

Vergaderjaar 2006–2007

30 800 XVI

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

Nr. 146

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 31 mei 2007

Mijn eerste periode als staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heb ik gebruikt om intensief met de langdurige zorg kennis te maken. Ik zie veel overeenkomsten tussen de verschillende sectoren. Waar mogelijk wil ik een zo breed mogelijk aanpak. Soms is een meer specifieke inzet gewenst. Het beeld van de verpleging en verzorging is vaak negatief. Dat is zeker de afgelopen periode zo geweest. Ik denk dat er genoeg redenen zijn voor een positief oordeel. Ter uitwerking van de afspraken uit het coalitieakkoord richt ik me daarom in dit plan specifiek op de verpleging en verzorging.

Het SCP-rapport *Verschillen in verzorging*¹ laat zien dat het niveau van formele zorg relatief hoog is in Nederland in vergelijking met andere Europese landen. Wij doen een relatief groter beroep op betaalde en professionele zorg dan in veel andere landen in vergelijkbare omstandigheden. Dat betekent ook dat relatief veel mensen met formele zorg te maken krijgen en de effecten daarvan ervaren.

Ik heb met veel zorgverleners en cliënten kunnen spreken om mij een beeld te kunnen vormen. De betrokkenheid en inzet van medewerkers bij hun werk in deze sector is groot. Ik heb een grote variatie gezien aan manieren waarop zorg wordt verleend en ben me ervan bewust dat er tal van goede voorbeelden in de sector zelf te vinden zijn. Voorbeelden die aangeven hoe je zorg zo kan organiseren dat deze echt aansluit bij wat cliënten als belangrijk ervaren en die recht doen aan de professionaliteit van de medewerkers. Tegelijkertijd wil ik niet weglopen voor de problemen die deze sector ook kent.

«Veel zaken gaan in het proces verkeerd. 80% van de werkdruk komt door gebrek aan goede logistiek op de werkvloer.» (bezoek aan Isala ouderenzorg, 25 april 2007)

¹ SCP, *Verschillen in verzorging*. Den Haag: april 2007.

Deze ervaringen hebben mij gesterkt in de visie dat er een omslag nodig is in het denken van de wereld van het beleid naar de wereld van de

cliënt. We moeten weg van de zakelijke benadering dat een cliënt een beperking ervaart, recht op zorg claimt en dit vervolgens gaat verzilveren. Dit is een benadering waarbij de overheid het proces probeert de beheersen in termen van indicaties, protocollen of eindeloze verantwoordingsvragen. Een dergelijke benadering stimuleert calculerend gedrag van burger én aanbieder. Het «recht op» lijkt bijna belangrijker dan de feitelijke invulling van de zorg.

Een cliënt is op zoek naar kwaliteit van leven. Ik ben ervan overtuigd dat goede zorg vorm kan krijgen in een relatie tussen klant en professional die gebaseerd is op vertrouwen. Meer tijd voor daadwerkelijk contact tussen cliënt en professional kan onevenredig bijdragen aan kwaliteit. Daar wil ik dan ook in investeren. De cliënt zal binnen deze relatie de ruimte krijgen om keuzes en wensen kenbaar te maken en hierover in gesprek te gaan. Daarnaast zal de professional de ruimte krijgen om vanuit zijn kennis en kunde de goede zorg te bieden. De daadwerkelijke zorgverlening krijgt vorm in deze dialoog tussen cliënt en professional. De overheid moet er vertrouwen in hebben en de ruimte geven om een dergelijke relatie in te vullen en tegelijkertijd zorgen voor basale waarborgen voor de kwaliteit van zorg. Hiertoe is door de sector al een grote stap gezet door het formuleren van een eigen breed gedragen visie en een indicatorenset voor kwaliteit. Een belangrijke stimulans om kwaliteit te borgen is de beloning van goede kwaliteit. Aandacht voor kwaliteit mag niet meer vrijblijvend zijn maar moet in de kern van het zorgproces verankerd zijn. Vertrouwen is niet vrijblijvend, maar schept verwachtingen. Wie het vertrouwen schaadt, dient daar dan ook scherp op aangesproken te worden. Dat is de kern van mijn inspanningen voor de komende periode.

