

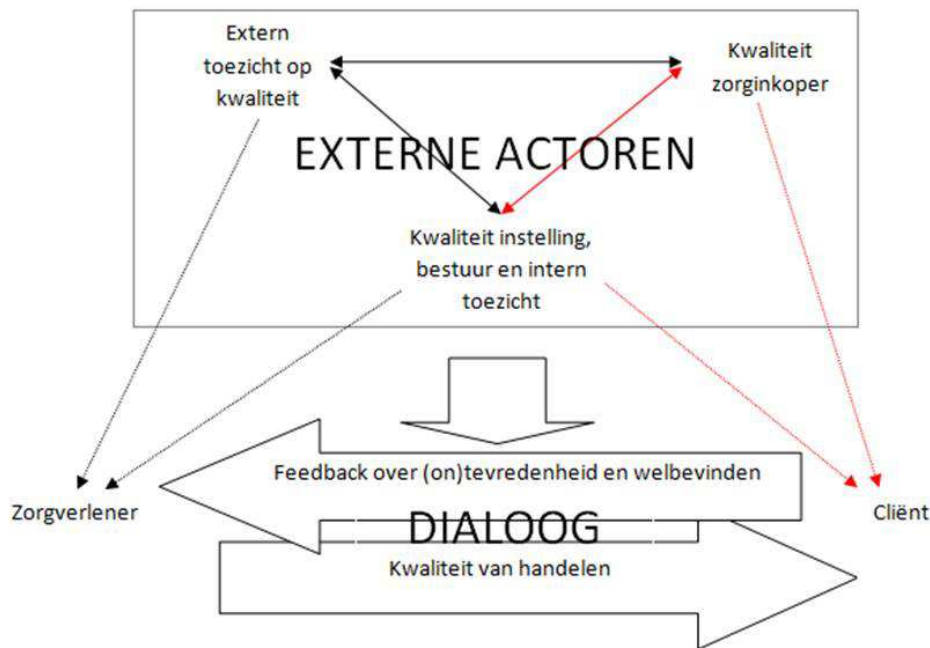
## **Bijlage: Speerpunten in kwaliteitsverbetering**

### *Keuze voor speerpunten*

Ik constateer dat een aantal kenmerken of randvoorwaarden keer op keer wordt benoemd die kwalitatief goede zorg bevorderen of juist belemmeren. Daarvoor heb ik geluisterd naar de inbreng van een breed scala aan individuele professionals, cliënten, wetenschappers en andere deskundigen. Op basis van hun analyses zijn de hieronder beschreven speerpunten gekozen, overigens niet alleen samen met de betrokken veldpartijen uit de ouderenzorg, maar ook uit de gehandicaptenzorg en ggz.

In de langdurige zorg staat niet herstel voorop, maar het verbeteren van de kwaliteit van leven, ondanks de aandoening of beperking. Juist omdat de zorg langdurig is, is zorgverlening meer dan een technische handeling. Er wordt een relatie aangegaan tussen de cliënt en de zorgverlener. Hier ligt de sleutel tot kwalitatief goede zorg, in de interactie tussen zorgverlener en cliënt.

Op de primaire relatie tussen cliënt en zorgverlener wordt door verschillende partijen invloed uitgeoefend. Onderstaande afbeelding geeft weer hoe die relaties zich met elkaar verhouden. De zorgverlener is in dienst van een zorgaanbieder. De driehoek cliënt, zorgaanbieder en zorginkoper/financier gaat over de organisatie van de uitvoering van de (kwaliteit van) zorg. Deze driehoek is ook terug te vinden in de rode pijlen in onderstaande afbeelding. Binnen de zorgaanbieder is governance van invloed op de randvoorwaarden voor het functioneren van de zorgverlener. Daarnaast is er ook de relatie tussen extern toezicht, de zorgaanbieder en de zorgverlener die binnen deze instelling werkzaam is, omdat daarbinnen (de kwaliteit van) de te leveren en geleverde zorg wordt getoetst en verantwoord.



De vijf speerpunten richten zich op alle facetten van deze sturingsrelaties.

