

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

**Bezoekadres:**

Rijnstraat 50  
2515 XP Den Haag  
www.rijksoverheid.nl

**Kenmerk**

378129-121410-LZ

**Bijlage(n)**

3

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de  
datum en het kenmerk van  
deze brief.*

Datum 12 juni 2014  
Betreft Kwaliteit in verzorgings- en verpleeghuizen

Geachte voorzitter,

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.

**Kenmerk**  
378129-121410-LZ

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)<sup>1</sup>; met name het meest recente rapport "Verbeteren van de kwaliteit van de ouderenzorg gaat langzaam" (juni 2014) dat ik u hierbij aanbied.

Naast het rapport stuur ik u hierbij het overzicht van follow-up acties van de Inspectie bij de zorgaanbieders waarover omroep Max berichtte, 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 leven van alledag dat ik de keuze voor deze strikte interpretatie van de normen onderschrijf. De IGZ concludeert:

---

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

- 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.

**Kenmerk**  
378129-121410-LZ

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.<sup>2</sup> 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

---

<sup>2</sup> Persbericht, Utrecht, 26 mei 2014 Zet kwaliteit van zorg in het verpleeghuis hoog op de agenda

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 2000 was dat 56%.<sup>3</sup> Ook is al langer bekend dat het aantal ouderen met psychogeriatrische problematiek in verzorgings – en verpleeghuizen toeneemt.

**Kenmerk**  
378129-121410-LZ

### **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 bijlage 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 agendeert actief dat de

---

<sup>3</sup> 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.

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.

**Kenmerk**  
378129-121410-LZ

- 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 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.

**Kenmerk**  
378129-121410-LZ

### **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.<sup>4</sup>
- De kennis en vaardigheden van het personeel zijn niet meegegroeid met de verzwaring van de zorgvraag. Bijscholing en aanpassing van de curricula zijn noodzakelijk.<sup>5</sup>
- 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.

---

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> Rapport IGZ pagina 15 en 16.

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 vervat en worden betrokken bij de uitwerking van deze brief. Ik zal u het rapport toesturen zodra het is afgerond.

**Kenmerk**  
378129-121410-LZ

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

**Kenmerk**  
378129-121410-LZ

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 beklijven. 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 bijlage 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.