Met deze brief leg ik u mijn visie en acties voor om de kwaliteit van leven te vergroten voor de cliënten van zorghuizen. Geïnspireerd door de sector zelf spreek ik over zorghuizen. De grens tussen verzorgen en verplegen is in de dagelijkse praktijk niet meer zo absoluut en vraagt om een aanpassing in terminologie. Deze term doet mijn inziens beter dan verpleeg- en verzorgingshuizen recht aan de huidige diversiteit van de cliënten in deze huizen.

Kwaliteit van Leven als uitgangspunt

«de cliënt vraag nooit wie zijn dokter is, maar wil wel weten of er mogelijkheden zijn om zijn woonruimte te verbeteren» (bezoek aan Parc Imstenrade, 2 mei 2007)

Het meest fundamentele dat we kunnen doen voor mensen die zorg nodig hebben is oog hebben voor hun kwaliteit van leven. Kwaliteit van leven gaat om een verzorgd lichaam, comfortabele leefomstandigheden, (sociale) participatie en mentaal welbevinden. We spreken vaak over de zorg vanuit de Haagse wereld van bureaucratie en regels en vergeten wel eens dat de bewoner of cliënt hier geen verbinding mee heeft. Zijn of haar referentiekader is de kwaliteit van zijn eigen bestaan. Ik wil zoveel mogelijk aansluiten bij de leefwereld van de cliënt en zijn behoeften en taal. Voor een cliënt staat wonen en comfort, een veilige omgeving met personeel dat oog heeft voor zijn noden en goede zorg waar die dat nodig heeft voorop. Een cliënt mag geen last hebben van complexe organisatorische processen. Een cliënt wil wel de mogelijkheid hebben om keuzes te maken. Om die manier van zorg te zoeken die het best bij hem past bijvoorbeeld qua woonruimte, qua mogelijkheden voor activiteit of qua denominatie.

Om de aandacht voor het individu in de zorg en de kwaliteit van leven te vergroten zie ik een aantal mogelijkheden, die ik in deze brief verder uitwerk. Ik realiseer me dat veel hiervan invulling moet krijgen in de relatie tussen cliënt en zorgverlener. De invloed van de overheid hierop is

beperkt. Ik zal hiervoor dan ook nadrukkelijk de verdere samenwerking met de zorgverleners, de cliënten en de zorgaanbieders zoeken om mijn acties verder vorm te geven. Ik richt me hierbij op de termijn van 2007 tot en met 2011 met een doorkijk naar 2015. Ik doe dat in de wetenschap dat niet alle veranderingen morgen zichtbaar zullen zijn.

Kwaliteit van Wonen en zorg

*«we zijn sterk gericht op het zorgen voor en niet op het wonen en welzijn»
(bezoek aan Vitalis Zorggroep, 2 mei 2007)*

Keuze in wonen

Door meer variatie in woonvormen te stimuleren wordt de keuzevrijheid van cliënten vergroot. Cliënten en toekomstige cliënten zijn bepalend in de situering en vormgeving van hun huisvesting. Nieuwe concepten van wonen en verblijven moeten worden ontwikkeld, rekening houdend met variatie in inkomen. Bestaande en nieuwe innovatieve manieren waarop wonen in combinatie met zorg invulling krijgen moeten breder worden toegepast¹. Het bouwen van kleinschalige projecten zowel in de woonsector als in de instellingssetting is onontbeerlijk. De ontwikkeling van een volledig pakket thuis in de Awbz-zorg geeft meer mogelijkheden om op andere plaatsen verpleeghuiszorg te ontvangen. Deze ontwikkelingen wil ik de komende periode stimuleren. Hierbij wil ik ook nadrukkelijk aandacht besteden aan de toepassing van ICT en domotica. Domotica moet meer worden toegepast daar waar het zelfstandig wonen van ouderen ondersteunt en kwaliteit van leven vergroot. Dat neemt niet weg dat er ook aandacht moet blijven voor de klassieke zorghuizen. Ik wil geen nieuwe dogma's creëren, cliënten moeten ook de mogelijkheid blijven houden om in een zorghuis te wonen als ze dat willen.

