

Vergaderjaar 2006–2007

30 800 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2007

Nr. 184 HERDRUK*

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 17 september 2007

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft een aantal vragen voorgelegd aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 31 mei 2007 inzake met haar visie en acties om de kwaliteit van leven te vergroten voor de cliënten van zorghuizen (Kamerstuk 30 800 XVI, nr. 146).

De staatssecretaris heeft deze vragen beantwoord bij brief van 17 september 2007. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

De griffier van de commissie,
Teunissen

* I.v.m. het corrigeren van het kamerstuknummer. Dit stuk is eerder abusievelijk gepubliceerd als kamerstuk 30 800 XIV, nr. 147, dat hiermee komt te vervallen.

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Vendrik (GL), Kant (SP), Blok (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Van Gijlswijk (SP), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA) en Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU).

Plv.leden: Van der Staaij (SGP), Azough (GL), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Vietsch (CDA), Sterk (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Griffith (VVD), Atsma (CDA), Van der Ham (D66), Çörüz (CDA), Gill'ard (PvdA), Jonker (CDA), Langkamp (SP), Jacobi (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), De Wit (SP), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Hamer (PvdA) en Ortega-Martijn (CU).

1

In haar brief spreekt de staatssecretaris over het feit dat er relatief veel mensen met formele zorg te maken krijgen en de effecten daarvan. In hoeverre wordt er in dit plan rekening gehouden met de lange wachtlijsten voor zorghuizen? Is de staatssecretaris voornemens iets te doen aan de steeds toenemende wachtlijsten voor zorghuizen?

Vooraf vind ik het zinvol om het beeld van de wachtlijsten van zorghuizen te nuanceren. Uit de analyse¹ van College voor Zorgverzekeringen blijkt dat een groot aantal mensen op de wachtlijst met een indicatie voor verblijf vooralsnog geen gebruik maken van het intramurale zorgaanbod. Zij wonen nog thuis en krijgen daar de zorg die zij nodig hebben. Voor mensen die op de wachtlijst staan voor een zorghuisplaats en ook daadwerkelijk intramurale zorg willen ontvangen, biedt dit plan extra mogelijkheden om de wachttijd te verkorten. Enerzijds omdat extra plaatsen beschikbaar komen in kleinschalige woonvormen en anderzijds omdat meer middelen worden uitgetrokken om intramurale zorg te kunnen leveren.

2

De formele zorg in ons land is in vergelijking met andere Europese landen goed geregeld, is van hoog niveau en er wordt relatief een groot beroep op gedaan. Vindt u dat deze relatieve hoge vraag afgeremd moet worden? Zo ja, op welke manier gaat u dat bewerkstelligen? Zo nee, waarom niet?

Als algemeen uitgangspunt geldt dat mensen die recht hebben op zorg en daarvoor ook geïndiceerd worden, deze zorg ook geleverd moeten krijgen. We zien echter dat de aanspraken in de AWBZ niet altijd even scherp zijn omschreven. Met name bij ondersteunende begeleiding is in de afgelopen jaren sprake van een zeer scherpe stijging. Bij sommige activiteiten valt het te betwijfelen of deze ten laste van de AWBZ gebracht moeten worden of dat ze op een andere wijze gefinancierd kan worden.

3

De keerzijde van die vaststelling is dat aan deze zorg een prijskaartje hangt, en dat er daarnaast ook door de zorg een groot beslag gedaan wordt op de arbeidsmarkt. Is de staatssecretaris van mening dat de huidige kwaliteit en beschikbaarheid van AWBZ-zorg de komende jaren in onverminderde mate beschikbaar zal zijn, ook in het licht van de steeds verdergaande vergrijzing? Zo ja, kunt u dan aangeven wat de toenemende vraag door de vergrijzing voor effect zal hebben op de ontwikkeling van de AWBZ-premie? Erkent u dat door uw voorstellen de premie, ook zonder dat de vraag zal stijgen, onder druk zal komen te staan, doordat uw voorstellen de zorg simpelweg duurder maakt? Zo nee, kunt u dat dan verklaren? Heeft u überhaupt een idee hoe groot het beslag mag zijn van de AWBZ-premie op het inkomen? Kunt u daar een indicatie van geven? Zo nee, waarom niet?

Mijn opdracht voor deze kabinetsperiode is dat ik investeer in de langdurige zorg voor nu, voor straks en voor morgen. Morgen betekent voor mij de toekomst van de AWBZ. Alleen maatregelen op de korte en middellange termijn zijn niet voldoende. Ik heb de Sociaal Economische Raad gevraagd advies uit te brengen over de toekomst van de AWBZ. De SER moet antwoord geven op de vraag welke vormen van zorg er in de toekomst in de AWBZ moeten blijven en hoe dit zich verhoudt tot collectieve financiering. Een verdere stijging van de premie acht ik op korte termijn niet wenselijk.

¹ Rapport landelijke wachtlijstrapportage
AWBZ: peildatum 1 januari 2007.

4

Familie en mantelzorgers voelen zich door de zorg, maar ook door de politiek, niet altijd serieus genomen. Zij dragen enorm bij in de zorg en verdienen niet alleen de waardering van de samenleving, maar zij hebben er ook recht op actief betrokken te worden bij de keuzes die er in de zorg rondom een cliënt worden genomen. Deelt de staatssecretaris deze mening? Familieleden hebben vaak het gevoel buitengesloten te worden bij het nemen van beslissingen rondom een (demente) cliënt. Ook voelen zij zich machteloos wanneer er in hun ogen zaken plaats hebben in een instelling die zij niet juist vinden. Herkent de staatssecretaris dit probleem, en kan zij de Kamer voorstellen doen om dit probleem op te lossen?

Wie een actieve bijdrage levert in de zorg moet bij de organisatie van de zorg ook actief betrokken worden. Dat geldt voor mantelzorgers(vaak familie) en vrijwilligers. In het coalitie akkoord is het belang van mantelzorgers en vrijwilligers dan ook vastgelegd.

Daarnaast kunnen familieleden optreden als vertegenwoordiger van de cliënt als deze niet in staat is om haar of zijn belangen op het gebied van zorg te behartigen.

Het familielid moet dan wel in de geest van de cliënt handelen. Bij een meningsverschil tussen de cliënt of degene die deze vertegenwoordigt en de (rest van de) familie weegt de keuze van de cliënt voor een zorg-aanbieder het zwaarst.

Ik wil de positie van de cliënt of zijn vertegenwoordiger versterken door het zorgplan dat in overleg met de cliënt tot stand komt, wettelijk te verankeren. De minister en ik onderzoeken de mogelijkheden van één wet cliënt en kwaliteit van zorg. Daarmee zou de zeggenschap van de cliënt of zijn vertegenwoordiger groter moeten worden. In september zal ik de Tweede Kamer een aparte beleidsbrief over mantelzorgers en vrijwilligers toezenden.

5

Veel zorginstellingen, of zorghuizen, hebben een grote groep vrijwilligers die onmisbaar zijn geworden in de organisatie. Daarnaast leveren ook familieleden vaak een bijdrage aan de zorg. Dit samenspel maakt het mogelijk dat er niet alleen aandacht is voor de primaire zorgverlening in een instelling, maar juist ook voor het «welbevinden». Zij zijn onmisbare schakels in de ouderenzorg. In de brief van de staatssecretaris worden beide groepen niet genoemd. Op welke wijze gaan vrijwilligers en mantelzorgers onderdeel uitmaken van het beleid van de regering de komende vier jaar?

In september zal ik de Tweede Kamer een aparte beleidsbrief over mantelzorgers en vrijwilligers toezenden.

6

In de brief wordt gesteld dat de overheid meer vertrouwen moet geven aan de dialoog tussen cliënt en zorgprofessional. Hoe zal worden omgegaan met situaties waar dialoog niet leidt tot een voor beide partijen aanvaardbare oplossing?

In de brief wordt gesproken over de beloning van goede kwaliteit. Wat wordt met deze opmerking bedoeld? Daarop aansluitend wordt gesteld dat u diegenen die uw vertrouwen schaden daarop zal aanspreken. Kunt u deze straffe opmerking verduidelijken?

Het heeft de sterke voorkeur dat verschil van inzichten in de zorg in gezamenlijkheid worden opgelost. Ik erken dat er altijd situaties zijn waarin dat niet meer lukt. Op dat moment treedt de procedure in werking zoals de wet Klachtrecht zorginstellingen deze voorschrijft. Een cliënt of diens wettelijke vertegenwoordiger kan een klacht indienen bij de interne

klachtencommissie. Uiteindelijk is er de mogelijkheid om de regionale klachtencommissie of daarna de rechter uitspraak te laten doen. In antwoord op uw tweede vraag merk ik het volgende op. Op dit moment heeft het voor een zorginstelling maar beperkt consequenties wanneer de kwaliteit van zorg niet goed is. Het zorgkantoor is verplicht alle aanbieders te contracteren. In de financiering of in het toezicht zijn geen mogelijkheden om goed presterende instellingen te belonen. Daarnaast is het voor cliënten vaak niet duidelijk wat een goed presterende instelling is. Heldere informatie hierover is nog niet beschikbaar. Dit betekent dat instellingen weinig prikkel ervaren om goede kwaliteit van zorg te bieden. Hierin wil ik verandering brengen. Het moet voor een zorginstelling interessant en vanzelfsprekend zijn om goede kwaliteit te bieden. Ik onderzoek op welke wijze goede kwaliteit beloond kan worden.

7

De regering wil geen nieuwe dogma's ontwikkelen op het gebied van scheiden van wonen en zorg. Vindt de staatssecretaris het nog passen bij deze tijd dat mensen, die langdurig zijn aangewezen op verpleeghuiszorg, deze zorg voornamelijk kunnen ontvangen in AWBZ-instellingen waar de prijzen voor het wonen onderdeel zijn van de AWBZ-eigen bijdrage en waar van keuzevrijheid nauwelijks sprake is? Erkent de staatssecretaris dat keuzes die op dit gebied de komende jaren worden gemaakt, nog decennia lang hun uitwerking zullen hebben? Op welke wijze gaat u de keuzevrijheid garanderen voor de generaties die na 2011 gebruik moeten maken van deze voorzieningen?

