

Aan de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut
t.a.v. de heer prof. Dr. J. Kremer
postbus 320

Onderwerp Consultatie kwaliteitskader

Geachte Kwaliteitsraad,

Hierbij doen wij u onze reactie toekomen inzake de consultatie van het kwaliteitskader. In de bijlage treft u onze opmerkingen aan. In grote lijn komen deze hierop neer:

ActiZ herkent, met vreugde en waardering, de uitgangspunten die in de Inleiding worden verwoord. De uitwerking daarvan in de volgende hoofdstukken vervult ons echter in grote mate met teleurstelling. Niet alleen omdat de uitwerking een mate van detaillering kent die tot onoverkomelijke problemen in de dagelijkse praktijk zal leiden, maar ook en vooral omdat de uitwerking in zijn vorm in onze optiek regelmatig juist het gestelde doel niet dient en zelfs belemmert. Persoonlijke aandacht voor de cliënt zal verschuiven naar aandacht voor systemen. Het is in onze ogen onbegrijpelijk dat, na lange jaren van werken aan de kwaliteit van de langdurige zorg, er nu een concept kwaliteitskader voorligt dat weer terugkeert op het pad van normering en controle.

Het feit dat de gehele sector welgeteld één A4 de ruimte krijgt om te reageren, houdt in dat er nauwelijks sprake kan zijn van een reële inhoudelijke reactie of onderbouwing daarvan. Dit kan en mag niet de vertaling zijn die ZIN geeft aan de opgave 'doorzettingsmacht'.

Graag zouden we, samen met de andere veldpartijen, bijdragen aan een inhoudelijke uitwisseling en ontwikkeling van een in onze ogen beter passende uitwerking van het kwaliteitskader; een uitwerking die de fraaie uitgangspunten recht doet en beter dient, en waarbij het Zorginstituut de doorzettingsmacht inzet om knopen door te hakken.

Wij stellen dan ook voor c.q. raden de kwaliteitsraad van het Zorginstituut met klem aan de samenspraak met de veldpartijen te zoeken en in een periode van bijvoorbeeld drie maanden tot een gezamenlijk gedragen en uitvoerbare uitwerking van de uitgangspunten te komen. Veel van onze leden en professionals hebben zich inmiddels bereid verklaard hier een bijdrage aan te willen leveren.

Overigens constateren we dat het voorliggende document met de beschrijving op pagina vijf geen eenduidige helderheid verschaft over de scope waarop het geacht wordt betrekking te hebben.

datum

22 december 2016

ons kenmerk

AG/16u.0825

in behandeling bij

G. Ubels

doorkiesnummer

(030) 27 39 776

pagina

1/2

Voor zover er op 2 januari 2017 een kwaliteitskader in enige vorm zou worden vastgesteld door de Raad van Bestuur van het Zorginstituut, wijzen wij erop dat dit uitsluitend en ten hoogste de inhoud, opbouw en instrumentering van het kader kan betreffen, maar dat de paragraaf 'Implementatie' (pagina 29 in het document) daartoe dus niet behoort. Over het structuurplan voor een eventuele implementatie van een kader dienen in een apart overleg afspraken gemaakt te worden.

Wij zien uit naar uw berichtgeving aan ons en zullen over de (na 2 januari 2017) ontstane situatie met u in overleg treden.

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'M' followed by a series of loops and a horizontal line extending to the right.

prof.dr. A.P.W.P. van Montfort
voorzitter

Waardevolle uitgangspunten

ActiZ spreekt waardering uit voor de uitgangspunten van waaruit het kwaliteitskader start: de mens centraal, nadruk op leren en verbeteren, versterken van vertrouwen, minder bureaucratie. Een passende vorm en inhoud geven aan deze uitgangspunten draagt naar ons idee bij aan een positieve ontwikkeling van de sector en daarmee aan de kwaliteit en veiligheid van zorg aan cliënten. Daarom ook hebben de leden van ActiZ het vorige veldconcept ('Kwaliteit in Dialoog') positief willen onderschrijven.

Wijze van leren en verbeteren aan de organisatie overlaten

Helaas moeten wij constateren dat waar het kader zegt de focus te leggen bij leren en verbeteren, dit in hoofdstuk 4 voornamelijk wordt uitgewerkt in een dwingend en zeer gedetailleerd systeem van traditionele verantwoordingsdocumenten, die een extreme bureaucrativering in de hand werken. Het ontnemt organisaties de ruimte om op basis van de gestelde principes zaken uit te werken en uit te voeren op een manier die past bij de lokale context en de eigen ontwikkelingsfase van de organisatie. Het voldoen aan de (nieuwe) eisen van het systeem zal vaak dwingend worden, en niet stimulerend zijn voor het daadwerkelijk werken aan goede zorg. Het bouwt zo ook onvoldoende voort op vernieuwing die in de praktijk al is ingezet (Waardigheid & Trots).

Uitwerking: voorkomen bureaucratie en extra administratieve lasten

De vermindering van administratieve lasten, zoals nadrukkelijk als één van de uitgangspunten gesteld, zien we in de uitwerking niet terug. Integendeel, er is sprake van veel nieuwe verplichtingen die met dit kwaliteitskader gepaard gaan: het zorgbeleidsplan, het kwaliteitsverslag, het jaarlijks verbeterplan, deelname aan een permanent lerend netwerk met verschillende deelverplichtingen omtrent raadpleging daarvan, vijfjaarlijkse kwaliteitsvisite, inzichtelijk maken van het personeelsbestand en doelgroepen voor publieke informatie. Het voldoen aan deze gedetailleerde verantwoording leidt onvermijdelijk tot meer indirect werk en dus meer indirecte kosten, wat - bij gelijkblijvende tarieven/bekostiging - nadrukkelijk minder handen aan het bed komen betekent. Persoonlijke aandacht voor de cliënt verschuift naar aandacht voor systemen.

Kwaliteit van leven meer in beeld in plaats van medisch model

In het kader is een sterke verschuiving waarneembaar naar een medische invalshoek en kennisverzameling. Waar de medisch zorg vanzelfsprekend goed moet zijn, dreigt dit wel het zicht te benemen op de aard van de cliëntenpopulatie en wat de peilers van goede zorg zijn. De inzichten van Machteld Huber worden wat dat betreft gemist. Dataverzameling is bovendien een doel dat niet via een kwaliteitskader gerealiseerd moet worden.

Indicatoren: meer aansluiten bij wat de zorg helpt

In het document worden tal van indicatoren genoemd die in hun voorschriften niet haalbaar of ondoelmatig zijn; dan wel voorbij gaan aan de professionele praktijk die reeds op andere wijze in het beoogde doel voorziet. Enkele voorbeelden hiervan zijn: het maandelijks overleg met PAR, de driemaandelijks medicijnencheck met de apotheker, de wekelijks te scoren decubituscontrole, frequentieregistraties en zo meer.