### **Speerpunt 1. Optimale samenwerking tussen cliënt, informele zorg en zorgverlener: de sleutel naar kwaliteit van leven**

Het verbeteren van de relatie tussen cliënt en zorgverlener is voor mij het eerste speerpunt waarlangs ik een kwaliteitsverbetering wil bereiken. Het gaat mij erom dat zorgverleners zich er meer van bewust worden dat kwaliteit van leven om meer gaat dan alleen de zorghandelingen en dat zij daar in hun handelen meer rekening mee houden. Daarmee is dit tegelijk ook het centrale thema in deze kwaliteitsbrief. De andere vier speerpunten die hierna volgen, zijn randvoorwaardelijk voor het goed kunnen functioneren van die relatie. Op drie verschillende manieren wil ik investeren in die relatie tussen cliënt en zorgverlener.

#### *Zorgplanbespreking: wettelijk verankerd*

Om de autonomie van de cliënt écht tot haar recht te laten komen, worden de bepalingen uit de Beginselenwet over de zorgplanbespreking in de Wlz opgenomen. Het perspectief en de mogelijkheden van een cliënt zijn daarbij het uitgangspunt, waarna het gesprek plaatsvindt over de wijze waarop de zorg daarbij kan aansluiten. De professional moet ervoor zorgen dat het zorgplan of leefplan verantwoord is en in dialoog tot stand komt. De cliënt mag verwachten dat er medewerkers tegenover hem zitten die zich kunnen en willen verdiepen in zijn persoon. Het doel van de bepalingen in de Wlz is dat de zorgplanbespreking wordt beschreven als een terugkerend gesprek, waarin de dialoog over een zinvol leven wordt gevoerd, over jezelf mogen zijn met je eigen waarden. Omdat het uitgangspunt is dat de cliënt zelf beslist over zijn eigen zorg, is het in de Wlz altijd mogelijk voor de cliënt of zijn vertegenwoordiger om bij zijn eigen zorgplanbespreking te zijn. Dat betekent ook dat er ruimte voor de professional moet zijn om die dialoog te kunnen voeren. Het gaat er hier niet om dat er weer een lijstje van onderwerpen wordt geïntroduceerd dat kan worden 'afgevinkt'.

Maatgevend is dat cliënten aangeven een goed gesprek te hebben gevoerd over wat voor hen belangrijk is in het leven en dat hierover afspraken zijn gemaakt.

#### *Gegarandeerde cliëntondersteuning*

Het streven van dit kabinet is om de burger zelfstandiger en minder afhankelijk te maken, ook wanneer hij gebruik maakt van langdurige zorg. Het gaat om cliënten die in een afhankelijkheidspositie verkeren. Daarom zijn zeggenschap van de burger en cliëntparticipatie wettelijk verankerd. Omdat het zorgplan zo'n belangrijke rol inneemt in de dialoog tussen zorgverleners en cliënten, horen kwetsbare cliënten te worden ondersteund bij het gesprek over het zorgplan. Iemand om op terug te vallen als tolk of als buddy op het moment dat ze dat zelf niet (meer) of onvoldoende kunnen. Daarom wordt zowel in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 als in de Wlz gegarandeerd dat er een vorm van cliëntondersteuning is.

- Op grond van de Wmo 2015 is de gemeente er verantwoordelijk voor dat ondersteuning beschikbaar is voor mensen van wie het vermoeden bestaat dat zij zorg op grond van de Wlz nodig hebben en die zich voor een indicatiebesluit bij het CIZ melden. De gemeenten moeten ervoor zorgen dat cliëntondersteuning beschikbaar is bij de indicatiestelling door het CIZ en dat dit zo wordt vormgegeven dat het belang van de betrokken cliënt in deze ondersteuning het uitgangspunt is.
- In de Wlz heeft de cliënt recht op uitgebreidere zorgbemiddeling door het zorgkantoor dan het geval is in de AWBZ. Het kan bijvoorbeeld gaan om hulp bij het zoeken van een geschikte zorgaanbieder in de buurt (informatie en advies) en het tot gelding maken van zijn verzekerd pakket op zorg, bemiddeling bij onenigheid tussen de cliënt en de zorgaanbieder over de te leveren zorg of cliëntondersteuning bij de zorgplanbespreking.