Ik wil een verbetering brengen in de keuzevariatie van wonen van cliënten. Ter illustratie, in 2005 kende Nederland ongeveer 193 000 mensen met dementie en waren er 4 442 plaatsen kleinschalig wonen voor mensen met dementie op 349 verschillende locaties. Naar verwachting zal, met de uitvoering van de bestaande plannen, het aantal plaatsen groeien tot 10 800 in 2010². Ter vergelijking, naar schatting zullen er in 2010 207 000 mensen met dementie in Nederland zijn. Dit betekent een stijging van duizend plaatsen per jaar. Hiermee is de ambitie zoals gesteld in de brief «vergrijzing in het integrale ouderenbeleid» gehaald. Om de toenemende vraag naar zorg voor mensen met dementie te kunnen beantwoorden en het keuze aanbod te blijven vergroten wil ik een intensivering van de omslag naar kleinschalig wonen. Mede gelet op de demografische ontwikkeling zouden in de periode 2008–2011 voor 6000 mensen woonplaatsen moeten worden gerealiseerd, ofwel voor ongeveer 1500 mensen per jaar. Het realiseren van 1500 plaatsen per jaar betekent een forse versnelling ten opzichte van de huidige situatie.

Acties:

- Ik wil initiatieven op het terrein van wonen en zorg stimuleren, m.n. het realiseren van voldoende toegankelijke woningen (nultredenwoningen) voor mensen die langdurig zorg nodig hebben en servicepunten voor wonen, zorg en welzijn. Deze inspanningen dragen bij aan het generatiebestendig maken van wijken.
- Ik start een stimuleringsregeling ten behoeve van de zorgsector waarmee de totstandkoming van kleinschalig wonen en de mogelijkheden van kleinschalig zorg kunnen versnellen.
- Ik stimuleer de toepassing van ICT en domotica om daarmee het mogelijk te maken dat ouderen zo zelfstandig mogelijk kunnen blijven wonen met behoud van kwaliteit van leven.

¹ Hiermee geeft ik tevens een reactie op de motie Kant (TK 30 800 XVI, nr. 87).

² Bron is kenniscentrum kleinschalig wonen bij het IWZ.

- Om kleinschalige voorzieningen voor zwaar verblijf te stimuleren, zal ik de grens voor bouwen buiten het bouwregime optrekken van 12 naar 24 plaatsen, voor lichter verblijf zal de grens van 25 naar 50 verlegd worden. Hiermee wordt het eenvoudiger voor instellingen om relatief eenvoudig kleinschalige initiatieven – ook van wat grotere omvang – te realiseren. Een en ander vooruitlopend op het afschaffen van het bouwregime op het moment van invoering van integrale tarieven (thans voorzien 2009).

Privacy

«de verzorgende is gast in het huis van de cliënt of dit nu thuis is of in een zorghuis» (bezoek aan Grubbeveld, 2 mei 2007)

Privacy is een belangrijk kwaliteitselement van wonen. Vooral voor die mensen die in een verpleeghuis wonen. Ik wil dat in 2010 iedereen die in een zorghuis wil verblijven de keuze heeft om in een éénpersoonskamer te wonen. Dit vraagt een intensief traject om de afbouw van 16 200 plaatsen op kamers voor meer dan twee personen naar nul te realiseren. Een beperkte hoeveelheid tweepersoonskamers zal nodig blijven, omdat mensen bijvoorbeeld samen met hun partner willen wonen of omdat ze, vanwege hun ziektebeeld, het angstig vinden alleen op een kamer te zijn.

Acties:

- Ik start een intensief uitvoering- en monitorprogramma met als doel dat ultimo 2010 verpleeghuizen¹ niet meer beschikken over kamers voor meer dan twee personen.
- Aan de toelating van deze instellingen zal ik een voorschrift verbinden dat zij deze doelstelling eind 2010 moeten hebben bereikt. Als zij deze doelstelling niet behalen wordt de toelating ingetrokken.

