

Vergaderjaar 2017–2018

31 765

Kwaliteit van zorg

nr. 327

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 19 juni 2018

De vaste commissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Minister van VWS over de brief van 9 april 2018 inzake het **Programmaplan Kwaliteit Verpleeghuiszorg – «Thuis in het Verpleeghuis – waardigheid en trots op elke locatie»** (Kamerstuk **31 765**, nr. **318**).

Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

Voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Krijger

1

Het programmaplan richt zich alleen op de Wet langdurige zorg (Wlz). Wat wordt voor de doelgroepen gedaan die in het verpleeghuis verblijven met andere titels, zoals Eerstelijns verblijf en Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015) vanuit de gemeenten?

Het programmaplan «Thuis in het Verpleeghuis» gaat over tijd en aandacht voor de bewoners van de verpleeghuizen, zodat deze de zorg krijgen zoals bedoeld in het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Tijdelijke opnames, zoals ELV, respijtzorg en GRZ, worden meegenomen in het programma Langer Thuis, aangezien deze allemaal gericht zijn op terugkeer naar huis. De aanbieders van deze vormen van zorg met tijdelijk verblijf zijn niet beperkt tot instellingen die verpleeghuiszorg bieden in het kader van de Wlz, het kunnen ook andere aanbieders zijn.

2

Kunt u een overzicht geven van alle 40 partijen die het Pact voor de Ouderenzorg hebben gesloten?

De volgende partijen hebben op 8 maart jl. het Pact voor de Ouderenzorg gesloten: ActiZ, Aedes vereniging van woningcorporaties, Agora, Albert Heijn, Alzheimer Nederland, ANBO, BTN, CNV Zorg en Welzijn, Coalitie Erbij, Deltaplan Dementie, Focus Cura, Haagse Community tegen Eenzaamheid, Habion, Humanitas, InCluzio, InEen, KBO-PCOB, KPN, Landelijke Huisartsen Vereniging, Landelijke Organisatie Cliëntenraden, Landelijke Vereniging Gemeenschappelijk Wonen van Ouderen, Mezzo, MKB Nederland, Nationaal Ouderenfonds, Nederland Zorgt Voor Elkaar, Nederlandse Organisaties Vrijwilligerswerk, Nederlandse Vereniging van Organisaties van Gepensioneerden/KNVG, Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten, NU'91, Patiëntenfederatie Nederland, Resto VanHarte, Sensor, Sociaal Werk Nederland, Stichting Present, Universiteit voor Humanistiek, V&VN, Vereniging Nederlandse Gemeenten, Verenso, VNO-NCW, de Zonnebloem, Zorgbelang Nederland en Zorgverzekeraars Nederland. Daarnaast hebben nog eens zo'n 100 partijen zich aangemeld voor het Pact voor de Ouderenzorg.

3

Met welke cliëntenorganisaties, beroepsverenigingen, zorgaanbieders en zorgkantoren heeft u gesprekken gevoerd over de kwaliteit van de verpleeghuiszorg, naast het Zorginstituut Nederland, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (IGJ i.o.)?

Ten behoeve van de ontwikkeling van «Thuis in het Verpleeghuis» is gesproken met de Patiëntenfederatie, LOC, V&VN, Verenso, BVKZ, BTN, ActiZ en ZN. Ook is gesproken met de partijen die het pact voor de ouderenzorg hebben ondertekend en wilden meedenken over de verpleeghuiszorg.

4

Heeft u ook gesprekken gevoerd met bewoners en zorgverleners, naast de organisaties die u gesproken heeft over betere verpleeghuiszorg?

Naast de bestuurlijk betrokken organisaties heb ik bijvoorbeeld tijdens werkbezoeken en bijeenkomsten met bewoners, zorgverleners e.a. gesproken over de kwaliteit van de verpleeghuiszorg.

5

In het regeerakkoord is opgenomen dat bestuurders worden beoordeeld op kwaliteitsverbetering in de verpleeghuizen. In eerste instantie moeten cliëntenraad en de raad van toezicht dit doen, waarom worden bestuurders niet ook beoordeeld door het personeel?

De verantwoordelijkheid voor goede zorg en de kwaliteitsverbetering ligt bij de zorgorganisaties en de bestuurder draagt daarvoor de eindverantwoordelijkheid. Via verschillende wegen wordt de bestuurder daarop aangesproken. Hierbij wordt aangesloten bij reeds bestaande structuren. Dit betekent dat de cliëntenraden en raden van toezicht van de zorgorganisatie de organen zijn om dit te doen. Daarnaast zullen de zorgkantoren, de NZA en de IGJ, ieder vanuit hun eigen verantwoordelijkheid, de bestuurder aanspreken op de kwaliteitsverbetering. Hierbij zullen ook de opvattingen van het personeel over het bestuur een rol spelen. De zorgkantoren, de NZa en de IGJ i.o. zijn daartoe nu nog beter in staat doordat er nu kwaliteitsplannen moeten worden opgesteld waarover met hen en de interne partijen (cliëntenraad, Verpleegkundige en Verzorgende Adviesraad (VAR), ondernemingsraad, raad van toezicht) gesproken wordt.

6

Hoeveel zorgverleners werken in de ouderenzorg? Kunt u die cijfers vanaf 2010 tot en met heden in een overzicht geven?

In onderstaande tabel is de werkgelegenheidsontwikkeling in de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT) weergegeven. Vanaf 2014 is ook het aantal werknemers voor alleen de intramurale verpleging en verzorging (V&V) weergegeven. Cijfers over de jaren 2010 t/m 2013 voor alleen de V&V zijn niet beschikbaar.

Tabel: werkgelegenheid in de VV(T) in duizenden werknemers (ultimo cijfers)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 ¹
VVT	410	420	427	417	397	372	367	376
waarvan V&V					251	240	237	242

¹ Het betreft het derde kwartaal 2017

Bron: onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (www.azwinfo.nl)

7

Welke maatregelen gaat u nemen om de deskundigheid en scholing van verpleeghuispersoneel op het terrein van dementie te versterken, gezien de constatering in de NZa-monitor Zorg voor ouderen?

Het curriculum voor MBO- en HBO-opleidingen zorg bevat modules gericht op (onderdelen van) dementiezorg, zowel voor initiële opleidingen als voor bij- en nascholing. Ook de beroepsvereniging V&VN biedt opleidingen voor dementiezorg. Veel, met name grotere zorgaanbieders hebben zelf een intern scholingsprogramma of een eigen academie waar ze aandacht besteden aan kennisopbouw. De dementie app van Sevagram is hier een voorbeeld van en ook de participatiekliniek en andere vormen van ervaringsleren bieden hier kennis. De website Zorgvoorbeter voorziet in specifieke kennis voor professionals over dementie.

Ook het deltaplan Dementiezorg voor Elkaar bevat activiteiten om de deskundigheid en scholing van verpleeghuispersoneel op het terrein van dementie te versterken. Zo wordt bijvoorbeeld een leergemeenschap ontwikkeld voor culturele sensitieve dementiezorg en ondersteuning en binnen het programma Memorabel lopen diverse onderzoeken, ook naar aanleiding van praktijkvragen, waarvan de uitkomsten bijdragen aan de deskundigheid van verpleeghuispersoneel.

Vanaf 2019 komt extra kennis vanuit lerende netwerken beschikbaar om dementiezorg te verlenen en de academische werkplaatsen zullen deze nieuwe kennis en ervaringen actief verbinden met onderzoek, onderwijs en beleid.

8

Wat gebeurt er of gaat er nog gebeuren, gezien de constatering in de NZa-monitor Zorg voor ouderen dat ouderen met dementie nu de grootste groep in verpleeghuizen zijn, om de plannen voor verpleeghuiszorg optimaal op deze doelgroep af te stemmen?

Een belangrijk uitgangspunt van het kwaliteitskader is dat de zorg persoonsgericht is. De kennis van dementie is van groot belang voor het begrijpen van wie de bewoner is en welke behoeften de bewoner heeft. De manier van zorgverlenen door zorgaanbieders, de inkoop door zorgkantoren, het toezicht van de IGJ i.o. en de NZa zijn er op gericht de persoonsgerichtheid te bevorderen. In «Thuis in het Verpleeghuis» heb ik beschreven wat mijn aanpak is om die persoonsgerichte zorg te bevorderen. Zie verder het antwoord op vraag 7.

9

Welke extra maatregelen gaat het kabinet nemen om de deskundigheid en scholing van verpleeghuispersoneel op het terrein van dementie te versterken, gezien de constatering in de NZa-monitor Zorg voor ouderen dat ouderen met dementie nu de grootste groep in verpleeghuizen zijn?

Zie het antwoord op vraag 7.

11

Met welke concrete maatregelen wordt de niet-vrijblijvendheid van dit programma ondersteund?

De niet-vrijblijvendheid van «Thuis in het Verpleeghuis» wordt ondersteund met meerdere maatregelen. De basis ligt reeds in de wet zelf. Zorgaanbieders zijn immers verplicht om goede zorg te leveren. Wat goede zorg is wordt mede bepaald door het kwaliteitskader. Het kwaliteitskader is daarmee niet vrijblijvend. Bij de zorginkoop spreken de zorgkantoren met de zorgaanbieders over het kwaliteitsplan dat de zorgaanbieder voor de instelling heeft opgesteld. De gemaakte afspraken worden vastgesteld in een (meerjarig) contract tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder. De zorgkantoren zullen de vinger aan de pols houden bij de uitvoering van het plan. Zorgkantoren kunnen bij extra inspanningen van zorgorganisaties deze belonen met een hogere vergoeding (binnen het vastgestelde maximum tarief). Andersom zullen zorgkantoren de zorgorganisaties aanspreken die blijvend moeite hebben om goede zorg te verlenen. Eerst met «het goede gesprek» of het laten zien van goede voorbeelden. Maar als de kwaliteit van de zorg daarna niet verbetert, dan kan het zorgkantoor andere maatregelen nemen. Dat kan bijvoorbeeld een opnamestop zijn, waarbij nieuwe cliënten actief door het zorgkantoor worden geïnformeerd en worden geholpen bij het vinden van een andere zorgaanbieder. Als er blijvend een kwaliteitsprobleem is, kan in het uiterste geval de overeenkomst worden beëindigd of niet worden verlengd, waarbij de zorgplicht voor de betrokken cliënten onverminderd blijft gelden. Verder zal de IGJ i.o. onverminderd toezicht houden op de zorgaanbieders.

12

Voor langer thuis wonen is het Volledig Pakket Thuis (VPT) van belang, heeft dit programmaplan nog effecten op het VPT?

Zie het antwoord op vraag 13.

13

Waarom wordt in het programmaplan niet ingegaan op de kwaliteit en de te realiseren kwaliteitsverbetering van het VPT en het Modulair Pakket Thuis (MPT)?

Het VPT wordt zowel individueel thuis geleverd als in een geclusterde setting. Bij het VPT in een geclusterde setting is sprake van het «scheiden van wonen en zorg». De cliënt betaalt dan zelf zijn woonlasten (huur, gas, elektra en dergelijke), maar de zorgverlening is vergelijkbaar met de zorgverlening in een instelling. Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg en daarmee ook het programmaplan hebben alleen betrekking op het geclusterd VPT. Voor zorg in de thuissituatie (waaronder het MPT en het VPT individueel verspreid in de wijk) wordt een apart kwaliteitskader ontwikkeld.

14

Vallen maatregelen die respijtzorg bevorderen, zodat mensen langer thuis kunnen wonen, ook onder dit programmaplan?

Nee, maatregelen die respijtzorg bevorderen maken onderdeel uit van het programma «Langer Thuis.»

15

Wat zou de ontwikkeling van het totale budget voor verpleeghuiszorg tussen 2018–2021 geweest zijn zonder de gelden die gemoeid zijn met de kwaliteitsimpuls (2,1 miljard euro)?

Tabel 1 laat de ontwikkeling zien van het totale budget voor verpleeghuiszorg tussen 2018–2021 bij ongewijzigd beleid (exclusief de extra middelen) en inclusief de extra middelen voor het kwaliteitskader. Deze gegevens sluiten aan bij tabel 1 in het hoofdstuk «Financieel» van het programmaplan, waarin een beeld wordt gegeven over de periode 2016–2021 en structureel.

Tabel 1: bedragen x € 1 miljard		2018	2019	2020	2021
1	Verpleeghuiszorg bij ongewijzigd beleid	10,3	10,5	10,7	10,9
2	Extra middelen kwaliteitskader	0,4	1,0	1,6	2,1
3	Verpleeghuiszorg inclusief extra middelen kwaliteitskader	10,7	11,5	12,3	13,0

De totale uitgaven aan verpleeghuiszorg bedragen in 2018 circa 10,3 miljard euro. Bij ongewijzigd beleid en rekening houdend met demografische ontwikkelingen nemen deze geleidelijk toe tot circa 10,9 miljard euro in 2021. Door de extra middelen voor het kwaliteitskader is in 2018 een extra bedrag beschikbaar van afgerond 0,4 miljard euro dat oploopt tot 2,1 miljard euro in 2021. Het totale budget voor verpleeghuiszorg zal hierdoor oplopen van circa 10,7 miljard euro in 2018 tot circa 13 miljard euro in 2021.

16

Wat is de ontwikkeling van het totale budget voor verpleeghuiszorg tussen 2018–2021, inclusief de gelden die gemoeid zijn met de kwaliteitsimpuls (2,1 miljard euro)?

Zie het antwoord op vraag 15.

17

Kan een overzicht gegeven worden wat de ontwikkeling van het totale budget voor de verpleeghuiszorg betekent aan een bedrag per persoon tussen 2018–2021, inclusief en exclusief de gelden die gemeoid zijn met de kwaliteitsimpuls (2,1 miljard euro)?

Tabel 2 geeft een indicatief beeld van het gemiddeld beschikbare bedrag per verpleeghuisplek in de periode 2018–2021, inclusief en exclusief de extra middelen voor het kwaliteitskader die geleidelijk oplopen tot 2,1 miljard euro.²

Tabel 2: Gemiddeld beschikbaar bedrag per verpleeghuisplek 2018–2021

<i>Bedragen x € 1.000</i>	2018	2019	2020	2021
Exclusief extra middelen kwaliteitskader	85	85	85	85
Inclusief extra middelen kwaliteitskader	88	93	97	100

Tabel 2 laat zien dat het gemiddelde bedrag per plek door de extra middelen geleidelijk toeneemt van 85.000 euro bij ongewijzigd beleid in 2018 tot 100.000 euro per plek in 2021. Dat is een toename van 18%.

18

Hoe wordt de persoonsgerichte zorg ingericht zodat de behoeften en wensen van de cliënt leidend worden?

Persoonsgerichte zorg begint met een goede start. Dat betekent dat al voor de oudere verhuist naar het verpleeghuis, de zorgverleners vragen wat voor hem/haar belangrijk is. Als een bewoner woont in het verpleeghuis betekent persoonsgerichte zorg dat de bewoner voldoende tijd en aandacht krijgt van de zorgverleners. De zorgverleners verdiepen zich in wat de cliënt wil en nodig heeft en beschikken over de kennis, de tijd en de ruimte om datgene te doen wat de cliënt wil en nodig heeft. Dit wordt gefaciliteerd door het management en het bestuur van de instelling.

19

Spelen mantelzorgers, familie en vrienden ook nog een rol in verbetering van de kwaliteit binnen verpleeghuizen? Zo ja, welke dan? Zo nee, waarom niet?

Ouderen die verhuizen naar een verpleeghuis moeten zo veel mogelijk het leven kunnen blijven leiden zoals ze dat thuis gewend waren. Dat betekent dat hun mantelzorgers, familie en vrienden deel moeten blijven uitmaken van hun leven. Ook mantelzorgers moeten waar mogelijk voor hun geliefde kunnen blijven zorgen. Dat vraagt soms enig aanpassingsvermogen van de zorgaanbieders en de zorgverleners, maar sluit aan bij persoonsgerichte zorg. Immers, persoonsgerichte zorg en ondersteuning vindt plaats in de relatie tussen cliënt en zijn naaste(n), zorgverlener en zorgorganisatie. De kwaliteit van deze relatie bepaalt mede de kwaliteit van zorg.

20

² Het betreft het gemiddelde bedrag voor cliënten die intramuraal verblijven op basis van een zvp V&V4–10 inclusief behandeling en kapitaallasten, uitgaande van de bestaande zorgzwaartemix.

Hoeveel partners kunnen meeverhuizen naar het verpleeghuis?

Alle partners van mensen die zijn opgenomen in een verpleeghuis hebben het recht om samen met hun partner in een verpleeghuis te wonen. Zorgkantoren hebben de zorgplicht om voldoende van dergelijke plekken in te kopen. Volgens uitvoeringsinformatie van het Zorginstituut zijn er op 1 januari 2018 1.576 personen die als niet-geïndiceerde partner in een instelling verblijven.

Wanneer een niet-geïndiceerde partner wil meeverhuizen naar het verpleeghuis kan dit aangegeven worden bij de zorgaanbieder van voorkeur of bij het zorgkantoor. Partneropname wordt pas door de zorgaanbieder aangevraagd en geregistreerd wanneer er plaats is in een instelling en de partner ook daadwerkelijk kan worden opgenomen.

21

Zijn er ook verpleeghuizen waar het niet mogelijk is om als partner mee te verhuizen? Zo ja, hoeveel?

Ik beschik niet over precieze cijfers van het aantal verpleeghuizen waar partneropname mogelijk is. Uit een voorlopige analyse van de NZa blijkt dat het bij circa 1.000 locaties mogelijk is om als niet-geïndiceerde partner mee te verhuizen naar het verpleeghuis. Dit wil niet zeggen dat er op elk moment op elke plek ook ruimte beschikbaar is voor echtparen. Bij circa 1.000 locaties is meeverhuizen van de niet geïndiceerde partner niet mogelijk, bijvoorbeeld doordat de locatie geen tweepersoonsappartementen heeft. Als de zorginstelling van voorkeur geen mogelijkheden heeft voor partneropname, kunnen aanvragers zich wenden tot het zorgkantoor. Onderdeel van de zorgplicht van het zorgkantoor is om bij een wens tot partneropname te bemiddelen naar een passende plek.

22

Hoe wordt het resultaat gemeten uit één van de doelstellingen uit het programma, namelijk dat deskundige zorgverleners hun vak bijhouden, wat blijkt uit meer tevreden zorgverleners? Wat is de huidige tevredenheid onder zorgverleners? Gaarne niet verwijzen naar een website, maar concrete cijfers die wij straks vergelijken.

Er zijn nu geen eenduidige cijfers beschikbaar over de tevredenheid van de zorgverleners. ActiZ heeft conform afspraak voorstel gedaan voor een eenduidige registratie door de NPS-systematiek ook voor zorgverleners te gebruiken. Deze indicator moet worden toegevoegd aan het kwaliteitsregister van het Zorginstituut, zodat over 2018 een eenduidige eerste registratie van de medewerkerstevredenheid kan plaatsvinden. Als dit tijdig lukt, komen de resultaten vervolgens per 1 juli 2019 beschikbaar. Deze resultaten kunnen gebruikt worden als nulmeting. Hiermee kunnen wij de komende jaren de ontwikkeling van de tevredenheid van de zorgverleners volgen. Het gaat er bij de medewerkerstevredenheid in de eerste plaats om de geleidelijke toename van de tevredenheid.

23

Eén van de doelstellingen uit het programma is dat deskundige zorgverleners hun vak bijhouden, het resultaat uit deze doelstelling blijkt uit: 2. Meer inzet van voldoende, gemotiveerde en deskundige zorgverleners. Hoe wordt dit gemeten? Wat is voldoende? Gaarne niet verwijzen naar een website, maar concrete cijfers die wij straks kunnen vergelijken.

Op grond van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg zijn zorginstellingen verplicht jaarlijks gegevens aan te leveren over de personeelsomvang en -samenstelling. De aanlevering gebeurt via de kwaliteitsplannen en de kwaliteitsverslagen die instellingen opstellen. De plannen – die ook

gebruikt worden voor de zorginkoop – geven per instelling inzicht in de personele samenstelling en de vorderingen die daarbij geboekt worden. Daarmee wordt het mogelijk om de inzet van voldoende, gemotiveerde en deskundige zorgverleners te volgen.

24

Eén van de doelstellingen uit het programma is dat deskundige zorgverleners hun vak bijhouden, het resultaat uit deze doelstelling blijkt uit: 3. Een betere verhouding tussen het aantal bewoners en het aantal zorgverleners. Hoe wordt dit gemeten? Wat is de huidige verhouding tussen het aantal bewoners en het aantal zorgverleners? Gaarne niet verwijzen naar een website, maar concrete cijfers die wij straks vergelijken.

De verhouding tussen het aantal bewoners en zorgverleners zal worden gemeten op basis van de gegevens die zorginstellingen hierover zullen aanleveren. Op grond van het kwaliteitskader zijn zorginstellingen verplicht jaarlijks gegevens aan te leveren over de personeelsomvang en -samenstelling. In het zorginkoopbeleid 2019 zullen nadere voorwaarden worden verbonden aan de definitie en uniformiteit van deze personeelsgegevens. Daarmee zal inzichtelijk worden hoeveel extra personeel er vanaf 2019 per bewoner wordt ingezet ten opzichte van 2018. Op basis van deze gestandaardiseerde cijfers zal zowel op instellingsniveau als op regionaal en landelijk niveau worden gemonitord of de implementatie van het kwaliteitskader volgens schema verloopt.

Volgens het Zorginstituut wonen er nu zo'n 129.000 mensen in een verpleeg- of verzorgingshuis. Op 31 december 2016 hadden verpleeghuisinstellingen 137 duizend fte zorgpersoneel in dienst (exclusief ingehuurd zorgpersoneel). Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt naar zorgpersoneel dat wordt ingezet in een intramurale respectievelijk extramurale setting en is sprake van een andere definitie ten opzichte van de hierboven genoemde.

25

Heeft de huidige tijdelijke norm voor wat betreft personeelssamenstelling uit het kwaliteitskader een aflooptdatum?

De huidige tijdelijke normen blijven van kracht zolang er nog geen nieuwe contextgebonden personeelsnormen zijn ontwikkeld en opgenomen in het kwaliteitsregister.

26

Wat is uw verwachting over de contextgebonden norm voor wat betreft personeelssamenstelling uit het kwaliteitskader? Wanneer is deze gereed en hoe verlopen de gesprekken?

De stuurgroep Kwaliteitskader is verantwoordelijk voor de uitwerking en uitvoering van de ontwikkelopdrachten uit het kwaliteitskader, waaronder de contextgebonden personeelsnormen. De stuurgroep bestaat uit vertegenwoordigers van de zorgaanbieders, de professionals, de cliënten en de zorgkantoren. In het kwaliteitskader is opgenomen dat de contextgebonden personeelsnormen eind 2018 beschikbaar moeten zijn. Uit het meest recente overzicht van het Zorginstituut blijkt dat deze deadline nog steeds wordt aangehouden. De gesprekken hierover verlopen constructief. Wel is duidelijk dat het vaststellen van contextgebonden personeelsnormen een flinke opgave is.

