

Vergaderjaar 2016–2017

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 244

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 28 oktober 2016

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 4 juli 2016 over «Waardigheid en trots: aanpak vernieuwing verpleeghuiszorg» (Kamerstuk 31 765, nr. 215).

De vragen en opmerkingen zijn op 6 september 2015 aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 27 oktober 2016 zijn de vragen, voorzien van een inleiding, beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Teunissen

Inleiding

Op 6 september heeft de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport schriftelijke vragen gesteld na aanleiding van de brief van 4 juli over «Waardigheid en Trots; aanpak vernieuwing verpleeghuiszorg» (Kamerstuk 31 765, nr. 215).

In mijn brief «Kwaliteit verpleeghuizen niet vrijblijvend» van 5 oktober jl. (Kamerstuk 31 765, nr. 235) en mijn brief «Vervolg kwaliteitskader, leidraad personeel en indicatoren basisveiligheid» van 10 oktober jl. (Kamerstuk 31 765, nr. 236) heb ik uw Kamer geïnformeerd over de stand van zaken van het kwaliteitskader, de leidraad personeel en de indicatoren basisveiligheid. Daarnaast hebben wij hierover een debat gevoerd op 13 oktober jl. (Handelingen II 2016/17, nr. 12, debat over motie bezettingsnorm verpleeghuizen)

Ook heb ik u geïnformeerd over het feit dat ik verwacht dat de IGZ op zijn vroegst in de laatste week van oktober 2016 een geactualiseerd overzicht van de lijst van 150 instellingen zal publiceren. Tegelijkertijd met de update van de lijst informeert de IGZ mij over haar oordeel met betrekking tot medicatieveiligheid. Zodra de lijst en het oordeel over medicatieveiligheid beschikbaar zijn zal ik deze aan uw Kamer sturen.

In dit VSO kom ik mijn toezegging na aan mevrouw Leijten uit het debat van 13 oktober om een toelichting te geven op de uitkomsten van de praktijktoetsen gedaan met de personeelsleidraad. Dit is opgenomen in een antwoord bij een vergelijkbare vraag die de SP-fractie mij gesteld heeft in het VSO.

Inbreng VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met veel interesse kennisgenomen van de derde voortgangsrapportage « Waardigheid en trots». Zij zijn van mening dat het van groot belang is dat kwetsbare ouderen goede en liefdevolle zorg krijgen, waarbij zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met individuele wensen. Zij merken daarbij wel op dat het een voorwaarde moet zijn dat basiszorg bij verpleeghuizen op orde is voor een succesvolle implementatie van het hele programma. Zij hebben nog wel enkele vragen en opmerkingen bij de voorliggende stukken.

Er wordt een zeer ruime beleidshorizon aangegeven in het stuk; namelijk 2025. **Zijn er tussentijds concrete en afrekenbare tussenstappen voorzien, op grond waarvan daadwerkelijk ook de voortgang in de verbetering van de verpleegzorg kan worden gemonitord? Welke indicatoren worden daarbij gehanteerd?**

Antwoord;

De leden van de VVD-fractie verwijzen naar de bundel Verpleeghuiszorg 2025. In het plan Waardigheid en Trots is afgesproken een toekomstverkenning uit te voeren, omdat de definitie van kwaliteit van verpleeghuiszorg zich moet aanpassen aan de ontwikkeling van Nederland in de toekomst. Deze verkenning heeft geleid tot een bundel met als horizon 2025, waarin wetenschappers en onderzoeksinstituten, maar ook bijvoorbeeld de Nederlandse jeugdraad en Vrouwen van Nu, hun inzichten omtrent de toekomst van de verpleegzorg hebben uitgewerkt. Deze bundel biedt beelden, verhalen en gedachten van personen en organisaties over de verpleeghuiszorg van de toekomst en is vooral bedoeld als aanjager van het debat met verschillende opinies. Daarnaast maak ik in mijn brief van 10 februari 2015 (Kamerstuk 31 765, nr. 124) het onderscheid in korte en lange termijn. Sinds de start van het programma

heb ik aangegeven dat het realiseren van de gewenste fundamentele omslag een lange adem en een integrale aanpak vraagt. In het plan Waardigheid en Trots is deze integrale aanpak planmatig beschreven. De activiteiten die staan genoemd worden nu uitgevoerd en zijn voorzien van deadlines. Voorbeelden zijn:

- Het vergroten van transparantie over kwaliteit door ervaringsgegevens op ZorgkaartNederland.nl (inmiddels 20.000). Streven is 50.000 ervaringen in 2017.
- Het transparant maken van de basisveiligheid per locatie vanaf 2017.
- Nieuwe normering passend bij nieuwe verpleegzorg: Het nieuwe normatieve kwaliteitskader en de «Leidraad verantwoorde personeel-samenstelling».
- De inkoop van zorgkantoren in 2017 nog meer richten op kwaliteit van zorg in plaats van kostenbeheersing.
- Kwaliteitsverbetering vanuit de praktijk stimuleren door het onderdeel «Ruimte voor verpleeghuizen» waaraan inmiddels 170 concerns met meer dan 700 locaties meedoen.
- Extra middelen voor het professionaliteitsbevordering van de medewerkers en een zinvolle daginvulling van cliënten evalueren in het najaar van 2016.

Deze aanpak moet leiden tot een hogere waardering van de verpleeghuiszorg, wat terug te zien is in de waarderingen van verpleeghuisbewoners, hun naasten, het personeel en bestuurders. Om dit te toetsen zal het onderzoek van Motivaction naar de beleving van de verpleegzorg¹, meegezonden met de brief van 4 juli jongstleden, worden herhaald. Uiteraard blijven de oordelen van de IGZ ook een onafhankelijke graadmeter.

Er wordt een maatschappelijk debat georganiseerd om de samenleving te betrekken bij de verpleegzorg, wat op zich een goede doelstelling is.

Echter, de vraag is welk maatschappelijk effect dit debat moet hebben. Wat willen we hier nu precies bereiken? Meer vrijwilligers, meer betrokkenheid van familie en naasten etc.?

Antwoord;

In het plan van aanpak Waardigheid en Trots (Kamerstuk 31 765, nr. 124) is reeds aangekondigd dat de leden van de taskforce het belangrijk vinden om de samenleving te betrekken bij de verpleegzorg. Zij streven naar het neerzetten van een evenwichtig beeld over de zorg in verpleeghuizen, het maatschappelijk debat is hier een middel bij. In recent onderzoek van Motivaction geven naasten van cliënten in verpleegzorg een rapportcijfer van bijna een 6,8. Een ruime voldoende, maar niet genoeg. Mensen die geen ervaring hebben met een verpleeghuis geven een lager cijfer, namelijk 5,8.

De doelstelling van het debat is kennisverbetering en bewustwording. Door mensen uit te nodigen om mee te praten, mee te denken en mee te discussiëren over vragen als: wat betekent het om zo kwetsbaar te zijn dat 24 uur per dag zware zorg nodig is? Met welke vragen krijgen de cliënten en hun naasten te maken? Met welke vragen krijgen zorgverleners te maken? Hoe ga je om met afwegingen tussen kwaliteit van leven en veiligheid? Daarnaast hopen de leden van de taskforce hiermee dat mensen gaan nadenken over wat ze belangrijk vinden in de zorg voor hun naasten en voor zichzelf.

Het zorgplan moet ervoor zorgen dat er meer maatwerk wordt geleverd, en meer rekening gehouden kan worden met de specifieke wensen van de cliënt. **Hoe wordt voorkomen dat het plan niet hoofdzakelijk ervaren wordt door medewerkers als een extra administratieve**

¹ Motivaction, Verpleeghuiszorg in Nederland, juni 2016

last? Hoe vindt de actualisatie plaats, en hoeveel tijd wordt eraan besteed? Gaat het zorgplan niet ten koste van de feitelijke zorguren voor de cliënt?

Antwoord;

Het programma Waardigheid en Trots wil bereiken dat de zorg in verpleeghuizen kwalitatief goed en veilig is én dat cliënten zich er thuis voelen. Het zorgplan is een middel om de wensen en behoeften van cliënten centraal te stellen. Daarom is de zorgplanbespreking in de Wlz wettelijk verankerd. In de wet is bepaald dat er minimaal twee keer per jaar een zorgplanbespreking plaatsvindt.

Zoals de leden van de VVD-fractie terecht aangeven, moet het zorgplan ondersteunend zijn op de zorg en geen extra last. In mijn brief van 13 november 2015 (Kamerstuk 31 765, nr. 171) heb ik u geïnformeerd over de uitkomsten van een onderzoek naar de ervaring met zorgplannen. Zowel cliënten, hun naasten en de professionals geven aan dat een zorgplan een goed hulpmiddel is bij het maken van afspraken over de zorg en welzijn. Echter, het is slechts een hulpmiddel. Cliënten vinden het belangrijker dat er sprake is van een continue dialoog dan dat er een afspraak op papier staat. Professionals geven aan dat het zorgplan nu vaak te ingewikkeld is en kan leiden tot het afvinken van lijstjes en het gebruik van standaard doelen. Dat werkt belemmerend in het denken over wie iemand nu echt is, hoe hij zijn leven heeft geleid en hoe hij zijn leven verder wil leiden. Tot slot constateren betrokken partijen dat er een spanningsveld is ontstaan tussen het primaire doel van het zorgplan, waarin staat hoe de cliënt zijn leven wil inrichten, wat voor hem of haar belangrijk is en waar de cliënt eigenaar van is, en het feit dat het zorgplan ook steeds meer een instrument is geworden om de verantwoording aan externe partijen, zoals de zorgkantoren en de IGZ op te baseren. In het programmaonderdeel «Ruimte voor verpleeghuizen» wordt samengewerkt met een aantal zorgaanbieders om methoden en instrumenten te ontwikkelen die helpen bij het werken met het zorgplan. Het doel hiervan is om het zorgplan in te zetten zoals bedoeld, namelijk om de cliënt centraal te stellen. Deze methoden en instrumenten hebben onder andere betrekking op de gespreksvoering met cliënten, omgaan met verplichte registraties en helpende formats. Gezamenlijk met IGZ en zorgkantoren wordt bezien welke regels zij hanteren ten aanzien van het zorgplan, in welke mate deze regels belemmerend zijn en of regels geschrapt kunnen worden. Op deze manier wordt het werken met het zorgplan meer gericht op het centraal stellen van de cliënt en de eventuele lasten die dit met zich meebrengt zoveel mogelijk weggenomen. Overigens kan het ICT-systeem dat gebruikt wordt door de zorginstelling de administratieve last ook aanzienlijk beperken.

Hoe wordt ervoor gezorgd dat cliëntondersteuning laagdrempelig en voor iedereen die daar recht op heeft wordt aangeboden? Welke concrete acties gaan de zorgkantoren daarvoor ondernemen?

Antwoord;

Cliëntondersteuning is belangrijk en daarom is deze functie vastgelegd in de Wet langdurige zorg. Op dit moment werk ik aan mijn beleidsbrief «Cliëntondersteuning in brede zin». In deze brief kom ik met acties om – samen met de betrokken partijen, waaronder de zorgkantoren – te zorgen dat cliëntondersteuning laagdrempelig en voor iedereen die daar recht op heeft binnen de verschillende stelsels wordt aangeboden. Ik verwacht mijn beleidsbrief voor het eind van dit jaar, tezamen met het de resultaten van het SCP-onderzoek naar cliëntondersteuning Wmo en Wlz, aan uw Kamer aan te kunnen bieden.

De basisveiligheid in verpleeghuizen moet overal z.s.m. op orde zijn. **Welke concrete maatregelen worden er door de sector op korte termijn geïmplementeerd om dat ook daadwerkelijk voor elkaar te krijgen? Waarom wordt er geen specifieke aandacht besteed aan het onderwerp medicatieveiligheid dat uit het IGZ-rapport wel als zorgpunt naar voren komt? Welke uitvoering wordt ingegeven aan de korte Kamerbreed aanvaarde motie van het lid Potters om voor 1 oktober a.s. de medicatieveiligheid in alle verpleeghuizen op orde te hebben?**

Antwoord;

Op dit moment houdt de IGZ naar aanleiding van het «Eindrapport kwaliteit van verpleeghuizen» intensief toezicht bij de instellingen die in categorie 1 vallen. De inspectie volgt deze instellingen op de voet en spreekt bestuurders aan op hun verantwoordelijkheid om de basisveiligheid op orde te brengen.

Daarbij besteedt de inspectie extra aandacht aan medicatieveiligheid in de ouderenzorg. Dit ter uitvoering van de motie Potters (Kamerstuk 31 765, nr. 224.) waarin wordt gevraagd ervoor te zorgen dat de medicatieveiligheid in ieder geval bij de allerswakste verpleeghuizen op orde is. Bij dit toezicht richt de IGZ zich in deze periode vooral op drie onderwerpen:

- De aanwezigheid van een actueel medicatieoverzicht.*
- Het veilig en verantwoord bewaren van medicijnen.*
- Controle door twee medewerkers bij risicovolle medicatie, het zogenaamde dubbel paraferen.*

Het toezicht op medicatieveiligheid maakt ook onderdeel uit van het intensiever toezicht op de 11 instellingen, zoals in het rapport van de IGZ van juni jongstleden is opgenomen.

Is 1 oktober 2016 een haalbare datum voor het nieuwe normatieve kwaliteitskader, en welke rol heeft de Kamer bij de totstandkoming van dit kader?

Wanneer krijgt de Kamer het kwaliteitskader verpleegzorg precies te zien, en welke rol heeft de Kamer in het definitief vaststellen daarvan?

Antwoord;

In mijn brief «Kwaliteit verpleeghuizen niet vrijblijvend» van 5 oktober jongstleden en mijn brief «Vervolg kwaliteitskader, leidraad personeel en indicatoren basisveiligheid» van 10 oktober jongstleden heb ik uw Kamer geïnformeerd over de stand van zaken op deze onderwerpen en zijn betreffende stukken aangeboden. Vervolgens hebben wij op 13 oktober jongstleden hierover gesproken in het debat na aanleiding van de uitvoering van de motie Leijten over de personeelsnorm.

Conform de werkwijze van het Zorginstituut moet een nieuw ontwikkeld kwaliteitskader tripartiet worden ingediend bij het Zorginstituut door vertegenwoordigende partijen van aanbieders, cliënten en verzekeraars. Sinds 2013 heeft het Zorginstituut de bevoegdheid om, als deze partijen er om wat voor reden dan ook niet uitkomen, doorzettingsmacht in te zetten. Zoals u weet, zijn de partijen er niet in geslaagd om voor 1 oktober tot een door ieder gedragen voorstel voor een kwaliteitskader en leidraad te komen. Dit is vastgesteld in een overleg hierover op maandag 3 oktober jl. Het voorliggende kader werd zowel door mij als door patiëntenverenigingen en verzekeraars als onvoldoende beoordeeld. Ik heb na het genoemde overleg contact opgenomen met het Zorginstituut en mij is bevestigd dat het Zorginstituut zijn doorzettingsmacht aanwendt en de regierol op zich neemt. Het Zorginstituut heeft de ambitie uitgesproken

om per 1 januari aanstaande een eerste kwaliteitskader op te leveren, waarin in ieder geval de leidraad en de basisveiligheid en indicatoren daarvoor een plek krijgen.

Welke maatregelen gaat de IGZ nemen als er nog steeds verpleeghuizen zodanig slecht scoren dat ze niet in staat zijn complexe zorg te leveren? Worden er ook verpleeghuizen gesloten, dan wel het management en de raad van bestuur vervangen als er geen verbetering optreedt? Welke rol vervullen de interventieteams specifiek? Nemen zij, indien nodig, ook de bestuurlijke taken over?

Antwoord;

Wanneer verpleegzorginstellingen niet in staat zijn de zorg te leveren die hun cliënten nodig hebben, acht ik het vanuit het belang van de bewoners noodzakelijk dat daar direct wordt ingegrepen, om de zorg voor deze ouderen direct te verbeteren.

Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om ervoor te zorgen dat verbeteringen worden gerealiseerd, zodat de randvoorwaarden aanwezig zijn om goede zorg te verlenen, als bedoeld in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Maar, wanneer verpleegzorginstellingen geen verbetering in de kwaliteit van zorg laten zien, acht ik het noodzakelijk dat daar wordt ingegrepen, om de zorg voor ouderen op orde te brengen.

In bestuursgesprekken maakt de IGZ dit ook klip-en-klaar. In dit verband geeft de IGZ ook aan dat meer ingrijpende maatregelen aan de orde zijn wanneer de betreffende zorgaanbieder er niet in slaagt de verbeteringen te realiseren.

Wanneer de inspectie vaststelt dat de kwaliteit van de zorgverlening niet aan de vereisten voldoet, beschikt de IGZ over verschillende handhavingsinstrumenten. Zo kan de IGZ namens de Minister of Staatssecretaris een aanwijzing geven aan een zorgaanbieder om binnen een bepaalde termijn aan de normen voor goede zorg te voldoen. Wanneer een zorgaanbieder geen, of onvoldoende uitvoering geeft aan een aanwijzing volgt een last onder dwangsom of last onder bestuursdwang. Deze handhavingsinstrumenten kunnen tot gevolg hebben dat er een gedeeltelijke of gehele opnamestop wordt afgedwongen, cliënten worden overgedragen naar een andere zorgaanbieder of een bestuurder in de raad van bestuur wordt bijgeplaatst.

In deze fase is ook de inzet van de in mijn brief van 4 juli jl. aangekondigde interventieteams aan de orde. Ik verwacht van het bestuur in deze fase dat het volledige medewerking biedt, om samen met anderen de kwaliteit van de zorg binnen de door de inspectie gestelde termijn op het vereiste niveau te brengen. De interventieteams bieden daarbij de mogelijkheid om door middel van een bestuurlijke aanpak met betrokkenheid van belanghebbende bestuurlijke partijen knelpunten weg te nemen en een plan van aanpak te coördineren om de benodigde verbeteringen te realiseren en duurzaam te borgen in de organisatie. De IGZ maakt geen onderdeel uit van deze interventieteams, zodat zij ongehinderd de voortgang van de verbetermaatregelen kan blijven toetsen en waar nodig extra maatregelen kan treffen.

Hoe vaak zijn de interventieteams de afgelopen 3 maanden geraadpleegd? Hoe vaak en om welke instellingen gaat het? Waren dit instellingen uit de top 11 of uit andere categorieën in de rapportage van de IGZ?

Antwoord;

Er zijn nog geen interventieteams ingezet. Inzet is afhankelijk van de bevindingen van de Inspectie. Of dit bij de 11 instellingen die in juli jl. binnen categorie 1 van de IGZ lijst vielen het geval zal zijn, gaat blijken uit de toegezegde actualisatie.

Welke concrete ondersteuningsvragen worden er door zorgaanbieders gevraagd op het moment dat ze zich in het kader van «waardigheid en trots» melden met een urgent kwaliteitsprobleem?

Antwoord;

Het programma Waardigheid en Trots richt op de korte termijn tot het wegnemen van risico's in de kwaliteit van zorg en op langere termijn tot een fundamentele verandering in de verpleeghuiszorg. Hierbij hoort strikt toezicht, maar ook ondersteuning. Het programma heeft daarom ruimte gecreëerd voor ondersteuning aan aanbieders die vastlopen met deze omslag. Het gaat veelal om ondersteuningsvragen op het gebied van de structurele borging van kwaliteit. Dat kan betrekking hebben op bijvoorbeeld het methodisch werken door professionals, op sturingsvraagstukken binnen de organisatie en op de inrichting van de organisatie (bijvoorbeeld het geleidelijk en ingekaderd overgaan tot zelfsturende teams).

In het inkoopbeleid van de zorgkantoren voor 2017 wordt opgenomen dat de basiskwaliteit van de verpleeghuizen op orde moet zijn. **Hoe wordt deze basiskwaliteit gemeten, en wat zijn de gevolgen als dat niet gebeurt? Wordt er dan geen zorg meer ingekocht bij het betreffende verpleeghuis? Wat wordt precies bedoeld met de zinsnede dat: «Als deze niet goed is, zijn afspraken over verbeterplannen op andere onderwerpen niet aan orde»? Betekent dit dan dat alle aandacht en geld gestopt moet worden in het verbeteren van de basiskwaliteit? Is dat wel een voldoende effectieve interventie?**

Antwoord;

Een belangrijk onderdeel van het programma Waardigheid en Trots is de omslag die zorgkantoren maken naar inkopen op kwaliteit in dialoog tussen zorgaanbieder en zorgkantoor. Met de aangehaalde passage wordt bedoeld dat, indien bij een zorgaanbieder sprake is van een kwaliteitsprobleem deze zorgaanbieder alle aandacht op het oplossen van dat probleem moet richten. Indien deze zorgaanbieder dan zou voorstellen om te investeren in een ander onderwerp dan het oplossen van het kwaliteitsprobleem, gaat het zorgkantoor daarmee niet akkoord. Een kwaliteitsprobleem wordt door de IGZ geconstateerd. In veel inkoopcontracten is aangegeven dat indien de IGZ een probleem constateert, de zorgaanbieder dat meldt bij het zorgkantoor.

Naast het schrappen van de voorgenomen bezuiniging van € 500 miljoen op de Wlz heeft het kabinet ook nog € 200 miljoen extra middelen beschikbaar gesteld voor een zinvolle vrije tijd voor bewoners in verpleeghuizen, en deskundigheidsbevordering van de zorgverleners. **Zijn er al concrete plannen bij de instellingen om dit geld te spenderen, en hoe zal de Kamer geïnformeerd worden over deze specifieke bestedingen? Wat gebeurt er als deze middelen onjuist ingezet zijn?**

Antwoord;

De extra middelen Waardigheid en Trots, bestemd voor een zinvolle daginvulling voor bewoners en deskundigheidsbevordering van professionals, worden door de zorgkantoren toegekend indien de zorgaanbieder

een plan indient voor de besteding van de extra middelen. Enige voorwaarde voor de goedkeuring van het plan is de instemming van de Cliëntenraad, Ondernemingsraad en indien aanwezig de VAR. Daar zit ook de controle op een juiste besteding van de middelen: wanneer een zorgaanbieder de middelen onjuist inzet, mag er vanuit worden gegaan dat de Cliëntenraad en Ondernemingsraad hun goedkeuring aan een volgend plan onthouden en daarover in gesprek gaan met de bestuurder. Indien Cliëntenraad en Ondernemingsraad geen goedkeuring geven, zal het Zorgkantoor hier bij de inkoopafspraken rekening mee houden. Dit is conform datgene wat besproken is op 13 oktober over de ingediende motie Potters en Volp Kamerstuk 31 765, nr. 242.

Om in 2016 voor de extra middelen in aanmerking te komen, moesten de plannen uiterlijk 1 mei 2016 zijn ingediend. De plannen voor 2017 moeten uiterlijk 1 oktober 2016 zijn ingediend. Op dit moment vindt een eerste evaluatie van plannen plaats. Omdat er in 2016 nog geen sprake zal zijn van meetbare effecten, zal de evaluatie gericht zijn op het proces van totstandkoming van de plannen, een inventarisatie van de inhoud ervan en aanbevelingen voor komende jaren. Ik verwacht deze evaluatie voor het eind van het jaar te ontvangen en zal deze met een beleidsreactie zo spoedig mogelijk naar uw Kamer sturen.

Inbreng PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA hebben met belangstelling de brief rondom het programma Waardigheid en Trots en de aanpak van vernieuwing van de verpleeghuiszorg. Als je voor de beslissing staat om je geliefde, je vader of je moeder te laten opnemen in een verpleeghuis is het laatste waarmee je bezig moet zijn de vraag op welk lijstje dat verpleeghuis staat. Er moet geen twijfel zijn over de kwaliteit van zorg. De beslissing, de grote verandering in iemands leven en van zijn omgeving, is al moeilijk genoeg. Of je nou je vrouw niet meer thuis hebt maar haar tweemaal per dag kunt opzoeken, of je je vader moet achterlaten in de zorg van anderen; je moet weten dat ze veilig en in goede handen zijn. Je moet weten dat er oog en tijd zijn voor hun behoeften. Je moet weten dat verzorgenden hen liefdevol helpen, hen zien als mens en helpen waar nodig, maar met verstand van zaken. Je moet weten dat, als die verzorgenden hulp nodig hebben, zij dat kunnen aangeven bij hun leidinggevenden en hun bestuurder, en dat die bestuurder dan weet welke zorg er door wie in zijn huis wordt gegeven en wanneer dat niet goed gaat. De leden van de fractie van de PvdA constateren dat er met de aanpak die nu ingezet is in de verpleeghuiszorg er goede stappen gezet worden, maar dat er tevens nog heel veel moet gebeuren. Op teveel plekken is de zorg nog niet op het niveau dat we zouden willen voor onze ouderen. Op teveel plekken weet de bestuurder in een zorginstelling niet wat er op de vloer gebeurt, wat verzorgenden nodig hebben om hun werk goed te kunnen doen. Er staan nog teveel instellingen op de radar van de IGZ waar de veiligheid van onze ouderen in het geding is. De leden van de fractie van de PvdA hebben zich ingezet om vernieuwing in de sector op gang te brengen, zien de inspanningen van de sector, en zien en waarderen hoe hard en liefdevol verzorgenden hun werk doen.

Waardigheid en trots

De leden van de fractie van de PvdA lezen dat in een recent rapport van Motivaction naasten van de ouderen in de verpleegzorg een rapportcijfer van een 6,8 geven. Het essay «Als het thuis niet meer kan...wat willen ouderen dan ...» van Cretien van Campen (SCP) in de bundel Verpleeghuiszorg 2025 van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport laat zien dat ouderen vaak wel tevreden zijn in een verpleeghuis, ondanks dat mensen die nu nog niet in een verpleeghuis wonen, aangeven dat zij niet naar een verpleeghuis willen. **Kan de Staatssecretaris aangeven**

welk rapportcijfer hij nastreeft voor de komende jaren en op welke wijze hij gaat onderzoeken of dit rapportcijfer behaald wordt?

Antwoord;

Ik vind de rapportcijfers uit het onderzoek van Motivaction (5,8 van mensen zonder ervaring met verpleeghuiszorg en 6,8 van mensen met ervaring) te laag. Dat heb ik ook in mijn brief van 4 juli jongstleden aangegeven. Deze enkelvoudige rapportcijfers doen overigens niet geheel recht aan de vele verschillen die er zijn tussen de verpleeghuizen en de waardering van hun bewoners daarvoor. Ik streef met alle leden van de taskforce naar een verbetering van dat cijfer. Ik vind de werkelijkheid echter te complex om hiervoor een cijfer te noemen. Door over enkele jaren opnieuw een vergelijkbaar onderzoek te doen, kan worden vastgesteld of de waardering voor verpleeghuiszorg hoger is geworden.

Uit hetzelfde rapport blijkt dat professionals trots zijn op hun vak, maar de werkdruk als hoog ervaren en bezorgd zijn over of en hoe zij de kwaliteit van zorg in de toekomst kunnen blijven bieden. Deze leden delen de zorgen van de professionals. Een te hoge werkdruk en onzekerheid over de toekomst gaat ten koste van de kwaliteit van zorg die op de vloer geleverd kan worden. **Kan de Staatssecretaris uiteenzetten waar de ervaring van te hoge werkdruk vandaan komt, en hoe hij de werkdruk samen met de sector gaan verlagen? Welke concrete doelstellingen heeft de Staatssecretaris hiervoor opgesteld? Wanneer wil hij resultaten zien, en hoe gaat hij deze resultaten monitoren?**

Antwoord;

Ik vind, met de leden van de fractie van de PvdA, het belangrijk dat er aandacht is voor de arbeidsomstandigheden en het werkplezier van de zorgwerker. Daarom volg ik de ontwikkeling op dit gebied nauwgezet via het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (<http://www.azwinfo.nl>). Jaarlijks worden werkgevers bevroegd over dit onderwerp en tweejaarlijks wordt een grote enquête onder werknemers gehouden. De volgende meting onder werknemers vindt plaats in 2017. De ervaren werkdruk is niet alleen een kwestie van de hoeveelheid personeel. Er zijn meer zaken die de ervaren werkdruk beïnvloeden, bijvoorbeeld waardering, voldoende kennis en ervaring om het gevraagde werk te kunnen uitvoeren en bijvoorbeeld ruimte om het werk zelf in te delen. Er is daarom niet één doelstelling of norm voor de werkdruk. Het gaat erom dat als de werkdruk structureel te hoog is, er binnen de instellingen in een goede dialoog tussen bestuurders en personeelsvertegenwoordiging maatregelen worden genomen. Omdat voldoende en deskundig personeel cruciaal is voor de kwaliteit van zorg, is binnen Waardigheid en Trots ook veel aandacht voor deskundigheid van het personeel, voor opleidingen en de juiste personeelssamenstelling.

De sector neemt hierin ook zelf de verantwoordelijkheid. Sociale partners in de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg zijn verenigd in de Stichting Arbeidsmarkt- en Opleidingsbeleid Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (A+O VVT). Dat samenwerkingsverband heeft onder andere tot doel bij te dragen aan een aantrekkelijke werkomgeving met goede arbeidsomstandigheden. A+O VVT heeft hiertoe onder ander het Programma Duurzame Inzetbaarheid gestart (www.duurzaaminzetbaarindevvt.nl). Tot slot steunt het kabinet diverse projecten van de sector die de arbeidsomstandigheden verbeteren. Bijvoorbeeld projecten als Gezond&Zeker (via RegioPlus) en Excellente Zorg. De inspectie SZW geeft met de sectoraanpak Zorg & Welzijn ook een impuls aan de aanpak van psychosociale arbeidsbelasting. Daarnaast ondersteunt het kabinet (SZW)

diverse projecten die gericht zijn op verbetering van de duurzame inzetbaarheid van medewerkers.

Investering van € 200 miljoen in verpleeghuiszorg

De leden van de fractie van de PvdA zijn verheugd over het feit dat de taakstelling van € 500 miljoen voor 2017 van de baan is, en dat er vanaf 2016 € 200 miljoen structureel bij de verpleeghuiszorg komt voor zinvolle dagbesteding. Onder de Wlz vallen kwetsbare cliënten die een zware zorgvraag hebben. Deze cliënten dienen de juiste en kwalitatief goede zorg en ondersteuning te ontvangen en hiervoor dient voldoende budget beschikbaar te zijn. Een extra taakstelling op deze zorg is wat de leden van de fractie van de PvdA onwenselijk. Zij zijn dan ook tevreden met het feit dat deze taakstelling van tafel is. Bij de begrotingsbehandeling van 2016 hebben deze leden een belangrijk punt ervan gemaakt dat het geld dat voor zinvolle dagbesteding en opleiding aan medewerkers moet worden uitgegeven door de cliënten en medewerkers. **Kan de Staatssecretaris nader duiden of en zo ja hoe dit gebeurd is? Op welke wijze is de zeggenschap van cliënten over hun dagbesteding en medewerkers in de zorg over uitbreiding van hun expertise vergroot door deze maatregelen? Wordt hier de mate van (vergroting van) geleverde kwaliteit gecontroleerd en is dit een criterium voor het wel of niet toekennen van het extra budget voor dagbesteding en opleiding? Hoe wordt er gezorgd dat het verbeteren van en leveren van goede zorg beloond wordt?**

Antwoord;

Ik deel de opvatting van de leden van de PvdA en heb er daarom voor gezorgd dat cliënten en medewerkers een beslissende stem hebben in de besteding van de middelen. Het plan dat een zorgaanbieder moet indienen geeft weer hoe de zorgorganisatie de middelen voor een zinvolle daginvulling en deskundigheidsbevordering gaat inzetten. Dit plan is gezamenlijk met de Cliëntenraad en Ondernemingsraad (OR) en, indien aanwezig, de Verpleegkundige of Verzorgende Adviesraad (VAR) opgesteld en heeft hun goedkeuring. De Cliëntenraad concentreert zich op het deel over een zinvolle daginvulling; OR en VAR op de deskundigheid van personeel. Het is aan de beoordeling van deze organen of de geleverde kwaliteit hiermee verbetert en of zij met een volgend plan weer willen instemmen. Wanneer een zorgaanbieder dat goed doet, zal hij ook in de komende jaren in aanmerking kunnen komen voor de extra middelen.