Integrale aanpak zorgvragen

«lokale samenwerking is essentieel om de zorg in kleinschalige woonvormen in stand te kunnen houden, ook in kleinere woonkernen» (Regionale conferentie 2 mei 2007)

Cliënten hebben het gevoel dat ze van het kastje naar de muur worden gestuurd voor hun vragen of dat ze meerdere keren hetzelfde verhaal moeten vertellen. Klachten bijtijds signaleren en ze daardoor effectiever aan kunnen pakken draagt er aan bij dat mensen lichtere vormen van zorg kunnen gebruiken en dat ze beter of langer zelfstandig kunnen wonen. Chronisch zieken en ouderen met complexe problemen hebben vaak met veel verschillende zorginstellingen, instanties en professionals te maken. Dat begint al bij de indicatiestelling, maar loopt ook door in de feitelijke zorgverlening en de variëteit aan zorgverleners die daarbij betrokken kunnen zijn. Voor de indicatiestelling wil ik in een aantal gemeenten pilots opzetten om te bezien of wijkverpleegkundigen en huisartsen indicaties kunnen gaan stellen om zo het proces van indicatiestelling te vereenvoudigen.

Ik wil bewerkstelligen dat ketenzorg en netwerkzorg beter tot stand komen. De verantwoordelijkheid voor de samenhang in de zorg die verschillende zorgaanbieders leveren is op dit moment niet duidelijk geregeld. Er zijn daardoor onvoldoende waarborgen dat de aansluiting tussen zorgaanbieders goed verloopt.

Bouwstenen voor de aanpak van ketenzorg liggen er. Het landelijk dementieprogramma heeft ons in de voorbije jaren houvast gegeven hoe samenhang in de zorg beter vorm krijgt, onder andere door te experimen-

¹ In afwijking van het woord zorghuizen spreek ik hier over verpleeghuizen. Verzorgingshuizen kennen immers geen kamers voor meer dan twee personen.

teren met regionale netwerken waarin partijen samen verantwoordelijk zijn voor goede zorg.

Daarnaast wil ik een verbinding tussen een geïntegreerde eerstelijns en kleinschalige woonvormen in de wijk bewerkstelligen waardoor zorg direct toegankelijk en cliëntgericht is. Tegelijkertijd is de aanwezigheid van eerstelijnsvoorzieningen van belang om kleinschalig wonen in de wijk tot een succes te maken. Met geïntegreerde eerstelijns bedoel ik in dit verband zorg waarbij alle eerstelijnsvoorzieningen (o.a. huisarts, thuiszorg, fysiotherapie) een gezamenlijk aanspreekpunt vormen voor alle zorg- en ondersteuningsvragen. Dit aanspreekpunt maakt deel uit van de in het Coalitieakkoord genoemde «servicepunten» in de wijk en draagt bij aan het generatiebestendig maken van wijken. Door te kiezen voor inzet op geïntegreerde eerstelijnszorg met daarnaast een directere sturing op de uitbreiding van het aantal kleinschalige woonvormen worden cliënt en professional op meerdere fronten bediend. De keuzemogelijkheden nemen in aantal toe, werkerreinen van professionals verplaatsen zich naar de wijk, de mogelijkheden om cliënten in een samenhangende zorgketen te nemen in diens thuissituatie vergroten. Om zowel samenhang in de zorg als een geïntegreerde eerstelijns te bewerkstelligen zal ik het volgende ondernemen:

Acties:

- Start van pilots met indicatiestelling door huisartsen en wijkverpleegkundigen.
- Ontwikkelen van indicatoren voor ketenzorg.
- Ik start een programma ouderenzorg. Doel van dit programma is samenhang in de ouderenzorg stimuleren en kennis vergaren en verspreiden. Onderdeel van dit programma is het invoeren van vormen van en (multidisciplinaire) richtlijnen voor ketenzorg in de zorg voor ouderen met meerdere aandoeningen (geriatrie) en voor mensen met dementie.
- Uitvoeren van pilots ketenzorg voor mensen met depressie in de langdurige GGZ.
- Onderzoeken van de mogelijkheden om de functie van huisarts ten bate van geriatrie te vergroten, bijvoorbeeld door verdere verbinding te leggen tussen huisartsen en verpleeghuisartsen.