27

Is het meten van een hogere cliënttevredenheid een juiste indicator voor veilige verpleeghuiszorg, wetende dat uit eerdere inspectierapporten is

gebleken dat op sommige locaties de medicatieveiligheid onvoldoende was, maar de bewoners wel erg tevreden waren?

Bij de doelstelling «meer tijd en aandacht voor de bewoner» gaat het om persoonsgerichte zorg, wonen en welzijn en veiligheid. In deze combinatie is cliënttevredenheid een goede indicator voor voldoende tijd en aandacht voor de cliënt. Het is daarnaast de taak van de IGJ i.o. om toezicht te houden op de veiligheid van zorg in verpleeghuizen, waaronder medicatieveiligheid. In de bezoeken die de IGJ i.o. uitvoert voor het toezicht wordt gekeken naar persoonsgerichte zorg, naar de deskundigheid van dienstverleners en de sturing op kwaliteit en veiligheid.

28

Het resultaat betreffende de doelstelling meer tijd en aandacht voor de bewoner moet blijken uit een hogere cliënttevredenheid, hoger dan wat? Wat is de nulmeting?

Het gaat er bij de cliënttevredenheid in de eerste plaats om de geleidelijke toename van de tevredenheid. Er zijn nu geen eenduidige cijfers beschikbaar over de tevredenheid van de bewoners. Dit komt doordat zorgaanbieders nu gebruik maken van verschillende instrumenten om de tevredenheid van cliënten in kaart te brengen. Door middel van de spiegelinformatie zal deze tevredenheid op een eenduidige manier en structureel gemeten worden. Door middel van de spiegelinformatie zal deze tevredenheid op een eenduidige manier en structureel gemeten worden. Met ActiZ is afgesproken om de cliënttevredenheid door elke zorgaanbieder voor elke locatie via de NPS-systematiek, zoals opgenomen in het kwaliteitskader, in kaart te brengen. De resultaten van deze NPS-score worden zorgaanbieders per 1 juli 2018 bij het Zorginstituut aangeleverd. Dit zijn de scores over 2017 en kunnen als nul-meting worden gezien. Met deze systematiek kan de komende jaren de ontwikkeling van de tevredenheid van de bewoners worden gevolgd.

29

Wat is de cliënttevredenheid van de afgelopen tien jaar?

Over de afgelopen tien jaar zijn geen eenduidige cijfers beschikbaar over de tevredenheid van de bewoners. Voor 2016 werd via een CQ-index gemeten en daarna zijn via Zorgkaartnederland.nl individuele reviews beschikbaar gekomen. Door middel van de spiegelinformatie zal deze tevredenheid op een eenduidige manier en structureel gemeten worden. Met ActiZ is afgesproken om de cliënttevredenheid door elke zorgaanbieder voor elke locatie via de NPS-systematiek, zoals opgenomen in het kwaliteitskader, in kaart te brengen. De resultaten van deze NPS-score worden zorgaanbieders per 1 juli 2018 bij het Zorginstituut aangeleverd. Dit zijn de scores over 2017 en kunnen als nul-meting worden gezien. Met deze systematiek kan de komende jaren de ontwikkeling van de tevredenheid van de bewoners worden gevolgd.

30

Hoeveel moet de cliënttevredenheid stijgen, opdat de doelstelling wordt gehaald?

Het gaat bij de cliënttevredenheid in de eerste plaats om de geleidelijke toename van de tevredenheid.

31

De verpleeghuiszorg moet, naast liefdevol en persoonsgericht, ook veilig zijn. Het resultaat bij deze doelstelling blijkt uit een hogere cliënttevre-

denheid, hoe hoog is deze op dit moment? Gaarne niet verwijzen naar een website, maar concrete cijfers die wij kunnen vergelijken.

Er zijn nu geen eenduidige cijfers beschikbaar over de tevredenheid van de bewoners. Door middel van de spiegelinformatie zal deze tevredenheid op een eenduidige manier en structureel gemeten worden. Hiermee kunnen wij de komende jaren de ontwikkeling van de tevredenheid van de bewoners volgen.

32

Op welke personeelssamenstelling wordt gedoeld in de passage «een personeelssamenstelling die in lijn is met de normen in het kwaliteitskader»?

Het gaat daarbij om de personeelssamenstelling van de individuele zorgaanbieder. Die moet in lijn zijn met de normen in het kwaliteitskader.

33

Verpleeghuisorganisaties voldoen aan een erkend kwaliteitsmanagementsysteem voor de zorg, wat houdt dit concreet in? Zorgt dit kwaliteitsmanagementsysteem voor extra administratieve lasten? Hoeveel tijd zijn medewerkers kwijt aan dit kwaliteitsmanagementsysteem? Wat zijn de kosten van dit kwaliteitsmanagementsysteem? Wat zijn de consequenties wanneer een organisatie niet aan het kwaliteitsmanagementsysteem voldoet?

In het kwaliteitskader verpleeghuiszorg staat dat verpleeghuisorganisaties dienen te beschikken over een kwaliteitsmanagementsysteem. Dat wil zeggen dat zij systematisch kwaliteit van zorg in beeld brengen, en systematisch leren en verbeteren. Hiervoor zijn meerdere mogelijkheden. Het is aan de zorgaanbieders om voor een juist en passend systeem te kiezen.

Aangezien dit één van de vereisten in het kwaliteitskader is, zullen de zorgaanbieders in hun kwaliteitsplan moeten aangeven met welk systeem zij werken. Hierop kopen de zorgkantoren in en houdt de IGJ i.o. toezicht.

34

Welke ruimte heeft het inspelen op de vraag van de mantelzorger(s) bij het doel naast het zoveel mogelijk inspelen op de vraag van de bewoner?

Ouderen die verhuizen naar een verpleeghuis moeten zo veel mogelijk het leven kunnen blijven leiden zoals zij thuis gewend waren. Dat betekent hun mantelzorgers deel moeten blijven uitmaken van hun leven. Ook mantelzorgers moeten waar mogelijk voor hun geliefde kunnen blijven zorgen. Dat vraagt soms enig aanpassingsvermogen van de zorgaanbieders en de zorgverleners om daar rekening mee te houden.

35

Naar welke verhouding wordt gestreefd bij het ruimte en tijd maken voor scholing in de casus van een fulltime baan?

Het is aan de werknemer en de werkgever om in overleg te bezien wat voldoende tijd en ruimte is voor leren en ontwikkelen, rekening houdend met de bepalingen daaromtrent in de geldende Cao. De uitkomst van dit gesprek kan dus per werknemer verschillen, waardoor ik geen verhoudingsgetal kan geven.

36

Betekent dit dat scholing «in eigen tijd» verleden tijd is?

Het is aan de werknemer en de werkgever om in gezamenlijk overleg te bezien welke scholing gewenst is. Daar moet voldoende tijd en ruimte voor zijn. Of dat betekent dat scholing «in eigen tijd» volledig verleden tijd is, is in z'n algemeenheid niet te stellen. Dat is ook afhankelijk van het soort scholing en het doel van de scholing. Werknemer en werkgever maken daar samen afspraken over, ook rekening houdend met de geldende Cao.

37

Hoe wordt de doelstelling van meer tevreden zorgverleners gemeten?

Zie het antwoord op vraag 22.

38

Wordt dit een uniforme meting voor alle verpleeghuizen? Zo ja, hoe wordt op die manier recht gedaan aan de unieke situatie bij ieder verpleeghuis? Zo nee, hoe zijn de getallen dan te vergelijken?

Dit wordt een eenduidige meting voor alle verpleeghuizen. Bij het voorstel van ActiZ zal aandacht zijn voor de unieke situatie van elk verpleeghuis.

39

Vanaf welke score bij de doelstelling «meer tevreden zorgverleners» is dit programma geslaagd?

Het gaat bij de tevredenheid van de zorgverleners in de eerste plaats om de geleidelijke toename van de tevredenheid. Met ActiZ is afgesproken dat zij met een voorstel komen hoe deze tevredenheid op een eenduidige manier en structureel gemeten kan worden. Hiermee kan de komende jaren de ontwikkeling van de tevredenheid van de zorgverleners worden gevolgd.

40

Hoe wordt de doelstelling van meer inzet van voldoende, gemotiveerde en deskundige zorgverleners gemeten?

Zie het antwoord op vraag 22.

41

Wordt dit een uniforme meting voor alle verpleeghuizen? Zo ja, hoe wordt op die manier recht gedaan aan de unieke situatie bij ieder verpleeghuis? Zo nee, hoe zijn de getallen dan te vergelijken?

Zie het antwoord op vraag 38.

42

Vanaf hoeveel «meer inzet van voldoende, gemotiveerde en deskundige zorgverleners» is dit programma geslaagd?

Voor deze doelstelling van het programma geldt dat het geslaagd is als er voldoende, gemotiveerde en deskundige zorgverleners zijn zoals bedoeld met de personeelsnormen in het kwaliteitskader. Landelijk is geraamd dat hiervoor 40.000 extra fte nodig is.

43

Vallen behandelaars, medici en paramedici ook onder de definitie «gemotiveerde zorgverleners met het juiste opleidingsniveau»?

Ja, met de term «gemotiveerde zorgverleners met het juiste opleidingsniveau» wordt bedoeld een juiste personeelsmix voor een groep

bewoners. Dit betreft onder andere behandelaren (waaronder ook medici en paramedici). Met zorgverleners zijn verder ook verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden, geestelijk verzorgenden, gastvrouwen, vrijwilligerscoördinatoren, activiteitencoördinatoren en andere zorgbe-roepen in het verpleeghuis bedoeld.

44

In welke functie van de gewenste personeelssamenstelling zit het grootste tekort aan mensen?

In absolute termen is de komende jaren de uitdaging voor de functie van verzorgende het grootst. Dat is ook veruit de meest voorkomende functie in de verpleeghuiszorg. In relatieve termen is de uitdaging ook groot voor andere functies, bijvoorbeeld verpleegkundige en specialist ouderenge-neeskunde.

45

Hoe wordt gemeten of er een betere verhouding tussen het aantal bewoners en het aantal zorgverleners is? Gaat het hier ook om zorgver-leners zoals gedefinieerd in voetnoot 1, of over de smallere definitie van zorgverleners?

De verhouding tussen het aantal bewoners en zorgverleners zal worden gemeten op basis van de gegevens die zorginstellingen hierover zullen aanleveren. Op grond van het kwaliteitskader zijn zorginstellingen verplicht jaarlijks deze gegevens aan te leveren. In het zorginkoopbeleid 2019 zullen nadere voorwaarden worden verbonden aan de uniformiteit van deze gegevens vanaf het verslagjaar 2018. Op basis daarvan zal zowel op instellingsniveau als op regionaal en landelijk niveau worden gemonitord of de implementatie van het kwaliteitskader volgens schema verloopt. Qua definitie gaat het hierbij om de brede definitie van zorgver-leners, zoals opgenomen in voetnoot 1 van het Programma Kwaliteit Verpleeghuiszorg.

46

Is er een indicatie van hoe tevreden zorgverleners nu en in de afgelopen jaren zijn, zo ja hoe tevreden zijn zij?

Zie het antwoord op vraag 22.

47

Stel een locatie heeft 200 bewoners die aangewezen zijn op verpleeg-huiszorg, hoe ziet grosso modo het huidige personeelsbestand er uit in 2017? Kan dit uitgesplitst worden in Fulltime-equivalent (Fte) naar opleiding en werksoort, inclusief ondersteunende diensten en management?

In onderstaande tabel is het personeelsbestand in de gehele verpleeg-huiszorg uitgesplitst naar kwalificatie. Het betreft de stand ultimo 2016, waarbij uitgegaan is van fte's. De ondersteunende diensten en het management vallen onder het aandeel « overig personeel ».

Kwalificatie	Aandeel in FTE
Verzorgend en helpend personeel	50%
Verpleegkundige personeel	15%
Agogisch personeel	10%
Paramedisch personeel	5%
Medisch assistierend personeel	1%
Medisch personeel	2%
Gedragwetenschappelijke personeel	1%
Overig personeel	16%
Totaal	100%

Bron: www.azwinfo.nl

48

Hoeveel verpleeghuizen voldoen niet aan de norm van de personeelssamenstelling zoals genoemd in het kwaliteitskader?

Het kwaliteitskader bevat tijdelijke minimale personeelsnormen. In de impactanalyse van de NZa op het kwaliteitskader is in beeld gebracht dat een grote toename van zorgverleners nodig is voor de sector om te kunnen voldoen aan het kwaliteitskader. Aangezien de NZa deze berekening op basis van de best presterende zorgaanbieders heeft gemaakt die ook nog niet aan de personeelsnormen voldoen, ligt het voor de hand dat vrijwel alle zorgaanbieders nog niet aan de personeelsnormen voldoen.

49

Kan het zijn dat mensen moeten worden ontslagen omdat verpleeghuizen moeten voldoen aan een bepaalde personeelssamenstelling? Zo ja, welke groep is dat?

Binnen de grenzen van het kwaliteitskader nemen verpleeghuizen eigenstandige beslissingen over de gewenste personele samenstelling. Op dit moment is niet bekend welke afwegingen verpleeghuizen hierin maken. Mocht het zo zijn dat voor een verpleeghuis de huidige personeelssamenstelling niet voldoet aan de gewenste samenstelling, dan kan het verpleeghuis op verschillende manieren daarnaar toewerken. Scholing van het eigen personeel staat daarbij hoog op de agenda. Via verschillende regelingen wordt dat ook gestimuleerd, onder andere via Sectorplan Plus. Gegeven de krapte op de arbeidsmarkt is dat veruit te prefereren boven het ontslaan van personeel. Het is aan het verpleeghuis om daar een eigen afweging in te maken. Indien gedwongen ontslag toch voorkomt dan verdient het de voorkeur dat in regionaal verband afspraken worden gemaakt over het inzetten van met ontslag bedreigde werknemers bij andere werkgevers. In veel regio's gelden al dergelijk afspraken. Daarvoor zijn ook opleidingsmiddelen beschikbaar gesteld.

50

Hoe verhoudt de uitspraak op pagina 8 van het programmaplan dat bewoners, verwanten en zorgverleners zelf kunnen aangeven welke innovatie het meest helpt bij de kwaliteit van leven zich tot de uitspraak in paragraaf 3.3.3 «Ruim baan voor innovatie», waarin wordt gesteld dat zorgkantoren in regionaal verband plannen maken voor innovatie?

Bewoners, verwanten en zorgverleners hebben vaak een goed zicht op welke wijze de zorg verbeterd kan worden en welke innovaties daarvoor ingezet kunnen worden. Vaak wordt nog te weinig gebruik gemaakt van deze kennis. In de inkoopgesprekken met verpleeghuizen kunnen

zorgkantoren nadrukkelijk vragen naar de betrokkenheid van bewoners, verwanten en zorgverleners bij innovatievoorstellen.

Daarnaast is het van belang om op regionaal niveau na te gaan tegen welke (instellingsoverstijgende) belemmeringen de verpleeghuizen aanlopen bij de implementatie van het kwaliteitskader. Daarbij kan het gaan om de arbeidsmarkt, maar ook de inzet van arbeidsbesparende technieken. Het is van belang dat zorgkantoren en verpleeghuizen daar gezamenlijk afspraken over maken. De beschikbare transitie-middelen kunnen daarbij ingezet worden. Ook als het om innovaties gaat, is de zienswijze en (indirecte) betrokkenheid van bewoners, verwanten en zorgverleners daarbij van belang.

51

Bestaan er op dit moment al leergemeenschappen? Zo ja, hoeveel leergemeenschappen bestaan er op dit moment en hoeveel zorgorganisaties maken op dit moment deel uit van een dergelijke leergemeenschap?

In het kwaliteitskader is aangegeven dat elke verpleeghuisorganisatie uiterlijk 1 juli 2017 deel uitmaakt van een lerend netwerk met tenminste twee andere collega-zorgorganisaties. Uit het kwaliteitsverslag van de zorgaanbieders over 2017 zal kunnen blijken of zij aan deze eis voldoen.

52

Hoe wordt «het resultaat bij deze doelstelling is dat alle zorgorganisaties en zorgverleners in 2021 innovatieve technologie gebruiken bij het verlenen van de zorg» gemeten? Is het resultaat bijvoorbeeld voldoende gehaald wanneer een zorginstelling in 2021 een tablet in gebruik heeft? Kan deze doelstelling concreter en beter meetbaar gemaakt worden?

In de tweede helft van 2018 wordt eerst een nulmeting uitgevoerd. Daarmee komt er meer inzicht in de huidige stand van het gebruik van innovatieve technologie in de verpleeghuiszorg. Op basis daarvan is het mogelijk om de doelstelling te concretiseren. In 2021 volgt dan de vervolgmeting.

53

Wat wordt bedoeld met arbeidsbesparende technologie om zorgverleners te ontlasten?

De inzet van technologie die de zorgverlener ondersteunt in de dagelijkse werkzaamheden, kan ertoe bijdragen dat de zorgverlener meer tijd heeft voor de persoonsgerichte zorg. Daar is het ons om te doen. Daarbij kan het onder andere gaan om slim incontinentiemateriaal, om GPS-trackers, om tablets waarmee de lasten van administratie beperkt worden, etcetera.

54

Op welke manier kan worden gezorgd dat op basis van feitelijke informatie conclusies kunnen worden getrokken over de toegevoegde waarde van innovatie in relatie tot kwaliteitsverbetering in de verpleeghuiszorg?

In de tweede helft van 2018 wordt een nulmeting uitgevoerd. Daarin is ook aandacht voor de toegevoegde waarde van innovaties. Mede op basis daarvan wordt de doelstelling geconcretiseerd. De nulmeting in 2019 krijgt in 2021 een vervolgmeting.

55

Hoeveel zorgorganisaties maken nu al gebruik van de innovatieve technologie, zoals beschreven in de doelstelling?

Er is op dit moment geen algemeen overzicht van de inzet van technologie door verpleeghuizen. Daarom wordt er in de tweede helft van 2018 een nulmeting uitgevoerd. De Kamer wordt na afronding op de hoogte gebracht van de uitkomsten van deze nulmeting.

56

Hoe verandert de verhouding tussen het aantal ouderen dat thuis blijft wonen en de ouderen die in een verpleeghuis wonen?

Het aantal ouderen van 80 jaar of ouder zal ongeveer verdubbeld zijn in 2040 tot ongeveer 1,5 miljoen. Dit leidt ook tot een absolute toename van het aantal ouderen in het verpleeghuis. Nu verblijven er circa 125.000 80-plussers in het verpleeghuis die gebruik maken van zorg met verblijf, wat zonder verdere veranderingen zal leiden tot circa 250.000 personen in het verpleeg- en verzorgingshuis in 2040. De laatste decennia is er sprake van een trend waarbij ouderen langer zelfstandig blijven wonen. We zien vanaf 1995 een relatieve daling van het aantal ouderen dat in het verpleeghuis woont ten opzichte van het percentage dat thuis blijft wonen. In 1995 woonde 16% van de ouderen in institutionele woonvormen waaronder verpleeghuizen. In 2018 was dat 8% en de verwachting is dat dit in de nabije toekomst stabiliseert rond de 5 à 6 procent. Dit betekent dat het aantal ouderen dat in een verpleeghuis woont relatief gezien zal dalen ten opzichte van het aantal ouderen dat thuis blijft wonen.

57

Hoe groot is de toename van het aantal ouderen dat een beroep zal doen op de verpleeghuiszorg in vergelijking met de groep ouderen die thuis woont? Zal die verhouding veranderen?

Zie het antwoord op vraag 56.

58

Kunt u toelichten hoe wordt ingezet op «de versterking van de kennisinfrastructuur»? Hoe wordt dit concreet gedaan? Welke middelen zijn hier de afgelopen en komende jaren voor beschikbaar?

In het programmaplan «Thuis in het Verpleeghuis» is dit in paragraaf 3.3.2 uitgewerkt. Het betreft het volgende:

- Academische werkplaatsen zullen de nieuwe kennis en ervaring die beschikbaar komt vanuit de lerende netwerken van zorgorganisaties, actief verbinden met onderzoek, onderwijs en beleid. VWS heeft de werkplaatsen daarvoor een financieel fundament geboden via ZonMw. Het gaat om een bedrag dat oploopt tot 4,2 miljoen per jaar. Het gaat hier om structurele middelen.
- Daarnaast zal VWS een structureel onderzoeksprogramma vormgeven waarmee de belangrijkste kennisvragen op de werkvloer worden beantwoord. Hiervoor is 4 miljoen euro structureel per jaar beschikbaar.
- De beroepsorganisaties (onder andere Verenso en V&VN) zullen een organisatie in het leven roepen om het professioneel handelen van zorgprofessionals te versterken. Het hiervoor benodigde bedrag is nog niet bekend.

59

Op welke wijze wilt u opleidingsorganisaties, kennisinstellingen en beroepsorganisaties versterken?

In het programmaplan «Thuis in het Verpleeghuis» is aangegeven dat kennis moet worden ontwikkeld en naar de werkvloer vertaald door onder

andere opleidingsorganisaties, kennisinstellingen en beroepsorganisaties. Om dit mogelijk te maken wordt de kennisinfrastructuur versterkt. Zie ook het antwoord op vraag 58.

60

Wat houdt de versterking van de kennisinfrastructuur concreet in?

Zie het antwoord op vraag 58.

61

Wordt met kennisinfrastructuur onder andere de opleidingsorganisaties, kennisinstellingen en beroepsorganisaties bedoeld?

Met kennisinfrastructuur wordt naast de opleidingsorganisaties, kennisinstellingen en beroepsorganisaties ook bedoeld de academische werkplaatsen en ZonMw. Ook behoren tot de kennisinfrastructuur de zorgaanbieders die zelf aan onderzoek en kennisontwikkeling doen.

62

Zorg in een verpleeghuis is veelal zorg in de laatste levensfase. Wat is de huidige gemiddelde opnameduur?

Het Zorginstituut heeft geconstateerd dat meer dan de helft van de cliënten langer dan 18 maanden in het verpleeghuis verblijft. Het aandeel cliënten dat korter dan 3 maanden in het verpleeghuis verblijft is de afgelopen jaren licht afgenomen (van 22% en 23% in 2013 en 2014, naar 18 en 17% in 2015 en 2016).

Bron: ZorgCijfers Monitor (2018) van het Zorginstituut

63

Welke initiatieven worden, ten behoeve van een goede start in het verpleeghuis, genomen om de zorgval voor mensen met dementie op te lossen en de continuïteit in de zorg te vergroten? Hoe dragen verpleeghuizen hieraan bij?

Bij de overgang naar de Wlz kan een cliënt te maken krijgen met een hogere eigen bijdrage, andere zorgverleners en minder uren zorg. Dit laatste wordt veroorzaakt doordat de Wlz-zorg thuis in omvang is begrensd. Zvw-zorg thuis en Wmo-ondersteuning zijn dat in beginsel niet, al geldt ook hier dat de zorg en ondersteuning doelmatig moeten zijn. De zorgval ontstaat dus vooral bij Wlz-zorg thuis. Op 16 mei jl. heb ik u per brief geïnformeerd over de zogenaamde zorgval en de stappen die ik zet om voor dit complexe vraagstuk tot een oplossing te komen.