#### *Betrekken mantelzorg/informele zorg: verplicht onderdeel zorgplanbespreking*

Voor de kwaliteit van leven van een cliënt is ook van belang op welke manier mantelzorg en informele zorg in zijn leven wordt betrokken. Is dat goed ingebed in de wijze van zorgverlening, dan profiteert de relatie tussen zorgverlener en cliënt daarvan. De verbinding tussen mensen die langdurige zorg nodig hebben en mensen in de andere onderdelen van de maatschappij is niet altijd sterk. Om die reden heb ik in de Wlz een bepaling opgenomen om de betrokkenheid van mantelzorg en informele zorg expliciet aan de orde te laten komen in de zorgplanbespreking. De omgeving van de cliënt maakt immers ook onderdeel uit van het normale leven. Die relaties horen zoveel mogelijk te kunnen verlopen zoals iemand gewend was, waarbij de zorg zich zoveel mogelijk aanpast aan het leven van een cliënt.

### **Speerpunt 2. Basis op orde: veilige zorg**

Patiënten en cliënten moeten ervan kunnen uitgaan dat zorg veilig is. Dat is een van de basisprincipes in de zorg. De cliënt hoort zich bij zijn keuze voor een zorgaanbieder niet af te hoeven vragen of hij daar wel in goede handen is wat betreft de meer medisch-technische aspecten van zorgverlening. Hij moet zijn aandacht kunnen laten uitgaan naar wat er voor hem toe doet in zijn dagelijks leven.

*Risicogestuurd toezicht: bestuurder heeft verantwoordelijkheid*

De Inspectie voor de Gezondheidszorg gaat bij het toezicht op de kwaliteit van zorg uit van het beter waarborgen van veilige zorg voor de patiënt en de cliënt en het voorkomen van schade. Vanuit het belang van veilige zorg voor de patiënt en cliënt werkt de Inspectie resultaatgericht en risicogestuurd. Dit betekent dat de Inspectie daar actief is waar de risico's op onveiligheid het grootst zijn. De Inspectie hanteert in haar toezicht het uitgangspunt dat de zorgaanbieder primair verantwoordelijk is voor de geleverde zorg. De bestuurders hebben hierin ook voor de Inspectie de belangrijkste rol. Zij zijn bepalend voor de visie van een instelling, het organiseren van de zorg en het betrekken van medewerkers bij het leveren van kwalitatief goede zorg. Daarnaast moet een bestuurder zich transparant opstellen over de zorg die hij levert. Hij moet inzichtelijk maken dat zijn organisatie goede en veilige zorg levert. Dit betekent dat hij het intern toezicht goed geregeld moet hebben. Op deze wijze kan hij sturen op de kwaliteit en de veiligheid van de zorg, zich intern verantwoorden naar de Raad van Toezicht, maar ook extern naar de Inspectie en het zorgkantoor. De informatie die een bestuurder beschikbaar stelt, helpt de Inspectie bij haar risicogestuurd toezicht. Op basis van onder andere deze informatie bepaalt de Inspectie of er bij een instelling mogelijk sprake is van slechte of onveilige zorg. Zowel bij de Inspectie zelf als bij de objecten van het toezicht – de instellingen – is er behoefte aan meer variatie binnen het risicogestuurde toezicht.

*Toezicht Inspectie: meer selectieve controle en maximale inzet instrumentarium*

Instellingen die de zorg en het intern toezicht goed georganiseerd hebben, kunnen vanaf nu rekenen op ander toezicht door de Inspectie. Er wordt getoetst of instellingen goed en systematisch omgaan met zorgplannen, periodiek vragen naar cliëntervaringen en regelmatig doen aan zelfevaluatie of audits. De Inspectie gaat hier uit van het principe "high trust, high penalty". Een instelling in deze categorie, die heeft bewezen dat zij in het verleden incidenten op gebied van medicatieveiligheid op een goede manier onderzocht en passende maatregelen nam, zal minder bemoeienis van de Inspectie ervaren bij een melding over een medicatiefout.