Kwaliteit van zorg

«Cliënten moeten instrumenten in handen krijgen om te kunnen kiezen voor goede zorg» (Reis door de keten, 4 april 2007)

Keuze-informatie en transparantie

Cliënten hebben zelf vaak ideeën over wat zij willen als ze in een zorghuis komen. Verschillen in religie, achtergrond en smaak leiden ertoe dat mensen ook andere keuzes maken en willen kunnen maken. Veel van die keuzes hebben, zeker in deze sector, vaak te maken met welzijnsaspecten en misschien wel minder met de feitelijke zorg. Een goed overzicht om cliënten te helpen keuzes te maken heeft een grote meerwaarde. Cliënten gaan er tot nu toe vaak noodgedwongen vanuit dat de zorg en het wonen overal hetzelfde is. Tot nu toe kunnen cliënten alleen een keuze maken op basis van informatie over feitelijkheden (zgn. etalagemateriaal). In de zomer van 2008 zal van alle verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen ook informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg beschikbaar zijn. Deze informatie is openbaar via Kiesbeter.nl. De informatie is gebaseerd op klantervaringen en op medische indicatoren. Op basis van deze informatie kan een cliënt beter in staat zijn zich een oordeel te vormen over de zorgaanbieder en dat oordeel bij zijn keuzes te betrekken.

Veiligheid

Een cliënt is zeker geïnteresseerd in de kwaliteit van zorg. De vraag of de zorg veilig is, die stelt een cliënt zich niet. Cliënten gaan er vanuit dat de zorg veilig is, dat ze de goede medicijnen krijgen, dat ze voldoende eten&drinken krijgen en geen doorligwonden. Hier zit op dit moment het zwakke punt van de zorg, cliënten kunnen niet rekenen op veilige zorg. De aandacht hiervoor groeit. Dat komt omdat we kunnen laten zien hoe het eruit ziet en ook hoe het anders kan. Het beeld dat in 2008 op basis van de indicatoren voor verantwoorde zorg gegeven kan worden over de kwaliteit van de zorg draagt hieraan bij. Ook het verspreiden van goede voorbeelden via Zorg voor Beter vergroot het zicht op de mogelijkheden om veilige zorg te kunnen leveren. Ik wil er naartoe dat het vanzelfsprekend is dat een cliënt geen schade kan ondervinden aan de zorg.

Ik wil ervoor zorgen dat de verbetering en ontwikkeling van kwaliteit- en veiligheid permanent geborgd is. Dit betekent

- verzamelen van keuze-informatie over de kwaliteit van zorg;
- transparant maken van de uitkomsten van de zorg op het terrein van beleving en zorginhoudelijke kwaliteit;
- borging van veiligheidsbeleid in zorginstellingen;
- aandacht voor veiligheid en kwaliteitsthema's in het onderwijs.

Acties:

- Meten met, implementeren en evalueren van de indicatoren verantwoorde zorg.
- Verdere verspreiding van kennis over werken aan kwaliteit.
- Implementeren van een hitteplan in de zorghuizen.

Kwaliteit van werk

«de medewerker wil maar één ding en dat is erkenning voor zijn inzet en zijn kwaliteit» (bezoek aan Solis zorggroep, 26 april 2007)

Herstel relatie cliënt en professional

De zorgprofessional is zijn positie als deskundige kwijt geraakt. De zorg is het domein van managers geworden, zo beleven de professionals het. Hierbij is het beeld dat van een bureaucratische manager die niet gericht is op het welbevinden en de kwaliteit van werk van de professionals; hetgeen geen schets is van iedere manager. De professionals voelen zich als gevolg van die positie bedolven onder regelgeving en bureaucratie. De aandacht en zorg voor de cliënt op basis van hun kennis en kunde is ondergeschikt gemaakt aan het voldoen aan regels. Verantwoording over het niveau van kwaliteit van geleverde zorg en de uitkomst daarvan schiet er al helemaal bij in. Mijn indruk is dat professionals zich wel willen verantwoorden over de kwaliteit die ze leveren. Daarnaast willen ze dan hun sturingsmacht op die kwaliteit van zorg terug. Bovendien willen ze hun positie terug als vertrouwenspersoon van de cliënt, de ruimte voor het ontwikkelen van een goede zorgrelatie tussen cliënt en professional moet er weer zijn.

