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:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

**Ons kenmerk**
1104912-161786-LZ

**Bijlagen**
1

**Uw brief**
27 februari 2017

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

Datum 14 april 2017
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het Kamerlid Leijten (SP) over het kwaliteitskader "Verpleeghuiszorg, samen leren en verbeteren" (2017Z03345).

Hoogachtend,

de staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

drs. M.J. van Rijn

Antwoorden op Kamervragen van het Kamerlid Leijten (SP) over het kwaliteitskader "Verpleeghuiszorg, samen leren en verbeteren" (2017Z03345).

1.
Hoe reageert u op de uitspraak van de voorzitter van de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut die zou hebben gezegd dat het kwaliteitskader bewust vaag is gehouden? 1)

2.
Staat u nog altijd achter uw standpunt dat het hele kwaliteitskader een normering is, "hoe je het ook wendt of keert"? 2)

1 & 2.
Zoals ik eerder aan de Kamer heb gemeld, beschrijft het nieuwe kwaliteitskader waar goede verpleeghuiszorg aan moet voldoen. Het Zorginstituut heeft het kwaliteitskader verpleeghuiszorg opgenomen als kwaliteitsstandaard in haar register. Ik vind het van groot belang dat nu voor het eerst een alomvattend kwaliteitskader voor de gehele sector vast is gesteld. Niet alleen wordt hiermee de lat voor goede kwaliteit van zorg en leven hoger gelegd: ook is nu voor iedereen duidelijk aan welke normen moet worden voldaan en waarop een ieder mag rekenen. Ik sta dus nog steeds ten volle achter mijn standpunt.

3.
Kunt u over het kwaliteitskader, dat stelt dat tijdens de zorg en ondersteuning bij intensieve zorgmomenten er minimaal twee zorgverleners beschikbaar zijn om deze taken te verrichten, de volgende opheldering verschaffen: 3)

- Wat betekent beschikbaar precies?
- Welke functie hebben zorgverleners die beschikbaar moeten zijn tijdens intensieve zorgmomenten?
- Hoe groot is de groep bewoners waarvoor twee zorgverleners beschikbaar moeten zijn tijdens intensieve zorgmomenten?
- Wat wordt onder intensieve zorgmomenten verstaan?

4.
Kunt u over het kwaliteitskader, dat stelt dat tijdens de dag en avond er permanent iemand in huiskamer of gemeenschappelijke ruimte aanwezig is om de aanwezige bewoners de benodigde aandacht en nabijheid te bieden en toezicht te houden, de volgende vragen beantwoorden:

- Welke functie heeft deze persoon?
- Hoe groot is de groep waarvoor deze persoon de verantwoording heeft?
- Deelt u de mening dat juist het werk van een zorgverlener het leuk maakt om aandacht en liefde te kunnen geven aan bewoners en dat het vreemd is dat hier maar één persoon voor wordt neergezet?
- Is het de bedoeling dat zorgverleners alleen de basiszorg verlenen en verder aandacht gegeven wordt door een andere persoon, wiens functie onduidelijk is?

3 & 4.
De Kwaliteitsraad van het Zorginstituut heeft een nadere toelichting op het hoofdstuk over de personeelssamenstelling gemaakt. Hierin worden de vragen die u stelt door de Kwaliteitsraad beantwoord. U kunt deze toelichting vinden op de website van het Zorginstituut;
https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/publicatie/2017/01/13/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg .

5.
Vindt u het wenselijk, aangezien het kwaliteitskader stelt dat wanneer een bewoner de ruimte moet verlaten er iemand aanwezig is om dit op te vangen waarbij ook gedacht kan worden aan de inzet van een vrijwilliger of familielid, dat vrijwilligers of familieleden zorg en ondersteuning gaan verlenen omdat er geen norm is vastgesteld voor voldoende kwalitatief personeel? Keurt u het goed als een vrijwilliger een bewoner met een zware zorgvraag naar het toilet brengt omdat de zorgverlener niet de gemeenschappelijke ruimte mag verlaten? Vindt u dit verantwoord?

