen verzekeraars, aanbieders en de relevante cliënten/consumentenorganisaties. In de ouderenzorg is hiertoe al in september 2003 een convenant over keuze-informatie voor cliënten door Arcare, de Landelijke organisatie cliëntenraden (LOC), Ouderenbonden, Alzheimer Nederland en de Consumentenbond.

Ik streef ernaar dit convenant uit te breiden met partijen uit de gehandicaptenzorg.

De verantwoordelijkheid voor de informatieverstrekking ligt bij de zorgverzekeraars en zorgaanbieders, waarbij de cliëntenorganisaties worden betrokken bij de invulling. Ik zal de ontwikkelingen op dit gebied van harte

ondersteunen, bijvoorbeeld door op tijdelijke basis middelen ter beschikking te stellen om het aantal kwaliteitstoetsingen vanuit cliëntperspectief te verhogen en om cliëntgerichte keuzeondersteunende informatie vorm te geven.

Pijler 2: Toezicht door de Inspectie

De Inspectie ontwikkelt voor de ouderen- en gehandicaptensector een vorm van gefaseerd toezicht. Voor de ouderenzorg is een eerste pilot afgerond met het inspectieformulier, waarop naast proces- en structuurindicatoren ook enige uitkomst indicatoren staan voor de verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen. Zomer 2004 komt er een verbeterd formulier met indicatoren gericht op risico's op onverantwoorde zorg. De gehandicaptensector sluit zoveel mogelijk aan bij deze ontwikkelingen. Daar zal een eigen traject van pilots en validering in de zomer van 2004 plaatsvinden. In overleg met de Inspectie is afgesproken om een beperkte set van indicatoren op te nemen in het onderdeel kwaliteit van het jaardocument voor de maatschappelijke verantwoording in de care.

De keuze voor de thema's zeggenschap en patiëntveiligheid¹ is afgestemd met de Inspectie met als doel dat de Inspectie in het toezicht speciale aandacht heeft voor deze thema's van het LAK-care.

Pijler 3: Verbetertrajecten

Bij de verbetertrajecten staan de thema's zeggenschap en patiëntveiligheid centraal. In de uitwerking van de thema's is het van belang dat een keuze wordt gemaakt die aanspreekt in de sector, waar goede voorbeelden van bestaan en waar in een beperkte tijd aanzienlijke verbeteringen te verwachten zijn. Over de invulling van de thema's is daarom overleg gevoerd met het veld. De invulling van de verschillende thema's wordt hieronder toegelicht.

Thema zeggenschap

Bij de uitwerking van het thema zeggenschap ligt de nadruk op de inspraak van de individuele cliënt op de zorg die aan hem/haar wordt geleverd. Om de cliënt echt centraal te stellen is bijschaven van de bestaande zorgpraktijk vaak niet voldoende. Daarvoor zijn vaak ingrijpende veranderingen in de organisatie nodig. In de gehandicapten- en ouderenzorg bestaan verschillende voorbeelden van zorgmethodieken en zorgconcepten, waarbij de zorg wordt georganiseerd rondom de cliënt. Daarmee kan de kwaliteit van de zorg vanuit de optiek van de cliënt flink worden verbeterd. Inzet van het LAK-care is om invoering van dergelijke veranderingen van zorgmethodieken en -concepten op grotere schaal te stimuleren. Het gaat hier om ingrijpende veranderingen in een organisatie die gedurende de hele looptijd van het actieprogramma mogelijk gemaakt worden.

Thema patiëntveiligheid

Voor invulling van het thema patiëntveiligheid staan de volgende onderwerpen op de agenda: decubituspreventie en -behandeling, valpreventie, beschermende maatregelen, seksueel misbruik, medicatieveiligheid en omgaan met agressie en gedragsproblemen. Jaarlijks staan twee onderwerpen op de agenda, waarmee aanbieders van zorg aan de slag kunnen, met ondersteuning vanuit het LAK-care. De volgorde van de onderwerpen is mede afhankelijk van de bestaande praktijk en wordt in overleg met de aanbieders nader bepaald. Het eerste jaar zal in ieder geval het onderwerp decubituspreventie en -behandeling centraal staan.