Op dit moment vindt een eerste evaluatie van plannen plaats. Omdat er in 2016 nog geen sprake zal zijn van meetbare effecten, zal de evaluatie gericht zijn op het proces van totstandkoming van de plannen, een inventarisatie van de inhoud ervan en aanbevelingen voor komende jaren. Ik verwacht deze evaluatie voor het eind van het jaar te ontvangen en zal deze met een beleidsreactie zo spoedig mogelijk naar uw Kamer sturen.

Spoor 1: nieuwe praktijk als norm, de eerste resultaten zijn er. De leden van de fractie van de PvdA vinden het noodzakelijk dat er in de verpleeghuiszorg een omslag komt. De cliënt moet meer zeggenschap krijgen. Wensen en behoeften van cliënten dienen centraal te staan, en het zorgaanbod moet zich daarop aanpassen. De medewerker op de vloer moet de tijd en de ruimte hebben zorg aan de cliënt de eerste prioriteit te maken. De bestuurder dient te weten wat er op zijn werkvloer afspeelt, en waar zijn medewerkers en cliënten tegenaan lopen. Er worden stappen gezet in het vernieuwingsplan. **Het nieuwe normatieve kwaliteitskader en de Leidraad verantwoorde personeelssamenstelling zijn hier zeer belangrijke middelen bij. Kan de Staatssecretaris aangeven hoever hij met beiden is? Op welke wijze wordt de**

Leidraad verantwoorde personeelssamenstelling ingezet om de eerdergenoemde werkdruk te verminderen in de sector? Op welke wijze wordt deze ingezet om de kwaliteit van medewerkers (daar waar nodig) te verbeteren? Graag ontvangen deze leden een toelichting van de Staatssecretaris.

Antwoord;

In mijn brief «Kwaliteit verpleeghuizen niet vrijblijvend» van 5 oktober jongstleden mijn brief «Vervolg kwaliteitskader, leidraad personeel en indicatoren basisveiligheid» van 10 oktober jongstleden en het debat van 13 oktober jongstleden over de motie Leijten heb ik uw Kamer geïnformeerd over de stand van zaken van het kwaliteitskader en de leidraad personeel.

Zoals u inmiddels weet, zijn de partijen er niet in geslaagd om voor 1 oktober tot een door ieder gedragen voorstel voor een kwaliteitskader en leidraad te komen en heeft het Zorginstituut de regie overgenomen. Het Zorginstituut heeft de ambitie uitgesproken om per 1 januari aanstaande een eerste kwaliteitskader op te leveren, waarin in ieder geval de basisveiligheid, de indicatoren daarvoor en de leidraad een plek krijgen.

De versie van de leidraad die door V&VN en PFN bij het Zorginstituut is ingediend, gaat uit van de zorgvraag van cliënten en zoekt daar de juiste personeelssamenstelling bij. Daarbij wordt rekening gehouden met een aantal externe factoren die dat kunnen beïnvloeden. Daarnaast geeft de leidraad een aantal kwalitatieve normen aan. De dialoog die aan de hand van de leidraad binnen teams moet worden gevoerd, besteedt zeker aandacht aan werkdruk. Maar ook andere aspecten die werkdruk kunnen beïnvloeden, zoals waardering, voldoende kennis en ervaring om het gevraagde werk te kunnen uitvoeren en bijvoorbeeld ruimte om het werk zelf in te delen komen aan bod. Ik verwacht dan ook dat daar een positieve invloed van uitgaat. Daarnaast heeft het kabinet € 200 miljoen extra geïnvesteerd in deskundigheidsbevordering en zinvolle dagbesteding. Dit geld kan bijdragen om geconstateerde tekort-komingen in deskundigheid aan te vullen.

Er wordt onderzoek gedaan naar de personele samenstelling van verpleeghuizen en de situatie rondom opleiden en deskundigheidsbevordering door het KiWa. Zijn er regio's in Nederland waar de personele samenstelling problematisch is? Is er een relatie te trekken tussen personele problemen en de regio (stad/platteland) waarin het verpleeghuis zich bevindt? Zijn er andere correlaties te vinden? Graag ontvangen deze leden een reactie van de Staatssecretaris.

Antwoord;

Goed personeels- en opleidingsbeleid van verpleeghuizen begint met een scherp beeld van de gevolgen van de veranderende zorgvraag voor de organisatie enerzijds en de gevolgen voor personeel en opleiden anderzijds. Daarbij kunnen regionale verschillen een belangrijke rol spelen. De arbeidsmarkt in de zorg is overwegend een regionale arbeidsmarkt. Dat vraagt om een goede dialoog over de veranderende zorgvraag, wat dat betekent voor de inrichting van het zorglandschap in die regio en de gevolgen voor personeel en opleiden. Via verschillende trajecten investeer ik daarom in een goede analyse en regionale dialoog. Onder andere via het onderzoek van KIWA Carity naar de personele samenstelling van verpleeghuizen en de situatie rondom opleiden en deskundigheidsbevordering. De uitkomsten van dit onderzoek wordt voor het eind van het jaar verwacht. Daarnaast wordt er door het onderzoeksprogramma AZW gewerkt aan een update van de landelijke arbeidsmarktprognoses waaronder mogelijke tekorten of overschotten in de verpleeg-

huizen, uitgesplitst naar kwalificatieniveau. Deze landelijke arbeidsmarktprognose wordt uitgesplitst naar regio. De regionale werkgeversverbanden in de zorg maken op basis hiervan regioportretten, waarin de landelijke inzichten worden vertaald naar de regio, zodat rekening gehouden kan worden met regionale verschillen. De prognoses en regioportretten worden naar verwachting eind dit jaar opgeleverd. Via RegioPlus en het Zorgpact stimuleer ik de regionale dialoog. Daarnaast zijn KIWA Carity en het Pensioenfonds Zorg en Welzijn (PFZW) in opdracht van VWS bezig met de ontwikkeling van rekenmodellen die de regionale dialoog tussen zorginkopers, aanbieders en onderwijs faciliteren. Op dit moment loopt er in vier regio's een pilot. Eén van die pilots is Zeeland, waar specifiek wordt gekeken naar de VVT.

Een nieuw kader waar we in de sector meer naar kwaliteit van leven kijken en niet naar afvinklijsten vinden deze leden zeer gewenst. Het nieuwe kwaliteitskader, maar vooral de wijze waarop de IGZ toezicht gaat houden op die kwaliteit is van zeer groot belang. **Ontaardt het nieuwe kwaliteitskader en het risico gestuurd toezicht van de IGZ hierop opnieuw in een afvinklijst waarmee instellingen beoordeeld worden, en waarmee helaas de administratieve druk (en daardoor de werkdruk) voor medewerkers vergroot wordt, of gaan we nu op andere wijze toetsen of de zorg in een verpleeghuis op orde is?**

Antwoord;

Ik hecht eraan dat zorgprofessionals ruimte en vertrouwen ervaren om persoonsgerichte zorg te kunnen leveren. Daarom is het van belang dat nieuwe werkwijzen en nieuw gedrag verankerd worden in de sector en ingeslepen raken in het werk van alle dag zonder de administratieve lasten en werkdruk voor medewerkers te vergroten. Dat begint bij de uitwerking van het nieuwe kwaliteitskader door de bestuurders van zorginstellingen met hun professionals. Zij staan voor de uitdaging om, in verbinding met de professionals, door middel van sturing, ontwikkeling van medewerkers en methodisch werken de zorg te verbeteren en er zo voor te zorgen dat de zorg voldoet aan het nieuwe kwaliteitskader. De IGZ zal het kwaliteitskader, vertalen naar een toezichtkader dat inzichtelijk maakt hoe de IGZ hier toezicht op houdt. Daarbij zal ook in het toezichtkader en de werkwijzen van de IGZ persoonsgerichte zorg een centrale plaats innemen.

Parallel aan de totstandkoming van het nieuwe kwaliteitskader werkt de IGZ aan een vernieuwing van het toezicht. De IGZ is hier vanaf het begin van het programma hard mee aan de slag, naast de intensivering van het toezicht voor de korte termijn. Bij de brief van 4 juli jongstleden is de visie van de IGZ op die vernieuwing vastgelegd en aan de Tweede Kamer toegezonden.

Voorop stond, en blijft staan, dat de zorg kwalitatief goed en veilig moet zijn; de basiszorg dient gewoonweg op orde te zijn. Maar daarnaast is de IGZ bezig de persoonsgerichte zorg van de cliënt een plek te geven binnen haar toezicht. Hiervoor is de IGZ in 2015 het project «Naar toekomstbestendig en cliëntgericht toezicht op verpleegzorg» gestart. Hierin worden huidige toezichtinstrumenten waar nodig aangepast en vernieuwd, en nieuwe ontwikkeld.»² Het nieuwe instrument stelt inspecteurs in staat om de beleving en ervaring door de cliënt een sterkere plaats te geven in het toezicht en bijvoorbeeld ook te kijken naar de manier waarop vrijwilligers en mantelzorgers betrokken worden bij de zorg. Daarnaast start de IGZ in

² Zo houdt de IGZ de komende jaren toezicht op de verpleeg(huis)zorg, blz. 4.

2017 met de inzet van ervaringsdeskundigen in het toezicht, met als doel om het cliëntperspectief in het toezicht te versterken.

Kan de Staatssecretaris aangeven hoe de huidige lijsten die de IGZ bij de inspectie hanteert eruit zien en hoe deze eruit gaan zien na de ontwikkeling van het kwaliteitskader? Hoe wordt voorkomen dat er vooral op basis van afvinklijsten aan de kwaliteit gewerkt wordt, en dat andere zaken onderbelicht blijven?

Antwoord;

De kwaliteit van leven van de cliënt en hoe de cliënt de zorg ervaart vind ik belangrijk. Ook de IGZ verwacht dat zowel de kwaliteit van zorg als de kwaliteit van persoonsgerichte zorg op orde is. Op dit moment werkt de IGZ aan de doorontwikkeling van bestaande toezichtinstrumenten waarin beide elementen gelijkwaardige uitgangspunten zijn. De vernieuwing van het «Kerninstrument Care» (KIC) is hiervan een voorbeeld. Zodra het nieuwe kwaliteitskader is vastgesteld, zal de IGZ haar toezichtinstrumenten hierop aanpassen met de hierboven genoemde beide elementen als uitgangspunt en hierop gaan handhaven.

Wat betreft de «afvinklijsten»: deze zijn nadrukkelijk geen doel maar een middel. Via indicatoren krijgt de IGZ een beeld van de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening. Door registratie ervan kunnen oude en nieuwe situaties met elkaar worden vergeleken waardoor structurele zwakke plekken in de zorg zichtbaar worden en gericht kunnen worden aangepakt. De IGZ draagt overigens bij aan het verminderen van de regeldruk door samen met de veldpartijen het aantal indicatoren te verminderen. Daarnaast zijn de indicatoren van belang voor de zorgaanbieders zelf, bijvoorbeeld om de kwaliteit scherp in de gaten te houden.

Heerst er in de sector en bij de Staatssecretaris gevoel dat de juiste zaken gemeten worden met het kwaliteitskader, en de wijze waarop de IGZ toezicht houdt op de sector? Meten we kwaliteit van leven, zeggenschap en autonomie van cliënten in instellingen?

Antwoord;

In Waardigheid en Trots is aangekondigd dat de benodigde vernieuwing van «denken voor» naar «in gesprek met», uitgewerkt wordt in een kwaliteitskader. In mijn brief «Kwaliteit verpleeghuizen niet vrijblijvend» van 5 oktober jl. en mijn brief «vervolg kwaliteitskader, leidraad personeel en indicatoren basisveiligheid van 10 oktober jl. heb ik uw Kamer geïnformeerd over de stand van zaken van het kwaliteitskader. Vervolgens hebben wij op 13 oktober hierover gesproken in het debat na aanleiding van de uitvoering van motie Leijten over de personeelsnorm Zoals ook aangegeven bij eerdere vragen over dit onderwerp, zal de IGZ het nieuwe kwaliteitskader gebruiken voor het vernieuwen van het toezicht. Daarbij heeft de IGZ in het eerder genoemde visiedocument (bijgevoegd bij mijn brief van 4 juli jl.) aangegeven hoe zij in haar toezicht aandacht besteedt aan het belang van persoonsgerichte zorg.

Hoe voorkomen we dat instellingen terughoudend worden of blijven met het melden van fouten en calamiteiten?

Antwoord;

Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht om calamiteiten te melden bij de IGZ. Daarbij dringt de IGZ er bij zorginstellingen op aan om ook bij twijfel of het al dan niet een calamiteit betreft altijd te melden of minimaal contact op te nemen met de IGZ. De IGZ hecht er aan dat de zorgaan-

bieder, op basis van gezond vertrouwen, zelf onderzoek doet naar hoe het incident heeft kunnen plaatsvinden, of het al dan niet een calamiteit betreft en hoe de zorg op basis van deze ervaring verbeterd kan worden. De IGZ betreft de uitkomsten hiervan bij haar eigen onderzoek. Een goede omgang met incidenten, complicaties en calamiteiten in de zorgverlening hangt samen met de cultuur in een organisatie. Een cultuur waarin collega's elkaar niet aanspreken op zaken die beter kunnen en waarin fouten verzwegen worden uit angst voor de consequenties verhindert de mogelijkheid om te leren van dat wat niet goed is gegaan. Een dergelijke cultuur verhoudt zich niet met een sector waarin kleine fouten grote consequenties kunnen hebben. Een goede omgang met incidenten vraagt om een rechtvaardige en veilige cultuur waarin alle onderdelen betrokken zijn bij het minimaliseren van de risico's die samenhangen met de zorgverlening en waarin open over resultaten, risico's, vergissingen en fouten gecommuniceerd kan worden. Zoals omschreven in het kader Goed Bestuur in de zorg verwacht de IGZ van bestuurders dat zij aansturen op een open cultuur en professioneel gedrag. De IGZ betreft dit dan ook in haar toezicht. Openheid over de resultaten van de zorg, een goede omgang met fouten en de manier waarop de kwaliteit en veiligheid van de zorg gewaarborgd worden, zijn daarbij elementen waar de IGZ in haar toezicht vertrouwen aan ontleent.

Het melden van fouten en calamiteiten is van groot belang voor het lerend vermogen van een instelling en het borgen van transparantie. Bij het afbouwen van de lage zorgzwaartepakketten hebben veel voormalig verzorgingshuizen met een aantal verpleegafdelingen de transitie moeten maken naar verpleeghuiszorg. **Is er voldoende toezicht of deze verzorgingshuizen werkelijk de transitie hebben gemaakt naar verpleeghuis, en zijn zij in staat om voor nieuwe bewoners met een zwaarder zorgzwaartepakket, en dus complexere zorgvraag, de juiste zorg en ondersteuning te bieden? Zijn er signalen dat instellingen onvoldoende toegerust blijken te zijn om cliënten met zwaardere zorgpakketten daadwerkelijk de juiste kwaliteit van zorg en ondersteuning te kunnen verlenen, omdat zij van oorsprong een cliëntpopulatie met veel lichtere zorgvraag hadden en hun personeelskwaliteit en faciliteiten hier nog niet voldoende op hebben aangepast?**

Antwoord;

De IGZ houdt toezicht op alle aanbieders van verpleegzorg, dus ook op verzorgingshuizen die de omslag maken naar verpleeghuis. Er is geen beeld dat verzorgingshuizen niet in staat zijn deze omslag te maken. Overigens geven alle verpleeghuizen aan te maken te hebben met een verzwaring van de cliëntenpopulatie. Tevens hebben ze de verwachting dat deze verzwaring de komende jaren doorzet omdat mensen die nog thuis kunnen wonen, ook steeds vaker zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Dat betekent dat verpleeghuizen hier bij de strategische personeelsplanning rekening mee moeten houden.

Kan er een eerste tipje van de sluier opgelicht worden wat er uit de zogenaamde ParticipatieKliniek (initiatief V&VN) gekomen is aan ideeën, en wat er met deze resultaten in de sector gedaan wordt? Deze leden lezen dat er meer kennis van en begrip voor de ouderenzorg in de samenleving moet worden gecreëerd. Kan tevens aangegeven worden op welke wijze het maatschappelijk debat rondom de verpleeghuiszorg aangezwengeld wordt?

Antwoord;

In mijn brief van 4 juli jl. heb ik aangegeven dat in september 2016 de participatiekliniek start. In totaal zullen vanaf najaar 2016 er 15 ronden

plaatsvinden, die in het voorjaar 2017 zijn afgerond. Op dit moment zijn er derhalve nog geen deelbare resultaten. De pilot wordt geëvalueerd en de resultaten worden onder de aandacht gebracht in de sector. Uw Kamer wordt over de stand van zaken geïnformeerd in de volgende voortgangsrapportage van Waardigheid en Trots. Wat ik belangrijk vind te benadrukken is dat er steeds meer initiatieven zijn die ervaringsgericht leren hanteren. Zo is er ook het initiatief van De Keerzijde dat zich onder het motto «meemaken is waarmaken» hierop richt. De doelstelling van het debat is kennisverbetering en bewustwording. Door mensen uit te nodigen om mee te praten, mee te denken en mee te discussiëren over vragen als: wat betekent het om zo kwetsbaar te zijn dat 24 uur per dag zware zorg nodig is? Met welke vragen krijgen de cliënten en hun naasten te maken? Met welke vragen krijgen zorgverleners te maken? Hoe ga je om met afwegingen tussen kwaliteit van leven en veiligheid? Daarnaast hopen de leden van de taskforce hiermee dat mensen gaan nadenken over wat ze belangrijk vinden in de zorg voor hun naasten en voor zichzelf.

Spoor 2: basisveiligheid op orde: vertrouwen in veilige zorg
De leden van de fractie van de PvdA lezen dat er met de partijen van de Taskforce is afgesproken dat, vooruitlopend op het nieuwe kwaliteitskader, om met ingang van 2017 de basisveiligheid op locatieniveau transparant te maken. Dit lijkt deze leden een goede stap. **Kan worden geduid op welke manier deze gegevens duidelijk en inzichtelijk gemaakt worden voor cliënten, naasten van cliënten en een ieder ander die geïnteresseerd is in deze gegevens? Op welke wijze worden de gegevens geduid in mate van kwaliteit van zorg? Een lijstje met cijfers is wellicht niet interessant voor cliënten en naasten. Cijfers moeten worden geduid en er moeten vergelijkingen getrokken kunnen worden om daadwerkelijke transparantie te komen. Hoe wordt dit door de Staatssecretaris geborgd?**

Antwoord;

Het streven is om begin 2017 transparantie te verschaffen over basisveiligheidsindicatoren per locatie. Deze informatie wordt geplaatst op ZorgkaartNederland.nl en Kiesbeter.nl zodat cliënten en hun naasten, aanvullend op cliëntervaringen ook zicht krijgen op een aantal basisindicatoren. De wijze waarop dit precies gaat gebeuren wordt op dit moment gezamenlijk met betrokken partijen uitgewerkt. Een belangrijk uitgangspunt daarbij is dat de betreffende informatie op uniforme en toegankelijke wijze en voor een breed publiek beschikbaar komt.

Spoor 3: interventie bij instellingen die niet aan de norm voldoen
De leden van de PvdA-fractie zijn blij met het feit dat er een direct interventieteam wordt opgericht, waardoor er ingegrepen kan worden bij instellingen waar de veiligheid van cliënten in het gevaar is. **Kan de Staatssecretaris aangeven hoe het staat met de oprichting van het team, en vanaf wanneer dit team aan de slag gaat?**

Antwoord;

Inzet van de interventieteams is afhankelijk van de bevindingen van de Inspectie. Of dit bij de 11 instellingen die in juli jl. binnen categorie 1 van de IGZ lijst vielen het geval zal zijn, gaat blijken uit de toegezegde actualisatie. De verwachting is dat de actualisatie eind oktober beschikbaar is.

Op welke wijze wil men dit team samenstellen en aansturen? Kan hierbij gebruik gemaakt worden van de wijze waarop het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) in de gehandicaptenzorg is samengesteld?

Antwoord;

De IGZ constateert in haar rapport dat er organisaties zijn waarbij kwaliteitsverbetering niet structureel wordt geborgd. Deze organisaties lukt het wel om verbeteringen door te voeren maar kunnen deze niet vast houden. Vaak is de problematiek ook breder dan alleen het primaire zorgproces en gaat het ook om arbeidsmarkt problematiek, financiële situatie, huisvesting etc.

Dit is een breed vraagstuk. De kennis en expertise van het CCE zit vooral op het omgaan met onbegrepen gedrag en vaak wordt een beroep gedaan om ondersteuning bij individuele casuïstiek, waar een afdeling op vast kan lopen. Het gaat dan om zeer specifieke problematiek, niet om het op orde krijgen van brede vraagstukken over veiligheid of kwaliteit binnen een organisatie of concern. Op mijn verzoek verzorgt het CCE in 2015, 2016 en 2017 in het kader van Waardigheid en Trots jaarlijks workshops op locatie in verpleeghuizen over dit thema. Aanbieders van verpleegzorg kunnen dus ook nu al, los van het interventieteam, gebruik maken van de kennis van het CCE.

Indien bij aanbieders waarvoor een interventieteam moet worden ingezet problemen spelen op het gebied van onbegrepen gedrag kan, kan uiteraard samengewerkt worden met het CCE.

Voor deze leden is het van belang dat dit team snel aan de slag gaat, en instellingen waar de veiligheid niet geborgd is helpt met de benodigde verbeteringen door te voeren. Maar zij zouden ook graag zien dat het team advies biedt in situaties waarbij er zorg is over veiligheid, maar nog niet direct de veiligheid in gevaar is. Dit is ook door deze leden aan de orde gesteld in het laatste debat over de IGZ-lijsten. **Kunnen ook die instellingen terecht die zelf aangeven vast te lopen op bepaalde situaties? Wanneer verwacht de Staatssecretaris dat dit team werkzaam is? Op welke wijze worden de resultaten van het team gemonitord? Graag ontvangen deze leden een reactie van de Staatssecretaris.**

Antwoord;

Instellingen die vastlopen bij het op orde brengen van de basis kunnen op verschillende manieren een beroep doen op ondersteuning. Ik vind het te prijzen dat zij aangeven hulp nodig te hebben. In het programma W&T is er een ondersteuningstraject beschikbaar en er kan gebruik gemaakt worden van de beschikbare expertpool. Doel hierbij is uiteraard dat daarmee verdergaande problemen worden voorkomen.

Er zijn nog geen interventieteams ingezet. Inzet is afhankelijk van de bevindingen van de Inspectie. Of dit bij de 11 instellingen die in juli jl. binnen categorie 1 van de IGZ lijst vielen het geval zal zijn, gaat blijken uit de toegezegde actualisatie.

Ik heb uw Kamer toegezegd de resultaten van de interventieteams mee te nemen bij de voortgangsrapportages van Waardigheid en Trots.

Wat deze leden in het rapport van de IGZ over de 150 onderzochte instellingen op viel was dat in 40% van de gevallen de bestuurder niet eens weet wat er speelt in zijn huis. **Hoe houdt de IGZ er toezicht op dat bestuurders in de verpleeghuiszorg weten wie er in zijn huis woont, werkt en wat die cliënten en zorgverleners, de mensen aan het bed, willen, kunnen en nodig hebben?**

Antwoord;

De IGZ en de NZa hebben op 6 juli 2016 hun gezamenlijk kader Toezicht op Goed Bestuur in de zorg gepubliceerd, waarin zij aangeven wat zij verstaan onder goed bestuur en hoe zij hier toezicht op houden. Toezicht op goed bestuur is één van de vijf risicothema's zoals vastgelegd in het werkplan 2016 van de IGZ. Het verbeteren van intern toezicht en

handhaving bij bestuurlijk onvermogen zijn daarbij belangrijke aandachtspunten. Daarom verhoogt de inspectie in 2016 het aantal bestuursgesprekken.

Raden van Bestuur en Raden van Toezicht zijn eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening. De IGZ spreekt hen hier actief en effectief op aan. Wanneer blijkt dat bestuurders onvoldoende invulling geven aan hun bestuurlijke verantwoordelijkheden, met risico's op onverantwoorde zorg als gevolg, legt de IGZ handhavingsmaatregelen op.

Op welke wijze kunt u in overleg met de brancheverenigingen borgen dat elke bestuurder in de verpleeghuiszorg weet wat er speelt in zijn of haar huis? Hoe draagt ook het nieuwe kwaliteitskader en dit programma eraan bij dat de bestuurders in de zorg hun prioriteiten op een rij hebben? Graag ontvangen deze leden een nadere reactie.

Antwoord;

De leden van de fractie van de PvdA vragen naar de rol van de bestuurder in relatie tot het kwaliteitskader. In een eerdere versie van het kwaliteitskader, dat ik naar de Kamer heb gestuurd in februari, is te lezen dat er een driedeling wordt gemaakt: kwaliteit door de ogen van de cliënt, de rol die de professional daar in speelt en de randvoorwaarden die de bestuurder moet creëren. Ik ga er dus vanuit dat, ook nu het Zorginstituut de regie heeft overgenomen, in het definitieve kwaliteitskader instrumenten zullen zijn opgenomen die de bestuurder ondersteunen in het waarmaken van zijn verantwoordelijkheid, waaronder het verkrijgen van de juiste sturingsinformatie.

De brancheorganisaties zelf besteden ook op andere manieren aandacht aan de verbetering van de kwaliteit van het bestuur. De gezamenlijke brancheorganisaties verenigd in de BoZ zijn momenteel bezig om de zorgbrede governancecode integraal te herzien en te verbeteren, waardoor duidelijker wordt wat van bestuurders en toezichthouders in de zorg mag worden verwacht. Daarnaast heeft ActiZ in aanvulling daarop met bestuurders uit de V&V-sector een aantal basisbeginselen ontwikkeld die essentieel zijn bij het streven naar goed bestuur. Uitgangspunten die bijdragen aan een open cultuur waarin bestuurders elkaar in de branche aanspreken en waarin men reflecteert en leert van elkaars fouten. En dat van bestuurders verwacht mag worden dat zij een open gesprek met interne en externe belanghebbenden voeren.

Derde voortgangsrapportage Waardigheid en Trots

De leden van de fractie van de PvdA lezen dat er energie gestoken wordt in het versterken van de cliëntenraden in de sector. Dit is een belangrijk punt voor deze leden. Via sterke cliëntenraden wordt de stem van de individuele cliënt sterker. **Kan nader worden toegelicht hoe de bestuurder in de zorg gestimuleerd wordt een sterke cliëntenraad te waarderen en stimuleren in zijn of haar instelling? Op welke wijze wordt de stem van de cliënt betrokken in het toetsen van de kwaliteit van zorg in een instelling? Op welke wijze worden ook minder mondige cliënten gestimuleerd? Graag ontvangen deze leden een nadere reactie van de Staatssecretaris.**

Antwoord;

Het vergroten van de stem van de cliënt is één van belangrijkste speerpunten van het programma Waardigheid en Trots. Cliëntenraden zijn een belangrijk middel om de stem van de cliënt op organisatieniveau te borgen. Binnen Waardigheid en Trots worden cliëntenraden onder andere versterkt in hun rol door het jaarlijks organiseren van een congres

speciaal voor leden van cliëntenraden en hun bestuurders, door cliëntenraden een doorslaggevende stem te geven in de besteding van de extra middelen voor zinvolle dag besteding en versterking van onderaf door het delen van goede voorbeelden uit de praktijk.

Naast het feit dat bestuurders bij bovenstaande activiteiten worden betrokken wordt de positie van de cliëntenraad ten opzichte van de raad van bestuur versterkt in het wetsvoorstel WMCZ. Dat wetsvoorstel is eind september voor internetconsultatie vrijgegeven.

Ook in het toezicht van de IGZ wordt altijd aandacht besteed aan de stem van de cliënt doordat de IGZ bij een toezichtbezoek ook altijd spreekt met vertegenwoordigers van de cliëntenraad. Daarnaast is de IGZ bezig met het vernieuwen van haar toezicht door het meer te richten op kwaliteit van leven. Een eerste veelbelovende rapportage van de observatiemethode SOFI, waarbij inspecteur tijdens onaangekondigde bezoeken in de huiskamers gaan observeren, heb ik u uw Kamer bij mijn voortgangsrapportage van 26 juni 2015 (Kamerstuk 31 765, nr. 147) aangeboden.

Inbreng SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief Waardigheid en trots: aanpak vernieuwing verpleeghuiszorg en de daarbij behorende documenten. De leden hebben naar aanleiding van de stukken onderstaande opmerkingen en vragen.

Brief 4 juli 2016/Kamerstuk 31 765, nr. 215

Inleiding

Het verhuizen naar een verpleeghuis is een grote stap die lang niet altijd wordt genomen omdat iemand die wil zetten. Dat erkennen de leden van de SP-fractie volledig. Een dergelijke overgang moet dan ook soepel verlopen, zonder wachtlijsten en zo dicht mogelijk bij familie en kennissen in de buurt. **Maar waarom wordt hier niet benoemd dat die stap soms noodzakelijk (omdat het thuis echt niet meer gaat) en wel gewenst is, maar dan onmogelijk blijkt doordat er lange wachtlijsten bestaan of het een verhuizing ver weg van bekend gebied betekent? Hoe reageert de Staatssecretaris in dat kader op het bericht dat de verpleeghuizen in de Achterhoek zo vol zitten dat er alleen mensen kunnen worden opgenomen in crisissituaties, en dat soms zelfs moet worden uitgeweken naar plaatsen ver buiten de regio, wat weer tot gevolg heeft dat, omdat crisisgevallen voorrang krijgen, veel ouderen in de praktijk pas voor plaatsing in aanmerking komen als ze zelf acuut hulp nodig hebben, oftewel dat voor hen daardoor de wachtlijsten alleen maar langer worden? In hoeverre heeft iemand dan nog iets te kiezen wat betreft de plek waar hij of zij graag wil wonen?**

Antwoord;

Het beeld is dat de wachtlijst niet in omvang toeneemt, ook lijken er geen noemenswaardige regionale verschillen te zijn. Hierbij verwijs ik naar mijn antwoorden op de Kamervragen³ van de heer Potters (VVD). Daarin geef ik meer inzicht in de verdeling per concessiehouder. Gebleken is dat wachtlijsten per concessiehouder (en dat zegt ook iets over de regionale verdeling) niet significant van elkaar verschillen. Bovendien is de omvang van het aantal actief wachtenden bescheiden ten opzichte van het aantal cliënten in de WLZ (ongeveer 290.000).

Uit de wachtlijstinformatie van het Zorginstituut (stand 1 juli voor de actief wachtenden) blijkt dat er in de sector verpleging en verzorging 29 cliënten zijn die langer dan de Treeknorm wachten op opname in een instelling en

³ Aanhangsel Handelingen II 2015/16, nr. 3550

geen (overbruggings)zorg ontvangen vanuit de WLZ. Tevens zijn er 41 cliënten die langer dan de Treeknorm wachten op opname in een instelling en wel (overbruggings)zorg ontvangen vanuit de WLZ. Zoals eerder gewisseld met uw Kamer, heb ik een onderzoek uitgezet naar de beweegredenen van cliënten om al dan niet te verhuizen naar een instelling. Dit onderzoek richt zich op niet-actief wachtenden. In oktober zal ik mijn beleidsreactie aan uw Kamer sturen. Ik zal daarin aangeven welke overwegingen een rol spelen bij de beslissing om te verhuizen naar een instelling, hoe het plaatsingsproces in de praktijk verloopt en aangeven welke maatregelen genomen worden om de verhuizing van cliënten naar een instelling soepeler te laten verlopen.

