

Vergaderjaar 2004–2005

28 439

Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen

Nr. 9

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 juni 2005

1. Inleiding

Met deze brief wil ik u ter voorbereiding op het Algemeen Overleg van 23 juni a.s. informeren over de voortgang van het kwaliteitsbeleid in de langdurige zorg. Om te beginnen markeer ik de belangrijkste aspecten van mijn beleid tot nu toe. Dit beleid richt zich op twee hoofdlijnen: enerzijds richt ik mij op ondersteuning van de sector bij het veranderen en ontwikkelen van de zorg naar een kwalitatief hoger niveau anderzijds richt ik mij op corrigerende maatregelen zoals intensivering van het toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Ik zal ingaan op de onlangs door de gezamenlijke brancheorganisaties aangeboden *nieuwe normen voor verantwoorde zorg* en de stand van zaken van de eerder ingezette acties (het toezicht, meldpunt IGZ en steunpunt verpleeghuizen). Daarna zal ik afzonderlijk ingaan op het rapport «*Waarde, waardering, waardigheid*» dat in mijn opdracht door een commissie onder leiding van de heer Kennedy, algemeen directeur van Golden Tulip, is opgesteld. Tenslotte wil ik graag de samenhang van de acties laten zien. Ik zal ingaan op de organisatie van dit samenhangende kwaliteitsbeleid in de langdurige zorg en zal ik een programma presenteren waarvoor ik een afzonderlijke *taskforce* kwaliteit onder auspiciën van het actieprogramma *zorgvoorbeter.nl* zal instellen.

Graag onderschrijf ik de constatering in het rapport *Waarde, Waardering, Waardigheid* waarin gepleit wordt voor meer waardering voor het vak en de sector. Er wordt veel goede en liefdevolle zorg geleverd. Dit verhaal moet worden verteld. De commissie Kennedy legt hiervoor de opdracht neer bij de instellingen en werkers in de zorg maar ook bij de rijksoverheid in ondersteunende zin. In deze brief zal ik vooral beschrijven hoe ik de gewenste en noodzakelijke ontwikkelingen in de verbetering van de verpleeghuissector, ook samen met de sector wil oppakken.

2. Stappen tot nu toe

Samen met de sector ben ik bezig met een systematische en programma-tische aanpak van verbetering van de kwaliteit in de langdurige AWBZ-zorg. In december 2002 heb ik mijn visie op het kwaliteitsbeleid gepresen-teerd (TK 2002–2003, 28 439, nr. 2). Belangrijke aandachtspunten in dat plan waren:

1. het opzetten en borgen van kwaliteitssystemen en normen;
2. kwaliteit als aandachtspunt bij de inkoop van zorg door de zorg-verzekeraars;
3. een structurele plaats voor het cliëntoordeel over de zorg;
4. het kiezen van verbeterpeerpunten;
5. het verbeteren van de informatievoorziening over de kwaliteit en doel-matigheid van zorg;
6. bevordering van het gebruik van ICT in de zorgsector;
7. innovaties doorvoeren.

In mijn brief van 28 juni 2004 (TK 2003–2004, 28 439, nr. 5) heb ik het «*Landelijk Actieprogramma Kwaliteit in de care*» gepresenteerd. Ik heb daar drie pijlers genoemd:

- a. verbetering van de transparantie en de verantwoording;
- b. verbetering en structurering van het toezicht;
- c. verbetertrajecten op de thema's zeggenschap en patiëntveiligheid, te beginnen bij decubituspreventie en-behandeling op basis van best practises.

Dit zijn verdere uitwerkingen van de hierboven genoemde punten 1, 3, 4 en 5 van mijn eerder gepresenteerde visie. Deze punten zijn uitgevoerd of in ontwikkeling. In oktober 2004 is het convenant op het gebied van de beheersing van de AWBZ 2005–2007 gesloten met de AWBZ branches. Dit convenant voorziet in afspraken over ICT (punt 6) en innovatie (punt 7). Daarvoor zijn in het convenant ook de nodige middelen gereserveerd. In het convenant dat ik heb gesloten met de zorgkantoren in december 2004, heb ik opgenomen dat zij bij de inkoop van zorg nadrukkelijk het kwaliteitsaspect betrekken (punt 2).

In mijn brief van 28 januari 2005 (TK 2004–2005, 28 439, nr. 8) heb ik de samenhang van de verschillende acties willen benadrukken door de intro-ductie van een herkenbaar sturings- en communicatieplatform: *ZorgvoorBeter.nl*. Dat platform wil ik verder versterken en daarvoor doe ik in deze brief ook voorstellen.

In de verdere uitwerking van deze stappen is sinds het afgelopen najaar een sterk accent komen te liggen op de verpleeghuiszorg. Daaruit vloeide (overigens geheel in lijn met het landelijk actieprogramma) een intensive-ring van het toezicht voort. Ik heb daarover gerapporteerd in mijn brieven van 19 oktober 2004 (TK 2004–2005, 28 439 nr. 7) en van 24 december 2004 (TK 2004–2005, 26 631, nr. 121). Vervolgens heb ik 3 februari, 28 februari en 23 maart jl. met u gesproken over de kwaliteit. In eerste instantie AWBZ breed, maar in een later stadium voornamelijk naar aanleiding van knelpunten in de verpleeghuiszorg.