5.
De inzet van personeel moet worden afgestemd op de zorgvraag van bewoners. Dat beogen de normen van het kwaliteitskader. Dat garandeert dat voor bepaalde handelingen een professional zal worden ingezet, omdat de zorgvraag van een bewoner dat vraagt. In het algemeen kunnen mantelzorgers en vrijwilligers een belangrijke rol spelen in de zorg, omdat zij voor de kwaliteit van leven van bewoners belangrijk zijn.

6.
Welke functie heeft de persoon waarvan het kwaliteitskader stelt dat in iedere dagdienst (ook in het weekend) er per groep iemand aanwezig is die de juiste kennis en competenties heeft om separaat van de zorgtaken aandacht te besteden aan zingeving/zinvolle daginvulling van cliënten? En hoe groot is de groep waaraan deze persoon aandacht besteedt? Hoe gaat u voorkomen dat straks één persoon daginvulling/-besteding geeft aan een groep van 30 bewoners?

6.
Zie hiervoor het antwoord op vraag 3 & 4

7.
Betekent het kwaliteitskader, dat stelt dat zorgverleners die in direct contact staan met de cliënten hun naam kennen en op de hoogte zijn van hun achtergrond en persoonlijke wensen, dat u gaat stoppen met de inzet van tijdelijke zorgverleners en zorgverleners met flex-contracten en dat eindelijk geregeld wordt dat zorgverleners een vast contract krijgen en op een vaste groep bewoners ingezet worden?

7.
Vaste teams en vaste gezichten zijn belangrijke voorwaarden voor goede zorg. Er kunnen altijd omstandigheden zijn waarin ‘nieuwe gezichten’ zoals tijdelijke zorgverleners of uitzendkrachten nodig zijn. Ook stagiaires werken slechts tijdelijk op de groep. Het kwaliteitskader betekent wel dat zij zich eerst moeten verdiepen in de bewonersgroep voordat zij daadwerkelijk zorg gaan verlenen.

Bij de zorgaanbieders die deelnemen aan Waardigheid en Trots zien we goede voorbeelden  van werkwijzen en instrumenten om dat te vergemakkelijken.

8.
Welke functie heeft de persoon waarvan het kwaliteitskader stelt dat er altijd iemand aanwezig is die met zijn of haar kennis en vaardigheden aansluit bij de (zorg)vragen en (zorg)behoeften van de cliënten en bevoegd en bekwaam is voor de vereiste zorgtaken? Wordt deze persoon dag en nacht ingezet? Hoe wordt voorkomen dat een verpleegkundige met alleen vrijwilligers op een groep komt te staan?

8.
Zie hiervoor het antwoord op vraag 3 & 4

9.
Het kwaliteitskader stelt dat er in iedere locatie voor bewoners met een indicatie verblijf met verpleging of behandeling, 24/7 een BIG-geregistreerde verpleegkundige binnen 30 minuten ter plaatse is, maar vindt u ook niet dat een BIG-geregistreerde verpleegkundige sowieso ingezet dient te worden in elke dienst? Zo neen, waarom niet?

9.
Het kwaliteitskader geeft aan dat de personele inzet moet worden afgestemd op de zorgvraag van bewoners. Dat vereist in het ene geval verpleegkundige inzet, maar dat hoeft niet altijd. Wanneer de verpleegkundige een team op een goede manier kan coachen, is haar aanwezigheid niet voortdurend nodig.

10.
Waarom is er geen norm vastgesteld voor nachtdiensten, weekenden en vakantieperiodes? Of is de zorg aan bewoners in een verpleeghuis in de nacht, de weekenden en de vakantieperiodes niet belangrijk genoeg? Hoe wordt met dit kwaliteitskader voorkomen dat zorgverleners afhankelijk zijn van de inzet van familieleden en mantelzorgers?