Waar uit de verantwoordingsinformatie blijkt dat een aanbieder de zorg nog niet goed heeft geregeld, zal de Inspectie hem meer volgen. Vaak zal de Inspectie de instelling vragen om op bepaalde onderwerpen audits te verrichten en de Inspectie daarover te informeren. Instellingen waarvan de Inspectie op basis van allerlei informatie en signalen tot de conclusie komt dat er mogelijk sprake is van structurele tekortkomingen, worden door de Inspectie bezocht en zullen nauwlettend worden gevolgd tot de zorg weer op orde is. Ook wordt de Raad van Toezicht eerder aangesproken in het kader van het toezicht op de governance. Mocht dit niet leiden tot voldoende verbetering, dan zal de Inspectie handhaven in de vorm van verscherpt toezicht of een bestuursrechtelijke maatregel.

In dit verband heb ik u tijdens het AO AWBZ op 7 november jl. toegezegd ook in te gaan op de vraag of het toezichtsinstrumentarium van de Inspectie toereikend is. Ik ben van mening dat de wettelijke basis waaraan de Inspectie het instrumentarium ontleent, inderdaad toereikend is. Wel biedt dit instrumentarium mogelijk meer ruimte tot het treffen van handhavingsmaatregelen. Ik ga dan ook de komende periode, samen met de Inspectie, bekijken op welke wijze de

maximale reikwijdte van het wettelijk instrumentarium kan worden ingepast in het toezicht.

Wat betreft inhoudelijke thema's blijft de Inspectie de komende jaren vasthouden aan de thema's die naar haar mening van belang zijn voor veilige en goede zorg: de wijze waarop een bestuurder stuurt op kwaliteit en veiligheid, zorgplannen, deskundigheid en inzet personeel en vrijheidsbeperking. Daarbij gaat de Inspectie kritisch kijken naar het detailniveau van haar instrumentarium. Binnen het experiment regelarme instellingen onderzoekt een aantal zorgaanbieders in hoeverre toezicht en interne verbeterinformatie beter op elkaar kunnen worden afgestemd. Hun ervaringen worden hier bij betrokken.

### **Speerpunt 3. Meer ruimte voor en kwaliteit van professionals**

Zoals gezegd is het centrale thema van deze Kwaliteitsbrief de relatie tussen cliënt en zorgverlener. Om via die relatie te komen tot een kwaliteitsverbetering, moeten zorgverleners over de juiste kennis en kunde beschikken om samen met de cliënt te komen tot een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. Via het speerpunt professionaliteit wordt daar invulling aan gegeven. Professionaliteit valt in het kader van deze brief uiteen in twee onderdelen: vakbekwaamheid en werkgeverschap.

#### *Vakbekwaamheid en kwaliteit van leven*

De complexiteit in de langdurige, intensieve zorg neemt toe en dit betekent ook dat er andere eisen worden gesteld aan de vakbekwaamheid van de zorgverleners. Professionals moeten in staat zijn om cliënten te kunnen ondersteunen in het voeren van de eigen regie en in het maken van eigen keuzes. Dit betekent dat in de opleidingen, bij richtlijnontwikkeling en in bij- en nascholingsprojecten de volgende aspecten centraler komen te staan:

- Zorgverlener heeft oog voor alle facetten van het leven

De professional moet zich er terdege van bewust zijn dat kwaliteit van leven van een cliënt meer is dan de zorg die door professionals wordt geleverd. Het kunnen blijven zien van de mensen die belangrijk voor je zijn (het eigen netwerk), genieten van het dagelijkse praatje met de tuinman, de bakker om de hoek die zulke lekkere broodjes maakt: alles kan bijdragen aan kwaliteit van leven. Hoe waardevoller iemands leven buiten de directe zorg, hoe kleiner de afhankelijkheid van de zorgverleningsrelatie kan zijn. En aan de andere kant: hoe meer oog een zorgverlener heeft voor andere factoren, de cultuur en eigenheid van de cliënt en hem ook kan ondersteunen deze deel te laten uitmaken van zijn leven, hoe meer de zorg bijdraagt aan kwaliteit van leven. Daarvoor is de juiste cultuur, houding en kennis noodzakelijk.