In aanvulling daarop heb ik: een *meldpunt* bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg ingesteld; een *Steunpunt verpleeghuiszorg* ingesteld voor professionele expertise; de sector verzocht voor 1 juni 2005 in geza-menlijkheid met een nieuwe set normen voor verantwoorde zorg te komen (die mij 8 juni jl. zijn overhandigd) en heb ik een zogenaamde *gezant* aangesteld die van mij de opdracht heeft gekregen te onderzoeken waarom het ene verpleeghuis binnen de financiële randvoorwaarden wel goede zorg kan leveren en de andere zegt daartoe niet in staat te zijn. Het

rapport daarover is u onlangs toegezonden. In deze brief geef ik daarover het standpunt weer.

3. Stand van Zaken al ingezette acties

3.1 Nieuwe normen voor verantwoorde zorg.

Ik heb op 8 juni jl. met waardering kennis genomen van de set normen voor verantwoorde zorg. Ik beschouw deze normen als een belangrijke impuls om de transparantie en kwaliteit binnen de verpleeghuissector te verbeteren. De set is samengesteld door de gehele sector: Arcares, AVVV, NVVA, Sting, LOC, ZN en de IGZ in samenwerking met VWS. Dit is een compliment waard. Niet eerder is er een set normen zo breed gedragen in overeenstemming met elkaar neergelegd.

De set nieuwe normen geeft een streefniveau aan van alle partijen in de sector over hoe de zorg aan cliënten eruit moet zien en biedt naar mijn idee een goed handvat om de zorg waar nodig te verbeteren. De cliënt weet op basis van deze normen waar hij aan toe is, welke zorg hij mag verwachten en kan op basis van deze normen de uitkomsten van de zorg toetsen. Deze normen vormen tevens het fundament om toetsing door de IGZ mogelijk te maken. Transparantie en helderheid over de inhoud van de zorg zijn voor mij van het grootste belang.

De visie van de veldpartijen op verantwoorde zorg en het rapport-Kennedie sluiten goed op elkaar aan. De visie die de cliënt centraal stelt in al zijn facetten, is een antwoord op een aantal adviezen van de commissie Kennedie. De set normen voor verantwoorde zorg is ook in het belang van interne en externe verantwoording, niet alleen op zorg- en welzijnsgebied, maar ook op het gebied van bedrijfsvoering en financiën. Ik heb met de sector afgesproken dat de normen verankerd zullen worden in het jaar-document maatschappelijke verantwoording, in het HKZ certificering-schema en in de prestatie-indicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Hiermee zijn de normen onderdeel van het reguliere bedrijfsproces en gaan ze onderdeel uitmaken van een kwaliteitssysteem van de instelling. Bovendien is het daarmee mogelijk om over het verslagjaar 2006 de kwaliteitskaart te vullen met keuze-informatie voor de cliënt. Ik verwacht voor oktober 2005 de uitwerking van de norm als toetsinstrument tegemoet te zien. Ik zal hiervoor onafhankelijke experts aantrekken die bestaande instrumenten kunnen beoordelen en een nieuw toetsinstrument kunnen maken. De IGZ zal dit proces leiden. Met zorgverzekeraars en zorgkantoren heb ik afgesproken dat zij in ieder geval minimaal deze criteria hanteren in de contractbesprekingen met zorgaanbieders.

3.2 Stand van zaken toezicht

In februari dit jaar heb ik besloten tot intensivering van het toezicht op de verpleeghuizen en de verzorgingshuizen met een verpleegunit. Er is toegezegd om allereerst de 100 instellingen te bezoeken die zijn geselecteerd op basis van de eerste fase van het gefaseerd gelaagd toezicht. Op dit moment zijn al deze 100 instellingen bezocht.

Van deze bezochte instellingen is nog géén instelling in aanmerking gekomen voor verscherpt toezicht van de inspectie.

Zodra de rapportages van de IGZ besproken zijn met de instellingsdirecteuren zullen deze gepubliceerd worden op internet. Voor december 2006 zullen alle verpleeghuizen en verzorgingshuizen met een verpleegunit, in totaal 630 instellingen, bezocht zijn inclusief follow up met plan van aanpak en eventueel ingesteld verscherpt toezicht. Een integraal eindrapport over alle bezochte instellingen zal de IGZ na afronding van de bezoeken aan mij overhandigen.

3.3 Meldpunt IGZ

Ik heb toegezegd een meldpunt bij de IGZ op te zetten waar cliënten, hun familie en de werkende in de zorg terecht kunnen met hun klachten, wanneer zij het gevoel hebben dit niet direct bij de instelling kwijt te kunnen. Dit meldpunt is 1 maart 2005 van start gegaan. Een brief hierover met de eerste stand van zaken heeft u op 27 april jl. ontvangen (TK 2004–2005, 29 800 XVI, nr. 160).

Bijgevoegd¹ vindt u een notitie over de huidige stand van zaken. Uit de meldingen komt naar voren dat de melders weinig gebruik maken van de huidige middelen die hun ter beschikking staan om invloed uit te oefenen op de directe zorg en het zorgproces. Dit komt mede door onbekendheid met de procedures. De meldingen laten zien dat er in een aantal instellingen problemen zijn in de zorgverlening die extra toezicht en aandacht nodig hebben. Onderwerpen waarover veel meldingen zijn gedaan zijn het incontinentiebeleid, het feit dat men niet durft te klagen, de onhelderheid van de procedure om te klagen, te weinig handen aan het bed en een gebrek aan communicatie over het zorgplan. Er wordt in de rapportage gesproken over een aantal anonieme meldingen. Ter verheldering van deze uitspraak; het betreft hier meldingen waarbij de klager geen gegevens wilde kenbaar maken over de instelling die het betrof. Als een klager ondanks inzet van de IGZ uiteindelijk geen naam van de instelling wil vrijgeven wordt verder onderzoek naar de melding onmogelijk. Dit meldpunt heeft de afgelopen periode laten zien dat zij voorziet in een behoefte van de klant en de werkers in de zorg om hun klachten kwijt te kunnen. Dit meldpunt zal dus blijven bestaan. Net als de IGZ vind ik daarbij dat de ombudsfunctie binnen de instellingen versterkt moet worden. Het advies deze functie binnen de instellingen een stevige positie te geven, ondersteun ik dan ook van harte. De zorg rondom incontinentiebeleid neem ik mee in het programma «Zorg voor Beter», de implementatie van richtlijnen is een belangrijke impuls om deze zorg te verbeteren. Ik kom later in de brief (paragraaf 4.3) terug op de acties die ik zal ondernemen op het terrein van communicatie, bejegening en arbeidsproductiviteit.

