

Vergaderjaar 2009–2010

24 170

Gehandicaptenbeleid

Nr. 100

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 15 maart 2010

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹, heeft een aantal vragen voorgelegd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 21 december 2009 t.g.v. het IGZ-rapport «Intramurale zorg voor mensen met een zintuiglijke beperking verbeterd» (Kamerstuk 24 170, nr. 99).

De minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 12 maart 2010. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

¹ Samenstelling:

Leden: Vlies, B.J. van der (SGP), Kant, A.C. (SP), Joldersma, F. (CDA), Vries, J.M. de (CDA), Ferrier, K.G. (CDA), ondervoorzitter, Miltenburg, A. van (VVD), Smeets, P.E. (PvdA), voorzitter, Schippers, E.I. (VVD), Timmer, A.J. (PvdA), Smilde, M.C.A. (CDA), Koşer Kaya, F. (D66), Willemsse-van der Ploeg, A.A.M. (CDA), Schermers, J.P. (CDA), Wolbert, A.G. (PvdA), Bouwmeester, L.T. (PvdA), Gerven, H.P.J. Van (SP), Zijlstra, H. (VVD), Ouwehand, E. (PvdD), Leijten, R.M. (SP), Agema, M. (PVV), Veen, E. Van der (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink, E.E. (CU), Sap, J.C.M. (GL), Roos-Consensulder, B. De (SP) en Harbers, M.G.J. (VVD).

Plv. leden: Staaij, C.G. van der (SGP), Velzen, K. van (SP), Aasted Madsen-van Stiphout, J.D.M.P. (CDA), Ormel, H.J. (CDA), Atsma, J.J. (CDA), Verdonk, M.C.F. (Verdonk), Dijken, M.J. van (PvdA), Dezentjé Hamming-Bluemink, I. (VVD), Arib, K. (PvdA), Vietsch, C.A. (CDA), Ham, B. van der (D66), Uitslag, A.S. (CDA), Omtzigt, P.H. (CDA), Vermeij, R. (PvdA), Heerts, A.J.M. (PvdA), Langkamp, M.C. (SP), Krom, P. de (VVD), Thieme, M.L. (PvdD), Luijben, A.P.M. (SP), Mos, R. De (PVV), Yücel, K. (PvdA), Ortega-Martijn, C.A. (CU), Halsema, F. (GL), Wit, J.M.A.M. de (SP) en Neppérus, H. (VVD).

1

Er zijn veel «3-tjes» gescoord op individuele planning en ondersteuning. Door welke factoren komt het maken van een zorgplan in deze sector zo moeizaam van de grond?

De afgelopen jaren is door de zorginstellingen veel tijd en energie besteed aan de organisatorische ontwikkelingen, maar te weinig aan het implementeren van zorg- en ondersteuningsplannen. Dat moet veranderen.

2

Een aantal verbeterpunten die nu door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) worden genoemd, waren ook in 2003 bij het onderzoek van de IGZ al aan de orde. Wie heeft in de tussenliggende jaren de voortgang van de verbeterpunten bewaakt en welke sancties zijn er gegeven bij het uitblijven van resultaat?

De bewaking van verbeterpunten valt onder het reguliere toezicht van de IGZ. Dit heeft niet geleid tot het opleggen van sancties. Als gevolg van het huidige toezichtbeleid van IGZ is bij het onderhavige onderzoeksrapport een handavingsplan gevoegd.

3

Welke vrijheidsbeperkende maatregelen zijn ingezet en zijn er gevallen geweest waarbij dat niet conform de wet- en regelgeving was?

Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn alle maatregelen die tegen de wil van de cliënt worden toegepast en de vrijheid van cliënten beperken, zoals fixatie, afzondering, separatie, medicatie en gedwongen vocht- en voedinginname.

Daar waar dat niet gebeurde worden vrijheidsbeperkende maatregelen (alsnog) aan de IGZ gemeld. Ook worden de vrijheidsbeperkende maatregelen nu door een daarvoor ingestelde commissie getoetst. Daar waar geen Bopz-arts is aangesteld (KEG Viataal, regio noord en VisioSensis-DeBrink, de Blauwe Kamer) moet hierin uiterlijk 1 juni 2010 zijn voorzien. Voorts dient vóór deze datum ook voor alle locaties waar Bopz-cliënten verblijven een Bopz-aanmerking zijn aangevraagd.