«Het is belangrijk met elkaar in contact te zijn over wat je bezig houdt of het nu om een structureel tekort aan pantykousjes of het overlijden van een bewoner gaat. Uit dit soort ervaringen haal je verbeteringen» (Kick off bijeenkomst Werkvloer Centraal, 22 mei 2007)

De mogelijkheid van zorgprofessionals om te reflecteren op hun werk, om kennis en kunde met collega's te delen is een deel van het werk en moet hersteld. Het viel mij op dat veel gebeurt omdat het nu eenmaal zo gaat, niet omdat het goed is voor die ene cliënt. Een verandering in werkhou-

ding is nodig. Dat kan niet zonder reflectie van medewerkers zelf, maar ook niet zonder een gesprek tussen professional en management. Ik wil dat de professional het werk kan doen waar ze goed in zijn en voor opgeleid zijn: in contact staan met de cliënt en samen de zorg vorm geven. Meer zorg en minder regeldruk zijn hiervoor een vereiste. Daarom maak ik het mogelijk extra mensen aan te trekken door hiervoor een financiële impuls te geven. De financiële ruimte zal er zijn om 5000–6000 extra medewerkers aan te trekken. Dit wel onder de voorwaarde dat er meer uren aan de directe zorgverlening worden besteed.

Tegelijkertijd is er met regelmaat kritiek op deze zorgmedewerker. De indruk is gewekt dat de zorgmedewerker de kennis ontbeert om goede zorg voor bijvoorbeeld mensen met dementie te bieden. Dit beeld van een onvoldoende geschoolde zorgmedewerker die vervolgens te weinig tijd krijgt om zijn werk goed te doen moet zich keren. Om dit te bereiken is het van belang dat er vertrouwen in de professional is en dat alle betrokkenen dit uitdragen en daarvoor de voorwaarden creëren, zoals nieuwe instrumenten van personeelsbeleid. Dit kan ook betekenen dat aanpassingen in de opleiding noodzakelijk zijn.

Daarom acht ik het van belang om:

- aansluiting tussen opleiding en praktijk van de werkvloer verbeteren;
- de beroepstrots te vergroten door te werken aan professionaliteit.

Acties:

- Ik wil de komende jaren ongeveer 5000–6000 extra verpleegkundigen en verzorgenden aan kunnen laten trekken. Ik wil zorgaanbieders stimuleren om meer werk te maken van de inzet van medewerkers in de directe zorgverlening door dit als voorwaarde te verbinden aan deze impuls voor de sector te verbinden.
- Met mijn collega's van Onderwijs, Cultuur & Wetenschappen treed ik in overleg over een betere betrokkenheid van het zorgveld bij de eindtermen in de curricula van de opleidingen om deze optimaal te laten aansluiten bij de ontwikkelingen in de sector.
- Ik wil stimuleren dat er tussen instellingen en regionale onderwijscentra (ROC's) afspraken worden gemaakt over de inhoud van de opleidingen. Goede voorbeelden die er zijn moeten verspreid worden.
- Ik wil de professionalisering van verpleegkundigen en verzorgenden stimuleren. Aandacht voor dialoog op de werkvloer binnen het zorgteam en aandacht voor dialoog tussen het zorgteam en cliënten is van belang. In overleg met partijen wil ik dit specifieke thema uitwerken en toetsen of dit bijdraagt aan de professionalisering van verpleegkundigen en verzorgenden.
- Daarnaast wil ik vanuit het perspectief van van versterking van hun professionele positie bezien of het brengen onder artikel 3 van de wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg van verzorgenden wenselijk en mogelijk is.
- Op kleine schaal vindt een onderzoek naar de op de werkvloer ervaren administratieve belasting plaats. Mede op basis van de resultaten daarvan, zal ik bezien hoe best practices op het terrein van het verkleinen van de administratieve last voor uitvoerend zorgpersoneel verspreid kunnen worden.
- Ik zal goede voorbeelden op het terrein van het vergroten van de echte contacturen tussen cliënt en verzorgende/verpleegkundige verspreiden.
- Ik stimuleer de toepassing van ICT en domotica met als doel de inzet van zorgmedewerkers op administratieve lasten beperken en het werk doelmatiger maken.

Belonen van kwaliteit

*«De kwaliteit van de medewerker bepaalt de kwaliteit van de zorg»
(bezoek aan Grubbeveld, 2 mei 2007)*

Aandacht voor kwaliteit mag niet meer vrijblijvend zijn maar moet in de kern van het zorgproces verankerd zijn. Wie het goed doet, moet dat terug kunnen zien. Waar de zorg niet goed is, moet er een stimulans zijn om het beter te gaan doen. Structureel ondermaats presteren moet consequenties hebben.