10.
Voor de weekenden en de vakantieperiodes gelden de tijdelijke normen uit het kwaliteitskader weldegelijk. Aparte normen hiervoor formuleren is niet wenselijk. De normen geven geen specifieke invulling aan de benodigde inzet in de nacht. Het is aan de verpleeghuisorganisaties om in het kwaliteitsplan te beschrijven hoe zij in hun situatie de personeelssamenstelling in de nacht invullen. Daarbij is uiteraard van belang welke inzet voor de betreffende cliënten nodig is en welke andere faciliteiten de organisatie inzet (zoals bijvoorbeeld domotica). De bezetting in de nacht maakt onderdeel uit van de opdracht aan de sector om een lokale context-gebonden norm te ontwikkelen.

11.
Aan welke voorzieningen wordt precies gedacht als het kwaliteitskader stelt dat er 24/7 aanvullende voorzieningen beschikbaar zijn voor (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit? Kunt u uw antwoord toelichten met voorbeelden?

11.
Voorzieningen waaraan gedacht wordt bij aanvullende voorzieningen die 24/7 beschikbaar zijn voor (on) geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit zijn het opschalen van personeel, zoals het inzetten van mobiele teams, het inroepen van specialisten ouderengeneeskunde, overleg met medisch specialist of gedragsdeskundige, tijdelijke overplaatsing van een cliënt naar een andere afdeling in dezelfde zorgorganisatie, het inschakelen van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) en het in gang zetten van meerzorg.

12.
Aangezien de Inspectie voor de Gezondheidszorg is gevraagd om binnen drie maanden haar toezichtkader aan te passen op basis van de vereisten en opdrachten van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, op welke wijze dient de inspectie dan toezicht te houden, als er geen daadwerkelijke norm is waar zij toezicht op dient te houden? Kunt u dit uitleggen?

13.
Op welke wijze past de Inspectie voor de Gezondheidszorg haar toezichtkader aan naar aanleiding van dit kwaliteitskader? Hoe gaat zij controleren op basis van dit kwaliteitskader?

12 & 13.
De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft het kwaliteitskader vertaald naar haar nieuwe toetsingskader. Vanaf 13 maart 2017 gebruikt de IGZ het nieuwe toetsingskader voor het toezicht op de ouderenzorg en gehandicaptenzorg (http://igz.nl/onderwerpen/verpleging-en-langdurige-zorg/verpleegzorg_voor_ouderen). De opdracht aan zorginstellingen is dat zij, met inachtneming van de minimumnormen uit het kwaliteitskader, zelf keuzes maken en sturing geven aan hun kwaliteitsbeleid en de personeelsbezetting die daarbij hoort. De zorg moet veilig zijn én persoonsgericht, beide elementen wegen even zwaar. De drie pijlers van het toetsingskader zijn: persoonsgerichte zorg, deskundigheid van medewerkers en hoe leidinggevenden ervoor zorgen dat medewerkers goede en veilige zorg kunnen leveren. Zorgaanbieders hebben tijd nodig om te voldoen aan de nieuwe normen binnen het Kwaliteitskader, waaronder de norm voor personeelssamenstelling. De IGZ zal hiermee rekening houden bij haar handhaving. Mocht de IGZ in de zorg een groot (acuut) risico op schade voor cliënten constateren, dan grijpt de IGZ in. De inspectie kan daarbij een maatregel opleggen als zij oordeelt dat de zorg onvoldoende is. Voor de IGZ is de context bepalend voor de inzet van handhavingsmaatregelen.

14.
Wat bedoelt het Zorginstituut met dat zorgorganisaties vanuit het kwaliteitskader de verantwoordelijkheid en het vertrouwen krijgen om in de lokale context continu samen aan de verbetering van kwaliteit van zorg en ondersteuning te werken? 4)

14.
Het Zorginstituut bedoelt dat er rekening gehouden kan worden met regionale verschillen bijvoorbeeld in infrastructuur zoals bereikbaarheid en gebouwen, arbeidsmarkt, bevolkingskenmerken en verschillen in de bevolking zoals bevolkingsdichtheid en sociaal economische status. Met het kader wil het Zorginstituut stimuleren dat organisaties met en van elkaar leren en dat kan in veel gevallen goed in regionaal verband gebeuren.