**Kenmerk**  
378129-121410-LZ

Hoogachtend,

de Staatssecretaris van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

drs. M.J. van Rijn

## **Bijlage: Speerpunten in kwaliteitsverbetering**

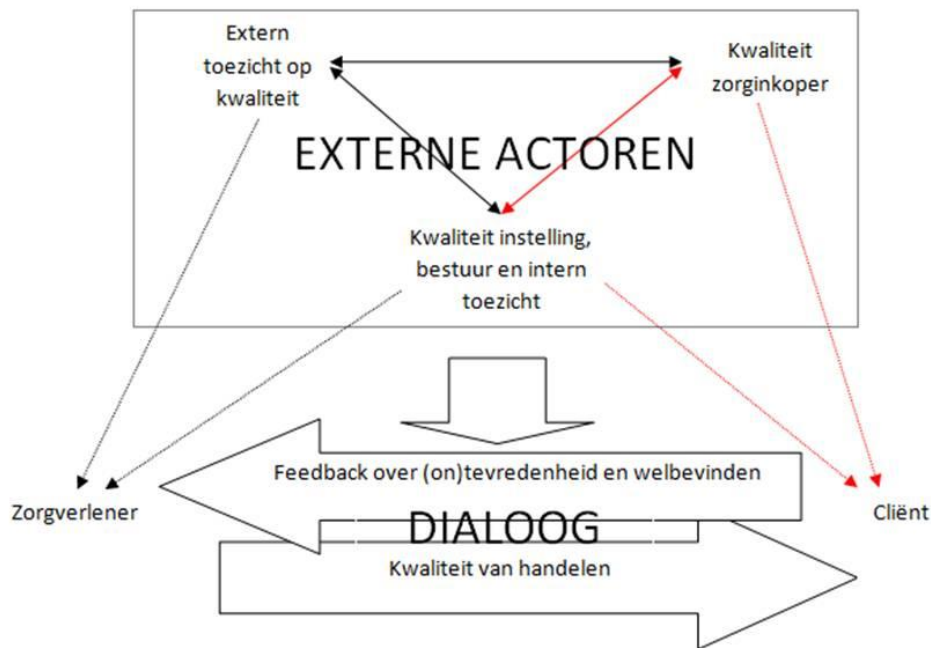
**Kenmerk**  
378129-121410-LZ

### *Keuze voor speerpunten*

Ik constateer dat een aantal kenmerken of randvoorwaarden keer op keer wordt benoemd die kwalitatief goede zorg bevorderen of juist belemmeren. Daarvoor heb ik geluisterd naar de inbreng van een breed scala aan individuele professionals, cliënten, wetenschappers en andere deskundigen. Op basis van hun analyses zijn de hieronder beschreven speerpunten gekozen, overigens niet alleen samen met de betrokken veldpartijen uit de ouderenzorg, maar ook uit de gehandicaptenzorg en ggz.

In de langdurige zorg staat niet herstel voorop, maar het verbeteren van de kwaliteit van leven, ondanks de aandoening of beperking. Juist omdat de zorg langdurig is, is zorgverlening meer dan een technische handeling. Er wordt een relatie aangegaan tussen de cliënt en de zorgverlener. Hier ligt de sleutel tot kwalitatief goede zorg, in de interactie tussen zorgverlener en cliënt.

Op de primaire relatie tussen cliënt en zorgverlener wordt door verschillende partijen invloed uitgeoefend. Onderstaande afbeelding geeft weer hoe die relaties zich met elkaar verhouden. De zorgverlener is in dienst van een zorgaanbieder. De driehoek cliënt, zorgaanbieder en zorginkoper/financier gaat over de organisatie van de uitvoering van de (kwaliteit van) zorg. Deze driehoek is ook terug te vinden in de rode pijlen in onderstaande afbeelding. Binnen de zorgaanbieder is governance van invloed op de randvoorwaarden voor het functioneren van de zorgverlener. Daarnaast is er ook de relatie tussen extern toezicht, de zorgaanbieder en de zorgverlener die binnen deze instelling werkzaam is, omdat daarbinnen (de kwaliteit van) de te leveren en geleverde zorg wordt getoetst en verantwoord.



ark  
3-121410-LZ

De vijf speerpunten richten zich op alle facetten van deze sturingsrelaties.

### **Speerpunt 1. Optimale samenwerking tussen cliënt, informele zorg en zorgverlener: de sleutel naar kwaliteit van leven**

Het verbeteren van de relatie tussen cliënt en zorgverlener is voor mij het eerste speerpunt waarlangs ik een kwaliteitsverbetering wil bereiken. Het gaat mij erom dat zorgverleners zich er meer van bewust worden dat kwaliteit van leven om meer gaat dan alleen de zorghandelingen en dat zij daar in hun handelen meer rekening mee houden. Daarmee is dit tegelijk ook het centrale thema in deze kwaliteitsbrief. De andere vier speerpunten die hierna volgen, zijn randvoorwaardelijk voor het goed kunnen functioneren van die relatie. Op drie verschillende manieren wil ik investeren in die relatie tussen cliënt en zorgverlener.

#### *Zorgplanbespreking: wettelijk verankerd*

Om de autonomie van de cliënt écht tot haar recht te laten komen, worden de bepalingen uit de Beginselenwet over de zorgplanbespreking in de Wlz opgenomen. Het perspectief en de mogelijkheden van een cliënt zijn daarbij het uitgangspunt, waarna het gesprek plaatsvindt over de wijze waarop de zorg daarbij kan aansluiten. De professional moet ervoor zorgen dat het zorgplan of leefplan verantwoord is en in dialoog tot stand komt. De cliënt mag verwachten dat er medewerkers tegenover hem zitten die zich kunnen en willen verdiepen in zijn persoon. Het doel van de bepalingen in de Wlz is dat de zorgplanbespreking wordt beschreven als een terugkerend gesprek, waarin de dialoog over een zinvol leven wordt gevoerd, over jezelf mogen zijn met je eigen waarden. Omdat het uitgangspunt is dat de cliënt zelf beslist over zijn eigen zorg, is het in de Wlz altijd mogelijk voor de cliënt of zijn vertegenwoordiger om bij zijn eigen zorgplanbespreking te zijn. Dat betekent ook dat er ruimte voor de professional moet zijn om die dialoog te kunnen voeren. Het gaat er hier niet om dat er weer een lijstje van onderwerpen wordt geïntroduceerd dat kan worden 'afgevinkt'.

Maatgevend is dat cliënten aangeven een goed gesprek te hebben gevoerd over wat voor hen belangrijk is in het leven en dat hierover afspraken zijn gemaakt.