Daarnaast vragen deze leden waarom de Staatssecretaris aangeeft dat ouderen de stap naar het verpleeghuis eigenlijk niet willen zetten, maar dat de Staatssecretaris tegelijkertijd er niet voor zorgt dat de zorg en ondersteuning thuis op peil is. Deze leden vragen of de Staatssecretaris ook inziet dat, als mensen niet meer thuis kunnen wonen omdat zij daar onvoldoende zorg en ondersteuning ontvangen maar ook niet naar een verpleeghuis willen maar vooral niet kunnen, er een vacuüm ontstaat waar uiteindelijk de hulpbehoevende oudere de dupe van is, met alle mogelijke gevolgen van dien (bijvoorbeeld een toename in het aantal bezoeken aan de spoedeisende hulp door ouderen of een vaker terugkeren naar het ziekenhuis)?

Antwoord;

De leden van de SP-fractie vragen of er sprake is van een vacuüm voor mensen die niet meer thuis kunnen wonen omdat zij daar onvoldoende zorg en ondersteuning ontvangen, maar ook niet naar een verpleeghuis kunnen. Met de hervorming langdurige zorg heeft de wijkverpleging voor ouderen opnieuw de centrale rol gekregen die zo belangrijk is. Met de aansluiting van wijkverpleging op de (sociale) wijkteams ontstaat er in wijken een continuüm van welzijn en zorg. Als de zorgvraag zwaarder wordt kan binnen de Wlz gekozen worden voor die zorg thuis of in een instelling.

Uitgangspunt is dat voor de zorg in de thuissituatie evenveel beschikbaar is als voor de zorg in een instelling. Omdat alle mensen met een Wlz-indicatie zonder uitzondering zeer zware zorg nodig hebben, is thuis wonen met een Wlz-indicatie vaak alleen mogelijk als partner, familieleden, en andere mantelzorgers (grote) delen van de zorg overnemen

Waardigheid en trots

Allereerst vragen de leden van de SP-fractie een toelichting op de wijze waarop de toelating van organisaties aan Waardigheid en Trots is geregeld. Hoe ziet dit proces er precies uit? Kan tevens toegelicht worden hoeveel subsidie er (per deelnemende organisatie) is gemoeid met deelname aan Waardigheid en Trots?

Antwoord;

Ik heb uw Kamer over de werkwijze van toelating geïnformeerd per brief van 1 mei 2015 (Kamerstuk 31 765, nr. 142). Per brief van 21 juli 2015 (Kamerstuk 31 765, nr. 160) heb ik uw Kamer geïnformeerd over welke organisaties toegelaten zijn tot «Ruimte voor verpleeghuizen». Per brief van 11 mei 2016 heb ik u geïnformeerd over het proces rondom de nieuwe instroom van aanbieders (Kamerstuk 31 765, nr. 202).

Zorgaanbieders krijgen geen subsidie om deel te nemen aan Waardigheid en Trots, «Ruimte voor verpleeghuizen». Ze voeren het ingediende plan zelf binnen de organisatie uit. Zij worden daarbij ondersteund door een themacoördinator, die de kennisuitwisseling bevordert door het organiseren van bijeenkomsten. De themacoördinator wordt ingezet via

Waardigheid en Trots en de subsidieverlening aan Vilans als uitvoerder van het programma.

Hoe is het toch mogelijk dat er bij het programma Waardigheid en Trots organisaties betrokken zijn die op de lijst van 150 verpleegzorginstellingen als categorie 1 en 2 aan te merken zijn? Hoe kan dit zich tot elkaar verhouden? Hoe kan een organisatie een voorbeeld zijn, en tegelijkertijd haar bewoners geen goede zorg geven?

Tevens ontvangen zij graag een toelichting op de overlap die is geconstateerd tussen de verpleeghuisorganisaties die een best practice worden genoemd, en de lijst verpleeghuizen zoals die is weergegeven in het rapport van de IGZ over de kwaliteit van 150 verpleegzorginstellingen. Is er specifiek met de organisaties die op beide lijsten voorkomen hierover contact geweest in het kader van het programma Waardigheid en Trots? Zo nee, waarom niet?

Kan een organisatie waar de zorg niet op orde is volgens de IGZ gezien worden als een goed voorbeeld voor andere organisaties?

Antwoord;

Zoals aangegeven bij bovenstaande vraag heb ik u in verschillende brieven geïnformeerd over de procedure voor de nieuwe instroom. De voorstellen van de aanbieders zijn besproken met leden van de cliëntenraad, professionals en leden van de taskforce. De voorstellen die de potentie hadden het meeste bij te dragen aan het verbeteren van de positie van de cliënt en de professional zijn geselecteerd. De stem van de cliëntenraadsleden en professionals waren hierbij doorslaggevend. Daarbij is niet gekeken of een zorgaanbieder reeds een best practice was, maar of zij de ambitie en gedrevenheid had dit te willen worden. «Ruimte voor verpleeghuizen» is ingezet voor zorgaanbieders die innovatief willen zijn, en de beweging op gang willen brengen. Op het moment van selectie had de IGZ geen maatregelen (aanwijzing, verscherpt toezicht) opgelegd bij één van de geselecteerde zorgaanbieders.

Nu dit zich bij een aantal aanbieders wel voordoet aan de hand van de meest recente rapportage van de IGZ wil ik aantekenen dat de activiteiten die de zorgaanbieder onderneemt in het kader van «Ruimte voor verpleeghuizen» behulpzaam kunnen zijn bij de structurele veranderingen die nodig zijn om de belemmeringen op het gebied van kwaliteit van zorg weg te nemen. Ook kan de gewenste verbetering in het verlengde liggen van de bevindingen van de IGZ. De opgedane ervaringen van de zorgaanbieders kunnen daarbij nog steeds interessant zijn voor andere aanbieders. Kortom: deelnemen aan Waardigheid en Trots betekent niet op voorhand dat een instelling «the best in class» is. Wanneer anderzijds bijvoorbeeld de basisveiligheid niet op orde is, ligt het voor de hand eerst dat aan te pakken voordat andere verbetertrajecten worden ingezet.

Uit onderzoek van Motivaction blijkt de werkdruk in de verpleeghuiszorg hoog te zijn. Aangegeven wordt dat de beoordelingscijfers op dit punt omhoog moeten. Graag ontvangen de leden van de SP-fractie een opsomming van de concrete activiteiten die ondernomen zullen worden om de werkdruk van personeel in de verpleeghuissector te verminderen.

Antwoord;

Ook de leden van de fractie van de PvdA hebben in hun bijdrage aandacht gevraagd voor de ervaren werkdruk. Ik vind het belangrijk dat er aandacht is voor de arbeidsomstandigheden en het werkplezier van de zorgwerker.

De relatie tussen cliënt en zorgverlener kan alleen tot bloei komen wanneer er sprake is van voldoende, deskundig en goed toegerust personeel dat de complexiteit van de zorgvraag begrijpt en daar, samen met de cliënt en zijn verwanten, de goede afwegingen in kan maken. Ervaren werkdruk is niet alleen een kwestie van de hoeveelheid personeel. Er zijn meer zaken die de ervaren werkdruk beïnvloeden, bijvoorbeeld waardering, voldoende kennis en ervaring om het gevraagde werk te kunnen uitvoeren en bijvoorbeeld ruimte om het werk zelf in te delen. De ervaren werkdruk is daarom ook moeilijk te meten en vanwege de complexe samenhang van factoren zou een concrete doelstelling weinig waarde hebben. Als de werkdruk structureel te hoog is, moeten in overleg tussen bestuurder en personeelsvertegenwoordiging maatregelen worden genomen. Omdat voldoende en deskundig personeel cruciaal is voor de kwaliteit van zorg, is binnen Waardigheid en Trots ook veel aandacht voor deskundigheid van het personeel, voor opleidingen en de juiste personeelssamenstelling.

Aan de basis daarvan ligt allereerst zo objectief mogelijke informatie over de feitelijke situatie. Samen met sociale partners in de zorg en welzijn-sector investeer ik daarom in het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW)⁴. Op landelijk niveau hebben sociale partners in de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg zich verenigd in de Stichting Arbeidsmarkt- en Opleidingsbeleid Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (A+O VVT). Dat samenwerkingsverband heeft onder andere tot doel bij te dragen aan een aantrekkelijke werkomgeving met goede arbeidsomstandigheden. A+O VVT heeft hiertoe onder ander het Programma Duurzame Inzetbaarheid gestart (www.duurzaaminzetbaarindevt.nl). Tot slot steunt het kabinet diverse projecten van de sector die de arbeidsomstandigheden verbeteren. Bijvoorbeeld projecten als Gezond&Zeker en Excellente Zorg. De inspectie SZW geeft met de sectoraanpak Zorg & Welzijn ook een impuls aan de aanpak van psychosociale arbeidsbelasting. Daarnaast ondersteunt het kabinet (SZW) diverse projecten die gericht zijn op verbetering van de duurzame inzetbaarheid van medewerkers.

Investering van € 200 miljoen in verpleegzorg

Vanaf 2016 is er € 200 miljoen beschikbaar voor aandachturtjes voor bewoners en deskundigheidsbevordering. Hoeveel verpleeghuisbewoners hebben inmiddels extra dagbesteding gekregen? Wat voor soort dagbesteding was dit dan? Kan hiervan een overzicht worden gegeven? Hoeveel personeelsleden hebben inmiddels extra deskundigheidsbevordering gekregen? Wat voor deskundigheidsbevordering was dit dan, en kan ook hiervan een overzicht worden gegeven? Hoe wordt in dit kader precies de «zinnelijkheid» van dergelijke activiteiten beoordeeld? Hoe beoordeelt de Staatssecretaris de gefinancierde activiteiten? Welk deel van de € 200 miljoen is inmiddels besteed, welke organisaties hebben inmiddels activiteiten ondernomen, en wat zijn de verwachtingen voor de bestedingen voor de rest van 2016?

Antwoord;

Ik heb de Tweede Kamer in mijn brief van november 2015 (Kamerstuk 31 765, nr. 171) toegelicht op welke wijze de extra middelen van € 200 miljoen beschikbaar worden gesteld. De extra middelen Waardigheid en Trots, bestemd voor een zinvolle daginvulling voor bewoners en deskundigheidsbevordering van professionals, worden door de zorgkantoren toegekend indien de zorgaanbieder een plan indient voor de besteding van de extra middelen. Enige voorwaarde voor de goedkeuring van het plan is de instemming van de Cliëntenraad, Ondernemingsraad en

⁴ <http://www.azwinfo.nl/>

indien aanwezig de VAR. Daar zit ook de controle op een juiste besteding van de middelen: wanneer een zorgaanbieder de middelen onjuist inzet, mag er vanuit worden gegaan dat de Cliëntenraad en Ondernemingsraad hun goedkeuring aan een volgend plan onthouden en daarover in gesprek gaan met de bestuurder. Om in 2016 voor de extra middelen in aanmerking te komen, moesten de plannen uiterlijk 1 mei 2016 zijn ingediend. De plannen voor 2017 moeten uiterlijk 1 oktober 2016 zijn ingediend. Op dit moment vindt een eerste evaluatie van plannen plaats, steekproefsgewijs. Omdat er in 2016 nog geen sprake zal zijn van meetbare effecten, zal de evaluatie gericht zijn op het proces van totstandkoming van de plannen, een inventarisatie van de inhoud ervan en aanbevelingen voor komende jaren. Ik verwacht deze evaluatie voor het eind van het jaar te ontvangen en zal deze met een beleidsreactie zo spoedig mogelijk naar uw Kamer sturen.

Kern programma: drie sporen

Wat betreft op de experimenten met betrekking tot persoonsvolgende bekostiging hebben de leden van de SP-fractie uitgebreid hun reactie gegeven bij de schriftelijke inbreng «Voorhangbrief experimenten persoonsvolgende bekostiging (Herdruk – 34104-129)». Het moge duidelijk zijn dat deze leden nog steeds geen voorstander zijn van deze experimenten met persoonsvolgende bekostiging.

Spoor 1: nieuwe praktijk als norm, de eerste resultaten zijn er **De leden van de SP-fractie lezen dat de Leidraad verantwoordere personeelssamenstelling op dit moment via acht praktijktoetsen wordt onderbouwd. Zij krijgen graag wat meer informatie over deze acht praktijktoetsen, en de voortgang van deze trajecten. Zij herinneren er graag aan dat in de aangenomen motie gesproken wordt over een norm. Volgens deze leden is dit iets anders dan een leidraad. Kunnen deze leden er vanuit gaan dat de personeelsnorm echt concreet wordt, en dus bepaalt hoeveel personeel er werkt op een bepaalde hoeveelheid ouderen, en dus meer is dan een gespreksinstrument? De uitkomsten uit de praktijktoetsen zouden inzicht moeten gaan geven of de leidraad ook daadwerkelijk tot goede keuzes gaat leiden. Wanneer wordt dit duidelijk? Wat zijn precies de verwachtingen? Hoe wordt voorkomen dat de leidraad een wassen neus blijkt te zijn? Hoe wordt voorkomen dat het mooie woorden blijven maar niet tot verandering gaat leiden?**

De leden van de SP-fractie vinden het positief dat in de leidraad voor een verantwoorde personeelssamenstelling niet de financiële belangen maar de zorgbehoefte van de cliënt voorop staat. Deze leden zijn dan ook benieuwd hoe de test van de leidraad in acht organisaties verloopt. Kan aangegeven worden welke acht organisaties hieraan deelnemen? Kan tevens aangegeven worden welke vorm van evaluatie hiernaast loopt? Zij willen benadrukken dat zij het van groot belang vinden dat de leidraad concreet wordt. Aangezien de samenstelling per organisatie kan verschillen worden er verschillende scenario's uitgewerkt. Graag horen zij welke scenario's er allemaal precies worden uitgewerkt.

Deze leden hebben begrepen dat er in het najaar een bezettingsnorm zal verschijnen. Graag ontvangen zij alvast een toelichting op (de concreetheid van) deze norm. Zal deze norm de geconstateerde werkdruk onder personeel verlagen?

Antwoord op alle bovengestelde vragen inclusief toezegging uit debat 13 oktober om toelichting te geven op de praktijktoetsen die is uitgevoerd bij de ontwikkeling van de leidraad.

Naar aanleiding van de vragen van de leden van de SP-fractie over de praktijktoetsen kan ik aangeven dat de praktijktoetsen zijn gebruikt als input voor de leidraad. De pilots hebben plaatsgevonden in 6 teams, 1 team waar alleen somatische cliënten wonen, 1 team dat zowel voor somatische als psychogeriatrische cliënten wonen en 4 teams waar alleen psychogeriatrische cliënten wonen. Naast de pilots in de verpleeghuizen is de leidraad besproken in focusgroepen van verzorgenden en verpleegkundigen, met HR-managers en in de kwaliteitscommissie van de specialisten ouderengeneeskunde.

Eén van de conclusies uit de praktijktoetsen was dat een getsalnorm niet werkt, omdat «een bepaalde hoeveelheid ouderen» niet bestaat, net zo min als één type medewerker, één type huisvesting of één manier waarop technologie wordt ingezet. Daarom is in de definitieve versie van de leidraad geen getsalnorm opgenomen maar is gekozen kwalitatieve normen. Dit laat voldoende ruimte voor het afstemmen van de bezetting op de specifieke context waarin een groep bewoners zich bevindt en anderzijds kwalitatieve normstelling, die voldoende richting geeft en waarover een zorgbestuurder verantwoording aflegt.

Daarnaast is onder andere de structuur van de leidraad aangepast zodat primair geschreven is voor de professionals en de teams en is de vragenlijst aangepast.

In antwoord op de vraag van deze leden, net als de leden van de fractie van de PvdA, naar de relatie tussen de leidraad en het verminderen van werkdruk, kan ik vermelden dat de dialoog die aan de hand van de leidraad binnen teams moet worden gevoerd, zeker aandacht besteedt aan werkdruk. Maar ook andere aspecten die werkdruk kunnen beïnvloeden, zoals waardering, voldoende kennis en ervaring om het gevraagde werk te kunnen uitvoeren en bijvoorbeeld ruimte om het werk zelf in te delen komen aan bod. Ik verwacht dan ook dat de leidraad inderdaad een positieve invloed zal hebben op werkdruk.

Voorts vragen de leden van de SP-fractie waarom de FNV niet is betrokken bij de ontwikkeling van de personeelsnorm.

Antwoord;

De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de onderdelen van Waardigheid en Trots ligt primair bij de leden van de taskforce, die daarvoor in wisselende samenstelling bij elkaar komen. Ten aanzien van de leidraad is V&VN de partij die aan het proces leiding gaf. Inmiddels heeft het Zorginstituut de regie overgenomen. Omdat ik echter hecht aan goede betrokkenheid van de FNV en de CNV bij de personeelsleidraad, wordt met hen een bestuurlijk overleg ingepland.

Recent werd duidelijk uit onderzoek van de FNV dat er (in de zomermaanden, ActiZ heeft vervolgens overigens benadrukt dat dit geen tijdelijke problemen zijn maar structureel) schrijnende problemen bestonden in de verpleeghuizen door personeelsgebrek, en dat 80 procent van de zorgmedewerkers aangaf dat er te weinig collega's waren om de zorg te kunnen verlenen. Een tekort dat er voor zorgde dat ouderen lang moesten wachten voordat ze naar het toilet konden of maar een incontinentieluier aangedaan werd. **Gaat de norm/de leidraad die nu wordt ontwikkeld dit soort vreselijke situaties in de toekomst voorkomen?**

Antwoord;

Het is de verantwoordelijkheid van het bestuur van kwalitatief goede zorg te leveren. Voor goede verpleeghuiszorg is het noodzakelijk dat de goede medewerkers op de goede plaats werken, en op het goede tijdstip worden ingezet. Juist om dat te bereiken, wordt de leidraad verantwoorde personeelssamenstelling ontwikkeld. Het vernieuwende van de leidraad is gelegen in het feit dat niet vanuit de budgettaire beschikbare kant, maar vanuit de zorgbehoefte van cliënten wordt gekeken naar een juiste mix van benodigde kennis, competenties en drijfveren bij de opbouw van personeel. Het is in alle sectoren, dus ook in de ouderenzorg, logisch dat de vakantieperiode zorgt voor krapte in de bezetting. Dat kan zich uiten in tijdelijk minder activiteiten op de groep. Maar de basiszorg hoort te allen tijde op orde te zijn, vakantie of niet. De IGZ ziet daar op toe.

Aangegeven wordt dat de eerste resultaten er zijn, vervolgens volgt een opsomming van allerlei rapporten, initiatieven en onderzoeken. **De leden van de SP-fractie vinden het goed dat deze informatie en initiatieven er nu zijn, maar vragen welke concrete resultaten er zijn waar de bewoners van de verpleeghuizen en de zorgmedewerkers in de verpleeghuizen al daadwerkelijk (direct) een verschil in (de kwaliteit van) hun leven en werk kunnen ervaren. Naast een opsomming van rapporten ontvangen deze leden graag ook een dergelijke opsomming. Welke daadwerkelijke verbeteringen zijn/worden ingevoerd naar aanleiding van deze rapporten?**

Antwoord;

Al sinds de start van Waardigheid en Trots benadruk ik, samen met de andere leden in de taskforce, dat het realiseren van de wenselijke fundamentele omslag een lange adem vergt. De traditie in de zorg waarbij wordt «gedacht voor», in plaats vanuit een integrale aanpak «gesproken met» de cliënt is diepgeworteld en lastig te veranderen. Dat geldt ook voor de opleidingen, kennis, richtlijnen en protocollen waarop de zorgverleners hun handelen baseren, de organisaties waarbinnen zij werken en registraties waarmee zij hun werk vastleggen.

Toch worden er al concrete resultaten geboekt. Bij mijn brief van 4 juli heb ik onder andere een rapportage gevoegd waarin de voortgang staat van het traject «Ruimte voor verpleeghuizen». Daarin staan voorbeelden van hoe aanbieders binnen dit deel van het programma hun werkwijzen vernieuwen die direct invloed hebben op cliënten en professionals. Voorbeelden zijn:

- het invoeren van een nieuwe gesprekstechniek tussen bewoners, naasten en professionals, die helpt de focus op welbevinden van de bewoner te houden,*
- de verduidelijking van de hygiëncode voor kleinschalige woonvormen (HACCP) omdat bleek dat die strenger werd toegepast dan noodzakelijk waardoor onnodige registraties konden worden geschrapt,*
- evaluatie van de contractering bij gespecialiseerde aanbieders waarna de contractering zodanig is aangepast dat cliënten bij de aanbieder van hun keuze terecht kunnen.*

Daarnaast zijn er, zoals gemeld in de opsomming waarnaar de leden van de SP verwijzen, extra middelen ter beschikking gekomen voor dagbesteding en deskundigheidsbevordering. Ook bestaat er toenemende transparantie op cliëntervaringen waardoor zowel cliënten als naasten de mogelijkheid hebben deze ervaringen van anderen te gebruiken bij de afweging tussen verpleeghuizen.

Tot slot worden de uitkomsten van onderzoeken en rapporten gebruikt bij de trajecten die op de wat lagere termijn tot resultaten leiden. Een voorbeeld is het onderzoek van Maastricht University «Meer is niet per se beter». Relatie tussen personele inzet en kwaliteit in verpleeghuizen». De

uitkomsten hiervan worden gebruikt in de leidraad verantwoorde personeelsamenstelling.

Spoor 2: Basisveiligheid op orde: Vertrouwen in veilige zorg

Dat er geen psychofarmaca gebruikt zou moeten worden als dat niet nodig is vinden de leden van de SP-fractie van groot belang. Zij vragen wat in dezen de precieze doelstelling is qua afbouw.

Antwoord;

Ik ben het volkomen met de leden van de SP-fractie eens, dat er geen psychofarmaca gebruikt zou moeten worden als die niet nodig is. In mijn brieven aan uw Kamer d.d. 26 juni 2015 (Kamerstuk 31 996, nr. 73) en 29 maart 2016 (Kamerstuk 29 477, nr. 368) alsmede tijdens overleggen met uw Kamer inzake de zorg in verpleeghuizen/dementiezorg op 30 juni en 11 november 2015 en op 14 april en 19 mei jl. heb ik dit herhaaldelijk aangegeven. Daarbij heb ik tevens gesteld dat ik vind dat alle oneigenlijk gebruik van psychofarmaca naar nul moet. Hiertoe heb ik, samen met betrokken partijen, een plan van aanpak ingezet. Dit plan van aanpak loopt tot in 2018, en is met name bedoeld om bij zorgaanbieders, professionals, cliënten en hun familie het bewustzijn te creëren dat het beter met minder kan. Ofwel: dat er wordt gehandeld conform de «10 uitgangspunten voor gebruik van psychofarmaca bij probleemgedrag», zoals die in het kader van het plan van aanpak op 22 januari jongstleden zijn gelanceerd en in mijn brief d.d. 29 maart jl. aan uw Kamer zijn aangeboden. Zoals in deze brief is gemeld en in de overleggen d.d. 14 april en 19 mei jl. met uw Kamer is besproken, wil ik deze doelstelling realiseren langs de lijnen van het stimuleren van bewustwording en van extra aandacht voor dit onderwerp in het toezicht door de IGZ.

Wat betreft het rapport van de IGZ over de kwaliteit van 150 verpleegzorginstellingen. Deze publicatie leidde tot veel discussie en ophef. Aangegeven wordt dat de IGZ in het najaar gaat rapporteren over de ernstige calamiteiten in de verpleeghuizen. Op welke wijze zal deze rapportage plaatsvinden? Zal dit anders worden ingestoken als bij de eerdere rapportage?

Antwoord;

Zoals aangekondigd in de brief van de Minister van 6 juni 2016 werkt de IGZ aan een gefaseerde invulling van haar nieuwe openbaarmakingsbeleid. Onderdeel daarvan is om in voorbereiding op de inwerkingtreding van de wijziging van de Gezondheidswet te starten met pilots waarin geaggregeerde informatie over meldingen en boetebesluiten wordt gegeven.

De Minister heeft laten weten dat de IGZ deze pilots in 2016 openbaar zal maken. Ten aanzien van de pilot openbaarmaking meldingen in de verpleging en verzorging scherpt de IGZ de focus verder aan naar meldingen in de verpleeghuissector op het gebied van medicatieveiligheid.

Het gaat hier om een andere set gegevens en een andere rapportagevorm dan het eindrapport over de kwaliteit van de 150 verpleegzorginstellingen. Het eindrapport over de 150 was onderdeel van een traject waarin de IGZ extra toezicht hield op 150 verpleeghuizen die in het kader van het risicotoezicht in 2014 als hoogrisico bestempeld waren. De gegevens die in het kader van de pilot openbaar gemaakt zullen worden betreffen geaggregeerde informatie op basis van alle meldingen die de IGZ heeft ontvangen over calamiteiten met betrekking tot medicatieveiligheid. De IGZ zal de geaggregeerde informatie met een kwalitatieve duiding aan de Minister aanbieden.

Spoor 3: Interventie bij instellingen die niet aan de norm voldoen
Per wanneer zal het interventieteam ingesteld zijn? Op welke wijze komt een interventieteam in actie? Kunnen partijen een melding doen, of moet de IGZ bij haar reguliere inspecties misstanden tegenkomen?

Antwoord;

Er zijn nog geen interventieteams ingezet. Inzet is afhankelijk van de bevindingen van de Inspectie. Of dit bij de 11 instellingen die in juli jl. binnen categorie 1 van de IGZ lijst vielen het geval zal zijn, gaat blijken uit de toegezegde actualisatie. De verwachting is dat de actualisatie eind oktober beschikbaar is.

Tijdens het debat naar aanleiding van het Inspectierapport over de 150 verpleeghuisorganisaties is al gesproken over de vraag of het mogelijk is bestuurders te ontslaan als zij geen goede kwaliteit van zorg kunnen garanderen. De leden van de SP-fractie vragen nogmaals een toelichting op wat op dit gebied precies wel en niet kan, hoe de regels er uit zien, onder welke omstandigheden een bestuurder ontslagen kan worden, enzovoorts.

Antwoord;

Sinds 1 januari 2016 kan de IGZ een zorgaanbieder namens de Minister een aanwijzing geven. Zij kan daarmee een zorgaanbieder opdragen wat er specifiek verbeterd moet worden en in het uiterste geval ingrijpen in de samenstelling van het bestuur. Het ingrijpen van de IGZ kan er bijvoorbeeld op gericht zijn een bestuurslid toe te voegen, wanneer de IGZ constateert dat het bestuur onvoldoende in staat is de kwaliteit van zorg te waarborgen.

De IGZ kan de aanwijzingsbevoegdheid niet rechtstreeks inzetten om bestuurders te ontslaan. Wel kan de IGZ een aanwijzing geven waarbij ze de zorginstelling opdraagt om een bestuurder te vervangen. Hoe het dienstverband dan wordt beëindigt is een privaatrechtelijke aangelegenheid. De Raad van Toezicht houdt toezicht op de Raad van Bestuur en kan als uiterste middel het bestuur ontslaan. Ook de ondernemingsraad kan via het recht van enquête ingrijpen. Daarnaast biedt boek 2 Burgerlijk Wetboek de mogelijkheid om apert disfunctionerende bestuurders te ontslaan.

In het op 13 januari jl. aan uw Kamer gezonden beleidskader «Goede zorg vraagt om goed bestuur» (Kamerstuk 32 012, nr. 35) treft u een verdere toelichting op de inzet van het aanwijzingsinstrument.

Kan toegelicht worden hoe de Amsterdamse aanpak er specifiek uitziet als het gaat om de grotestedenproblematiek? Wat maakt deze aanpak een voorbeeld voor andere steden?

Antwoord;

De IGZ constateerde dat haar wettelijke handhavinginstrumentarium bij enkele Amsterdamse zorgaanbieders niet leidde tot een duurzame verbetering van de kwaliteit van de zorg. Om deze reden hebben partijen de handen ineen geslagen. Het betreft de zorgaanbieders, de cliëntenorganisaties, ZilverenKruis, de gemeente Amsterdam en «InVoorZorg!». Gezamenlijk wordt gewerkt aan de aanpak van de problemen. Deze gezamenlijke aanpak is nodig omdat het om factoren gaat die het verandervermogen van de zorgaanbieder zelf te boven gaat, zoals de situatie van de regionale arbeidsmarkt, vastgoedvraagstukken en opleidingen.

Voortgangsrapportage ruimte voor verpleeghuizen

Er zijn in het programma groepen met en groepen zonder regelruimte. Het valt de leden van de SP-fractie op dat 83 procent van de groepen met regelruimte denkt een bijdrage te leveren aan landelijk beleid, en dat dit voor de groep zonder regelruimte «slechts» 51 procent is. Hoe kan dit verschil worden verklaard? Wat zegt dit over de bruikbaarheid van de resultaten later voor andere organisaties?

Antwoord;

Eén van de mogelijke verklaringen hiervoor is dat de groepen met regelruimte zoals HACCP, toegang, enzovoort naar hun aard meer gefocust zijn veranderingen voor de hele sector dan de groepen zonder regelruimte. De groepen zonder regelruimte werken met name aan de relatie tussen mantelzorg, cliënt en professional. Een andere verklaring is dat de groepen zonder regelruimte zijn gevormd met aanbieders die zelf hebben aangegeven geen externe regelruimte nodig te hebben, de implicaties voor landelijk beleid zijn daardoor naar verwachting minder.

Deze leden menen dat juist ook de relatie tussen professional en mantelzorger van groot belang is, met name vanwege de afstemming over wie welke taken doet en hoe zij elkaar kunnen aanvullen en niet overlappen. Slechts 2% van de groep met regelruimte richt zich echter op dit onderwerp. Is dit geen onderwerp dat extra aandacht zou moeten krijgen?

Antwoord;

In «Ruimte voor verpleeghuizen» is de inhoud van de door de zorgaanbieders ingediende voorstellen leidend. Zorgaanbieders hebben een voorstel ingediend voor dit programma en hebben op basis hiervan een groep gevormd. Ik ben het met de leden van SP-fractie eens dat 2% veel te weinig zou zijn. Dit gaat over de groep met regelruimte. Bij de groep zorgaanbieders zonder regelruimte zijn gelukkig meerdere aanbieders bezig om de samenwerking in de driehoek «cliënt – professional – mantelzorger/vrijwilliger» te verbeteren. Bijna de helft van de zorgaanbieders, 39 trajecten, heeft de focus in haar project bij de interactie tussen mantelzorg-professional en cliënt. Onderdeel van deze trajecten bij de aanbieders is de relatie en samenwerking tussen mantelzorg en professional.

Derde voortgangsrapportage «Waardigheid en Trots»

Binnen het kader Ruimte voor verpleeghuizen heeft een congres plaatsgevonden. Is hiervan een verslag beschikbaar, zo vragen de leden van de SP-fractie. Hoeveel nieuwe aanbieders willen bij het programma aansluiten? Wat zijn de ervaringen van de deelnemende partijen met het programma tot nu toe? Kan daarbij specifiek ingegaan worden op de presentaties van de aanbieders die zowel meedoen aan het programma, als die ook op de lijst van de IGZ met betrekking tot de kwaliteit van de verpleeginstellingen staan?

Antwoord;

De leden van de SP verwijzen naar het congres van 4 juli jongstleden waar ruim 1.700 deelnemers waren en ongeveer 120 workshops door de aanbieders zelf werden gegeven. Doel was dat medewerkers uit de verpleeghuizen van elkaar leren. Via de volgende link kunt u een verslag vinden van het congres en de presentaties van de deelnemers waarin zij ingaan op hun ervaringen en de bereikte resultaten (<http://www.waardigheidentrots.nl/verslagen/-verslagen-en-presentaties-congres-jaar-later-ruimte-verpleeghuizen/>). U kunt daarbij ook bijna alle

presentaties terugvinden van de organisaties die onderdeel uitmaakten van de eindrapportage van de IGZ.