¹ In aansluiting op de VWS-brede terminologie wordt hier gesproken van patiëntveiligheid. Hiermee wordt ook de veiligheid van cliënten in de care bedoeld.

In het rapport «Decubitus doorgelicht: richtlijn onvoldoende in praktijk toegepast» (februari 2004) meldt de Inspectie dat decubitus nog steeds veel leed veroorzaakt bij patiënten. Afhankelijk van het type zorginstellingen heeft 15 tot 35% van de risicopatiënten decubitus. De inspectie zal de komende jaren een actief beleid voeren om de kwaliteitszorg met betrekking tot decubituspreventie en behandeling te verbeteren. De bestaande decubitusrichtlijn wordt onvoldoende toegepast. Bij de invulling van het thema patiënten veiligheid zal het actieprogramma zich in eerste instantie richten op brede implementatie van de bestaande decubitusrichtlijn.

Passende implementatiestrategie

In het LAK-care leg ik de nadruk op de implementatie van goede voorbeelden in de care die betrekking hebben op de thema's zeggenschap en veiligheid. Op 20 november 2003 is het kwaliteitsprogramma Sneller Beter gepresenteerd voor de ziekenhuizen, waarin de Doorbraaksystematiek (geïntroduceerd door het CBO) is ingezet om bestaande innovaties in de cure breed te verspreiden. Het Doorbraakprogramma wil de kloof tussen wat we weten en wat we doen overbruggen. In een tijdelijk samenwerkingsverband werken teams uit verschillende zorginstellingen en/of regio's in Nederland samen aan kwaliteitsprojecten op een bepaald onderwerp. Tijdens het Doorbraakproject worden de teams begeleid door inhoudelijk en methodische deskundigen.

In de care-sector bestaat nog weinig ervaring met deze systematiek. De verwachting is dat een aantal specifieke kenmerken van deze sector de toepasbaarheid van de systematiek beïnvloeden. Hierbij valt te denken aan de mate van professionalisering van medewerkers en de omvang van de sector (totaal ± 2200 locaties).

Voor de onderwerpen in het thema patiëntveiligheid is de Doorbraakmethode na beperkte aanpassing bruikbaar in de care. Om te komen tot implementatie van zorgmethodieken en zorgconcepten, waarin de cliënt centraal komt te staan in de zorg, zal een ingrijpender aanpassing van de Doorbraaksystematiek nodig zijn. Hiervoor wordt op dit moment een implementatiestrategie ontwikkeld door het NIZW in samenwerking met het CBO¹.

Uitvoering van de implementatie

Om te komen tot succesvolle implementatie van bovengenoemde innovaties in de zorg is gekozen voor een gedifferentieerde aanpak waarin twee lijnen worden uitgewerkt.

- 1 Voor de kortere termijn wordt ingezet op de implementatie van verbeteringen in het professioneel handelen, door gebruik te maken van de Doorbraaksystematiek. Decubituspreventie en -behandeling wordt daarbij als eerste onderwerp opgepakt. Het bestaande protocol wordt in 2004 en 2005 breed ingevoerd in de sector.
- 2 Daarnaast wordt in 2004 gestart met de ontwikkeling van een op de Doorbraak gestoelde methodiek om bredere implementatie van vraaggerichte zorgmethodieken en -concepten mogelijk te maken. In het verlengde daarvan wordt een pilot gestart met een eerste kleine groep instellingen. Op basis van de opgedane ervaringen zal een verdere uitrol plaatsvinden.

¹ NIZW: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn; CBO: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg.

Tot slot

Met het Landelijk Actieprogramma Kwaliteit voor de care wil ik op tijdelijke basis gerichte ondersteuning bieden aan de zorgaanbieders om een aantal knelpunten in de zorg te verminderen. Het programma is slechts aanvullend op de reguliere activiteiten van zorgaanbieders om kwalitatief goede zorg te bieden aan de cliënten. Ik ga ervan uit dat het programma dient als vliegwiel om de kwaliteitsverbetering op gang te brengen en dat aanbieders vervolgens op eigen kracht werk blijven maken van het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
C. I. J. M. Ross-van Dorp