3.4 Stand van zaken Steunpunt verpleeghuiszorg

Onder de naam «Steunpunt verpleeghuiszorg» zijn de consulenteams op 19 april 2005 van start gegaan. Het steunpunt beschikt over een pool van deskundigen uit de sector waaruit teams naar behoefte kunnen worden samengesteld. Alle verpleeghuizen en verzorgingshuizen met een verpleegunit zijn geïnformeerd over de mogelijkheden die het steunpunt hun kan bieden en ook andere partijen zoals de Inspectie, Zorgverzekeraars Nederland, cliëntenorganisaties en verpleeghuisartsen worden actief benaderd om instellingen te stimuleren zich aan te melden. Ondertussen hebben 19 instellingen zich gemeld met een ondersteuningsvraag die past binnen de doelstelling van het steunpunt. Het merendeel van de instellingen heeft zichzelf aangemeld. Aanleiding om hulp te vragen is bij voorbeeld problemen met implementatie van richtlijnen, problemen met het zorgplan en interne communicatieproblemen. Bij negen instellingen heeft het team een eerste gesprek gehad om de vraag te verhelderen en in een vijftal instellingen is een team van deskundigen aan de slag gegaan. De taak van het steunpunt is zowel gericht op het helpen van instellingen die onder verscherpt toezicht van de IGZ staan als wel het ondersteunen van instellingen die een veranderslag willen maken. Het steunpunt is tevens bezig met het organiseren van regionale netwerken, ze sluiten daarbij aan op bestaande regionale structuren en lokale overlegstructuren.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

4. Waarde, Waardering, Waardigheid

De rapporten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg hebben aangegeven dat de kwaliteit van de verpleeghuiszorg in te veel gevallen onder de maat is. Waar nodig zijn verbeterplannen voorgeschreven en uitgevoerd, zodat de minimale kwaliteit in ieder geval gewaarborgd is. Deze inspectielijn wordt – conform het landelijk actieprogramma dat ik vorig jaar presenteerde – voortgezet.

Ik wilde echter ook meer inzicht in de vraag waarom de ene instelling binnen de financiële randvoorwaarden wel en de ander kennelijk geen goede zorg kan organiseren. Om meer inzicht in dit organisatorische vraagstuk te krijgen heb ik de heer Kennedy gevraagd om vanuit zijn ervaring met een sterk op persoonlijke dienstverlening georiënteerde sector, met een objectieve blik een oordeel te geven over deze vraag. Ik heb hem dus uitdrukkelijk niet om medische zorginhoudelijke oordelen gevraagd. Dat is de taak van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De expertise van een bedrijfstak als de hotelsector is zeer bruikbaar, ook al zijn er naast (bedrijfsmatige) overeenkomsten essentiële inhoudelijke verschillen. Het gaat mij erom open te staan voor bedrijfsmatige professionalisering en verbetering juist omdat zorg een ander vak is, maar een goede bedrijfsvoering cruciaal is gebleken als voorwaarde voor doelmatige zorgverlening en goede zorg. Er kon door de commissie Kennedy als gevolg van een gebrek aan eenheid van taal helaas geen statistisch significante vergelijking worden gemaakt. Dat vind ik, net als de commissie Kennedy, erg jammer. Want juist een eenheid van taal en de daarop te baseren benchmarks zijn een voorwaarde om instellingen van elkaar te kunnen laten leren en langs die weg de doelmatigheid te bevorderen. Wel is geconstateerd dat daar waar de bedrijfsvoering goed was, de zorg volgens de inspectie en cliënttevredenheid goed was. Dit kan naar mijn stellige overtuiging geen toeval zijn. Ik acht die conclusie dan ook zeer waardevol.

Waardevol vind ik ook dat het rapport een cultuur van positieve verbeter- en veranderingsbereidheid in de sector ondersteunt en hiertoe een praktische aanzet voor doet. De eerste reacties vanuit de sector bevestigen dat ook. Ik vind dat naast de toezichtslinje een belangrijke voorwaarde om tot structurele verbetering van de verpleeghuiszorg te komen.

In het stappenplan dat hij als sluitstuk van zijn rapport presenteert legt hij verantwoordelijkheden en actie bij de instellingen zelf, de sector en bij de rijksoverheid. Het is belangrijk dat iedereen deze verantwoordelijkheden en acties oppakt om zo de omslag in de komende periode gezamenlijk te kunnen maken. Op de belangrijkste conclusies uit het rapport van de commissie Kennedy en zijn aanbevelingen ga ik hieronder in.

4.1 Bedrijfsmodel en eenheid van (financiële) taal in de verpleeghuizen

Een van de hoofdconclusies van het rapport is dat het de instellingen vaak ontbreekt aan een heldere (gedeelde) visie op wat men voor zijn cliënten wil bereiken en een daarop afgestemd bedrijfsmodel dat erin voorziet hoe die visie daadwerkelijk gerealiseerd kan worden. Een andere conclusie van het rapport is dat het ontbreekt aan een eenduidige gegevensregistratie in de sector waardoor onderlinge vergelijking moeilijk is, de sector ook moeilijk van elkaar leert en doorwerking van goede voorbeelden maar beperkt lukt.