Personeelssamenstelling contextgebonden en lokaal

Met betrekking tot de personeelssamenstelling deelt ActiZ de opvatting dat uit onderzoek tot nu toe geen directe relatie tussen personeelssamenstelling en kwaliteit afgeleid kan worden. Dit onderstreept de noodzaak om richtlijnen die hiervoor gezocht worden, nadrukkelijk contextgebonden te laten zijn, en onderwerp van lokale verantwoording. Het kader dat in paragraaf 6.3 'voor de tussentijd' wordt gegeven, is op een aantal punten onduidelijk. Overhaaste invoering zonder bijbehorende financiële kaders is mogelijk onrechtmatig jegens de instelling en daarom moet ActiZ ter zake een voorbehoud maken. Van invulling van enige substantiële norm kan alleen sprake zijn indien de bijbehorende financiële middelen er zijn én indien de arbeidsmarktproblematiek erkend wordt en naar oplossingen wordt gezocht. Dit kan de sector niet alleen.

Openheid is essentieel, openbaarheid is soms schadelijk

De mate van transparantie die in het zorgbeleidsplan, kwaliteitsverslag en verbeterplan wordt geëist, is niet recht evenredig dienstbaar aan het gestelde doel: goede zorg, leren en verbeteren. Sterker nog, sommige voorschriften voor openbaarheid zullen contraproductief werken. Over het resultaat (van leren en verbeteren) kan verantwoording worden afgelegd. Het proces er naar toe is een intern gebeuren. Openbaarheid van dat proces en de gegevens die er een rol in spelen, komen het proces en het resultaat niet ten goede. Daarnaast is het de vraag of alle gevraagde gegevens in deze mate en vorm gepubliceerd mogen worden, en of de Mededingingswet daar geen voorliggende regels voor stelt.

Tot slot: uitgangspunten, uitwerking en implementatie

ActiZ herkent, met vreugde en waardering, de uitgangspunten die in de Inleiding worden verwoord, maar is zeer teleurgesteld over de uitwerking daarvan in de volgende hoofdstukken. Niet alleen omdat de uitwerking een mate van detaillering kent die onoverkomelijke problemen in de praktijk zal oproepen, maar ook en vooral omdat de uitwerking in zijn vorm in onze optiek regelmatig juist het gestelde doel niet dient en zelfs belemmert. Beleid in deze vorm zal geen draagvlak hebben bij instellingen en daarmee een zeer slechte start maken. Wij stellen dan ook voor c.q. raden de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut met klem aan de samspraak met de veldpartijen te zoeken en in een periode van bijv. 3 maanden tot een gezamenlijk gedragen en uitvoerbare uitwerking van de uitgangspunten te komen. Veel van onze leden en professionals hebben zich inmiddels bereid verklaard hier een bijdrage aan te willen leveren.

Voor zover er op 2 januari een kwaliteitskader in enige vorm zou worden vastgesteld door de het Zorginstituut, wijzen wij erop dat dit uitsluitend en ten hoogste de inhoud, opbouw en instrumentering van het kader kan betreffen, maar dat de paragraaf 'Implementatie' (p. 29 in het document) daartoe niet behoort. Over het structuurplan voor een eventuele implementatie van een kader dienen in een apart overleg afspraken gemaakt te worden.

Zorginstituut Nederland
T.a.v. de heer B. Mosk
Eekholt 4
1112 XH DIEMEN

Houten, 22 december 2016

Kenmerk: HB/SV/21122016

Betreft: Consultatie concept kwaliteitskader 'verpleegzorg'

Geachte heer Mosk,

Hartelijk dank voor het toesturen van het kwaliteitskader verpleegzorg. BTN en enkele leden van BTN hebben dit met aandacht gelezen. Wij en zij hebben veel waardering voor het vele werk dat op korte termijn is gerealiseerd.

Een belangrijk punt in het kwaliteitskader verpleegzorg is de ombuiging naar willen leren en ontwikkelen als organisatie en als zorgverlener. Daarbij ligt de focus op het **samen leren**. De samenwerking tussen de cliënt/mantelzorgers, zorgverleners maar ook met andere zorgorganisaties, ouderenbonden, zorgcoöperaties en zorgkantoren.

BTN vindt dat het kwaliteitskader verpleegzorg zorgorganisaties de ruimte bieden om een lerende organisatie te worden/zijn. Enerzijds biedt dit kwaliteitskader geen ruimte voor het afwijken van de norm en anderzijds biedt dit kwaliteitskader de mogelijkheid om zowel als organisatie als zorgverlener te blijven leren en ontwikkelen.

Wanneer een zorgorganisatie niet voldoet aan een norm maar dit kan onderbouwen in het kwaliteitsverslag of in het verbeterplan dan hoeft hier niet direct een actie op te volgen. BTN vraagt dus aandacht om het belang voor de context en voor het lerend vermogen van organisaties.

Intramuraal

Tijdens het lezen van de scope van het kwaliteitskader verpleegzorg viel ons op dat dit kwaliteitskader alleen gericht is op de intramurale verpleegzorg. Onder de scope wordt telkens aangesloten op de relevante ontwikkeling dat steeds meer verpleegzorg niet intramuraal wordt geleverd, om vervolgens telkens tegen het einde het kader toch tot intramurale zorg te beperken.

Verpleegzorg vindt in toenemende mate thuis plaats en vaak pas in de laatste periode in een verpleeghuis. Voor de zorgorganisaties die verpleegzorg thuis leveren of zorg leveren in kleinschalige dan wel geclusterde woonvormen is dit kwaliteitskader dan blijkbaar (nog) niet van toepassing. Dat vindt BTN teleurstellend en geen recht doen aan de maatschappelijke ontwikkeling van Zorg Thuis.

Met een kwaliteitskader verpleegzorg hoopt BTN de verpleegzorg (waar nodig) te verbeteren, daarbij hoort ook de verpleegzorg thuis, kleinschalige of geclusterde woonvormen. Het gaat ten slotte om dezelfde groep kwetsbare ouderen met dezelfde rechten.

Wat BTN betreft komt de kwaliteit tot uiting in de relatie en interactie tussen cliënt en/of naasten met de (professionele) zorgverlener die daadwerkelijk vormgeeft aan de verpleegzorg die hier centraal staat. De partij die de zorg organiseert is de partij die de relatie faciliteert en versterkt, ongeacht of de cliënt thuis woont, in een kleinschalige of geclusterde woonvorm of in een verpleeghuis.