Ik heb u in mijn brief van 13 mei jongstleden geïnformeerd over mijn voornemen het belangrijke vernieuwende onderdeel van Waardigheid en Trots «Ruimte voor verpleeghuizen» uit te breiden. In totaal hebben 26 zorgaanbieders op mijn oproep gereageerd en voorstellen ingediend om deel te gaan nemen aan een nieuwe lichting. De plannen van 19 zorgaanbieders met ruim 5 locaties in de verpleeghuiszorg worden betrokken bij Waardigheid en trots, Ruimte voor verpleeghuizen. Zij gaan binnen het programma werken aan kwaliteitsverbetering binnen de bestaande en enkele nieuwe thema's, waaronder deskundigheidsbevordering van professionals en technologie als onderdeel van het zorgproces.

Stip op de horizon: verpleegzorg in 2025

De bundel verpleeghuiszorg 2025, met een beschrijving van de stip op de horizon, is inmiddels verschenen. De leden van de SP-fractie ontvangen graag een uitgebreide reactie van de Staatssecretaris op de inhoud van de bundel. Wanneer zal het debat over deze bundel plaats gaan vinden, en hoe krijgt dit debat vorm?

Antwoord;

De bundel verpleeghuiszorg 2025 bestaat uit bijdragen van ruim 20 verschillende partijen en personen die elk vanuit hun eigen expertise en inzichten is ingegaan op de toekomst van de verpleeghuiszorg. Naar mijn mening is het een zeer leeswaardige bundel voor iedereen die belangstelling heeft voor de verpleeghuiszorg. Het is belangrijk nu goede stappen te zetten voor over 10 jaar. Rekening houdend met de ontwikkeling van de maatschappij, de eisen van de «nieuwe» ouderen, de ontwikkeling van de complexiteit van de vraag en de vernieuwingen op thema's als nieuwe vormen van wonen, e-health-zorg, medicatie en behandeling (ook in de laatste levensfase), de relatie tussen formele en informele zorg (vrijwilligers) en de verbinding tussen generaties. Vooralsnog wil ik mij van een inhoudelijke reactie onthouden, omdat ik het nog te voeren debat niet wil beïnvloeden. Het debat wordt eind dit jaar georganiseerd via regionale en themabijeenkomsten. Een en ander wordt momenteel uitgewerkt.

Maatschappelijk debat

Aan welke thema's wordt er gedacht voor het maatschappelijke debat? Wordt dit debat alleen gevoerd vanuit de bundel verpleeghuiszorg in 2025?

Antwoord;

De precieze programmering en thematisering van het maatschappelijk debat wordt in het najaar bekend. De doelstelling van het debat is kennisverbetering en bewustwording. Door mensen uit te nodigen om mee te praten, mee te denken en mee te discussiëren over vragen als: wat betekent het om zo kwetsbaar te zijn dat 24 uur per dag zware zorg nodig is? Met welke vragen krijgen de cliënten en hun naasten te maken? Met welke vragen krijgen zorgverleners te maken? Hoe ga je om met afwegingen tussen kwaliteit van leven en veiligheid? Daarnaast hopen de leden van de taskforce hiermee dat mensen gaan nadenken over wat ze belangrijk vinden in de zorg voor hun naasten en voor zichzelf.

De leden van de SP-fractie lezen op pagina 5 «mensen die geen ervaring hebben met verpleeghuiszorg geven een 5,8. Zij missen de ervaring van verwanten. Het geven van een reëel beeld over verpleeghuiszorg is dan ook belangrijk». Door deze leden wordt

dit deels opgevat als het terzijde schuiven van dit resultaat; deze mensen geven een 5.8 maar hebben het mis. Op welke wijze wordt hier wel serieus aandacht aan gegeven? Waar wordt dit beeld volgens de Staatssecretaris dan door veroorzaakt?

Antwoord;

Uit het rapport van Motivaction blijkt dat mensen die geen ervaring hebben met verpleeghuiszorg hun beeld vormen door berichten in de media, en verhalen over excessen uit de omgeving. De berichten in de media gaan zelden over de liefdevolle zorg die de duizenden professionals elke dag weer bieden aan evenzoveel kwetsbare ouderen. Mensen die wel ervaring hebben met verpleegzorg geven een hoger cijfer. Zij zien van dichtbij de inspanningen van de zorgprofessionals voor hun naaste en zijn dankbaar voor de zorg die gegeven wordt.

Eigenaarschap zorgplan: Mijn leven, mijn plan

Het zorgleefplan moet systematisch gebruikt gaan worden. De leden van de SP-fractie ontvangen regelmatig signalen dat het zorgleefplan wordt ervaren als een extra administratieve last, waarvoor in de praktijk en daadwerkelijke zorg te weinig tijd is om er ook daadwerkelijk uitvoering aan te geven. **Hoe reageert de Staatssecretaris op de signalen dat het zorgleefplan een grote toename van administratieve lasten met zich mee brengt? Hoe reageert de Staatssecretaris op de geluiden van de werkvloer dat de leefplannen vooral geduldig papier zijn maar nooit meer worden dan papier, dat deze nooit de werkelijkheid worden. Zij vragen of de Staatssecretaris deze signalen herkent, en wat hij gaat doen om dit te voorkomen? De leden nemen aan dat de Staatssecretaris het met hen eens is dat een zorgleefplan alleen nut heeft als er ook wat mee gebeurt in de daadwerkelijke zorg en ondersteuning.**

Het zorgplan werd ook gebruik als verantwoordingsinstrument maar dit is belemmerend voor de cliënt en zijn gevoel voor eigenaarschap. Het zorgplan moet in de eerste plaats natuurlijk de cliënt verder helpen, zo menen de leden van de SP-fractie. Wat is de reactie van de zorgkantoren en de IGZ op het vereenvoudigd zorgplan waarbij verantwoording geen doel meer is? Staan zij achter deze ontwikkelingen? Op welke wijze is er sprake van een vereenvoudiging van het zorgplan?

Antwoord op twee vragen samengebundeld;

Het programma Waardigheid en Trots wil bereiken dat de zorg in verpleeghuizen kwalitatief goed en veilig is én dat cliënten zich er thuis voelen. Het zorgplan is een middel om de wensen en behoeften van cliënten centraal te stellen. Daarom is de zorgplanbespreking in de Wlz wettelijk verankerd. In de wet is bepaald dat er minimaal twee keer per jaar een zorgplanbespreking plaatsvindt.

Zoals de leden van de SP-fractie terecht aangeven moet het zorgplan ondersteunend zijn op de zorg en geen extra last. In mijn brief van 13 november 2015 (Kamerstuk 31 765, nr. 171) heb ik u geïnformeerd over de uitkomsten van een onderzoek naar de ervaring met zorgplannen. Zowel cliënten, hun naasten en de professionals geven aan dat een zorgplan een goed hulpmiddel is bij het maken van afspraken over de zorg en welzijn. Echter, het is slechts een hulpmiddel. Cliënten vinden het belangrijker dat er sprake is van een continue dialoog dan dat er een afspraak op papier staat. Professionals geven aan dat het zorgplan nu vaak te ingewikkeld is en kan leiden tot het afvinken van lijstjes en het gebruik van standaard doelen. Dat werkt belemmerend in het denken over wie iemand nu echt is, hoe hij zijn leven heeft geleid en hoe hij zijn leven

verder wil leiden. Tot slot constateren betrokken partijen dat er een spanningsveld is ontstaan tussen het primaire doel van het zorgplan, waarin staat hoe de cliënt zijn leven wil inrichten, wat voor hem of haar belangrijk is en waar de cliënt eigenaar van is, en het feit dat het zorgplan ook steeds meer een instrument is geworden om de verantwoording aan externe partijen, zoals de zorgkantoren en de IGZ op te baseren. In het programmaonderdeel «Ruimte voor verpleeghuizen» wordt samengewerkt met een aantal zorgaanbieders om methoden en instrumenten te ontwikkelen die helpen bij het werken met het zorgplan. Het doel hiervan is om het zorgplan in te zetten zoals bedoeld, namelijk om de cliënt centraal te stellen. Deze methoden en instrumenten hebben onder andere betrekking op de gespreksvoering met cliënten, omgaan met verplichte registraties en helpende formats. Gezamenlijk met IGZ en zorgkantoren wordt bezien welke regels zij hanteren ten aanzien van het zorgplan, in welke mate deze regels belemmerend zijn en of regels geschrapt kunnen worden. Op deze manier wordt het werken met het zorgplan meer gericht op het centraal stellen van de cliënt en de eventuele lasten die dit met zich meebrengt zoveel mogelijk weggenomen. Overigens kan het ICT-systeem dat gebruikt wordt door de zorginstelling de administratieve last ook aanzienlijk beperken.

De ethische discussie voeren over omgaan met risico's versus leefbaarheid

De discussie risico's versus leefbaarheid is een ingewikkelde maar belangrijke discussie. In hoeverre wordt hieraan een weging gegeven in het kwaliteitskader dat op 1 oktober zal verschijnen? De leden van de SP-fractie menen dat deze discussie een stuk verder gaat dan voedselveiligheid en domotica, en hopen dat de Staatssecretaris het daarmee eens is.

Antwoord;

Uiteraard ben ik het met de leden van de SP-fractie eens dat de discussie, of liever de dialoog, over risico's en leefbaarheid een stuk verder gaat dan voedselveiligheid en domotica. Het gaat om de balans tussen vrijheid en veiligheid. In de eerdere versies van het kwaliteitskader dat ik u heb gestuurd (bij de tweede voortgangsrapportage Waardigheid en Trots op 19 februari 2016 (Kamerstuk 31 765, nr. 19) en 4 juli 2016 (Kamerstuk 31 765, nr. 2015) staat de cliënt en zijn of haar wensen centraal. Het onderwerp risico's versus leefbaarheid is hierbij als belangrijk thema benoemd. Er staat bijvoorbeeld dat medewerkers in overleg met de cliënt en zijn naasten veiligheidsrisico's afwegen tegen de kwaliteit van leven en dat medewerkers optimale (bewegings)vrijheid nastreven voor hun cliënten.

Ik wijs u er ook op dat het CCE in het kader van Waardigheid en Trots reeds een project uitvoert waarin hier aandacht aan wordt besteed. Eén van de uitgangspunten in dit project is overigens dat het vaak een reëel maar ook ten onrechte gevoeld dilemma is, dat voort kan komen uit een ervaren gebrek aan regelruimte of handelingsverlegenheid.

Wie moet volgens de Staatssecretaris uiteindelijk het besluit nemen in de afweging van risico versus leefbaarheid (en dus ook versus wens van de bewoner)? Welke stem is in deze discussie doorslaggevend?

Antwoord;

Bij deze vraag van de leden van de SP-fractie moet onderscheid gemaakt worden tussen het recht dat iedere bewoner heeft om zijn eigen leven te leiden en het ingrijpen in dat recht als uiterste redmiddel.

De cliënt en zijn wensen staan centraal in de zorg. Dat betekent dat in heel veel gevallen de mening van de cliënt en/of zijn naasten doorslaggevend

zijn. Het moet mogelijk zijn af te wijken van bepaalde richtlijnen als dit meer kwaliteit van leven biedt en dit zorgvuldig en in afstemming met de cliënt en zijn naasten is gebeurd. In het geval de cliënt een gevaar voor zichzelf en/of andere oplevert wordt deze afweging anders. Daarvoor geldt nu de BOPZ. In het voorstel van de Wet Zorg en dwang is een uitgebreid stappenplan opgenomen dat een goede houvast biedt. In de meeste gevallen kunnen zorgverleners in dialoog met bewoner en familie tot goede oplossingen komen.

Hoe gaat de IGZ precies om met het maken van deze afweging, en hoe gaat de IGZ precies om met gevallen waar deze afweging is gemaakt (en vastgelegd), maar waar helaas het resultaat tot klachten, pijn of zelfs het overlijden van de cliënt heeft geleid?

Antwoord;

De IGZ ziet er op toe of verpleegzorginstellingen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen voldoen aan de voorwaarden in de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). Daarbij is van belang dat de Wet BOPZ niet aangeeft wanneer vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast moeten worden, maar alleen strikte voorwaarden stelt aan zorgaanbieders wanneer zij vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen.

Het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen is voorbehouden aan instellingen met een BOPZ aanmerking. Wanneer een instelling een BOPZ aanmerking aanvraagt toetst de IGZ of het beleid van de instelling en de aanwezige deskundigheid voldoende waarborgen bieden voor een verantwoorde toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Daarnaast geldt voor instellingen een meldplicht bij de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen.

De inspectie biedt instellingen de ruimte om zelf de afweging te maken tussen het belang van een veilige woonomgeving en de gevolgen van vrijheidsbeperking voor de kwaliteit van leven. De inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen moet uiteindelijk altijd beargumenteerd vastgelegd worden in het zorgleefplan, met instemming van de cliënt of zijn vertegenwoordiger. Daarbij wil de inspectie zien dat er goed gekeken is naar de wensen, mogelijkheden van de cliënt zelf en dat een gezamenlijk inschatting wordt gemaakt van de risico's, waarbij bijvoorbeeld ook mantelzorgers en/of familieleden betrokken worden.

Wanneer de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen leidt tot incidenten met ernstige schade voor de cliënt, verlangt de inspectie dat de zorgaanbieder onderzoekt hoe dit heeft kunnen gebeuren en wat de instelling hiervan kan leren. Wanneer een cliënt tijdens of direct na de toepassing van dwang is komen te overlijden, onderzoekt de inspectie dit standaard zelf.

Kan vervolgens aangegeven worden of de Wet zorg en dwang al wordt toegepast als het om dwang gaat? Indien dit het geval is, kan dan worden toegelicht hoe deze toepassing vorm krijgt? Indien dit nog niet het geval is, kan dan worden toegelicht waarom dat nog niet zo is?

Antwoord;

De Wet Zorg en dwang (Wzd) wordt nog niet toegepast om de simpele reden dat de wet nog niet in de Eerste Kamer is besproken en dus in werking is. De Eerste Kamer is voornemens dit wetsvoorstel gezamenlijk te behandelen met de wetsvoorstellen betreffende de verplichte GGZ (WvGGZ) en Forensische zorg (Wfz). De WvGGZ ligt ter behandeling voor

bij Uw Kamer. Op 7 september jl. is een derde nota van wijziging bij de WvGGZ aan Uw Kamer aangeboden. Met deze nota zijn enkele specifieke verbeteringen voorgesteld – ook in Wzd – ten opzichte van de tweede nota van wijziging die op 7 juli jl. aan Uw Kamer is aangeboden.

Transparantie voor de cliënt en naasten

De doelstellingen voor zorgkaartnederland.nl zijn inmiddels in aantal gehaald. De leden van de SP-fractie vragen of er ook inzicht is in het daadwerkelijk gebruiken van anderen van de verzamelde gegevens. Is er verder ook een goede spreiding over het land/over de organisaties? Wat gebeurt er precies als één van de organisaties wel heel veel negatieve waarderingen krijgen?

Antwoord;

De onderstaande statistieken gelden voor ZorgkaartNederland.nl breed:

- Het gemiddeld aantal bezoekers per maand is 1.011.481 (gemeten over de afgelopen 12 maanden)*
- Er zijn in de maand juli 2016 11.345 waarderingen geplaatst*
- Totaal zijn er, sinds de start van ZorgkaartNederland, 348.283 waarderingen geplaatst*
- Bezoekers bekijken gemiddeld 4 pagina's per keer*
- Circa 10% van de bezoekers komt voor de verpleeghuiszorg.*

Recent onderzoek, bij ruim 1.800 gebruikers, liet de volgende percentages zien over bezoekmotivatie aan Zorgkaartnederland.nl:

- 58% om waardering te schrijven*
- 44% om te oriënteren*
- 29% ter bevestiging keuze zorgverlener/-instelling*

Vanuit het project Waardigheid en Trots worden de waardering in het hele land opgehaald bij de 2.396 locaties. Daarbij worden alle regio's meegenomen en is er sprake van een goede spreiding over het land.

Uit analyse van waarderingen op www.zorgkaartnederland.nl is gebleken dat ongeveer 86% van de waarderingen een voldoende scoort en 14% een onvoldoende. Indien een instelling veel negatieve waarderingen krijgt zal de actieve redactie van ZorgkaartNederland deze instelling hierover informeren. Hierdoor wordt de instelling zich er bewust van en kan zij de nodige maatregelen nemen. Als zorgaanbieder kan men op een waardering reageren. Ook kan de zorgaanbieder in contact komen met de persoon die de waardering heeft geplaatst. Dit laatste verloopt altijd via de redactie om de privacy van mensen te borgen.

Domeinoverstijgende cliëntondersteuning

De leden van de SP-fractie hebben signalen ontvangen dat er te weinig onafhankelijke cliëntondersteuning wordt ingekocht door de zorgkantoren. Graag ontvangen deze leden een overzicht van de ingekochte cliëntondersteuning. Is deze vorm van ondersteuning vervolgens in alle gemeenten aanwezig?

Antwoord;

Ik vind de beschikbaarheid van cliëntondersteuning belangrijk. Het beschikbaar gestelde bedrag voor 2016 is in de loop van het jaar te laag gebleken. Om ook voor de rest van het jaar de onafhankelijke cliëntondersteuning te borgen zal het bedrag worden opgehoogd van € 7,5 miljoen naar € 8,2 miljoen. Dit zal worden meegenomen in de Nadere aanwijzing besteedbare middelen beheerskosten Wlz 2016.

Cliëntenraden: sterke gesprekspartner

In de zomer van 2016 is een inventarisatie uitgevoerd van de door de cliëntenraden ingediende plannen. Wat is er uit deze inventari-

satie naar voren gekomen? Zijn alle ingediende plannen goedgekeurd? Hoe is de stem van cliëntenraden in de toekenning van extra middelen voor dagbesteding vorm gegeven?

Antwoord;

De extra middelen Waardigheid en Trots, bestemd voor een zinvolle daginvulling voor bewoners en deskundigheidsbevordering van professionals, worden door de zorgkantoren toegekend indien de zorgaanbieder een plan indient voor de besteding van de extra middelen. Enige voorwaarde voor de goedkeuring van het plan is de instemming van de Cliëntenraad, Ondernemingsraad en indien aanwezig de VAR. Als die goedkeuring binnen de instelling is gerealiseerd, krijgt de instelling de middelen. Er vindt geen inhoudelijke toets van het zorgkantoor plaats. Op dit moment vindt een eerste evaluatie van plannen plaats. Omdat er in 2016 nog geen sprake zal zijn van meetbare effecten, zal de evaluatie gericht zijn op het proces van totstandkoming van de plannen, een inventarisatie van de inhoud ervan en aanbevelingen voor komende jaren. Ik verwacht deze evaluatie voor het eind van het jaar te ontvangen en zal deze met een beleidsreactie zo spoedig mogelijk naar uw Kamer sturen.

Vernieuwing voor opname

Het initiatief is om in 2016 te starten met het voor het vaststellen van een indicatie aan de cliënten hoe de zorg zo geleverd kan worden dat zij in staat worden gesteld te blijven leven zoals zij dat willen niet gehinderd door regels uit zorgwetten. Is dit initiatief al gestart? Zo ja, wat zijn de ervaringen hiervan tot nu toe? In hoeverre kunnen de wensen daadwerkelijk vervuld worden als regels in de weg zitten? Worden regels daadwerkelijk aan de kant geschoven om de wensen van mensen uit te laten komen?

Antwoord;

De leden van de SP vragen naar het onderdeel «vernieuwing voor opname» uit de voortgangsrapportage bij mijn brief van 4 juli jl. (Kamerstuk 31 765, nr. 215). Dit initiatief bevindt zich in de opstartfase. Dat betekent dat een aantal zorgaanbieders binnen één of meer locaties al voor opname van de cliënt willen bekijken wat nodig is om de zorg voor deze cliënt zodanig te organiseren dat de mens centraal staat. Hierbij wordt niet uitgegaan van wat binnen regels en wetgeving mogelijk is. Er wordt puur gekeken naar de wensen en behoeften van de cliënt. De zorgaanbieders maken hiervoor een plan van aanpak en bespreken dit met het LOC en de zorgkantoren van Zilveren Kruis en Achmea. In een volgende voortgangsrapportage wordt hier dieper op in gegaan.

Aansluiting bij PGB en ECD

Op welke wijze leidt registratie in het ECD precies tot minder administratieve lasten?

Antwoord;

Onlosmakelijk verbonden aan het leveren van professionele zorg van goede kwaliteit, is dat professionals in de verpleeghuiszorg aan dossiervoering doen. Een deel van de gegevens die noodzakelijk zijn voor dossiervorming in de zorg zijn ook geschikt voor de leercyclus in de zorginstelling en informatievoorziening omtrent basisveiligheid in de keten. Door registratie van gegevens die nodig zijn voor professionele zorg aan de bron in een ECD vorm te geven, kan een vermindering van administratieve lasten worden gerealiseerd. Gegevens hoeven maar één keer te worden geregistreerd en kunnen voor verschillende doeleinden worden gebruikt. Ik kom nu in de praktijk nog systemen tegen die voor verzorgenden te weinig ondersteunend zijn en vaak zie ik dat behande-

laren in een ander systeem werken. Een adequate ICT-ondersteuning kan veel betekenen voor de werkvloer.

Ondersteuning zorgaanbieders met urgent kwaliteitsprobleem
Circa 50 zorgaanbieders met een urgent kwaliteitsprobleem hebben een beroep gedaan op het programma Waardigheid en Trots. Kan een overzicht gegeven worden van de kwaliteitsproblemen waar deze partijen mee te maken hadden, en kan daarbij aangegeven worden welke organisaties het betrof, en wat de oplossingen zijn die naar aanleiding van het traject zijn doorgevoerd? Zijn de problemen inmiddels opgelost?

Antwoord;

Zie ook het antwoord op een eerdere vraag van de VVD over dit onderwerp. Het gaat veelal om ondersteuningsvragen op het gebied van de structurele borging van kwaliteit. Dat kan betrekking hebben op bijvoorbeeld het methodisch werken door professionals, op sturingsvraagstukken binnen de organisatie en op de inrichting van de organisatie. Bij de aanpak is allereerst een analyse van de problemen gemaakt, op basis waarvan een plan is opgesteld om de problemen aan te pakken. Kernelementen hierbij zijn de competenties van het personeel, teamsamenstelling en sturing. Het fundamenteel oplossen van dergelijke problemen binnen een organisatie kost ongeveer twee jaar. De uitvoering van de plannen is derhalve nog gaande. Welke organisaties meedoen betreft geen openbare informatie. Organisaties kunnen in een veilige situatie werken aan verbetering van kwaliteit. Tegelijkertijd moeten alle deelnemers de interne (RVT, OR, CR) en externe stakeholders (o.a. de IGZ en het zorgkantoor) bij het verandertraject betrekken. De IGZ wordt derhalve geïnformeerd over deelname.

Leidraad «verantwoorde personeelssamenstelling»

De leden van de SP-fractie wijzen erop dat zij van mening zijn dat de resultaten van het onderzoek uitgevoerd door de universiteit Maastricht wat selectief worden weergegeven. Kan aangegeven worden binnen welke verpleeghuizen de huidige personeelssamenstelling wordt onderzocht?

Antwoord;

Ik lees in de vraag van de leden van de SP-fractie twee verschillende onderzoeken. De Universiteit Maastricht heeft geen eigen onderzoek gedaan in verpleeghuizen. Het onderzoek gaat over de relatie tussen personeelsbezetting en de kwaliteit van zorg. Het onderzoek is gebaseerd op meer dan 180 beschikbare wetenschappelijke publicaties op dit terrein. Daarnaast lijken de leden te verwijzen naar het rapport van Dageraad Advies, genoemd in de voortgangsrapportage aan uw Kamer gestuurd op 4 juli jl. Dit is op dit moment nog niet beschikbaar.

Kwaliteitskader verpleegzorg

Het kwaliteitskader wordt in oktober aangeboden aan het Zorginstituut, en vervolgens door een door het Zorginstituut geformeerde expertcommissie getoetst. Wie zitten er precies in die expertcommissie? Deze leden begrijpen dat, als die commissie het kwaliteitskader niet toereikend vindt, het Zorginstituut haar doorzettingsmacht gaat gebruiken, zodat er per 1 januari 2017 een kader ligt. Al vinden de leden het van belang dat er op niet al te lange termijn een kader ligt dat echt handvatten geeft, het verbaast de leden wel een beetje dat het Zorginstituut gelijk gebruik zal maken van haar doorzettingsmacht. Is die doorzettingsmacht niet bedoeld om in te zetten in het geval partijen er onderling echt niet uitkomen? Waarom gaat

het kader niet eerst terug naar de partijen, zodat er een poging gedaan kan worden tot verbetering?

Antwoord;

De namen van de leden van de expertcommissie van het Zorginstituut, waar de leden van de SP-fractie naar vragen, zijn gepubliceerd op de website van het Zorginstituut. Het betreft:

- Erik Buskens (voorzitter) – hoogleraar medische technologie, Universiteit Groningen*
- Evelyn Finnema (vicevoorzitter) – lector wonen, welzijn en zorg op hoge leeftijd, Hogeschool Leeuwarden; lid Kwaliteitsraad*
- Jefke van den Bor – directeur wonen, welzijn en zorg bij De Hoven*
- Liz Cramer – organisatieadviseur «De werkvloer centraal», Kwadrant-groep*
- Anne Goossensen – hoogleraar zorghetische aspecten van informele zorg, Universiteit voor Humanistiek*
- Jan Hamers – hoogleraar ouderenzorg, Universiteit Maastricht*
- Nieske Heerema – specialist ouderengeneeskunde, Zorgspectrum Nieuwegein*
- Rob Jerphanion – oud-bestuurslid Patiëntenfederatie Nederland*
- Lia de Jongh – voorzitter raad van bestuur Topaz*
- Yolande Kuin – psychogerontoloog*
- Liesbeth Vos – bestuurder, Friesland College*
- Jacqueline Vosseveld – woonzorgbegeleider, Zorgaccent*

Waardigheid en Trots heeft ervoor zorg gedragen dat sinds februari 2015 partijen in gesprek zijn met elkaar om een nieuw kwaliteitskader te ontwikkelen. In 2016 is er herhaaldelijk overleg geweest tussen de expertcommissie en de partijen die het kader ontwikkelen. Omdat partijen er onderling echt niet uitkomen zal het Zorginstituut haar doorzettingsmacht inzetten. Dit is conform eerdere toezeggingen aan de Tweede Kamer.

Opleiden voor de toekomst: aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt
Zorg

In hoeveel van de regionale zorgpacten is de verpleeghuiszorg precies vertegenwoordigd? Hoe zien die pacten er precies uit? Oftewel, welke partijen zijn er precies aangesloten en wat gaan de partijen precies ondernemen om welk precieze doel te realiseren?

Antwoord;

Binnen de kopgroep van het zorgpact zijn 34 initiatieven die zich focussen op ouderenzorg. De verpleeghuizen zijn deelnemer binnen 3 initiatieven:

- Zorg Innovatie Centra*
- Zorginnovatie Centra en Netwerken*
- SpinOV*

Bij alle drie gaat het om een samenwerkingsverband met onderwijs, gemeenten en ziekenhuizen. De afspraken die worden gemaakt in het kader van zorgpact zijn bedoeld om de aansluiting tussen onderwijs en praktijk te verbeteren. Medewerkers van zorginstellingen geven lessen op scholen en zijn vertegenwoordigd in de onderwijsbijeenkomsten in het netwerk. De docenten verzorgen lessen en begeleiden projecten in zorginstellingen. Hierdoor wordt het onderwijs beter op maat aangeboden voor de stagiaires en worden ze beter voorbereid op het werken in de praktijk. Daarbij worden stagiaires binnen het netwerk breed ingezet. Dit draagt bij aan een betere positionering van de aspirant-medewerker.

Aanpak bestaan personeel: opleiden is een opdracht

Hoeveel verpleeghuizen hebben inmiddels een afgestemd plan voor dagbesteding en professionalisering ingediend, en vervolgens een opslag van 1.45% gehad op hun ZZP-tarief? Zijn er plannen afgekeurd? Kan er meer informatie gegeven worden over de inhoud van de plannen, aangezien in de zomer hierop een inventarisatie heeft plaatsgevonden nemen de leden van de SP-fractie aan dat deze informatie inmiddels beschikbaar is? Het toegroeien naar een meerjarig plan met daarbij meerjarige toekenning van middelen vinden de leden van de SP-fractie positief. Hiermee kan veel bureaucratie en onzekerheid voor de organisaties en voor hun personeel worden voorkomen.

Antwoord;

In antwoord op de vraag van de leden van de SP-fractie naar de extra middelen voor een zinvolle daginvulling en deskundigheidsbevordering wil ik er op wijzen dat, op verzoek van meerdere partijen, de termijn voor indiening van deze plannen is verschoven naar 1 mei 2016. Dat had tot gevolg dat een eerste evaluatie niet meer voor de zomervakantie kon plaatsvinden; de evaluatie is op dit moment in volle gang. Ik verwacht deze evaluatie voor het eind van het jaar te ontvangen en zal deze met een beleidsreactie zo spoedig mogelijk naar uw Kamer sturen. Een eerste verkenning tussen de onderzoekers die de evaluatie uitvoeren en de zorgkantoren leert dat er ca. 550 plannen zijn ingediend en slechts een fractie van die plannen is afgekeurd.

Bestuurlijk leiderschap

Dat (het handelen van) een aantal bestuurders in de verpleeghuissector in de afgelopen tijd voor heeft gezorgd dat het vertrouwen van vele mensen in de verpleeghuiszorg is gedaald is duidelijk en tegelijkertijd heel erg. Dat er dan ook een nieuwe visie op goed bestuur komt met daarin een gedragscode was onvermijdelijk. Al zijn de leden van de SP-fractie er nog niet van overtuigd dat dit het gouden ei zal zijn dat alle problemen gaat oplossen. ActiZ heeft de code in samenspraak met een aantal betrokken bestuurders uitgewerkt, en de discussie wordt nu branche-breed gevoerd. **Graag horen de leden van de SP-fractie welke bestuurders hebben meegewerkt aan de uitwerking van de visie en de code, en welke wijzigingen zij hebben voorgesteld naar aanleiding van het door ActiZ opgestelde concept. Daarnaast horen deze leden graag of branche-breed ook betekent dat andere partijen naast bestuurders input kunnen leveren. Te denken valt natuurlijk aan personeel en bewoners (en hun familie). Vervolgens ontvangen deze leden natuurlijk graag de visie en de code zo spoedig mogelijk.**

Antwoord;

Het gaat er in de verpleging en verzorging uiteindelijk om dat met de beschikbare middelen. Een zorgorganisatie er op zijn ingericht dat de beste zorg wordt geleverd voor cliënten. Daarbij zijn gedrag en cultuur van grote betekenis. Bestuurders hebben daarbij een sturende rol en moeten een voorbeeldrol vervullen. Ik ben dan ook blij met de initiatieven uit de sector die de aandacht voor goed bestuur in de zorg vergroten. Dit is een belangrijke stap omdat verandering begint met bewustwording en aanspreekbaarheid op gedrag. Daarmee is niet gezegd dat alle problemen in de sector als sneeuw voor de zon verdwijnen, maar het draagt bij aan het inzetten van een richting gericht op verbetering. De gezamenlijke branche-organisaties verenigd in de BoZ zijn momenteel bezig om de zorgbrede governancecode integraal te herzien en te verbeteren. Daarnaast heb ik begrepen dat ActiZ in aanvulling daarop met bestuurders uit de VenV-sector een aantal basisbeginselen heeft ontwikkeld die essentieel zijn bij het streven naar goed bestuur. Uitgangs-

punten die bijdragen aan een open cultuur waarin bestuurders elkaar in de branche aanspreken en waarin men reflecteert en leert van elkaars fouten. En dat van bestuurders verwacht mag worden dat zij een open gesprek met interne en externe belanghebbenden voeren. Dit alles om uiteindelijk tot goede zorg voor cliënten te komen. Ik heb van Actiz begrepen dat dit een eigen aanvulling is op de nieuwe zorgbrede governancecode die thans in voorbereiding is.