Deze constatering herken ik. In veel verpleeghuizen wordt discussie gevoerd over het te hanteren zorgconcept, variërend van sterk medisch georiënteerd tot een vooral op het «welzijn» georiënteerde aanpak. Ook zien we dat sommige instellingen rigoureuus doorpakken in kleinschalig-

heid tot zelfs volledige scheiding van wonen en zorg toe, terwijl andere instellingen dat in mindere mate doen.

Het rapport beveelt aan dat instellingen bewuster vanuit een op de cliëntgerichte visie werken en daar de te behalen doelstellingen en de inzet van financiële en personele middelen op afstemmen. Om daar ook in financiële zin goed op te kunnen sturen beveelt het rapport een uniform systeem van kostentoerekening aan.

Ik deel de aanbevelingen, maar het is vooral een directe opdracht aan de verpleeghuizen zelf en aan de brancheorganisaties om dat mogelijk te maken. Het rapport benadrukt echter het gemis van een gemeenschappelijke organisatie waar bedrijfsmodellen ontwikkeld worden, waar inkoopervaringen gedeeld worden en waar instellingen hun resultaten via een benchmark kunnen vergelijken met andere instellingen. Voorgesteld wordt een bedrijfsschap voor de verpleeghuissector op te richten en dit in weten regelgeving vast te leggen.

Voor de oprichting van een publiekrechtelijk bedrijfsorgaan voel ik weinig. Ik heb er vertrouwen in dat de brancheorganisaties de signalen oppakken. Wel zal ik de op te richten taskforce ZorgvoorBeter.nl ter bevordering van kwaliteit en innovatie (zie paragraaf 9) vragen hierin stimulerend op te treden.

Ik denk daarbij aan:

- het opzetten van een kring van bestuurders van excellente verpleeghuizen die praktische adviezen, standaarden, handreikingen kunnen opstellen ten aanzien van het ontwikkelen van bedrijfsmodellen, ICT toepassingen en een uniform systeem van kostentoerekening;
- het organiseren van thematische bijeenkomsten over alle mogelijke onderwerpen die bijdragen aan de kwaliteitsverbetering waarvoor verpleeghuizen (management en professionals) actief uitgenodigd zullen worden;

Deze activiteiten zullen (financieel) gesteund worden via de aan de taskforce ter beschikking gestelde middelen. Dat geldt ook voor de verspreiding en implementatie van de resultaten door de afzonderlijke instellingen. Een deel van de in het convenant met de brancheorganisaties gereserveerde middelen voor innovatie zal daarvoor worden bestemd. In het kader van dat convenant is al € 36 miljoen ter beschikking gesteld voor ICT.

Een essentieel onderdeel van de bedrijfsvoering en de bevordering van de eenheid van taal vind ik het op basis van uniforme standaards borgen van kwaliteit. Dat kan op basis van certificeringssystemen zoals het HKZ systeem. Hoewel dit geen deel uitmaakt van de aanbevelingen van het rapport, ben ik voornemens om de normen voor verantwoorde kwaliteit van zorg en de dienstverlening rondom de zorg te laten integreren in het certificeringssysteem en te bevorderen dat een dergelijke certificering een rol speelt bij de inkoop van zorg door de zorgkantoren (zie ook paragraaf 3.1). Ik zal hierover in overleg treden met certificerende instellingen en Zorgverzekeraars Nederland.

Het werken aan een meer cliëntgerichte zorgsector met prikkels om bedrijfsmatig te werken is natuurlijk niet nieuw. De introductie van een functiegerichte bekostiging is daarvoor juist bedoeld. De overgang van een budgetsysteem naar een op daadwerkelijk geleverde prestaties gericht systeem van functiegerichte bekostiging rekening houdend met zorgzwaarte zal een belangrijke stimulans zijn om meer bedrijfsmatig te werken. Op dit moment ontbreekt het aan voldoende prikkels daartoe. Invoering zoals beoogd per 1-1-2007 van dit systeem acht ik dan ook van groot belang.

4.2 Transparantie en keuzevrijheid

In het rapport wordt geconstateerd dat er onvoldoende variatie en transparantie in het aanbod is. Dit maakt het voor cliënten moeilijk vooraf keuzes te maken.

Er wordt aanbevolen een sterrensysteem te introduceren en gebruik te maken van «branding» dat wil zeggen het hanteren van een herkenbare merknaam om de herkenbaarheid van het soort verpleeghuis en de zorg en dienstverlening die daar wordt aangeboden te vergroten.

Ik deel de conclusie van het rapport dat er onvoldoende transparantie en keuzeondersteunende informatie over de zorg is. Ik deel daarnaast de conclusie dat een grotere differentiatie in het aanbod wenselijk is.

Transparantie heb ik steeds genoemd als essentiële voorwaarde om tot kwaliteitsverbetering vanuit cliëntperspectief te komen. Dat geldt overigens voor de volle breedte van de zorg, zowel in de AWBZ als in de curatieve zorg. Inmiddels is de website www.kiesBeter.nl beschikbaar als belangrijk medium om de transparantie te bevorderen. Onder aansturing van ZonMw wordt op dit moment gewerkt aan een *kwaliteitskaart*, met informatie voor cliënten, per instelling. Een proeve daarvan heb ik als bijlage bijgevoegd¹. Het streven is om deze kwaliteitskaarten in 2006 op kiesBeter.nl en Seniorzorg.nl (de informatiesite van Arcares voor cliënten) te publiceren. In de kwaliteitskaart is zowel een oordeel van de inspectie als een oordeel van cliënten over de zorg opgenomen. Hetzij via maatschappelijke verantwoording hetzij via de Wet marktwerking gezondheidszorg (op dit moment nog in voorbereiding) zullen instellingen verplicht gesteld worden de nodige kwaliteitsgegevens openbaar te maken.