64

Kunt u de uitspraak: «Verpleeghuiszorg in Nederland is uniek door de integrale aanpak van zorg, wonen, welzijn en behandeling» uitleggen? Hoe wordt de verpleeghuiszorg in andere Europese landen ingericht? Kunt u voorbeelden geven van hoe anders het in andere landen ingericht wordt?

Navraag bij Verenso leert dat er geen ander land is die de langdurige zorg integraal benadert en dus zowel wonen, zorg, welzijn als behandeling biedt. Behandeling is in andere landen iets dat «»ingevlogen»» wordt en wordt geleverd door

- Medisch specialisten die vanuit het ziekenhuis, meestal via een verpleegkundige, behandeling bieden (Amerika en Japan). Dit zijn veelal verschillende artsen, soms geriateren maar niet altijd.
- Huisartsen, vaak verschillende artsen met op sommige plekken een soort adviserend/coördinerende arts (Duitsland, België)

In Scandinavië is zowel de huisartsenzorg als de langdurige zorg belegd bij de gemeenten. Deze financieren huisartsen en die leveren ook de medische zorg in de verpleeghuizen. Ook hier is sprake van de betrokkenheid van verschillende dokters zonder specifieke kennis voor ouderen.

Uit een vergelijking met de Amerikaanse verpleeghuizen blijkt dat ons systeem met de betrokkenheid van de specialist ouderengeneeskunde bij de patiënten in het verpleeghuis, leidt tot een verhoudingsgewijs laag aantal vermijdbare ziekenhuisopnames in vergelijking tot andere landen (Katz, 2015).

65

Hoe wordt bevorderd dat het gesprek over zingeving en naderend levenseinde kort na de diagnose dementie gevoerd wordt, welke rol spelen de vertrouwde arts en de casemanager dementie hierin en hoe wordt ervoor gezorgd dat het verpleeghuis al vóór de verhuizing naar het verpleeghuis informeert naar de wensen van de cliënt?

Ik ben voornemens na de zomer een plan te presenteren over het stimuleren van het tijdige gesprek over zingeving en het naderend levenseinde door levensbegeleiders. Het gesprek over zingeving en naderend levenseinde stimuleer ik nu op verschillende manieren, omdat dit soort gesprekken natuurlijk effectiever zijn als ze tijdig worden gevoerd.

Binnen het kader van het programma Palliantie zijn er meerdere projecten over *advance care planning* en het markeren van de palliatieve fase, ook specifiek voor mensen met dementie en verpleeghuisbewoners. Dit zijn diverse projecten met betrokkenheid van verschillende zorgprofessionals. Verder zie ik dat steeds meer verpleeghuizen aanstaande bewoners thuis bezoeken om een beeld te krijgen van hun levensverhaal en wensen. De ervaringen van verpleeghuizen die dit doen zijn door «Waardigheid en Trots» beschreven, om zo ook andere verpleeghuizen te inspireren.

66

Worden in verpleeghuizen al gesprekken gevoerd over «*advanced care planning*»? Zo ja, hoe vaak gebeurt dit?

Desgevraagd geeft Verenso aan dat er eind 2017 gerapporteerd is over een wetenschappelijk onderzoek bij 11 zorgaanbieders en ruim 3.100 bewoners. Uit dit onderzoek blijkt dat er met cliënten afspraken zijn vastgelegd over onder meer: wel of niet reanimeren (92,6%), wel of niet stoppen met levensverlengende behandelingen zoals antibiotica, bloedproducten en preventieve medicatie (30,3%), wel of geen ziekenhuisopname (41,9%). In de verpleeghuizen waar specialisten ouderengeneeskunde werken, voeren zij deze levenseinde gesprekken.

67

Welke belemmeringen ervaren de organisaties die nieuwe vormen van zorg hebben opgezet?

Belemmeringen die zorgaanbieders ervaren bij het opzetten van nieuwe vormen van zorg hangen samen met de aard van de vernieuwing die zij willen vormgeven. Als het gaat om vernieuwingen binnen de organisaties zelf, zoals het beter betrekken van de familie van bewoners, kunnen de belemmeringen liggen in de organisatiecultuur en -structuur. Ook kan het gaan om de aanwezige kennis en expertise binnen de instelling, bijvoorbeeld bij het inzetten van meer technologie.

Als het bijvoorbeeld gaat om de verbinding tussen thuis en het verpleeghuis, kan het gaan om voldoende snelle indicatiestelling. Ook kan

het gaan om samenwerking over de domeinen heen (Zvw, Wmo en Wlz) die elk een eigen regime kennen. Aan deze en andere ontwerpen is in het kader van «Waardigheid en Trots» reeds aandacht besteed.

68

De extra middelen worden vanaf 2019 aan de zorgorganisaties toegekend via een kwaliteitsbudget op basis van hun kwaliteitsplannen, hoeveel tijd zullen organisaties kwijt zijn aan het opstellen van hun kwaliteitsplan?

De wijze waarop zorgaanbieders hun kwaliteitsplan vormgeven, is aan de zorgaanbieders. Dat maakt dat het voor mij niet mogelijk is om een inschatting te geven hoeveel tijd organisaties kwijt zullen zijn aan het opstellen van hun kwaliteitsplan en wat de consequenties hiervan zijn voor het personeel op de werkvloer. De verplichting om dit plan op te stellen vloeit voort uit het kwaliteitskader dat in nauwe samenspraak met de sector tot stand is gekomen. In dit kwaliteitskader is opgenomen dat het plan in ieder geval opgesteld wordt in samenwerking met cliënten, naasten en de cliëntenraad, (para)medici, verpleegkundigen en verzorgenden met als doel blijvend leren en verbeteren.

69

Iedere zorgorganisatie moet jaarlijks een kwaliteitsplan maken, waarin de aanbieder aangeeft welke stappen de instelling gaat zetten om thema's zoals persoonsgerichte zorg, wonen en welzijn, behandeling, veiligheid, leren en verbeteren en personeelssamenstelling te verbeteren. Het kwaliteitsplan bevat een verbeterparagraaf per locatie en dient opgesteld te worden in samenwerking met bewoners en naasten, de cliëntenraad, medici, paramedici, verpleegkundigen en verzorgenden. Een (meerjaren-)begroting dient aan het kwaliteitsplan toegevoegd te worden. Hoeveel tijd schat u dat zorgorganisaties en medewerkers jaarlijks kwijt zijn aan het opstellen van een dergelijk plan?

Zie het antwoord op vraag 68.

70

Hoe worden bestuurders beoordeeld op het aantoonbaar verbeteren van kwaliteit? Wie beoordeelt of aantoonbare verbeteringen plaats hebben gevonden? Welke maatregelen kunnen door wie genomen worden indien geen aantoonbare verbeteringen plaatsvinden?

Ook voor bestuurders is de uitvoering van het kwaliteitskader niet vrijblijvend. Zij zullen via verschillende wegen aangesproken worden op, en verantwoording moeten afleggen over de wijze waarop zij de komende jaren de kwaliteit van zorg op al hun locaties verbeteren. Dit loopt via verschillende lijnen; de raad van toezicht, de cliëntenraden, de zorginkoop en het toezicht van de IGJ.

- De eerste lijn loopt via het interne toezicht. De raad van toezicht heeft als (wettelijke) taak om er voor te zorgen dat het bestuur als geheel goed en evenwichtig is samengesteld en geschikt is en blijft voor het besturen van de zorgorganisatie. Zij kunnen de bestuurder aanspreken wanneer de kwaliteit van de zorg achterblijft en ultimo hem daarom ontslaan. Ook de cliëntenraden hebben invloed op het functioneren en de samenstelling van de raad van bestuur.
- In de tweede plaats hebben de zorgkantoren mogelijkheden om sturend op te treden richting de raad van bestuur en de raad van toezicht en hieraan consequenties te verbinden. Deze mogelijkheden staan beschreven in zorginkoopvoorwaarden³ van de zorgkantoren.

³ <https://zn.nl/336986126/Document?documentregistrationid=3066298368>.

- Ten derde gaat de IGJ i.o. de komende vier jaar langs bij alle verpleegzorgaanbieders, zij spreekt dan ook met alle besturen en Raden van Toezicht. In het gesprek met de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht kijkt de IGJ i.o. hoe het bestuur stuurt op kwaliteit en veiligheid. De IGJ i.o. bepaalt mede op basis van deze bezoeken of de bestuurder verbetermaatregelen voldoende weet te realiseren en of zij maatregelen nodig acht. Zo nodig kan de IGJ i.o. (bestuursrechtelijke) handhaving inzetten om de benodigde kwaliteitsverbetering op te leggen, zoals het geven van een aanwijzing. Deze aanwijzing kan als ultimatum remedium inhouden dat de samenstelling van het bestuur aangepast moet worden.

Kortom al deze wijzen van aanspreken zijn niet vrijblijvend in hun consequenties en zullen erin resulteren dat bestuurders verantwoordelijk zijn en gehouden worden voor het verbeteren van de verpleeghuiszorg. Dit in een context waarbij de opdracht voor de bestuurders nog nooit zo urgent en transparant is geformuleerd als in het programmaplan «Thuis in het Verpleeghuis».

71

Welke onderzoeken lopen op dit moment allemaal vanuit de NZa en lopen deze gezamenlijk of parallel? Wanneer is het onderzoek omtrent een mogelijke aangepaste bekostiging in verband met de regionale kostenverschillen gereed?

Binnen het kader van «Thuis in het Verpleeghuis» lopen verschillende onderzoeken. Op dit moment is de NZa bezig met een tarievenonderzoek binnen de Wlz. De resultaten hiervan worden in de kaderbrief Wlz bekend gemaakt. De NZa zal daarnaast twee nieuwe onderzoeken uitvoeren en mij voor 1 januari 2019 hierover adviseren. Deze adviezen zal ik voorzien van mijn reactie ook toesturen naar de Tweede Kamer. Deze twee onderzoeken lopen parallel en gaan in op de volgende vragen:

- Kan (en zo ja, hoe) in de bekostiging rekening worden gehouden met objectief vast te stellen, structurele, niet beïnvloedbare regionale kostenverschillen waardoor de tariefstelling rechtvaardiger wordt?
- Hoe kan een overstap worden gemaakt naar tarieven (inclusief de extra middelen voor het kwaliteitskader) gebaseerd op de best presterende instellingen.

72

Hoe wordt *overhead* verminderd?

De tarieven zullen worden genormeerd op de best presterende instellingen. De NZa is gevraagd hierover te adviseren (zie het antwoord op vraag 71). Het rapport van Dageraad »Het hart klopt, de bedrijfsvoering ook«, dat is gebruikt bij de doorrekening van de NZa van het kwaliteitskader, laat zien dat bij de best presterende instellingen sprake is van kwalitatief goede zorg gecombineerd met een efficiënte bedrijfsvoering. De normering van de tarieven betekent dat voor de minder goed presterende instellingen sprake zal zijn van een ontwikkelopdracht om hun bedrijfsvoering te verbeteren en daarmee defacto de overhead omlaag te brengen. Zorgkantoren zullen er via de zorginkoop op sturen dat alle instellingen kwalitatief goede zorg leveren voor het genormeerde tarief.

73

Heeft het Zorginstituut Nederland, net als bij het opstellen van het kwaliteitskader, doorzettingsmacht bij het tot stand komen van de contextgebonden normen? Waarom wel of waarom niet?

Als veldpartijen de opleverdatum van een kwaliteitsproduct niet halen, kan het Zorginstituut haar doorzettingsmacht gebruiken. Ook de contextgebonden personeelnormen vallen hieronder. Het Zorginstituut kan dus haar doorzettingsmacht gebruiken om de contextgebonden normen tot stand te brengen indien het de veldpartijen niet lukt. Partijen kunnen echter ook afspreken de tijdelijke normen langer te gebruiken.

74

Wat wordt verstaan onder lerende netwerken? Kan daarvan een voorbeeld worden gegeven?

In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is opgenomen dat elke verpleeghuisorganisatie deel uit maakt van een lerend netwerk. Dit netwerk bestaat uit ten minste twee verschillende collega zorgorganisaties die onder een andere rechtspersoon vallen en een andere Raad van Bestuur hebben. Het doel van de lerende netwerken is onder andere actieve uitwisseling van kennis door medewerkers en bestuurders door bijvoorbeeld bezoek, consultatie, benchmarking en intervisie.

De drie ouderenzorgaanbieders Humanitas Deventer, Viattence en Zorggroep Noordwest-Veluwe zijn een voorbeeld van een lerend netwerk.⁴ Het doel van dit netwerk is om de kwaliteit van de geboden zorg aan ouderen te verbeteren en toekomstbestendig te maken door onder andere:

- Het beoordelen van elkaars kwaliteitsplan en geven van tips en trucs aan elkaar;
- Het delen van ervaringen met het aanleveren van kwaliteitsgegevens, hoe kan dit slimmer, efficiënter en begrijpelijker;
- Het delen van ervaringen over het zorgleefplan, gesprekken over de behoefte aan zorg bij cliënt thuis, het team van de toekomst, moreel beraad en het elektronisch cliëntendossier;
- Het uitwisselen van ervaringen over de invoering van een adviesraad van verpleegkundigen en verzorgenden (VAR/VVAR).

75

Is op dit moment op alle locaties de basisveiligheid op orde? Zo nee, op hoeveel locaties is de basisveiligheid niet op orde? Welke maatregelen worden getroffen op locaties waar de basisveiligheid niet op orde is?

Wanneer de IGJ i.o. tijdens haar toezicht tekortkomingen in de zorg constateert, spreekt zij de zorgaanbieder hierop aan, zodat die hiervan kan leren en maatregelen kan treffen om de tekortkomingen weg te nemen. Wanneer dit onvoldoende effect heeft of wanneer de IGJ i.o. risico's voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg constateert kan zij een maatregel opleggen. In algemene zin is het zo dat er bij de meeste toezichtonderzoeken (zoals inspectiebezoeken of naar aanleiding van een calamiteitenmelding) er verbeterpunten zijn voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Het opleggen van een (bestuursrechtelijke) maatregel is meestal niet nodig om de verbetering te realiseren.

De IGJ i.o. legde in 2015–2017 de volgende maatregelen op aan zorgaanbieders in de V&V-sector:

Maatregel	2015	2016	2017
Aanwijzing gegeven	0	7	6
Bevel gegeven	1	1	0
Last onder dwangsom opgelegd	1	1	1

⁴ <https://www.viattence.nl/lerend-netwerk/>

Maatregel	2015	2016	2017
Verscherpt toezicht ingesteld	6	7	1
Opgelegde boete	0	0	3
Waarschuwing gegeven	3	7	9

De IGJ i.o. bezoekt in vier jaar alle aanbieders om ze in beeld te brengen en daar waar de kwaliteit en veiligheid niet op orde is treft zij (bestuursrechtelijke) maatregelen. Of en hoeveel maatregelen nodig zijn is nu niet te zeggen. Alle rapporten van de bezoeken maakt de IGJ i.o. openbaar zodat die resultaten voor iedereen inzichtelijk zijn.

76

Vanaf wanneer worden de nieuwe tarieven voor verpleeghuiszorg, ontwikkeld op basis van het tarievenonderzoek van de NZa, rekening houdend met regionale kostenverschillen, de best presterende instellingen en de contextgebonden normen, gebruikt voor de inkoop van zorg?

Ik heb de NZa gevraagd om mij voor 1 januari 2019 te informeren over de mogelijkheden om bij de tarieven voor de verpleeghuiszorg rekening te houden met regionale kostenverschillen en de best presterende instellingen. Na ontvangst van deze adviezen zal ik bezien hoe en op welke termijn de uitkomsten daarvan, samen met de uitkomsten van het tarievenonderzoek, kunnen worden verwerkt in nieuwe tarieven voor de verpleeghuiszorg. De opdracht om contextgebonden normen te ontwikkelen ligt bij het veld. De contextgebonden normen moeten eind 2018 gereed zijn. Dit betekent dat zij naar verwachting op zijn vroegst vanaf 2020 geïmplementeerd kunnen worden en in de tarieven verwerkt.

77

Wanneer moeten de contextgebonden normen gereed zijn?

Zie het antwoord op vraag 26.

78

Kan een overzicht worden gegeven aan welke vereisten wanneer moet zijn voldaan?

Bij de aanbidding van het kwaliteitskader aan de Tweede Kamer op 13 januari 2017 (Kamerstuk 31 765, nr. 261) is aangegeven dat de invoering ervan op dat moment is gestart, maar ook dat het wel enige tijd zal vergen voordat alle verpleeghuizen hieraan kunnen voldoen, juist omdat het kwaliteitskader een nieuwe en ambitieuze norm voor alle verpleeghuizen bevat. Voor sommige eisen geldt dat verpleeghuizen hieraan nu al moeten voldoen, zoals de eisen met betrekking tot basisveiligheid. Voor andere vereisten is meer tijd nodig, zoals het voldoen aan de personeelsnormen waarvoor de middelen in 2021 volledig beschikbaar zijn. Met het verschijnen van «Thuis in het Verpleeghuis» is duidelijkheid geboden over de modaliteiten met betrekking tot de invoering. Daarbij behoort duidelijkheid dat in 2021 alle zorgaanbieders dienen te voldoen aan de vereisten in het kwaliteitskader.

79

Iedere zorgorganisatie moet jaarlijks een kwaliteitsplan maken (zoals staat in het kwaliteitskader). Hoe wordt ervoor gezorgd dat dit plan niet heel bureaucratisch wordt? Hoe moet een dergelijk plan eruit zien?

Het gesprek over het kwaliteitsplan stimuleert alle betrokkenen (cliënten, naasten en de cliëntenraad, (para)medici, verpleegkundigen en verzor-

genden) om blijvend van elkaar te leren en te verbeteren. Het bevorderen van dit gesprek voorkomt dat het een bureaucratisch plan wordt.

Onderwerpen in het kwaliteitsplan zijn onder meer:

- Het profiel van de organisatie
- Het personeelsbestand (incl. arbeidsmarkt aanpak)
- De situatie, plannen en voornemens, o.a.
 - Persoonsgerichte zorg, met aandacht voor voeding, wondzorg, mondzorg, doorliggen, dagactiviteiten, enz.
 - De afweging om deel te nemen aan «Waardigheid en Trots op locatie»
 - Aanpak administratieve lasten
 - Inzet van technologie
- De verbeterparagraaf van de verschillende locaties
- Beschrijving van leren en verbeteren
- Begroting (meerjarig)

80

Wie maakt het kwaliteitsverslag, waarin wordt teruggeblikt op het kwaliteitsplan en de mate waarin de verbeteringen en de met het zorgkantoor gemaakte afspraken zijn gerealiseerd? Wie bepaalt of de afspraken zijn gerealiseerd? Wat zijn de consequenties indien de afspraken niet (of deels) gerealiseerd zijn?

De zorgorganisatie brengt jaarlijks een kwaliteitsverslag uit. Dit kwaliteitsverslag wordt voor vaststelling besproken met een vertegenwoordiging van cliënten, naasten en de cliëntenraad, (para)medici en verpleegkundigen en verzorgenden, en met tenminste twee collega zorgorganisaties uit het lerend netwerk (zie het antwoord op de vraag 62). In het kwaliteitsverslag wordt teruggeblikt op het kwaliteitsplan en de mate waarin de verbeteringen en de met het zorgkantoor gemaakte afspraken zijn gerealiseerd. Extra beschikbaar gestelde middelen die niet in lijn met het kwaliteitsplan en de afspraak met het zorgkantoor zijn ingezet, worden (zoals vooraf afgesproken) door het zorgkantoor teruggevorderd of verrekend. In de praktijk kan dit vorm krijgen door een bijstelling van de begroting en de bevoorschotting gedurende het jaar.

81

Op welke wijze krijgen cliënten en naasten invloed op het kwaliteitsplan?

In het kwaliteitskader is aangegeven dat de zorgaanbieders het kwaliteitsplan opstellen in samenwerking met cliënten, naasten en de cliëntenraad, (para)medici, verpleegkundigen en verzorgenden. Hierdoor kunnen cliënten en naasten invloed uitoefenen.

82

Kunt u de passage «middelen met een structureel karakter die conform het kwaliteitsplan worden besteed, worden zo spoedig mogelijk na de implementatieperiode toegevoegd aan de tarieven en blijven zo structureel beschikbaar» toelichten?

Vanaf 2017 komen de extra middelen voor het kwaliteitskader gefaseerd beschikbaar. De extra middelen (100 miljoen euro structureel in 2017, hetgeen met 335 miljoen is verhoogd tot 435 miljoen euro structureel vanaf 2018) zijn in de tarieven opgenomen. Dit bedrag blijft vanaf 2019 beschikbaar via het reguliere tarief. Gedurende de ingroefase (nu voorzien voor de jaren 2019–2021) komen de extra middelen jaarlijks beschikbaar in de vorm van een kwaliteitsbudget. De toekenning van dat budget is gekoppeld aan door de verpleeghuizen opgestelde kwaliteitsplannen voor 2019 en latere jaren. Voor 2019 gaat het om een macro kwaliteitsbudget van 600 miljoen euro (aanvullend op de 435 miljoen euro

die in de reguliere tarieven is verwerkt). Het uitgangspunt is dat het extra geld voor het kwaliteitskader na de ingroeifase structureel wordt verwerkt in het integrale tarief. De komende periode werken partijen (NZa, ZN, ActiZ) dit gezamenlijk verder uit.

83

Klopt het dat er geen verplichting is om een meerjarenbegroting aan het kwaliteitsplan toe te voegen?

In het zorginkoopbeleid 2019 zal worden geschetst welke voorwaarden zijn verbonden aan de inzet van het kwaliteitsbudget. Eén van de voorwaarden zal zijn dat aan het kwaliteitsplan een (meerjaren)begroting is toegevoegd, waarin staat hoeveel extra fte de zorgorganisaties verwachten in te zetten om de personeelsbezetting te verhogen, de daarmee gepaard gaande extra loonkosten en de andere investeringen ten behoeve van kwaliteit van zorg. Het meerjarige karakter van deze begroting is niet verplicht en staat daarom tussen haakjes. Het opstellen van een meerjarenbegroting verdient echter wel de voorkeur, omdat zorgaanbieders, zorgkantoren en andere partijen daarmee inzicht krijgen in het verwachte tempo waarin de personeelsbezetting zal worden verhoogd en de daarmee samenhangende kosten per jaar.

84

Wie moet het kwaliteitsplan schrijven? Bestuurders, het management of personeel zelf?

Het is aan de zorgorganisatie zelf om te bepalen wie het kwaliteitsplan schrijft. Het plan moet in ieder geval opgesteld worden in samenwerking met cliënten, naasten en de cliëntenraad, (para)medici, verpleegkundigen en verzorgenden. De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor en daarmee aanspreekbaar op het kwaliteitsplan.