**Kenmerk**  
378129-121410-LZ

#### *Gegarandeerde cliëntondersteuning*

Het streven van dit kabinet is om de burger zelfstandiger en minder afhankelijk te maken, ook wanneer hij gebruik maakt van langdurige zorg. Het gaat om cliënten die in een afhankelijkheidspositie verkeren. Daarom zijn zeggenschap van de burger en cliëntparticipatie wettelijk verankerd. Omdat het zorgplan zo'n belangrijke rol inneemt in de dialoog tussen zorgverleners en cliënten, horen kwetsbare cliënten te worden ondersteund bij het gesprek over het zorgplan. Iemand om op terug te vallen als tolk of als buddy op het moment dat ze dat zelf niet (meer) of onvoldoende kunnen. Daarom wordt zowel in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 als in de Wlz gegarandeerd dat er een vorm van cliëntondersteuning is.

- Op grond van de Wmo 2015 is de gemeente er verantwoordelijk voor dat ondersteuning beschikbaar is voor mensen van wie het vermoeden bestaat dat zij zorg op grond van de Wlz nodig hebben en die zich voor een indicatiebesluit bij het CIZ melden. De gemeenten moeten ervoor zorgen dat cliëntondersteuning beschikbaar is bij de indicatiestelling door het CIZ en dat dit zo wordt vormgegeven dat het belang van de betrokken cliënt in deze ondersteuning het uitgangspunt is.
- In de Wlz heeft de cliënt recht op uitgebreidere zorgbemiddeling door het zorgkantoor dan het geval is in de AWBZ. Het kan bijvoorbeeld gaan om hulp bij het zoeken van een geschikte zorgaanbieder in de buurt (informatie en advies) en het tot gelding maken van zijn verzekerd pakket op zorg, bemiddeling bij onenigheid tussen de cliënt en de zorgaanbieder over de te leveren zorg of cliëntondersteuning bij de zorgplanbespreking.

#### *Betrekken mantelzorg/informele zorg: verplicht onderdeel zorgplanbespreking*

Voor de kwaliteit van leven van een cliënt is ook van belang op welke manier mantelzorg en informele zorg in zijn leven wordt betrokken. Is dat goed ingebed in de wijze van zorgverlening, dan profiteert de relatie tussen zorgverlener en cliënt daarvan. De verbinding tussen mensen die langdurige zorg nodig hebben en mensen in de andere onderdelen van de maatschappij is niet altijd sterk. Om die reden heb ik in de Wlz een bepaling opgenomen om de betrokkenheid van mantelzorg en informele zorg expliciet aan de orde te laten komen in de zorgplanbespreking. De omgeving van de cliënt maakt immers ook onderdeel uit van het normale leven. Die relaties horen zoveel mogelijk te kunnen verlopen zoals iemand gewend was, waarbij de zorg zich zoveel mogelijk aanpast aan het leven van een cliënt.

### **Speerpunt 2. Basis op orde: veilige zorg**

Patiënten en cliënten moeten ervan kunnen uitgaan dat zorg veilig is. Dat is een van de basisprincipes in de zorg. De cliënt hoort zich bij zijn keuze voor een zorgaanbieder niet af te hoeven vragen of hij daar wel in goede handen is wat betreft de meer medisch-technische aspecten van zorgverlening. Hij moet zijn aandacht kunnen laten uitgaan naar wat er voor hem toe doet in zijn dagelijks leven.

*Risicogestuurd toezicht: bestuurder heeft verantwoordelijkheid*

De Inspectie voor de Gezondheidszorg gaat bij het toezicht op de kwaliteit van zorg uit van het beter waarborgen van veilige zorg voor de patiënt en de cliënt en het voorkomen van schade. Vanuit het belang van veilige zorg voor de patiënt en cliënt werkt de Inspectie resultaatgericht en risicogestuurd. Dit betekent dat de Inspectie daar actief is waar de risico's op onveiligheid het grootst zijn. De Inspectie hanteert in haar toezicht het uitgangspunt dat de zorgaanbieder primair verantwoordelijk is voor de geleverde zorg. De bestuurders hebben hierin ook voor de Inspectie de belangrijkste rol. Zij zijn bepalend voor de visie van een instelling, het organiseren van de zorg en het betrekken van medewerkers bij het leveren van kwalitatief goede zorg. Daarnaast moet een bestuurder zich transparant opstellen over de zorg die hij levert. Hij moet inzichtelijk maken dat zijn organisatie goede en veilige zorg levert. Dit betekent dat hij het intern toezicht goed geregeld moet hebben. Op deze wijze kan hij sturen op de kwaliteit en de veiligheid van de zorg, zich intern verantwoorden naar de Raad van Toezicht, maar ook extern naar de Inspectie en het zorgkantoor. De informatie die een bestuurder beschikbaar stelt, helpt de Inspectie bij haar risicogestuurd toezicht. Op basis van onder andere deze informatie bepaalt de Inspectie of er bij een instelling mogelijk sprake is van slechte of onveilige zorg. Zowel bij de Inspectie zelf als bij de objecten van het toezicht – de instellingen – is er behoefte aan meer variatie binnen het risicogestuurde toezicht.