De complexiteit en daarmee ook de onuitvoerbaarheid van het kwaliteitskader neemt toe, wanneer zorgorganisaties met meerdere verschillende kwaliteitskaders te maken krijgen. Dit betreft alleen nog een kwaliteitskader voor intramurale Wlz-zorg, maar daarnaast vragen gemeenten aandacht voor al hun verschillende kwaliteitseisen, de zorgverzekeraars vragen ook verschillende eisen omtrent kwaliteit en daarmee zijn, zoals u weet, onlangs bestuurlijke afspraken gemaakt. Al deze verschillende eisen omtrent kwaliteit verhogen de complexiteit, onuitvoerbaarheid ervan, maar daarnaast ook de administratieve lasten voor de zorgorganisaties.

Administratieve lasten

In de uitgangspunten van het kwaliteitskader verpleegzorg is aangegeven dat dit kwaliteitskader een bijdrage wil leveren aan het verminderen van de bureaucratie en administratieve lasten. Zo wordt in hoofdstuk 8 beschreven dat aparte uitvragen van externe verantwoording niet of alleen in zeer uitzonderlijke gevallen gedaan worden. Echter zijn organisaties verplicht om jaarlijks een zorgbeleidsplan, kwaliteitsverslag en verbeterplan te schrijven. BTN vraagt zich af of dit kwaliteitskader daadwerkelijk bijdraagt aan het verminderen van de administratieve lasten.

BTN ziet dan ook graag dat er één verslag gemaakt wordt door de zorgorganisaties waarin verschillende aspecten naar voren komen die volgens dit kwaliteitskader beschreven staan in zowel het zorgbeleidsplan, het jaarlijkse kwaliteitsverslag als het verbeterplan. In dit jaarlijkse verslag laat de zorgorganisatie de ontwikkeling en het lerend vermogen van de organisatie zien. De zorgorganisaties moeten zelf de regie kunnen nemen welke ontwikkelingen zij beschrijven in dit jaarlijkse verslag. Door er één verslag van te maken en de zorgorganisaties te laten beslissen welke aspecten in dit verslag komen zorgen we voor een daadwerkelijk vermindering van de administratieve lasten.

Ons vraagstuk over terugdringen administratieve lasten wordt geïllustreerd door de nu jaarlijks te organiseren uitvraag en verzamelen van cliënt ervaringen. Dit dienen zorgorganisaties jaarlijks te doen middels een erkend instrument. Voorheen hebben organisaties deze ervaringen eenmaal per twee jaar uitgevraagd.

Onze voorkeur zou echter uitgaan naar een instrument die niet jaarlijkse opnieuw georganiseerd dient te worden, maar een integraal onderdeel vormt van het werk- en leerproces. Ook hier dient de organisatie zelf de regie te kunnen nemen, welk instrument zij hanteren voor het meten van cliëntervaringen. Het instrument en de uitkomsten passen dan bij het beleid van de organisatie, waardoor de uitkomsten verwerkt kunnen worden in het daarbij passende jaarlijkse kwaliteitsverslag. Daarbij weegt het kostenplaatje ook mee. Door elk jaar dit te moeten doen stijgen de kosten voor de aanbieders.

Eigen regie cliënt

Een onderdeel wat BTN erg sterk vond aan het oorspronkelijke kwaliteitskader ouderenzorg is dat het geheel geschreven was vanuit de visie en wensen van de cliënt. In de ogen van BTN is kwaliteit gebaseerd op de relatie tussen de cliënt (en zijn naasten) en de professional die de zorg verleent en zijn/haar professionaliteit op de relatie inbrengt, waarbij de burger die cliënt is geworden telkens het uitgangspunt is en de professional aansluiting zoekt op de zorgvraag van de betrokkene. Het kwaliteitskader verpleegzorg is daarentegen geheel zakelijk geschreven in het kader van wat de organisatie/zorgverleners moeten doen; werkend vanuit het systeem.

In onze tijd maken we mee dat de mens steeds meer centraal komt te staan en dat het systeem dienstbaar moet zijn aan de mens. In dit kwaliteitskader is dit niet het geval. Het systeem, het kwaliteitskader, bepaalt wat de professionals moeten doen in relatie tot hun cliënt. In dit geval schiet, volgens BTN, het kwaliteitskader zijn doel voorbij. De professionals moeten zelf in kunnen schatten wanneer protocollen toegepast moeten worden en wanneer niet. De protocollen en standaarden moeten niet het verstandig handelen van de professional in de weg staan. Dit kan de professional in overleg met de cliënt het beste inschatten.

Met vriendelijke groet,



Hans Buijing
Bestuurder



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Zorginstituut Nederland
T.a.v. de heer prof. J.A.M. Kremer
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igz.nl

Inlichtingen bij
Mw. drs. A.M.M. Jonkers

Ons kenmerk
2016-1362147/V&V/AJ/rr

Uw kenmerk
2016137319v3

Datum 22 december 2016

Onderwerp Reactie inspectie op het Concept Kwaliteitskader Verpleegzorg

Geachte heer Kremer,

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: inspectie) heeft de totstandkoming van het Concept Kwaliteitskader Verpleegzorg van nabij gevolgd. In deze reactie geeft de inspectie aan in welke mate dit kader richtinggevend is voor de praktijk van toezicht en handhaving door de inspectie.

Vanuit dat perspectief wil de inspectie opmerken dat met name op de thema's goed bestuur en persoonsgerichte zorg en ondersteuning het kwaliteitskader goed aansluit bij de stappen die de inspectie wil nemen in haar toezicht. Daarnaast is de inspectie verheugd met het lerende perspectief dat uit het kwaliteitskader spreekt, dit sluit goed aan bij de toezichtvisie zoals gepresenteerd door de inspectie in haar Meerjarenbeleidsplan dat in 2016 is uitgebracht.

De inspectie is content met de definiering van de reikwijdte van het kwaliteitskader, omdat daarmee duidelijk is voor welke type organisatie het kader van toepassing is. Intramurale verpleegzorg zoals in dit kwaliteitskader onderwerp van aandacht, is WLZ geïndiceerde multidisciplinaire en integrale zorg die geleverd wordt aan cliënten met een ZZP ≥ 4 die verblijven in groepsverband dan wel in geclusterde woonvormen. Dit betekent concreet dat de inspectie dit kwaliteitskader als maatgevend beschouwt voor de zorg aan deze WLZ cliënten. Tegelijkertijd wordt aangegeven dat er een opdracht aan de sector ligt om op basis van het onderhavig kwaliteitskader een vertaalslag te maken en de kwaliteitsnormen voor de extramurale verpleegzorg nader uit te werken. De IGZ zal nauwlettend volgen hoe de sector tot nadere afspraken hierin komt. De IGZ merkt hierbij op dat de gekozen reikwijdte wel discrepantie oplevert met onderhavige wetgeving, aangezien voor de pgb-houders binnen de WLZ een zorgleefplan immers niet verplicht is. De inspectie zal bij de implementatie van het kwaliteitskader in haar toezicht bepalen hoe hierin te handelen.