85

Hoeveel tijd kost het maken van het kwaliteitsplan? Wat zijn de consequenties hiervan voor het personeel op de werkvloer?

Zie het antwoord op vraag 68.

86

Hoeveel uren van zorgverleners gaan verloren bij het maken van het kwaliteitsplan?

Zie het antwoord op vraag 68.

87

Kwaliteit hangt voor een groot deel af van de bezetting, dus waarom is een bureaucratisch kwaliteitsplan nodig, als juist voldoende bezetting een groot deel van de problemen oplost?

Kwaliteit van leven voor bewoners hangt voor een belangrijk deel samen met zorgverleners die voldoende tijd en aandacht voor hen hebben. Enkel het verhogen van de bezetting waarborgt niet dat de kwaliteit op het vereiste niveau komt. Het gaat immers ook om contextgerichte inzet van zorgverleners, inzet van technologie, kennis, scholing en leiderschap. In het kwaliteitsplan wordt aangegeven hoe systematisch en in samenhang hieraan gewerkt wordt door de zorgaanbieder.

Het gesprek over het kwaliteitsplan stimuleert alle betrokkenen (cliënten, naasten en de cliëntenraad, (para)medici, verpleegkundigen en verzorgenden) om blijvend van elkaar te leren en te verbeteren. Het bevorderen van dit gesprek voorkomt dat het een bureaucratisch plan wordt.

88

Waarom beoordelen zorgorganisaties samen met het zorgkantoor het kwaliteitsplan? Wie bepaalt wat goed is? Zijn het juist niet de zorgverleners en de bewoners die bepalen of de kwaliteit van zorg en voldoende bezetting van personeel geslaagd is? Waarom is hier niet voor gekozen?

Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg bepaalt dat elke zorgorganisatie overeenkomstig hoofdstuk 4 van het kwaliteitskader een kwaliteitsplan opstelt. Het kwaliteitsplan wordt door de verpleeghuisorganisaties opgesteld in samenwerking met cliënten, naasten en de cliëntenraad, (para)medici, verpleegkundigen en verzorgenden.

Het zorgkantoor heeft een wettelijke zorgplicht op basis waarvan er bij zorgaanbieders voor de verzekerden, binnen het beschikbare budget, voldoende zorg ingekocht moet worden van goede kwaliteit. Het kwaliteitsplan vormt de basis voor de tussen de zorgorganisatie en het zorgkantoor te maken afspraken over de besteding van de extra middelen die voor de zorginkoop 2019 beschikbaar zijn. Het zorgkantoor gaat daarbij in overleg met de zorgorganisatie na of de voornemens in het plan kunnen worden uitgevoerd. Zijn de plannen realistisch in het licht van de ontwikkeling van de arbeidsmarkt in de regio of in het licht van de te verwachten zorgvraag? Informatie, ideeën en wensen van cliënten en hun naasten krijgen de zorgkantoren ook zelf via de contacten die ze regelmatig hebben met cliëntenraden. Daarmee vormen de afspraken die tussen de zorgaanbieder en het zorgkantoor gemaakt worden, tevens een afspiegeling van de wensen van bewoners en verzorgenden.

89

Wie heeft bedacht dat alle verpleeghuizen een kwaliteitsplan – per locatie – moeten opstellen?

In het kwaliteitskader is opgenomen dat iedere zorgorganisatie jaarlijks een kwaliteitsplan moet opstellen; dus niet per locatie. Onderdeel van het kwaliteitsplan van de zorgorganisatie is een verbeterparagraaf per locatie.

90

Hoe verhoudt de aanpak van administratieve lasten zich met het opstellen van kwaliteitsplannen?

De bedoeling is om de informatie-aanlevering dusdanig vorm te geven dat er geen toename is van administratieve lasten. Het opstellen van plannen kan inderdaad extra administratieve lasten mee zich mee brengen. Via het ondersteuningsaanbod «Waardigheid en Trots op locatie» wordt geprobeerd de administratieve lastendruk te minimaliseren door interne bureaucratie helpen te verminderen. Dit zal onder meer worden gedaan door resultaten van het programma «Ontregel de zorg» breed onder de aandacht te brengen.

Daarnaast wordt in het programma gewerkt volgens het principe eenmalige registratie, meervoudig gebruik. Dit kan ertoe leiden dat gegevens of indicatoren die nu nog door verschillende partijen worden uitgevraagd komen te vervallen en slechts eenmalig hoeven te worden aangeleverd of geregistreerd.

91

Waarom moet in het kwaliteitsplan opgesteld worden hoe persoonsgerichte zorg wordt ingevuld? Worden zorgverleners niet per definitie opgeleid om integraal naar de behoefte van mensen te kijken? Waarom is niet gekozen in het vertrouwen dat zorgverleners daarvoor opgeleid en bevoegd zijn en dat op een goede en liefdevolle wijze vervullen?

In het kwaliteitskader is aangegeven dat de verpleeghuizen een kwaliteitsplan opstellen waarin is aangegeven hoe zij invulling geven aan de thema's uit het plan, zoals persoonsgerichte zorg. Met persoonsgerichte zorg wordt bedoeld dat goede verpleeghuiszorg begint bij datgene wat een (individuele) bewoner nodig heeft. Daarbij gaat het om alle levensdoelstellingen die voor het welbevinden van de bewoner belangrijk zijn. Zorg, welzijn, wonen en behandeling zijn dienend aan de bewoner. Dit is bepalend voor de kwaliteit van leven die de bewoner ervaart. De werkelijkheid van alle dag is vaak nog dat de bewoner zich aanpast aan het aanbod dat de locatie te bieden heeft. Opname van de omkering van aanbodgericht naar persoonsgericht is een omslag die veel vraagt in kennis, houding en gedrag van allen die werkzaam zijn in het verpleeghuis en is daarom een vitaal onderdeel van het kwaliteitsplan. Immers, alle inspanningen die verder onderdeel zijn van het kwaliteitsplan staan ten dienste van de persoonsgerichte zorg aan de bewoner.

92

Waarom moet in het kwaliteitsplan uitgelegd worden waarom zorgorganisaties de afweging maken om wel of niet deel te nemen aan «Thuis in het Verpleeghuis»?

Alle zorgorganisaties zullen aan de vereisten in het kwaliteitskader moeten gaan voldoen. Daarom zullen zorgorganisaties in het kwaliteitsplan in moeten gaan op hun verbetertraject waarin is aangegeven hoe en wanneer zij denken aan het kwaliteitskader te kunnen voldoen.

In «Thuis in het Verpleeghuis» is aangegeven dat het Ministerie van VWS een ondersteuningsprogramma aanbiedt aan verpleeghuizen: «Waardigheid en trots op locatie». In het kwaliteitsplan geven zorgorganisaties gemotiveerd aan of zij zelf een verbetertraject vormgeven of gebruik maken van het aanbod van «Waardigheid en trots op locatie». Uit deze afweging blijkt waarom zij voor welk veranderarrangement zijn kiezen.

93

Hoe gaan zorgkantoren jaarlijks sturen op de inkoop op basis van kwaliteitsplannen en -verslagen wanneer sprake is van meerjarige contracten met zorgaanbieders? «Middelen met een structureel karakter die conform het kwaliteitsplan worden besteed, worden zo spoedig mogelijk na de implementatieperiode toegevoegd aan de tarieven en blijven zo structureel beschikbaar». Wat zegt deze zin precies? Hoe kunnen middelen die op basis van een kwaliteitsplan van een individuele zorgaanbieder zijn toegekend uiteindelijk in de algemene tarieven lopen?

Zie het antwoord op vraag 82.

94

Stel een verpleeghuis krijgt in 2019 één miljoen euro in het kader van een kwaliteitsplan, maar achteraf blijkt dat maar 800.000 euro in lijn met het kwaliteitsplan en conform de afspraak met het zorgkantoor is uitgegeven, hoe verloopt de verrekening dan?

De verrekening van bedragen die niet conform de afspraken met het zorgkantoor zijn besteed, kan op twee manieren plaatsvinden. Indien de zorgaanbieder gedurende het jaar tijdig bij het zorgkantoor aangeeft dat het de gemaakte afspraken niet volledig zal realiseren kan het bedrag (en daarmee de maandelijkse bevoorschotting) tussentijds worden aangepast. In dat geval hoeft er aan het eind van het jaar niet (of minder) te worden teruggevorderd. Indien de zorgaanbieder pas na afloop van het jaar de

lagere realisatie doorgeeft aan het zorgkantoor zal het niet bestede bedrag worden verrekend bij de nacalculatie.

95

Welke gegevens uit het kwaliteitsplan worden nu ook al uitgevraagd in het kader van de verantwoording?

Er is nog geen volledig inzicht in de gegevens die in het kader van de verantwoording worden uitgevraagd en de gegevens die in het kwaliteitsplan c.q. kwaliteitsverslag worden uitgevraagd. Mede door de opdrachtverstrekking aan het Zorginstituut en NZa voor het ontwerp van een dashboard wordt dit inzicht verkregen.

96

Welke gegevens zijn echt nieuw, en moeten echt nieuw verzameld worden, voor het opstellen en monitoren van het kwaliteitsplan?

Het uitgangspunt is dat bij het opstellen van het kwaliteitsplan zoveel mogelijk wordt uitgegaan van bestaande informatie of informatie die wordt verzameld, omdat deze bijdraagt aan het uitvoeren van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Het opstellen van kwaliteitsplannen- en verslagen is nieuw. Hiermee geeft een zorginstelling zelf aan welke stappen er gezet worden gaan worden in een jaar (en kijkt terug op het jaar in het verslag) om het kwaliteitskader te implementeren.

97

Kunnen plannen die kleinschaligheid bevorderen ook deel uitmaken van het kwaliteitsplan?

Het bieden van voldoende tijd en aandacht aan bewoners door middel van persoonsgerichte zorg is essentieel voor de kwaliteit van leven voor bewoners. In het kwaliteitsplan geven zorgaanbieders aan hoe zij dit willen realiseren. Kleinschaligheid kan hiervan deel uitmaken.

98

Kan de aanschaf van «*smart sensors*» of «GPS-trackers» ook deel uitmaken van het kwaliteitsplan?

Ja, het kwaliteitsbudget kan door instellingen ook gebruikt worden voor de toepassing van technologie, tot een maximum van 15% van het beschikbare budget. Belangrijke voorwaarde is dat het bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de bewoners en/of het bevorderen van meer tijd en aandacht voor de cliënt.

99

Kan het ontwikkelen van expertise bij en de opleiding van personeel, denk bijvoorbeeld aan meer kennis van palliatieve zorg, deel uitmaken van het kwaliteitsplan?

Ja, dat kan deel uitmaken van het kwaliteitsplan en daarmee bekostigd worden vanuit het kwaliteitsbudget.

100

In 2021 voldoen alle zorgorganisaties aan het kwaliteitskader. Op welke manier gaan de zorgkantoren en de IGJ i.o. ervoor zorgdragen dat daar waar niet aan het kader wordt voldaan, dit alsnog gebeurt? Kunt u hiervan meerdere concrete voorbeelden geven?

Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de implementatie van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. In «Thuis in het Verpleeghuis» heb ik

aangegeven dat zowel de zorgkantoren als de IGJ i.o. over sturingsinstrumenten beschikken om zorgaanbieders te bewegen bij niet-voldoen aan het kwaliteitskader.

Wat betreft de zorgkantoren is daarbij sprake van een zogeheten escalatieladder. In eerste instantie is er het goede gesprek gericht op het leren en verbeteren. Leidt dit tot een verbetering dan staan de zorgkantoren verschillende instrumenten ter beschikking zoals het afspreken van een lagere vergoeding, een opnamestop, het bevorderen wijzigingen aan te brengen in de organisatiestructuur tot en met het aandringen op fusie of overname van een zorgaanbieder. Als ultimatum remedium kan besloten worden de zorgaanbieder niet meer te contracteren wat uiteindelijk zal leiden tot een faillissement. Welke maatregel een zorgkantoor ook overweegt, elke maatregel zal zij moeten afzetten tegen de mogelijkheden die zij heeft in het licht van de wettelijke zorgplicht. Een concreet voorbeeld is een zaak waarbij zorgkantoor CZ heeft aangestuurd op een fusie van een naar hun oordeel slecht functionerende zorgaanbieder met een andere zorgaanbieder om de kwaliteit weer op het gewenste niveau te krijgen.

De IGJ i.o. zal ingrijpen wanneer zorgaanbieders onvoldoende werk maken van de veiligheid en kwaliteit en zonodig handhaven. De IGJ i.o. bezoekt de komende jaren alle zorgaanbieders en spreekt alle raden van bestuur en raden van toezicht.

101

In 2018 merken bewoners de eerste verschillen, hoe wordt dit gemeten? Wordt de Kamer hiervan op de hoogte gesteld, zo nee waarom niet? Zo ja, op welke manier?

In 2018 merken de bewoners de eerste verschillen doordat er reeds extra personeel beschikbaar komt om meer tijd en aandacht aan bewoners te bieden. In een recente publicatie van ActiZ «Resultaten uit het verpleeghuis»⁵ (april, 2018) komt naar voren hoe zorgaanbieders dit vormgeven. Met deze en andere rapportages wordt de Tweede Kamer op de hoogte gesteld. Vanaf 2019 zal de informatie hieromtrent beschikbaar komen via de spiegel zoals beschreven in «Thuis in het Verpleeghuis».

102

Hoe stimuleert u dat er meerjarencontracten worden afgesloten tussen zorgorganisaties en zorgkantoren?

Het huidige Wlz-zorginkoopkader Wlz is geldig van 2018 tot en met 2020. In het Wlz-zorginkoopkader is opgenomen dat de procedure voor het tot stand komen van een overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgkantoor in principe is gericht op het aangaan van een overeenkomst voor 2018–2020. De achtergrond daarvan is, aldus het zorginkoopkader, dat een meerjarige overeenkomst rust en duidelijkheid creëert. Zorgkantoren gaan in principe met de bestaande zorgaanbieders met wie zij gedurende geheel 2017 een overeenkomst hadden, een overeenkomst aan met een looptijd tot en met 2020. Dit heeft ertoe geleid dat inmiddels, afhankelijk van de Wlz-uitvoerder, tussen de 75% en 90% van de Wlz-zorgaanbieders een meerjarige overeenkomst heeft afgesloten. Nieuwe aanbieders komen doorgaans na een jaar in aanmerking voor een meerjarenovereenkomst.

103

Wordt geregeld dat alle zorgorganisaties meerjarige contracten krijgen?

⁵ <https://www.waardigheidentrots.nl/praktijk/mireille-de-wee-actiz-met-verhalen-versterken-welk-imago-van-de-sector/>

Zie het antwoord op vraag 102.

104

Bevatten de in het tekstkader opgenomen onderwerpen voor het kwaliteitsplan aanvullende onderwerpen ten opzichte van datgene dat is vastgelegd in het Programmaplan kwaliteit verpleeghuiszorg?

In het programmaplan «Thuis in het Verpleeghuis» zijn in het tekstblok op pagina 15 diverse onderwerpen opgenomen die aansluiten op het kwaliteitskader verpleeghuiszorg en daarop aanvullen. Aanvullend is de toevoeging van de (meerjaren) begroting en de afweging om deel te nemen aan «Waardigheid en Trots op locatie».

105

Op welke manier voorkomt u dat bij het terugvorderen of verrekenen van het geld de bewoners of medewerkers daarvan niet de dupe worden? Hoe worden de eerste verschillen voor bewoners per locatie en als landelijk beeld in kaart gebracht?

Op grond van het niet nakomen van de overeenkomst tussen zorgkantoor en zorgaanbieder zullen middelen worden teruggevorderd of verrekend. De terugvordering/verrekening van niet ingezette middelen heeft geen nadelige gevolgen voor cliënten of medewerkers. Het zorgkantoor en de zorgaanbieder hebben een goed en frequent contact gedurende het jaar waardoor bijstellingen in de uitvoering snel kunnen worden verwerkt in de begroting en de bevoorschotting. Daarmee wordt het terugvorderen of verrekenen zoveel mogelijk voorkomen. De terugvordering/verrekening van niet ingezette middelen heeft geen nadelige gevolgen voor bewoners of medewerkers.

In 2018 merken de bewoners de eerste verschillen doordat er reeds extra personeel beschikbaar komt om meer tijd en aandacht aan hen te bieden. In de eerder genoemde publicatie van ActiZ «Resultaten uit het verpleeghuis» komen de eerste verschillen voor bewoners naar voren per locatie en (op basis van 45 grote aanbieders) voor het landelijke beeld. Vanaf 2019 zal de informatie hieromtrent via de spiegel zoals beschreven in «Thuis in het Verpleeghuis» beschikbaar komen.

106

Wat is de ambitie voor 2019 en 2020 ten aanzien van het implementeren van het kwaliteitskader bij alle instellingen?

De ambitie voor 2018 is dat de bewoners duidelijk verschil merken bij de invoering van het kwaliteitskader. Deze lijn moet zich in 2019 en zeker in 2020 versterkt voortzetten. Terwijl de zorgaanbieders in 2018 al stappen zetten bij het aannemen van extra zorgverleners en bij het vormgeven van persoonsgerichte zorg zullen zij daar in 2019 en in 2020 sterke voortgang in moeten boeken. Dit zal moeten blijken uit de kwaliteitsplannen en -verslagen die zij opstellen, de ontwikkeling van de personele bezetting en de toenemende tevredenheid van bewoners en zorgverleners. Overigens past hierbij de realiteitszin dat er forse verschillen zijn tussen de zorgaanbieders. Zoals ik in «Thuis in het Verpleeghuis» heb aangegeven, zijn sommige zorgaanbieders reeds ver met het vormgeven van persoonsgerichte zorg en hebben andere zorgaanbieders moeite om de basiskwaliteit te borgen. Zorgaanbieders zullen in elk op eigen wijze stappen zetten, met als doel dat allen aan de vereisten in het kwaliteitskader gaan voldoen. Een ambitie is ook dat de inkoop van de verpleeghuiszorg door de zorgkantoren zich richt op verbetering van de kwaliteit en dat de zorgkantoren daarover met de zorgaanbieders tot duidelijke afspraken in de contracten komen.

107

Waarom is ervoor gekozen om tot en met 2021 het nieuwe kwaliteitskader stapsgewijs te implementeren, gezien het feit dat het kwaliteitskader vorig jaar is ingediend in het Kwaliteitsregister van het Zorginstituut Nederland, en daarmee een kwaliteitsstandaard is geworden en dus onderdeel is van de dagelijkse beroepsuitoefening?

Bij het aanbieden van het kwaliteitskader aan de Tweede Kamer op 13 januari 2017 is aangegeven dat de invoering ervan op dat moment is gestart. Daar is ook aangegeven dat het wel enige tijd zal vergen voordat alle verpleeghuizen aan de norm van het kader kunnen voldoen, omdat het kwaliteitskader een nieuwe en ambitieuze norm voor alle verpleeghuizen zet. Met name het voldoen aan de personele opgave (40.000 extra fte) zal een behoorlijke inspanning vergen en enige tijd vragen. Met het verschijnen van «Thuis in het Verpleeghuis» is duidelijkheid geboden over de modaliteiten met betrekking tot de invoering. Daarbij behoort duidelijkheid dat in 2021 alle zorgaanbieders dienen te voldoen aan de vereisten in het kwaliteitskader.

108

De zorgkantoren krijgen een rol in de toekenning van middelen, hoe wordt voorkomen dat dit een nieuwe bureaucratische last oplevert?

Aanvullend op het zorginkoopbeleid is specifiek beleid gepubliceerd en zijn afspraken gemaakt voor de toedeling van de extra middelen voor het verbeteren van de kwaliteit van verpleeghuizen. De toekenning van dat budget is gekoppeld aan door de verpleeghuizen opgestelde kwaliteitsplannen voor 2019 en latere jaren. Hierdoor kunnen zorgkantoren beter sturen op een goede inzet van de middelen en wordt er ook recht gedaan aan tempoverschillen tussen zorgaanbieders. Zorgaanbieders kunnen in hun kwaliteitsplan zelf een afweging maken op welke manier ze toe gaan groeien naar het vastgestelde kwaliteitskader.

De gesprekken tussen aanbieders en zorgkantoren en het kwaliteitsplan van de zorgaanbieder zijn de basis voor de financiële afspraken. De financiële onderbouwing wordt gebaseerd op de onderdelen die volgens het kwaliteitskader verpleeghuizen opgenomen moeten worden in het kwaliteitsplan (zie ook het antwoord op vraag 79). Onder andere wordt de personeelssamenstelling inzichtelijk gemaakt evenals de onderverdeling naar functies en niveaus. Door hierop aan te sluiten, worden extra administratieve lasten voorkomen.

109

Met ingang van 2019 wordt informatie met onder andere de cliënttevredenheid (Net Promoter Score (NPS), de bewonerservaringen (Zorgkaart-nederland.nl) en de basisveiligheid (indicatoren) per locatie in beeld gebracht, zodat toekomstige bewoners in één oogopslag een indruk krijgen van de locatie waarvoor zij kiezen, in welk systeem wordt deze informatie gebundeld?

De scores van de Net Promoter Score (NPS) moeten worden gepubliceerd in het kwaliteitsverslag van de locatie en aangeleverd worden aan het openbare databestand van het Zorginstituut. Hiermee is geborgd dat er jaarlijks landelijke, vergelijkbare informatie is met betrekking tot cliëntervaringen. Met Thuis in het Verpleeghuis wordt beoogd relevante informatie voor (toekomstige) bewoners te bundelen in een systeem. Ik heb het Zorginstituut en de NZa gevraagd een voorstel te doen via welk systeem deze informatie gebundeld en ontsloten kan worden.

110

Waarom is besloten vanaf 2018 de NPS niet meer verplicht te stellen?

Zorgaanbieders hebben nog steeds de plicht om jaarlijks de NPS af te nemen.

111

Welke vraag wordt gesteld bij de NPS?

Voor de NPS kan de aanbevelingsvraag van Zorgkaartnederland.nl gebruikt worden. Deze luidt: «zou u deze instelling aanbevelen aan familie en vrienden?» De scores worden gepubliceerd in het kwaliteitsverslag van de locatie.

112

Welke aanvullende instrumenten «kunnen» zorgorganisaties gebruiken vanaf verslagjaar 2018?

De stuurgroep Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg heeft besloten dat zorgaanbieders de vrijheid houden om zelf te kiezen hoe zij de ervaringen van hun cliënten meten, naast de NPS. Er is geen vaste set van instrumenten. Er is door de veldpartijen wel een set eisen vastgesteld waar meetinstrumenten aan moeten voldoen. Elke zorgaanbieder maakt in het kwaliteitsverslag de uitkomsten van de metingen openbaar.

113

Hoe ondersteunen de bij zorginkoop en gesprekken opgedane inzichten door zorgkantoren, die zij gebruiken voor zorgbemiddeling, mensen bij het kiezen van een zorgorganisatie?