Omslag inkoop zorgkantoren

Wat zijn de ervaringen tot nu toe met de zorginkoop door middel van het dialoogmodel? Zowel de ervaringen van het zorgkantoor als die van de zorginstellingen? Wat is er waar van de signalen dat zorginstellingen alsnog constateren dat zij weinig inspraak hebben? Graag ontvangen de leden van de SP-fractie hierop een uitgebreide reactie.

Antwoord;

Het dialoogmodel houdt in dat er op basis van een dialoog tussen zorgaanbieder, zorgkantoor en de cliëntenraden gewerkt wordt aan een zelfanalyse van de zorgaanbieder en (een aantal) verbeterplannen. De dialoog is gericht op verbeteringen in de zorg voor cliënten en het bieden van ruimte voor regionaal maatwerk.

Zorgverzekeraars Nederland heeft aan het einde van het contracteringsproces 2016, onderzoeksbureau BMC gevraagd een kwalitatieve evaluatie uit te voeren van het dialoogmodel. Uit het rapport blijkt dat aanbieders aangeven dat de zelfanalyse een goed reflectiemoment is en aanleiding om het gesprek intern en met het zorgkantoor en de cliëntenraad aan te gaan. Volgens het rapport gaf in sommige gevallen de zelfanalyse aanleiding tot nieuwe inhoudelijke discussies binnen de zorginstelling. Tevens bleek dat het dialoogmodel bestaande relaties inhoudelijk kan versterken en kan bijdragen aan het onderling vertrouwen tussen zorgaanbieder en zorgkantoor.

Omdat het dialoogmodel in 2015 voor het eerst werd toegepast, is er nog wel een aantal verbeterlagen te maken. Zo bleek uit het rapport dat de kwaliteit van de zelfanalyse en ontwikkelplannen, zoals ingediend door de zorgaanbieders niet altijd voldeed aan de eisen van de zorgkantoren. Soms is er spanning tussen het landelijke inkoopkader en de regionale diversiteit in de toepassing. Bij zorgaanbieders die met meerdere zorgkantoren te maken hebben, zorgt dat wel eens voor verwarring of onduidelijkheden. Ook het SMART maken van de afspraken ervaren enkele zorgaanbieders als belemmerend, omdat er grote nadruk wordt gelegd op de wijze van afrekening in plaats van de dialoog. Een belangrijke bevinding uit het rapport is ook dat er nog veel verschillen bestaan in de manier waarop cliëntenraden door zorgaanbieders betrokken worden bij de zorginkoop.

Het rapport geeft goede aanknopingspunten om de dialoog verder te ontwikkelen met aandacht voor het belang van cliënten, de betrokkenheid van cliëntenraden, de beperking van de administratieve lasten, de verhouding tussen uniformering enerzijds en regionale wensen anderzijds en het maken van meerjarenafspraken.

Eindrapportage toezicht IGZ op 150 verpleegzorginstellingen

De leden van de SP-fractie zijn erg geschrokken van de resultaten die uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen.

Graag ontvangen zij een reactie op de volgende casus die zij recent ontvingen. Deze persoon werkt in een verpleeghuis, en staat vaak alleen op de afdeling. Veel mensen op de afdeling krijgen medicijnen en allen hebben veel toezicht nodig. Voor het toedienen van risicovolle medicatie moet door een tweede persoon een tweede controle uitgevoerd worden.

Moet deze medewerker zijn afdeling verlaten op zoek naar een

collega met alle risico's van dien, of moet deze medewerker de tweede controle laten vervallen? In het rapport van de IGZ wordt het niet uitvoeren van een tweede controle geschaard onder «een gebrek aan deskundigheid van het personeel». De leden van de SP-fractie vragen de Staatssecretaris of hij het met dit standpunt van de Inspectie eens is. Ligt de oorzaak van dit probleem niet bij het bestuur dat ervoor zorgt dat er te weinig personeel beschikbaar is om het werk goed te kunnen uitvoeren? Neemt de Inspectie deze omstandigheden mee in haar inspectie? Wordt met dit soort situaties rekening gehouden bij het vaststellen van de bezettingsnorm?

Antwoord;

De leden van de SP-fractie leggen een casus voor over medicatieveiligheid. De professionele richtlijnen voor medicatieveiligheid zijn door het veld zelf ontwikkeld. Uiteraard houdt de IGZ daar dan toezicht op. Uit het rapport van de IGZ maak ik op dat te weinig personeel over het algemeen niet de reden is van het volgen van de richtlijnen; het gaat om te weinig kennis over de richtlijn en om handelingsverlegenheid bij het vinden van oplossingen om hier invulling aan te geven, zowel in personele zin als door middel van het gebruik van technologie. Professionele richtlijnen en standaarden zijn mede de basis die onder de leidraad verantwoorde personeelssamenstelling ligt.

Over het rapport hebben de leden van de SP-fractie nog de volgende specifieke vragen:

- **De IGZ noemt verschillende oorzaken waarom instellingen verbeteringen niet vast kunnen houden, namelijk: werving van onvoldoende opgeleid personeel, de problematiek die bij grote steden hoort, fusies, bestuurswisselingen, financiële problemen en problemen met huisvesting en een deel kan de snelle veranderingen niet bijbenen. Wat onderscheid de instellingen die de veranderingen niet bij kunnen benen van de organisaties die de veranderingen wel bij kunnen benen? Gekeken naar de verschillende oorzaken, waar kan de schuld dan worden gelegd voor de problemen?**

Antwoord;

De precieze problematiek, de achterliggende oorzaken en wat er nodig is om de zorg goed en veilig te maken, verschillen per zorgaanbieder en zijn onderdeel van de individuele toezichttrajecten. De inspectie ziet wel een belangrijk patroon bij instellingen die de kwaliteit niet op orde krijgen. In moeilijke periodes verschuift de aandacht van het bestuur op het borgen van kwaliteit en veiligheid van de zorg naar bijvoorbeeld het hanteren van financiële problemen, personeelstekorten, reorganisaties, bestuurswisselingen of een combinatie daarvan. Hierdoor blijven evaluatie en bijstelling van kwaliteitsprocessen vaak uit. De inspectie ziet dit als een «steekvlam-effect»: organisaties komen in actie en zetten in relatief korte tijd kwaliteitsverbeteringen in. Vervolgens zakt de aandacht weg door problemen in de organisatie en lukt het niet om de verbeteringen vast te houden.

De inspectie hecht eraan dat verpleegzorgaanbieders hun vermogen versterken om verbeteringen structureel te implementeren en vast te houden. Daarom besteedt zij de komende jaren extra aandacht aan de sturing op kwaliteit en veiligheid bij verpleegzorgaanbieders.

- **Wat is de reactie van de Staatssecretaris op de conclusie dat ruim een derde van de bestuurders geen goed beeld had van de kwaliteit van zorg in de eigen organisatie?**

Antwoord;

Ik vind dat een kwalijke zaak. Raden van Bestuur en Raden van Toezicht zijn immers eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening. De IGZ en de NZa hebben op 6 juli 2016 hun gezamenlijk kader Toezicht op Goed Bestuur in de zorg gepubliceerd, waarin zij aangeven wat zij verstaan onder goed bestuur en hoe zij hier toezicht op houden. Toezicht op goed bestuur is één van de vijf risicothema's, zoals vastgelegd in het werkplan van de IGZ voor 2016. Het verbeteren van intern toezicht en handhaving bij bestuurlijk onvermogen zijn daarbij belangrijke aandachtspunten. Dit jaar verhoogt de IGZ het aantal bestuursgesprekken. Wanneer blijkt dat bestuurders onvoldoende invulling geven aan hun bestuurlijke verantwoordelijkheden, met risico's op onverantwoorde zorg als gevolg, dan legt de IGZ handhavingmaatregelen op.

- **Wat is de reactie van de Staatssecretaris en wat is de reactie van de Inspectie op de reacties naar aanleiding van het verschijnen van het onderzoek? Welke leerpunten worden hieruit meegenomen, met name als het gaat om de actualiteit van de gepresenteerde gegevens?**

Antwoord;

De wijze waarop het onderzoek is gepubliceerd en het tijdstip leidde tot discussie en ophef in het veld. De IGZ heeft mij laten weten dat tijdige communicatie met de op de lijst opgenomen zorgaanbieders een belangrijk leerpunt is, evenals dat de tijd die tussen het afronden en het publiceren van het onderzoek zo kort mogelijk moet zijn. Conform mijn toezegging komt de IGZ met een geactualiseerde lijst. De IGZ heeft alle zorgaanbieders die op de lijst voorkomen van te voren te geïnformeerd over de bevindingen van de IGZ en de publicatie daarvan. De beoordeling is gebaseerd op informatie bij de IGZ bekend op uiterlijk 16 september jl.

- **Waarom dreigde de Staatssecretaris, naar aanleiding van het IGZ-rapport, ermee dat slechte instellingen (volgens de lijst) gesloten moeten worden? Wat hadden deze dreigementen voor profijt voor de medewerkers en bewoners? Was het wel eerlijk alle verantwoordelijkheid voor de problemen af te schuiven op de verpleeghuizen?**

In mijn brief van 4 juli jl. (2015–2016, 31 765 nr. 215) heb ik aangegeven dat als de basisveiligheid niet op orde komt maatregelen niet worden geschuwd. Uiteraard is het niet mijn wens om instellingen te sluiten, het kan echter in het uiterste geval als alle andere maatregelen niet helpen en de veiligheid van de cliënten in het geding is, niet worden uitgesloten. De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg ligt bij de bestuurder, deze dient er zorg voor te dragen dat de kwaliteit op orde is en indien sprake is van problemen om deze op te lossen

Zo houdt de inspectie de komende jaren toezicht op de verpleeg(huis)zorg

Over het rapport hebben de leden van de SP-fractie nog de volgende specifieke vragen:

- **De Inspectie zal extra aandacht hebben voor de rol van raden van bestuur en raden van toezicht. Hoe krijgt deze extra aandacht precies vorm? Blijft het bij aanspreken, of zijn ook andere maatregelen mogelijk?**

Antwoord;

Raden van Bestuur en Raden van Toezicht zijn eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening. De IGZ en de NZa hebben op 6 juli 2016 hun gezamenlijk kader Toezicht op Goed Bestuur in de zorg gepubliceerd, waarin zij aangeven wat zij verstaan onder goed bestuur en hoe zij hier toezicht op houden. Toezicht op goed bestuur is één van de vijf risicothema's zoals vastgelegd in het werkplan van de IGZ voor 2016. Het verbeteren van intern toezicht en handhaving bij bestuurlijk onvermogen zijn daarbij belangrijke aandachtspunten.

Dit jaar intensiveert de IGZ het aantal bestuursgesprekken. De IGZ toetst bijvoorbeeld of de bestuurder over voldoende checks & balances beschikt om te waarborgen dat de zorg goed en veilig is. Daarbij kijkt de IGZ of de verantwoordelijkheden op het gebied van kwaliteit en veiligheid goed belegd zijn, of er een operationeel integraal kwaliteitssysteem is en of er kwalitatief en kwantitatief voldoende personeel en materieel is. Anderzijds beziet de IGZ of het bestuur een open cultuur bevordert waarin collega's van elkaar leren en elkaar aanspreken op fouten of risico's. Daarnaast spreekt de inspectie tijdens of na inspectiebezoeken met cliëntenraden. Indien nodig betreft de IGZ ook de raad van toezicht.

Wanneer blijkt dat bestuurders onvoldoende invulling geven aan hun bestuurlijke verantwoordelijkheden, met risico's op onverantwoorde zorg als gevolg, dan legt de IGZ handhavingmaatregelen op. Zo kan de IGZ verscherpt toezicht instellen, een bestuurlijke boete of een last onder bestuursdwang opleggen. Ook kan zij de Minister adviseren om de toelating op basis van de Wet toelating zorginstellingen in te trekken. Sinds 1 januari 2016 kan de IGZ een zorgaanbieder namens de Minister ook een aanwijzing geven. Zij kan daarmee een zorgaanbieder opdragen specifieke verbeteringen te realiseren en in het uiterste geval ingrijpen in de samenstelling van het bestuur.

– Wat verandert er nu precies in de wijze waarop de Inspectie haar toezicht houdt/ haar toezichtstaak uitvoert ten opzichte van eerdere jaren?

Antwoord;

Begin juli 2016 heeft de IGZ haar toezichtvisie op de verpleeghuiszorg voor de komende jaren gepubliceerd. Deze is aan de Tweede Kamer aangeboden bij de brief van 4 juli jongstleden. Een belangrijk uitgangspunt in het toezicht is dat de zorg kwalitatief goed en veilig moet zijn. De basis dient op orde te zijn. Maar daarnaast kijkt de inspectie ook of de zorg is ingericht naar de wensen van cliënten. Ook dat weegt een inspecteur mee in het oordeel over een zorgaanbieder.

De inspectie wil daarom dat de zorgsector al haar energie steekt in het op orde brengen van de basiszorg én persoonsgerichte zorg. De IGZ controleert of de zorgsector deze doelen bereikt en vasthoudt. Dat doet ze door extra aandacht te geven aan de manier waarop bestuurders sturen op kwaliteit en veiligheid. Dit betekent een bestuursgesprek bij aanvang van een toezichttraject.

Tevens zal extra aandacht uitgaan naar de deskundigheid van medewerkers. De personeelssamenstelling van een zorgaanbieder dient zo ingevuld te zijn dat dit past bij de cliëntendoelgroep waaraan de zorgaanbieder zorg wil verlenen. De IGZ wil daarbij de leidraad «Verantwoorde Personeelssamenstelling» gebruiken. Op dit moment is een pilot gaande binnen de zorgsector.

Meer is niet per se beter. De relatie tussen personele inzet en kwaliteit van zorg in verpleeghuizen

Een goede mix van personeel in een verpleeghuis is uiteraard van groot belang, die conclusie delen de leden volledig. **De leden van de SP-fractie vragen echter waarom de Staatssecretaris enkel aangeeft dat het volgens het onderzoek alleen maar toevoegen van personele capaciteit niet automatisch kwaliteitsverbetering betekent maar hij de daarop volgende opmerking dat er waarschijnlijk wel rekening gehouden moet worden met een minimaal benodigde bezettingsgraad weglaat. Waarom gaat de Staatssecretaris daar niet op in? Vervolgens vragen zij een reactie op de zin «de huidige formatie in de dagelijkse zorg, met een sterk accent op verzorgenden, is onvoldoende toegerust om de benodigde transitie in de verpleeghuiszorg te entameren en te realiseren» (p. 26).**

Antwoord;

Het rapport van de Universiteit Maastricht, waar de leden van de SP-fractie naar vragen, heeft als titel «Meer is niet per se beter». Dat er voor het leveren van zorg een bepaalde hoeveelheid personeel nodig is, is evident. Een toelichting op de zin «de huidige formatie in de dagelijkse zorg, met een sterk accent op verzorgenden, is onvoldoende toegerust om de benodigde transitie in de verpleeghuiszorg te entameren en te realiseren» lees ik in het rapport zelf, waarin wordt aangegeven dat het gaat om de juiste mix van deskundigheden en het optimaal gebruik maken van hun specifieke kwaliteiten. Verzorgenden hebben die, en verpleegkundigen brengen andere kwaliteiten met zich mee, met name waar het gaat om de overstijgende blik, het kunnen coachen van een team en het kunnen introduceren van bepaalde zorginnovaties.

Verpleeghuiszorg in Nederland. Belevingsonderzoek onder Nederlands publiek, professionals en bestuurders

Wat is de reactie van de Staatssecretaris op het bericht dat uit het belevingsonderzoek blijkt dat mensen met ervaring een 6.8 geven en mensen die geen ervaring hebben een 5.8? Hoe wordt met name geïnterpreteerd dat mensen die geen ervaring hebben met de verpleeghuiszorg nauwelijks een voldoende geven. Is hij van mening dat zijn berichtgeving naar aanleiding van het recente IGZ-onderzoek, en zijn dreigende taal dat verpleeghuizen dan maar gesloten moeten worden, het beeld van de groep mensen die geen ervaring heeft met de verpleeghuiszorg positief of negatief heeft beïnvloed. Kan dit worden toegelicht?

Antwoord;

Uit het rapport van Motivaction blijkt dat mensen die geen ervaring hebben met verpleeghuiszorg vooral afgaan op berichten in de media. De berichten in de media gaan zelden over de liefdevolle zorg die de duizenden professionals elke dag weer bieden aan evenzovele kwetsbare ouderen. Mensen die wel ervaring hebben met verpleegzorg, geven een hoger cijfer omdat zij wel deze liefdevolle zorg zien. Het rapport van Motivaction is overigens van vóór de discussie over het recente IGZ onderzoek.

Vanaf de start van Waardigheid en Trots heb ik aangegeven dat het om het op korte termijn realiseren gaat van adequate zorg in verpleeghuizen én het starten van een fundamentele verandering om to andere kwaliteit van zorg te komen. Daar waar de risico's zijn op veilige zorg – wat gelukkig maar in een klein aantal locaties speelt – is het ook van belang dat uiteindelijk geen maatregel wordt geschuwd ten behoeve van de bewoners. Daar mag voor niemand misverstand over bestaan.

Ook zijn de leden van de SP-fractie benieuwd naar de reactie van de Staatssecretaris op de conclusie dat, ook al gaven mensen die de afgelopen twee jaar een keer in het verpleeghuis zijn geweest, een gemiddeld hoger cijfer dat juist deze groep de verpleeghuiszorg associeerde met werkdruk en bezuinigingen in de sector.

Het hogere cijfer van deze groep mensen voor de verpleegzorg staat voor mij niet haaks op de constatering dat deze mensen ook zaken hebben geconstateerd waar zij zich zorgen over maken. Zij hebben hun waardering voor de geleverde zorg uitgedrukt en hebben ook aangegeven wat zij zien. Ik concludeer hier ook uit dat er een terechte grote waardering is voor de instelling en inspanningen van het personeel.

Het valt de leden van de SP-fractie op dat de IGZ in haar onderzoek onder 150 verpleeghuizen concludeert dat ruim een derde van de bestuurders geen goed beeld had van de kwaliteit van zorg in de eigen organisatie, maar dat Motivaction concludeert dat kwaliteitsissues de agenda van de bestuurders domineren. Hoe kunnen de leden deze twee conclusies met elkaar rijmen?

Antwoord;

Motivaction heeft bestuurders geïnterviewd en heeft hun mening weergegeven. De IGZ heeft toezicht gehouden op 150 zorgaanbieders met een hoog risico op onverantwoorde zorg. De rapporten leveren geen verklaring voor dit verschil. Het kan gaan om een verschil in perceptie wat «goed beeld van de kwaliteit van zorg is» of om andere zorgaanbieders.

Tenslotte concluderen de leden van de SP-fractie dat zij nog veel overzichten, uitwerkingen, notities en rapporten zullen ontvangen de rest van het jaar. Graag ontvangen zij daarom een schematisch overzicht wat er allemaal nog qua informatie aan komt, en wanneer zij dat precies kunnen verwachten.

Antwoord;

In 2016, begin 2017:

- Een geactualiseerde versie van de lijst met verpleeghuizen, inclusief categorisering van IGZ, die bron waren voor het rapport van de IGZ.*
- Brief met de resultaten van het toezicht op medicatieveiligheid bij de instellingen in categorie 1 (motie Potters, Kamerstuk 31 765, nr. 224).*
- Het nieuwe kwaliteitskader en de leidraad personeelssamenstelling.*
- Evaluatie naar de besteding van de extra middelen voor deskundigheidsbevordering en een zinvolle dagbesteding.*
- Een publicatie over geaggregeerde meldingen over medicatieveiligheid in de V&V sector.*
- Een vierde voortgangsrapportage W&T met daarbij:*
 - De eerste voortgang van de interventieteams*
 - Uitkomsten van onderzoek naar de situatie omtrent opleiden en deskundigheidsbevordering in de verpleeghuizen en de personeelssamenstelling van een aantal individuele verpleeghuizen, dat gericht is op het inzichtelijk maken van de bestaande praktijkvariatie.*

Naar aanleiding van de Motie Voortman (Kamerstuk 31 765, nr. 228) wordt een onderzoek uitgezet naar de mogelijke verklaringen voor het verschil in kwaliteit, waarbij in ieder geval wordt gekeken naar de financiële situatie, het aantal locaties en het aandeel overhead in het personeelsbestand. De uitkomsten hiervan stuur ik in de loop van 2017 naar de Tweede Kamer.

Inbreng CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie maken graag van de mogelijkheid gebruik vragen te stellen naar aanleiding van de brieven en rapporten over de aanpak vernieuwing verpleeghuiszorg.

Zij lezen dat de Staatssecretaris een verschil maakt in de korte en lange termijn. Dat wordt ook onderbouwd door de Inspectierapporten uit 2015. Kan de Staatssecretaris uiteen zetten welke aanpak hij voor de lange termijn ziet? Welke concrete acties neemt hij daartoe, en hoe vertalen deze acties en uitwerkingen zich in de tijd?

Antwoord;

In het plan Waardigheid en Trots wordt onderscheid gemaakt in een korte termijn aanpak en een lange termijn aanpak. Onder de korte termijn aanpak valt onder andere het toezicht van de IGZ waarover ik u op 4 juli heb geïnformeerd. Het grootste deel van het programma is gericht op het realiseren van een fundamentele verandering op verschillende fronten, de vijf speerpunten van het programma;

- 1. Optimale samenwerking tussen cliënt, informele zorg en zorgverlener*
- 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.*

Samen met de andere leden in de taskforce heb ik altijd aangegeven dat er geen snelle of makkelijke oplossingen zijn voor het complexe vraagstuk van de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. Korthedshalve verwijs ik naar het programma Waardigheid en Trots en de jongste voortgangsrapportage die was gevoegd bij de brief van 4 juli jl.

De Staatssecretaris stelt vervolgens dat alleen meer personeel niet automatisch kwaliteitsverbetering betekent, maar soms is er toch personeel nodig dat hoger/meer divers is opgeleid i.v.m. de toename van beperkingen doordat mensen later in een verpleeghuis worden opgenomen en dan zwaardere zorg nodig hebben? Kan de Staatssecretaris dit voor deze leden uiteen zetten?

Antwoord;

Ik ben het met de leden van de CDA-fractie eens dat er soms ander personeel nodig is om tegemoet te komen aan een veranderende zorgvraag van bewoners. De leidraad verantwoorde personeelssamenstelling is onder meer voor dit soort situaties gemaakt. Een bestaand kwaliteitsprobleem kan of hoeft echter niet altijd te worden opgelost met meer personeel. Cultuur of sfeer binnen het team, de wijze van overdracht en mate van samenwerking kunnen daar ook bepalende factoren in zijn. Ik baseer me daarbij op het rapport van professor Hamers «Meer is niet per se beter» dat bij de brief van 4 juli jongstleden is meegezonden.

Hoe verhoudt het beeld zich met de rapportage van het Wlz dat het totale aantal mensen in de verpleging en verzorging daalt met 2,3%. Die afname is voornamelijk toe te schrijven aan het feit dat ouderen langer thuis wonen. Maar uit de CIZ-rapportages blijkt een forse afname van de afgegeven indicatiebesluiten. Alle zware zorgzwaartepakketten (zcp's) 7 tot en met 10 in verpleeghuizen samen nemen af van 22.241 in 2014 tot 15.212 in 2015. Kan de Staatssecretaris dit verklaren? Er werd (wordt) toch altijd aangenomen dat de lagere zorgzwaartepakketten verpleging en verzorging over gaan naar «zorg thuis» en dat mensen met een

zwaardere zorgzwaarte in de verpleeghuizen instroomden? Dus zou het aantal zwaardere zorgzwaartepakketten toch moeten stijgen en niet moeten dalen?

Antwoord;

De hoge pakketten in de verpleging en verzorging zijn de pakketten VV4 tot en met VV10. Van de cliënten met een VV-indicatie hebben minder dan 15% een indicatie in één van de pakketten VV7 tot en met VV10. Het CIZ rapporteert zowel over het aantal indicatiebesluiten dat zij in een periode hebben afgegeven als over het aantal unieke cliënten dat op de eerste dag van een kwartaal een zorgaanspraak heeft. Zoals uit de rapportage van het CIZ blijkt, ligt voor het totaal van de pakketten VV7 t/m VV10 het aantal afgegeven indicatiebesluiten in 2015 inderdaad op een substantieel lager niveau dan in 2014 onder de AWBZ. Kijken we echter naar het aantal unieke cliënten met aanspraak over een iets langere periode, dan is te zien dat het aantal cliënten met aanspraak in de afgelopen 4 jaar fluctueert tussen 17.000 en 20.000 (VV7 tot en met VV10). Voor zowel VV7 als VV8 geldt dat in juli 2016 ongeveer evenveel cliënten een geldige indicatie hebben als in het eerste kwartaal van 2013. De regels voor toegang tot indicaties voor zware verpleeghuiszorg zijn per 1 januari 2015 niet aangescherpt. Wie deze zorg nodig heeft, krijgt die ook. Verschil ten opzichte van 2014 is wel dat het CIZ vanaf 2015 altijd zelf het indicatieonderzoek uitvoert. Wat wellicht meespeelt is dat er onduidelijkheid was of onder de Wlz het CIZ ook een VV7-indicatie voor korte periode kan afgeven. Het CIZ heeft voor de zomer met een factsheet verduidelijkt dat een VV7 ook tijdelijk kan worden geïndiceerd.

Wat betreft het gekozen driesporenbeleid hebben de leden van de CDA-fractie een verduidelijkende vraag over spoor 2, het op orde krijgen van de basiszorg. Zij lezen dat de leden van de taskforce afspraken hebben gemaakt om de basisveiligheid te borgen. **Daartoe worden de kernelementen met ingang van 2017 transparant gemaakt. Dit is een goede stap, maar wat gaat er na publicatie vervolgens gebeuren? Is de implementatie vrijblijvend, of worden hier consequenties aan verbonden?**

Antwoord;

De IGZ gebruikt bij het risicogestuurd toezicht indicatoren waarmee een risico-inschatting gemaakt kan worden voor risico op onverantwoorde basiszorg. Waar mogelijk wordt gebruik gemaakt van bestaande indicatoren, en waar nodig vraagt de IGZ aanvullende gegevens op bij zorgaanbieders. De IGZ vraagt deze risico-indicatoren jaarlijks uit voor haar eigen toezicht. Dit jaar is, zoals beschreven in mijn brief van 4 juli jl., uitvoering gegeven aan een onderdeel van Waardigheid en Trots door met alle betrokken partijen af te spreken naast de gebruikelijke set van indicatoren ook zes basisveiligheidsindicatoren uit te vragen en transparant te maken voor (toekomstige) cliënten en naasten op ZorgkaartNederland en KiesBeter.nl. Het gaat onder andere over gebruik van psychofarmaca en toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Het openbaar maken van de indicatoren geeft cliënten de mogelijkheid om, naast informatie over cliëntwaarderingen, zich ook te laten informeren over veiligheidsaspecten. Omdat de IGZ jaarlijks indicatoren uitvraagt voor het toezicht, is met betrokken partijen gezamenlijk besloten om dit jaar deze zes indicatoren in de uitvraag van de IGZ mee te nemen. Volgend jaar zijn de indicatoren voor basisveiligheid onderdeel van het kwaliteitskader dat nu onder regie van het Zorginstituut wordt vastgesteld. Dit betekent dat het aanleveren van indicatoren over basisveiligheid niet meer vrijblijvend is.

De leden van de CDA-fractie willen graag meer uitleg over het beleevingsonderzoek uitgevoerd door Motivaction. Er wordt aangegeven dat

onderzocht is hoe Nederlanders, met en zonder ervaring, de verpleeghuiszorg ervaren. Zij hebben met belangstelling kennis genomen van het onderzoek, maar waren wel verbaasd dat er aan naasten, bestuurders informatie is opgevraagd, en niet aan bewoners van verpleeghuizen.

Deze leden hebben begrip voor het feit dat niet iedereen (meer) in staat is dit te verwoorden, maar kan de staatssecretaris toelichten waarom dit nu niet is meegenomen?

Antwoord;

Ik acht de mening van de bewoners van verpleeghuizen zeer waardevol en een belangrijke indicator voor de verpleeghuiszorg. In het Motivaction onderzoek zijn verpleeghuisbewoners niet ondervraagd, omdat hun beleving al geregistreerd wordt op ZorgkaartNederland.nl, van waaruit een algemeen beeld op te maken is over de beleving van verpleeghuiszorg door deze groep mensen. Ik heb financieel mogelijk gemaakt dat interviewteams van ZorgkaartNederland.nl naar de verpleeghuizen toe gaan om ervaringsgegevens bij cliënten op te halen en te publiceren. Inmiddels zijn er 20.000 ervaringen beschikbaar.

De mening van de huidige bewoners is toch van belang aangezien de Staatssecretaris zich meer en meer richten wil op persoonsvolgende zorg, en het feit dat wij willen dat mensen zich zoveel mogelijk thuis voelen dan moet het perspectief van ouderen zelf toch worden meegenomen? In dat verband ontvangen zij antwoorden op de vraag in hoeverre de Staatssecretaris bereid is de beweging waardevolle zorg (LOC) verder vorm en inhoud te geven.

Antwoord;

Het LOC is deelnemer aan de Taskforce Waardigheid en Trots en is daarmee gesprekspartner over de diverse producten en besluiten die er genomen worden. Zij kunnen hier hun visie inbrengen en een plek geven in de diverse programma onderdelen. Ik steun daarbij sterk de beweging dat zorg in de laatste periode van iemands leven gebaseerd moet zijn op waarde en waardevol moet blijven zijn.

Inbreng PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennis genomen van de brief en onderliggende rapporten en hebben hierover de nodige vragen en opmerkingen.

Zij vragen hoe de Staatssecretaris met droge ogen kan beweren dat recht op een plek waar de kwetsbare oudere in waardigheid zijn leven kan voltooien en waar de zorg veilig is, professioneel zo thuis mogelijk, een beschavingsnorm is voor onze samenleving, nu en morgen. Waar ligt volgens dit kabinet die beschavingsnorm na de megabezuinigingen die zijn doorgevoerd? Waar ligt die beschavingsnorm voor de bewoners van de 150 instellingen die ver onder de maat presteren? Waar ligt die beschavingsnorm voor de bewoners van de instellingen waar een tekort aan personeel was de afgelopen zomer en mensen verstoken bleven van de noodzakelijke zorg?

Antwoord;

Het programma Waardigheid en Trots wil goede en veilige zorg nu garanderen en een fundamentele verandering van zorg voor ouderen in een verpleeghuis bewerkstelligen. Om een adequaat niveau te kunnen blijven garanderen, heb ik de voorgenomen taakstelling op de langdurige zorg geschrapt en wordt jaarlijks € 200 miljoen extra geïnvesteerd,

specifiek voor een zinvolle daginvulling voor bewoners en deskundigheidsbevordering van medewerkers.