Het thema personeelssamenstelling is ook een onderwerp dat zowel voor de sector als voor de inspectie de komende periode veel aandacht zal vragen. Het is belangrijk dat het kwaliteitskader ook de ambitie uitstraalt dat de sector hier proactief mee aan de slag gaat. Daarbij wil de inspectie als aandachtspunt meegeven dat niet alleen de inzet van vrijwilligers begrenzingen kent, maar dat ook de rol van familie beperkt is bij het houden van toezicht. Een dergelijke taak is snel te belastend en risicovol.

Ons kenmerk
2016-1362147/V&V/AJ/rr

Datum
22 december 2016

De inspectie ziet op een aantal thema's een mate van gedetailleerdheid die het risico met zich meebrengt van een toename aan administratieve last. Zo wordt bij het thema wonen en welzijn een vrij gedetailleerde nadere uitwerking gegeven die als handreiking zou kunnen dienen voor gespreksvoering en voor het bepalen van de inhoud van het verbeterinstrumentarium (bijvoorbeeld het houden van (cliënt)besprekingen, cliëntenraadplegingen, evaluatie-instrumenten, zorgevaluaties en spiegelgesprekken met naasten). De inspectie wil wijzen op de gezamenlijke verantwoordelijkheid om zowel in de totstandkoming van standaarden als bij het uitvoeren van toezicht te streven naar beperkte administratieve lasten. Ook om een sector die nog midden in een transitie zit zo min mogelijk te belasten.

De inspectie is voornemens het nieuwe toezichtkader en toezichtinstrument voor de 24 uren verpleegzorg in de WLZ goed te laten aansluiten bij dit kwaliteitskader. Daarbij bekijkt de inspectie kritisch op welke wijze ze effectief toezicht kan houden op de onderwerpen uit het kwaliteitskader. De inspectie zal hier in de eerste maanden van 2017 aan werken in goed overleg met het Zorginstituut Nederland en de partijen uit de zorgsector.

De inspectie heeft in 2016 gewerkt aan het verder ontwikkelen van een set risico indicatoren die aansluit bij de informatiebehoefte van de inspectie om risicogestuurd toezicht te kunnen houden. Tijdens het proces van het tot stand komen van het kwaliteitskader heeft de inspectie haar kennis over de indicatoren beschikbaar gesteld aan de kwaliteitsraad. De inspectie verwacht haar eigen nieuwe set indicatoren begin 2017 definitief vast te stellen. De inspectie zal deze vastgestelde set indicatoren aanbieden aan het ZiNL om mee te nemen in de verdere ontwikkeling van landelijke indicatoren op basis van dit kwaliteitskader. De indicatoren zoals nu beschreven in het consultatiedocument sluiten overall al goed aan, maar vragen dan op detailniveau nog bijsturing.

In het kwaliteitskader wordt gesproken over de implementatie met de hulp van een stuurgroep. Deze stuurgroep zal naast het bewaken van de voortgang van en de ondersteuning van de implementatie van het kwaliteitskader ook een belangrijke taak vervullen bij de ontwikkeling van indicatoren en de transparantie over de wijze waarop de sector voldoet aan deze indicatoren. Zoals ook in de tekst gesteld, is de inspectie geen lid van deze stuurgroep, maar is zij daar waar nodig beschikbaar om de stuurgroep een nadere toelichting te verstrekken op haar werkzaamheden in het kader van het toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de zorg.



Met inachtneming van de bovenstaande aandachtspunten is de inspectie van mening dat het onderhavige kwaliteitskader voldoende aanknopingspunten biedt voor de verdere ontwikkeling van de kwaliteit en het lerend vermogen in de verpleegzorg.

Ons kenmerk
2016-1362147/V&V/AJ/rr

Datum
22 december 2016

Ik wens u veel succes en wijsheid bij de afronding van dit kwaliteitskader.

Met vriendelijke groet,

Mw. drs. A.M.M. Jonkers
Project Hoofdinspecteur Verpleging en Verzorging

Zorginstituut Nederland
de heer prof. dr. Jan Kremer, voorzitter kwaliteitsraad
Postbus 320
1110 AH Diemen

Utrecht, 20 december 2016
Betreft: consultatie concept-kwaliteitskader verpleegzorg

Geachte heer Kremer, beste Jan,

Bijgaand de reactie van LOC Zeggenschap in zorg op het concept-kwaliteitskader verpleegzorg. Daarbij willen we opmerken dat we door de korte reactietermijn niet onze leden hebben kunnen raadplegen.

Met vriendelijke groet,



Marthijn Laterveer
coördinator LOC Zeggenschap in zorg

Reactie LOC Zeggenschap in zorg op ‘concept-kwaliteitskader verpleegzorg’

Algemeen

Wij onderschrijven de visie dat de cliënt als mens het vertrekpunt is en dat de focus ligt op samen leren. In de uitwerking zien we dat te weinig terug. Het kwaliteitskader is erg medisch ingestoken met een nadruk op curatieve aspecten. Ook zien we vooral een focus op een papieren werkelijkheid in plaats van wat mensen dagelijks meemaken. We zien in het kader eerder een toename van registratie en bureaucratie dan een afname. Het is eerder top down dan bottom up. Dat alles staat op gespannen voet met de geformuleerde uitgangspunten.

Reikwijdte

Steeds meer mensen ontvangen complexe zorg in de thuissituatie. Wij zouden graag zien dat de zorg thuis meteen al onderdeel is van het kwaliteitskader. Daarmee zetten we mensen en niet de woonsetting centraal.

Familie en naasten

In hoofdstuk 1 en 2 komt de familie aan bod. Wij zien regelmatig dat zorgorganisaties familie zien als extra handen om te doen wat de organisatie niet kan. Graag zien wij in het kwaliteitskader scherper verwoord dat de bewoner en zijn naasten bij elkaar horen en dat de zorgorganisatie daarop aanvullend is.

Cliëntervaringen

In het kwaliteitskader staat dat zorgorganisaties minimaal één keer per jaar de cliëntervaringen meten en openbaar maken. Wij zouden dit graag vervangen door een continue peiling en openbaarmaking van cliëntervaringen.

Cliëntenraad

In het kwaliteitskader komt de cliëntenraad weinig voor en dan alleen bij het jaarverslag. Wij zouden graag zien dat de cliëntenraad juist vooraf meepraat over verbetering van de zorg.

Protocollen en richtlijnen

De afgelopen jaren zijn er vele programma's en richtlijnen geweest om de zorg te verbeteren. Die hebben niet geleid tot een wezenlijke verbetering van de zorg. Het opstellen en volgen van landelijke richtlijnen in hoofdstuk 3 en werkt niet. Wij zien hier liever dat zorgorganisaties met zorgverleners, bewoners en medewerkers bespreken hoe zij veilige zorg willen leveren. En vervolgens op hun eigen manier transparant zijn hoe zij dat in de praktijk brengen.