15.
Hoe verhoudt het mogen ontwikkelen van verschillende normen per locatie zich tot het maatschappelijke en politieke gevoel dat juist de ontwikkeling van personeelsnormen in de zorg zelf niet van de grond komt juist door gebrek aan heldere definities? Kunt u uw antwoord toelichten?

15.
Gebrek aan heldere definities is niet de oorzaak van het feit dat in de zorg zelf geen personeelsnormen zijn ontwikkeld. In navolging van verschillende eerdere studies heeft ook de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut in het kwaliteitskader geoordeeld dat landelijke normen geen recht doen aan de grote diversiteit van cliëntgroepen die verpleegzorg ontvangen en de verschillende omgevingen waarin verpleegzorg wordt geleverd. Op 5 februari 2017 heb ik de aanpak 'Deskundig zorgpersoneel: Leren en ontwikkelen' aan uw Kamer gestuurd. In het rapport van Dageraad Advies dat daarbij is gevoegd, staan voorbeelden van zorgaanbieders die goede kwaliteit van zorg leveren met verschillende personele samenstellingen. Er zijn dus wel degelijk zorgaanbieders die heldere kaders hebben voor hun personele samenstelling wat leidt tot goede zorg.

16.
Kunt u aangeven welke partijen zijn geconsulteerd en 'voldoende draagvlak' geven aan de uitvoering van het kwaliteitskader?

16.
Op 15 december 2016 is het concept Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, door de Kwaliteitsraad ter consultatie aangeboden aan ZN, VWS, IGZ, Verenso, V&VN, LOC, Actiz, BTN en Patiëntenfederatie Nederland. Op de website van het Zorginstituut worden in hoofdlijnen de reacties van deze partijen weergegeven en hoe deze in het kwaliteitskader zijn verwerkt. Ook wordt hier een toelichting gegeven over de opmerkingen die niet zijn verwerkt in de definitieve versie van het Kwaliteitskader met daarbij de argumenten van de Kwaliteitsraad voor dit besluit. Zelf heb ik van deze partijen vernomen dat zij zich kunnen vinden in het kwaliteitskader.

17.
Welke mensen zullen zitting nemen in de stuurgroep en per wanneer zal deze stuurgroep starten?

18.
Hoe worden mensen geselecteerd voor deze stuurgroep, en welke minimale eisen zijn er gesteld?

19.
Wat moet de stuurgroep precies gaan doen?

17, 18 & 19.
Het kader bevat opdrachten aan de sector met bijbehorend tijdspad. Voor de sturing op de uitvoering van deze opdrachten heeft het Zorginstituut een stuurgroep opgericht, bestaande uit vertegenwoordigers van de relevante sectorpartijen, inclusief cliënten en zorgkantoren. Zoals in het kwaliteitskader verwoord staat zal de stuurgroep de uitvoering van de opdrachten voor de sector ondersteunen en bewaken.

In deze stuurgroep zitten, Verenso, V&VN, LOC, Patiëntenfederatie Nederland, Actiz, BTN en ZN. Het Zorginstituut zit de stuurgroep voor totdat de sector dit zelf overneemt. De stuurgroep is voor het eerst samengekomen in maart 2017. Het is aan deze partijen zelf wie zij afvaardigen om deel te nemen aan de stuurgroep. De uitkomsten van de stuurgroep komen op de website van het Zorginstituut te staan.

20.
Wat is precies de oorzaak geweest dat sectorpartijen geen overeenstemming konden vinden over het ontwikkelen van een kwaliteitsnorm voor 1 oktober 2016? Kunt u uw antwoord toelichten met onderbouwde argumenten waarom en welke sectorpartijen hier niet uitkwamen? Welke belangen hebben daar precies gespeeld?