Ik verwijs ook graag naar recent promotie-onderzoek van Hanneke Beerens, die 29 april jl. promoveerde aan de Maastricht University. De kwaliteit van leven van mensen met dementie in een verpleeghuis is even hoog als van degenen die thuis wonen. Dit is een van de conclusies uit het promotieonderzoek. «Nederland is allround kampioen dementiezorg», stelt de promovenda en verpleegkundige in de ouderenzorg.

Dit kabinet heeft vanaf 2016 structureel extra middelen beschikbaar gesteld ter grootte van (oplopend) € 200 miljoen voor een zinvolle vrije tijd voor bewoners in verpleeghuizen en deskundigheidsbevordering van de zorgverleners. **Waarom wordt er niet eerlijk gezegd dat er niet geïnvesteerd wordt, maar minder bezuinigd? Ook willen zij een overzicht ontvangen hoe deze € 200 miljoen zal worden verdeeld, hoeveel mensen er daadwerkelijk meer zinvolle vrije tijd krijgen en hoeveel, en hoeveel zorgverleners bijgeschoold gaan worden.**

Antwoord;

Naast de investering van € 200 miljoen structureel in de verpleeghuizen, is er een voorgenomen bezuiniging van € 500 miljoen op de langdurige zorg ongedaan gemaakt. Ik ben het dus niet eens met de stelling van de leden van de PVV-fractie dat er niet wordt geïnvesteerd. Op dit moment wordt er een eerste evaluatie uitgevoerd naar de besteding van de extra middelen. Dat betreft een steekproef uit de ingediende plannen. De evaluatie is gericht op verbeteringen voor de toekomst, ik verwacht deze evaluatie voor het eind van het jaar te ontvangen en zal deze met een beleidsreactie zo spoedig mogelijk naar uw Kamer sturen.

Er wordt zo spoedig mogelijk een interventieteam opgericht. Dit team, bestaande uit zorgkantoren, de NZa, en VWS in samenwerking met de IGZ, bereidt maatregelen voor die worden ingezet als de basisveiligheid niet op orde komt. **Deze leden vragen waarom er geen mensen uit de directe praktijk worden opgenomen in dit interventieteam, bijvoorbeeld van een wel goed presterende organisatie. Dit lijkt anders een papieren interventie te worden.**

Antwoord;

In mijn brief van 4 juli jl. heb ik de kernleden van de interventieteams genoemd. Afhankelijk van de situatie waarmee de interventieteams geconfronteerd worden zal het team worden aangevuld met partijen die een rol kunnen spelen om de problemen op te lossen. Het ligt inderdaad voor de hand om ook mensen uit de directe praktijk te betrekken.

Derde voortgangsrapportage «Waardigheid en Trots»

Om zicht te krijgen op de beeldvorming van mensen in Nederland op de verpleeghuiszorg, is een belevingsonderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek van Motivaction is te zien als een «nulmeting», zodat over enkele jaren kan blijken of de beeldvorming, onder andere door het te voeren maatschappelijk debat, anders is geworden. De leden van de PVV-fractie vragen of de beeldvorming anders wordt door het voeren van een maatschappelijk debat. **Is niet het geven van voldoende aandacht en genoeg handen aan het bed het enige dat de beeldvorming kan wijzigen? Volgens deze leden kan daar beter geld ingestoken worden, dat in het organiseren en onderzoeken van het maatschappelijk denken over de verpleeghuiszorg. Is het kabinet dat met de PVV-fractie eens?**

Uit het rapport van Motivaction blijkt dat juist mensen die geen ervaring hebben met verpleeghuiszorg een lager cijfer geven en vooral lijken af te gaan op berichten in de media, en verhalen over excessen in hun omgeving. De berichten in de media gaan zelden over de liefdevolle zorg die de duizenden professionals elke dag weer bieden aan evenzoveel kwetsbare ouderen. Mensen die wel ervaring hebben met verpleeghuiszorg, geven een hoger cijfer, omdat zij wel deze liefdevolle zorg zien. Ik gun meer mensen in Nederland die ervaring. Kennismaken met de verpleeghuiszorg die op heel veel plekken in Nederland kwalitatief goed en liefdevol wordt gegeven.

Het beeld van mensen die oud en soms heel kwetsbaar worden is confronterend. Veel mensen in Nederland hebben geen ervaring met de situaties om zo kwetsbaar te zijn dat 24 uur per dag zorg nodig is. Ze kunnen zich daarom ook geen voorstelling maken van de vragen waar cliënten, familie maar ook professionals mee te maken krijgen. Het maatschappelijk debat draagt bij aan die kennis en bewustwording. De stelling dat slechts meer handen aan het bed kunnen bijdragen aan een betere beeldvorming onderschrijf ik niet. Er zijn verpleeghuizen die met de beschikbare middelen hele goed zorg leveren. Daarbij moet worden bedacht dat uit het bij de voortgangsrapportage gevoegde onderzoek van de Universiteit Maastricht blijkt dat het alleen maar toevoegen van personele capaciteit niet automatisch kwaliteitsverbetering betekent.

Het zorgplan is bedoeld als richtinggevend voor het handelen van de zorgverlener. Van oudsher wordt het zorgplan echter ook als verantwoordingsinstrument aan de IGZ en/of het zorgkantoor gehanteerd. Dit kan de cliënt in het voelen van eigenaarschap van het zorgplan belemmeren. Waarop is dit gebaseerd? De 15 aanbieders werken aan een vereenvoudigd zorgplan waarvan de cliënt de eigenaar is en verantwoording geen doel meer is. Houdt dit in dat er gewerkt gaat worden met 2 zorgplannen; een van de cliënt en een voor de verantwoording naar zorgkantoor en IGZ? Wat doet dit met de administratieve lasten? Wie controleert of de zorgplannen overeenkomen?

Antwoord;

In mijn brief van 13 november 2015 (Kamerstuk 31 765, nr. 171) heb ik u geïnformeerd over de uitkomsten van een onderzoek naar de ervaring met zorgplannen. Zowel cliënten, hun naasten en de professionals geven aan dat een zorgplan een goed hulpmiddel is bij het maken van afspraken over de zorg en welzijn. Echter, het is slechts een hulpmiddel. Cliënten vinden het veel belangrijker dat er sprake is van een continue dialoog dan dat er een afspraak op papier staat. Daarnaast constateren betrokken partijen dat er een spanningsveld is ontstaan tussen het primaire doel van het een zorgplan waarin staat hoe de cliënt zijn leven wil inrichten, wat voor hem of haar belangrijk is en waar de cliënt eigenaar van is, en het feit dat het zorgplan ook steeds meer een instrument is geworden om de verantwoording aan externe partijen zoals de zorgkantoren en de IGZ op te baseren.

In het programma onderdeel «Ruimte voor verpleeghuizen» wordt samengewerkt met een aantal zorgaanbieders om methoden en instrumenten te ontwikkelen die helpen bij het werken met het zorgplan. Het doel hiervan is om het zorgplan in te zetten zoals bedoeld, namelijk om de cliënt centraal te stellen. Deze methoden en instrumenten hebben onder andere betrekking op: de gespreksvoering met cliënten, omgaan met verplichte registraties, helpende formats etc. Gezamenlijk met IGZ en zorgkantoren wordt gezien welke regels zij hanteren ten aanzien van het zorgplan, in welke mate deze regels belemmerend zijn en of regels geschrapt kunnen worden. Op deze manier wordt het werken met het

zorgplan meer gericht op het centraal stellen van de cliënt en de eventuele lasten die dit met zich meebrengt zoveel mogelijk weggenomen.

Als nieuw onderdeel van «Waardigheid en Trots» wordt toegevoegd dat zo veel mogelijk voordat de indicatie gesteld is de cliënten vragen hoe de zorg zo geleverd kan worden dat mensen in staat wordt gesteld te blijven leven zoals zij dat willen, ongehinderd door regels uit zorgwetten. **De leden van de PVV-fractie vinden dit een nobel streven, maar moet de zorg niet eerst zo georganiseerd worden, dat die gewenste zorg ook geleverd kan worden? Welke wetswijzigingen zijn hiervoor nodig? De planning is dat deze vernieuwing in 2016 van start gaat. Hoe kan dat met wachtlijsten voor de wijkverpleging, de kortingen op de Wmo en de bezuinigingen in de Wlz met personeelstekorten als gevolg daarvan?**

Antwoord;

Het streven van dit initiatief is los te komen van bestaande patronen, onder andere ingegeven door bestaande wetten en organisatievormen. Door aan cliënten te vragen wat zij willen en nodig hebben kan tot voor hen geschikte oplossingen worden gekomen die vooraf niet voorzien waren. De bedoeling is hiervan te leren, zodat wetten en regels kunnen worden aangepast op wat mensen willen en nodig hebben.

Een van de kernelementen van basisveiligheid is de deskundigheid en bekwaamheid van het personeel. Deze leden vragen of dit niet eerst op orde moet zijn voordat aan de rest van de kernelementen gewerkt kan worden, dit staat namelijk nu als laatste kernelement. Zijn vrijheidbeperkende maatregelen, gebrek aan medicatieveiligheid, psychofarmacagebruik, prevalentie decubitus, en slechte mondzorg niet vaak het gevolg van een tekort aan goed opgeleid personeel?

Antwoord;

De voorbeelden van tekortschietende zorg, die de leden van de PVV-fractie noemen, kunnen maar zijn niet altijd een gevolg van een tekort aan goed opgeleid personeel. Personeel werkt onder bepaalde randvoorwaarden, gecreëerd door bestuur en management. Wanneer er in die randvoorwaarden zaken scheef zitten, kan ook dat leiden tot kwaliteitsproblemen.

Aansluiting van persoonlijke gezondheidsomgevingen op het ECD kan leiden tot een belangrijke verbetering van de basisveiligheid omdat alle gegevens samenhangend met de gezondheid en de zorg van de cliënt «overgenomen» kunnen worden in het ECD. In het verpleeghuis kunnen de gegevens die in het ECD worden vastgelegd vervolgens weer worden toegevoegd aan de persoonlijke omgeving van de cliënt. Hierdoor blijft de persoonlijke gezondheidsomgeving van de cliënt actueel. Op zich kunnen deze leden zich hierin vinden, maar benadrukken wel, dat de patiënt en in dit geval dus de bewoner de regie moet hebben over de gegevens en met wie hij deze wil delen. Hoe is dit geborgd?

Antwoord;

Om te zorgen dat gezondheidsgegevens op een veilige en begrijpelijke manier bij elkaar kunnen komen in een persoonlijke gezondheidsomgeving is een brede zorgcoalitie het programma MedMij gestart. MedMij groeit uit tot een set van eisen, standaarden en afspraken voor persoonlijke gezondheidsomgevingen. Wie straks kiest voor een persoonlijke gezondheidsomgeving die aan MedMij voldoet, kan erop vertrouwen dat deze veilig en betrouwbaar omgaat met de gezondheidsgegevens. Mensen bepalen zelf of zij een persoonlijke gezondheidsomgeving willen

gebruiken, en met wie zij al dan niet gezondheidsgegevens willen delen, waaronder een eventueel ECD. Zie voor meer achtergrond www.medmij.nl.

Jaarlijks kunnen 50 instellingen met een urgent kwaliteitsprobleem een beroep doen op «Waardigheid en Trots». Met deze zorgaanbieders wordt het kwaliteitsprobleem nauwgezet in beeld gebracht en een plan opgesteld om tot een duurzame verbetering te komen. Deze leden vragen waar instellingen met een minder urgent kwaliteitsprobleem terecht kunnen. Waar kunnen instellingen die willen voorkomen dat het een urgent probleem wordt terecht?

Antwoord;

Indien een zorgaanbieder een niet urgent kwaliteitsprobleem heeft, is er voldoende gelegenheid om tot oplossingen te komen. Indien gewenst kan deze zorgaanbieder een beroep doen op de expertpool die daarvoor is ingericht. Het betreft hier experts uit de verpleeghuissector die ervaring hebben met het oplossen van problemen en bereid zijn andere zorgaanbieders te helpen. Uiteraard kunnen aanbieders ook bij collega's te rade gaan.

Het – op grond van goed presterende aanbieders – ontwikkelen van een leidraad die aangeeft hoeveel personeel met welke opleiding, deskundigheid of competentie moet worden ingezet bij een gegeven groep cliënten om verantwoord en cliëntgericht zorg doelmatig te kunnen leveren wordt als onderdeel van «Meer ruimte voor en kwaliteit van professionals» gepresenteerd. Dat klinkt heel mooi vinden de leden van de PVV-fractie, maar een afdeling in een verpleeghuis is niet meer de afdeling van vroeger, waar mensen jaren verbleven, maar is nu een afdeling waar mensen zieker zijn, maar ook korter verblijven. De samenstelling van een groep zal dus vaker wijzigen dan vroeger. **Hoe wordt daar bij de ontwikkeling van deze leidraad rekening mee gehouden? Heeft dit flexibele teams tot gevolg, waardoor bewoners steeds vaker andere gezichten gaan zien? Hoe gaat deze leidraad het personeelstekort oplossen als er niet eerst meer handen aan het bed komen?**

Antwoord;

Juist omdat afdelingen van verpleeghuizen veranderd zijn ten opzichte van een aantal jaren geleden, zoals de leden van de PVV-fractie terecht stellen, is het nodig om via de leidraad verantwoorde personeelssamenstelling de zorgvraag van bewoners goed in beeld te brengen, zodat het personeel daarop kan worden afgestemd. Daarbij gaat het niet alleen om het hier en nu, maar ook om het op tijd kunnen signaleren en inspelen op veranderingen in de toekomst. Er zijn meerdere manieren om daar vervolgens mee om te gaan, waaronder het aanpassen van teams als de cliënten in de groep wijzigen en een andere zorgbehoefte hebben of het inzetten van een verpleegkundige op afroep. De leidraad zoekt daar de juiste personeelssamenstelling bij. Daarbij wordt rekening gehouden met een aantal externe factoren die dat kunnen beïnvloeden en die maken dat er zoveel verschillende, goede mogelijkheden zijn om tot de juiste teamsamenstelling te komen. De dialoog die aan de hand van de leidraad binnen teams moet worden gevoerd, besteedt aandacht aan die factoren, zoals huisvesting, de inzet van technologie, de zorgvisie van de organisatie en de cultuur en samenwerking binnen het team. Van die laatste factoren heeft het onderzoek van de Universiteit Maastricht laten zien dat ze invloed hebben op de kwaliteit.

Wat gaan bewoners van een verpleeghuis concreet merken van het Kwaliteitskader verpleegzorg? Deze leden vragen of dit niet ook weer een papieren afvinklijstje wordt, bedoeld voor de buitenwacht, waar bewoners helemaal niets aan hebben.

De kwaliteit van leven van de cliënt en hoe de cliënt de zorg ervaart vind ik belangrijk. Daarom investeer ik in het ophalen en publiceren van cliëntervaringen op ZorgkaartNederland.nl.

In de versies van het kwaliteitskader die ik aan de Kamer heb gestuurd in februari 2016 en oktober 2016, is te lezen dat er een driedeling wordt gemaakt: kwaliteit door de ogen van de cliënt, de rol die de professional daar in speelt en de randvoorwaarden die de bestuurder moet creëren. Ik ga er vanuit dat, ook nu het Zorginstituut de regie heeft overgenomen, het definitieve kwaliteitskader instrumenten bevat die zowel de professional als de bestuurder ondersteunen in het leveren van kwalitatief goede zorg. Ook de IGZ verwacht dat zowel de basis veiligheid van zorg als de kwaliteit van persoonsgerichte zorg op orde is. Op dit moment werkt de IGZ aan de doorontwikkeling van bestaande toezichtinstrumenten waarin beide elementen gelijkwaardige uitgangspunten zijn. De vernieuwing van het «Kerninstrument Care» (KIC) is hiervan een voorbeeld.

De leden van de PVV-fractie vragen of bij de aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt Zorg ook concreet wordt gekeken naar het gigantische verschil tussen theorie en praktijk. Waarom wordt er niet meer ingezet op in-service-opleidingen waar theorie en praktijk beter en direct op elkaar zijn afgestemd?

Antwoord;

In het beroepsonderwijs, mbo en hbo, wordt continu de verbinding gemaakt tussen de beroepspraktijk en de onderliggende theorie. Er wordt binnen het reguliere zorgonderwijs steeds meer ingezet op onderwijs dat wordt aangeboden in de praktijk, waarbij een directe koppeling tussen theorie en praktijk wordt gemaakt. Dit blijft voor scholen en instellingen nog wel een uitdaging. Op veel plekken is intensievere samenwerking op dit punt nodig. Ik zie echter ook veel inspirerende voorbeelden, zoals de praktijkroute van het Frieslandcollege waar het voltijds leren volledig op de werkplek plaatsvindt, en waar het «klaslokaal» daadwerkelijk in de zorginstelling is gepositioneerd. Via RegioPlus en het Zorgpact stimuleer ik deze ontwikkelingen. Ook via de beroepsbegeleidende leerweg van het mbo waar het leren van nature op de werkplek plaatsvindt, vindt de koppeling plaats.

Daarbij is strategisch personeels- en opleidingsbeleid in instellingen van groot belang om te komen tot een toekomstbestendig arbeidsmarktbeleid. Opleiden kan ook via in-company/in-service opleidingen en dat gebeurt ook al veelvuldig. Daarmee voorkomt een instelling dat in onzekere tijden te weinig wordt opgeleid. Belangrijk aandachtspunt hierbij is om te zorgen voor goede accreditatie van de opleiding, zodat werknemers ook buiten de specifieke instelling duurzaam inzetbaar blijven op de arbeidsmarkt.

Om de deskundigheid van professionals in de verpleegzorg te vergroten heeft het kabinet in de begroting voor 2016 aangekondigd extra middelen voor de verpleegzorg beschikbaar te stellen, specifiek voor dit doel. Waren dit niet de Agema-gelden? Hadden deze gelden achteraf bekeken beter niet afgeschaft kunnen worden?

Antwoord;

Het kabinet heeft in de begroting 2016 extra middelen beschikbaar gesteld om te investeren in de kwaliteit van het leven in de verpleeghuizen. In totaal is hiervoor in de begroting van VWS vanaf 2016 aanvullend € 140

miljoen oplopend tot structureel vanaf 2020 € 210 miljoen beschikbaar gesteld. Ook is de geplande taakstelling op de Wlz van € 45 miljoen in 2016 geschrapt. Daarbovenop heeft het kabinet dit voorjaar ruimte heeft gevonden om ten opzichte van het Regeerakkoord extra middelen vrij te maken voor de langdurige zorg vanaf 2017. Hierdoor is het mogelijk geworden om de taakstelling op de Wlz van € 500 miljoen vanaf 2017 structureel terug te draaien. Dat betekent dat er in 2017 (en latere jaren) meer ruimte is voor zorgaanbieders om kwalitatief goede zorg te leveren waarmee kwetsbare cliënten beter in staat worden gesteld om het leven te leiden zoals zij dat willen.

De genoemde «Agema-gelden» betreffen de intensiveringsmiddelen die in 2012 zijn toegevoegd aan de contracteerruimte. De intensiveringsmiddelen voor de intramurale ouderenzorg zijn behouden gebleven. Voor de ouderenzorg gaat het om een bedrag van € 356 miljoen. Deze middelen zijn dus nog steeds beschikbaar voor de verpleeghuizen. Voor de gehandicaptenzorg en ggz zijn de middelen die in 2012 waren toegevoegd (€ 280 miljoen) per 2013 om reden van de houdbaarheid van de overheidsfinanciën geschrapt.

Het is belangrijk om alle bestuurders van organisaties die verpleegzorg leveren te spreken over kwaliteit. Analooq aan de bustour die de Staatssecretaris in 2014 heeft gemaakt langs de wethouders organiseert de Taskforce bijeenkomsten voor alle bestuurders van verpleeghuiszorg.

De leden van de PVV-fractie hebben hierover maar één vraag: Bent u helemaal gek worden? Al die bestuurders moeten gewoon naar het ministerie geroepen worden en verteld worden: zo gaan we het doen, take it or leave it.

Antwoord;

In de voortgangsrapportage gevoegd bij mijn brief van 4 juli jl. is aangegeven dat binnen Waardigheid en Trots veel is ontwikkeld en inzichtelijk gemaakt, zoals de nieuwe manier om kwaliteit te benoemen. Ik vind het belangrijk om hierover te spreken met de bestuurders van organisaties die verpleegzorg leveren.

Deze leden willen ook graag weten wanneer nu eindelijk de bestuurderstoets ingevoerd gaan worden?

Antwoord;

Zoals de Minister en ik in onze agenda «Goed bestuur» hebben aangegeven, gaan wij geen bestuurderstoets voor de zorg invoeren. In plaats daarvan zetten wij in op accreditatie van bestuurders, zoals ontwikkeld door de Nederlandse Vereniging voor Bestuurders in de Zorg (NVZD). Reden hiervoor is dat goed bestuur vooral een cultuurkwestie is en uit bestuurders zelf moet komen. Dit kan mijns inziens niet worden afgedwongen door de overheid.

Met de accreditatie wordt de vakontwikkeling en zelfreflectie van de bestuurder gemeten. Het instrument is door de NVZD samen met governance experts van het instituut voor Beleid en Management ontwikkeld. Het komt ook voor dat de accreditatie niet gehaald wordt. In het Algemeen Overleg Goed bestuur van 17 maart jl. is toegezegd dat over vijf jaar alle bestuurders in de zorg een accreditatietraject hebben doorlopen. Daar is onze inzet op gericht.

Ik vind dat Raden van Toezicht de accreditatie van bestuurders moeten gebruiken om hun werkgeversfunctie in te vullen. Bestuurders die nu al een accreditatie op zak hebben, geven aan dat zij daardoor hun functie beter zijn gaan vervullen.

Zij zijn verbijsterd dat er nu voor de tweede keer schrapsessies voor overbodige regels worden georganiseerd. Dit is in

2011/2012 al gedaan, en die regels liggen klaar om geschrapt te worden. Met 10% minder administratieve lasten per jaar voor verpleegkundigen hadden we dus anno 2016 al op 40% minder kunnen zitten? Deze leden willen dan ook graag weten waarom dit kabinet volhardt in het overdoen van zaken die al gedaan zijn.

De helft van de 150 aanbieders heeft aangegeven regelruimte nodig te hebben. Er is regelruimte geboden op de volgende thema's: meten en verantwoorden van kwaliteit, BOPZ: bewegingsruimte voor de cliënt, zorgplannen, indicatiestelling, persoonsvolgende bekostiging in de instelling, persoonsvolgende bekostiging in de keten. De leden van de PVV-fractie vragen waar we nog op wachten, daar de uitkomsten van het eerder uitgevoerde experiment regelarme instellingen, met precies dezelfde thema's, klaar liggen op de plank, gereed om landelijk uit te rollen.

Antwoorden op de beide vragen gebundeld;

Over de eindevaluatie van het experiment regelarme instellingen (ERAI) en de lessen die daaruit getrokken zijn, is de Tweede Kamer bij brief van 15 juni jl. geïnformeerd. Zo zijn onder andere het berichtenverkeer in de Wlz en het melden van calamiteiten bij de IGZ vereenvoudigd, zijn de voorwaarden voor de inkoop van Wlz-zorg door Wlz-uitvoerders geüniformeerd, zijn binnen de Wmo 2015 en de Jeugdwet de procedures rondom de indicatiestelling verminderd en is er meer maatwerk voor de burger, is de CQ-index «bevroren» en is het aantal prestaties in de wijkverpleging waarop gedeclareerd moet worden gereduceerd. In een AO Aanpak regeldruk en administratieve lasten en een daarop volgend VAO respectievelijk d.d. 6 en 7 juli jl. heb ik daarover met de Kamer van gedachten gewisseld. Bij die gelegenheid heb ik de Kamer gezegd dat ERAI destijds betrekking had op de AWBZ en de «lessons learned» zijn meegenomen in de hervorming van de langdurige zorg, zoals hiervoor aangegeven. Ook heeft ERAI model gestaan voor de aanpak die bij Waardigheid & Trots is gekozen. Daarmee wordt ERAI niet overgedaan, maar wordt de succesvolle aanpak geprolongeerd in dit programma. Ging ERAI over 28 instellingen in de langdurige zorg, Waardigheid & Trots kent een bredere aanpak en juist doordat dit programma meer massa heeft kan de gewenste onomkeerbare beweging in gang worden gezet. Over de voortgang van het programma Waardigheid & Trots wordt u middels voortgangsrapportages geïnformeerd.

Inmiddels heeft VWS aan de NZa verzocht na te gaan in hoeverre de huidige ZZP-tarieven toekomstbesteding zijn om de kwaliteit van zorg te kunnen realiseren. Was het niet de bedoeling dat de financiering gewijzigd zou worden in zorgprofielen? Wat is hiermee gebeurd? Komt er nu weer een alternatief?

Antwoord;

De zorgprofielen zijn binnen de Wlz geïntroduceerd om binnen de indicatiestelling het recht op zorg op een globaler niveau vast te stellen om daarmee meer ruimte te creëren voor cliënt, zorgaanbieder en zorgkantoor om bij de inzet van zorg meer maatwerk toe te passen. Bij de introductie van de zorgprofielen was het uitgangspunt dat het aantal zorgprofielen op termijn wellicht nog verder ingedikt zou kunnen worden. Ik heb de NZa gevraagd om in kaart te brengen wat de voor- en nadelen zijn van een verdere indikking van het aantal zorgprofielen. Bij de introductie van de zorgprofielen zijn de zzp's weliswaar vervallen als instrument bij de indicatiestelling, maar de zzp's worden echter nog steeds gebruikt in de bekostiging van de geleverde zorg.

Een derde van de 150 verpleegzorginstellingen heeft moeite met het werken volgens vaste methodes. Deze instellingen werken onvoldoende met een terugkerend patroon van planning, uitvoering, controle en bijstelling van werkzaamheden. Deze leden vragen of dit een doel op zich is of slechts een hulpmiddel.

Antwoord;

Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om de zorg zo te organiseren dat alle cliënten redelijkerwijs kunnen rekenen op goede, veilige en persoonsgerichte zorg. Het werken volgens vaste methoden met een terugkerend patroon van planning, uitvoering, controle en bijstelling van werkzaamheden is een belangrijke voorwaarde om dit te kunnen realiseren. Het stelt zorginstellingen in staat om inzichtelijk te maken wat er nodig is om goede zorg te verlenen, welke risico's zich daarbij kunnen voordoen en hoe deze weggewomen of zo klein mogelijk gemaakt kunnen worden. Een zorgaanbieder die daarbij bovendien evalueert of de zorg ook tot de gewenste uitkomsten leidt, kan de zorg verbeteren aan de hand van de ervaringen van cliënten en personeel en met behulp van nieuwe inzichten. Op deze manier kunnen alle onderdelen van de organisatie betrokken worden bij het gezamenlijke doel om goede zorg te leveren.

De inspectie ziet er op toe of de zorgverlening voldoet aan de kwaliteitsnormen zoals die door het veld zelf zijn vastgesteld. Op deze manier borgt de inspectie wat wij als samenleving belangrijk vinden, namelijk liefdevolle en waardige zorg voor ouderen. Daarbij verlangt de inspectie van zorgaanbieders dat zij niet alleen zeggen dat de kwaliteit van de zorg voldoet aan de veldnormen, maar dat zij hier actief op sturen en dat dit merkbaar en voelbaar is op de werkvloer. Daarom ziet de inspectie er vanuit het kader van goed bestuur ook op toe dat zorgbestuurders door bevordering en stimulering enerzijds, en waarborging en bijsturing anderzijds «in control» zijn op de kwaliteit en veiligheid.

De leden van de PVV-fractie vragen hoe het in hemelsnaam mogelijk is dat 40 procent van de bestuurders nog geen duidelijke «kwaliteitsfoto» van de organisatie had en daarmee onvoldoende in beeld had wat er wel en niet goed ging in de dagelijkse zorg voor cliënten? Hoe hebben deze bestuurders hun aanstelling gekregen? Wat is de rol hierin van de raden van toezicht? Moeten deze bestuurders niet gewoon per direct weg?

Antwoord;

Van zorgbestuurders wordt verwacht dat zij een goed beeld hebben van de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening van hun respectievelijke organisaties. Zij zijn daar immers eindverantwoordelijk voor. Die eindverantwoordelijkheid kan alleen worden waargemaakt wanneer zichtbaar is waar in de zorgverlening verbetering nodig is. Wanneer bestuurders hun eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg niet nemen of waarmaken dan dienen zij daarop te worden aangesproken. De Raad van Toezicht is werkgever van de Raad van Bestuur en in die hoedanigheid ook verantwoordelijk voor het functioneren, benoemen en ontslaan van leden van de Raad van Bestuur. Het is aan de Raad van Toezicht om te beoordelen of een bestuurder moet blijven of niet.

Sinds 1 januari 2016 kan de IGZ een zorgaanbieder namens de Minister een aanwijzing geven. Zij kan daarmee een zorgaanbieder opdragen wat er specifiek verbeterd moet worden en in het uiterste geval ingrijpen in de samenstelling van het bestuur. Het ingrijpen van de IGZ kan er bijvoor-

beeld op gericht zijn een bestuurslid toe te voegen, wanneer de IGZ constateert dat het bestuur onvoldoende in staat is de kwaliteit van zorg te waarborgen.

De IGZ kan een aanwijzing geven waarbij ze de zorginstelling opdraagt om een bestuurder te vervangen. Hoe het dienstverband dan wordt beëindigt is een privaatrechtelijke aangelegenheid. De Raad van Toezicht houdt toezicht op de Raad van Bestuur en kan als uiterste middel het bestuur ontslaan. Ook de ondernemingsraad kan via het recht van enquête ingrijpen. Daarnaast biedt boek 2 Burgerlijk Wetboek de mogelijkheid om apert disfunctionerende bestuurders te ontslaan. In het op 13 januari jl. aan uw Kamer gezonden beleidskader «Goede zorg vraagt om goed bestuur» (Kamerstuk 32 012, nr. 35) treft u een verdere toelichting op de inzet van het aanwijzingsinstrument.

Deskundigheid van zorgprofessionals in de verpleegzorginstellingen is onvoldoende: daardoor onvoldoende coördinatie van de zorg. Wat is hiervan de oorzaak? Is dit bestuurlijk onvermogen, of is dit geldgebrek?

De Inspectie constateert dat de afstemming tussen zorgbehoefte en deskundigheid en inzetbaarheid van personeel onvoldoende is. Wat is hiervan de oorzaak? Is dit bestuurlijk onvermogen, of is dit geldgebrek?

Antwoord;

De precieze problematiek en de achterliggende oorzaken verschillen per zorgaanbieder en zijn onderdeel van de individuele toezichttrajecten. De inspectie ziet wel patronen en heeft in haar eindrapportage over veel voorkomende tekortkomingen op het gebied van deskundigheid gerapporteerd. Zo constateerde de inspectie dat meerdere instellingen bezig waren het deskundigheidsniveau in het personeelsbestand aan te pakken, maar dat het invoeren van deze verbeteringen lang duurde en de scholing en vervanging van het personeel vaak nog niet voldoende geborgd was.

Het is aan de bestuurder om ervoor te zorgen dat de randvoorwaarden aanwezig zijn om goede te zorg te leveren. Deskundigheid van personeel in de zorg is daarbij een basisvoorwaarde om veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen leveren. De inspectie spreekt bestuurders op deze verantwoordelijkheid aan en neemt waar nodig maatregelen om de zorg op het vereiste niveau te krijgen.