De zorgkantoren hebben een zorgplicht op basis waarvan voor de verzekerde cliëntondersteuning beschikbaar is en waarop de verzekerde, al dan niet met behulp van zijn vertegenwoordiger of mantelzorger, een beroep kan doen. De zorgkantoren bezoeken regelmatig locaties van zorgaanbieders. Door op bezoek te gaan en gesprekken te voeren met cliënten, verzorgenden en andere medewerkers, krijgen zij een goede indruk van de kenmerken van de zorgaanbieders. Ook beschikken zorgkantoren over verantwoordingsinformatie van zorgaanbieders die gebruikt kan worden bij de cliëntadvisering.

114

Elke zorgorganisatie levert jaarlijks via de gegevensmakelaar gegevens aan zoals de basisveiligheidsindicatoren, kunt u aangegeven wat een gegevensmakelaar precies is?

Een gegevensmakelaar zorgt ervoor dat de juiste informatie tijdig en juist wordt aangeleverd bij het Zorginstituut.

115

Wie is de gegevensmakelaar? Is dat een nieuwe functie? Zo ja, waar werkt deze persoon? Is er budget voor vrijgemaakt? Zo ja, hoeveel?

In het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg is vastgesteld dat elke organisatie moet beschikken over een gegevensmakelaar. De gegevensmakelaar is een «trusted third party» die door de brancheorganisaties is uitgezocht en betaald. De brancheorganisaties zijn verantwoordelijk voor het organiseren van het aanleverproces van informatie. Leden van brancheorganisaties betalen de kosten van de gegevensmakelaar via het lidmaatschap. Zorgaanbieders die geen lid zijn kunnen tegen betaling wel gebruik maken van de diensten. Er is geen sprake van een nieuwe functie, maar er is

omschreven dat de gegevensmakelaar voor tijdige en juiste aanlevering zorg draagt.

116

Wat wordt bedoeld met aanvullende instrumenten voor kwaliteitsverbetering?

Daarmee wordt bedoeld dat zowel de NPS kan worden gebruikt om cliënttevredenheid weer te geven, maar ook de andere instrumenten zoals die zijn vastgesteld door de stuurgroep Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg om kwaliteitsverbetering voor cliënten inzichtelijk te maken.

117

Welke website wordt bedoeld met «een publieke website»?

Met een «publieke website» wordt bedoeld een website die voor iedereen toegankelijk is. Een voorbeeld van een «publieke website» is zorgkaartnederland.nl.

118

Hoe wordt voorkomen dat door het gebruik van vijf verschillende websites voor informatie over één zorginstelling de informatie versnipperd raakt?

Het is juist de bedoeling om op basis van een eenduidige dataset de relevante informatie te verzamelen voor verschillende gebruikers. Daarmee wordt voorkomen dat gebruikers op meerdere plaatsen informatie moeten verzamelen om bijvoorbeeld te kiezen voor een verpleeghuis dat bij hem/haar (of zijn naasten) past. De achterliggende eenduidige dataset zorgt ervoor dat informatie niet versnipperd raakt.

119

In hoeverre leidt het aanleveren van diverse informatie aan verschillende kanalen tot meer administratieve lasten?

De bedoeling is om de informatie-aanlevering dusdanig vorm te geven dat er geen toename is van administratieve lasten. Hier moet in het ontwerp ook rekening mee worden gehouden door het in te richten volgens het principe eenmalige registratie, meervoudig gebruik. Het kan ertoe leiden dat informatie die nu nog door verschillende partijen wordt uitgevraagd komt te vervallen en slechts eenmalig hoeft te worden aangeleverd of geregistreerd.

120

Hoe worden de drie verschillende informatiebronnen voor patiënten aangeboden?

Het is de bedoeling om de informatie eenduidig samen te brengen door verschillende databronnen te koppelen en samen te voegen waar mogelijk.

121

Op welke manier(en) wordt geborgd dat de uitgevraagde informatie, die later ook via verschillende digitale kanalen gecommuniceerd wordt, aansluit bij de informatiebehoefte van toekomstige bewoners en hun naasten om tot een goede keuze te komen?

Door over de vormgeving en over selectie van informatie overleg te voeren met de relevante veldpartijen wordt dit geborgd.

122

Hoeveel subsidie krijgt de Patiëntenfederatie en vanuit welk begrotingsartikel komt dit?

Ten behoeve van de activiteit Zorgkaartnederland.nl voor verpleeghuizen is voor 2018 en 2019 een subsidiebudget begroot van respectievelijk ongeveer 700.000 euro en 1.400.000 euro. Deze subsidie wordt verleend op basis van begrotingsartikel 3.

123

De Patiëntenfederatie krijgt in 2018 en 2019 subsidie voor het verzamelen van informatie voor Zorgkaartnederland.nl, wat gebeurt er met deze taak na 2019? Zijn dan nog middelen beschikbaar?

De Patiëntenfederatie krijgt in 2018 en 2019 nog subsidie van VWS ten behoeve van Zorgkaartnederland.nl. De Patiëntenfederatie heeft aangegeven dat Zorgkaartnederland.nl in de periode daarna zelfstandig, zonder subsidie, verder kan.

124

Is over elk verpleeghuis op dit moment informatie beschikbaar op Zorgkaartnederland.nl?

Bewoners en hun verwanten plaatsen zelfstandig (of met ondersteuning van de Patiëntenfederatie) reviews op Zorgkaartnederland.nl. Aangezien het plaatsen van reviews niet verplicht is, zijn niet alle verpleeghuizen vertegenwoordigd op Zorgkaartnederland.nl.

125

Hoeveel reacties zijn gemiddeld per verpleeghuis op Zorgkaartnederland.nl beschikbaar?

Er staan 96.553 waarderingen in totaal voor de verpleeg- en verzorgingshuizen van het begin van Zorgkaartnederland.nl (2009) tot en met april 2018. Vanaf start januari 2015 tot en met april 2018 zijn er 63.910 waarderingen in totaal bijgekomen. Op Zorgkaartnederland.nl staan 2.088 locaties. De helft van de locaties heeft 30 of meer waarderingen. Dit aantal is van belang voor de representativiteit.

126

Hoe verhoudt het vermoeden dat technologie de noodzaak voor extra mensen tempert zich tot de hardheid van de personeelsnorm?

De personeelsnorm vraagt dat er op drukke momenten voldoende personeel beschikbaar is. Daarbij wordt er vanuit gegaan dat het personeel dan ook voldoende tijd en aandacht heeft voor de vereiste persoonsgerichte zorg aan cliënten. Met de inzet van ondersteunende technologie kan niet alleen de zorg aan cliënten beter worden, bijvoorbeeld door «smart sensors» in incontinentiemateriaal, maar kan ook de verzorgende ontlast worden, waardoor er meer tijd beschikbaar kan komen voor persoonsgerichte zorg. De inzet van technologie maakt het daarmee beter mogelijk om te voldoen aan de personeelsnorm en de verdere eisen van het kwaliteitskader.

127

Als een hogere medewerkers- en cliënttevredenheid wordt gekoppeld aan meerdere acties, hoe weet de Kamer straks welke actie welk effect heeft gehad?

Het tot stand brengen van hogere cliënt- en medewerkerstevredenheid zijn te bereiken resultaten op het niveau van de doelstellingen. Per doelstelling zijn er meerdere acties benoemd. Per actie zijn in «Thuis in het Verpleeghuis» de te bereiken resultaten apart aangegeven, zodat ook het resultaat per actie in beeld kan worden gebracht.

128

«Voor de verpleeghuiscare worden verpleeghuizen en het onderwijs gestimuleerd om in hun regio aanvullende activiteiten op te zetten. Zorgkantoren hebben de rol deze activiteiten te faciliteren.» Is dit een rol die past en hoort bij zorgkantoren? Hebben zij hiervoor capaciteit?

In het actieprogramma Werken in de Zorg heb ik aangekondigd specifiek voor de verpleeghuizen actie te ondernemen om extra personeel en ook meer deskundig personeel in de zorg aan te laten nemen. Dat betekent dat er de komende jaren een forse personele uitdaging is voor de verpleeghuiscare oplopend tot circa 70 duizend extra medewerkers, met name zorgprofessionals. De zorgkantoren, ondersteund door het programma «Waardigheid en Trots op locatie», zullen met de verpleeghuisinstellingen in hun regio een convenant afsluiten met concrete acties ter ondersteuning van de uitvoering van deze doelstelling. Deze activiteiten moeten er aan bijdragen dat er voldoende personeel is binnen de regio, waardoor iemand binnen redelijke termijn en op redelijk afstand de zorg kan ontvangen die hij nodig heeft.

Er zijn inmiddels 28 van de 31 zorgkantorregio's bezig een convenant te sluiten. Zorgkantoren hebben aangegeven dat zij deze rol willen invullen. Zorgverzekeraars Nederland laat een profiel maken van zowel het zorgkantoor 2021 als van de zorginkoper 2021, zodat zij een gezamenlijk beeld hebben waar ze als organisatie naar toe te werken. Het onderzoek zal tevens uitwijzen in hoeverre de capaciteit van de zorgkantoren toereikend is voor onder meer de uitoefening van hun taken in het kader van het programma «Thuis in het Verpleeghuis». Hiervoor heb ik in eerste instantie 4 miljoen euro beschikbaar gesteld.

129

Hoe voorkomt u dat de merkbaarheidsscan niet bijdraagt aan juist meer administratieve lasten en hoe verhoudt zich dat tot de actie om «de kraan dicht te draaien»?

De merkbaarheidsscan is een monitoringsinstrument waarmee gemeten kan worden in hoeverre genomen specifieke maatregelen hebben geleid tot een merkbare vermindering van de ervaren regeldruk. Uiteraard moet een dergelijk instrument niet leiden tot meer administratieve lasten. Het is echter wel van belang om te monitoren in hoeverre genomen maatregelen daadwerkelijk effect hebben in de praktijk. Zo bleek uit de merkbaarheidsscan bij de huisartsen dat een aantal maatregelen nog niet tot verlichting hadden geleid en bleek uit vervolgonderzoek de oorzaak hiervan te liggen in het niet goed geïmplementeerd zijn van de maatregelen.

Met de actielijn «Voorkomen van nieuwe regeldruk: de kraan dicht-draaien» in het programma »Ontregel de zorg» wordt ingezet op het zoveel mogelijk voorkomen van nieuwe regeldruk, zowel bij nieuwe wet- en regelgeving als beleid.

130

Wat is het verschil tussen de merkbaarheidsscan en het overzicht van geschrapte regels en opgeruimde administratieve lasten binnen zorgorganisaties?

De merkbaarheidsscan geeft inzicht in de ervaring van zorgprofessionals en het effect dat genomen maatregelen, zoals het schrappen van regels, heeft op de regeldruk die zij ervaren. De lijst van geschrapte regels en administratieve lasten biedt vooral overzicht, maar zegt weinig over de ervaring.

131

Met wie wordt het overzicht van geschrapte regels en opgeruimde administratieve lasten binnen en buiten zorgorganisaties gedeeld en besproken?

Er is een website waarin alle activiteiten rondom de aanpak regeldruk op een logische manier worden geordend en waarop deze activiteiten door iedereen kunnen worden teruggevonden (www.ordz.nl).

132

In welke regio's is het arbeidstekort het grootst?

Onderstaande figuren geven inzicht in de krapte op de arbeidsmarkt, zowel voor het totaal aan zorg en welzijnsberoepen als specifiek voor verzorgende IG en mbo- en hbo-verpleegkundige. Hiervoor is de spanningsindicator van het UWV gebruikt. Deze geeft de verhouding tussen het aantal openstaande vacatures en het aantal geregistreerde werkzoekenden dat direct inzetbaar is weer.

Uit de figuren wordt duidelijk dat voor alle zorg- en welzijnsberoepen de arbeidsmarkt in ongeveer 1/3 van de regio's krap is en in de rest gemiddeld. Voor de beroepen verzorgende IG en verpleegkundige is de arbeidsmarkt echter in alle regio's krap tot zeer krap.

Figuren: Krapte op arbeidsmarkt op basis van spanningsindicator UWV⁶

133

In 2018/2019 zijn in alle zorgkantorregio's concrete afspraken gemaakt tussen verpleeghuizen, opleidingsorganisaties en zorgkantoren over de arbeidsmarkt zodat de beoogde extra zorgverleners ingezet worden (onder andere door behoud van zorgverleners), waardoor de bewoners zullen merken dat er genoeg zorgverleners zijn die tijd een aandacht voor hen hebben. Hoe wordt dit gemeten? Zijn op dit moment al zulke concrete afspraken gemaakt? Zo ja, hoeveel?

In alle regio's worden op dit moment in lijn met het actieprogramma «Werken aan de Zorg» zorgbreed afspraken gemaakt over de aanpak van tekorten op de arbeidsmarkt (de zogenaamde RAAT's). Deze RAAT's zijn zorgbreed. Aanvullend daarop worden specifieke afspraken gemaakt voor de verpleeghuiszorg. Ook dat proces loopt inmiddels in veel regio's. In geen van de regio's is dit proces al volledig afgerond. De verwachting is dat eind dit jaar in de meeste regio's de noodzakelijke concrete afspraken zijn gemaakt. VWS wordt hierover geïnformeerd door betrokken partijen (zorgkantoren, regionale werkgeversorganisaties).

134

Hoe verhouden de indicatoren rondom keuze-informatie in paragraaf 3.1.2 zich tot de passage «om de administratieve lasten te beperken [...] brengen we gegevensuitvraag aan zorgorganisaties terug»?

Zie het antwoord op vraag 90.

135

⁶ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

Hoe wordt dit precies vormgegeven dat «Thuis in het Verpleeghuis» zorgorganisaties gaat helpen interne administratieve lasten op te ruimen?

Vanuit «Waardigheid en trots op locatie» worden locaties die dit willen geholpen om de eigen administratieve lasten te verminderen. Dit doen ze bijvoorbeeld aan de hand van het overzicht van de verplichte registraties dat is opgesteld door de werkgroep registratielast. Onder andere met deze lijst kunnen onnodige registraties worden opgemerkt en weggenomen. Zie ook het programma »Ontregel de zorg«.

136

Door welke partij zal de informatie om te komen tot een gemeenschappelijke dataset worden uitgevraagd? Wanneer moet deze set klaar zijn?

Het Zorginstituut wordt gevraagd de regie te nemen om op basis van de beschikbare data kwaliteitsinformatie te ontsluiten voor verschillende gebruikers, zoals cliënten en hun naasten, zorgaanbieders, zorgkantoren, beleidsinformatie, en toezichts- en reguleringinformatie voor de IGJ en de NZa. In het voorjaar van 2019 zal een eerste oplevering plaatsvinden.

137

In het kader van de administratieve lasten wordt beoogd dat de jaarlijks ervaren administratieve lasten zullen dalen, zodat bewoners merken dat de zorgverleners meer tijd voor ze hebben. Dit blijkt uit: 1. een hogere medewerkerstevredenheid en een hogere cliënttevredenheid, hoe wordt dit gemeten? Hoe hoog is de medewerkers en cliënttevredenheid op dit moment? Gaarne niet verwijzen naar een website, maar concrete cijfers die wij kunnen vergelijken.

Er zijn nu geen eenduidige cijfers beschikbaar over de tevredenheid van de bewoners of medewerkers. Door middel van de spiegelinformatie zal deze tevredenheid op een eenduidige manier en structureel gemeten worden. Hiermee kan de komende jaren de ontwikkeling van de tevredenheid van de bewoners worden gevolgd.

138

In het kader van de administratieve lasten wordt beoogd dat de jaarlijks ervaren administratieve lasten zullen dalen, zodat bewoners merken dat de zorgverleners meer tijd voor ze hebben. Dit blijkt uit: 2. een manier om de daling van de administratieve lasten in beeld te brengen, dit heet de merkbaarheids-scan. Hoe hoog zijn de administratieve lasten op dit moment? Hoe wordt dit gemeten? Kunt u uitleggen hoe de daling door middel van de merkbaarheids-scan concreet gemeten wordt? Gaarne niet verwijzen naar een website, maar concrete cijfers die wij kunnen vergelijken.

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar administratieve lasten in de langdurige zorg. Daaruit komen verschillende beelden. Er kan dus niet een eenduidig beeld worden gegeven hoe hoog de administratieve lasten precies zijn. Dat de ervaren regeldruk bij zorgprofessionals hoog is, staat onomstotelijk vast. Met een merkbaarheids-scan wordt de effectiviteit gemeten van de maatregelen die in het programma «(Ont)regel de zorg» worden genomen. In een 0-meting wordt de huidige ervaren regeldruk onderzocht. Met een 1-meting wordt na een bepaalde tijdsperiode gemeten of de ervaren regeldruk op deze punten is afgenomen. Het meten gebeurt door middel van een rapportcijfer voor de ervaring en een inschatting in de vermindering van tijd die zorgprofessionals kwijt zijn.

139

Wordt naast «een overzicht van geschrapte regels en opgeruimde administratieve lasten binnen zorgorganisaties» ook gekeken naar de nieuwe regels (op instellingsniveau) om zo een beeld te krijgen van de netto administratieve lastenverlichting?

Ja, onderdeel van de aanpak is dat er ook wordt gekeken naar het effect van nieuwe regelgeving.

140

Kunt u voorbeelden geven van situaties waarin aanvullend op het kwaliteitskader bij uitzondering extra gegevens kunnen worden gevraagd? Kan extra informatie door iedereen worden opgevraagd of door slechts één partij?

Het uitgangspunt is dat op basis van de beschikbare gegevens en nadere ontwikkelopdrachten in het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg er voldoende informatie is om kwaliteitsgegevens te ontsluiten. Daar waar behoefte is aan extra informatie, moet dit worden aangetoond en afgestemd met de verschillende betrokken partijen alvorens deze informatie ook daadwerkelijk wordt uitgevraagd bij de zorginstellingen.

141

Door wie wordt de merkbaarheidsscan opgesteld en op basis van welke informatie en indicatoren? Wie vraagt de data voor de merkbaarheidsscan uit?

Tot op heden zijn er in het kader van het programma «Merkbaar minder regeldruk» van het vorige kabinet drie merkbaarheidsscans uitgevoerd, in de paramedische sector, farmacie en huisartsenzorg. Dat is gebeurd door een onderzoeksbureau, in opdracht van VWS. Voor de verpleeghuiszorg wordt nog gezien hoe en wanneer de merkbaarheidsscan wordt uitgevoerd.

142

Klopt het dat nieuwe wetgeving, denk bijvoorbeeld aan de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), tot nieuwe administratieve lasten gaat leiden?

Bij nieuwe wet- en regelgeving vindt altijd een regeldruktoets plaats, waarbij wordt gekeken of eventuele regeldrukgevolgen, zoals een toename van regeldruk, proportioneel zijn. Er wordt getracht deze zoveel mogelijk te beperken. De gevolgen van de AVG zijn reeds in kaart gebracht bij de totstandkoming van de AVG en met de Tweede Kamer gedeeld.⁷

143

Ter bestrijding van de administratieve lasten wordt een oplossing gezocht door de persoonsgegevens van de onder de overheid vallende organen te integreren? Zijn hierbij risico's voor de privacy van persoonsgegevens?

Het uitgangspunt voor de informatievoorziening wordt «eenmalige uitvraag, meervoudig gebruik». Uiteraard wordt bij de uitwerking hiervan goed gekeken naar relevante privacyaspecten. Daarbij wordt gestreefd naar informatie die inzicht geeft in de kwaliteit op locatieniveau, maar dit hoeft niet te betekenen dat er persoonsgegevens in worden opgenomen en ontsloten. Partijen zullen enkel toegang krijgen tot die informatie die relevant is voor de uitvoering van hun wettelijke taken en waarvoor een goede wettelijke basis bestaat.

⁷ Kamerstuk 32 761, nr. 50 en bijlage

144

Komt er een plan om tot een eenduidig format te komen van het toetsingskader van het zorgkantoor en van de IGJ i.o.? Zo ja, hoe ziet dit format eruit?

De IGJ i.o. heeft haar aangepaste toezichtkader in de verpleeghuiszorg afgestemd op het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. De zorgkantoren hebben een inkoopkader vastgesteld, waarbij zorgaanbieders maximaal gestimuleerd worden om het kwaliteitskader zo snel mogelijk te implementeren.

Omdat voor beide organisaties het kwaliteitskader een belangrijk gegeven is en één van de uitgangspunten van «Thuis in het Verpleeghuis» is dat de administratieve lasten niet mogen toenemen, heb ik het Zorginstituut in samenwerking met de NZa gevraagd om tot een eenduidige dataset te komen, op basis waarvan verschillende gebruikers de voortgang van de uitvoering van het kwaliteitskader kunnen inzien. Daarmee wordt een stapeling van informatie-eisen aan zorgorganisatie te voorkomen. Op basis van deze dataset kan het zorgkantoor informatie opvragen voor de zorginkoop en de IGJ i.o. voor het toezicht.

145

Klopt het dat de externe verantwoordings-eisen van de zorginstellingen nog meer toenemen?

Een belangrijk uitgangspunt van «Thuis in het Verpleeghuis» is dat de administratieve lasten niet toenemen. Daarom heb ik het Zorginstituut en de NZa gevraagd te werken aan een gemeenschappelijke dataset om een stapeling van informatie-eisen aan zorgorganisaties te voorkomen.

In «Thuis in het Verpleeghuis» wordt in kader van de extra kwaliteitsmiddelen gesproken over een uniform te ontwikkelen model voor een geconsolideerde meerjarenbegroting op instellingsniveau. Dit uniforme model is een nadere uitwerking van de afspraak die opgenomen is in het kwaliteitskader, waarin zorgaanbieders jaarlijks gevraagd wordt een onderbouwing van de persoonssamenstelling te geven.

146

Hoeveel moet de medewerkerstevredenheid stijgen om de doelstelling te halen?

Er zijn nu geen eenduidige cijfers beschikbaar over de tevredenheid van de zorgverleners. ActiZ heeft conform afspraak voorstel gedaan voor een eenduidige registratie door de NPS-systematiek ook voor zorgverleners te gebruiken. Deze indicator moet worden toegevoegd aan het kwaliteitsregister van het Zorginstituut, zodat over 2018 een eenduidige eerste registratie van de medewerkerstevredenheid kan plaatsvinden. Als dit tijdig lukt, komen de resultaten vervolgens per 1 juli 2019 beschikbaar. Deze resultaten kunnen gebruikt worden als nulmeting. Hiermee kunnen wij de komende jaren de ontwikkeling van de tevredenheid van de zorgverleners volgen. Het gaat er bij de medewerkerstevredenheid in de eerste plaats om de geleidelijke toename van de tevredenheid.

147

Hoe staat het nu met de medewerkerstevredenheid?

Zie het antwoord op vraag 146.

148

De NZa onderzoekt hoe in de bekostiging rekening gehouden kan worden met regionale kostenverschillen, zoals grondprijzen, wanneer is dit onderzoek afgerond? Wanneer is dit onderzoek voor de Kamer beschikbaar?