20.
In mijn brieven van 5 oktober 2016 (Kamerstukken II 31 765, nummer 235) en 10 oktober 2016 (Kamerstukken II 31 765, nummer 236) heb ik u geïnformeerd over het feit dat de sectorpartijen niet tot een door ieder gedragen voorstel voor een kwaliteitskader zijn gekomen.

21.
Welk onderdelen van de uiteenlopende versies van de sectorpartijen zijn terechtgekomen in het huidige kwaliteitskader en welke delen zijn geschrapt? Kunt u uw antwoord toelichten?

21.
Zie hiervoor het antwoord op vraag 16.

22.
Met welke bestuurders van relevante partijen heeft de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut gesproken en welke personen zijn uitgenodigd op de hoorzitting met experts bij de totstandkoming van het kwaliteitskader? Wat was de reden waarom deze partijen zijn uitgenodigd? Wie bepaalde de selectiecriteria?

22.
De Kwaliteitsraad heeft bij de totstandkoming van het kwaliteitskader onder andere gesproken met de bestuurders van ZN, Verenso, V&VN, LOC, Actiz, BTN en Patiëntenfederatie Nederland. De regie en keuze over hoe de Kwaliteitsraad aan informatievergaring heeft gedaan was aan hen.

23.
Welke personen namen deel in de commissie verpleeghuiszorg en wie is aangesteld als de externe deskundige bij de totstandkoming van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg? Hoe is de samenstelling van de commissie en de aanstelling van de externe deskundige tot stand gekomen?

23.
Het is de bevoegdheid van het Zorginstituut een Kwaliteitsraad in te richten. De Kwaliteitsraad bestaat uit negen leden die op persoonlijke titel zijn benoemd vanuit de volle breedte van het zorgveld: langdurige zorg, ouderenzorg, ziekenhuiszorg, eerstelijnszorg, geestelijke gezondheidszorg en verpleegkundige zorg. Ook het perspectief van de cliënt, de methodologie en het meten en

beschrijven van de kwaliteit van zorg, zijn als specifieke kennisgebieden benoemd en hebben een stem in de Kwaliteitsraad.

De Kwaliteitsraad heeft er voor gekozen uit zijn midden een tijdelijke commissie te vormen van zes leden te weten Jan Kremer, Niek de Wit, Henk Nies, Niek Klazinga, Petrie Roodbol en Sophia de Rooij. Er zijn verschillende externe deskundigen ingezet in de analysefase en tijdens het vervolgproces. Meer informatie hierover kunt u vinden op de website van het Zorginstituut.

24.
Op basis van welke wetenschappelijke bronnen en welke beschikbare literatuur is het kwaliteitskader verpleeghuiszorg ontwikkeld? Kunt u deze wetenschappelijke bronnen/literatuur de Kamer doen toekomen? Zo neen, waarom niet?

24.
In het kwaliteitskader worden de verschillende bronnen benoemd in de voetnoten en bronvermelding.

25.
Kunt u uitleggen waarom u spreekt van wetenschappelijke bronnen en het Zorginstituut betoogt dat er geen wetenschappelijk bewijs bestaat?

25.
Jazeker. Er is door de Universiteit Maastricht een wetenschappelijke studie verricht die aantoont dat er géén wetenschappelijk bewijs is voor de relatie tussen de inzet van meer of hoger opgeleid personeel en de kwaliteit van zorg in de verpleeghuizen.

26.
Is er daadwerkelijk gesproken met zorgverleners over de totstandkoming van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg omdat in dat kwaliteitskader is omschreven dat de commissie verpleeghuiszorg op basis van beschikbare literatuur, ervaringen en deskundigheid het concept kwaliteitskader heeft opgesteld? Zo ja, hoe vaak en met hoeveel zorgverleners is gesproken? Zo neen, met welke personen is dan wel gesproken?