Ik wil de keuzevrijheid van burgers garanderen door te streven naar meer variatie in woonvormen en toename van de keuzemogelijkheden van cliënten. Deze keuzemogelijkheid moet er dan zijn, zowel in de intramurale sector – ervan uitgaande dat er altijd voor een deel van de verblijfspopulatie een intramurale voorziening nodig zal zijn – als op de woonmarkt. Zoals ik in mijn brief van 31 mei 2007 heb aangegeven is het streven dat 6000 «woonplaatsen» tot stand komen voor de zwaarste groepen.

In de intramurale sector verwacht ik een sterke prikkel van de invoering van integrale tarieven zoals ik in mijn brief Met zorg ondernemen van 9 juli 2007 (TK 2006–07, nr. 27 659) heb verwoord. De instellingen krijgen meer vrijheid om te bouwen conform de wens van de klant. Ik wil verder de totstandkoming van kleinschalige woonvormen – waarvan er relatief weinig zijn – bevorderen, onder meer is daarvoor een stimuleringsregeling in voorbereiding.

Ook op de woonmarkt wil ik meer keuzemogelijkheden voor mensen met beperkingen creëren. Variatie waarmee ook ingespeeld kan worden op verschillen in inkomens van burgers. Mijn collega van Wonen, Wijken en Integratie en ik stimuleren daartoe de totstandkoming van voldoende nultredenwoningen, waaronder woningen met zorg en diensten, het zogenaamde «verzorgd wonen». Het gaat dan mede om groepswonen voor mensen met dementie. Een belangrijk instrument vanuit de zorg is het «volledig pakket thuis» (VPT) waarmee het voor verpleeghuiscliënten mogelijk wordt het volledige pakket verpleeghuiszorg thuis te ontvangen mits de zorgaanbieder dit kan en wel leveren. De zorg en diensten worden dan vanuit de AWBZ betaald, de huisvestingskosten (o.a. huur, gas water en licht) zijn dan voor rekening van de cliënt. De eigen bijdrage wordt daarop aangepast. Het VPT is per 1 juli 2007 ingevoerd en mijn streven is dat per 1 januari 2008 ook instellingen die geen verblijf aanbieden VPT kunnen leveren.

8

De komende jaren zijn er jaarlijks 1500 verpleeghuisplaatsen extra nodig. Daarnaast is het de doelstelling van het kabinet om binnen 4 jaar iedere

verpleeghuisbewoner een eenpersoonskamer te garanderen. Hoeveel geld is er beschikbaar om deze doelstellingen de komende jaren te halen? Heeft u zich verzekerd van de inzet en bereidwilligheid van gemeenten en provincies om binnen die periode ook versneld mee te werken aan het realiseren van (ver)bouwplannen? Beschikt u over middelen om hen tot medewerking te dwingen? Bent u bereid om de kamer dit najaar een plan te sturen waarin staat op welke plaatsen u de komende jaren extra initiatieven verwacht en waarin u aangeeft of deze doelstellingen niet alleen financieel haalbaar zijn, maar ook ruimtetechnisch? In dit kader wordt erop gewezen dat bij een verbouwing in de AWBZ-sfeer tussen plan en realisatie ongeveer 10 jaar zit.

Met betrekking tot de financiering van dit beleid merk ik op dat voor de afbouw van meerbedskamers in een eerdere fase middelen in de AWBZ zijn gereserveerd (TK 2005–2006, 30 300 XVI, nr. 174). In deze brief heb ik geschetst dat voor veel instellingen, waarbij sprake is van drie- en meerbedskamers, geldt dat zij onder het regime van de WZV op de bouw-prioriteitenlijst zijn opgenomen. Geld daarvoor is in 2004 gereserveerd. Een groot aantal instellingen heeft van deze middelen gebruik kunnen maken. Voor een aantal projecten (bij 52 instellingen) was onder de WZV nog geen budget gereserveerd. De meerkosten voor de privacy-verbetering in deze instellingen is in 2004 geraamd op € 40 mln. Veel van de betreffende instellingen hebben zelf al middelen voor renovatie gereserveerd. (zij kunnen gebruikmaken van de zgn. meldingsregeling op basis waarvan die middelen beschikbaar komen). Voor naar schatting € 25 mln zijn op termijn, na 2010, extra middelen nodig. Voor die tijd zullen plannen kunnen worden gehonoreerd uit middelen die door vertraging bij de bouw van projecten die niet betrekking hebben op meerbedskamers plaatsvindt (onderuitputting van het bouwkader). Ik heb u al eerder meegedeeld dat onder de WTZi versnelde afbouw van meerbedskamers de hoogste prioriteit heeft.

Het vorige kabinet streefde naar het wegwerken van alle meerbedskamers (drie personen of meer op een kamer) ultimo 2010.

Ik heb daar aan toegevoegd dat ik wil dat voor iedereen die dat wenst de mogelijkheid er is te kiezen voor een eenpersoonskamer.

Bij de bouw van verpleeghuizen zijn vanaf 1996 alleen nog eenpersoonskamers en splitsbare tweepersoonskamers gerealiseerd. Op dit moment wordt de balans opgemaakt van alle initiatieven die het afgelopen jaar zijn ondernomen om de afbouw van meerpersoonskamers te versnellen. In september zult u een brief ontvangen met informatie over de stand van zaken op dit moment met betrekking tot de onderhanden plannen, de feitelijk nog aanwezige capaciteit op meerpersoonskamers en het percentage daarvan ten opzicht van het totaal van de beschikbare capaciteit in zorghuizen.

Verreweg het grootste deel van de tweepersoonskamers zal dan in 2010 splitsbaar zijn. Als de vraag naar eenpersoonskamers zodanig ontwikkelt dat verpleeghuizen daaraan alleen kunnen voldoen door tweepersoonskamers te splitsen, zullen zij daartoe moeten overgaan.

Er blijven overigens altijd mensen over die om uiteenlopende redenen kiezen voor verblijf op een tweepersoonskamer. Het is dus niet noodzakelijk alle tweepersoonskamers te splitsen. De feitelijke vraag in 2010 zal bepalen hoeveel tweepersoonskamers werkelijk gesplitst moeten worden. Ik zal deze beleidslijn uitvoeren in samenspraak met instellingen, gemeenten en de IGZ, deze partijen heb ik nodig om dit beleid te laten slagen.

9

Niet alleen is sprake van een enorme doelstelling om die extra plaatsen te realiseren, maar ook is de staatssecretaris van plan om instellingen die in

2010 niet voldoen aan de gestelde normen, de toelating te ontzeggen. Kan dit in de praktijk worden waar gemaakt? Bent u echt bereid een instelling zijn erkenning af te nemen en daarmee 80 tot 200 plaatsen in een keer «af te stoten»? Zijn de problemen die daarmee ontstaan niet groter dan het effect dat u wilt bereiken?

Bij het bereiken van de hier bedoelde doelstelling gaat het om de afbouw van de kamers waarop drie of meer cliënten kunnen worden gehuisvest. Ik zal dit staande beleid verder intensiveren en versnellen. Al enkele jaren weten de zorghuizen dat het niet langer acceptabel is om cliënten gezamenlijk met meer dan één andere cliënt op één kamer te huisvesten. Om er voor te zorgen dat die huizen daadwerkelijk een kwaliteitsslag maken, is extra geld uitgetrokken om een en ander nog dit decennium te kunnen realiseren.

Niettemin heb ik gemeend in de onderhavige brief nogmaals te moeten benadrukken dat ik geen clementie zal hebben met zorghuizen die bij voortduring niet de gewenste mate van privacy leveren. Deze instellingen beschikken allemaal over een toelating op basis van de Wet toelating zorginstellingen. Die is altijd ongeclausuleerd geweest. Daarin wordt om reden van deze gewenste kwaliteitsimpuls verandering gebracht. Aan de toelating van de betreffende instellingen zal een voorschrift worden verbonden waarin de randvoorwaarden en einddata duidelijk zullen worden vermeld. Daarmee behoud ik mij de mogelijkheid voor om in uiterste noodzaak uiteindelijk de toelating in te trekken. Het mag duidelijk zijn dat ik daartoe slechts zal overgaan na uitvoerige informatie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Daaraan voorafgaand zullen de zorghuizen die het aangaat meer dan tot nu toe op de voet worden gevolgd in hun vorderingen hun gebouwkwaliteit op niveau te brengen. Mocht uiteindelijk onontkoombaar zijn dat een instelling zijn toelating verliest, zal uiteraard eerst worden gezorgd voor vervangende huisvesting van de op dat moment aanwezige bewoners. Het feit dat daaraan de nodige aandacht moet en zal worden besteed, staat niet in de weg aan het effectueren van eventuele ingrijpende maatregelen als daardoor beter de kwaliteit van zorg voor de cliënten kan worden geborgd.

10

Cliënten voelen zich van het kastje naar de muur gestuurd, zo staat er in de brief. Wat is nu precies het voorstel van de regering om dit specifieke probleem op te lossen? Speelt daarbij niet het probleem dat er zeer veel instanties betrokken zijn bij het leveren van een stukje zorg? Lang niet voor iedere vorm van deze zorg is een indicatie nodig. Toch stelt de staatssecretaris dat vereenvoudiging van de AWBZ-indicatiestelling de oplossing voor alle problemen van deze mensen is. Op welke wijze draagt deze nieuwe indicatiestelling bij tot het verbeteren van de toegang tot welzijnsinstellingen, huisartsenzorg, huishoudelijke hulp en hulpmiddelen? Is het niet veel meer zo dat cliënten en hun (vaak ook oudere) mantelzorgers gewoon de energie niet hebben om telkens opnieuw te onderzoeken bij wie ze nu weer moeten zijn? Is de staatssecretaris bereid de Mee-organisaties expliciet de opdracht te geven ouderen praktisch te ondersteunen bij hun zoektocht naar het juiste loket? Zo nee, waarom niet, en hoe bent u dan van plan om dit zeer pregnante probleem op te lossen?