In het kader van de ontwikkeling van een helder systeem van maatschappelijke verantwoording is voor het verslagjaar 2004 een care-brede standaard ontwikkeld. Zo'n 40% van de care-instellingen heeft al op vrijwillige basis verantwoording afgelegd volgens deze nieuwe wijze. Het format voor deze verantwoording wordt vanaf 2006 voorgeschreven (Raamwerk Maatschappelijke Verantwoording Zorginstellingen in de Regeling Jaarverslaggeving artikel 6). Een dergelijke eenduidige verantwoording voor alle zorginstellingen zal voor het eerst over het verslagjaar 2006 plaatsvinden. Verantwoording over de «score» op de normen voor verzorgde zorg worden daarin opgenomen. Vanaf dan is jaarlijks een onderlinge vergelijking van de instellingen mogelijk, waarbij behalve de jaarverantwoordingen ook de kwaliteitskaarten betrokken kunnen worden.

Het pleidooi voor meer differentiatie in het aanbod kan ik accepteren voor zover het gaat om differentiaties in de woon- en verblijfsomgeving en in de dienstverlening rondom de zorg. Een daarop gebaseerd «sterrensysteem» kan nuttige keuze-informatie voor cliënten opleveren, maar het is naar mijn mening niet voldoende om uitsluitend op basis van een sterrenclassificatie te kiezen. Daarvoor vind ik de eerder genoemde kwaliteitskaart een beter middel.

Op het punt van de zorgverlening ben ik – overigens met de commissie Kennedie – van mening dat daar geen onderscheid in niveaus moet worden gemaakt. De zorgverlening moet voor iedereen verantwoord en toegankelijk zijn ongeacht inkomen of maatschappelijke positie.

4.3 Personeel: leiderschap en opleiding

Op het terrein van personeel, leiderschap en opleidingen wordt geconcludeerd dat er een te negatief imago rond het beroep van verplegende of verzorgende in verpleeghuizen is waardoor de aantrekkingskracht afneemt. Het leiderschap op de werkvloer is daarnaast onvoldoende

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

ontwikkeld waardoor er onvoldoende aansturing van medewerkers plaatsvindt. Verder concludeert het rapport Kennedie dat er in de opleidingen te veel focus is op protocollen in plaats van op cliënten. Het rapport dringt daarom aan op een aandachtsverschuiving van een meer protocolgerichte opleiding naar meer aandacht voor bejegening en klantgerichtheid. Hij bepleit daarin een samenwerking met de ROC Horeca.

Tot slot wordt in het rapport Kennedie gepleit voor meer waardering voor het vak en de sector. Er wordt veel goede en liefdevolle zorg geleverd. Dit verhaal moet verteld worden. Hij legt hiervoor de opdracht neer bij de instellingen en werkers in de zorg zelf maar ook bij de rijksoverheid in ondersteunende zin.

Op 7 juni jl. heb ik u de brief de Toekomstverkenning V&V-personeel (29 282, nr. 21) gezonden. Hierbij gaat het in eerste instantie om er voor te zorgen dat instellingen voldoende opleidingsplaatsen creëren. Daarnaast wordt ook gekeken naar de opleidingsinhoud. In een aantal sectoren wordt thans onderzoek gedaan naar de vereiste kwalificatiestructuur en de consequenties daarvan voor de initiële opleidingen. Hoewel het een en ander nog in ontwikkeling is, dient vooral meer aandacht te komen voor het cliëntgericht werken. In mijn overleg met mijn ambtsgeenoot van OCW en met de HBO-raad, de BVE-raad, de OVDB en sociale partners komen beide aspecten prominent op de agenda.

Ik sluit niet uit dat door negatieve publiciteit rond de verpleeghuiszorg het imago van de verzorgende en verplegende beroepen verslechterd is. Tegelijkertijd dient geconstateerd te worden dat de vacatureproblematiek in de verpleeghuiszorg thans niet groot is, ook gezien de economische omstandigheden. Het aantal vacatures is verminderd, ook door het afnemende verloop uit de sector. Ook in vergelijking met de andere zorgbranches scoort de verpleeghuiszorg zeker niet slecht. De capaciteit blijft echter een aandachtspunt voor in de toekomst, niet in de laatste plaats gezien de demografische ontwikkelingen. Ik ben het met de commissie Kennedie eens dat we veel meer aandacht moeten geven aan de goede voorbeelden en de goede zorg die in veel verpleeghuizen geleverd wordt. Recentelijk heb ik kennis kunnen nemen van het Deltaplan Verantwoorde Zorg. Dit plan is samengesteld door de sector; Arcares, LOC, LVT, AVVV, Sting en NVVA. Het plan heeft veel aandacht voor deskundigheidsbevordering bij alle professionals en verbetering van de beeldvorming van de verzorging. Deze activiteiten zal ik dan ook ondersteunen vanuit het programma ZorgvoorBeter.nl.