26.
De Kwaliteitsraad heeft verschillende relevante partijen, experts, belanghebbenden en zorgverleners geraadpleegd bij de totstandkoming van het kwaliteitskader. De regie hiervoor lag bij de Kwaliteitsraad.

27.
Aan welke relevante partijen en welke vijf externe deskundigen heeft de commissie verpleeghuiszorg het concept kwaliteitskader voorgelegd? Kunt u uw antwoord toelichten? Kunt u de reactie van deze vijf externe deskundigen openbaar maken?

27.
Het concept kwaliteitskader is ter consultatie aangeboden aan ZN, Verenso, V&VN, LOC, Actiz, BTN, VWS, IGZ en Patiëntenfederatie Nederland. Daarnaast is het concept kwaliteitskader aan verschillende externe deskundigen voorgelegd. Op de website van het Zorginstituut worden in hoofdlijnen de reacties van deze externe

deskundigen weergegeven en hoe deze in het kwaliteitskader zijn verwerkt. Ook wordt hier een toelichting gegeven over de opmerkingen die niet zijn verwerkt in de definitieve versie van het kwaliteitskader met daarbij de argumenten van de Kwaliteitsraad voor dit besluit.

28.
Waarom is het kwaliteitskader alleen toegespitst op mensen met een ZZP-indicatie 4 tot en met 10, die aangewezen zijn op 24 uurs zorg en ondersteuning? Waarom is het kwaliteitskader niet toegespitst op alle zorginstellingen, dus ook op verzorgingshuizen, ggz-instellingen en gehandicaptenzorginstellingen?

28 .
In andere deelsectoren, zoals onder andere de gehandicaptenzorg is een eigen kwaliteitskader in ontwikkeling. Daarnaast is in het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg aangekondigd dat de sector wordt opgeroepen om in 2017 op basis van dit kwaliteitskader een vertaalslag te maken en de kwaliteitsnormen voor 'extramurale' verpleeghuiszorg nader uit te werken.

29.
Kunt u aangeven hoe wordt geborgd dat cliënten bepalen hoe de kwaliteit van hun leven wordt gediend? Wat betekent 'binnen de gegeven kaders' precies?

29.
Het in beeld brengen van cliëntervaringen is een vereiste vanuit het kwaliteitskader. Deze informatie kan onder andere gebruikt worden voor verbetering en voor keuze informatie voor (potentiële) cliënten. Met binnen de gegevens kaders wordt bedoeld de gegeven kaders van wetgeving zoals de Wet langdurige Zorg.

30.
Vindt u, aangezien in het kwaliteitskader is opgenomen dat zorgverleners nauw betrokken zijn bij het maken van een kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag, dat dit in de reguliere werktijd moet gebeuren waardoor nog minder tijd over is voor verzorging en aandacht voor bewoners? U wilde toch minder bureaucratie? Kunt u dit uitleggen?

30.
Kwaliteit komt tot stand in de relatie tussen cliënt en zorgverlener. Zorgverleners hebben de meeste kennis over het verbeteren van kwaliteit en dat moet serieus genomen worden. Daarnaast zal leren en verbeteren en continue reflectie ook grotendeels plaatsvinden binnen de relatie tussen de cliënt en de zorgverlener. Door betrokken te zijn bij het maken van het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag werken zorgverleners op een cyclische en ontwikkelingsgerichte wijze mee aan de verbetering. De betrokkenheid kan op veel verschillende manieren worden georganiseerd, bijvoorbeeld via bijeenkomsten, via medezeggenschaporganen zoals de VAR of via teambesprekingen. Organisaties kunnen kiezen voor de manier die bij hen past.

31.
Hebben verpleeghuizen behoefte aan een kwaliteitsmanagementsysteem? Is hier draagvlak voor? Wie gaat dat ontwikkelen en wat vinden zorgverleners hiervan? Kunt u uw antwoord toelichten?