- Veiligheid versus eigen regie van de cliënt

Belangrijk onderdeel van professionaliteit is ook een cliënt goed te begeleiden in die gevallen waarin hij van bepaalde zorg wil afzien omdat het een te grote inbreuk maakt op zijn kwaliteit van leven. Of wanneer een cliënt juist bepaalde activiteiten wil ondernemen die consequenties met zich mee kunnen brengen. Bijvoorbeeld als het gaat om het niet fixeren van een cliënt omdat dit zijn kwaliteit

van leven ernstig aantast, ondanks de kans dat hij hierdoor valt. Of het houden van een huisdier op een kleinschalige woonvorm, omdat de bewoners hier erg prijs op stellen. Waar zorgverleners op mogen worden aangesproken, is dat in dit soort situaties weloverwogen beslissingen worden genomen samen met de cliënt of zijn familie, nadat de mogelijke consequenties zorgvuldig zijn doorgesproken.

#### *Vakbekwaamheid en veiligheid*

Vakbekwaamheid gaat ook om het hebben van de juiste kennis en competenties na het afronden van de opleiding, richtlijnontwikkeling en het adequaat kunnen uitvoeren van die richtlijnen zodat veilige zorg wordt geleverd. Ik constateer dat het vak van verzorgende<sup>1</sup>, gerelateerd aan de steeds complexere doelgroep in de ouderenzorg, zwaarder is geworden. In de intramurale ouderenzorg zijn zij verreweg de grootste beroepsgroep en dragen in de praktijk veel verantwoordelijkheid. Regelmatig worden er dan ook vragen gesteld over het voldoende toegerust zijn van verzorgenden, bijvoorbeeld wanneer zij de initiële opleiding verlaten. Ik wil het komende jaar dan ook, samen met V&VN en andere betrokken partijen, een fundamentele discussie starten over de ontwikkeling van het vak van verzorgende.

In het kader van de hervorming van de langdurige zorg is richtlijnontwikkeling één van de aspecten die aandacht verdient. Ik ben dan ook blij met de intentie die V&VN heeft uitgesproken om de wetenschappelijke onderbouwing van de verpleegkundige beroepsuitoefening een stimulans te geven, mogelijk via het oprichten van een wetenschappelijke vereniging voor VenV-beroepsgroepen. In het transitie-akkoord voor de V&V-sector is er een substantieel bedrag vrijgemaakt om de ontwikkeling van evidence based richtlijnen te stimuleren en deze onderdeel te maken van multidisciplinaire zorgstandaarden. Hoewel dit bedrag is gericht op de functie wijkverpleging, verwacht ik dat deze richtlijnen ook een uitstraling naar Wlz-doelgroepen zullen hebben. In overleg met V&VN onderzoek ik in hoeverre dat nog verder kan worden bevorderd.

Wanneer beter kan worden aangesloten bij het wetenschappelijke niveau, en er een academische traditie ontstaat, wordt het ook gemakkelijker om kennis te ontsluiten richting naar MBO en ook HBO. Dat roept de vraag op in hoeverre er behoefte is aan meer kennis in de langdurige zorg. Er kan in ieder geval worden vastgesteld dat er vanuit historisch perspectief, in vergelijking met de cure, minder middelen voor kennisontwikkeling beschikbaar zijn geweest. In dat opzicht is het Nationaal Programma Ouderenzorg een zeer welkome aanvulling geweest. Ook het feit dat er via het Actieprogramma onvrijwillige zorg onderzoek wordt gedaan naar het 'lezen' en interpreteren van het gedrag van cliënten die zich niet kunnen uiten, draagt bij aan kennisontwikkeling. Zij behoren immers tot die meest kwetsbare groep. Ik ben van mening dat de kennis die nationale programma's genereren niet alleen van belang is voor de werkvloer, maar ook voor stafmedewerkers en management van zorgaanbieders. Ik zie het als de verantwoordelijkheid van de overheid om een impuls te geven aan het op een juiste manier verspreiden en implementeren van die kennis.