In het actieplan arbeidsproductiviteit vallend onder Zorg voor Beter wordt gezocht naar goede voorbeelden om de arbeidsproductiviteit te verhogen. In het kader daarvan is een aantal activiteiten opgestart. Twee daarvan wil ik er op deze plaats uit lichten. Allereerst ben ik een onderzoek gestart met als doel de zorgprocessen in een achttal instellingen voor de ouderenzorg met elkaar te vergelijken. Doel van dit onderzoek is dat de deelnemende instellingen (en later ook andere) leren van elkaar. Het is daarom een onderzoek voor en door het veld (onder begeleiding van een onderzoeksbureau). Daarnaast heb ik een subsidie verstrekt aan de samenwerkende regionale organisaties voor arbeidsmarktbeleid (RMO). Met deze subsidie worden in alle 19 regio's bijeenkomsten georganiseerd voor personeelsmanagers in de zorg. Doel van deze bijeenkomsten is goede voorbeelden uit te wisselen op het snijvlak van arbeidsproductiviteitsbeleid en arbeidsmarktbeleid.

4.4 Financiële randvoorwaarden

Het rapport concludeert dat daar waar instellingen met een goed bedrijfsmodel werken, de kwaliteit van leven en zorg goed is en dat deze binnen de bestaande financiële randvoorwaarden georganiseerd wordt. Daarbij wordt aangetekend dat financiering naar zorgzwaarte vanuit een zakelijke bedrijfsvoering logisch is. Zolang dat niet is ingevoerd kunnen aanvullende financiële maatregelen in een aantal gevallen nodig zijn.

Het rapport heeft jammer genoeg geen onderling vergelijkbare boekhoudkundige analyse van de bedrijfsvoering kunnen leveren als gevolg van het ontbreken van een eenheid in financiële taal, maar wel een samenhang op «output»-niveau tussen de uiteindelijke kwaliteit van zorg en een goed bedrijfsmodel met dito bedrijfsvoering binnen de bestaande financiële randvoorwaarden geconstateerd. Ik ben daar blij om en ik vind die uitkomst ook waarschijnlijk. In mijn ogen is het dan ook structureel mogelijk om binnen de financiële randvoorwaarden goede zorg te verlenen. De opmerking over zorgzwaartefinanciering onderken ik. Dat is ook één van de belangrijkste redenen geweest om de ontwikkeling van de functiegerichte bekostiging rekening houdend met zorgzwaarte te entameren. Die operatie zou in de overgang van het ene naar het andere systeem budgettair neutraal kunnen worden uitgevoerd (zie brief TK 26 631 19 april 2002 van mijn voorganger). Dat betekent dat instellingen met cliënten met een relatief hoge zorgzwaarte per cliënt een hogere vergoeding moeten krijgen. Dit ten laste van instellingen met cliënten met een relatief lage zorgzwaarte. De invoering gaat dus gepaard met een herverdelingseffect. Maar het betekent ook dat als de gemiddelde kosten per cliënt toe zullen nemen, de zorgzwaarte in instellingen over de hele linie toeneemt, bijvoorbeeld als gevolg van het langer thuis wonen van de lichtere cliëntgroepen. Dat is dan ook gerechtvaardigd. Invoering van het bekostigingsstelsel naar zorgzwaarte in de intramurale zorg is voorzien voor 1 januari 2007.

Het rapport wijst wel op de noodzaak van aanvullende maatregelen in een aantal gevallen zolang de zorgzwaarte-financiering nog niet is ingevoerd. Ik begrijp die opmerking. Hoewel het in mijn bedoeling lag de functiegerichte bekostiging per 2006 in te voeren is AWBZ-breed door de sector op uitstel aangedrongen. Daar had ik begrip voor, maar gelet op de kwaliteitsdiscussie wil ik instellingen die als gevolg van een meer dan gemiddelde hoge zorgzwaarte nu in de knel dreigen te komen vooruitlopend op de maatregelen in 2007 tegemoet komen. Voor de zorgkantoren zal ik vanaf 2006 een budget oormerken waarmee zij instellingen in voorkomende gevallen kunnen compenseren. Daarvoor heb ik een budget van € 40 miljoen gereserveerd. Voorwaarde is wel dat de instellingen de zorgzwaarte van hun cliënten met behulp van de inmiddels ontwikkelde systematiek van de intramurale zorgarrangementen (IZA's) in kaart hebben gebracht. Over de verdere uitwerking hiervan zal ik overleg voeren met Zorgverzekeraars Nederland, het CTG en met de brancheorganisaties van aanbieders.

Op het moment dat er door middel van de IZA's een compleet beeld aangegeven kan worden met betrekking tot de reële zorgzwaarte zal bezien moeten worden of € 40 mln voldoende is. Op 31 december 2005 zullen voor iedere instelling de IZA's gereed zijn.

Zorgkantoren zullen overigens meer en meer het kwaliteitsaspect bij de inkoop en de prijsvorming moeten betrekken. Daarover zijn in het convenant met de Zorgkantoren ook afspraken gemaakt. Het zorgkantoor heeft als inkoper van zorg een belangrijke taak om kwalitatief goede zorg in te kopen voor haar verzekerden. Voorkomen moet worden dat naast de inspectie en naast de cliëntoordelen ook het zorgkantoor cq de verzeke-

raar een zelfstandig kwaliteitsoordeel gaat opstellen. Ik zal aandringen op samenhang tussen de kwaliteitscriteria die vanuit de diverse disciplines worden ontwikkeld. Hiermee voorkomen we een verhoging van de administratieve lastendruk. Ik acht het van belang dat zorgkantoren hun kwaliteitsoordeel zullen baseren op bijvoorbeeld de aanwezigheid van externe auditsystemen zoals het HKZ systeem, op de uitkomsten van cliënttoetsen en op het kwaliteitsoordeel van de IGZ.

4.5 Bureaucratie en regeldruk

Op het terrein van bureaucratie en regeldruk constateert het rapport dat het bureaucratisch verkeer tussen zorginstellingen en zorgkantoren (te) omvangrijk is en verminderd zou moeten worden.