Terug naar de kern

Zorgorganisaties die het goed doen werken vanuit een visie. En kijken wat zij nodig hebben om te zorgen dat de bewoner en zijn naasten centraal staan. Zij maken veelal geen gebruik van certificering, zorgbeleidsplannen en landelijke personeelsnormen. Het nieuwe kwaliteitskader is voor hen eerder een rem dan een stimulans. Graag zouden wij daarvoor meer ruimte in het kwaliteitskader zien.

Beoordeling van de praktijk

Het kwaliteitskader zou meer richting kunnen geven aan hoe we met elkaar beoordelen of in de praktijk ook gebeurt wat nodig is. De huidige vorm van toezicht houden door de IGZ en de zorginkoop sluiten hier nog niet bij aan. Daar hebben vooruitstrevende zorgorganisaties last van en geeft mogelijkheden voor organisaties die achterblijven om het slechts op papier goed te regelen.

Zorginstituut Nederland
Prof. dr. Jan Kremer, Voorzitter kwaliteitsraad
Eekholt 4
1112 XH DIEMEN

datum Utrecht, 20 december 2016
voor informatie c.vanhaastert@patientenfederatie.nl, M:06-50749224
p.schout@patientenfederatie.nl, M: 06-55772249
uw kenmerk 2016137319v3
onderwerp **Reactie concept Kwaliteitskader Verpleegzorg**

Geachte Heer Kremer,

Vijftien december 2016 ontvingen wij het concept Kwaliteitskader Verpleegzorg ter consultatie, dank daarvoor. We vinden het belangrijk dat er een kwaliteitskader is dat bijdraagt aan een continue verbetering van de verpleegzorg. Niemand zou meer terecht moeten komen in een verpleeghuis waar de kwaliteit niet op orde is.

We vragen ons af of dit kwaliteitskader voldoende richting en inspiratie geeft om dat te realiseren. We ondersteunen het grote belang van leren, maar zien in uw document onvoldoende garanties dat dit ook daadwerkelijk leidt tot betere zorg die bijdraagt aan kwaliteit van leven. Maar bovenal missen we de essentiële rol van de cliënt en zijn naasten: cliëntervaringen zijn de sleutel tot verbetering en dat komt nu onvoldoende tot zijn recht.

Hieronder noemen we de punten die we terug zouden willen zien in de definitieve versie. Allereerst een aantal hoofdlijnen en vervolgens een aantal specifieke punten.

Hoofdlijnen:

- Verplichting om cliëntervaringen¹ uit te vragen (1 x per jaar uitvragen zoals benoemd staat in hoofdstuk 8 is volstrekt onvoldoende)
 - o realtime publiek beschikbaar stellen
 - o aantoonbaar gebruiken voor kwaliteitsverbetering
- Verplichting om met elke cliënt/mantelzorger aantoonbaar in gesprek te gaan over kwaliteit van leven (toevoegen aan vereisten bij hoofdstuk 1)
 - o wie is de cliënt, wat is belangrijk, waar moet men rekening mee houden
 - o deze informatie vormt de basis voor het zorgleefplan
 - o in gesprek gaan en blijven (proces is geborgd)
- Vergelijkingsinformatie op een centrale plek
 - o zowel cliëntervaringen als zorginhoudelijke kwaliteit
 - o beschikbaar om keuzeondersteunende materialen te ontwikkelen

¹ Vanuit de patiëntenbeweging hebben we daarvoor drie instrumenten beschikbaar:

- o ZorgkaartNederland (hoe ervaren mensen de kwaliteit van zorg)
- o Mijn kwaliteit van Leven (hoe beoordelen mensen hun kwaliteit van leven)
- o Zorgschouw (verbeterpotentieel in kwaliteit van de leefomgeving/hospitality)



- Partij die toeziet op het leren
 - o garantie dat het lerend vermogen optimaal benut wordt (organisaties die slecht presteren komen er niet mee weg)
- Personeelssamenstelling is gebaseerd op zorgbehoefte en wensen van bewoners
 - o feitelijke benodigde zorg
 - o individuele wensen en (culturele) achtergrond
 - o ziekte specifieke deskundigheid
- Rol van cliënten en naasten bij het leren en verbeteren (hoofdstuk 4)
 - o Alleen de cliëntenraad is te mager
 - o Hoe wordt ervoor gezorgd dat iedereen een stem krijgt
- Rol van cliënten en naasten bij governance (hoofdstuk 5)
 - o Alleen de cliëntenraad is te mager
 - o Hoe wordt ervoor gezorgd dat iedereen een stem krijgt
- Bij implementatie wordt het vervolg beschreven. De evaluatie en onderhoud van het kwaliteitskader dient hier ook een plek te krijgen.
 - o ook de relatie met ziekte specifieke richtlijnen zoals de richtlijn voor dementie of zintuigelijke beperking
 - o ook de relatie met het kwaliteitskader palliatieve zorg

Specifieke punten:

- Bij wooncomfort wordt ingegaan op gastvrijheid, maaltijden, schoonmaak en inrichting. Wij missen een passage over het belang van een plek voor religieuze belevenissen, zoals een stilte of gebedsruimte.
- Zeker bij bewoners met PG problematiek heeft familie een grote rol. Familie wordt met name genoemd in het kader van participatie maar niet in het kader van wettelijk vertegenwoordiger zijn en meedenken en meebeslissen. Dit graag op pagina 10 toevoegen.
- Er wordt een aanbeveling gedaan dat instrumenten de bijdrage van de organisatie aan kwaliteit van leven moeten meten, niet de kwaliteit van leven als zodanig (aanbevelingen hoofdstuk 8). Dat is volgens ons niet de juiste insteek. Verpleeghuizen moeten laten zien dat ze weten hoe hun cliënten hun kwaliteit van leven beoordelen (dat kan ook met een observatie instrument als zelfbeoordeling niet mogelijk is). En ze moeten laten zien dat deze informatie de basis vormt van het zorgleefplan. Het proces van gesprek (of observatie) over kwaliteit van leven en de acties die daaruit voorkomen moet geborgd zijn.
- Rond einde leven en levensbeschouwing spelen een aantal aspecten:
 - o Bij persoonsgericht zorg (pagina 9) hoort ook dat de medewerkers de levensbeschouwing van de bewoner kent.
 - o Op pagina 16 wordt uitgegaan van behandelbeperkingen, terwijl er ook behandelwensen kunnen zijn.
 - o Op pagina 16 wordt palliatieve zorg en palliatieve sedatie onterecht op gelijk niveau gezet. Palliatieve zorg is groter en kent faseringen waarvan de terminale fase (met mogelijk sedatie) er een is.

Wij gaan er van uit dat onze punten meegenomen worden bij de verdere ontwikkeling van het Kwaliteitskader Verpleegzorg. Daar dragen we graag aan bij. Uiteindelijk gaat het er om dat de kwaliteit van de verpleegzorg op orde is en dat deze zorg bijdraagt aan kwaliteit van leven van



cliënten en hun naasten.