77 procent van de 150 instellingen had voldoende bekwaam personeel voor de dagelijkse zorg. Dat betekent dat een derde onvoldoende bekwaam personeel had. Hoe kan het, zo vragen deze leden, dat al vanaf 2004 dit probleem niet wordt opgelost. In 2004 was 80% van de verpleeghuizen de minimale noodzakelijke zorg niet gegarandeerd. In 2006 was er sprake van een kwaliteitsslag omdat er steeds meer gebruik gemaakt wordt van protocollen en richtlijnen. In 2008 had slechts 4% van de instellingen de personele bezetting op orde. In 2014 bleek dat bij veel instellingen de beschikbaarheid en deskundigheid van personeel onvoldoende was afgestemd op de zorgbehoefte van cliënten. In 2015 kwam een tussenrapportage van het toezicht op 150 verpleeghuizen. Op het gebied van deskundigheid en inzetbaarheid van personeel zijn verbeteringen zichtbaar. En dan nu de eindrapportage. Deskundigheid van zorgprofessionals in de verpleeghuizen is onvoldoende. **Waar gaat het hier mis, als in 12 jaar tijd het probleem met voldoende en bekwaam personeel niet opgelost kan worden? De leden zijn benieuwd.**

Antwoord;

Het kwaliteitsvraagstuk van de verpleeghuiszorg, en daarmee het vraagstuk van deskundig personeel, is in de afgelopen 12 jaar sterk veranderd. De conclusies van IGZ-rapporten over die periode zijn dan ook moeilijk te vergelijken. De conclusies van toen gingen over de meest basale zorg zoals eten en drinken en decubitus. Daar gaat het nu al lang niet meer over, en dat is mede te danken aan de beleidsmaatregelen die de afgelopen jaren zijn ingezet. We hebben het nu over andere problematiek, die is ontstaan doordat de maatschappelijke trends dat mensen langer thuis willen wonen en er sprake is van vergrijzing waardoor de populatie in de verpleeghuizen snel verouderd en zwaardere problematiek heeft dan eerst.

Om te kunnen bepalen wat we nu moeten doen om te zorgen voor deskundig personeel in de toekomst, hebben we kennis nodig die nu niet voor handen is. Binnen Waardigheid en Trots is die analyse voor het eerst in gang gezet. Ik noem het onderzoek van de Universiteit Maastricht naar de relatie tussen kwantiteit en kwaliteit van personeel en de kwaliteit van zorg/leven, het onderzoek van Kiwa Carity waarbij een foto van het huidige personeelsbestand en de huidige opleidingen wordt gemaakt, het onderzoek naar de inzet van extra middelen voor opleiden, het ontwikkelen van de leidraad «Verantwoorde personeelssamenstelling» als onderdeel van het kwaliteitskader verpleeghuiszorgen het onderzoek van Dageraad Advies naar de personele samenstelling van goed presterende aanbieders. De eerste resultaten, in de vorm van de studie van prof. Hamers, zijn nu beschikbaar. Dat leidt tot een interessante uitkomst: meer personeel is niet per se beter. Zoals gemeld in de voortgangsrapportage Waardigheid en trots kan ik Uw kamer in het najaar informeren over de uitkomsten van de andere genoemde onderzoeken.

Rapport «Zo houdt de inspectie de komende jaren toezicht op de verpleeg(huis)zorg»

De Inspectie gaat controleren of het zorgleefplan op orde is. De vragen die hierbij gesteld worden zijn: Wordt het zorgleefplan opgesteld met de cliënt, en zijn zijn wensen uitgangspunt? Wordt hierin de zorg geëvalueerd op basis van de Cirkel van Deming, waarbij een cyclus voor procesbeheersing wordt gebruikt op basis van de onderdelen Plan, Do, Check Act (ook wel de PDCA-cyclus)? **De leden van de PVV-fractie vragen waar de bewoner en zijn mantelzorgers in dit verhaal is. Is dit wederom uit de categorie papierencontrole, terwijl dit niets direct zegt over de kwaliteit van de zorg?**

Antwoord;

Het programma Waardigheid en Trots wil bereiken dat de zorg in verpleeghuizen kwalitatief goed en veilig is én dat cliënten zich er thuis voelen. Het zorgplan is een middel om de wensen en behoeften van cliënten centraal te stellen. Daarom is de zorgplanbespreking in de Wlz wettelijk verankerd. In de wet is bepaald dat er minimaal twee keer per jaar een zorgplanbespreking plaatsvindt. In mijn brief van 13 november 2015 (Kamerstuk 31 765, nr. 171) heb ik u geïnformeerd over de uitkomsten van een onderzoek naar de ervaring met zorgplannen. Zowel cliënten, hun naasten en de professionals geven aan dat een zorgplan een goed hulpmiddel is bij het maken van afspraken over de zorg en welzijn. Echter, het is slechts een hulpmiddel. Cliënten vinden het belangrijker dat er sprake is van een continue dialoog dan dat er een afspraak op papier staat. Professionals geven aan dat het zorgplan nu vaak te ingewikkeld is en kan leiden tot het afvinken van lijstjes en het gebruik van standaard doelen. Dat werkt belemmerend in het denken over wie iemand nu echt is, hoe hij zijn leven heeft geleid en hoe hij zijn leven verder wil leiden. Tot slot constateren betrokken partijen dat er een spanningsveld is ontstaan tussen het primaire doel van het zorgplan, waarin staat hoe de cliënt zijn

leven wil inrichten, wat voor hem of haar belangrijk is en waar de cliënt eigenaar van is, en het feit dat het zorgplan ook steeds meer een instrument is geworden om de verantwoording aan externe partijen, zoals de zorgkantoren en de IGZ op te baseren.

De inspectie ziet toe op de kwaliteit van het zorgleefplan. Een belangrijk onderdeel van die kwaliteit is of het zorgleefplan is opgesteld in overleg met de cliënt en zijn naasten. De inspectie toetst dit door tijdens inspectiebezoeken steekproefsgewijs zorgleefplannen in te zien en bijvoorbeeld na te gaan in hoeverre de behoeften en wensen van de cliënt zijn meegenomen in het zorgleefplan. Daarbij spreekt de inspectie waar mogelijk ook met de betreffende cliënt en of zijn naasten. Om ervoor te zorgen dat de zorg in de praktijk goed aansluit op de behoeften en wensen van de cliënt is het daarnaast van belang dat de afspraken in het zorgleefplan regelmatig worden geëvalueerd. De cliënt en zijn naasten kunnen dan aangeven hoe hij de zorg ervaart en of de in het plan gemaakte afspraken in de praktijk op de beoogde wijze bijdragen aan de kwaliteit van leven. Daarom ziet de inspectie er op toe dat het zorgleefplan tijdig wordt geëvalueerd en dat de cliënt ook hier goed bij betrokken wordt.

De Inspectie gaat ook sturen op kwaliteit en veiligheid, zoals MIC (Meldingen Incidenten Cliënten, zorginstellingen gebruiken de afhandeling van incidenten als instrument om de kwaliteit van hun dienstverlening te verbeteren), kwaliteitssysteem, coördinatie van zorg op de werkvloer, aanwezigheid van deskundig en bekwaam personeel en scholing. Dit zijn weer processen die beschreven en regelmatig geëvalueerd moeten worden, maar wat zegt het concreet over de kwaliteit van de zorg, die die ene bewoner ervaart?

Antwoord;

Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om de zorg zo te organiseren dat deze redelijkerwijs leidt tot goede, veilige en persoonsgerichte zorg, veilige en persoonsgerichte zorg. Cliënten in verpleeghuizen waar bestuurders en medewerkers noodzakelijke kwaliteitsverbeteringen niet voor elkaar krijgen en waar geen gedegen afspraken zijn over de wijze waarop de zorg verleend wordt, lopen grotere risico's. Dergelijke situaties kunnen niet alleen aanleiding zijn voor vergissingen en fouten in de zorgverlening, die schadelijk kunnen zijn voor de gezondheid van de cliënt, maar kunnen ook gevolgen hebben voor de dagelijkse kwaliteit van leven. Ik onderschrijf daarom het belang dat de inspectie de komende jaren extra aandacht besteedt aan deze aspecten.

Deze leden vragen wanneer de Inspectie nu eens de bevoegdheid krijgt om keihard in te grijpen en bestuurders eruit te gooien. Wanneer wordt de Inspectie een tijger?

Antwoord;

Wanneer de organisatie zelf onvoldoende passende maatregelen neemt en de kwaliteit van de zorg daadwerkelijk in het geding komt, dan treedt de IGZ als externe toezichthouder op. Op grond van art. 27 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) kan de IGZ namens de Minister of de Staatssecretaris een aanwijzing geven aan een zorginstelling. Als ultimum remedium kan dit aanwijzingsinstrument worden ingezet om te bewerkstelligen dat de Raad van Bestuur of Raad van Toezicht wordt uitgebreid of één of meer leden daarvan worden vervangen. De IGZ kan de aanwijzingsbevoegdheid niet inzetten om bestuurders te ontslaan. Wel kan de IGZ een aanwijzing geven waarbij ze de zorginstelling opdraagt om een bestuurder te vervangen. Het dienstverband wordt dan echter niet beëindigd. Dit is een privaatrechtelijke aangelegenheid. De Raad van Toezicht houdt toezicht op de Raad van

Bestuur en kan als uiterste middel het bestuur ontslaan. Ook de ondernemingsraad kan via het recht van enquête ingrijpen. Daarnaast biedt boek 2 Burgerlijk Wetboek de mogelijkheid om apert disfunctionerende bestuurders te ontslaan. In het op 13 januari jl. aan uw Kamer gezonden beleidskader «Goede zorg vraagt om goed bestuur» (Kamerstuk 32 012, nr. 35) treft u een verdere toelichting op de inzet van het aanwijzingsinstrument.

Rapport «Meer is niet perse beter, De relatie tussen personele inzet en kwaliteit van zorg in verpleeghuizen»

Rapport «Verpleeghuiszorg in Nederland Belevingsonderzoek onder Nederlands publiek, professionals en bestuurders»

Voortgangsrapportage ruimte voor verpleeghuizen

De helft van de 150 aanbieders heeft aangegeven regelruimte nodig te hebben. Er is regelruimte geboden op de volgende thema's: meten en verantwoorden van kwaliteit, BOPZ: bewegingsruimte voor de cliënt, zorgplannen, indicatiestelling, persoonsvolgende bekostiging in de instelling, persoonsvolgende bekostiging in de keten. **De leden van de PVV-fractie vragen waar we nog op wachten, daar de uitkomsten van het eerder uitgevoerde experiment regelarme instellingen, met precies dezelfde thema's, klaar liggen op de plank, gereed om landelijk uit te rollen.**

Antwoord;

Een zevental zorgaanbieders neemt in het kader van «Ruimte voor verpleeghuizen» (Waardigheid en Trots) deel aan het thema «indicatiestelling». Hierin streven de zorgaanbieders ernaar om cliënten zo lang mogelijk thuis te laten blijven. Op het moment dat het thuis niet meer gaat, brengen ze de zorgsituatie volgens de beleidsregels in kaart en komen tot een onderbouwd advies. Het CIZ toetst elk advies en stelt de indicatie vast.

De gehanteerde methode doet recht aan de nieuwe toegangscriteria voor de Wlz en bouwt voort op de ervaringen die zijn opgedaan in het kader van het experiment regelarme instellingen onder de AWBZ. Het CIZ heeft zowel in het kader van ERal als in het kader van Waardigheid en Trots volledige medewerking verleend aan de afwijkende handelwijzen. De stelling dat het CIZ belang heeft bij het niet slagen van de test deel ik niet. Anders dan onder ERal neemt het CIZ nu 100% van de besluiten. Er is gedurende het gehele proces intensief contact tussen aanbieder en CIZ. Juist in die situaties die duidelijk in kaart te brengen zijn door de zorgaanbieder, wordt direct een besluit afgegeven. Het CIZ evalueert met de zorgaanbieders en VWS wat de effecten van de werkwijze zijn voor cliënt, aanbieder, CIZ en andere betrokkenen. De evaluatie wordt naar verwachting voorjaar 2017 afgerond, waarin met name de meerwaarde voor de cliënt in beeld wordt gebracht. De uitkomsten van de evaluatie moeten worden afgewacht. De leden van de PVV-fractie menen dat het CIZ in 2015 veel te laag heeft geïndiceerd en stellen dat om die reden het proces niet eerlijk kan verlopen. Gelet op de resultaten tot nu toe, zie ik hiervoor geen aanleiding. Van een oneerlijk proces, of te lage indicaties, is geen sprake.

Er wordt een nieuwe indicatieprocedure getest, waarbij de zorgaanbieder zelf het indicatieonderzoek uitvoert, het geschikte profiel selecteert en een indicatie-advies geeft aan het CIZ. Hoe kan dit eerlijk verlopen, nu blijkt dat het CIZ in 2015 veel te laag geïndiceerd heeft, zo vragen de leden zich af? Hoe kan deze test

eerlijk beoordeeld worden en door wie? Het CIZ heeft belang bij het niet slagen van deze test, hoe wordt hiermee omgegaan?

Antwoord;

Een zevental zorgaanbieders neemt in het kader van «Ruimte voor verpleeghuizen» (Waardigheid en Trots) deel aan het thema «indicatiestelling». Hierin streven de zorgaanbieders ernaar om cliënten zo lang mogelijk thuis te laten blijven. Op het moment dat het thuis niet meer gaat, brengen ze de zorgsituatie volgens de beleidsregels in kaart en komen tot een onderbouwd advies. Het CIZ toetst elk advies en stelt de indicatie vast.

De gehanteerde methode doet recht aan de nieuwe toegangscriteria voor de Wlz en bouwt voort op de ervaringen die zijn opgedaan in het kader van het experiment regelarme instellingen onder de AWBZ. Het CIZ heeft zowel in het kader van ERal als in het kader van Waardigheid en Trots volledige medewerking verleend aan de afwijkende handelwijzen.

De stelling dat het CIZ belang heeft bij het niet slagen van de test deel ik niet. Anders dan onder ERal neemt het CIZ nu 100% van de besluiten. Er is gedurende het gehele proces intensief contact tussen aanbieder en CIZ. Juist in die situaties die duidelijk in kaart te brengen zijn door de zorgaanbieder, wordt direct een besluit afgegeven.

Het CIZ evalueert met de zorgaanbieders en VWS wat de effecten van de werkwijze zijn voor cliënt, aanbieder, CIZ en andere betrokkenen. De evaluatie wordt naar verwachting voorjaar 2017 afgerond, waarin met name de meerwaarde voor de cliënt in beeld wordt gebracht. De uitkomsten van de evaluatie moeten worden afgewacht.

De leden van de PVV-fractie menen dat het CIZ in 2015 veel te laag heeft geïndiceerd en stellen dat om die reden het proces niet eerlijk kan verlopen. Gelet op de resultaten tot nu toe, zie ik hiervoor geen aanleiding. Van een oneerlijk proces, of te lage indicaties, is geen sprake.

Rapport «Wat is goede zorg en hoe spreken we daarover?»

De leden van de PVV-fractie vragen wat het kabinet nu zelf vindt van dit kwaliteitskader ouderzorg. Hoe wordt de zorg hier beter van? Waarom zou dit beter zijn dan de in eerste instantie in de wet opgenomen rechten van bewoners? Graag ontvangen zij een uitgebreide reactie.

Antwoord;

Het concept kwaliteitskader van oktober 2016 werd door zowel mij als door patiëntenverenigingen en verzekeraars als onvoldoende beoordeeld. De uitwerking van het kader is te vrijblijvend en te weinig normerend om de noodzakelijke kwaliteitsslag te maken.

De rechten van bewoners, opgenomen in de amvb van de wet Langdurige Zorg, gaan uit van een dialoog. Ik ga er vanuit dat het Kwaliteitskader nadere invulling geeft aan die dialoog ook al omdat de basis voor het kwaliteitskader is gelegd in de notitie «Ouderen in zorghuizen: Broze mensen én leefplezier». Hierin staat ook de dialoog centraal over datgene wat voor mensen echt belangrijk is.

Inbreng D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Staatssecretaris over waardigheid en trots. Zij zijn van mening dat het naar buiten brengen van deze brief een opvallende timing kende, vlak voor het zomerreces, toen gelijktijdig bekend werd dat er veel verpleeghuizen op de zogenoemde «zwarte lijst» terecht waren gekomen. Enerzijds dus berichtgeving over slechte kwaliteit. Anderzijds een toch vrij lovende

brief van de Staatssecretaris. Omdat dit debat over de eerste kwestie al is gevoerd kiezen deze leden ervoor dat hier niet nogmaals over te doen, maar zij wilden wel deze opmerking geplaatst hebben.

Naast van ouderen in de verpleegzorg geven een 6,8. De Staatssecretaris noemt dit een ruime voldoende. De leden van de D66-fractie zouden liever stellen: het is een voldoende. Maar dit kan echt stukken beter. Het programma «Waardigheid en Trots» zou moeten bijdragen aan die verbeteringen. **Deze leden waarderen het dan ook dat er structureel geld beschikbaar komt om bij te dragen aan een betere beleving van de zorg. Zij zijn wel van mening dat bewoners en hun naasten voldoende inspraak moeten hebben in de besteding hiervan. Zij ontvangen daarop graag een reactie.**

Antwoord;

Ik ben het eens met het belang van betrokkenheid van bewoners en naasten dat door de leden van de D66-fractie wordt aangegeven. Daarom worden de extra middelen Waardigheid en Trots, bestemd voor een zinvolle daginvulling voor bewoners en deskundigheidsbevordering van professionals, door de zorgkantoren toegekend als er goedkeuring van het plan is van de Cliëntenraad, Ondernemingsraad en indien aanwezig de VAR. Daar zit ook de controle op een juiste besteding van de middelen: wanneer een zorgaanbieder de middelen onjuist inzet, mag er vanuit worden gegaan dat de Cliëntenraad en Ondernemingsraad hun goedkeuring aan een volgend plan onthouden en daarover in gesprek gaan met de bestuurder. Om in 2016 voor de extra middelen in aanmerking te komen, moesten de plannen uiterlijk 1 mei 2016 zijn ingediend. De plannen voor 2017 moesten uiterlijk 1 oktober 2016 zijn ingediend.

De leden van de D66-fractie hebben enkele vragen over de 150 instellingen die werken «aan het worden van best practice». Op basis waarvan zijn deze instellingen ooit geselecteerd? Hoe kan het dat er op de «zwarte lijst» een overlap bestond met een organisatie die werkt aan het worden van een best practice? Deelt de Staatssecretaris de mening dat het wenselijk is als er een best practice is geselecteerd omdat zij al de beste is, en niet omdat ze dit nog willen worden?

Antwoord;

Ik heb uw Kamer over de werkwijze ten aanzien van de selectie geïnformeerd per brief van 1 mei 2015. Per brief van 21 juli 2015 heb ik uw Kamer geïnformeerd over wie toegelaten zijn tot «Ruimte voor verpleeghuizen». Per brief van 11 mei 2016 heb ik u geïnformeerd over het proces rondom de nieuwe instroom van aanbieders.

De voorstellen van de aanbieders zijn besproken met leden van de cliëntenraad, professionals en leden van de taskforce. De voorstellen die de potentie hadden het meeste bij te dragen aan het verbeteren van de positie van de cliënt en de professional zijn geselecteerd. De stem van de cliëntenraadsleden en professionals waren hierbij doorslaggevend. Daarbij is niet gekeken of een zorgaanbieder reeds een «best practice» was, maar of zij de ambitie en gedrevenheid had dit te willen worden. «Ruimte voor verpleeghuizen» is ingezet voor zorgaanbieders die innovatief willen zijn, en de beweging op gang willen brengen. Op het moment van selectie had de IGZ geen maatregelen (aanwijzing, verscherpt toezicht) opgelegd bij één van de geselecteerde zorgaanbieders.

Nu dit zich aan de hand van de meest recente rapportage van de IGZ bij een aantal aanbieders wel voordoet, wil ik aantekenen dat de activiteiten

die de zorgaanbieder onderneemt in het kader van «Ruimte voor verpleeghuizen» behulpzaam kunnen zijn bij de structurele veranderingen die nodig zijn om de belemmeringen op het gebied van kwaliteit van zorg weg te nemen. Ook kan de gewenste verbetering in het verlengde liggen van de bevindingen van de IGZ. De opgedane ervaringen van de zorgaanbieders kunnen daarbij nog steeds interessant zijn voor andere aanbieders. Kortom: deelnemen aan Waardigheid en Trots betekent niet op voorhand dat een instelling «the best in class» is. Wanneer anderszits bijvoorbeeld de basisveiligheid niet op orde is, ligt het voor de hand eerst dat aan te pakken voordat andere verbetertrajecten worden ingezet.

Door de vergrijzende samenleving en ouderen die steeds langer thuis kunnen en willen wonen, zien we dat de zorgzwaartevraag in de verpleeghuizen toeneemt. Dit vraagt om maatwerk en gelijktijdig om de juiste inzet van technologie waar mogelijk. Ook vragen deze ontwikkelingen om passende expertise van verpleegkundigen. **Nu wordt in de brief gesteld, gebaseerd op onderzoek van de Universiteit Maastricht, dat voor goede kwalitatieve zorg en kwaliteitsverbetering niet alleen gekeken moet worden naar personele capaciteit. Dit is idealiter natuurlijk het uitgangspunt. Maar alleen een opmerking die volgens deze leden geplaatst kan worden als er in de eerste plaats voldoende geschoold personeel aanwezig is dat aan de (toenemende) zorgvraag kan voldoen. Zij ontvangen hierop dan ook graag een reflectie.**

Antwoord;

Het rapport van de Universiteit Maastricht, waar de leden van de D66-fractie – net als de leden van de SP-fractie aan refereren, heeft als titel «Meer is niet per se beter». Die heb ik toegelicht in mijn brief. Dat er voor het leveren van goede zorg een bepaalde hoeveelheid personeel nodig is, is evident. Over het algemeen lijkt er, een mogelijke lokale situatie uitgezonderd, op dit moment echter geen tekort te zijn aan voldoende geschoold personeel in de zorgsector. De grote uitdagingen voor de verpleeghuissector zijn gelegen in het kunnen boeien en binden van nieuw personeel – met name hbo-verpleegkundigen, kennisvergroting van het zittend personeel en het inzetten van het personeel op de juiste competenties en vaardigheden.

De leden van de D66 fractie horen graag van de Staatssecretaris of het klopt dat er een tekort is aan verpleegkundigen in de verpleeghuiszorg. Indien dit het geval is ontvangen zij graag ook een uitsplitsing op welke niveaus dit tekort voornamelijk speelt.

Antwoord;

Vorig jaar is in de «Toekomstverkenning 2015–2019» van het onderzoeksprogramma AZW onderzocht waar mogelijke tekorten of overschotten kunnen ontstaan. Ik heb uw Kamer hierover begin dit jaar uitgebreid geïnformeerd in de brief «Arbeid in Zorg en Welzijn 2015» (Kamerstuk 29 282, nr. 244). Voor de intramurale Verpleging en Verzorging is de verwachting van de onderzoekers dat er met name een tekort dreigt te ontstaan aan hbo-verpleegkundigen. In het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn wordt momenteel gewerkt aan een update van de toekomstverkenning. Deze verwacht ik begin volgend jaar aan uw Kamer te kunnen zenden.

De leden van de D66 fractie vernemen graag welke (overheids)arbeidsmarktcampagnes er op dit moment, in samenwerking met de sector, worden ontplooid of al zijn uitgerold om te stimuleren dat het beroep van verpleegkundigen in de verpleeghuiszorg populairder wordt.

Sociale partners in de ouderenzorg zijn in 2014 de campagne «Daar zit meer achter» gestart. Deze campagne is gericht op het verbeteren van het imago van de ouderenzorg, met als doel meer (hbo-)verpleegkundigen te laten kiezen voor werk in de ouderenzorg. Deze campagne is succesvol: veel studenten zijn bereikt door de campagne. De campagne heeft zelfs een paar prijzen gewonnen (Magneet Award en een International Content Marketing Award). Ik heb een (opstart-)impuls gegeven aan deze campagne voor de periode 2014–2016. Ik ben verheugd u te kunnen melden dat Actiz aan mij heeft laten weten dat het sociaal fonds voor de VVT heeft toegezegd de campagne verder te financieren voor het schooljaar 2016–2017.

Daarnaast merken zij graag op dat het niet bijdraagt aan de populariteit van het beroep als de Staatssecretaris zich uitlaat in negatieve bewoordingen («rotte appels») over verpleeghuizen waar mensen dag in dag uit hard werken. **Gedurende eerdere debatten hebben de leden van de D66-fractie aangegeven dat het belangrijk is dat intimiteit en seksualiteit uit de taboesfeer komen in verpleeghuizen. De Staatssecretaris gaf aan hier in de voortgangsrapportage op terug te komen. Spijtig genoeg is hierover niets te lezen. Zij vernemen graag welke stappen er gezet worden om dit onderwerp bespreekbaar te maken en uit de taboesfeer te halen, en ontvangen graag een toezegging dat de Staatssecretaris hier in de volgende voortgangsrapportages wel op terug komt.**

Antwoord;

Om meer zicht te krijgen op welke kennis en hulpmiddelen er in de sector beschikbaar zijn, of professionals zich voldoende toegerust voelen om hier aandacht aan te besteden en wat er nodig is dit onderwerp verder te brengen, wordt momenteel een onderzoek uitgezet. Ik zal de Tweede Kamer daar in de volgende voortgangsrapportage over informeren. Binnen «Waardigheid en Trots» komt dit onderwerp ook terug via de speerpunten Kwaliteitskader en zorgplanontwikkeling en is er één zorgaanbieder die met dit onderwerp aan de slag gaat om «best practice» te worden.

De leden van de D66-fractie willen graag afsluiten met te zeggen dat zij het ten zeerste waarderen dat er zoveel partijen en cliëntenraden uit het veld vol passie werken aan het programma «Waardigheid en Trots, Liefdevolle zorg voor onze ouderen». Zij willen graag benadrukken dat zij het van groot belang vinden dat stappen gezet worden in overleg met het veld. Alleen op die manier is er draagvlak en een realistisch beeld van de stappen die we op korte en lange termijn kunnen zetten. Zij zijn er ten stelligste van overtuigd dat de mensen die zich dag in dag uit inzetten voor hun cliënten absoluut erkenning verdienen. Zij roepen de Staatssecretaris dan ook op om voortaan zorgvuldigheid te betrachten in het proces om te komen tot een lijst met instellingen die niet of onvoldoende voldoen aan de eisen, en zich ook meer te realiseren wat zijn uitspraken, zoals «rotte appels», doen met de mensen die wonen in een verpleeghuis, de familie van deze mensen en de mensen die werken in de sector. Deze leden vinden transparantie belangrijk en goed, maar het moet wel zorgvuldig gebeuren, wat bij deze eerste lancering niet is gebeurd. Dat betreuren zij. Het zou goed zijn als de Staatssecretaris dit ook zou toegeven. Reden ook dat de Inspectie gelukkig een brief heeft gestuurd naar de instellingen om meer duidelijkheid te bieden.

Inbreng ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben kennisgenomen van de brief over de voortgang van het programma «Waardigheid en trots». Zij hebben hierbij een aantal vragen en opmerkingen.

De leden van de ChristenUnie-fractie zijn geschrokken van de conclusies van het IGZ-rapport over toezicht op 150 verpleegzorginstellingen. Zowel het grote aantal instellingen dat moeite heeft om verbeteringen door te voeren, en de kwaliteit en veiligheid van de zorg te verbeteren, als de aard van de tekortkomingen baart deze leden zorgen. Tegelijkertijd blijkt gelukkig dat er betrokken medewerkers werken in de verpleeghuizen met aandacht voor de cliënt.

Het toezichtsrapport en de verschillende onderzoeksrapporten laten zien dat er nog veel moet gebeuren om de kwaliteit en veiligheid van de verpleeghuiszorg te verbeteren. Met het programma «Waardigheid en Trots» zijn reeds goede stappen gezet, maar nu is het zaak om concrete verbeteringen zo snel mogelijk te implementeren.

De leden van de ChristenUnie-fractie zijn bezorgd over de hoge werkdruk in de verpleeghuiszorg, in combinatie met het gebrek aan deskundigheid. **Zij vragen de Staatssecretaris hoe het programma «Waardigheid en Trots» eraan bijdraagt dat de werkdruk genormaliseerd wordt.**

Antwoord;

De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen, net als de leden van de fractie van de PvdA en de SP naar werkdruk. De relatie tussen cliënt en zorgverlener kan alleen tot bloei komen wanneer er sprake is van voldoende, deskundig en goed toegerust personeel dat de complexiteit van de zorgvraag begrijpt en daar, samen met de cliënt en zijn verwanten, de goede afwegingen in kan maken. Ervaren werkdruk is niet alleen een kwestie van de hoeveelheid personeel. Er zijn meer zaken die de ervaren werkdruk beïnvloeden, bijvoorbeeld waardering, voldoende kennis en ervaring om het gevraagde werk te kunnen uitvoeren en bijvoorbeeld ruimte om het werk zelf in te delen. Als de werkdruk structureel te hoog is, moeten in overleg tussen bestuurder en personeelsvertegenwoordiging maatregelen worden genomen. Omdat voldoende en deskundig personeel cruciaal is voor de kwaliteit van zorg, is binnen Waardigheid en Trots ook veel aandacht voor deskundigheid van het personeel, voor opleidingen en de juiste personeelssamenstelling. Aan de basis daarvan ligt allereerst zo objectief mogelijke informatie over de feitelijke situatie. Samen met sociale partners in de zorg en welzijn-sector investeer ik daarom in het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW)⁵. Op landelijk niveau hebben sociale partners in de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg zich verenigd in de Stichting Arbeidsmarkt- en Opleidingsbeleid Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (A+O VVT). Dat samenwerkingsverband heeft onder andere tot doel bij te dragen aan een aantrekkelijke werkomgeving met goede arbeidsomstandigheden. A+O VVT heeft hiertoe onder ander het Programma Duurzame Inzetbaarheid gestart (www.duurzaaminzetbaarindevt.nl). Tot slot steunt het kabinet diverse projecten van de sector die de arbeidsomstandigheden verbeteren. Bijvoorbeeld projecten als Gezond&Zeker en Excellente Zorg. De inspectie SZW geeft met de sectoraanpak Zorg & Welzijn ook een impuls aan de aanpak van psychosociale arbeidsbelasting. Daarnaast ondersteunt het kabinet (SZW) diverse projecten die gericht zijn op verbetering van de duurzame inzetbaarheid van medewerkers.

⁵ <http://www.azwinfo.nl/>

De leidraad gaat uit van de zorgvraag van cliënten en zoekt daar de juiste personeelssamenstelling bij. Daarbij wordt rekening gehouden met een aantal externe factoren die dat kunnen beïnvloeden. Daarnaast geeft de leidraad een aantal kwalitatieve normen aan. De dialoog die aan de hand van de leidraad binnen teams moet worden gevoerd, besteedt zeker aandacht aan werkdruk. Maar ook andere aspecten die werkdruk kunnen beïnvloeden, zoals waardering, voldoende kennis en ervaring om het gevraagde werk te kunnen uitvoeren en bijvoorbeeld ruimte om het werk zelf in te delen komen aan bod. Ik verwacht dan ook dat daar een positieve invloed van uitgaat.

In dit verband vragen zij ook of de Staatssecretaris al kan aangeven wat het effect is van extra middelen voor de verpleeghuiszorg die vanaf dit jaar beschikbaar zijn gesteld.