Op dit moment worden er al meerdere acties ondernomen om de administratieve lasten en bureaucratie te verminderen.

In het convenant beheersing AWBZ 2005–2007 is afgesproken dat de convenantpartijen een gezamenlijk plan van aanpak maken ter vermindering van de administratieve lastendruk. De partijen streven hierbij naar een vermindering van minimaal € 60 mln. De middelen blijven binnen het kader en dus voor de AWBZ behouden.

Ik zal overleg voeren met ZN om in de voorbereiding op de invoering van de functiegerichte bekostiging en in lijn met het traject van de maatschappelijke verantwoording te bepalen welke gegevens nodig zijn voor de inkoopfunctie en de invulling van de zorgplicht door de verzekeraar. De benodigde informatie vóór het aangaan van een contract (met wie doe ik zaken) zal zoveel mogelijk gebaseerd moeten worden op door de instelling te gebruiken bestaande instrumenten als externe auditsystemen (certificering) en cliënttoetsingen. Ten aanzien van de kwaliteitstoetsing heb ik dat hierboven ook al opgemerkt. Ten behoeve van de informatie-uitwisseling achteraf (wordt geleverd wat is ingekocht) speelt de AZR een belangrijke rol.

Ik ben van mening dat het loslaten van regels hand in hand zou moeten gaan met transparantie en vergelijkbaarheid van instellingen. Mijn streven is dan ook om bij iedere stap die er gemaakt wordt naar transparantie een stap gemaakt kan worden met het terugtrekken van regels, processen, voorwaarden waar dat kan.

4.6 Alles overziende

Alles overziende ben ik van mening dat het rapport en zijn stappenplan waardevolle aanbevelingen bevat. Op veel van de genoemde punten wordt al hard gewerkt: de set van normen voor verantwoorde zorg, de introductie en voorbereiding van de functiegerichte bekostiging met zorgzwaartefinanciering; maatschappelijke verantwoording; kwaliteitskaarten; kleinschaligheid; scheiden wonen en zorg et cetera.

Op veel punten heb ik in de bovenstaande passage aangegeven wat ik met de sector zal ondernemen. De sector wordt met veel veranderingen geconfronteerd.

Ik vind het voor de cliënten die op zorg zijn aangewezen en de werkers in de zorg van groot belang dat we deze «transformatieopgave» zowel inhoudelijk als bedrijfsmatig een kans geven om zich te ontwikkelen. Dat zal tijd vergen en een programmatische begeleiding met heldere doelen in de tijd uitgezet. We zullen deze omslag gezamenlijk moeten maken. De sector is in beweging. Dit is te zien aan het verminderd aantal instellingen dat onder verscherpt toezicht wordt gesteld, de normstelling voor verant-

woorde zorg en de verbeteracties die gezamenlijk met de partijen in de sector worden opgezet.

De omslag zal geflankeerd blijven door toezicht. Ik ga er echter vanuit dat naarmate de transformatie verder voortschrijdt het aantal vanuit het toezicht geëntameerde correcties afneemt.

5. Samenhangend kader voor een systematische aanpak

Vanwege de veelheid van acties op de verschillende onderdelen van de kwaliteitsverbetering heb ik er behoefte aan om de samenhang te duiden, zodat het programmatische en systematische karakter van de aanpak duidelijk in beeld blijft en het incidentenkarakter van de discussie kan worden omgebogen naar een debat over structurele verbetering waarvoor meerdere jaren nodig zullen zijn.

Kwaliteit is een containerbegrip dat ontrafeld moet worden om gericht actie te kunnen ondernemen zonder de samenhang te verliezen.

Ik onderscheid in dit verband vijf dimensies van kwaliteit in de langdurige AWBZ zorg:

1. de kwaliteit van de bedrijfsvoering van de zorg leverende instantie;
2. de kwaliteit van de fysieke woon- of verblijfsomgeving van de cliënt;
3. de kwaliteit van de serviceverlening rondom de zorg;
4. de kwaliteit van de zorg zelf;
5. de kwaliteit van samenhang tussen de verschillende onderdelen en de ketenzorg.

Voor de verschillende cliëntgroepen, zowel intramuraal als in geval van zorg thuis en zowel in de ouderenzorg als in de gehandicaptenzorg en de (langdurige) psychiatrie, kan op basis van deze dimensies een beeld van de kwaliteit opgesteld worden. Om dat te kunnen doen is per dimensie een norm nodig en moet periodiek de feitelijke stand van zaken ten aanzien van die norm gemeten worden. De eventuele discrepanties tussen de norm en de feitelijke stand van zaken worden met gerichte acties bestreden.

Naar mijn mening zijn we in de verpleeg- en verzorgingssector voor ouderen een eind op streek wat betreft de systematische aanpak.

- Ten aanzien van de kwaliteit van de zorg en van de dienstverlening rondom de zorg bestaan normen waaraan getoetst wordt. De rapportages van de IGZ tot nu toe zijn daarop gebaseerd. De gezamenlijke brancheorganisaties hebben mij op 8 juni jl. een nieuwe set van normen voor verantwoorde zorg aangeboden. Sinds januari 2005 is het programma «Zorg voor Beter» gestart met de onderdelen het Actieprogramma Kwaliteit, het innovatieprogramma en Arbeidsproductiviteit.

Ter bevordering van de cliëntveiligheid ontwikkelen we op dit moment een Veiligheidsmanagementsysteem evenals een elektronisch cliënten- en medicatiedossier. In een volgend stadium volgt het Landelijk meldsysteem voor incidenten (blame-free melden). Ter ondersteuning van deze activiteiten richt ZonMw samen met VWS het platform Patiëntveiligheid op. Rond de tijd van verzending van deze brief ontvangt u ook de BOPZ-beleidsbrief.