Met vriendelijke groet,
Dianda Veldman,

A handwritten signature in blue ink, consisting of a vertical line on the left, a large loop at the top, and a horizontal line extending to the right.

Directeur-bestuurder
Patiëntenfederatie Nederland

Geachte heer Kremer,

Graag willen wij onze waardering uiten voor de mogelijkheid om te reageren op uw concept Kwaliteitskader. Onze achterban, verzorgenden (IG), verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten, wordt gedreven door een kwaliteitsambitie. Daarbij verliezen wij de realiteit van gebrek aan voldoende beschikbaarheid en voldoende gekwalificeerd personeel niet uit het oog. Voor we ingaan op het voorliggende concept, delen we graag een concreet voorbeeld uit de praktijk van een verzorgende; zij stuurde dit als reactie op het concept kader:

Mevrouw X in verpleeghuis Y is bijzonder onrustig, slaapt slecht en valt vaker. Dochter maakt zich zeer ongerust: 'Moeder is niet de oude'. Actie volgens de richtlijn: arts inschakelen, medicatie aanpassen, zorgdoelen aanpassen. Resultaat? Nul. Dochter raakt in deze fase geëmotioneerd en is dermate overtuigd dat ze overweegt haar moeder mee naar huis te nemen. Interventie van zorgverleners rondom mevrouw X: tijd voor reflectie. Op basis van empathisch vermogen zoeken team, familie en mevrouw X antwoord op de kernvragen: wat gebeurt hier en waarom. Actie die daarop volgt: verhuizing naar een afdeling met een andere groepsdynamiek. Resultaat: mevrouw X komt tot rust, is opgewekt, slaapt weer goed en voelt zich veel beter. Dochter is blij met deze oplossing.

Dit voorbeeld drukt ons met de neus op de feiten: stimuleert het concept Kwaliteitskader reflectie en het gezamenlijk zoeken naar kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg voor kwetsbare ouderen in de laatste levensfase? Biedt dit kader - zoals beoogd - voldoende basis voor verpleeghuiszorg waarin leren en verbeteren in de praktijk centraal staan?

V&VN wil de gedeelde doelstellingen naar de praktijk kunnen brengen en maakt daarom de volgende kanttekeningen bij uw voorstel:

- Verpleeghuiszorg is er voor mensen die wonen in een zorginstelling in de laatste fase van hun leven. Dat vraagt om een goed evenwicht tussen kwaliteit van leven en sterven, en kwaliteit van zorg. In het kader is er vooral aandacht voor de kwaliteit van zorg; wij verwachten dat hier een betere balans komt.
- Leren over en verbeteren van de kwaliteit van de zorg, wordt in het kader te eenzijdig beschreven vanuit een systeemtechnische aanpak. De focus ligt op plannen en verantwoorden. Kwaliteit komt echter tot stand binnen de driehoek zorgverlener, familie of naasten en bewoner, en moet worden gefaciliteerd door de organisatie. De focus moet dus liggen op leren door te ervaren, te reflecteren en intercollegiaal te toetsen. V&VN vraagt met klem het verschil te benoemen tussen het verantwoording afleggen over kwaliteit en het werken aan kwaliteit.
- Doelstelling van (o.a.) het Zorginstituut is het terugdringen van administratieve lasten. Door de nadruk in het Kwaliteitskader op vastleggen en verantwoorden, voorzien we het tegenovergestelde, namelijk een toename van de administratieve druk.
- Het benutten van *best practices* en het stimuleren van (wetenschappelijke) kennisontwikkeling juichen wij toe; wij zien graag dat dit vergezeld gaat van een vertaalslag die leidt tot betere kwaliteit in de praktijk.
- Wij zijn verrast door de introductie van het begrip 'bijtank-afdeling' (pag. 24). Het kader maakt niet duidelijk wat hiermee bedoeld wordt. Wij nemen aan dat het Zorginstituut niet doelt op een (variant van een) separeerafdeling. Graag zien wij dat deze passage wordt verwijderd.
- Het concept-kader spreekt over 'gemotiveerd gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen' (pag. 13) en (het registreren van) de inzet van met name genoemde vrijheidsbeperkende maatregelen (pag. 15); de realiteit is dat de sector reeds lang het stadium voorbij is van (bewuste) toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen en zich richt op preventie hiervan. Wij vragen dan ook om aanpassing van de formulering aan het actuele beleid in de verpleeghuiszorg.

Tot slot vragen wij aandacht voor het ontbreken van de verpleegkundig specialist, het gebruik van de term senior verpleegkundige (een niet bestaande beroepstitel) en het gebruik van de term verpleegzorg i.p.v. de in de praktijk gangbare aanduiding verpleeghuiszorg.

Met vriendelijke groeten,

Henk Bakker, voorzitter V&VN
Sonja Kersten, directeur V&VN

Zorginstituut Nederland
T.a.v. prof. dr. Kremer
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Onderwerp:
Kwaliteitskader

Kenmerk:
20161223/CW/RJ

Datum:
23 december 2016

Geachte heer Kremer,

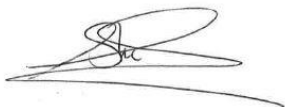
Op verzoek van de kwaliteitsraad van het Zorginstituut Nederland is door ons een reactie gegeven op de essentie van Kwaliteitskader. Nadat wij deze reactie hebben gegeven, ontvangen wij signalen dat het als een gemiste kans wordt ervaren dat wij het ontbreken van de Leidraad Personeelssamenstelling in het Kwaliteitskader niet benoemd hebben. Wij zien dit als het instrument bij uitstek om hoofdstuk 6 vorm te geven.

Wij hebben dit niet expliciet in onze reactie opgenomen, omdat wij ervan uit zijn gegaan dat de Leidraad Personeelssamenstelling een onderdeel is van het Kwaliteitskader. Dit staat ook zo vermeld op uw eigen website.

Met het niet benoemen van het ontbreken van de Leidraad Personeelssamenstelling in het Kwaliteitskader, geven wij dus niet aan de Leidraad onbelangrijk te vinden. Sterker nog, wij vinden het een uitermate belangrijk instrument waarvan wij overtuigd zijn dat het de beoogde kwaliteitsverbetering in de verpleeghuissector zal realiseren.

Wij hopen u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'SK' with a long horizontal stroke underneath.

Sonja Kersten
directeur

Zorginstituut Nederland
Prof. dr. J. Kremer, voorzitter Kwaliteitsraad
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Utrecht, 22 december 2016
Kenmerk: 16.108 NN/CT/IvdS/JdW
Betreft: consultatie concept kwaliteitskader verpleegzorg

Geachte collega Kremer, beste Jan,

Bij deze wil ik namens de beroepsvereniging van specialisten ouderengeneeskunde, Verenso, reageren op het concept Kwaliteitskader verpleegzorg.