Ik wil het proces van indicatiestelling eenduidig en eenvoudig inrichten. In een aantal pilots wil ik bekijken of indicatiestelling door wijkverpleegkundigen en huisartsen leidt tot een efficiënter proces met een grotere mate van cliënttevredenheid. Ik verwijs hierbij ook naar mijn antwoord op vraag 45. Een betere indicatiestelling betekent uiteraard nog geen betere samenhang in de zorg. Om meer samenhang in de zorg te bewerkstelligen wil ik de komende tijd werken aan:

- het verbinden van de geïntegreerde eerste-lijn en de kleinschalige woonvormen in de wijk. Hierbij vormen alle zorgverleners in de eerste-lijn een herkenbaar en bereikbaar aanspreekpunt voor cliënten met vragen over zorg en ondersteuning. Daarnaast kunnen cliënten zich richten tot MEE. De MEE-organisaties zijn er voor (verzorgers van) iedereen met een handicap, beperking of chronische ziekte.
- het bevorderen van ketenzorg en netwerkzorg zodat de aansluiting tussen zorgaanbieders beter verloopt en cliënten bij elke overstap binnen het zorgproces goed worden begeleid.

Naast de voorstellen die in de brief zijn geformuleerd, is er ook het inter-departementale programma Stroomlijning Indicatieprocessen in Zorg en Sociale Zekerheid. Met dit programma (waarover ik u apart heb bericht in mijn brief van 29 mei jl.) wordt een basis gelegd om het bredere probleem, van het «van het kastje naar de muur gestuurd worden», aan te pakken. Een van de eerste resultaten van dit programma is de webapplicatie «regelhulp» waar chronisch zieken, gehandicapten en ouderen voorlichting krijgen over alle voorzieningen die voor hen beschikbaar zijn en deze voorzieningen ook kunnen aanvragen. Deze webapplicatie gaat in september 2007 live.

11

De staatssecretaris is van plan om de eerstelijns ketenzorg te versterken. In dat kader wordt de door sommige partijen in de Tweede Kamer lang gekoesterde wens gemist om te komen tot een consultatiebureau voor ouderen. Een landelijk dekkend systeem van consultatiebureaus voor ouderen zou in onze ogen moeten behoren tot de basiszorginfrastructuur. Wanneer steeds meer mensen steeds langer thuis blijven wonen, zou het consultatiebureau een laagdrempelige wijkvoorziening kunnen zijn, die mensen aanspoort niet pas naar een arts te gaan wanneer het te laat is. Goede preventieve voorzieningen dragen bij aan een groter welbevinden van ouderen. Is de regering niet langer deze mening toegedaan? Zo ja, op welke wijze krijgt het consultatiebureau een plek in uw beleid rondom de zorg voor ouderen? Is het mogelijk, wenselijk en denkbaar dat dit consultatiebureau een plekje kan verwachten in het door u aangekondigde programma ouderenzorg? Zo ja, op welke wijze? Zo nee, waarom niet?

Ik ben net als u van mening dat preventie en pro-activiteit in de zorg voor mensen een belangrijke bijdrage zouden kunnen leveren aan de kwaliteit van het bestaan van mensen. In het programma ouderenzorg zal ik daar dan ook bijzondere aandacht aan besteden.

Uw wens tot een landelijk dekkende systeem van consultatiebureaus op wijkniveau te komen gaat over de vorm waarin preventie en pro-activiteit georganiseerd kan worden. Ik ben naast de vorm waarin deze preventie zou moeten gebeuren vooral geïnteresseerd in de resultaten van preventie, bijvoorbeeld minder functieverlies, minder complicaties en efficiëntere zorgconsumptie. Hierover heb ik advies gevraagd aan de Gezondheidsraad in 2008. In dit advies moet ook gekeken worden naar de verantwoordelijkheid van reguliere zorgverleners voor preventie.

12

Het is verheugend dat niet alleen kwaliteit maar zeker ook veiligheid aandacht heeft van de regering. Is er ooit onderzoek gedaan naar ongelukken rondom verkeerde verstrekking van medicijnen, of naar ongelukken als gevolg van verkeerde behandeling en/of het niet naleven van medische richtlijnen in verzorgings- en verpleeghuizen? Zo ja, kunt u dan aangeven welk beeld deze onderzoeken oproepen in termen van cijfers? Zo nee, bent u bereid hier grondig onderzoek naar te verrichten? Is grondige kennis van de huidige situatie op het terrein van medische veiligheid

in instellingen niet noodzakelijk om gericht beleid te ontwikkelen om de resultaten hiervan zichtbaar te maken? In dit kader wordt gewezen op het veiligheidsprogramma van minister Klink in ziekenhuizen. Hebt u aanwijzingen dat de situatie in de cure er slechter voor staat dan in de care? Bent u bereid met betrekking tot medische fouten net zulke hoge doelstellingen te formuleren als uw minister en op welke termijn kunnen we voorstellen hiertoe verwachten?

Naast de medische onveiligheid in zorginstellingen, is er steeds vaker sprake van sociale onveiligheid. Niet alleen het personeel moet goed op zijn eigendommen letten, maar ook bij cliënten verdwijnen er vaak eigendommen. Deelt u de mening dat er ook meer aandacht moet komen voor sociale veiligheid in instellingen, en gaat u de sector ook daarop aanspreken?

In het najaar zal ik samen met branche-, cliënten- en beroepsorganisaties uit de langdurige zorg en de ggz om tafel gaan om te komen tot een plan van aanpak cliëntveiligheid in de langdurige zorg. De hoofdlijnen daarvan zijn aan de orde op het congres veiligheid in de care van 22 november as.. Medicatie is hierbij een belangrijk aandachtspunt. Dit thema is overigens ook al opgenomen in programma Zorg voor Beter als verbetertraject.

13

De staatssecretaris stelt in haar brief dat professionals zich bedolven voelen onder regelgeving en bureaucratie. Deze geluiden worden ook vaak gehoord bij verplegers en verzorgers. Het valt op dat in de brief wel wordt vastgesteld dat professionals last hebben van de regeldruk, maar er wordt geen enkel voorstel gedaan om hier enige vermindering in te brengen. Is er enig concreet inzicht over de hoeveelheid bureaucratie waarmee mensen in de zorg te maken hebben? Is die bureaucratische last alleen het gevolg van rijksbeleid of leggen instellingen zelf ook een bureaucratische last op de schouders van medewerkers? In de brief worden voorstellen gedaan om te komen tot het verzamelen van meer keuzegegevens op het terrein van kwaliteit. Er moeten indicatoren komen voor verantwoorde zorg en het veiligheidsbeleid moet in instellingen worden geborgd. Hoe verhouden zich deze nieuwe bureaucratische opdrachten tot uw suggestie dat zorgwerkers weer meer tijd moeten krijgen voor het primaire zorgproces?

Het is heel moeilijk om de bureaucratie in de zorg te kwantificeren. Onderzoek naar de beleefde lasten op de werkvloer in de AWBZ geeft daar enige indicatie van. Voor een zorgvuldige zorgverlening is verslaglegging en registratie nodig. Het is dus van belang om onnodige bureaucratie te onderscheiden van noodzakelijke. Het gaat dan niet alleen om regels van de overheid maar ook om afspraken tussen zorgaanbieder en zorgkantoor, of procedures binnen een instelling zelf. Om de onnodige bureaucratie aan te pakken presenteer ik binnenkort een actieplan voor de AWBZ: naar eenvoud in uitvoering.

14

Professionals willen sturingsmacht in de zorg terug. De afgelopen jaren is de doelstelling van de zorg en het streven bij sommige fracties geweest om de sturingsmacht in zorg terug te geven aan de cliënt. Immers, de vraag van de cliënt moet leidend zijn. Komt er nu een einde aan de vraaggestuurde zorg? Zo nee, hoe verhouden zich de sturingsmacht van de zorgprof en de sturingsmacht van de cliënt zich tot elkaar? Is het denkbaar dat een deel van de onvrede van de professional het gevolg is van het feit dat cliënt en professional het niet altijd met elkaar eens zijn wat het beste is voor de cliënt?

Met mijn brief schets ik dat de zorg voor een cliënt vorm krijgt tussen cliënt en zijn hulpverlener. Dit is een relatie van mens tot mens. In de voorbije jaren is de overheid zich toenemend gaan bemoeien met deze relatie. Deze bemoeienis bestaat uit het regelen van de rechten van de cliënt en daar tegenover de plichten van de professional. De bemoeienis op detailniveau wil ik loslaten. Hoe kan een cliënt immers vertrouwen hebben in de professional als de overheid op allerlei wijzen laat zien dat vertrouwen niet te hebben. Afspraken over de zorg maken cliënt en professional samen. Het is mijn taak om partijen daarin zo goed mogelijk te ondersteunen zonder de rol over te nemen. Ondersteuning in dit proces bestaat uit het verspreiden van goede voorbeelden en initiatieven om de dialoog op de werkvloer tussen professionals onderling en tussen cliënt en professional te verbeteren. Ik vertrouw erop dat professionals het goede willen doen voor de cliënt en dit samen met de cliënt vorm geven. Als het onverhoopt echt niet goed in dialoog is op te lossen, staat er de weg van het klachtrecht open.

15

Er komt een financiële impuls om tussen de 5000 en 6000 extra medewerkers aan te trekken. Uit recente onderzoeken blijkt (bijv. «Doelmatigheid Verpleeghuizen» door de NZa) dat er vooral onvoldoende hooggeschoold personeel aanwezig is. Worden er naast de financiële impuls, ook richtlijnen gegeven over het opleidingsniveau van medewerkers? Nu de economie begint aan te trekken en de (ouderen)zorg een steeds groter beroep gaat doen op de arbeidsmarkt, begint ook het personeelsgebrek weer langzaam de kop op te steken. In eenzelfde periode van hoogconjunctuur en personeelsgebrek in de zorg leidde extra geld voor het aantrekken van personeel tot een hoger salaris voor hetzelfde of zelfs minder personeel. Welke garanties heeft u dat dit keer meer geld wel leidt tot meer handen aan het bed en vooral ook kwalitatieve handen aan het bed? In 2006 was er ook veel extra geld beschikbaar voor extra personeel in de zorgsector. Heeft dit geld (€ 80 miljoen) ook daadwerkelijk tot meer personeel geleid? Zo ja, waaruit blijkt dat? Zo nee, wat is er dan met dat geld gebeurd?