- Ten aanzien van de kwaliteit van de fysieke woon- of verblijfsomgeving kennen we onder andere de normen die het College Bouw hanteert. Voor bestaande intramurale instellingen hebben we afgesproken dat de meerbedskamers afgebouwd worden. Maximaal twee bedden per kamer is de norm. En we weten ook hoe het ermee staat. Daarover heb

ik u laatstelijk nog bij brief van 7 april 2005 geïnformeerd. Ten aanzien van de schaal van bouwen en ten aanzien van de geschiktheid van de woonomgeving van de cliënt in de thuissituatie zijn door de sector nog geen algemeen aanvaarde operationele normen opgesteld. Wel is de richting bekend: zoveel mogelijk thuis in de eigen omgeving en liefst zo kleinschalig mogelijk. Met de implementatie van de Wet toelating zorginstellingen en de verdere deregulering van het bouwregime (het invoeren van prestatiebekostiging) en op termijn afschaffen van de vergunningverlening onderzoekt het departement of het instrument van certificering een rol kan spelen bij de borging van kwaliteit van zorggebouwen, waarbij bekeken wordt of en hoe de gebouwkwaliteit een plaats kan krijgen binnen bestaande certificeringssystemen in de zorg.

- Ten aanzien van de bedrijfsvoering zullen nog de nodige standaards ontwikkeld moeten worden. De heer Kennedie heeft daarover in zijn rapport een aantal handreikingen gedaan. In hoofdstuk drie van deze brief heb ik daarop een reactie gegeven. Via ZonMw start ik een innovatieprogramma voor de care dat zich vooral richt op efficiënt werken in de zorg.
- Op het punt van de samenhangende ketenzorg wordt op dit moment het landelijk dementieprogramma uitgevoerd.

Waar nodig zal ik in de overige cliëntgroepen eenzelfde aanpak gebaseerd op toetsbare resultaten (norm-toetsing-actie) ontwikkelen.

In de bijlage¹ is een overzicht opgenomen van de norm die per kwaliteitsonderdeel wordt gehanteerd; van de uitkomst van toetsingen aan de norm en van de eventuele acties die daaruit voortvloeien. Ik zal dat overzicht gebruiken voor rapportages over de voortgang van het kwaliteitsbeleid.

6. Aansturing van het kwaliteits- en vernieuwingsprogramma Zorgvoorbeter.nl

De aansturing van een programmatische aanpak met een concreet meetbaar toetsingskader van de kwaliteitsverbetering in de langdurige AWBZ-zorg wil ik versterken.

6.1 Programma kwaliteit en vernieuwing langdurige AWBZ zorg

Op basis van het in paragraaf 5 aangegeven analysekader (normstelling-toetsing-actie) zal ik een meerjarig verbeterprogramma opstellen voor de verschillende cliëntgroepen in de langdurige AWBZ-zorg. Onderdelen van dat programma zijn inmiddels benoemd en worden al uitgevoerd. Het gaat hier om verdere completering van het programma. Dat betekent onder meer, dat ik in de thuiszorg, de gehandicaptenzorg en de langdurige psychiatrische zorg door alle betrokken partijen aanvaarde normen zal laten vaststellen vergelijkbaar met de normen in de intramurale ouderenzorg. Uiteraard bestaan er al normen, maar helder moet komen vast te staan van welke normen het professionele oordeel van de IGZ noodzakelijk is en van welke normen het cliëntoordeel.

Het betekent ook dat ik met de Inspectie voor de Gezondheidszorg afspraken zal maken over de inspectieaanpak de komende jaren in deze sectoren en dat ik de algemeen aanvaarde normen zal opnemen in verplicht te stellen kwaliteitsborgingssystemen en de jaarlijkse maatschappelijke verantwoording door de instellingen.

Dit programma zal vervolgens het stramien zijn bij de verantwoording van mijn kant over het gevoerde beleid.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

6.2 Taskforce Zorgverbeter.nl

Het kwaliteits- en vernieuwingsprogramma bevat veel onderdelen waar sectorpartijen zelf in de eerste plaats aan zet zijn. Daarbij zullen partijen geholpen kunnen worden bijvoorbeeld in het bekostigen van onderzoeken, ICT ontwikkelingsprogramma's en andere zorgvernieuwend activiteiten die breed ingevoerd kunnen worden. Zorginstellingen en professionals zullen ook individueel gestimuleerd moeten worden in veranderingen in cultuur en werkwijze. Daarvoor is kennisoverdracht en communicatie nodig.

Op dit moment is de inzet voor het kwaliteits- en vernieuwingsbeleid afzonderlijk vormgegeven. ZonMw coördineert het zogenaamde AK3 programma; in het convenant met de AWBZ-branches zijn middelen voor innovatie en voor ICT gereserveerd; en voor het programma Arbeidsproductiviteit is in de begroting 4,1 mln gereserveerd.

In de overtuiging dat bundeling hier kracht maakt zal ik vergelijkbaar met de wachtlijstaanpak van enkele jaren geleden een taskforce in het leven roepen die de voortgang in het actieplan, de inzet van middelen coördineert en stimulerend naar het veld toe opereert.

Ik zal voor de taskforce een onafhankelijke voorzitter aanwijzen die met gezag het veld kan betreden en het departement voorstellen kan doen. Van deze taskforce zullen verder deel uit maken: vertegenwoordigers van aanbieders uit de verschillende cliëntsectoren; de verzekeraars; cliëntenorganisaties; en vertegenwoordigers uit het bedrijfsleven.

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