---

<sup>1</sup> De op mbo-niveau 3 opgeleide zorgprofessional

### *Werkgeverschap*

Het thema professionalisering kent naar mijn mening ook een andere kant, die niet de zorgverlener betreft maar de vraag of er voldoende deskundig personeel in een organisatie aanwezig is. In feite gaat het dan om de invulling van werkgeverschap door bestuurders. Wanneer de juiste mix aan competenties aanwezig is, ontstaan voor professionals de juiste omstandigheden om hun vak goed te kunnen uitoefenen. De bestuurder is verantwoordelijk voor een goede aansluiting van de kennis en kunde van medewerkers bij de zorgvraag van cliënten. Omdat de vraag continu verandert dient hierbij voor de zittende beroepsgroep blijvend geïnvesteerd te worden in scholing, zodat kennis en competenties op peil blijven. De groep zorgverleners op de initiële opleiding moet kunnen leren in de praktijk. Daarom is er een verantwoordelijkheid voor bestuurders om te zorgen voor goede en voldoende stageplekken. Hierin worden zij ondersteund door het stagefonds van VWS. Tot slot dient er aandacht te zijn voor goede arbeidsomstandigheden. Bestuurders zijn ervoor verantwoordelijk dat medewerkers goed en veilig hun beroep uit kunnen oefenen en mogen hier op aangesproken worden. Voor bestuurders zijn er diverse instrumenten beschikbaar zijn om een dergelijke rol goed op te pakken. Ik verwijs bijvoorbeeld naar het instrument 'Vernieuwd kwaliteitsbewustzijn' van ActiZ. Ik ga in overleg met ActiZ kijken hoe dat kan worden versterkt, maar wil ook gaan stimuleren dat vanuit ondernemings- en cliëntenraden en VAR's<sup>2</sup> het onderwerp professionalisering in relatie tot werkgeverschap hoog op de agenda wordt gezet.

### **Speerpunt 4. Kwaliteit staat of valt met bestuurlijk leiderschap**

Uit het schema over de sturingsrelaties blijkt dat een aantal cruciale partijen invloed uitoefent op de relatie tussen cliënt en zorgverlener. Hoewel geen van die partijen rechtstreeks zorg verleent, en het dus lastig lijkt om een directe relatie te leggen tussen hun handelen en de uiteindelijke kwaliteit van zorg, hebben zij wel de taak om die relatie zo goed mogelijk te laten functioneren, met zo min mogelijk belasting of druk. Met andere woorden: zij leveren de juiste randvoorwaarden om te komen tot een goede kwaliteit van zorg.

#### *Zorg meer zien als proces: rol bestuurder*

Een goed functionerend kwaliteitssysteem gaat er vanuit dat zorg een cyclisch proces is, dat vraagt om een samenspel van een heldere zorgvisie en een doorleefde uitvoering daarvan door management. De partij die binnen zorgorganisaties een bepalende rol speelt in de wijze waarop een organisatie zijn werkgeverschap invult, en ook in de wijze waarop een kwaliteitssysteem is ingericht, wordt gebruikt en geëvalueerd, is de bestuurder van de instelling. Ik constateer echter dat lang niet alle bestuurders deze rol zo actief invullen. In de beschrijving van de korte termijnacties, heb ik al aangegeven bestuurders via InvoorZorg! te gaan ondersteunen in de manier waarom zij het kwaliteitsbeleid in hun instelling kunnen vormgeven en aanjagen. Daarbij gaat het niet om het verspreiden van best practices, maar het maken van een eigen best practice op basis van de kernwaarden van de organisatie, omdat dat de manier is om te beklijven.