In de eerste plaats blijkt uit het genoemde rapport van de NZa (toen nog Ctg) niet dat er vooral hooggeschoold personeel nodig is. Onderzoek naar de arbeidsmarkt wijst eerder op te verwachten tekorten op het niveau van verzorgenden niveau 3 (Regiomarge 2006, Prismant). In de tweede plaats verschilt de behoefte aan personeel tussen instellingen. Dat is bijvoorbeeld afhankelijk van de zorgzwaarte en de aard van geïndiceerde zorg. Als voorwaarde om extra geld voor personeel te krijgen stel ik dat dit moet leiden tot meer contacturen met cliënten. Ik overleg met de brancheorganisatie en de NZa hoe dat gerealiseerd kan worden zonder overmatige bureaucratie.

De extra 80 miljoen euro zijn in 2006 ingezet voor groepen cliënten met een hoge zorgvraag zoals mensen met niet aangeboren hersenletsel of Korsakov. De NZa rapporteert dat de betreffende instellingen het geld wel hebben besteed maar kan niet aangeven tot wat voor extra personele inzet dit heeft geleid.

16

De voorstellen om de opleiding van verplegenden en verzorgenden beter aan te laten sluiten op de werkvloer worden door vele fracties van harte ondersteund. Tegelijkertijd kan worden geconstateerd dat het grootste deel van het personeel dat de kwaliteitsimpuls de komende jaren waar moet maken nu al in instellingen werkt. Wat stelt u voor om ook hen in staat te stellen die kwaliteitsslag in denken en doen te laten maken?

Kwaliteitsverbeteringen dienen primair door de werkers in de zorg gerealiseerd te worden. In eerste instantie zijn manager is de zorg verantwoordelijk voor de kwaliteit die hun organisatie levert. Zij worden daarop ook aangesproken. Een belangrijk hulpmiddel om huidige zorgmedewerkers de kwaliteitsslag te laten maken is het programma Zorg voor Beter. Op dit moment doen ruim 250 teams uit alle sectoren van de langdurige zorg mee aan verbetertrajecten. Dit kan toenemen tot zeker 350 zorgteams. Daarnaast worden zorgmedewerkers via de beroepstrotscampagne «Trots op de Zorg» gestimuleerd om kennis te vergaren en toe te passen. Deze activiteiten krijgen de komende jaren een vervolg en zullen waar nodig worden verbreed. Bij- en nascholing van zittend personeel is een zaak van werkgevers en werknemers en wordt geregeld in de CAO-onderhandelingen. In oktober zal ik samen met minister Klink een brief over het plan van aanpak arbeidsmarktbeleid naar de Tweede Kamer zenden.

17

De brief besteedt weinig aandacht aan het actief betrekken van cliënten bij het verbeteren van de kwaliteit van de ouderenzorg. Dit betreft zowel het inzichtelijk maken van kwaliteit in de zorg, als ook het betrekken van cliënten bij het formuleren van nieuwe doelstellingen van de zorg. De zorgprofessional moet de ruimte krijgen om zijn werk goed te doen. De cliënt is echter degene die uiteindelijk bepaalt wat voor hem of haar het beste is. Het staat daarbij natuurlijk wel buiten kijf dat de verantwoordelijkheid voor de medische zorg altijd ligt bij de professionals. Deelt u deze opvatting?

Met mijn brief stel ik dat de zorg georganiseerd moet worden vanuit het perspectief van de cliënt en dat vervolgens deze zorg door cliënt en professional samen vorm gegeven moet worden. Hiermee positioneer ik de cliënt als centraal vertrekpunt van de zorg: degene waar het om draait en die (mede) bepaalt. Daarmee is de cliënt niet verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg. De professional is op grond van zijn kennis en kunde verantwoordelijk voor de kwaliteit en de inhoud van de zorg. De verantwoordelijkheid van de professional gaat daarmee ook verder dan alleen de medische zorg. Voor alle zorg waarbij professionele kennis en kunde noodzakelijk is blijft de kwaliteit een primaire verantwoordelijkheid van de professional.

18

Welke voorbeelden kan de staatssecretaris geven van situaties waarbij de organisatie van zorg echt aansluit bij wat cliënten als belangrijk ervaren? Welke voorbeelden kan de staatssecretaris geven van situaties waarbij de organisatie van zorg recht doet aan de professionaliteit van de medewerkers? Hoe verhoudt het zich de door de staatssecretaris geconstateerde gebrek aan logistiek zich met de in de sector ingevoerde certificeringssystemen? Wat tonen de certificeringssystemen die gehanteerd worden in de sector aan op het gebied van kwaliteit en logistiek? De staatssecretaris wil weg van de zakelijke benadering van de zorgvraag. Hoe gaat u het proces beheersen indien u zegt dat u een andere benadering van de overheid wil dan beheersing in termen van indicaties, protocollen en eindeloze verantwoordingsvragen? Gaat u bijvoorbeeld de huidige indicatiestelling afschaffen en vereenvoudigen? Hoe waarborgt u het recht op zorg?

Tijdens mijn 100 dagen tour dit voorjaar heb ik veel voorbeelden gezien waarin de zorgvormen goed aansluiten bij de wensen en behoeften van cliënten en medewerkers. In deze zorgvormen is zichtbaar dat het individu meer op de voorgrond staat, dat er meer rust en structuur geboden kan worden binnen een setting die zoveel mogelijk gewoon wonen biedt. Ook medewerkers voelen zich prettiger in deze vormen, ze worden meer

aangesproken op hun competenties, dragen een integrale verantwoordelijkheid voor de zorg en zijn autonoom in hun werk. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om zorgvormen waarin gewerkt wordt met een eerst verantwoordelijk verzorgende of waarin de zorg in kleiner groepsverband wordt geboden.

Daarnaast heb ik ook gezien dat processen om onduidelijke redenen groter gemaakt worden, bijvoorbeeld het wassen van de kleding van bewoners. Het tellen van alle was en invullen van wasbriefjes om te voorkomen dat er kledingstukken zoek raken kan een bewuste keuze zijn maar kan ook het gevolg zijn van ingesleten werkgewoontes die na evaluatie overbodig worden.

Voor uw vraag over het indicatieproces verwijs ik naar vraag 10.

19

Welke consequenties worden er verbonden aan het schaden van vertrouwen?

De IGZ is mijn ogen en oren als het gaat om de kwaliteit van zorg. Met hulp van de ontwikkelde kwaliteitsindicatoren heeft de IGZ een goed instrument in handen om de kwaliteit te bewaken. De IGZ zal dan ook de partij zijn die kan zien in hoeverre zorginstellingen de kwaliteit leveren die gewenst is. Het onder verscherpt toezicht stellen van zorgaanbieders is een eerste stap om instellingen aan te spreken. De mogelijkheid van de bestuurlijke boete en dwangsom zal een extra instrument vormen om instellingen aan te spreken. Daarnaast verwacht ik dat de grootste druk zal ontstaan door het openbaar maken van kwaliteitsgegevens via Kiesbeter.nl en via het jaardocument maatschappelijke verantwoording. Het is voor een zorgaanbieder altijd nog prettiger om in dergelijke overzichten bovenaan te staan vanwege zijn goede kwaliteit en cliënttevredenheid. Zie ook mijn antwoord op vraag 9 in verband met de wettelijke regeling om kwaliteit te verbinden aan de toelating.

20

Wordt er in alle Nederlandse zorginstellingen Nederlands gesproken?

In Nederland worden meerdere talen van oorsprong gesproken. Zo is het Fries een binnen Europa erkende taal, bewoners en medewerkers van zorghuizen in Friesland spreken dan ook in eerste instantie Fries. Ook in Limburg spreekt men meer de eigen taal dan het Nederlands. Dus ik vermoed dat er in alle zorghuizen Nederlands wordt gesproken naast een andere (lokale) taal.

21

Zijn er in Nederland door de overheid gefinancierde zorginstellingen met een islamitische grondslag?

Er zijn geen door de overheid gefinancierde zorginstellingen met een islamitische grondslag. Er zijn wel thuiszorginstellingen op islamitische grondslag. Deze worden niet door de overheid gefinancierd omdat het om niet toegelaten instellingen gaat.

22

Hoe gaat u er zorg voor dragen dat er meer daadwerkelijk contacten kunnen worden gelegd? Wat gaat u daarin investeren? Hoeveel ruimte krijgt de zorgverlener om vanuit zijn kennis en kunde goede zorg te bieden? Hoe gaat u ervoor zorg dragen dat de zorgverlener deze ruimte ook daadwerkelijk kan gebruiken? Hoe controleert de staatsecretaris of dit in praktijk ook plaatsvindt? Hoe gaat u de kwaliteit van zorg verankeren in het zorgproces, en hoe controleert u dat dit gebeurt? Hoeveel gaat u hierin investeren?

Ik overleg deze zomer met partijen uit de sector over de invulling van de voornemens over professionalisering. Ik praat met beroepsorganisaties en cliëntenorganisaties over de invulling van meer dialoog binnen het zorgteam en tussen het zorgteam en cliënten. Hierbij is er vanuit betrokken partijen het voorstel om het hebben van moreel beraad voor verzorgenden te stimuleren.

De verankering van de kwaliteit in het zorgproces is vorm gegeven door het vaststellen van de indicatoren verantwoorde zorg. Hiermee stellen alle partijen in de verpleging en verzorging vast hoe zij de kwaliteit vorm geven. Ook elementen als dialoog tussen zorgteam en bewoner hebben hierin een plek. Cliëntenwaarderingcijfer zullen laten zien of deze inspanningen effectief zijn.