Het is het resultaat dat telt, niet het proces en zeker niet het papieren proces. Zorg moet cliëntgericht zijn en van voldoende kwaliteit. Dat bepaalt of zorgaanbieders goed functioneren. Zorgaanbieders moeten de ruimte hebben om hun zorg zo te kunnen organiseren dat zij dergelijke resultaten kunnen halen. Daarnaast moet ons systeem stimuleren dat dergelijke resultaten geleverd kunnen worden. In ultimo betekent dat dat een zorgverlener positief beloond worden voor het leveren van goede en veilige zorg. Goede instellingen zullen tot voorbeeld worden genomen. Zij zijn de norm bij het vaststellen van de financiële vergoeding voor zorgproducten en zullen daarvoor worden beloond.

Indicatoren voor verantwoorde zorg bieden een beeld van de kwaliteit van zorg in de verpleging en verzorging. Een belangrijke volgende stap die ik wil zetten is met de sector afspraken maken of we aan bepaalde indicatoren ook normen kunnen verbinden. Wanneer vinden we met elkaar iets onacceptabel of juist een buitengewone prestatie. Voor zorginhoudelijke indicatoren die bijdragen aan de basale veiligheid van zorg vind ik normering van wezenlijk belang. Mijn voornemen is om na de eerste volledige meetronde met de indicatoren verantwoorde zorg (juni 2008) met de sector en de Inspectie voor de gezondheidszorg te bezien welke normen geformuleerd zouden kunnen worden.

Extra handen aan het bed

In 2006 heeft de NZa een rapport uitgebracht («Doelmatigheid verpleeghuizen») waaruit naar voren komt dat de cliënten minder zorg krijgen geleverd dan waarvoor zij zijn geïndiceerd (zorgkloof). Uit dat zelfde onderzoek kwam naar voren dat een substantieel deel van deze kloof kon worden gedicht door efficiënter werken in de sector zelf (in de voorstellen van de NZa ging het om 1,4 uur per cliënt per week). Maar daarmee alleen redden we het niet.

Ik kies ervoor structureel voldoende handen aan het bed te garanderen. Concreet gaat het dan om 5000–6000 voltijds eenheden verplegend en verzorgend personeel. Tegelijkertijd wil ik hieraan, in ieder geval voor de eerste 5 jaar, wel de voorwaarde verbinden dat het gemiddeld aantal uren dat een medewerker feitelijk zorg verleent met 1% per jaar stijgt ten opzichte van het best practice niveau van 2005. Op deze manier wordt een positieve prikkel gegeven om zorgverleners meer uren met de cliënt zelf te laten doorbrengen en worden instellingen die hier werk van maken daarvoor ook beloond.

De NZa bereidt hierover een beleidsregel voor, zodat vanaf 2007 deze middelen kunnen worden toegewezen.

Acties:

- Ik wil structureel 5000–6000 extra medewerkers voor de zorghuizen faciliteren. Hieraan verbind ik de prestatievoorwaarde van verhoging van het aantal contacturen met de cliënt.
- In overleg met de sector ontwikkelen van normen voor kwaliteit – en in het bijzonder veiligheid – van zorg in de tweede helft van 2008.
- Ontwikkelen van financieringsarrangementen die goede kwaliteit belonen.

Tot slot

«Op het terrein van kwaliteit moet in ieder geval de kwaliteit van leven vooropstaan» (Discussie pgb-middag, 26 april 2007)

De eerste 100 dagen in de verpleging en verzorging hebben mij gesterkt in de visie dat cliënt en professional écht centraal moeten staan. Deze omslag kan en moet niet vanuit Den Haag alleen vorm krijgen. Ik zal dan ook de komende 1000 dagen met de sector in overleg blijven hoe we elkaar hiervoor de ruimte kunnen bieden en de stimulansen. Ik meen met bovenstaande agenda en voorstellen en set randvoorwaarden te hebben neergezet die het mogelijk moet maken hier de komende 4 jaar een forse stap voorwaarts in te kunnen zetten.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Bussemaker