---

<sup>2</sup> Verzorgenden advies raad

### *Governance*

Het benadrukken van de rol die de bestuurder hoort te spelen in het functioneren van het interne kwaliteitssysteem binnen de zorginstelling, heeft ook gevolgen voor de wijze waarop de Inspectie voor de Gezondheidszorg de instelling beoordeelt. Omdat ik wil bevorderen dat zowel de bestuurder als de Raad van Toezicht hun rol op het terrein van kwaliteit beter gaan invullen, hoort daar bij dat de bestuurder door de Inspectie duidelijker wordt bevraagd over de rol die kwaliteit heeft in de governancestructuur. Concreet gaat het bijvoorbeeld om de wijze waarop de bestuurder zijn begrotingscyclus heeft ingericht en de vertaling van de begroting in jaarplannen. Immers, wanneer de bestuurder actief werkt aan kwaliteitsverbetering, is dat terug te vinden in deze stukken, bijvoorbeeld in het opleidings- of innovatiebudget.

### *Inkopen op kwaliteit*

Het zorgkantoor heeft de taak om zorg in te kopen op basis van prijs en kwaliteit. Hoewel zowel Inspectie als zorgkantoren een verantwoordelijkheid hebben voor kwaliteit in zijn geheel, wil ik een scherper onderscheid gaan maken tussen de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de zorgkantoren als het gaat om de vraag waarop zij sturen in het streven naar kwaliteitsverbetering. Voor de zorgkantoren betekent dit dat zij zich meer gaan concentreren op de ervaring van de cliënt over de kwaliteit van de zorg. Daarbij staan aspecten als bejegening, eten en drinken, een prettige woonomgeving, omgaan met klachten en zinvolle dagbesteding meer centraal. Ik vind het van belang dat er wordt toegewerkt naar een vereenvoudiging, uniformering en standaardisering van (het proces van) de inkoop van langdurige zorg. Eind januari 2014 heb ik een rapport met een begeleidende brief naar uw Kamer gezonden ter uitvoering van de motie-Otwin van Dijk c.s.. Daarin wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de administratieve lasten voor zorgaanbieders door zorgkantoren en worden verbetervoorstellen gedaan. Ik heb u toegezegd de verbetervoorstellen te betrekken bij de besprekingen over de inkoop van intramurale langdurige zorg voor het jaar 2015, waarbij ZN, zorgkantoren en de brancheorganisaties van zorgaanbieders ten nauwste betrokken zijn, en de Kamer over de uitkomsten te informeren.

Ook de wijze van sturing op kwaliteitsverbetering kan nog beter, door informatie over kwaliteit meer te verbinden aan context. Voordat een zorgkantoor besluit om in zijn inkoopbeleid rekening te gaan houden met bepaalde kwaliteitsuitkomsten, is het van belang dat er een gesprek tussen zorgaanbieder en zorgkantoor plaatsvindt over die uitkomsten. Hierdoor ontstaat meer ruimte om echt te werken aan kwaliteitsverbetering in combinatie met prijsdifferentiatie. Cliëntervaringen, en de wijze waarop de zorgaanbieder met die ervaringen omgaat, zijn daarin het vertrekpunt voor het zorgkantoor. Uiteraard moeten zorgkantoren, willen ze hun verantwoordelijkheid goed kunnen invullen, inzicht blijven houden in veiligheid en in het lerend vermogen van de instelling op dit gebied. Het vinden van de juiste vorm van afstemming met de Inspectie leidt tot minder administratieve lasten en betere interpretatie van gegevens. Om die reden wil ik, samen met de Inspectie en ZN, bezien hoe, met inachtneming van ieders primaire verantwoordelijkheid, die afstemming kan worden ingevuld.