22 *

Kan worden aangegeven op welke wijze het verschijnsel ondervoeding in de zorg bijdraagt aan de afname van de kwaliteit van leven? Wat zijn concrete actiepunten die u zult formuleren – en op welke termijn – om te voorkomen dat cliënten schade ondervinden door de gevolgen van aan ziekte gerelateerde ondervoeding? Kan de staatssecretaris aangeven of, en zo ja op welke wijze valpartijen, decubitus en ondervoeding integraal onderdeel worden van haar beleidsplan? In hoeverre bevordert u dat er door zorghuizen en zorgprofessionals voldoende aandacht wordt gegeven aan voorkomen en behandelen van ondervoeding? Bent u van plan in indicatoren ook ondervoeding op te nemen als zorgelijk probleem? Via welke indicatoren kunt u nog meer zorgen dat ondervoeding snel afneemt?

Kan de staatssecretaris aangeven op welke wijze zij een verzorgd lichaam, sociale participatie en mentaal welbevinden integraal onderdeel worden van haar beleidsplan? Wat zijn de stappen die gezet gaan worden, en op welke termijn?

Er is voldoende wetenschappelijk onderzoek bekend waarin zichtbaar is wat de gevolgen zijn van ondervoeding op de kwaliteit van leven. Kwetsbaarheid en fragiliteit nemen toe. De effecten van medicatie worden anders en heviger en gevaar voor vallen wordt groter. Al sinds 2005 is er binnen het programma Zorg voor Beter veel aandacht voor de door u genoemde thema's zoals ondervoeding, valpreventie en decubitus. In Zorg voor Beter is door 78 instellingen meegedaan aan een verbetertraject eten&drinken, waarbij veel aandacht is besteed aan het bevorderen van normaal eten&drinken. In het vervolg van Zorg voor Beter zoek ik nu samen met ZonMw en Vilans naar verbreding en versnelling van de implementatie en de borging van deze kennis. De resultaten laten zien dat zorginstellingen die meedoen hun ondervoeding prevalentie met 6% kunnen laten dalen door aandacht te besteden aan gewoon eten&drinken. De genoemde thema's nemen een belangrijke plaats in de indicatoren voor verantwoorde zorg.

25

In de periode 2008–2011 moet, gelet op de demografische ontwikkeling, voor ongeveer 6000 mensen met dementie plaatsen kleinschalig wonen worden gerealiseerd, ofwel 1500 plaatsen per jaar. Zijn de 1500 plaatsen per jaar extra boven de huidige 1000 plaatsen per jaar, en hoe denkt u deze te kunnen verwezenlijken?

In 2005 waren er 4 442 plaatsen voor mensen met dementie op 166 locaties. In 2010 zijn er 10 800 plaatsen op 349 locaties. De gemiddelde omvang van deze locaties is 27 bewoners.

Voor de periode van 2008 tot en met 2011 zouden op grond van de demografische ontwikkeling voor 6000 mensen met dementie extra woonplaatsen moeten worden gerealiseerd, 1500 per jaar. Bij een

veronderstelde gemiddelde omvang van 27 plaatsen vereist dit 55 initiatieven per jaar. Het gaat dus om een stijging van 1000 plaatsen per jaar naar 1500 plaatsen per jaar. Een groei van deze omvang vraagt een flinke inspanning van de sector.

26

Kan de staatssecretaris toelichten waarom er een periode van 4 tot 8 jaar nodig is om de kwaliteit van leven in zorghuizen zichtbaar te maken?

De start van het maken van de indicatoren voor verantwoorde zorg was in januari 2005. De resultaten van de totale meting in de gehele sector over 2007 is bekend in juni 2008. Bij de start van het traject is ervoor gekozen om te komen tot indicatoren waar de gehele sector achter zou staan. Met deze prestatie is de sector verpleging, verzorging en thuiszorg de eerste sector in dit land die dit waar maakt. Hiermee is een traject van het ontwikkelen van een visie, indicatoren maken, proefdraaien, bijstellen en registreren over 2007 op zorgvuldige wijze vorm gegeven.

27

Op welke manier is de staatssecretaris van plan variatie in woonvormen te stimuleren?

Clënten die zijn geïndiceerd voor intramurale AWBZ zorg, zullen vanaf 1 januari 2008 de mogelijkheid hebben te kiezen voor het thuis ontvangen van het volledige geïndiceerde zorgpakket, exclusief de wooncomponent («volledig pakket thuis»: VPT). Zie hiervoor ook het antwoord op vraag 7.

VPT biedt de cliënt met een indicatie voor verblijf naast intramuraal verblijf de keuze voor het blijven wonen in de eigen woning, dan wel eventueel naar een beter op de concrete zorgvraag ingerichte zelfstandige woning. Dit is een belangrijke stap in het bieden van meer keuze en variatie in woonvormen voor de cliënt. Over het stimuleren van de bouw van voor mensen met een zorgvraag geschikte zelfstandige woningen onderhoud ik contacten met mijn collega van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu.

Daarnaast stimuleer ik het bouwen van kleinschalige woonvormen ten behoeve van de verblijfsfunctie zowel intramuraal binnen de AWBZ als extramuraal. In mijn brief van 31 mei 2007 heb ik een regeling aangekondigd voor het faciliteren van de totstandkoming van meer «woonplaatsen» voor mensen met dementie. Deze regeling is in voorbereiding. In de beleidsregels op grond van de WTZi heb ik voorts, ter stimulering van het tot stand komen van kleinschalige woonvoorzieningen, bouwinitiatieven voor kleinschalige intramurale voorzieningen vrijgesteld van het bouwregime WTZi. Dit betekent voor instellingen een verlichting van de administratieve last en een verkorting van de bouwvoorbereidingstijd. Voor het bouwen ten behoeve van cliënten met een somatische of een psychogeriatrische aandoening of beperking heb ik een verruiming van deze mogelijkheid per 1 januari 2008 in voorbereiding.

Daarmee wordt voor de cliënt de mogelijkheid verruimd om bij intramurale opname te kiezen voor een grootschalige intramurale setting of een kleinschalige woonvorm. De realisering van kleinschalige woonvormen heeft tot gevolg dat de benodigde intramurale capaciteit over een groot aantal locaties zal worden verspreid. De cliënt krijgt daardoor een ruimere keuze om, bijvoorbeeld dicht bij de «oude» woning en binnen het eigen sociale netwerk, intramuraal te verblijven.

De beleidsregels WTZi voorzien bovendien in een verbeterde positie van cliënten van instellingen bij de ontwikkeling van bouwplannen. Instellingen zijn gehouden de cliëntenraad de gelegenheid te geven zich uit te spreken over bouwplannen en leefwensenonderzoek uit te voeren (verplicht bij gehandicaptenvoorzieningen en aanbevolen bij ouderen-

voorzieningen). Voorts worden instellingen opgeroepen marktonderzoek uit te voeren naar de wensen van toekomstige cliënten. Door het vergroten van de invloed van cliënten zal het aanbod van voorzieningen naar verwachting beter gaan aansluiten aan de (gevarieerde) vraag.

28

Hoeveel plaatsen op het gebied van kleinschalig wonen worden er op dit moment gerealiseerd?

In 2005 zijn er 4 442 ouderen die woonachtig zijn in kleinschalige woonvormen voor mensen met dementie. De verwachting is dat dit aantal zal toenemen tot 10 834 op 349 locaties in 2010.

29

Kan de staatssecretaris toelichten hoe de stimuleringsregeling in zijn werk zou gaan? Welke instanties zullen er ingeschakeld worden bij deze stimuleringsregeling?

De ontwikkeling van de stimuleringsregeling is nog in het eerste stadium van voorbereiding. In het algemeen overleg van de Vaste Kamercommissie voor VWS over de modernisering van de AWBZ van 31 mei jl. heb ik u toegezegd om een brief aan de kamer te sturen over onder meer kleinschalig wonen, het wonen in de wijk of het wonen in een instelling. Zoals ook in mijn brief van 2 juli (kenmerk DLZ-CB-U-2774928) aan u bericht, kunt u deze brief aan het eind van het jaar tegemoet zien. In deze brief zal ik uitgebreid ingaan op de stimuleringsregeling.

33

Hoe groot is de vraag naar kleinschalige projecten? Wordt met stimulatie het beoogde doel bereikt? Hoeveel kleinschalige woonvormen zijn er op dit moment in Nederland? Hoeveel zijn verbonden of maken onderdeel uit van een regionale zorgaanbieder?

In mijn brief van 31 mei 2007 heb ik aantallen genoemd met betrekking tot kleinschalig wonen voor mensen met dementie. In 2005 waren er 4 442 plaatsen voor mensen met dementie op 166 locaties. In 2010 zijn er 10 800 plaatsen op 349 locaties. De gemiddelde omvang van deze locaties is 27 bewoners.

Voor de periode van 2008 tot en met 2011 zouden op grond van de demografische ontwikkeling voor 6000 mensen met dementie extra woonplaatsen moeten worden gerealiseerd, 1500 per jaar. Bij een veronderstelde gemiddelde omvang van 27 plaatsen vereist dit 55 initiatieven per jaar. Daarmee groeit het aandeel van de psychogeriatrische zorg in verpleeghuizen, op grond van berekeningen van het Kenniscentrum Wonen-Zorg van 10% in 2005 tot 22,2% in 2011. Voor het aantal kleine locaties betekent dit een verdubbeling.

Het is van belang dat de cliënten zelf of hun vertegenwoordigers een ruimere keuze kan worden geboden ten aanzien van locatie, schaalgrootte en setting van de geboden zorg. De cliënt zelf zal uiteindelijk de vraag bepalen waar het aanbieders hun aanbod op zullen moeten afstemmen. De eerste stap is het stimuleren van een verruiming van de keuzemogelijkheden voor de cliënt.

Over het algemeen worden de initiatieven voor projecten kleinschalig wonen genomen door bestaande regionale aanbieders. Hierover heb ik echter (nog) geen concrete cijfers voorhanden.

Naast deze initiatieven voor nieuwe capaciteit zullen zorghuizen, die plannen voor vervangende nieuwbouw in ontwikkeling hebben van de bestaande capaciteit van hun grootschalige oudbouw, in veel gevallen

kiezen voor spreiding van deze bestaande capaciteit over een aantal kleinschalige locaties.