4, 17 en 19

De medezeggenschap van cliënten kan nog verder versterkt en verbeterd worden en op het punt van de klachtenregeling en de rol en beschikbaarheid van vertrouwenspersonen zijn de aanbevelingen uit 2003 nog steeds van kracht. Wat zijn de belangrijkste vorderingen van de afgelopen periode en waardoor stagneert de verdere verbetering van de medezeggenschap van cliënten?

Op welke wijze wordt de positie van cliënten en hun vertegenwoordigers versterkt en wat is hierin de rol van het ministerie van VWS?

In meer dan de helft van de onderzochte werkeenheden waren de cliënten ontevreden over de medezeggenschap. Zij worden hierover onvoldoende geïnformeerd, zo bleek ook al uit aanbevelingen van de IGZ uit 2003. Op welke manier worden de werkeenheden aangespoord dan wel verplicht hier verbeteringen voor de cliënt door te voeren?

Ik vind het belangrijk dat de cliënt meer mogelijkheden krijgt om de zorg zo goed mogelijk te laten aansluiten op zijn wensen. Dat is ook één van de kernpunten binnen het systeem van zorgzwaartebekostiging. Daarin krijgen cliënt en zorgverlener de kans om samen in te vullen hoe de geïndiceerde zorg wordt geleverd. Dit levert meer flexibiliteit op, maar vraagt wel om een duidelijke inspraak van de cliënt en een instrument om de uitkomsten van die inspraak vast te leggen. Om die reden is het besluit Zorgplanbespreking AWBZ-zorg gemaakt; een Algemene Maatregel van

Bestuur die onder de Kwaliteitswet zorginstellingen hangt. Het doel van dit besluit is heel nadrukkelijk: het overleg tussen zorgverlener en cliënt op gang brengen en garanderen. Daarmee wordt het zorgplan niet alleen het instrument van de zorgverleners, maar juist ook van de cliënt. Voorts is op dit moment een veelomvattend wetsvoorstel cliëntenrechten zorg in de afrondende fase voor verzending aan de Tweede Kamer. In dit voorstel wordt in brede zin gekomen tot een versterking van de positie van de cliënt in de zorg. In het wetsvoorstel is ook een hoofdstuk opgenomen over klachten en geschillen ter vervanging van de WKCZ (wet klachtrecht cliënten zorginstellingen). Klachtenprocedures moeten klantvriendelijker worden en niet vrijblijvend zijn. De kern van het voorstel is dan ook dat een cliënt die tevreden is over de wijze waarop de klacht door de zorgaanbieder is afgehandeld, dit geschil kan voorleggen aan een onafhankelijke geschillencommissie die hierover een bindend advies kan uitbrengen.

Belangrijk uitgangspunt in de Wcz is dat zorgaanbieders erop gericht moeten zijn problemen op te lossen, voordat het klachten worden. Bewoners van een instelling en hun vertegenwoordigers moeten altijd hun onvrede kunnen laten horen, zonder angst voor repercussies. Daarom staat in het wetsvoorstel dat iedere cliënt van een zorgaanbieder terecht moet kunnen bij een persoon die kan informeren, adviseren en bemiddelen bij klachten, zoals een klachtfunctionaris of een cliëntvertrouwenspersoon. Deze persoon moet, zo lang als de klager dat wil, vertrouwelijk omgaan met de informatie die de cliënt of zijn vertegenwoordiger gegeven heeft.

5 en 8

De IGZ zal bij tussentijdse rapportages en vervolfbezoeken op de feitelijke uitvoering van de verbeterplannen toezien en maatregelen nemen bij het uitblijven van de gewenste resultaten. Welke zijn die maatregelen en kan uiteen worden gezet op welke termijn er concreet vooruitgang moet zijn geboekt?