Ik heb de NZa gevraagd mij voor 1 januari 2019 te adviseren over haar onderzoek naar regionale, objectieve niet-beïnvloedbare kostenverschillen. Daarna zal ik dit onderzoek voorzien van mijn reactie en naar de Tweede Kamer sturen.

149

De extra middelen voor 2018, namelijk 435 miljoen euro, zijn in de tarieven opgenomen, hoeveel extra medewerkers zijn hier reeds voor aangenomen?

De extra middelen van 435 miljoen euro zijn berekend op de inzet van zo'n tienduizend extra zorgmedewerkers (7.000 fte). Het is niet bekend hoeveel extra medewerkers er tot op heden precies zijn ingezet. In het landelijk inkoopkader 2018, dat door de zorgkantoren wordt gevolgd, zijn hierover, zoals ik u eerder heb gemeld in mijn brief van 8 februari jl.⁸, geen specifieke afspraken opgenomen. Met ingang van 2019 zal dit wel het geval zijn. Het zorginkoopbeleid 2019 zal heldere voorwaarden koppelen aan de inzet van het extra kwaliteitsbudget. Verpleeghuizen dienen met ingang van 2019 op een uniforme wijze te rapporteren over de extra personeelsinzet en als blijkt dat de afgesproken stappen richting de personeelsnormen en de implementatie van het kwaliteitskader niet zijn gezet, zullen de zorgkantoren op grond van de overeenkomst middelen terugvorderen of verrekenen.

Een algemeen beeld over de inzet van de extra middelen van 435 miljoen euro in 2018 is geschetst in een recente publicatie van ActiZ «Resultaten uit het verpleeghuis» van april 2018. Vrijwel alle organisaties zetten de extra middelen vooral in voor extra medewerkers en voor (bij)scholing of opleidingen. Daarnaast zien veel organisaties dat ook inzet van technologie hen kan helpen bij de invoering van het kwaliteitskader. Arbeidsbesparende technologie helpt de werkdruk van zorgmedewerkers te verminderen. Daarnaast kan technologie de kwaliteit van leven van bewoners verbeteren, bijvoorbeeld door hen op een positieve manier te prikkelen en onrust weg te nemen.

150

Hoe verhouden de onderzoek(en) van de NZa (hoofdstuk 2 pagina 12) zich tot de voorspelbaarheid over bekostiging?

In totaal is er voor de verpleeghuizen 2,1 miljard euro extra structureel beschikbaar. Er is op dit moment geen aanleiding te veronderstellen dat de onderzoeken van de NZa gaan leiden tot een ander bedrag wat bijdraagt aan de voorspelbaarheid over de bekostiging. De onderzoeken van de NZa kunnen een wel bijdrage leveren aan een meer rechtvaardige tariefstelling, doordat rekening wordt gehouden met regionale objectieve niet-beïnvloedbare kostenverschillen en een doelmatige besteding van de middelen.

151

Is de prestatie die zorgaanbieders tijdens de ingroefase mogen gebruiken ook een maximumtarief? Op basis waarvan wordt bepaald welk percentage van het maximumtarief wordt gehanteerd? Op welke wijze wordt de prestatie rekening gehouden met maatwerk per locatie?

⁸ Kamerstuk 31 765, nr. 296.

In elke geval gedurende de ingroEIFase (nu voorzien in 2019–2021) komen de extra middelen jaarlijks beschikbaar in de vorm van een kwaliteitsbudget. De toekenning van dat budget is gekoppeld aan door de verpleeghuizen opgestelde kwaliteitsplannen voor 2019 en latere jaren. Voor 2019 is landelijk een kwaliteitsbudget beschikbaar van 600 miljoen euro (aanvullend op de 435 miljoen euro die in de reguliere tarieven is verwerkt). Zorgkantoren en zorgaanbieders maken onderling afspraken over het kwaliteitsplan en het daarbij horende kwaliteitsbudget. Daarbij is geen sprake van maximumtarieven. Op grond van de kwaliteitsplannen van de individuele instellingen is maatwerk per locatie mogelijk. Dat maakt het dus mogelijk dat instellingen in een verschillend tempo toegroeien naar het kwaliteitskader, zoals dat past binnen hun bedrijfsvoering. Het totaal van de afspraken voor 2019 moet passen binnen het landelijk beschikbare budget van 600 miljoen euro. De zorgkantoren en de NZa zien daarop toe.

152

Leidt die nieuwe prestatie tot extra administratieve lasten voor zorgorganisaties?

Zoals in het antwoord op vraag 151 is opgenomen, wordt voor de extra prestatie gebruik gemaakt van informatie uit het kwaliteitsplan en – verslag en vormt daarmee geen extra administratieve last ten opzichte van de benodigde informatie op grond van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

153

Als het ingroeipad langer wordt, wat gebeurt dan met de reeds gereserveerde middelen voor extra personeel?

Met ingang van 2019 zal op basis van de kwaliteitsplannen en de realisaties van deze plannen worden gemonitord of het veronderstelde ingroeipad moet worden aangepast. Indien uit de monitor blijkt dat de extra inzet van personeel achterblijft bij de raming dan heeft dit geen effect op het structureel beschikbare bedrag van 2,1 miljard euro. Dit kan wel tot gevolg hebben dat de gereserveerde middelen voor de jaren 2019–2021 niet volledig worden ingezet en dat het structurele bedrag later wordt bereikt.

154

Op welke wijze worden instellingen na de implementatieperiode blijvend uitgedaagd om hun kwaliteit te verbeteren als het kwaliteitsbudget overgaat naar de reguliere bekostiging?

Na de implementatieperiode zullen de zorgaanbieders moeten voldoen aan de vereisten in het kwaliteitskader. Dat betekent dat de zorgaanbieders lerende organisaties zijn die een leer- en verbetercyclus hebben ingericht, over een kwaliteitsmanagementsysteem beschikken en deel uitmaken van een lerend netwerk. Daarmee is werken aan kwaliteit door te leren en te verbeteren een regulier onderdeel van de bedrijfsvoering geworden.

Uiteraard blijven ook na de implementatieperiode de zorgkantoren inkopen op kwaliteit en houdt de IGJ i.o. onverminderd toezicht op de kwaliteit van de zorg.

155

Er wordt achtereenvolgens gesproken over spelregels die moeten worden nageleefd in het inkoopkader 2019 en de beleidsregels van de NZa en «voorwaarden» in het inkoopkader 2019 voor de inzet van het kwaliteits-

budget. Wat wordt hier bedoeld met spelregels? En wat met voorwaarden?

Met de «spelregels» die moeten worden nageleefd wordt bedoeld het bestaande inkoopkader Wlz 2018–2020 van de zorgkantoren, dat met ingang van 2019 is aangevuld met de voorwaarden die worden gesteld aan het kwaliteitsbudget. In het programmaplan is in bijlage 1 de hoofdlijn hiervan opgenomen.

156

Van best presterende instellingen is bekend dat ze met de huidige middelen meer zorgverleners beschikbaar hebben door onder andere het wegnemen van onnodige *overhead*. Dit bleek ook uit de Eindevaluatie Experiment regelarme instellingen (ERA). Waarom is de aangenomen motie van het lid Agema (Kamerstuk 31 765, nr. 175) uit december 2015 niet uitgevoerd?

De kennis die beschikbaar kwam via het experiment regelarme instellingen is breed verspreid via «InVoorZorg!» en «Waardigheid en Trots». Het was aan de zorgaanbieders om deze over te nemen en in te voeren. Middelen die zorgaanbieders hiermee vrijspelen zijn, conform het gevraagde in de motie, beschikbaar gebleven voor betere zorgverlening. In «Thuis in het Verpleeghuis» is aangegeven dat het doorvoeren van verbeteringen niet vrijblijvend is, maar dat de zorgaanbieders in hun kwaliteitsplan aangeven welk verbeterarrangement zij vormgeven. Daarover maken zij afspraken met de zorgkantoren. Hiermee is de bedoelde motie uitgevoerd.

157

Op basis van welke indicatoren doen de NZa en veldpartijen onderzoek naar wat de best presterende instellingen zijn?

De indicatoren in het onderzoek naar de best presterende instellingen van de NZa zullen betrekking hebben op een integrale vergelijking van kosten en kwaliteit van de verpleeghuiszorg. Het is de taak van de NZa om in overleg met het veld de relevante indicatoren te onderzoeken.

158

Betekent het beschikbaar zijn van het NZa-advies op 1 januari 2019 inzake de best presterende instellingen dat dit kan worden meegenomen in de tarieven voor 2020?

Na ontvangst van het NZa-advies zal ik mijn reactie hierop aan de Tweede Kamer sturen en daarbij ook ingaan op de invoeringstermijn.

159

Hoe ziet de stapsgewijze invoering van de tarieven voor alle instellingen er idealiter uit?

De stapsgewijze invoering van de tarieven voor alle instellingen dient de komende periode te worden uitgewerkt door de betrokken partijen (NZa, ZN, ActiZ). Na de ingroefase (nu voorzien voor periode 2019–2021) zal het kwaliteitsbudget overgaan naar de reguliere bekostiging. Dan zal bij de tarieven rekening worden gehouden met regionale kostenverschillen die niet beïnvloedbaar zijn door zorgorganisaties (zoals grondprijzen) en met de kosten van de «best presterende instellingen».

160

Welke rol speelt vastgoed in de ruimte voor het aannemen van personeel van de best presterende instellingen die hebben bewezen met dezelfde

middelen meer personeel aan te kunnen nemen, naast het wegnemen van onnodige *overhead*?

De NZa zal onderzoek doen naar de best presterende instellingen. Daarbij zal zij een integrale vergelijking maken van kosten en kwaliteitsgegevens. Daaronder vallen ook de kosten van vastgoed.

161

Wat wordt bedoeld met een verbeterarrangement?

Met een verbeterarrangement wordt bedoeld de stappen die een zorgaanbieder wil zetten om te voldoen aan de vereisten van het kwaliteitskader, met welke partijen hij daartoe samenwerkt (zoals het lerende netwerk, «Waardigheid en Trots op locatie» of anderen) en de afspraken die met het zorgkantoor worden vastgelegd.

162

Hoeveel capaciteit (fte) is er beschikbaar binnen «Thuis in het Verpleeghuis»? Hoeveel verpleeghuizen kunnen vanuit het programma ondersteund worden?

In «Thuis in het Verpleeghuis» is aangegeven dat het Ministerie van VWS «Waardigheid en Trots op locatie» als aanbod beschikbaar stelt aan de verpleeghuizen. In het kwaliteitsplan zullen de zorgaanbieders moeten aangeven hoe hun verbetertraject eruit ziet en of zij deelnemen aan «Waardigheid en Trots op locatie». De uitwerking van «Waardigheid en Trots op locatie» inclusief het benodigde aantal fte vindt momenteel plaats. De Tweede Kamer zal hierover in de eerstvolgende voortgangsrapportage van «Thuis in het Verpleeghuis» nader worden geïnformeerd.

163

Welke ervaringen zijn er met *best practices* die ook daadwerkelijk veralgemeniseerd zijn in de afgelopen vijf jaar?

De ervaring is dat uit goede voorbeelden vaak werkzame principes of handvatten te herleiden zijn die andere verpleeghuizen op weg kunnen helpen. Dit is de afgelopen vijf jaar gebleken uit het programma's «InvoorZorg». Een meer wetenschappelijke invalshoek wordt gekozen binnen de academische werkplaatsen en het kennisprogramma «Waardigheid en Trots», waarin leerervaringen zijn verbonden aan onderzoek en onderwijs. Dit draagt bij aan het veralgemeniseren van wat in de verpleeghuiszorg werkt.

164

Op basis waarvan zullen de voortgangsrapportages worden opgesteld nu slechts één keer per jaar officieel informatie wordt uitgevraagd bij de instellingen? Kan dit leiden tot extra administratieve lasten voor de instellingen die gebruik maken van «Thuis in het Verpleeghuis»?

In «Thuis in het Verpleeghuis» is aangegeven dat VWS «Waardigheid en Trots op locatie» als aanbod beschikbaar stelt aan de verpleeghuizen. Vanuit «Waardigheid en Trots op locatie» zal twee keer per jaar een voortgangsrapportage worden opgesteld. De benodigde informatie ten behoeve van de voortgangsrapportage wordt verzameld tijdens de uitvoering. Daarom zal er geen aparte informatie-uitvraag nodig zijn.

165

Hoe ziet het financiële fundament onder de werkplaatsen eruit?

De academische werkplaatsen zijn samenwerkingsverbanden van zorgaanbieders met een universiteit. De zorgaanbieders financieren een deel van de werkzaamheden van de academische werkplaatsen. Het financiële fundament onder de academische werkplaatsen bestaat uit cofinanciering via een ZonMw programma van hetgeen de zorgaanbieders bijdragen.

166

Hoe groot is het «financieel fundament» dat door u via de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMw) aan academische werkplaatsen geboden wordt?

Voor de academische werkplaatsen samen gaat het om 3 miljoen euro in 2018, 3,6 miljoen euro in 2019 en vanaf 2020 om 4,2 miljoen euro structureel per jaar.

167

Wat wordt gedaan om het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen bij dementie te verminderen en welke streefcijfers gelden hiervoor?

Met de programma's als «Op weg naar vrijheid» en «Het kan beter met minder» wordt ingezet op het creëren van bewustwording en een cultuuromslag bij zorgaanbieders, professionals en mantelzorgers. De voortgangsrapportage van «Het kan beter met minder» is 22 mei jl. aan uw Kamer aangeboden, waarin geconstateerd wordt dat er sprake is van een groeiend bewustzijn over het gebruik van psychofarmaca in verpleeghuizen en in organisaties voor verstandelijk gehandicaptenzorg.

Ook heb ik de totstandkoming van de multidisciplinaire richtlijn «Probleemgedrag bij mensen met dementie» gefaciliteerd. Deze richtlijn is opgesteld door Verenso, in samenwerking met het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP), sectie ouderenpsychologie, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, V&VN en de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, aangevuld met patiëntvertegenwoordiging vanuit Alzheimer Nederland en NHG/LAEGO. Een belangrijke wijziging ten opzichte van de eerdere richtlijn ten aanzien van dit onderwerp is dat, conform het gedachtegoed van de Wet zorg en dwang (Wzd), er ruime aandacht is voor het inzetten van psychosociale interventies. Daarnaast is ook persoonsgerichte zorg in steek van deze richtlijn. De nieuwe richtlijn is 31 mei jl. gepresenteerd op het jaarcongres van Verenso en geldt als veldnorm ten aanzien van het omgaan met probleemgedrag bij mensen met dementie.

Per 1 januari 2020 dient de Wet zorg en dwang (Wzd) als wettelijk kader, waarbij vrijheidsbeperking slechts als ultimum remedium is toegestaan. In het kader van de implementatie van de Wzd zal ook aandacht zijn voor terugdringing van vrijheidsbeperking bij mensen met dementie. De visie van de Wzd impliceert dat het streefcijfer voor het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen bij mensen met dementie zo dicht mogelijk bij «nul» ligt.

168

Vanaf 2019 komt extra kennis beschikbaar om zorg te verlenen, zodat de bewoners merken dat zorgverleners bijvoorbeeld beter pijn bij dementie of hartfalen behandelen, beter kunnen helpen bij revalidatie of een plezierige dag kunnen bezorgen. Hoe wordt dit gemeten?

Het beschikbaar komen van extra kennis blijkt uit de kennis die wordt opgeleverd door de academische werkplaatsen en het onderzoeksprogramma langdurige zorg dat via ZonMw wordt vormgegeven.

169

Hoeveel geld is beschikbaar voor het structurele onderzoeksprogramma dat u zult vormgeven voor beantwoording van kennisvragen op de werkvloer?

Voor het structurele onderzoeksprogramma langdurige zorg komt via ZonMw 4 miljoen euro per jaar voor kennisvragen op het gebied van de Wlz beschikbaar. Onderdeel van dit programma is ook 4 miljoen euro voor kennisvragen op het gebied van de Wmo.

170

Hoe wordt geborgd dat kennisvragen van de werkvloer het onderzoeksprogramma bereiken?

De kennisvragen worden geïnventariseerd door Vilans. Vilans zal de kennisvragen waarvoor de kennis reeds beschikbaar is, beantwoorden. De kennisvragen waarop nog geen antwoord is, worden doorgegeven aan ZonMw ten behoeve van opname in het onderzoeksprogramma langdurige zorg.

171

Hoe worden onderwijsinstellingen betrokken bij de kennisontwikkeling in zorginstellingen?

Sommige academische werkplaatsen werken reeds samen met onderwijsinstellingen. Ook zorgaanbieders en onderwijsinstellingen werken al vaak samen. De verdere samenwerking met onderwijsinstellingen zal nog worden vormgegeven.

172

Hoe wordt opgedane kennis in zorginstelling vertaald naar de modernisering van diverse opleidingen tot zorgverlener?

De eindtermen van een opleiding worden bepaald door werkgevers, beroepsgroepen en opleidingsinstellingen. Dit zorgt er voor dat kennis uit de zorginstelling ook een plek krijgt in de opleiding. Zo hebben de werkgevers, de beroepsgroep en de opleidingsinstellingen intensief samengewerkt om tot een toekomstbestendig opleidingsprofiel voor de verpleegkunde te komen (Bachelor of Nursing 2020). In het mbo zijn de werkgevers, de beroepsgroep en de opleidingsinstellingen verenigd in de Samenwerkingsorganisatie Beroepsonderwijs Bedrijfsleven (SBB). Zij bepalen met elkaar hoe de inhoud van de opleidingen moet worden vormgegeven. Bij het College Zorg Opleidingen bestaan de opleidingscommissies ook uit deze tripartiete samenstelling om kennis uit de praktijk een plek te geven in de opleidingen.

173

Kan concreter worden aangegeven wat gedaan wordt om onderbehandeling bij pijn bij mensen met dementie te verminderen, bijvoorbeeld via verbetering van pijn diagnostiek door gebruik van een pijnobservatielijst?

In meer algemene zin is in «Thuis in het Verpleeghuis» aangegeven dat het zaak is om het professioneel handelen te versterken door de kennisinfrastructuur in de langdurige zorg te versterken, zodat meer wetenschappelijk onderbouwde methoden om de zorg te verlenen beschikbaar komen. Dat geldt voor behandeling van pijn bij mensen met dementie, maar ook voor bewoners met andere aandoeningen.

174

Wanneer is het structurele onderzoeksprogramma vormgegeven?

Het structurele onderzoeksprogramma langdurige zorg is voor de zomer van dit jaar gereed.

175

Eind 2021 maakt bij elke instelling een arts of verpleegkundige deel uit van het bestuur van de instelling of is er structureel overleg tussen de Raad van Bestuur en een vertegenwoordiging van de genoemde beroepsgroepen, zodat cliëntenraden en bewoners merken dat iemand met praktijkervaring meestuurt. Hoe wordt dit gemeten? Wat is de consequentie wanneer instellingen niet voldoen aan deze eis? Zijn er nu al instellingen waarbij een arts of verpleegkundige deel uitmaakt van het bestuur? Zo ja, bij hoeveel instellingen is dit het geval? Gaarne niet verwijzen naar een website maar concrete cijfers die wij kunnen vergelijken.

Eén van de vereisten in het kwaliteitskader is dat in elke instelling een arts of verpleegkundige deel uitmaakt van het bestuur van de instelling of dat er structureel overleg is met de Raad van Bestuur. In geval van deelname van een arts of verpleegkundige aan de Raad van Bestuur blijkt dit uit de samenstelling van de Raad van Bestuur. Indien er sprake is van structureel overleg, zal in het kwaliteitsplan van de aanbieder moeten zijn opgenomen hoe dit is vormgegeven. Indien een zorgaanbieder hieraan geen gevolg geeft, komt dit terug bij de zorginkoop. Er wordt op dit moment geen registratie bijgehouden van het aantal instellingen waarbij een arts of een verpleegkundige deel uitmaakt van de Raad van Bestuur.

176

Zorgorganisaties gaan meer gebruik maken van technologie. Hier wordt in 2018 een nulmeting verricht. Wanneer gaat deze nulmeting plaatsvinden? Wordt de Kamer geïnformeerd over de resultaten van deze nulmeting? Zo nee, waarom niet?

In de tweede helft van 2018 wordt de nulmeting uitgevoerd. Uw Kamer wordt na afronding op de hoogte gebracht van de uitkomsten van deze nulmeting.

177

Hoe ondersteunt u bij de opschaling van arbeidsbesparende technologieën?

Financieel wordt opschaling ondersteund door het kwaliteitsbudget en de transitiebudgetten. Het kwaliteitsbudget, waarvoor iedere instelling een kwaliteitsplan kan indienen, is hoofdzakelijk bedoeld voor de inzet van extra personeel. Maar een deel (15%) kan voor andere doeleinden ingezet worden, waaronder innovatieve technologie. Voor iedere zorgkantoor-regio is daarnaast jaarlijks een transitiebudget beschikbaar. Ook dat kan gebruikt worden voor de inzet van innovatieve technologie. Daarnaast kunnen via «Waardigheid en Trots op locatie» de inzet van dergelijke technologie en de daarbij behorende goede voorbeelden onder de aandacht gebracht worden van instellingen. Tot slot wordt met de zojuist gestarte challenge «Verpleeghuizen van de toekomst» een aantal instellingen ondersteund bij de inzet van een nieuwe (arbeidsbesparende) techniek. Deze challenge koppelt instellingen met een goed werkend voorbeeld van technologie aan andere instellingen die het voorbeeld willen overnemen. Zowel de goede voorbeelden als de navolgers worden hierbij ondersteund door een aantal deskundige bureaus.

178

«Thuis in het Verpleeghuis» zal bijdragen aan het delen van kennis en goede voorbeelden van *e-health*. Wat verstaat u onder goede voorbeelden van *e-health*?

Er is geen blauwdruk of afgebakende definitie van wat een goed voorbeeld van *e-health* is. Er is echter wel een aantal kwalitatieve criteria te benoemen. Het belangrijkste is dat het de kwaliteit van zorg aan cliënten en het welbevinden van cliënten aantoonbaar verbetert. Ook de tevredenheid van de zorgprofessionals die er gebruik van maken is relevant. Als *e-health* gericht is op een meer doelmatige zorg, dan is het van belang dat de zorgprofessional daadwerkelijk meer tijd heeft voor de persoonsgerichte zorg, zoals opgenomen in het kwaliteitskader. Primair bepalen veldpartijen zelf wat zij binnen hun visie als een goed voorbeeld beschouwen. Van belang is dat ze in staat zijn om dit toe te lichten en anderen te stimuleren om het in de eigen organisatie toe te passen.

179

Welke innovatieve technologie, bijvoorbeeld op het terrein van *e-health* en domotica, heeft daadwerkelijk handen aan het bed vervangen?