35

Vooruitlopend op het afschaffen van het bouwregime (voorzien in 2009) wil de regering de grens voor bouwen buiten het bouwregime optrekken? Per wanneer is dat voorzien?

Met ingang van 1 januari 2008 zal een wijziging van het Uitvoeringsbesluit WTZi zijn beslag krijgen. Op basis daarvan zal het realiseren van kleinschalige woonvoorzieningen in de sector verpleging en verzorging verder worden gedereguleerd. Thans kunnen dergelijke voorzieningen voor maximaal 25 cliënten in de categorie licht en 12 cliënten in de categorie zwaar buiten het bouwregime van de WTZi om worden tot stand gebracht. Vanaf 1 januari 2008 zullen die aantallen worden verhoogd naar 50 respectievelijk 24 cliënten. Zoals u heeft kunnen lezen in de brief Met zorg ondernemen (TK 2006–2007, nr. 27 659) ligt het in de bedoeling om met ingang van 1 januari 2009 integrale tarieven te gaan hanteren in de grootschalige intramurale AWBZ en de GGZ. Op dat moment zal het bouwregime worden afgeschaft.

37

Enerzijds wordt er gesteld dat in 2010 iedereen de keuze heeft om in een eenpersoonskamer te wonen, anderzijds spreekt de bijbehorende actie over «een intensief uitvoering- en monitorprogramma met als doel ultimo 2010 verpleeghuizen niet meer beschikken over kamers voor meer dan twee personen. Hoeveel budget heeft de regering uitgetrokken om er voor te zorgen dat ultimo 2010 verpleeghuizen niet meer beschikken over kamers voor meer dan 2 personen? Waar komt dat geld vandaan? Kan de regering het verschil in aantal personen per kamer verklaren en welk concreet doel streeft de staatssecretaris nu precies na? Hoeveel verpleeghuizen voldoen nu nog niet aan de norm? Voor hoeveel verpleeghuizen kan ingeschat worden dat het moeilijk wordt de datum van eind 2010 te halen? Welk percentage van de bewoners van zorghuizen woont op dit moment op een tweepersoonskamer of meerpersoonskamer?

Dit antwoord is conform het antwoord op vraag 8.

Met betrekking tot de financiering van dit beleid merk ik op dat voor de afbouw van meerbedskamers in een eerdere fase middelen in de AWBZ zijn gereserveerd (TK 2005–2006, 30 300 XVI, nr. 174). In deze brief heb ik geschetst dat voor veel instellingen, waarbij sprake is van drie- en meerbedskamers, geldt dat zij onder het regime van de WZV op de bouw-prioriteitenlijst zijn opgenomen. Geld daarvoor is in 2004 gereserveerd. Een groot aantal instellingen heeft van deze middelen gebruik kunnen maken. Voor een aantal projecten (bij 52 instellingen) was onder de WZV nog geen budget gereserveerd. De meerkosten voor de privacy-verbetering in deze instellingen is in 2004 geraamd op € 40 mln. Veel van de betreffende instellingen hebben zelf al middelen voor renovatie gereserveerd. (zij kunnen gebruikmaken van de zgn. meldingsregeling op basis waarvan die middelen beschikbaar komen). Voor naar schatting € 25 mln zijn op termijn, na 2010, extra middelen nodig. Voor die tijd zullen plannen kunnen worden gehonoreerd uit middelen die door vertraging bij de bouw van projecten die niet betrekking hebben op meerbedskamers plaatsvindt (onderuitputting van het bouwkader). Ik heb u al eerder meegedeeld dat onder de WTZi versnelde afbouw van meerbedskamers de hoogste prioriteit heeft.

Het vorige kabinet streefde naar het wegwerken van alle meerbedskamers (drie personen of meer op een kamer) ultimo 2010.

Ik heb daar aan toegevoegd dat ik wil dat voor iedereen die dat wenst de mogelijkheid er is te kiezen voor een eenpersoonskamer.

Bij de bouw van verpleeghuizen zijn vanaf 1996 alleen nog eenpersoonskamers en splitsbare tweepersoonskamers gerealiseerd. Op dit moment wordt de balans opgemaakt van alle initiatieven die het afgelopen jaar zijn ondernomen om de afbouw van meerpersoonskamers te versnellen. In september zult u een brief ontvangen met informatie over de stand van zaken op dit moment met betrekking tot de onderhanden plannen, de feitelijk nog aanwezige capaciteit op meerpersoonskamers en het percentage daarvan ten opzicht van het totaal van de beschikbare capaciteit in zorghuizen.

Verreweg het grootste deel van de tweepersoonskamers is dan splitsbaar. Als de vraag naar eenpersoonskamers zodanig ontwikkelt dat verpleeghuizen daaraan alleen kunnen voldoen door tweepersoonskamers te splitsen, zullen zij daartoe moeten overgaan.

Er blijven overigens altijd mensen over die om uiteenlopende redenen kiezen voor verblijf op een tweepersoonskamer. Het is dus niet noodzakelijk alle tweepersoonskamers te splitsen. De feitelijke vraag in 2010 zal bepalen hoeveel tweepersoonskamers werkelijk gesplitst moeten worden. Ik zal deze beleidslijn uitvoeren in samenspraak met instellingen, gemeenten en de IGZ, deze partijen heb ik nodig om dit beleid te laten slagen.

38

In hoeverre wijken de voornemens van dit kabinet ten aanzien van het afbouwen van het aantal kamer voor meer dan twee personen af van de voornemens van het vorige kabinet?

Zie antwoord op vraag 9.

41

Hoe en met wie gaat de staatssecretaris de indicatoren voor ketenzorg ontwikkelen? Op welke termijn wil de staatssecretaris regionale netwerken van zorgaanbieders verantwoordelijk maken voor goede zorg? Wordt in deze ook gestuurd op het aanbod? Hoe voorkomt u dat onderlinge concurrentie deze samenwerking tegenwerkt?

Het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO ontwikkelt in samenspraak met de IGZ, Alzheimer Nederland en de betrokken disciplines indicatoren voor dementiezorg. Voor de ontwikkeling van indicatoren ketenzorg bij andere aandoeningen komt een vergelijkbaar traject.

De ontwikkeling van regionale netwerken in de care staat nog in de kinderschoenen. Zo zal het Landelijk Dementie Programma eind 2008 afgerond worden. Dit najaar zal ik u informeren over mijn voornemens met betrekking tot de ontwikkeling van geriatrische netwerken via het programma ouderenzorg. Nadat in projecten ervaring is opgedaan met ketenzorg in de langdurige zorg, zoals nu bij de dementiezorg, kunnen indicatoren daarvoor ontwikkeld worden. Op basis van de scores op de indicatoren worden normen voor de netwerken opgesteld. Dan kan ook een voor ketenzorg verantwoordelijke partij benoemd worden.

De indicatoren zullen ook betrekking hebben op de cliëntgerichtheid van de zorg. Het zorgaanbod wordt primair bepaald door de zorgbehoefte van de cliënt.

Ketenzorg ziet op meer samenhang tussen de verschillende soorten zorg die een cliënt nodig heeft. Tussen de aanbieders van verschillende soorten zorg is geen concurrentieverhouding. Daarnaast verwacht ik dat als ketenzorg goed van de grond komt, de zorgaanbieders door de meerwaarde daarvan (meer tevredenheid bij de cliënt, efficiëntere en effectievere zorg), ook als zij dezelfde zorg aanbieden, elkaar zullen vinden.

43

Er wordt een programma ouderenzorg gestart. Hoe verhoudt zich dat met het landelijke dementieprogramma?

Het programma ouderenzorg richt zich op mensen met complexe problematiek. Dat zijn mensen met meerdere blijvende medische diagnoses en met als gevolg daarvan beperkingen. Dit kan ook mensen met dementie betreffen. Bij deze mensen lopen meerdere medische behandelingen en activiteiten om de gevolgen van de beperkingen op te lossen door elkaar. Door integrale zorg voor deze mensen te bevorderen hoop ik te bereiken dat de kwaliteit van het bestaan voor deze mensen verbeterd en de middelen in de zorg beter worden benut.

In het programma ouderenzorg maak ik gebruik van de ervaringen die zijn opgedaan met het Landelijk dementieprogramma, maar de reikwijdte is dus breder. In het najaar zal ik u informeren over dit programma.

44

De verbinding zal worden gelegd tussen huisartsen en verpleegartsen. Is deze verbinding er dan nu nog niet of functioneert deze niet optimaal?

De samenwerking tussen verpleeghuisartsen en huisartsen bestaat nu in lokale initiatieven maar is nog geen landelijke lijn. Wanneer mensen met een indicatie voor behandeling niet in het verpleeghuis verblijven werkt de verpleeghuisarts samen met de huisarts. Dat is bijvoorbeeld het geval wanneer deze mensen in een verzorgingshuis wonen.

Ook andere mensen buiten het verpleeghuis zonder verpleeghuisindicatie hebben vaak problemen die met de medische en verpleegkundige kennis uit het verpleeghuis beter opgelost zou kunnen worden. Deze verbinding zou ik willen bevorderen.

45

Wanneer zullen de pilots met indicatiestelling door huisartsen en wijkverpleegkundigen van start gaan?

In mijn brief aan de Kamer d.d. 29 mei jl. (TK 2006/07, 30 800 XVI, nr. 145) heb ik u laten weten dat ik zal onderzoeken of en in hoeverre het mogelijk en verantwoord is om het stellen van indicaties over te laten aan huisartsen en wijkverpleegkundigen. In een AO Modernisering AWBZ van 31 mei (TK 2006/07, 26 631, nr. 216) en een daarop volgend VAO van 5 juni is onder andere gesproken over de randvoorwaarden die bij het onderzoek in acht genomen moeten worden. Ik heb u bij die gelegenheid toegezegd de Kamer in de zomer een brief te zullen sturen, waarin ik u zal informeren over de pilots, de criteria die daaraan ten grondslag zullen liggen en ook wanneer deze zullen starten.

46

Welke regio's zullen deelnemen aan de pilot met indicatiestelling? Is er sprake van deelname van een plattelandsregio aan deze pilot met indicatiestelling?