Zijn de verbeterplannen van die organisaties die op één of meerdere risicoaspecten matig tot hoog risico scoorden inmiddels goedgekeurd door de IGZ? Op welk termijn wordt van de organisaties geacht de verbeteringen in te voeren op de risicoaspecten?

De IGZ zal de ontwikkelingen in de sector blijven volgen. De werkeenheden die meer dan gering tot matig risico hebben gescoord op één of meer risico-aspecten zijn gevraagd een plan van aanpak op te stellen om tot verbetering van deze risico-aspecten te komen. De inspectie heeft inmiddels de plannen van aanpak ontvangen en goed bevonden. In de plannen van aanpak zijn de te nemen maatregelen concreet omschreven en voorzien van een tijdspad.

De IGZ zal door tussentijdse rapportages en vervolfbezoeken de feitelijke vorderingen volgen. Bij het uitblijven van resultaten zal de inspectie volgens haar handhavingplan vervolgstappen zetten. Zo zal de IGZ de tweede helft van 2010 steekproefsgewijs de effectuering van zorg- en ondersteuningsplannen en de verbetering van de medezeggenschap toetsen.

6

Welke (grote) landelijke organisaties behoeven nog verbeteringen op één of meer risicoaspecten?

Bartimeus, Visio, Stichting Philadelphia Zorg en KEG Viataal. (Zie ook www.igz.nl)

7 en 13

Wanneer wordt het advies van de IGZ, namelijk het instellen van een onderzoek naar de mogelijke samenhang tussen de kwaliteit van de zorg en de grootte van een organisatie en/of kleinschalige wijze van werken opgevolgd door de staatssecretaris en op welke wijze zal dit onderzoek worden ingesteld worden? Wat zijn de kosten van een dergelijk onderzoek, welke organisaties nemen daaraan deel en gebeurt dit op vrijwillige basis?

De aanbeveling van de IGZ is dat nader onderzoek naar het verband tussen kwaliteit en kleinschaligheid nodig is, en de IGZ adviseert de staatssecretaris dan ook een dergelijk onderzoek te verrichten. Echter, in haar brief stelt de staatssecretaris, in de laatste alinea, dat zij geen aanleiding ziet een onderzoek uit te (laten) voeren. Kan de staatssecretaris beargumenteren waarom zij deze aanbeveling uit het IGZ-rapport naast zich neerlegt? Een wetenschappelijke onderbouwing kan immers een basis zijn voor verandering van beleid.

De IGZ merkt op dat kleine organisaties over de hele linie beter scoren dan grote concerns. Dat bevestigt mijn beeld dat de menselijke maat in de zorg zo belangrijk is. Goede zorg krijgt vorm in de relatie tussen de cliënt en zorgverlener. Het blijkt dat in instellingen waar veel oog is voor die contacten, cliënten tevreden zijn en medewerkers met plezier hun werk doen. Kleinschaligheid kan een goed contact tussen professional en cliënt vergemakkelijken en bevorderen. Ik zie geen aanleiding wetenschappelijk te laten onderzoeken of er een aantoonbare relatie is tussen de geleverde kwaliteit van zorg en de omvang van de organisatie. Ik stimuleer het liever en hiertoe zijn diverse maatregelen in gang gezet.

9 en 10

Welke maatregelen worden door de IGZ getroffen indien de gewenste resultaten uitblijven?

Op welke wijze kunnen bestuurders van instellingen nog meer worden geprikkeld teneinde meer aandacht te geven aan de kwaliteit van zorg?

Instellingen worden op diverse manieren geprikkeld meer aandacht te geven aan kwaliteit van zorg. Binnen de gehandicaptensector wordt gewerkt aan het steeds meer transparant maken en meten van kwaliteit via (zorginhoudelijke) indicatoren. Zo wordt zichtbaar welke organisaties goed of minder goed presteren. Dit levert belangrijke informatie op voor zorgverzekeraars, die deze gegevens kunnen gebruiken bij hun inkoopbeleid.

Instellingen die hun afspraken met de inspectie niet nakomen en geen structurele verbeteringen in de kwaliteit van zorg doorvoeren komen in beeld voor verscherpt toezicht. Verscherpt toezicht is een logische consequentie van het uitvoeren van het handavingsplan en kan bij verder achterblijven uitmonden in een bevel of een aanwijzing.