Zoals ik ook bij vraag 178 heb aangegeven, is er geen blauwdruk van wat een goed voorbeeld is. Het staat of valt met de manier waarop een innovatie wordt ingezet en dat is situationeel bepaald. De afweging van een instelling om een innovatie in te zetten, heeft altijd te maken met die instellingsspecifieke situatie. Het is daarom belangrijk om meer zicht te krijgen op de meerwaarde van reeds toegepaste innovaties, vooral met betrekking tot de meerwaarde voor cliënten en zorgprofessionals. Daarom wordt ingezet op het stimuleren van instellingen om eigen goede praktijken meer onder de aandacht te brengen van andere instellingen, zodat deze instellingen ze kunnen vertalen naar de eigen praktijk. «Waardigheid en Trots op locatie» kan daarbij een belangrijk instrument zijn.

180

Hoe worden instellingen gestimuleerd om tot beleid dan wel transparante verbeterplannen te komen voor bewegingsprogramma's en activiteiten die aansluiten bij de wensen van de bewoners en mensen met dementie? Hoe worden de cliënten hierbij betrokken?

Het kwaliteitskader en «Thuis in het Verpleeghuis» hebben als doel om tot persoonsgerichte zorg voor alle bewoners te komen. Dit betekent dat de bewoners voldoende tijd en aandacht krijgen van de zorgverleners. Het betekent ook dat de zorgverleners zich verdiepen in wat de cliënt wil en nodig heeft, en beschikken over de kennis, de tijd en de ruimte om datgene de te doen wat de cliënt wil en nodig heeft. Dit geldt ook voor activiteiten (waaronder bewegingsprogramma's) die bewoners met dementie nodig hebben. De aanpak om dit mogelijk te maken legt de zorgaanbieder vast in zijn kwaliteitsplan, dat in samenspraak met onder andere de cliëntenraad wordt opgesteld.

181

Hoe worden instellingen gestimuleerd om tot beleid dan wel transparante verbeterplannen te komen voor bewegingsprogramma's en activiteiten die aansluiten bij de wensen van mensen met dementie en hoe wordt de cliëntenraad van de instelling hierbij betrokken?

Zie het antwoord op vraag 180.

182

Welke rol spelen werknemers van een zorginstelling in de keuze voor het inrichten van hun inspraak?

In het kwaliteitskader en in «Thuis in het Verpleeghuis» is opgenomen dat het kwaliteitsplan in samenspraak met onder andere de zorgverleners moet worden opgesteld.

183

Welke interval in het structurele overleg beoogt u als de zorginstelling in plaats van vertegenwoordiging in het bestuur kiest voor een structureel overleg met medewerkers?

Als er geen arts of verpleegkundige in het bestuur van de instelling wordt opgenomen dient er voldoende overleg te zijn met het bestuur. Dit overleg dient voldoende frequent te zijn om de artsen en verpleegkundige ruime invloed op het beleid van de instelling te geven.

184

Klopt het dat de regionale plannen van zorgkantoren, zorgorganisaties en derden naast de kwaliteitsplannen van instellingen komen? Zo ja, waarvoor worden deze regionale plannen gebruikt? Wat staat er idealiter in deze plannen?

Iedere instelling dient een kwaliteitsplan te maken. Op basis van dat plan kan een instelling extra financiering krijgen in de vorm van een kwaliteitsbudget. Daarnaast wordt verwacht dat de zorgkantoren met de verpleeghuizen in hun regio nagaan welke instellingsoverstijgende zaken aangepakt moeten worden, opdat ieder verpleeghuis kan voldoen aan het kwaliteitskader. Het is aan de regio om te bepalen om welke zaken het gaat. Het kan daarbij onder andere gaan om de arbeidsmarkt, het opleiden, om innovaties en inzet van technologie, maar ook om zaken die meer verband houden met het vastgoed. Afhankelijk van de insteek die in de regio gekozen wordt, kunnen andere betrokkenen aangehaakt worden.

185

Op basis waarvan kunnen zorgkantoren in specifieke gevallen extra middelen ter beschikking stellen aan aanbieders? Zijn dit middelen uit de transitiebudgetten of de extra middelen in het kader van het kwaliteitskader? Kunt u voorbeelden geven van dergelijke specifieke gevallen?

De transitiebudgetten zijn bedoeld ter ondersteuning van de ontwikkelingsdracht die er ligt. Deze worden ingezet bij problematiek op het gebied van innovatie, ICT of arbeidsmarkt die bij meerdere zorgaanbieders speelt. Mogelijke knelpunten worden in gezamenlijk overleg tussen het zorgkantoor en de aanbieders geïnventariseerd. De zorgaanbieders die een rol willen spelen bij het oplossen van de knelpunten, kunnen hiervoor extra middelen krijgen.

Voor de afspraken over het kwaliteitsbudget zijn de kwaliteitsplannen, zoals deze door de zorgaanbieders worden aangeleverd, de basis voor het dialoog tussen zorgkantoor en de zorgaanbieder. Dit is ook de grondslag voor de financiële afspraken.

186

Wanneer wordt de Kamer op de hoogte gesteld van de resultaten van de nulmeting?

In de tweede helft van 2018 wordt de nulmeting voor de toepassing van innovaties uitgevoerd. Uw Kamer wordt na afronding op de hoogte gebracht van de uitkomsten van deze nulmeting.

187

De begeleidingsgroep bespreekt en bevordert de voortgang? Wat betekent bevorderen in dit verband? Welk mandaat heeft de begeleidingsgroep?

De begeleidingsgroep bestaat uit alle partijen die betrokken waren bij de opstelling van «Thuis in het Verpleeghuis». Met bevorderen wordt in dit verband bedoeld dat zij elk vanuit hun eigen positie en verantwoordelijkheid alle invloed aanwenden waarover zij beschikken om de doelstellingen in «Thuis in het Verpleeghuis» te realiseren, en daarbij samenwerken.

188

Welke maatregelen kan een zorgkantoor nemen wanneer door een zorgorganisatie niet wordt voldaan aan gemaakte afspraken?

Zie het antwoord op vraag 100.

189

De IGJ i.o. houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg. De IGJ i.o. heeft het kwaliteitskader meegenomen in haar nieuwe toetsingskader, wat bestaat uit persoonsgerichte zorg, deskundigheid en inzet personeel, en sturen op kwaliteit en veiligheid, maar waarom stuurt de IGJ i.o. niet ook op de handelwijze van bestuurders?

De handelwijze van bestuurders is onderdeel van het toezicht van de IGJ i.o. voor zover dit de kwaliteit en veiligheid van de zorg beïnvloedt. De IGJ i.o. gebruikt hiervoor het toezichtkader «Goed Bestuur» dat samen met NZa is ontwikkeld. De zorgaanbieder moet de randvoorwaarden creëren waarbinnen veilige zorg van voldoende kwaliteit geleverd kan worden. De verantwoordelijkheid die de bestuurder daarin heeft, is onderdeel van het inspectietoezicht.

190

Als een zorgkantoor concludeert dat niet de juiste en afgesproken kwaliteit is behaald door de zorginstelling, wordt deze informatie dan ook gedeeld met de IGJ i.o.?

Ja, zij het dat door het zorgkantoor zelfstandig de afweging gemaakt wordt wanneer het zorgkantoor het noodzakelijk acht deze informatie met de IGJ i.o. te delen. Een en ander is afhankelijk van de omvang van de geconstateerde problemen, de ernst van de situatie en de mogelijkheden voor de zorgaanbieder om binnen een redelijke termijn de door het zorgkantoor geconstateerde problemen het hoofd te bieden.

191

Er wordt aangegeven dat de inkooptaak van zorgkantoren en de toezichtstaak van de IGJ i.o. gescheiden blijven, maar wel gericht zijn op de noodzakelijke kwaliteitsverbetering, vindt wel communicatie plaats tussen de IGJ i.o. en de zorgkantoren ondanks de gescheiden taken? Hoe is dit vormgegeven? Verandert dit programma de relatie en werkwijze tussen IGJ i.o. en zorgkantoren? Zo ja, welke?

Op dit moment wordt er tussen Zorgverzekeraars Nederland en de IGJ i.o. gesproken over de vraag of en zo ja, op welke wijze en wanneer informatie gedeeld kan worden. Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg als zodanig verandert niet de relatie en werkwijze tussen IGJ i.o. en de zorgkantoren. De ambitie die in het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is neergelegd over de verbetering van de kwaliteit van verpleeghuiszorg, leidt er in mijn ogen wel toe dat de samenwerking tussen beide een steviger fundament moet krijgen. Die samenwerking kan zijn uitwerking

krijgen zowel in het op hoofdlijnen uitwisselen van informatie en ervaringen met betrekking tot de wijze van het omgaan met de zorgaanbieders, in de stand van zaken in de verpleeghuissector als de samenwerking waar dat nodig (b)lijkt te zijn om de kwaliteit bij individuele zorgaanbieders weer op het gewenste niveau te krijgen.

192

Welke rol spelen de in het kwaliteitsplan opgenomen punten over personeelssamenstelling en een scholingsprogramma in de Wlz-contractering, met name in relatie tot deskundigheid over dementie?

In het kwaliteitsplan geeft de zorgorganisatie aan welke personeelssamenstelling hij nastreeft om in de context van de bewoners te voldoen aan de minimale personeelsnormen in het kwaliteitskader. Ook geeft de zorgorganisatie in het kwaliteitsplan aan welke na- en bijscholing nodig is voor de zorgverleners om kwalitatief goede zorg te kunnen verlenen. Dit geldt niet alleen voor dementie, maar ook voor bewoners die om andere redenen in een verpleeghuis wonen.

193

Zorgkantoren kunnen bij het niet voldoen aan de norm afspreken om tot een lagere vergoeding dan het NZa-maximumtarief te komen, hoe gaat hiermee de kwaliteit van zorg omhoog?

Vrijwel alle zorgaanbieders zullen op dit moment nog niet voldoen aan de normen die in het kwaliteitskader worden gesteld. De komende jaren is er extra budget beschikbaar, zodat zorgaanbieders toe kunnen groeien naar deze normen. Er is dan ook geen sprake van een lagere vergoeding. Zorgkantoren zullen zorgaanbieders zoveel mogelijk stimuleren om het kwaliteitskader zo snel mogelijk te implementeren. De NZa stelt voor het kwaliteitsbudget geen maximumtarief vast. Op basis van de afspraken die door het zorgkantoor en de zorgaanbieder worden gemaakt verhoogt de NZa de aanvaardbare kosten van een zorgaanbieder.

194

Niet de huidige kwaliteit, maar de gerealiseerde kwaliteitsverbetering wordt bekostigd via het separate kwaliteitsbudget. Met ingang van de zorginkoop 2019 is op landelijk niveau 85% van de extra middelen geoormerkt voor extra personeel. De middelen zijn immers bedoeld om de zorgorganisaties in staat te stellen te voldoen aan de personeelsnormen zoals die zijn beschreven in het kwaliteitskader. Maximaal 15% van het extra geld mogen zorgorganisaties inzetten voor andere investeringen die nodig zijn voor het realiseren van het kwaliteitsplan. Deze percentages zijn een richtsnoer, waarvan lokaal kan worden afgeweken, op basis van het ingediende kwaliteitsplan, waarop ook wordt gemonitord. Uit de interviews van de organisatie van zorgondernemers (ActiZ) blijkt dat er instellingen zijn die 80% van de middelen hebben ingezet voor extra personeel of een derde van het geld besteed hebben aan scholing, maar is deze manier van monitoring niet heel omslachtig als met elke organisatie afwijkende afspraken gemaakt kunnen worden? Bestaat het kwaliteitskader niet uit meer dan alleen het aantrekken van personeel? Hoe is gekomen tot deze richtsnoer?

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg beschrijft waarop bewoners mogen rekenen als zij verhuizen naar een verpleeghuis. De hoofddoelstelling van het programmaplan is om ervoor te zorgen dat er voldoende tijd, aandacht en goede zorg is voor alle bewoners. Voldoende, gemotiveerde en deskundige zorgverleners zijn een sleutelvoorwaarde voor persoonsgerichte zorg. Daarom is het belangrijk dat zorginstellingen investeren in voldoende zorgverleners. De richtsnoer om op landelijk niveau 85% van

de extra middelen te oormerken voor personeel is gebaseerd op de integrale doorrekening van het kwaliteitskader door de NZa en het CPB. Het bedrag van 2,1 miljard euro is voor 85% opgebouwd uit kosten om de personeelsbezetting te verhogen naar de normen van het kwaliteitskader en voor 15% andere investeringen zoals extra overhead als gevolg hiervan. Zonder dit richtsnoer ontstaat het risico dat de middelen niet goed worden besteed en dat er ondanks de extra middelen van 2,1 miljard euro door aanbieders onvoldoende extra zorgverleners worden ingezet om aan het kwaliteitskader te kunnen voldoen. De landelijke monitoring van de inzet van de extra middelen en de verdeling over 85% voor extra personeel en maximaal 15% voor andere investeringen gebeurt aan het begin van het jaar, aan de hand van de ingediende kwaliteitsplannen en bijbehorende begrotingen, en gedurende en na afloop van het jaar op basis van de realisaties. Dit is niet omslachtig, maar maakt onderdeel uit van het reguliere inkoopproces voor het kwaliteitsbudget.

195

Hebben zorgkantoren in het verleden al wel eens gebruik gemaakt van de mogelijkheid tot het afspreken van een lagere vergoeding dan het maximumtarief van de NZa? Zo ja, hoe vaak? Zo nee, waarom niet? En hoe zit dat met de opnamestop, is dat instrument al wel eens ingezet? Zo ja, hoe vaak? Zo nee, waarom niet?

Er worden lagere vergoedingen afgesproken dan het maximale tarief. De prijskortingen liggen gemiddeld rond de 3,5% voor intramurale zorg. Door lagere prijzen af te spreken, kunnen zorgkantoren binnen het beschikbaar gestelde kader meer zorg inkopen.

Een opnamestop door het zorgkantoor wordt alleen in uitzonderlijke gevallen ingezet. Als er na veelvuldig overleg met de zorgaanbieder geen verbetering wordt geconstateerd dan kan een opnamestop worden ingezet. Dit houdt in dat het zorgkantoor cliënten die voorkeur hebben voor de betreffende zorgaanbieder, actief benadert waarbij geadviseerd wordt om te kiezen voor een andere zorgaanbieder. Uiteindelijk is het wel aan de cliënt zelf om hier een keuze in te maken.

196

Hoe zorgt u dat zorgkantoren hun rol kunnen pakken en dat bewoners ook echt iets merken van de kwaliteitsverbetering?

Ik overleg regelmatig met Zorgverzekeraars Nederland en de individuele zorgkantoren over hun rol met betrekking tot de uitvoering van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Op 1 juni is het Wlz-zorginkoopkader 2019 in relatie tot het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg gepubliceerd. In een brief aan uw Kamer zal ik nader ingaan op de ambities en de afspraken die in dit verband gemaakt zijn met zowel Zorgverzekeraars Nederland, ActiZ als de Zorgautoriteit.

197

Zijn de transitie-middelen van het kwaliteitskader bedoeld voor de arbeidsmarkt ook bedoeld voor het behouden van het huidige personeel door de arbeidsomstandigheden te verbeteren?

De transitie-middelen arbeidsmarkt komen via de regeling Sectorplan Plus bij de verpleeghuizen terecht. Deze regeling geeft een extra impuls aan opleidingsprojecten die zijn gericht op nieuwe instroom, met ontslag bedreigde werknemers, opscholing binnen de organisatie via kwalificerende scholing of opleidingen tot praktijkbegeleiders. De regeling is dus niet specifiek gericht op verbetering van de arbeidsomstandigheden, maar

door de inzet van meer personeel verbeteren de arbeidsomstandigheden wel voor het zittende personeel.

198

Wat gebeurt met de transitie-middelen bedoeld voor de arbeidsmarkt, als een verpleeghuis reeds beschikt over het benodigde personeel? Mag het geld dan worden besteed aan andere zaken?

Zoals in het antwoord op vraag 197 aangegeven worden deze middelen ingezet voor opleidingsprojecten die zijn gericht op nieuwe instroom, met ontslag bedreigde werknemers, opscholing binnen de organisatie via kwalificerende scholing of opleidingen tot praktijkbegeleiders. Deze middelen kunnen niet voor andere zaken ingezet worden.

199

Hoeveel middelen worden beschikbaar gesteld om zorgkantoren te ondersteunen in hun ontwikkelopgave? Zijn deze middelen onderdeel van het transitiebudget?

Er is 4 miljoen euro extra, bovenop de beheerskosten, aan de zorgkantoren beschikbaar gesteld voor hun ontwikkelopgave. Dit bedrag maakt geen onderdeel uit van de transitie-middelen.

200

Hoe ondersteunt u de zorgkantoren om te komen tot een uniforme wijze van inkopen?

Het Wlz-zorginkoopkader 2018–2020 is door de zorgkantoren gezamenlijk opgesteld en is in Nederland van toepassing op de contractering van zorgaanbieders voor de Wet langdurige zorg, behalve waar expliciet een uitzondering is gemaakt. Dit kader heeft tot doel bestaande zorgaanbieders binnen de langdurige zorg inzage te geven in hoe zij in aanmerking kunnen komen voor een overeenkomst voor het leveren van Wlz-zorg. Het kader heeft betrekking op zorg aan klanten uit de sectoren Verpleging en Verzorging, Gehandicaptenzorg en Geestelijke gezondheidszorg. Dit meerjarige uniforme kader is mede mogelijk geworden door de meerjarige aanwijzing van zorgkantoren voor de periode 2016–2020.

201

Bezoekt de IGJ i.o. de komende jaren alle locaties van alle instellingen die vallen onder de reikwijdte van het Programmaplan Kwaliteit Verpleeghuiszorg?

De IGJ i.o. bezoekt alle zorgaanbieders die vallen onder de reikwijdte van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg en afhankelijk van de grootte van de zorgaanbieder bezoekt de IGJ i.o. één of meerdere locaties.

202

De IGJ i.o. houdt toezicht op de instellingen. Daarom bezoekt de IGJ i.o. de komende vier jaar alle instellingen die vallen onder de reikwijdte van het Programmaplan Kwaliteit Verpleeghuiszorg. Heeft de IGJ i.o. hier voldoende capaciteit voor?

Ja, IGJ i.o. houdt hier in haar werkplan voor de komende jaren rekening mee.

203

Is de IGJ i.o. in staat om adequaat te controleren op ouderenmishandeling bij de bezoeken die de komende vier jaar in iedere instelling gebracht worden?

Het is van belang dat zorgaanbieders de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling kennen en weten hoe zij signalen herkennen en hoe hierop te reageren. De IGJ i.o. neemt het onderwerp ouderenmishandeling mee in haar bezoeken door te kijken naar het hebben van voldoende deskundig personeel, als een belangrijke voorwaarde om er goed mee om te kunnen gaan. Als er op basis van signalen aanleiding is om hier tijdens de bezoeken extra aandacht aan te besteden, neemt de IGJ i.o. dit mee. Daarnaast krijgt dit onderwerp aandacht van de IGJ i.o. in het incidententoezicht.

204

Op welke wijze kan de zorgcontinuïteit worden geborgd indien het zorgkantoor besluit een contract met een instelling niet te verlengen en de instelling dus geen financiële middelen meer krijgt?

De continuïteit van zorg is onderdeel van de zorgplicht van de Wlz-uitvoerder. De Wlz-uitvoerder kan pas besluiten tot het niet verlengen van een overeenkomst indien zij zeker weet dat de zorg voor iedereen die daar op is aan geweest, elders kan worden geleverd. Voorafgaand aan dit vergaande besluit zal de Wlz-uitvoerder al verschillende acties ondernomen moeten hebben om de kwaliteit van zorg op het juiste niveau te krijgen. Mocht het ondanks deze eerdere acties de zorgaanbieder niet lukken dan kan de Wlz-uitvoerder uiteindelijk besluiten de overeenkomst niet te verlengen. De NZa ziet er op toe dat de Wlz-uitvoerder de continuïteit van zorg waarborgt. Zie ook het antwoord op vraag 100.

205

Hoe is sturen op leren en verbeteren in verpleeghuizen in het toezicht van de IGJ i.o. geborgd?

De IGJ i.o. heeft haar toezichtkader in de verpleeghuiszorg geheel afgestemd op het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Daar maakt leren en verbeteren een belangrijk deel van uit. Leren en verbeteren is daarmee ook een wezenlijk onderdeel van het toezicht. Dit geldt zowel in het incidententoezicht, waar de zorgaanbieder eerst zelf een incident onderzoekt om daarvan te leren en te verbeteren, als in de toezichtbezoeken waar de IGJ i.o. kijkt hoe de zorgaanbieder zelf zicht houdt op kwaliteit en veiligheid en stuurt op verbeteringen.

206

De IGJ i.o. zal de komende jaren ook jaarlijks toezicht houden op een zorginhoudelijk thema. Hoe wordt dat thema bepaald? Is een jaar voldoende om een goed beeld te krijgen van de stand van zaken en de ontwikkelingen op een dergelijk thema?

Thema's voor thematisch toezicht worden bepaald aan de hand van actualiteiten of ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit en veiligheid van zorg. Om het thema waar nodig voldoende op de agenda of in beeld te krijgen, zal de IGJ i.o. het thema meerdere jaren achter elkaar vervolgen om zo een ontwikkeling te zien. Bovendien is het gebruikelijk dat relevante uitkomsten uit thematisch onderzoek een plaats krijgen in het reguliere toezicht.

207

De komende jaren besteedt de IGJ i.o. meer aandacht aan het toegankelijk maken van toezichtinformatie, welk doel, welke ambitie streeft de IGJ i.o. na op dit punt?

Met het toegankelijk maken van toezichtinformatie streeft de IGJ i.o. er naar om meer informatie te bieden over de wijze waarop toezicht wordt uitgevoerd, waar de IGJ i.o. op toetst en hoe de IGJ i.o. tot besluitvorming komt. De IGJ i.o. wil hiermee een transparante toezichthouder zijn en een bijdrage leveren aan de verbetering van de kwaliteit van de zorg. Daarnaast vindt de IGJ i.o. het belangrijk dat het lerend vermogen wordt gestimuleerd. Door meer informatie aan te bieden over verschillende onderwerpen en specifieke casuïstiek wil de IGJ i.o. een bijdrage te leveren aan dat lerend vermogen.

208

Over welke instrumenten beschikt de NZa om indien nodig handhavend op te treden tegen zorgkantoren die onvoldoende sturen?

In de Wet Marktordening gezondheidszorg zijn de mogelijkheden tot handhaving opgenomen. Het gaat hierbij om een aanwijzing, een last onder dwangsom, een bestuurlijke boete en ter openbare kennis brengen. Naast deze formele instrumenten kan de NZa door middel van gesprekken of een brief de zorgkantoren zoveel mogelijk stimuleren om te sturen.

209

Voor de spiegelinformatie wordt gebruik gemaakt van gegevens die in het kwaliteitskader zijn vastgelegd, namelijk cliënttevredenheidsgegevens, basisveiligheidsindicatoren en kwaliteitsverslagen, maar hoe verhouden deze drie zich tot de in het programma opgesomde lijst van resultaten? Wat is de spiegelinformatie meer dan die lijst van resultaten? Gaan spiegelinformatie en informatie op de resultaten naast elkaar bestaan?