Kortheidshalve verwijs ik u voor mijn reactie naar het antwoord op vraag 45.

48

Wat voor type indicatoren worden bedoeld als men spreekt over «ontwikkelen van indicatoren in de ketenzorg»?

Voor ketenzorg kunnen in principe alle typen indicatoren (structuur, proces en uitkomst) gebruikt worden.

49

Op welke manier neemt de staatssecretaris het advies van ZonMW mee in het programma ouderenzorg?

Ik ga er vanuit dat u doelt op het Nationaal Programma Ouderenzorg dat ZonMW heeft ontwikkeld. De ontwikkeling hiervan is een initiatief van ZonMW. Op dit moment is er overleg gaande tussen mij en ZonMW om te kijken op welke wijze het ZonMW programma in het door mij aangekondigde Programma Ouderenzorg past.

50

Wanneer zullen de onderzoeken om de mogelijkheden om de functie van huisarts ten bate van geriatrie te vergroten plaats gaan vinden?

Zo snel mogelijk na de start van het programma ouderenzorg. Het programma zal behalve een onderzoeksprogramma ook gericht zijn op organisatie ontwikkeling met als doel meerwaarde scheppen voor kwetsbare mensen met meervoudige problematiek. Onderzoek betekent in dit verband ook vaststellen of en in welke mate meerwaarde ontstaat.

51

In welke regio's zullen de onderzoeken om de mogelijkheden om de functie van huisarts ten bate van geriatrie te vergroten plaatsvinden?

Een regio moet alle organisaties omvatten die een bijdrage kunnen leveren aan betere geriatrische zorg. De definitieve keuze is nog onderwerp van overleg.

52

Kan de staatssecretaris aangeven in hoeverre de verbinding tussen huisartsen en verpleeghuisartsen de gangbare norm is?

Zie mijn antwoord op vraag 44.

53

Is het mogelijk de servicepunten bij de huisartsenposten onder te brengen?

Huisartsenposten zijn er voor zorg buiten kantooruren en zijn voor gebieden die in ieder geval meerdere wijken en vaak zelfs meerdere gemeenten omvatten. De service punten uit het regeerakkoord waren gedacht op wijkniveau. Over de verbinding tussen de «service punten» en de eerste lijn is nog overleg gaande.

54

Komt de 1% stijging in het aantal uren dat feitelijk meer zorg wordt verleend van de management laag af of wordt dit van het verplegend en verzorgend personeel verwacht?

Ik ben ervan overtuigd dat de 1% goed te halen is uit het kritisch beschouwen van zowel de zorg- als de bedrijfsvoeringsprocessen. Er zijn goede voorbeelden van zorginstellingen waar ze al hun processen hebben doorgelicht op onnodige activiteiten, daar is winst te behalen. Ik wil benadrukken dat het hierbij niet gaat om harder werken maar dat het vooral gaat om anders werken.

55

Is het kabinet voornemens het risico op ondervoeding, wat in zowel de eerstelijnszorg, als in de verpleging, als ook in de thuiszorg rond de 30% ligt, mee nemen in deze integrale aanpak zorgvragen?

*Zo ja, op welke wijze en op welke termijn?
Krijgen de cliënten straks meer informatie over de keuzemogelijkheden?
Hoe wordt de cliënt objectief geïnformeerd over wat kwaliteit van zorg is?*

De focus van een integrale benadering van de zorg zal zich in eerste instantie richten op specifieke doelgroepen zoals mensen met dementie of mensen met depressie. Dit zijn herkenbare doelgroepen, groot in aantal, waarbij de zorg complex is en waar veel winst voor de kwaliteit van leven is te halen. Een onderdeel van de integrale aanpak zal zeker ook zijn aandacht voor lichamelijke problematiek zoals ondervoeding. Op dit moment bezie ik samen met partijen hoe ik deze integrale zorg vorm zal geven. In 2008 zullen de eerste projecten starten zoals het vormen van ketenindicatoren voor mensen met dementie. De cliënt zal via de site Kiesbeter.nl geïnformeerd worden over objectieve kwaliteitsinformatie. Deze is gebaseerd op dzorginhoudelijke indicatoren en cliëntenervaringen.

56

U wilt ernaar toe dat het vanzelfsprekend is dat een cliënt geen schade kan ondervinden aan de zorg. Deelt u de mening dat dit nu al vanzelfsprekend moet zijn? Per wanneer kan het veiligheidsbeleid in zorginstellingen wel geborgd worden, en hoe gaat u dit controleren?

Ik deel uw mening dat dit nu al vanzelfsprekend zou moeten zijn. De eerste stap die ik wil zetten is het bewustzijn hiervan te vergroten in zorginstellingen. Op 22 november a.s. organiseert de IGZ samen met VWS een conferentie over veiligheid in de care en de ggz. In aanloop daar naartoe maak ik samen met de branches een agenda voor de komende jaren, naar analogie van de agenda die minister Klink met de ziekenhuizen heeft gemaakt. Het toezicht op het naleven van deze agenda ligt bij de IGZ en zal plaats vinden op basis van de kwaliteits indicatoren zoals deze in de AWBZ sectoren worden vastgesteld.

57

hoe verhoudt zich de klacht van bureaucratie met het opstellen van nieuwe indicatoren om bijvoorbeeld verantwoorde zorg te meten?

Het meten van de indicatoren is in de plaats gekomen van het invullen van het IGZ-formulier, daarmee is het ene instrument ingeruild voor het andere. Daarnaast vraag ik instellingen hun uitkomsten op het terrein van kwaliteit te meten, uitkomsten die het management in veel gevallen zelf ook wil weten om daarmee hun organisatie beter te kunnen besturen.

59

Wanneer zullen «meten met, implementeren en evalueren van de indicatoren verantwoorde zorg» van start gaan?

Het meten met de indicatoren en daardoor implementeren van de indicatoren is gestart met ingang van dit jaar. In juni 2008 verschijnen de resultaten in het jaardocument maatschappelijke verantwoording.

60

Kan de staatssecretaris aangeven in hoeverre zij het rapport van het ministerie van VROM «Brandveiligheid bij zorginstellingen» betreft bij het onderdeel veiligheid?

Op 5 april 2007 (Tweede Kamer 2006–2007, 26 956, nr. 48) heb ik uw Kamer geïnformeerd over de stand van zaken rond de brand(on)veiligheid in de zorgsector. Op basis van een quick scan van het College bouw zorginstellingen ben ik tot de conclusie gekomen dat de brandveiligheid in de

zorgsectoren niet in alle gevallen op orde is. Ik heb uw Kamer toegezegd u zo spoedig mogelijk te informeren over mijn vervolgstappen. Ik verwacht u in oktober over deze vervolgstappen te kunnen informeren. Bij deze vervolgstappen betrek ik eveneens de eerder verschenen rapportages van TNO (februari 2003), Inspectie VROM (juni 2004) en IGZ (april 2004) over brand(on)veiligheid.

63

Heeft de staatssecretaris steun van andere departementen (VROM en EZ) als het gaat om het plan om het gebruik van ICT en domotica te vergroten? Bevordert de staatssecretaris het inschakelen van Europese gelden als het gaat over de stimulering van de toepassing van ICT en domotica?

Conform de doelstelling in het Coalitieakkoord werken VWS en VROM-WWI nauw samen om generatiebestendige wijken met geschikte woningen voor ouderen en servicepunten te bevorderen. In dat kader wordt ook aandacht besteed aan het stimuleren van het gebruik van ICT en domotica.

EZ is de coördinator van het Actieprogramma Maatschappelijke sectoren en ICT (M&ICT) waarin zes departementen samenwerken. Dit programma loopt van 2005 tot 2010 en beschikt over een budget van € 80 miljoen. Een van de onderdelen van het Actieprogramma is het helpen aanpakken van maatschappelijke vraagstukken in de sector zorg door een beter gebruik van ICT. Dat gebeurt door te stimuleren dat succesvolle, kleinschalige ICT-toepassingen die het niet zonder steun redden (systeemfalen) breed binnen de keten of sector worden gebruikt (opschalen).

In Europees verband neemt Nederland deel aan het EU Kaderprogramma voor Onderzoek en Ontwikkeling (KP7). In dit programma is een aantal nieuwe elementen opgenomen waaronder artikel 169-initiatieven. Er zijn vijf initiatieven aangekondigd waaronder een gemeenschappelijk onderzoeks- en ontwikkelingsprogramma «Ambient Assisted Living» (AAL). Het AAL-programma is gericht op de behoeften van een vergrijzende bevolking, in het bijzonder door gebruik te maken van de mogelijkheden die informatie- en communicatietechnologieën bieden. De Europese Gemeenschap zal aan het AAL-programma deelnemen met een financiële bijdrage van € 150 mln voor de periode 2008–2013. Het Nederlandse aandeel is € 6,9 mln.

Recent zijn u hierover twee BNC-fiches toegestuurd: Richtlijn verbetering Leefkwaliteit ouderen (COM(2007)329) en Mededeling Actieplan 2010 (COM(2007)332).

65

In hoeverre wordt de positie van verzorgenden versterkt door het onderbrengen onder artikel 3 van de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg? Wat zijn de overwegingen van de staatssecretaris hierbij?

Momenteel wordt bekeken welke wijzigingen in de Wet BIG doorgevoerd zouden moeten worden op basis van de evaluatie van de Wet. In deze exercitie wordt op basis van de evaluatie de criteria voor toetreden tot artikel 3 en artikel 34 bekeken. Verzorgenden niveau 3 (hierna kortweg verzorgenden) zijn momenteel wettelijk geregeld ex artikel 34. Na de besluitvorming rond de wijzigingen van de criteria zal de positie van de verzorgende in de Wet BIG nader worden bekeken. Overwegingen die rond de positionering een rol spelen zijn onder meer transparantie in de verantwoordelijkheid van verzorgenden en mogelijke administratieve lasten bij een omvangrijke registratie.

66

Kan de staatssecretaris aangeven wat «goede voorbeelden» zijn op het gebied van afspraken tussen instellingen en ROC'S?