31.
Verpleeghuizen werken vaak al met een kwaliteitsmanagementsysteem. Het is een hulpmiddel om systematisch kwaliteit inzichtelijk te maken, persoonsgerichte zorg en veiligheid van zorg te borgen en daarvan te leren. Aanbieders kunnen dit hulpmiddel voor zichzelf ontwikkelen of een beschikbaar systeem kiezen dat bij hen past.

32.
Waarom stelt het kwaliteitskader verpleeghuiszorg dat onnodige keurmerken zoals de Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) op basis van het kwaliteitskader hun certificatieschema moeten herijken? Deelt u de mening dat het afgelopen moet zijn met bureaucratische keurmerken die niets bijdragen? Zo ja, bent u bereid dergelijke keurmerken te schrappen? Zo neen, waarom niet?

32.
Met dit kwaliteitskader is het niet noodzakelijk om als aanbieder een keurmerk te hebben. Het staat de aanbieder vrij voor een keurmerk te kiezen. Indien een keurmerk gekozen wordt dan moet dit keurmerk in lijn met het kwaliteitskader zijn.

33.
Erkent u dat het vreemd is dat het kwaliteitskader wel keurmerken en certificatieschema’s vereist maar niet voldoende personeel?

33.
Nee. Het kwaliteitskader vraagt om gebruik te maken van een (erkend) kwaliteitsmanagementsysteem. Dat is wat anders dan een keurmerk. Bovendien zijn er tijdelijke minimumnormen voor personeelsamenstelling opgenomen die recht doen aan de grote diversiteit van cliëntgroepen en omgevingen waarin verpleegzorg wordt geleverd.

34.
Op welke wijze wordt de €100 miljoen ingezet die is vrijgemaakt om aan het kwaliteitskader te voldoen? Garandeert u dat dit niet in overlegclubs gaat zitten, maar in daadwerkelijk meer personeel?

34.
De €100 miljoen is bedoeld voor de verpleeghuizen waar verbetering van kwaliteit het hardste nodig is. Dit geld is daarmee een steun in de rug voor bewoners, hun naasten en medewerkers. In mijn brief van 13 januari 2017 (Kamerstukken II 31 765, nummer 261) over het kwaliteitskader en meer recent die van 31 maart jl. heb ik u geïnformeerd over hoe de middelen worden ingezet. Zo is onder andere de betrokkenheid van de cliëntenraad en personeelsvertegenwoordiging een belangrijke voorwaarde. Dit geeft mij voldoende vertrouwen dat het geld daadwerkelijk op de werkvloer terechtkomt.

35.
Waarom geeft u geen uitvoering aan de motie-Klever c.s. over het omarmen van het manifest '"Scherp op Ouderenzorg" die oproept het manifest te omarmen waarin gesteld wordt dat er minimaal twee bevoegde en bekwame zorgverleners op een groep van maximaal acht bewoners worden ingezet? 5)

35.
Ik verwijs naar mijn brief van 13 januari 2017 (Kamerstukken II 31 765, nummer 261). Het manifest roept op om vast te stellen «hoeveel zorgpersoneel nodig is om complete zorg te leveren». Tevens stelt het manifest «Hanteer totdat deze norm is vastgesteld als vuistregel: minimaal bevoegde en bekwame zorgmedewerkers op een groep van maximaal acht bewoners.» Het Zorginstituut stelt, net zoals het veld, dat de personeelsbezetting groeps- en contextgebonden moet zijn. Zorgzwaarte en de omgeving waarin de verpleeghuiszorg wordt gerealiseerd is immers in hoge mate bepalend voor de personeelsinzet. Mensen met dementie, de ziekte van Huntington, niet-aangeboren hersenletsel of een somatisch probleem hebben verschillende zorgbehoeftes en daarmee een andere inzet van personeel nodig. Tegelijk is in het kwaliteitskader een aantal minimumnormen opgenomen. Hiermee is een balans gevonden tussen noodzakelijke ruimte voor differentiatie en de noodzaak tot minimumnormen.