**Kenmerk**  
378129-121410-LZ

*Toezicht Inspectie: meer selectieve controle en maximale inzet instrumentarium*

Instellingen die de zorg en het intern toezicht goed georganiseerd hebben, kunnen vanaf nu rekenen op ander toezicht door de Inspectie. Er wordt getoetst of instellingen goed en systematisch omgaan met zorgplannen, periodiek vragen naar cliëntervaringen en regelmatig doen aan zelfevaluatie of audits. De Inspectie gaat hier uit van het principe "high trust, high penalty". Een instelling in deze categorie, die heeft bewezen dat zij in het verleden incidenten op gebied van medicatieveiligheid op een goede manier onderzocht en passende maatregelen nam, zal minder bemoeienis van de Inspectie ervaren bij een melding over een medicatiefout.

Waar uit de verantwoordingsinformatie blijkt dat een aanbieder de zorg nog niet goed heeft geregeld, zal de Inspectie hem meer volgen. Vaak zal de Inspectie de instelling vragen om op bepaalde onderwerpen audits te verrichten en de Inspectie daarover te informeren. Instellingen waarvan de Inspectie op basis van allerlei informatie en signalen tot de conclusie komt dat er mogelijk sprake is van structurele tekortkomingen, worden door de Inspectie bezocht en zullen nauwlettend worden gevolgd tot de zorg weer op orde is. Ook wordt de Raad van Toezicht eerder aangesproken in het kader van het toezicht op de governance. Mocht dit niet leiden tot voldoende verbetering, dan zal de Inspectie handhaven in de vorm van verscherpt toezicht of een bestuursrechtelijke maatregel.

In dit verband heb ik u tijdens het AO AWBZ op 7 november jl. toegezegd ook in te gaan op de vraag of het toezichtsinstrumentarium van de Inspectie toereikend is. Ik ben van mening dat de wettelijke basis waaraan de Inspectie het instrumentarium ontleent, inderdaad toereikend is. Wel biedt dit instrumentarium mogelijk meer ruimte tot het treffen van handhavingsmaatregelen. Ik ga dan ook de komende periode, samen met de Inspectie, bekijken op welke wijze de

maximale reikwijdte van het wettelijk instrumentarium kan worden ingepast in het toezicht.

**Kenmerk**  
378129-121410-LZ

Wat betreft inhoudelijke thema's blijft de Inspectie de komende jaren vasthouden aan de thema's die naar haar mening van belang zijn voor veilige en goede zorg: de wijze waarop een bestuurder stuurt op kwaliteit en veiligheid, zorgplannen, deskundigheid en inzet personeel en vrijheidsbeperking. Daarbij gaat de Inspectie kritisch kijken naar het detailniveau van haar instrumentarium. Binnen het experiment regelarme instellingen onderzoekt een aantal zorgaanbieders in hoeverre toezicht en interne verbeterinformatie beter op elkaar kunnen worden afgestemd. Hun ervaringen worden hier bij betrokken.

### **Speerpunt 3. Meer ruimte voor en kwaliteit van professionals**

Zoals gezegd is het centrale thema van deze Kwaliteitsbrief de relatie tussen cliënt en zorgverlener. Om via die relatie te komen tot een kwaliteitsverbetering, moeten zorgverleners over de juiste kennis en kunde beschikken om samen met de cliënt te komen tot een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. Via het speerpunt professionaliteit wordt daar invulling aan gegeven. Professionaliteit valt in het kader van deze brief uiteen in twee onderdelen: vakbekwaamheid en werkgeverschap.