Wij staan positief tegenover de gekozen insteek waar het gaat om erkenning van de complexiteit van de zorgvraag en daarmee samenhangend de aandacht voor (basis)veiligheid en de noodzaak van het actief betrekken en borgen van inspraak in beleid door de specialist ouderengeneeskunde. Cliënten/patiënten en mantelzorgers moeten kunnen rekenen op veilige zorg en adequate behandeling, naast de zo gewenste aandacht voor welzijn en het aansluiten bij het unieke van ieder mens. Opvallend is echter de mate van gedetailleerdheid in het voorschrijven van het proces om te komen tot die veilige en goede zorg. Hieruit spreekt weinig vertrouwen in de professionals die werkzaam zijn in de sector, met daarbij als ongewenst neveneffect een toename van de administratieve last, wat in tegenspraak is met de uitgangspunten van het kwaliteitskader.

Wij hebben getracht onze reactie onderstaand kort voor u weer te geven met daarin tevens enkele aanbevelingen. Rond het thema veiligheid voelen we ons echter genoodzaakt iets meer toelichting te geven, gezien het feit dat daar voorstellen worden gedaan die tegen huidige richtlijnen en veldnormen ingaan, wat uiteraard niet de bedoeling kan zijn van het kwaliteitskader.

Op de thema's rond de inhoud:

1. Persoonsgerichte zorg

Wij missen expliciete aandacht voor 'behandeling en behandelzorg'. Naast het zorgleefplan moet het medisch dossier apart vermeld worden. Het kan zo zijn dat het medisch dossier onderdeel uitmaakt van het zorgleefplan, maar dit dient wel een apart benoemd onderdeel te zijn, alleen al vanwege het feit dat niet elke zorgverlener toegang tot dit dossier mag hebben: alleen de behandelend arts (en voor delen van het dossier direct bij de zorg betrokken zorgverleners voor zover zij de gegevens nodig hebben voor hun taak) heeft in beginsel toegang. Autorisatie voor dit medisch dossier (juist als het onderdeel uitmaakt van het zorgleefplan) moet dus binnen de zorgorganisatie helder geregeld en gewaarborgd zijn.

2. Veiligheid

Essentieel is dat informatie op te halen is vanuit een informatiesysteem met registratie aan de bron.

- a. Met betrekking tot medicatieveiligheid kunnen we op basis van de landelijke richtlijn Polyfarmacie als norm stellen: na opname 1x per jaar een medicatiebeoordeling samen met arts en apotheker (op indicatie vaker). Van belang is vooral het monitoren van de medicatie. Overige opmerkingen: Welke zusterorganisaties worden hier bedoeld?
 - b. Met betrekking tot decubitus: ook hier geldt dat aansluiting bij landelijke richtlijnen gewenst is. Deze spreken niet meer van graden maar van categorieën. Een wekelijkse screening is vragen om een 'afvinklijst'. Bij immobiele en bedlegerige (geriatrische) cliënten/patiënten is een dagelijks inspecteren nodig, het gaat om continue monitoring en op indicatie opschalen in preventie.
 - c. Met betrekking tot de ziekenhuisopnames; welk resultaat hoopt men hiermee inzichtelijk te krijgen? Wij denken dat hier met name een onderzoeksvraag ligt en dat dit niet persé hoort in een kwaliteitskader.
 - d. Advance (zonder d!) care planning: het wordt hier ten onrechte uitgewerkt als het vastleggen van behandelbeperkingen. Het gaat juist om het samen met de cliënt/patiënt zorg- en behandeldoelen formuleren als bijvoorbeeld effectieve pijnbestrijding, voorkomen van onnodige ziekenhuisopnames of specifieke belastende diagnostiek. Het medisch beleid wordt bij alle cliënten/patiënten besproken en vastgelegd. Een vergaande registratie via indicatoren gaat in tegen dat wat ACP in essentie is: een terugkerende dialoog tussen specialist ouderengeneeskunde en cliënt/patiënt, waarin èn haalbare doelen voor huidige en toekomstige behandelingen èn zorg wordt bepaald.
3. Leren en verbeteren
- Het instellen van een incidentencommissie zorgt dat de thematiek niet van de 'werkvloer' wordt maar van de commissie. Beter om een aantoonbare pdca-cyclus voor incidenten op de werkvloer te vragen, zodat men uitgedaagd wordt een eigen oplossing te zoeken.

Op de thema's rond de randvoorwaarden

1. Leiderschap, governance
Uiteraard juichen wij managementparticipatie door de professional van harte toe. De nadruk op veilige en verantwoorde zorg en de specifieke rol en verantwoordelijkheid hierbij van de specialist ouderengeneeskunde, vragen om beleidsmatige inbreng. Daarom stellen wij dat er, naast de VAR, sprake moet zijn van een medische adviesraad, de MAR (in plaats van een PAR). De MAR heeft in ons voorstel een wettelijk verankerd instemmings- en adviesrecht over een aantal door de beroepsvereniging vast te stellen domeinen.
2. Personele samenstelling
Essentieel is dat er voldoende mogelijkheden zijn voor bij- en nascholing van professionals. Veel moet nu in eigen tijd worden gevolgd en uit eigen middelen gefinancierd.
 - zorg voor verplichting tot na-bijbscholing met een accreditatienorm voor al het verzorgend personeel (analoog aan artsen en paramedici) en accrediteer 'leren op de werkvloer';
 - zorg voor een landelijke database aan na-bijbscholing in de vorm van e-learning, blended-learning of teach-the-teacher modellen waar organisaties vrij gebruik van kunnen maken (uiteraard is er ook ruimte voor andere aanbieders, mits hun producten voldoen aan de kwaliteitseisen);
 - borg dat de CAO gelden die bestemd zijn voor na-bijbscholing ook daadwerkelijk worden besteed aan scholing en geef verzorging en verpleging daar meer controle over.

3. Gebruik van hulpbronnen & gebruik van informatie

Wij hebben grote behoefte aan een ECD dat de dossiervoering van behandelaren ondersteunt, waardoor relevante patiënten/cliënten gegevens voor passende behandeling eenvoudig terug te vinden zijn en waarbij koppeling mogelijk is tussen EVS/apothekers-/ziekenhuis- en huisartsensysteem. Daarom moet niet worden uitgegaan dat gewerkt moet worden met bestaande administratieve datasystemen maar ingezet worden op systemen waardoor registratie aan de bron mogelijk is. Een dergelijk informatiesysteem kan gebruikt worden voor benchmarking en spiegelinformatie, toezicht en inkoop. Wij bevelen aan dat er 1 landelijk systeem komt voor de functie behandeling, dat erkend wordt door Verenso. Parallel daaraan 1 systeem voor V&V.