De spiegelinformatie bevat meerdere bronnen. Op basis van een eenduidige dataset onder meer bestaande uit de cliënttevredenheid, basisveiligheidsindicatoren en kwaliteitsverslagen kan informatie voor verschillende gebruikers worden gegenereerd. De genoemde resultaten kunnen eveneens als bron dienen om tot een eenduidig inzicht te komen ten aanzien van de voortgang rond het kwaliteitskader. De informatie kan dus wel naast elkaar bestaan, maar kan niet tot andere conclusies leiden ten aanzien van de uitvoering van het kwaliteitskader.

210

Kunt u in duidelijke taal uitleggen wat u precies bedoelt met de zin: «Voor keuze-informatie, leerinformatie, inkoopinformatie, toezichtsinformatie en beleidsinformatie zijn gegevens nodig. We willen spiegelinformatie die eenduidig is en de administratieve lasten vermindert»?

De bedoeling is om kwaliteitsinformatie beschikbaar te stellen voor de cliënt en zijn naasten die benut kan worden wanneer iemand gebruik gaat maken van verpleeghuiszorg (keuze-informatie). Zorgaanbieders kunnen met deze informatie leren- en verbeteren, bijvoorbeeld door zichzelf te spiegelen aan andere zorgaanbieders (leerinformatie). Daarnaast moet kwaliteitsinformatie een rol gaan spelen in het inkoopbeleid van de zorgkantoren, waarmee het juiste gesprek tot stand komt en kwaliteit van zorg een belangrijk onderdeel wordt van de zorginkoop (zorginkoopinformatie). Tevens kan deze informatie gebruikt worden door de IGJ i.o. en de NZa in hun toezichtrol op de verpleeghuizen en kan beleidsinformatie voor bijvoorbeeld uw Kamer worden gegenereerd. Door gebruik te maken van een eenduidige dataset, waarbij het uitgangspunt «eenmalige registratie, meervoudig gebruik» is, kunnen

gebruikers zoals hierboven beschreven, dezelfde bron benutten voor spiegelinformatie en kunnen de administratieve lasten worden beperkt.

211

Wie controleert en stuurt op de resultaten die in het plan van aanpak staan en hoe verhouden deze zich tot de indicatoren basisveiligheid die worden ontwikkeld door de beroepsgroepen in het kwaliteitskader verpleeghuiszorg?

De sturing op de uitvoering van «Thuis in het Verpleeghuis» ligt bij de zorgaanbieders zelf, de zorgkantoren die daarop inkopen en de IGJ i.o. die toezicht houdt op de zorgaanbieders. Onderdeel hiervan is basisveiligheid; de zorgaanbieders zijn daarover transparant door de basisveiligheidsindicatoren jaarlijks aan het Zorginstituut te zenden.

212

Het kwaliteitskader zet in op een beweging van leren en verbeteren in de verpleeghuiszorg. Hoe verhoudt de resultaatgerichte inzet van het programma zich tot deze beweging?

Een beweging van leren en verbeteren kan goed samengaan met een resultaatgerichte inzet. Dit gebeurt onder meer door zorgaanbieders veel ruimte te geven bij het formuleren van de opgave waar zij voor staan om te voldoen aan het kwaliteitskader en de daarbij behorende financiële onderbouwing. Op basis van een kwaliteitsplan waarin dit is vastgelegd, wordt het kwaliteitsbudget door het zorgkantoor toegekend. Vervolgens ziet het zorgkantoor erop toe dat de resultaten uit het kwaliteitsplan ook daadwerkelijk worden behaald.

213

Hoe wordt in brede zin ingezet op psychosociale interventies en persoonsgerichte zorg bij en scholing over gedrag, mede in relatie tot de Wet Zorg en Dwang?

De nieuwe multidisciplinaire richtlijn «Probleemgedrag bij mensen met dementie» is recentelijk opgesteld en gaat uitgebreid in op dit thema. De richtlijn is opgesteld door Verenso, in samenwerking met het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) – sectie ouderenpsychologie, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, V&VN en de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, aangevuld met patiëntvertegenwoordiging vanuit Alzheimer Nederland en NHG/LAEGO. Een belangrijke wijziging ten opzichte van de eerdere richtlijn ten aanzien van dit onderwerp is dat, conform het gedachtegoed van de Wet zorg en dwang, ruime aandacht is voor het inzetten van psychosociale interventies. Daarnaast is ook persoonsgerichte zorg in steek van deze richtlijn. De nieuwe multidisciplinaire richtlijn geldt als veldnorm ten aanzien van het omgaan met probleemgedrag bij mensen met dementie, en vormt daarmee het uitgangspunt voor het handelen door en scholing van betrokken zorgprofessionals.

214

Wat gebeurt er, behalve toezichtbezoeken van de IGJ i.o., om het gebruik van antipsychotica en/of psychofarmaca bij dementie omlaag te brengen?

Op 26 juni 2015 heeft mijn voorganger het plan van aanpak «Het kan beter met minder»⁹ om het oneigenlijk psychofarmacagebruik terug te dringen binnen de instellingen voor langdurige zorg, naar uw Kamer gestuurd.

⁹ Kamerstuk 31 996, nr. 73

Aanleiding hiervoor was de motie van de leden Leijten en Krol¹⁰. Belangrijke pijlers van «Het kan beter met minder» zijn het gelijknamige programma, dat bij Vilans is belegd en het stimuleren van richtlijnontwikkeling rond omgaan met probleemgedrag. Op 22 mei jl. heeft uw Kamer de tweede voortgangsrapportage «Terugdringen oneigenlijk gebruik psychofarmaca» ontvangen, waarin staat dat er een groeiend bewustzijn wordt geconstateerd rond het gebruik van psychofarmaca in verpleeghuizen en in organisaties voor verstandelijk gehandicaptenzorg.

215

Wanneer komt Actiz met een voorstel voor het standaardiseren van een aantal gegevens (medewerkertevredenheid, ervaringsgegevens bewoners)? Wie worden betrokken bij het voorbereiden van dit voorstel?

Voor het Wlz-inkoopkader 2019 heeft ActiZ inmiddels een voorstel gedaan voor de standaardisatie van personeelsgegevens in het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag. Dit voorstel heeft ActiZ afgestemd met zorgkantoren, de NZa en VWS. De standaardisatie van de cliënt- en medewerkertevredenheid loopt parallel met de ontwikkeling van het integrale dashboard door het Zorginstituut en de NZa. Daar gaat deze verantwoordingsinformatie immers onderdeel van uitmaken.

216

Hoe lang duurt het voordat de doorontwikkeling en de uiteindelijke algemene beschikbaarheid van «de spiegel» komt?

Ik heb het Zorginstituut gevraagd om in het voorjaar van 2019 voor het eerst de beschikbare informatie beschikbaar te stellen ten behoeve van de zorginkoop 2020.

217

Twee keer per jaar komt er een voortgangsrapportage voor landelijke partijen in het kader van «Thuis in het Verpleeghuis». Wie worden in dit geval verstaan onder landelijke partijen? Betreffen deze rapportages ook de informatievoorziening over de voortgang aan de Kamer?

Onder landelijke partijen wordt verstaan de partijen die betrokken waren bij de opstelling van «Thuis in het Verpleeghuis», dat zijn: de Patiëntenfederatie, LOC, V&VN, Verenso, BVKZ, BTN, ActiZ, ZN, het Zorginstituut, NZa, IGJ i.o. en VWS. De rapportages zullen worden toegevoegd aan de reguliere voortgangsrapportages die de Tweede Kamer over «Thuis in het Verpleeghuis» zal ontvangen.

218

Wanneer de extra inzet van personeel achterblijft bij de raming van het Centraal Planbureau (CPB), dan heeft dit geen effect op het structureel beschikbare bedrag van 2,1 miljard euro. Het kan wel tot gevolg hebben dat de extra middelen voor de jaren 2019–2021 niet volledig worden ingezet en dat het structurele bedrag later wordt bereikt. Hoe kan dit gegarandeerd worden?

Het bedrag van 2,1 miljard euro is structureel in de begroting gereserveerd. Daarmee is dit bedrag gegarandeerd voor de inzet van extra personeel.

219

«Indien blijkt dat de extra inzet van personeel achterblijft bij de CPB-raming heeft dit geen effect op het structurele bedrag van 2,1 miljard

¹⁰ Kamerstuk 33 891, nr. 164

euro, maar het kan wel betekenen dat extra middelen niet volledig worden ingezet en het structurele bedrag later wordt bereikt». Wat gebeurt in dat geval met de incidentele middelen die dat jaar overblijven?

Indien de extra middelen voor de jaren 2019–2021 niet volledig worden ingezet zullen de middelen die hierdoor incidenteel overblijven zoals gebruikelijk onderdeel uitmaken van de integrale besluitvorming van het kabinet.

220

Kan gekwantificeerd worden onder welke omstandigheden en criteria het kabinet van mening is dat de extra inzet van personeel zodanig achterblijft bij de CPB-raming dat de extra middelen voor de rest van de kabinetsperiode niet volledig worden ingezet?

Jaarlijks kunnen volgens het CPB 10.000 extra fte worden ingezet. Op basis van de realisatiegegevens en actuele prognoses van het CPB over de inzet van extra personeel bij de verpleeghuizen zal vanaf het voorjaar van 2019 jaarlijks worden bezien of dit ingroepad aanpassing behoeft.

221

Indien het CPB heeft berekend dat maximaal 10.000 extra fte per jaar ingezet kan worden en de extra middelen die voortvloeien uit het kwaliteitskader voor 85% uitgegeven wordt aan personeel, hoe kunnen de extra middelen dan in 2018 maar ongeveer 400 miljoen euro extra zijn terwijl deze extra middelen in 2019 en 2020 ruim 600 miljoen euro zijn?

Het CPB heeft aangegeven dat er met ingang van 2019 een extra inzet mogelijk is van 10.000 fte per jaar. Daarmee is een bedrag gemoeid van circa 600 miljoen euro per jaar. Voor het jaar 2018 is het CPB uitgegaan van een minder hoge extra inzet van 7.000 fte. Daarbij heeft het CPB er rekening mee gehouden dat verpleeghuizen een bepaalde aanlooptijd nodig hebben om het extra personeel te kunnen inzetten (tijd die onder meer nodig is voor het werven, selecteren, opleiden en binnen de organisatie inpassen van de extra medewerkers). De extra middelen van ruim 400 miljoen euro in 2018 zijn daarom gebaseerd op 7.000 extra fte. Dat ligt goed in lijn met de extra middelen van circa 600 miljoen euro voor 2019 en 2020 waarbij wordt uitgegaan van extra inzet van 10.000 fte.

222

Staan de overige middelen uit tabel 2 op pagina 35 los van de middelen uit tabel 1? Zijn de totale uitgaven voor verpleeghuiszorg in 2021 dus 13,337 miljard euro (=13,0 + 0,337 miljard euro)?

Ja, dat klopt.

223

Wat gebeurt er indien de totale kosten van de kwaliteitsplannen lager zijn dan de beschikbare extra middelen vanuit het kwaliteitskader?

Het is niet mijn verwachting dat de totale kosten van de kwaliteitsplannen lager zullen zijn dan de beschikbare extra middelen vanuit het kwaliteitskader. De extra middelen zijn door de NZa en het CPB berekend om goede verpleeghuiszorg te kunnen leveren die voldoet aan het kwaliteitskader. De kwaliteitsplannen van de verpleeghuizen dienen zich hierop te richten. Het structurele bedrag van 2,1 miljard euro staat dus niet ter discussie. Via de locatiegerichte aanpak van «Waardigheid en Trots op locatie», de zorginkoop door zorgkantoren en het toezicht door de IGJ i.o. wordt erop gestuurd dat zorgorganisaties voldoende stappen zetten in de kwaliteitsverbetering. Indien de totale kosten van de plannen desondanks langer

uitvallen dan de beschikbare extra middelen, dan zullen de niet ingezette middelen onderdeel uitmaken van de integrale besluitvorming van het kabinet.

224

Kunt u een overzicht geven van de totale uitgaven in de verpleeghuiszorg, vanaf 2010 t/m 2017?

Bijgaande tabel geeft het gevraagde overzicht van de totale uitgaven in de verpleeghuiszorg in de periode 2010–2017. Het betreft de uitgaven voor cliënten met een indicatie voor zzp V&V4 of hoger. Hierbij is gecorrigeerd voor de overheveling van de geriatrische revalidatiezorg naar de Zvw per 2013, zodat de reeks beter vergelijkbaar is over de tijd.

Tabel: bedragen x € 1 miljard	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
* Uitgaven verpleeghuiszorg	7,3	7,7	8,9	9,5	9,8	9,8	10,0	10,3

225

Er gaat optimaal ingezet worden op *job-carving*, niet-zorgtaken zullen worden uitbesteden aan mensen zonder een zorgopleiding. Mogen de extra middelen gebruikt worden voor deze nieuwe functies?

Ja, *job-carving* kan een belangrijke bijdrage leveren aan het vervullen van de eerste voorwaarde voor persoonsgerichte zorg, namelijk dat er voldoende gemotiveerde en deskundige zorgverleners zijn. Zoals aangegeven in het programmaplan gaat het daarbij om de juiste personeelsmix voor een groep bewoners. Daarbij hanteren we een brede definitie voor de functie zorgverlener. Behalve voor functies als behandelaren, verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden, gaat het daarbij ook om functies als geestelijk verzorgenden, gastvrouwen, vrijwilligerscoördinatoren, activiteitencoördinatoren en anderen. De extra middelen mogen dus ook worden ingezet voor de laatstgenoemde functies. Van de extra middelen moet minimaal 85% worden ingezet voor extra zorgpersoneel. Daarnaast mag maximaal 15% van de extra middelen worden ingezet voor andere investeringen die bijdragen aan de implementatie van het kwaliteitskader. Ook via die weg kan ondersteunend personeel zonder zorgopleiding worden bekostigd uit de extra middelen.

226

Hoe kan het dat de jaarlijkse uitvoeringskosten van het kwaliteitskader tot 2021 6.5 miljoen bedragen maar dan oplopen tot een structureel jaarlijks bedrag van € 12 miljoen?

Voor de jaarlijkse uitvoeringskosten van het kwaliteitskader door de zorgkantoren en de IGJ i.o. is vanaf 2018 een bedrag beschikbaar van structureel 6,5 miljoen euro. Per 2022 is daar bovenop rekening gehouden met een bedrag van 5 miljoen euro voor de kosten van een structurele borging van de spiegelinformatie over kosten en kwaliteit van de verpleeghuiszorg. Samen met de uitvoeringskosten voor de zorgkantoren en IGJ i.o. gaat het daarmee om een bedrag van (afgerond) 12 miljoen euro structureel. De kosten van de spiegelinformatie in de periode 2018–2021 worden gefinancierd uit de transitie-middelen, zoals toegelicht onder post 1c bij tabel 2 van het programmaplan.

227

Waarom is in de tabel opgenomen dat voor de middelen «Thuis in het Verpleeghuis» structureel 180 miljoen euro beschikbaar is, terwijl eerder met de Kamer is gecommuniceerd dat dit structureel 210 miljoen euro is?

Het klopt dat er structureel 210 miljoen euro beschikbaar is. In tabel 2 van het programmaplan is hiervan 180 miljoen euro opgenomen onder post 3 («Waardigheid en Trots») en 25 miljoen euro onder post 4 (Ondersteuning W&T en kwaliteitskader). De resterende 5 miljoen euro is niet opgenomen in tabel 2. Deze middelen zijn bij de 1e supplettoire begroting 2016 toegevoegd aan de beheerskosten van de zorgkantoren om de omslag naar het inkopen op basis van kwaliteit te ondersteunen.

228

Voor de uitvoeringskosten zijn middelen vrijgemaakt, 6,5 miljoen euro structureel vanaf 2018. Voor het borgen van de spiegelinformatie is per 2022 onder andere 12 miljoen euro vrijgemaakt, hoe verhouden deze bedragen zich tot de opstartfase die nu ingaat? Is het niet zo, dat juist in de eerdere jaren meer geld nodig is om een en ander op te zetten? Wat moet allemaal betaald worden uit die 6,5 miljoen euro?

Per 2022 is een bedrag beschikbaar van (afgerond) 12 miljoen euro, waarmee naast de uitvoeringskosten (6,5 miljoen euro) ook de spiegelinformatie kan worden geborgd (5 miljoen euro). Het structurele bedrag voor de spiegelinformatie ligt dus lager dan de genoemde 12 miljoen euro. In de opstartfase 2018–2021 is een bedrag van 7,5 miljoen euro per beschikbaar, hetgeen dus hoger ligt dan het structurele bedrag van 5 miljoen euro. Daarmee zijn voldoende middelen gereserveerd om de spiegelinformatie te kunnen opzetten. Uit het bedrag van 6,5 miljoen euro worden extra uitvoeringskosten bekostigd voor de inkooptaken van zorgkantoren (4,5 miljoen euro) en de toezichtstaken van de IGJ i.o. (2 miljoen euro) in verband met het kwaliteitskader.

229

Hoeveel geld is per zorginstelling gemiddeld beschikbaar van de in totaal 50 miljoen euro per jaar voor de ontwikkelruimte?

Er zijn in de 31 zorgkantorregio's in totaal circa 450 zorgorganisaties met verzorgings- en verpleeghuiszorg. Per instelling gaat het dus gemiddeld om een bedrag van ruim 110.000 euro. Afhankelijk van de vraag en de afspraken tussen zorgaanbieders en zorgkantoren worden de middelen ingezet.

230

Op welke wijze en in welke (budgettaire) mate dragen de investeringen in kwaliteit bij aan betere betrokkenheid en ondersteuning van mantelzorgers van mensen met dementie?

Met de extra middelen kunnen verpleeghuizen onder meer investeren in innovatieve technologie, – zoals domotica, wearables, telemonitoring en e-health. Daarmee kunnen niet alleen werkprocessen efficiënter worden georganiseerd en het gevoel van veiligheid bij bewoners worden vergroot, maar kunnen ook verwanten en mantelzorgers beter worden ondersteund en bij de zorg worden betrokken. Ook kunnen de extra middelen worden gebruikt om de deskundigheid van mantelzorgers te verhogen door het aanbieden van bijvoorbeeld trainingen of cursussen.

231

Hoe dragen de investeringen bij om de deskundigheid over mantelzorgondersteuning bij medewerkers te vergroten en wordt het extra personeel ook ingezet voor de ondersteuning en het laten participeren van mantelzorgers?

De extra middelen kunnen voor een deel (maximaal 15%) worden ingezet voor andere investeringen in het kwaliteitskader dan het aannemen van

extra zorgverleners. Daarbij kan het onder meer gaan om investeringen in de deskundigheid bij medewerkers, vrijwilligers en mantelzorgers, bijvoorbeeld via trainingen of cursussen. Het is dus ook mogelijk om hiermee de deskundigheid over mantelzorgondersteuning bij medewerkers te vergroten. Het extra personeel kan ook worden ingezet voor de ondersteuning en het laten participeren van mantelzorgers. Zoals aangegeven in het programmaplan vallen bijvoorbeeld ook vrijwilligerscoördinatoren onder de term zorgverleners.

232

Wat gebeurt er met de middelen die in overleg teruggevorderd worden van zorgorganisaties als zij aangeven dat deze middelen niet uitgegeven kunnen worden aan personeels- of kwaliteitsverbetering? Wat gebeurt er met het totaal aan middelen indien veel zorginstellingen het budget niet uitgegeven krijgen?

Middelen die door de zorgkantoren op grond van de overeenkomst na afloop van het jaar zijn teruggevorderd, leiden tot lagere uitgaven dan begroot. De bestemming van deze middelen valt onder de integrale begrotingsbesluitvorming van het kabinet. Indien tijdens de ingroeifase minder wordt uitgegeven dan begroot, dan heeft dit geen invloed op het structureel beschikbare bedrag van 2,1 miljard euro. Het kan wel tot gevolg hebben dat de extra middelen voor de jaren 2019–2021 niet volledig worden ingezet en dat het structurele bedrag later wordt bereikt.

233

Met ingang van de zorginkoop 2019 is op landelijk niveau minimaal 85% van de extra middelen geoormerkt voor extra personeel. De middelen zijn immers bedoeld om de zorgorganisaties in staat te stellen te voldoen aan de personeelsnormen in het kwaliteitskader. Landelijk gezien mogen zorgorganisaties maximaal 15% van de extra middelen inzetten voor andere investeringen dan extra personeel, maar hoe wordt voorkomen dat die 15% ingezet wordt voor doeleinden die niet ten gunste komen van betere zorg?

Zoals aangegeven in het programmaplan zullen er in het zorginkoopbeleid 2019 een aantal voorwaarden worden verbonden aan de inzet van het kwaliteitsbudget. Een belangrijke voorwaarde is dat elke zorgorganisatie uiterlijk 31 december van het jaar t-1 een actueel, bijgesteld kwaliteitsplan voor het jaar t moet indienen bij het zorgkantoor inclusief een meerjarenbegroting voor het kwaliteitsbudget. Zorgkantoren toetsen vervolgens het kwaliteitsplan en de begroting of de extra middelen (waaronder ook de 15% voor andere investeringen) ten gunste komen van betere zorg. Indien dit niet het geval is zal overleg plaatsvinden tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder over de aanpassing van de begroting, zodat voorkomen wordt dat de 15% niet goed wordt besteed.

234

Wat is het tijdpad voor het ontwikkelen van indicatoren voor onbegrepen gedrag, wordt hierbij aandacht besteed aan gedrag bij dementie en welke organisaties behalve Verenso zijn hier nog meer bij betrokken?

Navraag bij Verenso leert dat de eerste set van indicatoren basisveiligheid in 2018 uitgevraagd zal worden (*decubitus*, *advance care planning*, medicatieveiligheid en vrijheidsbeperkende interventies). Indicatoren voor de aanvullende thema's zullen in fases worden uitgewerkt.

- Indicatoren voor «opsporen van delier», «valpreventie», «incontinentie» en «ondervoeding» worden in 2018 uitgewerkt en ingediend bij het Zorginstituut Nederland. De precieze datum zal nog worden

vastgesteld in de stuurgroep kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Het streven is deze indicatoren mee te nemen in de landelijke meting in 2019.

- In 2018 wordt eveneens gestart met de uitwerking van indicatoren op de thema's «bewegen», «onbegrepen gedrag» en «rationeel antibiotica- en antipsychoticagebruik». Omdat op deze onderwerpen belangrijk wetenschappelijk onderzoek plaatsvindt, zal voor deze activiteiten nauwe aansluiting worden gezocht bij de academische netwerken ouderengeneeskunde en hoogleraren in de verpleging en verzorging. In overleg met professionals, patiëntorganisaties, andere veldpartijen en wetenschappers zal een werkplan worden uitgewerkt. Dit werkplan is naar verwachting gereed in juni 2019 en zal specifiek aandacht besteden aan de doelgroep met dementie.