#### *Vakbekwaamheid en kwaliteit van leven*

De complexiteit in de langdurige, intensieve zorg neemt toe en dit betekent ook dat er andere eisen worden gesteld aan de vakbekwaamheid van de zorgverleners. Professionals moeten in staat zijn om cliënten te kunnen ondersteunen in het voeren van de eigen regie en in het maken van eigen keuzes. Dit betekent dat in de opleidingen, bij richtlijnontwikkeling en in bij- en nascholingsprojecten de volgende aspecten centraler komen te staan:

- Zorgverlener heeft oog voor alle facetten van het leven

De professional moet zich er terdege van bewust zijn dat kwaliteit van leven van een cliënt meer is dan de zorg die door professionals wordt geleverd. Het kunnen blijven zien van de mensen die belangrijk voor je zijn (het eigen netwerk), genieten van het dagelijkse praatje met de tuinman, de bakker om de hoek die zulke lekkere broodjes maakt: alles kan bijdragen aan kwaliteit van leven. Hoe waardevoller iemands leven buiten de directe zorg, hoe kleiner de afhankelijkheid van de zorgverleningsrelatie kan zijn. En aan de andere kant: hoe meer oog een zorgverlener heeft voor andere factoren, de cultuur en eigenheid van de cliënt en hem ook kan ondersteunen deze deel te laten uitmaken van zijn leven, hoe meer de zorg bijdraagt aan kwaliteit van leven. Daarvoor is de juiste cultuur, houding en kennis noodzakelijk.

- Veiligheid versus eigen regie van de cliënt

Belangrijk onderdeel van professionaliteit is ook een cliënt goed te begeleiden in die gevallen waarin hij van bepaalde zorg wil afzien omdat het een te grote inbreuk maakt op zijn kwaliteit van leven. Of wanneer een cliënt juist bepaalde activiteiten wil ondernemen die consequenties met zich mee kunnen brengen. Bijvoorbeeld als het gaat om het niet fixeren van een cliënt omdat dit zijn kwaliteit

van leven ernstig aantast, ondanks de kans dat hij hierdoor valt. Of het houden van een huisdier op een kleinschalige woonvorm, omdat de bewoners hier erg prijs op stellen. Waar zorgverleners op mogen worden aangesproken, is dat in dit soort situaties weloverwogen beslissingen worden genomen samen met de cliënt of zijn familie, nadat de mogelijke consequenties zorgvuldig zijn doorgesproken.

**Kenmerk**  
378129-121410-LZ

#### *Vakbekwaamheid en veiligheid*

Vakbekwaamheid gaat ook om het hebben van de juiste kennis en competenties na het afronden van de opleiding, richtlijnontwikkeling en het adequaat kunnen uitvoeren van die richtlijnen zodat veilige zorg wordt geleverd. Ik constateer dat het vak van verzorgende<sup>6</sup>, gerelateerd aan de steeds complexere doelgroep in de ouderenzorg, zwaarder is geworden. In de intramurale ouderenzorg zijn zij verreweg de grootste beroepsgroep en dragen in de praktijk veel verantwoordelijkheid. Regelmatig worden er dan ook vragen gesteld over het voldoende toegerust zijn van verzorgenden, bijvoorbeeld wanneer zij de initiële opleiding verlaten. Ik wil het komende jaar dan ook, samen met V&VN en andere betrokken partijen, een fundamentele discussie starten over de ontwikkeling van het vak van verzorgende.

In het kader van de hervorming van de langdurige zorg is richtlijnontwikkeling één van de aspecten die aandacht verdient. Ik ben dan ook blij met de intentie die V&VN heeft uitgesproken om de wetenschappelijke onderbouwing van de verpleegkundige beroepsuitoefening een stimulans te geven, mogelijk via het oprichten van een wetenschappelijke vereniging voor VenV-beroepsgroepen. In het transitie-akkoord voor de V&V-sector is er een substantieel bedrag vrijgemaakt om de ontwikkeling van evidence based richtlijnen te stimuleren en deze onderdeel te maken van multidisciplinaire zorgstandaarden. Hoewel dit bedrag is gericht op de functie wijkverpleging, verwacht ik dat deze richtlijnen ook een uitstraling naar Wlz-doelgroepen zullen hebben. In overleg met V&VN onderzoek ik in hoeverre dat nog verder kan worden bevorderd.