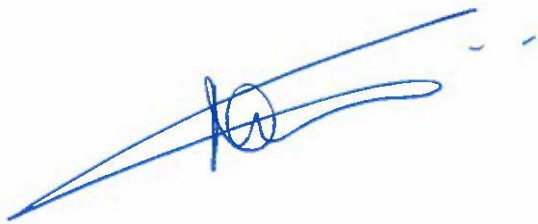
Uiteraard is onze reactie niet uitputtend verwoord. We blijven graag in gesprek om te komen tot een verdere verbetering van onze verpleeghuiszorg. We nemen de ambitieuze opdracht die bij ons wordt neergelegd in het kader zeer serieus en we gaan graag met de betrokken partners in gesprek hoe we tot uitvoering van die opdracht kunnen komen.

Tot slot,

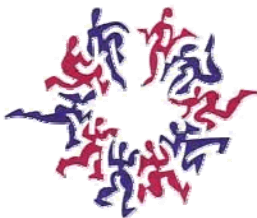
Wij zien graag dat de naam van de specialist ouderengeneeskunde voluit geschreven wordt, waar er echter toch gekozen wordt voor een afkorting, dan is de juiste schrijfwijze: SO. In de bronvermelding ontbreekt het kwaliteitskader van Verenso (inclusief normen over bereikbaarheid en beschikbaarheid specialisten ouderengeneeskunde).

Gekozen is voor de term verpleegzorg om recht te doen aan de zorg aan de cliënt/patiënt ongeacht diens verblijfplaats. Het kader richt zich echter slechts op intramurale zorg, het verpleeghuis. Wij signaleren dat er op veel plaatsen verpleegzorg wordt ontwikkeld, maar dat daarin onvoldoende aandacht is voor alle aspecten die in dit kader worden beschreven. Wij pleiten dan ook voor een kader dat toepasbaar is op alle vormen van verpleegzorg ongeachte de verblijfplaats.

Met vriendelijke groet,



drs. N.M. Nieuwenhuizen
voorzitter Verenso



Zorginstituut Nederland
De heer prof. dr. J.A.M. Kremer
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM ZEIST
Telefoon (030) 698 89 11
Telefax (030) 698 83 33
E-mail info@zn.nl

Contactpersoon drs. H.R. Wever
Doorkiesnummer 030- 698 8344
Ons kenmerk B-16-4174-dkoc1
Uw kenmerk 0540.2016137319
Datum 22 december 2016
Onderwerp Reactie ZN op consultatie concept kwaliteitskader Verpleegzorg

Geachte heer Kremer,

Wij hebben kennis genomen van het concept kwaliteitskader 'Verpleegzorg'. Wij zien dit kader als een goede basis om samen met alle partijen de kwaliteit van de verpleegzorg te verbeteren. Het kader is voldoende breed (omvat tevens het aspect kwaliteit van leven, welbevinden) en lijkt voor dit moment voldoende ambitieus. Ook zien wij een realistische beschrijving van de huidige, maar zeer diverse doelgroep. Wij realiseren ons dat dit kader voorsnog de intramurale zorg betreft (ZZP 4 en hoger). Wij missen concrete deadlines waarin dit kader vertaald wordt naar de thuissituatie.

Het kader biedt op een aantal punten houvast voor aanbieders. Voor verbeterafspraken in het kader van de zorginkoop is het dan ook bruikbaar onder de voorwaarde dat de kwaliteitsrapportage voldoende uniform is bijvoorbeeld door middel van een landelijk, duidelijk en onomstreden format die per 1-1-2017 beschikbaar komt, waarin duidelijk staat welke informatie / meetgegevens verplicht opgenomen moeten worden in het Kwaliteitsverslag.

We zien daarnaast graag dat er ook vergelijking tussen aanbieders mogelijk is. Deze benchmarkinformatie is nodig voor de zorginkoop, maar is ook belangrijk voor cliënten en naasten, die keuze-informatie willen hebben.

De doelstelling van het kader is op dit punt tamelijk ambitieus: 'In 2018 vindt bij alle zorgorganisaties die verpleegzorg leveren de externe verantwoording over 2017 op deze wijze plaats'. Dat betekent dat V&V zorgaanbieders per 1 januari a.s. al op deze wijze moeten gaan registreren (zie veiligheidsthema's, personeel etc.). De zorgkantoren moeten de contractering baseren op de aanbevelingen van dit

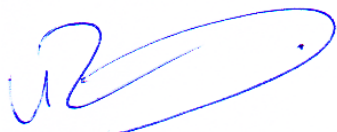
kwaliteitskader. Het staat als aanbeveling en we zullen op dit punt een slag om de arm moeten houden, ervan uitgaand dat er ook zorgaanbieders zijn die moeite hebben met de invulling van dit kader. Een implementatiejaar met enige coulance is mogelijk noodzakelijk.

Het uitblijven van een generieke kwantitatieve norm voor personeel vinden de zorgkantoren lastig¹. Als redenen noemt het rapport het gebrek aan wetenschappelijke evidentie en de realiteitszin (onvoldoende capaciteit en opleidingen niet op orde). Zorgkantoren vinden dit een verkeerd signaal. De reden om tot een kwaliteitskader te komen, is gelegen in slechte kwaliteitsrapporten over de sector². Medewerkers zijn een belangrijke sleutel in de oplossing. Zorgkantoren zien zich hier voor een dilemma staan. Voor bewoners en naasten voelen tenminste twee zorgverleners op een groep van acht als plezierig, vanwege de aandacht en begeleiding. Normstelling over personele inzet hoort onderdeel van een kwaliteitskader te zijn, ook als blijkt dat we daar in Nederland moeite mee hebben om de norm in praktijk te halen. Dan is dat het probleem wat we met elkaar moeten agenderen en oplossen. We zijn het eens dat een pragmatische insteek nodig is, maar dat is second best.

De aanbeveling voor de oprichting van een Verpleegkundige/verzorgende Adviesraad (VAR) dan wel een Professionele Adviesraad (PAR) is mooi. Wij vragen wel aandacht voor kleinere zorgaanbieders. Wellicht kunnen zij via het op te richten samenwerkingsverband dit gezamenlijk invullen. Dit vraagt wel nadere uitwerking.

Aangezien we als zorgkantoren in de stuurgroep vertegenwoordigd zijn hebben wij er vertrouwen in dat we bij het volgens ons ambitieuze proces van implementatie en doorontwikkeling een goed betrokken partner blijven.

Met vriendelijke groet,
Zorgverzekeraars Nederland



mr. A. Rouvoet
voorzitter

¹ De opdracht is immers om kwalitatief goede, bij de vraag passende zorg in te kopen tegen een redelijke prijs.

² Het sentiment in de samenleving hierover is onlangs in de Tweede Kamer bevestigd door het aannemen van het Manifest Ouderenzorg van Hugo Borst.