Antwoord;

De extra middelen Waardigheid en Trots, bestemd voor een zinvolle daginvulling voor bewoners en deskundigheidsbevordering van professionals, worden door de zorgkantoren toegekend indien de zorgaanbieder een plan indient voor de besteding van de extra middelen. Enige voorwaarde voor de goedkeuring van het plan is de instemming van de Cliëntenraad, Ondernemingsraad en indien aanwezig de VAR. Daar zit ook de controle op een juiste besteding van de middelen: wanneer een zorgaanbieder de middelen onjuist inzet, mag er vanuit worden gegaan dat de Cliëntenraad en Ondernemingsraad hun goedkeuring aan een volgend plan onthouden en daarover in gesprek gaan met de bestuurder. Om in 2016 voor de extra middelen in aanmerking te komen, moesten de plannen uiterlijk 1 mei 2016 zijn ingediend. De plannen voor 2017 moesten uiterlijk 1 oktober 2016 zijn ingediend. Op dit moment vindt een eerste evaluatie van plannen plaats. Omdat er in 2016 nog geen sprake zal zijn van meetbare effecten, zal de evaluatie gericht zijn op het proces van totstandkoming van de plannen, een inventarisatie van de inhoud ervan en aanbevelingen voor komende jaren. Ik verwacht deze evaluatie voor het eind van het jaar te ontvangen en zal deze met een beleidsreactie zo spoedig mogelijk naar uw Kamer sturen.

De leden van de ChristenUnie-fractie begrijpen dat het doorvoeren van structurele veranderingen tijd kost, maar constateren tevens dat achterhaalde werkwijzen die niet meer aansluiten bij de huidige zorgvragen een belangrijk probleem vormen. **Kan de Staatssecretaris aangeven welk tijdspad hij voor zich ziet om de omslag in werkwijze en cultuur in de instellingen, maar ook in het onderwijs, daadwerkelijk gestalte te geven?**

Antwoord;

Met de leden van de fractie van de ChristenUnie deel ik dat achterhaalde werkwijzen die niet passen bij de huidige zorgvragen, zo snel mogelijk moeten verdwijnen. Dat vraagt om een betere aansluiting tussen onderzoek, onderwijs en zorgpraktijk, omdat het allereerst belangrijk is om vast te stellen welke werkwijzen wel en niet effectief zijn, en vervolgens om nieuwe werkwijzen in zowel het onderwijs als de praktijk te brengen. Ik zie daarin al mooie voorbeelden: academische netwerken ouderenzorg, lectoraten, zorgaanbieders die samenwerken met onderwijsinstellingen, zorgaanbieders die leerlingen volop kans bieden om vernieuwingen in de praktijk te brengen etc. Het zou te algemeen gesteld zijn om te beweren dat de gehele sector achterhaalde werkwijzen blijft gebruiken; de praktijkvariatie is daarvoor te groot. Dat betekent ook dat er niet één aanpak en één tijdspad kan zijn. Sommige veranderingen zullen van onderop moeten komen; anderen kunnen landelijk worden gestimuleerd. Ik verwacht dat de implementatie van de leidraad verantwoorde

personeelssamenstelling, waarin de zorgvraag van bewoners leidend is, een belangrijke motor zal zijn. Het tijdspad daarvoor is wel helder: doorontwikkelen en implementeren in 2016 en 2017; verplicht gebruiken vanaf 1 januari 2018. Ook het nieuwe kwaliteitskader kan een belangrijke rol gaan spelen, wanneer dit geïmplementeerd gaat worden. Daarnaast is de kracht van Waardigheid en Trots «Ruimte voor verpleeghuizen» dat de deelnemers vaker een kijkje in de keuken krijgen bij anderen en daarmee op hun eigen werkwijze kunnen reflecteren.

Spoor 1

Volgens de Staatssecretaris en de IGZ hebben bestuurders een sleutelrol in het transitieproces. Kan de Staatssecretaris aangeven welke eisen hierbij worden gesteld aan de bestuurders (onder meer qua deskundigheid en qua tijdspad voor verbeteringen) en welke rol de interne toezichthouders moeten vervullen in dit transitieproces?

Antwoord;

In de agenda goed bestuur hebben de Minister en ik aangegeven dat het bestuur en intern toezicht van zorginstellingen moeten verbeteren. Om dat doel te bereiken lopen er drie concrete acties:

- 1. De zorgbrede governancecode wordt aangepast zodat die beter aansluit bij wat van bestuurders en toezichthouders mag worden verwacht. De Brancheorganisaties Zorg (BoZ) komen naar verwachting in januari 2017 met een nieuwe code.*
- 2. Alle bestuurders moeten over vijf jaar het accreditatietraject hebben doorlopen. De Nederlandse Vereniging van Zorgdirecteuren zet hier ook vol op in. Met dit instrument wordt vol ingezet op vakontwikkeling en zelfreflectie van bestuurders. Hierin is ook een belangrijke rol weggelegd voor raden van toezicht, die het instrument van accreditatie kunnen gebruiken om hun rol van werkgever beter in te vullen.*
- 3. Daarnaast worden alle Raden van Toezicht geaccrediteerd conform het traject zoals ontwikkeld door de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in de Zorg. In 2020 moeten alle Raden van Toezicht geaccrediteerd zijn.*

Gaat de IGZ ook actiever toezicht houden op de wijze waarop dit interne toezicht wordt ingevuld?

Antwoord;

Raden van Bestuur en Raden van Toezicht zijn eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening. De IGZ spreekt hen hier actief en effectief op aan. Het primaire aanspreekpunt voor de inspectie is de Raad van Bestuur.

Indien de inspectie de Raad van Toezicht spreekt, dan doet zij dit om te bepalen of de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur de risico's van de instelling voldoende in beeld hebben. De inspectie kan zich een oordeel vormen over de wijze waarop in de instelling verantwoording wordt afgelegd. Wanneer blijkt dat bestuurders onvoldoende invulling geven aan hun bestuurlijke verantwoordelijkheden, met risico's op onverantwoorde zorg als gevolg, legt de IGZ handhavingmaatregelen op.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de Staatssecretaris om een reactie op het rapport van de Universiteit Maastricht over de relatie tussen inzet van personeel en de kwaliteit van zorg of van leven. Onderschrijft de Staatssecretaris de conclusie dat er meer HBO-verpleegkundigen nodig zijn in de verpleeghuiszorg? Zo ja, welke acties worden ondernomen om de kwaliteit en competenties van het personeel te verbeteren?

Antwoord;

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of ik de conclusies van de Universiteit Maastricht dat er meer hbo-opgeleide verpleegkundigen nodig zijn in de verpleeghuiszorg onderschrijf. Ik lees in het rapport van de Universiteit een bredere conclusie. Er moet worden gezocht naar de optimale «skill-mix». Dat betekent dat er voor het huidige personeel aanvullende scholing en ondersteuning nodig is, en het gericht inzetten van medewerkers die aandacht hebben voor welzijn of een zinvolle daginvulling voor bewoners. Juist daar zijn de extra middelen Waardigheid en Trots voor bedoeld. Daarnaast kunnen medewerkers met specifieke opleidingsniveaus, zoals de verpleegkundig specialist en hbo-opgeleide verpleegkundige, beter worden gepositioneerd zodat zij een onderscheidende rol kunnen gaan vervullen. Ik zie dat vooral als een taak van teams, bestuur en management. De leidraad verantwoorde personeelssamenstelling kan hen daarbij helpen. En tot slot kan het personeel worden versterkt met hbo- en academisch geschoolde medewerkers om innovaties en wetenschappelijke inzichten te vertalen naar de zorgpraktijk. ActiZ heeft daarvoor, samen met V&VN, de campagne «Daar zit meer achter» opgezet, om meer verpleegkundigen te interesseren voor de ouderenzorg.

De leden van de ChristenUnie-fractie vinden het belangrijk dat bewoners en hun mantelzorgers samen met verpleegkundigen en verzorgenden meer zeggenschap krijgen over de zorg. **Hoe wordt het vergroten van zeggenschap meegenomen in het programma «Waardigheid en Trots»?**

Antwoord;

Het vergroten van de stem van de cliënt en het versterken van de driehoek client-mantelzorger-professional is een belangrijk speerpunt van programma Waardigheid en Trots. Niet voor niets staan deze samen in het hart van het logo. Met de samenhangende maatregelen in Waardigheid en Trots wordt de positie van de individuele cliënt en naaste verstevigd. Denk hierbij aan het verbeteren van de zorgplannen, transparantie van ervaringsgegevens en het toezicht van de IGZ meer richten op persoonsgerichte zorg. Ook veel zorgaanbieders die meedoen aan «Ruimte voor verpleeghuizen» richten zich op het persoonsgericht maken van de zorg. In de praktijk worden verschillende methoden gebruikt. Zorgaanbieders delen hun ervaring en kennis in bijeenkomsten en via de website «waardigheid en Trots».

Ook cliëntenraden zijn een belangrijk middel voor zeggenschap in de zorg. Binnen Waardigheid en Trots worden cliëntenraden versterkt in hun rol door onder andere een congres te organiseren voor cliëntenraden (in 2015 en 2016) en cliëntenraden een beslissende stem te geven in de besteding van de extra middelen voor zinvolle dagbesteding.

Het rapport van de Inspectie, en de reacties daarop, laten zien dat meer transparantie over de verpleeghuiszorg een belangrijk aandachtspunt is. Hoe wil de Staatssecretaris ervoor gaan zorgen dat ook transparantie over de kwaliteitsinformatie (naast die over de veiligheid) wordt verankerd in het programma «Waardigheid en Trots»?

Antwoord;

Ik deel de opvatting van de leden van de CU-fractie dat meer transparantie over de verpleeghuiszorg een belangrijk aandachtspunt is. Transparantie is één van de vijf speerpunten in het plan Waardigheid en Trots. Er is veel geïnvesteerd in transparantie over de ervaring van de bewoners en hun naasten met verpleegzorg door deze te delen op zorgkaartnederland.nl

Daarnaast zullen, zoals ik in mijn brief van 4 juli jl. heb aangegeven, enkele indicatoren van basisveiligheid met ingang van 2017 openbaar worden gemaakt op www.kiesbeter.nl en www.zorgkaartnederland.nl. Zoals aangegeven in mijn brief van 5 oktober «Kwaliteit verpleeghuizen niet vrijblijvend» zal het Zorginstituut zijn doorzettingsmacht aanwenden en de regierol voor het kwaliteitskader op zich nemen. Het Zorginstituut heeft de ambitie uitgesproken om per 1 januari aanstaande een eerste kwaliteitskader op te leveren, waarin in ieder geval de leidraad personeel en de basisveiligheid en indicatoren daarvoor een plek krijgen. Afspraken over externe verantwoording en transparantie maken hier ook onderdeel van uit.

Op 4 juli jl. heeft er een congres plaatsgevonden over hoe verpleeghuizen de vernieuwing vormgeven. Kan de Staatssecretaris aangeven wat de uitkomst is van dit congres, en of er ook voorstellen worden overgenomen?

Antwoord;

De leden van de ChristenUnie verwijzen naar het congres van 4 juli jongstleden waar ruim 1.700 deelnemers waren en ongeveer 120 workshops door de aanbieders zelf werden gegeven. Doel was dat medewerkers uit de verpleeghuizen van elkaar leren. Via de volgende link kunt u een verslag vinden van het congres en de presentaties van de deelnemers waarin zij ingaan op hun ervaringen en de bereikte resultaten (<http://www.waardigheidentrots.nl/-verslagen/verslagen-en-presentaties-congres-jaar-later-ruimte-verpleeghuizen>).

In totaal hebben 26 zorgaanbieders voorstellen ingediend om deel te gaan nemen aan een nieuwe lichting ruimte voor verpleeghuizen. De plannen van 19 zorgaanbieders met ruim 95 locaties in de verpleeghuiszorg worden betrokken bij Waardigheid en trots, Ruimte voor verpleeghuizen. Zij gaan binnen het programma werken aan kwaliteitsverbetering binnen de bestaande en enkele nieuwe thema's, waaronder deskundigheidsbevordering van professionals en technologie als onderdeel van het zorgproces.

Op het congres zijn de resultaten van themagroepen en individuele aanbieders gedeeld met de rest van de sector. Over de stand van zaken van de verschillende thema's bent u geïnformeerd in de voortgangsrapportage Waardigheid en trots van 4 juli jongstleden. Concrete resultaten zijn de nieuwe Hygiëncode voor woonvormen en concrete stappen naar meer persoonsvolgende inkoop.

Spoor 3

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen naar de stand van zaken bij de 11 zorgaanbieders waar de Staatssecretaris de situatie onacceptabel vindt. Welke acties hebben de directe interventieteams ondernomen, en hoe is de veiligheid en kwaliteit van de zorg op deze locaties nu geborgd?

In mijn brief van 28 juli jl heb ik conform toezegging en als antwoord op de motie van Kamerleden Potters, Volp en Leijten (Kamerstuk 31 765, nr 224) uw Kamer bericht dat de IGZ in oktober 2016 een geactualiseerd overzicht van de lijst van 150 instellingen publiceert en daarbij haar oordeel over medicatieveiligheid betreft. Zodra de lijst beschikbaar is zal ik deze aan uw Kamer sturen en u informeren over de mogelijke inzet van interventieteams.

Inbreng GroenLinks-fractie

De leden van de fractie van GroenLinks hebben kennis genomen van de brief «Kwaliteit van zorg» en de voortgangsrapportage over de aanpak vernieuwing verpleeghuiszorg. Zij hebben de volgende vragen.

De leden van de fractie van GroenLinks vinden dat een 6,8 als waardering voor de verpleeghuizen reden geeft tot veel verbetering. In het rapport Verpleeghuiszorg in Nederland van Motivaction wordt aangegeven dat professionals een hoge werkdruk ervaren, en bezorgd zijn over de geleverde kwaliteit van zorg. De leden van de fractie van GroenLinks vragen hoe de Staatssecretaris het bedrag van € 200 miljoen voor 2017 dit specifieke punt gaat verbeteren. Welke maatregelen worden daartoe genomen? Wordt er bijvoorbeeld ingezet op meer personeel en een hogere mate van persoonlijke aandacht?

Antwoord;

De leden van de fractie van GroenLinks vragen hoe de extra middelen Waardigheid en Trots de werkdruk gaan verbeteren. We weten uit onderzoek dat factoren als een faciliterend teamklimaat en samenwerking binnen een team van invloed zijn op ervaren werkdruk. Ik verwacht dat het gebruiken van de leidraad voor een verantwoorde personeelssamenstelling daar een positieve invloed op heeft, omdat de leidraad ingaat op de vraag hoe wordt samengewerkt. Zorgaanbieders kunnen de extra middelen Waardigheid en Trots vervolgens inzetten om gevolg te geven aan de conclusies die uit het toepassen van de leidraad voortvloeien. Maar ook andere aspecten die werkdruk kunnen beïnvloeden, zoals waardering, voldoende kennis en ervaring om het gevraagde werk te kunnen uitvoeren en bijvoorbeeld ruimte om het werk zelf in te delen kunnen onderdeel zijn van de plannen voor deskundigheidsbevordering.

De leden van de fractie van GroenLinks zijn blij dat er niet nog meer wordt bezuinigd op verpleeghuiszorg voor ouderen. Zij vinden het goed dat er nu wel wordt ingegrepen door middel van interventieteams, maar betreuren dat dit zo laat is gebeurd.

Kan de Staatssecretaris aangeven hoe de interventies tot nu toe zijn verlopen, en of en welke resultaten er tot nu toe zijn geboekt om de kwaliteit van de verpleegzorg te verbeteren? Hoe wordt gemonitord of er merkbare verbeteringen zijn? Wat is de tijdsplanning?

Antwoord;

Er zijn nog geen interventieteams ingezet. Inzet is afhankelijk van de bevindingen van de Inspectie. Of dit bij de 11 instellingen die in juli jl. binnen categorie 1 van de IGZ lijst vielen het geval zal zijn, gaat blijken uit de toegezegde actualisatie van de lijst. In mijn brief van 28 juli jl heb ik aan uw Kamer bericht dat de IGZ in oktober 2016 een geactualiseerd overzicht van de lijst van 150 instellingen publiceert.

Tevens vragen de leden van de fractie van GroenLinks in hoeverre de verhoging van de tarieven voor ZZP'ers toekomstbestendig is voor een goede kwaliteit van zorg, zoals aangegeven in de derde voortgangsrapportage. Het Ministerie van VWS heeft de NZa verzocht na te gaan in hoeverre de huidige ZZP-tarieven toekomstbesteding zijn. Wanneer rapporteert de NZa hierover, en kan de Kamer deze informatie tegemoet zien?

Antwoord;

De NZa rondt het onderzoek over de herijking van de zzp-tarieven in de tweede helft van 2017 af. Ik zal dit onderzoek ook aan uw Kamer doen toekomen. Onderdeel van de adviesaanvraag aan de NZa is ook om te onderzoeken wat de voor- en nadelen zijn van een verdere «indikking» van het aantal zorgprofielen. Dit advies verwacht ik in de eerste helft van 2017.

De leden van de fractie van GroenLinks vinden de input van de cliënt zeer belangrijk en waardevol voor een adequate beoordeling van het programma «Waardigheid en Trots». Daarom zijn zij benieuwd hoe dit concreet gerealiseerd gaat worden in de volgende voortgangsrapportage. Gaat de Staatssecretaris daarin helder uiteenzetten welke maatregelen wat precies voor de cliënt hebben opgeleverd? Worden familie, naasten en mantelverzorgers van de cliënt betrokken bij de evaluatie van maatregelen? Hoe wordt dit gewaarborgd bij het instemmingsrecht voor mensen met dementie? De leden van de fractie van GroenLinks zijn tevens van mening dat deze uitkomsten, met differentiatie van de verschillende partijen, openbaar moeten worden gemaakt. Op welke wijze en op welke termijn gaat de Staatssecretaris hieraan vormgeven?

Antwoord;

Ik ben het zeer met de leden van GroenLinks eens dat Waardigheid en Trots een merkbaar effect moet hebben voor de mensen die verpleegzorg krijgen. Alle andere partijen (bestuurders, zorgkantoren, opleidingsinstellingen etc) moeten daar dienend aan zijn. Om dit te bereiken is samen met brancheorganisaties een integraal programma ingericht. De activiteiten uit het programma hebben niet allemaal direct invloed op de cliënt en/of zijn naasten, maar wel een indirect effect. Bijvoorbeeld de investeringen in professionaliteit van de medewerkers, bijvoorbeeld de zorginkoop meer richten op kwaliteit van zorg, bijvoorbeeld het transparant maken van de veiligheidsindicatoren per locatie, etc.

Juist om het feit dat het een integraal programma betreft, is het lastig per maatregel uiteen te zetten wat dit precies oplevert voor de cliënt. Op specifieke, direct op de cliënt gerichte onderdelen is dat wel mogelijk. Daarnaast investeer ik in het actief via interviewteams verzamelen van cliëntervaringen via ZorgkaartNederland.nl. Uiteraard blijft de IGZ ook toezicht houden, waarbij extra aandacht wordt gegeven aan persoonsgerichte zorg.

Een groot deel van de 170 zorgaanbieders die meedoen aan het onderdeel «Ruimte voor verpleeghuizen», is specifiek bezig met de vraag hoe cliëntbetrokkenheid op verschillende niveaus vergroot kan worden. Het gaat hierbij van formele zeggenschap via cliëntraden en betrokkenheid bij projectuitvoering tot aan het krijgen van meer regie over eigen zorg en welzijn. Uit de ervaring van al deze aanbieders blijkt dat cliëntbetrokkenheid echt vormgeven qua gedachten en qua beweging in de sector gemeengoed is. Goede uitvoering in de praktijk is dat nog niet. Er is behoefte aan meer kennis over hoe dit aan te pakken, wat werkt en bij welke doelgroep. In het kennisprogramma dat is opgezet om lessen te trekken uit de ervaring binnen de 170 zorgaanbieders wordt hier aandacht aan besteed.

Tijdens het debat op 6 juli jl. is door mevrouw Voortman en mevrouw Bergkamp⁶ verzocht om bij de kwaliteitsinformatie ook expliciet gegevens over de tevredenheid van verpleeghuisbewoners en hun naasten openbaar te maken. De gegevens die met ingang van 2017 over basisveiligheid transparant worden gemaakt, worden geplaatst op www.zorgkaart-

⁶ Tweede Kamer 2015–2016 31 765, nr. 227

nederland.nl, waar ook de ervaringen van cliënten zijn opgenomen. Daarmee wordt de motie uitgevoerd. Mensen die voor een verpleeghuis moeten gaan kiezen kunnen hun keuze mede baseren op informatie over de zorginhoudelijke kwaliteit en informatie over de ervaren kwaliteit. Dit is een voorname stap voor de versterking van positie van cliënten en de transparantie van de verpleeghuiszorg.

Inbreng 50Plus-fractie

Het lid van de 50PLUS-fractie heeft met belangstelling kennisgenomen van de voortgangsrapportage van het plan «Waardigheid en trots» en de onderliggende stukken. Wel zijn er nog enkele vragen gerezen.

In de brief van 4 juli wordt op pagina 5 gemeld dat er een interventieteam wordt opgericht ter verbetering van de slecht scorende verpleeghuizen uit de IGZ-rapportage. **De Kamer heeft op 7 juli jl. een motie van het lid Krol aangenomen (Kamerstuk 31 765, nr. 229), waarin naast een halfjaarlijkse voortgangsrapportage wordt gevraagd om volledige bevoegdheden betreffende de bedrijfsvoering voor deze interventieteams. Kan de Staatssecretaris aangeven hoe hij hier uitvoering aan geeft? Kan hij tevens een eerste beeld aangeven van de acties die deze teams inmiddels ondernomen hebben, per punt genoemd in paragraaf 2.1 van de IGZ-rapportage?**

Antwoord;

Er zijn nog geen interventieteams ingezet. Inzet is afhankelijk van de bevindingen van de Inspectie. Of dit bij de 11 instellingen die in juli jl. binnen categorie 1 van de IGZ lijst vielen het geval zal zijn, gaat blijken uit de toegezegde actualisatie. De verwachting is dat de actualisatie eind oktober beschikbaar is.

Ook wordt in deze brief gerept over het schrappen van de voorgenomen bezuiniging van € 500 miljoen voor het komende jaar. Daarnaast is eerder al € 200 miljoen gevonden voor dagbesteding en opleidingen van personeel. Geeft de Staatssecretaris hiermee aan de bezuinigingen op de Wlz te hoog te hebben ingezet? Ziet de Staatssecretaris een relatie tussen de bezuinigingen op verpleeghuiszorg en het hoge aantal slecht scorende verpleeghuizen? Graag ontvangt genoemd lid een uitgebreide toelichting.

Antwoord;

De geplande bezuiniging uit het Regeerakkoord van een half miljard vanaf 2017 op met name verpleeghuizen en gehandicapteninstellingen is van de baan. Het is nu zaak dat alle aandacht uitgaat naar liefdevolle zorg en trotse medewerkers in verpleeghuizen. Om op die manier de zorg voor onze ouderen verder te verbeteren. Er is de laatste jaren veel veranderd in de organisatie van de langdurige zorg. Tegelijk met die veranderingen moesten we helaas ook bezuinigen. Om er voor te zorgen dat mensen met een kleine portemonnee straks ook nog goede zorg hebben. De extra € 200 miljoen voor dagbesteding en opleidingen van personeel en het schrappen van de bezuiniging van € 500 miljoen zorgen ervoor dat elke oudere kan rekenen op de zorg die hij of zij nodig heeft, thuis of in een verpleeghuis.

In de beeldvorming lijkt het alsof er problemen zijn bij heel veel verpleeghuizen. Dat is niet het geval. Er zijn heel veel goede verpleeghuizen. De verpleeghuiszorg in Nederland internationaal heel hoog aangeschreven. Bij de verpleeghuizen waar de IGZ een risico op onverantwoorde zorg constateert, ziet de IGZ dat deze aanbieders moeite hebben om kwaliteitsverbeteringen die passend zijn bij de complexiteit van de zorgvraag in te

zetten en vast te houden. Gezien het feit dat de meeste verpleeghuizen goede kwaliteit van zorg bieden onder dezelfde omstandigheden verwacht ik niet dat de voorgenomen taakstelling de reden is voor het feit dat een aantal verpleeghuizen de kwaliteit onvoldoende op orde krijgen. Overigens zou de voorgenomen bezuiniging van 500 miljoen eerst vanaf 2017 ingaan.

In de voortgangsrapportage wordt gesproken over het versterken van cliëntenraden. Dit is inderdaad van groot belang, gezien het feit dat zij een grote stem hebben in de toekenning van de extra middelen voor dagbesteding. Pas na de zomer wordt een eerste rapportage verwacht van de inzet van deze middelen. Dat is rijkelijk laat, gezien het feit dat het extra budget al op Prinsjesdag 2015 is aangekondigd. Waarom duurt dit zo lang? Dezelfde vraag betreft de eerste rapportage over de inzet van extra middelen voor het opleiden van bestaand personeel.

Antwoord;

Ik deel niet de mening van de leden van de fractie van 50Plus dat het rijkelijk laat is wanneer een eerste evaluatie van de extra middelen Waardigheid en Trots na de zomer plaatsvindt. De plannen voor de besteding van die middelen konden tot 1 mei 2016 worden ingediend en worden pas vanaf dat moment uitgevoerd. Om iets te kunnen zeggen over het proces van totstandkoming en de wijze van uitvoering in relatie tot de rol van cliëntenraden kon niet een eerder moment van evaluatie worden gekozen. Ik verwacht deze evaluatie voor het eind van het jaar te ontvangen en zal deze met een beleidsreactie zo spoedig mogelijk naar uw Kamer sturen.

In het onderzoek van de Universiteit van Maastricht wordt gesproken van een skill-mix; een mix van vaardigheden en competenties bij medewerkers van verschillende disciplines en opleidingsniveaus, om de verpleeghuisbewoners van zo optimaal mogelijke zorg te kunnen voorzien. Hoe kijkt hij aan tegen een skill-mix? Hoe denkt hij dit te kunnen bereiken?

Het lid van de fractie van 50Plus vraagt naar mijn opinie over een skill-mix. Onder skill-mix versta ik simpelweg de goede handen op de goede plek die de goede dingen doen. Juist daarvoor wordt de leidraad voor een verantwoorde personeelssamenstelling ontwikkeld. Daarnaast geeft ook het rapport van de Universiteit Maastricht een aantal belangrijke aanbevelingen. Er is voor het huidige personeel aanvullende scholing en ondersteuning nodig, en het gericht inzetten van medewerkers die aandacht hebben voor welzijn of een zinvolle daginvulling voor bewoners. Precies voor dat doel zijn de extra middelen Waardigheid en Trots toegekend. Daarnaast kunnen medewerkers met specifieke opleidingsniveaus, zoals de verpleegkundig specialist en hbo-opgeleide verpleegkundige, beter worden gepositioneerd zodat zij een onderscheidende rol kunnen gaan vervullen. Dit is een verantwoordelijkheid van het bestuur en of management.

Hoe ziet de Staatssecretaris in dit licht de toenemende complexiteit van zorgbehoefte in verpleeghuizen, gerelateerd aan het lage aantal studenten HBO-V dat voor de ouderenzorg kiest? Zou een negatieve beeldvorming mede veroorzaakt kunnen zijn door de grote onrust (ook in de media) in de ouderenzorg? Welke gevolgen zou een tekort aan hoogopgeleid zorgpersoneel op de langere termijn kunnen hebben voor de kwaliteit van de ouderenzorg?

Antwoord;

Kern van de uitdaging is de zorg zo organiseren dat deze tegemoet komt aan de veranderende zorgvraag, zoals de toenemende complexiteit van zorgbehoefte in verpleeghuizen. Dat kan zijn door meer inzet van hbo verpleegkundigen, maar bijvoorbeeld ook door een betere functiemix of teamsamenstelling en door het beter positioneren van verpleegkundigen. Het aanbod van hbo-verpleegkundigen in de ouderenzorg zal komende jaren naar verwachting verder toenemen. De instroom in de hbo-verpleegkundige opleidingen is de afgelopen jaren sterk gestegen: van ongeveer 3800 in 2006 naar bijna 6600 in 2013. Daarnaast kan een deel van het mbo-verpleegkundige personeel, worden opgeschoold naar hbo-verpleegkundigen. Veldpartijen verwachten dat het aantal hbo-verpleegkundigen dat voor werk in de ouderenzorg kiest, de komende jaren zal toenemen van ongeveer 16% naar 25%. Om meer studenten te interesseren voor de ouderenzorg heeft Actiz samen met V&VN, met behulp van een opstartimpuls vanuit VWS, de campagne «Daar zit meer achter» opgezet. Ik vind dat een goede stap en hoop dat de sector de verantwoordelijkheid oppakt om ook op andere gebieden een aantrekkelijke werkgever voor hbo-verpleegkundigen te zijn. Denk bijvoorbeeld aan een gezonde, veilige en prettige werkomgeving, aan goede stages en vervolgoopleidingen, aan het leveren van gastdocenten en het opzetten van leergemeenschappen samen met het onderwijs.

Het volgende citaat komt uit de conclusies van hetzelfde onderzoek:

«De huidige formatie in de dagelijkse zorg, met een sterk accent op verzorgenden, is onvoldoende toegerust om de benodigde transitie in de verpleeghuiszorg te entameren en te realiseren. Naast aanvullende scholing en ondersteuning van het huidige personeel en het gericht inzetten van (andere) medewerkers op domeinen die extra aandacht vergen (denk aan dagbesteding), kan verder gewerkt worden aan het goed positioneren van specifieke opleidingsniveaus, zoals de verpleegkundig specialist en de HBO-opgeleide verpleegkundige.»

Ook in de IGZ-rapportage is geconstateerd dat de intramurale ouderenzorg een stijgend deskundigheidsniveau vereist. Graag ontvangt genoemd lid een reactie hierop. Deelt de Staatssecretaris de verontrusting van de onderzoekers, de IGZ en van 50PLUS? Welke gevolgen zou dit op de langere termijn kunnen hebben voor de kwaliteit van de ouderenzorg? Welke acties is hij van plan hierop te ondernemen?

Antwoord;

Anders dan het lid van de fractie van 50Plus lees ik in het rapport van de Universiteit Maastricht niet uitsluitend de conclusie dat er een stijgend deskundigheidsniveau is vereist. Veel van de zorg wordt op dit moment geleverd door een scala aan deskundigheidsniveaus, van zorghulp tot verzorgende, van activiteitenbegeleider tot gedragskundige. Als zij daarin goed op hun plaats zijn, moeten zij dat vooral blijven doen. Het gaat om het vinden van de juiste mix aan deskundigheid en het optimaal gebruik maken van de verschillende, specifieke kwaliteiten van die deskundigheden passend bij de specifieke behoefte van cliënten. Daar hebben verpleegkundigen en academisch geschoolde medewerkers vanzelfsprekend ook hun bijdrage in, met name waar het gaat om de overstijgende blik, het kunnen coachen van een team en het kunnen introduceren van bepaalde zorginnovaties. Naast het kunnen binden en boeien van verpleegkundigen voor de ouderenzorg, waarvoor eerder genoemde campagne is opgezet, zullen zij ook goed gepositioneerd moeten worden. Ik verwacht dat de combinatie van maatregelen een positief effect heeft.

De paragraaf inzake de Bestuurlijke opgave roept enkele vragen op. Wat is het doel van het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek naar leiderschap in de zorg? Kunnen de tijd en de middelen niet beter worden ingezet om andere problemen op te lossen; niet in de laatste plaats gezien de verontrustende resultaten van de IGZ-rapportage en diens conclusie over de sturing door bestuurders in de zorg? Is het opereren in een bestuurlijk complexe omgeving niet inherent aan een dergelijke functie in de zorg? Graag ontvangt genoemde lid van de fractie van 50PLUS een reactie hierop.

Antwoord;

Het goed besturen van een verpleeghuis is cruciaal voor zowel goede kwaliteit van zorg als een gezonde bedrijfsvoering. Opvallend is dat (wetenschappelijk) onderzoek naar de toepassing van bestuurlijk leiderschap in de zorg schaars is. Het doel van het onderzoek is het vergaren van kennis over welke capaciteiten nodig zijn voor het goed besturen in de sector die aan complexiteit wint. Deze kennis draagt bij aan de structurele verandering waaraan binnen het programma Waardigheid en trots wordt gewerkt.