Wanneer beter kan worden aangesloten bij het wetenschappelijke niveau, en er een academische traditie ontstaat, wordt het ook gemakkelijker om kennis te ontsluiten richting naar MBO en ook HBO. Dat roept de vraag op in hoeverre er behoefte is aan meer kennis in de langdurige zorg. Er kan in ieder geval worden vastgesteld dat er vanuit historisch perspectief, in vergelijking met de cure, minder middelen voor kennisontwikkeling beschikbaar zijn geweest. In dat opzicht is het Nationaal Programma Ouderenzorg een zeer welkome aanvulling geweest. Ook het feit dat er via het Actieprogramma onvrijwillige zorg onderzoek wordt gedaan naar het 'lezen' en interpreteren van het gedrag van cliënten die zich niet kunnen uiten, draagt bij aan kennisontwikkeling. Zij behoren immers tot die meest kwetsbare groep. Ik ben van mening dat de kennis die nationale programma's genereren niet alleen van belang is voor de werkvloer, maar ook voor stafmedewerkers en management van zorgaanbieders. Ik zie het als de verantwoordelijkheid van de overheid om een impuls te geven aan het op een juiste manier verspreiden en implementeren van die kennis.

---

<sup>6</sup> De op mbo-niveau 3 opgeleide zorgprofessional



### *Werkgeverschap*

Het thema professionalisering kent naar mijn mening ook een andere kant, die niet de zorgverlener betreft maar de vraag of er voldoende deskundig personeel in een organisatie aanwezig is. In feite gaat het dan om de invulling van werkgeverschap door bestuurders. Wanneer de juiste mix aan competenties aanwezig is, ontstaan voor professionals de juiste omstandigheden om hun vak goed te kunnen uitoefenen. De bestuurder is verantwoordelijk voor een goede aansluiting van de kennis en kunde van medewerkers bij de zorgvraag van cliënten. Omdat de vraag continu verandert dient hierbij voor de zittende beroepsgroep blijvend geïnvesteerd te worden in scholing, zodat kennis en competenties op peil blijven. De groep zorgverleners op de initiële opleiding moet kunnen leren in de praktijk. Daarom is er een verantwoordelijkheid voor bestuurders om te zorgen voor goede en voldoende stageplekken. Hierin worden zij ondersteund door het stagefonds van VWS. Tot slot dient er aandacht te zijn voor goede arbeidsomstandigheden. Bestuurders zijn ervoor verantwoordelijk dat medewerkers goed en veilig hun beroep uit kunnen oefenen en mogen hier op aangesproken worden. Voor bestuurders zijn er diverse instrumenten beschikbaar zijn om een dergelijke rol goed op te pakken. Ik verwijs bijvoorbeeld naar het instrument 'Vernieuwd kwaliteitsbewustzijn' van ActiZ. Ik ga in overleg met ActiZ kijken hoe dat kan worden versterkt, maar wil ook gaan stimuleren dat vanuit ondernemings- en cliëntenraden en VAR's<sup>7</sup> het onderwerp professionalisering in relatie tot werkgeverschap hoog op de agenda wordt gezet.

**Kenmerk**  
378129-121410-LZ

### **Speerpunt 4. Kwaliteit staat of valt met bestuurlijk leiderschap**

Uit het schema over de sturingsrelaties blijkt dat een aantal cruciale partijen invloed uitoefent op de relatie tussen cliënt en zorgverlener. Hoewel geen van die partijen rechtstreeks zorg verleent, en het dus lastig lijkt om een directe relatie te leggen tussen hun handelen en de uiteindelijke kwaliteit van zorg, hebben zij wel de taak om die relatie zo goed mogelijk te laten functioneren, met zo min mogelijk belasting of druk. Met andere woorden: zij leveren de juiste randvoorwaarden om te komen tot een goede kwaliteit van zorg.

#### *Zorg meer zien als proces: rol bestuurder*

Een goed functionerend kwaliteitssysteem gaat er vanuit dat zorg een cyclisch proces is, dat vraagt om een samenspel van een heldere zorgvisie en een doorleefde uitvoering daarvan door management. De partij die binnen zorgorganisaties een bepalende rol speelt in de wijze waarop een organisatie zijn werkgeverschap invult, en ook in de wijze waarop een kwaliteitssysteem is ingericht, wordt gebruikt en geëvalueerd, is de bestuurder van de instelling. Ik constateer echter dat lang niet alle bestuurders deze rol zo actief invullen. In de beschrijving van de korte termijnacties, heb ik al aangegeven bestuurders via InvoorZorg! te gaan ondersteunen in de manier waarom zij het kwaliteitsbeleid in hun instelling kunnen vormgeven en aanjagen. Daarbij gaat het niet om het verspreiden van best practices, maar het maken van een eigen best practice op basis van de kernwaarden van de organisatie, omdat dat de manier is om te beklijven.