### *Meer regie voor de cliënt in het sturen op randvoorwaarden*

Niet onvermeld mag blijven dat ook de cliënt een grotere rol kan spelen in het sturen op randvoorwaarden. Met andere woorden: ook voor de cliënt is het mogelijk een bepaalde verantwoordelijkheid te nemen. Maar daartoe moet hij wel in staat worden gesteld. Allereerst maken cliënten zelf de keuze voor een zorgaanbieder en kunnen daarmee laten zien aan de inkoopende partij welke zorg ingekocht moet worden. Verzekeraars horen dat als uitgangspunt te nemen in hun inkoopbeleid en goed in te spelen op innovatief aanbod. Om een goede keuze te kunnen maken, heeft de cliënt inzicht in kwaliteit nodig. Systemen als KiesBeter en Zorgkaart Nederland voorzien daar reeds in. Daar waar partijen, samen met het Kwaliteitsinstituut, praten over de doorontwikkeling van de indicatoren wordt uitdrukkelijk rekening gehouden met de behoefte van de cliënt aan keuze-informatie. Naast het maken van een bewuste keuze, kunnen cliënten ook meer invloed uitoefenen als de keuze eenmaal is gemaakt. In het licht van de bekostiging wil ik gaan onderzoeken in hoeverre een vorm van bekostiging waarbij cliënt en budget nog meer aan elkaar zijn gekoppeld cliënten kan ondersteunen in de regievoering. Uiteraard is het "stemmen met de voeten" niet voor iedere groep cliënten in de langdurige zorg een optie. Voor hen moet de zorginkoper de "vertaler zijn" van de cliëntvraag.

## **Speerpunt 5. Openheid en transparantie**

### *Metten is weten?*

Informatie over de geleverde kwaliteit van zorg betreft zowel zorginhoudelijke kwaliteit als de door cliënten ervaren kwaliteit. Deze informatie dient verschillende doelen: het transparant maken, toetsen, verantwoorden en optimaliseren en verder ontwikkelen van het kwaliteitsniveau van de zorg. Zorginstellingen zijn verplicht om de kwaliteit van de zorg vast te stellen met meetbare criteria (kwaliteitsindicatoren). Steeds meer wordt de vraag opgeworpen of meten wel altijd weten is. Dat heeft 2 oorzaken:

- In de langdurige zorg gaat het om moeilijk te pakken begrippen als welbevinden, sfeer en aandacht die wellicht ook op een andere manier dan via meetlijstjes kunnen worden aangetoond.
- Meetinstrumenten die primair bedoeld waren voor interne verbetering, worden gebruikt voor andere doeleinden zoals tariefonderhandelingen. Dit zonder de context van bepaalde uitkomsten mee te wegen.

### *Informatie over geleverde kwaliteit blijft nodig*

Wanneer zorgverleners alleen maar verantwoorden om het verantwoorden zelf, geen relatie kunnen leggen met kwaliteitsverbetering en geen feedback krijgen op hun uitkomsten, leidt verantwoorden tot een ervaren administratieve last in plaats van een stimulans tot verandering. Om die reden wil ik verantwoordingsinformatie veel meer als afgeleide zien van interne verbeterinformatie die (derhalve) beter aansluit bij het primaire zorgproces, en een beter beeld geeft van de actuele stand van de kwaliteit in de organisatie. Ik ga daarvoor de resultaten gebruiken uit de experimenten regelarme instellingen. De Raad voor de Volksgezondheid (RVZ) onderschrijft in zijn rapport 'Garanties voor kwaliteit van zorg' deze lijn. De Raad doet in het rapport namelijk de aanbeveling dat zorginstellingen en professionals indicatoren moeten ontwikkelen die aansluiten bij de dagelijkse zorgpraktijk en

dus bruikbaar zijn in het instellingsbrede kwaliteitssysteem. Van daaruit kunnen de indicatoren tevens gebruikt worden voor externe verantwoording (van binnen naar buiten).

Het Zorginstituut Nederland heeft een stimulerende en ondersteunende rol in het versneld (door)ontwikkelen van (her)nieuw(d)e meetinstrumenten en indicatoren voor de ouderenzorg. Ook daarmee sluit ik aan bij een aanbeveling van de RVZ, die het initiatief hiervoor bij het Zorginstituut Nederland wilde leggen. Het Zorginstituut vervult in eerste instantie de rol van aanjager. De primaire verantwoordelijkheid hiervoor ligt immers bij de zorgaanbieders en de betrokken veldpartijen. In goed overleg met het Zorginstituut wil ik, gelet op bijvoorbeeld de gewenste stroomlijning van de inkooptaak van de zorgkantoren en de afstemming met de toezichtstaak van de Inspectie, bezien hoe dit traject versneld kan worden.