Er zijn regio's zoals in Amsterdam, waar tussen zorgaanbieders en de ROC's continu overleg is over de invulling van het onderwijs. Dit betekent dat zorginstellingen samen met het ROC bepalen wat de belangrijkste invulling van de opleiding moet zijn, bijvoorbeeld of het meer een verzorgend karakter of meer een pedagogisch karakter moet krijgen. Deze vormen van samenwerking wil ik verder stimuleren. Op dit moment spelen regiocoördinatoren op het terrein van de arbeidsmarkt hierin ook al een rol. Bij deze initiatieven zal ik aansluiten.

67

Op welke manier gaat de staatssecretaris «goede voorbeelden op het terrein van het vergroten van de echte contacturen tussen cliënt en verzorgende/verpleegkundige» verspreiden?

Ik ben bezig samen met de brancheorganisaties en de beroepsorganisaties om een implementatieagenda te maken voor dit onderwerp.

68

Moeten er aanpassingen plaatsvinden aan de opleidingsstructuren om tot voldoende plaatsen te komen?

Als bedoeld wordt dat de opleidingsstructuren moeten veranderen om tot meer stageplaatsen te komen is het antwoord vooralsnog «neen». Ook zijn er niet meer opleidingsplaatsen nodig. Vooral het rendement van de opleidingen moet hoger worden door tussentijdse uitval te verminderen. Meer stageplaatsen zullen naar verwachting leiden tot minder uitval tijdens de opleiding. Over het stagefonds zijn de minister en ik in overleg met de sociale partners. De verdere uitwerking hiervan hopen wij bekend te kunnen maken in het plan van aanpak arbeidsmarkt van VWS dat dit najaar naar de Tweede Kamer wordt gezonden.

69

Kan de staatssecretaris voorbeelden geven van nieuwe instrumenten van personeelsbeleid in de zorg?

Personeelsbeleid is primair de verantwoordelijkheid van instellingen zelf. Voor de zorg is het van belang dat instellingen dat nieuw personeel wordt aangetrokken en dat het bestaande personeel wordt behouden. Een belangrijk uitgangspunt hierbij is leeftijdsbewust personeelsbeleid. Hierbij kunnen als voorbeelden dienen, mogelijkheden voor flexibel roosteren, flexibele kinderopvang, maatregelen gericht op het vergroten van de carrièreperspectief zoals doorstroom en scholing. Bij werving zou er meer aandacht kunnen komen voor specifieke groepen zoals allochtonen, ouderen of mensen aan de onderkant van de arbeidsmarkt.

70

Op welk termijn denkt de staatssecretaris aanpassingen aan te brengen in zowel de inhoud van zorgopleidingen als aan de eindtermen van curricula?

Het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (OCW), de werkgevers en de beroepsorganisaties bepalen in tripartite overleg de opleidingsprofielen met eindtermen/competenties van de primaire opleidingen op MBO-niveau. Ik ben daarin geen partij. VWS speelt wel een rol bij de opleidingsvereisten voor beroepen die in het kader van de Wet BIG worden geregeld.

71

Wanneer informeert de staatssecretaris de Kamer over het onderzoek naar de ervaringen over administratieve lasten? Op welk termijn acht de staatssecretaris het mogelijk hierop vooruitgang te boeken?

Op 28 augustus heb ik het plan van aanpak administratieve lasten AWBZ overhandigd aan de sector. Tevens heb ik dit plan van aanpak op deze dag naar de Tweede Kamer gestuurd.

72

Op welke concrete gebieden wil de staatssecretaris de professionalisering van verpleegkundigen en verzorgenden stimuleren? Hoort hier ook structurele aandacht bij voor het tijdig screenen en behandelen van ondervoeding en decubitus?

Professionaliteit van de medewerker hangt sterk samen met de uitkomsten van de kwaliteit zoals omschreven in de indicatoren voor verantwoord zorg. Kwaliteit en professionaliteit stimuleer ik onder meer samen met de branche-, beroeps- en cliëntenorganisaties en natuurlijk met de IGZ en ZonMw via www.zorgvoorbeter.nl. Daar zijn ondervoeding en decubitus belangrijke onderwerpen. Extra aandacht voor dit onderwerp en nieuwe initiatieven zullen dit najaar vorm worden gegeven.

73

Hoeveel financiële ruimte is er bij het aantrekken van extra medewerkers voor scholing? Wanneer wordt het stagefonds actief?

Over het stagefonds zullen de minister en ik overleggen met de sociale partners. Wij willen het stagefonds met ingang van 2008 in werking laten treden maar dat is afhankelijk van dit overleg.

Het fonds biedt mogelijkheden voor extra begeleiding bij stageplaatsen binnen de zorginstellingen. De financiële verantwoordelijkheid voor personeel bij de initiële opleidingen is de verantwoordelijkheid van de minister van OCW.

74

De staatssecretaris wil de professionaliteit vergroten. Hoe gaat u dit regelen en meten dat deze vergroot is?

Ik ga in samenspraak met relevante partijen zoals beroeps- en brancheorganisaties een plan maken om de professionaliteit te vergroten. Hierbij speelt het stimuleren van de dialoog een grote rol. De effecten hiervan moeten uiteindelijk zichtbaar worden in de uitkomsten van de indicatoren voor de kwaliteit van zorg (zie ook antwoord op vraag 22).

75

Bij het stimuleren van de professionalisering wil de regering aandacht voor dialoog. Wil de staatssecretaris er zorg voor dragen dat dialoog onderdeel wordt van het verpleegplan en dat teamoverleg, scholing en gesprekken met cliënten onderdeel gaan uitmaken van de werktijd en als zodanig hoort bij het werk van de zorgprofessionals en dus betaalt moet worden als zijnde productie?

Met uw vraag gaat u uit van de aanname dat ik met dialoog doel op het hebben van teamoverleg, werkoverleg en het voeren van gesprekken met bewoners. Deze vormen van gesprek met elkaar zijn goed ingeburgerd in de zorg. De vorm van dialoog waarop ik in mijn brief doelde is gesprek binnen een zorgteam in de vorm van intervisie of moreel beraad. Tijd voor het zorgteam om met elkaar te praten over moeilijke keuzes, cliënten met complexe zorgproblemen, aangrijpende gebeurtenissen. Het is niet nieuw

in de zorghuizen maar is zeker geen ingeburgerd instrument. De ervaring leert wel dat onderling gesprek de kwaliteit van de zorg verbeterd, de draagkracht van de verzorgende en onderlinge steun ook vergroot.

76

Kan de staatssecretaris aangeven op welke manier er gezorgd gaat worden dat er structureel 5000–6000 extra medewerkers aan het werk gaan in zorghuizen? Welke financiële middelen zijn hiermee gemoeid? De 5000 tot 6000 extra mensen zijn waarschijnlijk niet genoeg. Hoe en binnen welke tijd gaat de regering er voor zorgen dat er voldoende zorgpersoneel in de sector aanwezig is? Kan de staatssecretaris aangeven hoe de 5000–6000 extra medewerkers over de sector dienen te worden verdeeld? Wordt hierbij bijvoorbeeld de indicatie/normering van instellingen betrokken? Is er voor de 5000–6000 extra medewerkers wel voldoende aanbod? Is er tot een extra aanbod van personeel te komen door uitbreiding van het aantal uren dat parttimers nu werken? Zo ja, is hier een schatting van te geven?

Over de inzet van financiële middelen voor mijn voornemens uit het plan zorg voor ouderen: om de kwaliteit van bestaan informeer ik u op prinsjesdag. Het werven van extra mensen en het vergroten van de inzet van het huidige personeel kan ik alleen maar uitvoeren in samenspraak met werkgevers en werknemers. Op dit moment ben ik dan ook in gesprek met de werkgevers en werknemers over het arbeidsmarktplan, hierover zal ik u in najaar nader berichten.

78

Kan de staatssecretaris aangeven hoe de ambitie 5000–6000 extra voltijds eenheden verplegend en verzorgend personeel en de voorwaarde dat het aantal uren feitelijke zorg per jaar met 1% stijgt in de praktijk wordt verenigd? Wordt hierbij de doelstelling van administratieve lastenverlichting in acht genomen?

Ik zie geen tegenstrijdigheid in deze ambities. De inspanning die de sector moet plegen richt zich op het verbeteren van de interne organisatie waardoor medewerkers ook daadwerkelijk 1% extra tijd aan de zorg kunnen besteden. Deze verhoging van de contacturen sluit goed aan bij de doelstelling over administratieve lasten, het verminderen van interne administratieve processen kan er al voor zorgen dat medewerkers feitelijk meer uren zorg bieden. Dit staat naast het streven om het aantal voltijds-eenheden medewerkers in de zorghuizen te vergroten.

79

Kan de staatssecretaris aangeven hoe zij de indicatie van zorgverleners vorm wil geven? Hoe verhoudt de meetbaarheid van resultaten op dit vlak zich tot het doel van de administratieve lastenverlichting? Welke andere dan financiële gevolgen zouden aan een slechte indicatie worden verbonden? In hoeverre zijn deze oplossingsgericht?

Uw vraag is op twee manieren te lezen, als u vraagt naar de verbetering van de indicatiestelling dan verwijs ik voor mijn antwoord naar vraag 10. Aangezien u ook over meetbaarheid spreekt, vraag ik me af of ik voor indicatie prestatie moet lezen? In dat geval verwijs ik u naar vraag 6 over belonen van kwaliteit.

81

Hoe wordt het leveren van goede kwaliteit beloond?

Ik onderzoek, samen met relevante partijen zoals de Nza en de branche-organisaties, op welke wijze ik goede kwaliteit kan belonen. Zie hiervoor ook mijn antwoord op vraag 6.

Wat kan een zorgverlener concreet als positieve beloning tegemoet zien voor het leveren van goede kwaliteit?

Een zorgverlener als individu zal geen concrete beloning krijgen. De beloning zal zijn dat het leveren van goede kwaliteit van zorg zichtbaar is, dat daardoor het aanbod van nieuwe cliënten groot is en de aanwezige bewoners tevreden zijn. Kortom, dat je als medewerker werkt in een zorginstelling waar je trots op kunt zijn en waardoor het werk plezieriger is.