---

<sup>7</sup> Verzorgenden advies raad

### *Governance*

Het benadrukken van de rol die de bestuurder hoort te spelen in het functioneren van het interne kwaliteitssysteem binnen de zorginstelling, heeft ook gevolgen voor de wijze waarop de Inspectie voor de Gezondheidszorg de instelling beoordeelt. Omdat ik wil bevorderen dat zowel de bestuurder als de Raad van Toezicht hun rol op het terrein van kwaliteit beter gaan invullen, hoort daar bij dat de bestuurder door de Inspectie duidelijker wordt bevraagd over de rol die kwaliteit heeft in de governancestructuur. Concreet gaat het bijvoorbeeld om de wijze waarop de bestuurder zijn begrotingscyclus heeft ingericht en de vertaling van de begroting in jaarplannen. Immers, wanneer de bestuurder actief werkt aan kwaliteitsverbetering, is dat terug te vinden in deze stukken, bijvoorbeeld in het opleidings- of innovatiebudget.

**Kenmerk**  
378129-121410-LZ

### *Inkopen op kwaliteit*

Het zorgkantoor heeft de taak om zorg in te kopen op basis van prijs en kwaliteit. Hoewel zowel Inspectie als zorgkantoren een verantwoordelijkheid hebben voor kwaliteit in zijn geheel, wil ik een scherper onderscheid gaan maken tussen de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de zorgkantoren als het gaat om de vraag waarop zij sturen in het streven naar kwaliteitsverbetering. Voor de zorgkantoren betekent dit dat zij zich meer gaan concentreren op de ervaring van de cliënt over de kwaliteit van de zorg. Daarbij staan aspecten als bejegening, eten en drinken, een prettige woonomgeving, omgaan met klachten en zinvolle dagbesteding meer centraal. Ik vind het van belang dat er wordt toegewerkt naar een vereenvoudiging, uniformering en standaardisering van (het proces van) de inkoop van langdurige zorg. Eind januari 2014 heb ik een rapport met een begeleidende brief naar uw Kamer gezonden ter uitvoering van de motie-Otwin van Dijk c.s.. Daarin wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de administratieve lasten voor zorgaanbieders door zorgkantoren en worden verbetervoorstellen gedaan. Ik heb u toegezegd de verbetervoorstellen te betrekken bij de besprekingen over de inkoop van intramurale langdurige zorg voor het jaar 2015, waarbij ZN, zorgkantoren en de brancheorganisaties van zorgaanbieders ten nauwste betrokken zijn, en de Kamer over de uitkomsten te informeren.

Ook de wijze van sturing op kwaliteitsverbetering kan nog beter, door informatie over kwaliteit meer te verbinden aan context. Voordat een zorgkantoor besluit om in zijn inkoopbeleid rekening te gaan houden met bepaalde kwaliteitsuitkomsten, is het van belang dat er een gesprek tussen zorgaanbieder en zorgkantoor plaatsvindt over die uitkomsten. Hierdoor ontstaat meer ruimte om echt te werken aan kwaliteitsverbetering in combinatie met prijsdifferentiatie. Cliëntervaringen, en de wijze waarop de zorgaanbieder met die ervaringen omgaat, zijn daarin het vertrekpunt voor het zorgkantoor. Uiteraard moeten zorgkantoren, willen ze hun verantwoordelijkheid goed kunnen invullen, inzicht blijven houden in veiligheid en in het lerend vermogen van de instelling op dit gebied. Het vinden van de juiste vorm van afstemming met de Inspectie leidt tot minder administratieve lasten en betere interpretatie van gegevens. Om die reden wil ik, samen met de Inspectie en ZN, bezien hoe, met inachtneming van ieders primaire verantwoordelijkheid, die afstemming kan worden ingevuld.

### *Meer regie voor de cliënt in het sturen op randvoorwaarden*

Niet onvermeld mag blijven dat ook de cliënt een grotere rol kan spelen in het sturen op randvoorwaarden. Met andere woorden: ook voor de cliënt is het mogelijk een bepaalde verantwoordelijkheid te nemen. Maar daartoe moet hij wel in staat worden gesteld. Allereerst maken cliënten zelf de keuze voor een zorgaanbieder en kunnen daarmee laten zien aan de inkoopende partij welke zorg ingekocht moet worden. Verzekeraars horen dat als uitgangspunt te nemen in hun inkoopbeleid en goed in te spelen op innovatief aanbod. Om een goede keuze te kunnen maken, heeft de cliënt inzicht in kwaliteit nodig. Systemen als KiesBeter en Zorgkaart Nederland voorzien daar reeds in. Daar waar partijen, samen met het Kwaliteitsinstituut, praten over de doorontwikkeling van de indicatoren wordt uitdrukkelijk rekening gehouden met de behoefte van de cliënt aan keuze-informatie. Naast het maken van een bewuste keuze, kunnen cliënten ook meer invloed uitoefenen als de keuze eenmaal is gemaakt. In het licht van de bekostiging wil ik gaan onderzoeken in hoeverre een vorm van bekostiging waarbij cliënt en budget nog meer aan elkaar zijn gekoppeld cliënten kan ondersteunen in de regievoering. Uiteraard is het "stemmen met de voeten" niet voor iedere groep cliënten in de langdurige zorg een optie. Voor hen moet de zorginkoper de "vertaler zijn" van de cliëntvraag.

**Kenmerk**  
378129-121410-LZ

## **Speerpunt 5. Openheid en transparantie**

### *Metten is weten?*

Informatie over de geleverde kwaliteit van zorg betreft zowel zorginhoudelijke kwaliteit als de door cliënten ervaren kwaliteit. Deze informatie dient verschillende doelen: het transparant maken, toetsen, verantwoorden en optimaliseren en verder ontwikkelen van het kwaliteitsniveau van de zorg. Zorginstellingen zijn verplicht om de kwaliteit van de zorg vast te stellen met meetbare criteria (kwaliteitsindicatoren). Steeds meer wordt de vraag opgeworpen of meten wel altijd weten is. Dat heeft 2 oorzaken:

- In de langdurige zorg gaat het om moeilijk te pakken begrippen als welbevinden, sfeer en aandacht die wellicht ook op een andere manier dan via meetlijstjes kunnen worden aangetoond.
- Meetinstrumenten die primair bedoeld waren voor interne verbetering, worden gebruikt voor andere doeleinden zoals tariefonderhandelingen. Dit zonder de context van bepaalde uitkomsten mee te wegen.

### *Informatie over geleverde kwaliteit blijft nodig*

Wanneer zorgverleners alleen maar verantwoorden om het verantwoorden zelf, geen relatie kunnen leggen met kwaliteitsverbetering en geen feedback krijgen op hun uitkomsten, leidt verantwoorden tot een ervaren administratieve last in plaats van een stimulans tot verandering. Om die reden wil ik verantwoordingsinformatie veel meer als afgeleide zien van interne verbeterinformatie die (derhalve) beter aansluit bij het primaire zorgproces, en een beter beeld geeft van de actuele stand van de kwaliteit in de organisatie. Ik ga daarvoor de resultaten gebruiken uit de experimenten regelarme instellingen. De Raad voor de Volksgezondheid (RVZ) onderschrijft in zijn rapport 'Garanties voor kwaliteit van zorg' deze lijn. De Raad doet in het rapport namelijk de aanbeveling dat zorginstellingen en professionals indicatoren moeten ontwikkelen die aansluiten bij de dagelijkse zorgpraktijk en

dus bruikbaar zijn in het instellingsbrede kwaliteitssysteem. Van daaruit kunnen de indicatoren tevens gebruikt worden voor externe verantwoording (van binnen naar buiten).

**Kenmerk**  
378129-121410-LZ

Het Zorginstituut Nederland heeft een stimulerende en ondersteunende rol in het versneld (door)ontwikkelen van (her)nieuw(d)e meetinstrumenten en indicatoren voor de ouderenzorg. Ook daarmee sluit ik aan bij een aanbeveling van de RVZ, die het initiatief hiervoor bij het Zorginstituut Nederland wilde leggen. Het Zorginstituut vervult in eerste instantie de rol van aanjager. De primaire verantwoordelijkheid hiervoor ligt immers bij de zorgaanbieders en de betrokken veldpartijen. In goed overleg met het Zorginstituut wil ik, gelet op bijvoorbeeld de gewenste stroomlijning van de inkooptaak van de zorgkantoren en de afstemming met de toezichtstaak van de Inspectie, bezien hoe dit traject versneld kan worden.