11

Elf van de zestien bezochte werkeenheden van de intramurale voorzieningen voor zintuiglijk gehandicapten moeten op één of meer risico-aspecten verdere verbeteringen aanbrengen. Kan worden toegelicht of bij een score van 75% «afwezig tot matig risico» in de instelling en een score van 25% «matig tot hoog risico» en in twee gevallen «tot zeer hoog risico», er sprake kan zijn van een «positief beeld» van de sector zoals de staatssecretaris in de brief aan gaf?

Hier lijkt sprake van een misverstand. De verdeling van de scores waarnaar in de vraag wordt verwezen betreffen niet de scores van een specifieke instelling of per instelling; het gaat hier om de verdeling van de scores over de gehele sector.

Hoger risico werd vrij gelijkmatig verdeeld over alle risicoaspecten gescoord. (Een uitzondering hierop vormde de score op het aspect individuele planning en ondersteuning. Voor een toelichting hier op verwijst ik naar mijn antwoord op vraag 1). Gezien deze gelijkmatige verdeling over de diverse risicoaspecten wordt geconcludeerd dat er geen sprake is van sectorbrede risico's. Ook zijn geen ernstig risicovolle organisaties aangetroffen.

12

Er wordt toegelicht dat het werven en behouden van deskundige medewerkers de sector voor een uitdaging stelt. Wat zijn de knelpunten, hoe worden deze aangepakt en in hoeverre geldt dit probleem specifiek voor deze sector?

In paragraaf 2.5 schetst de IGZ de problemen. Oudere werknemers vertrekken en vervangende nieuwe medewerkers hebben nog niet alle benodigde vaardigheden aangeleerd. Er kunnen dan problemen ontstaan in de communicatie met cliënten, bijvoorbeeld door te weinig kennis van gebarentaal, en in het tijdig signaleren door het ontbreken van kennis. De zorginstellingen moeten derhalve investeren in nieuwe medewerkers, bijvoorbeeld door het aanbieden van specifieke cursussen of een goede interne begeleiding. Dit geldt overigens in alle zorgbranches.

De werving en scholing van personeel is de verantwoordelijkheid van de sector zelf. Organisaties hebben hun eigen manier om hierop te reageren met structureel investeren in scholing en inspanningen voor behoud en werving van medewerkers.

De zorg voor mensen met meervoudige beperkingen vraagt om specifieke kennis. De sector moet die meer dan tot nu toe sectorbreed overdragen en meer gezamenlijk investeren in scholing en deskundigheidsbevordering.

14

Welke middelen zullen worden ingezet teneinde deskundig personeel te werven?

De verantwoordelijkheid voor werving en scholing ligt bij de instellingen zelf. Op dat niveau kiest men de inzet van middelen daarvoor.

15

Welk instrument volgt het programma Zorg voor Beter op indien deze in 2011 afloopt?

Op dit moment zijn hiervoor nog geen concrete voornemens. Het kwaliteitsprogramma Zorg voor Beter loopt in 2011 af, evenals een aantal andere meerjarige programma's zoals het Nationaal Programma Ouderen (NPO), In voor Zorg en het traject Transitieprojecten Langdurige Zorg (TPLZ). Op dit moment wordt op ambtelijk niveau bezien of het noodzakelijk en mogelijk is om aan deze programma's, al dan niet gebundeld in 1 programma, een vervolg te geven. Uiteraard zal ook een en ander afhankelijk zijn van de evaluatie van de programma's.

16

Is het de bedoeling dat de implementatie van de zorg- en ondersteuningsplannen ook in 2011 gerealiseerd zijn?

Ja.

18

Wat is de stand van zaken met betrekking tot het onderzoek naar een betere ontwikkeling van de expertisefunctie in de zorg?

Er wordt, voor zover mij bekend, géén onderzoek uitgevoerd naar een betere ontwikkeling van de expertiseontwikkeling in de zorg.

20

Bij de helft van de werkeenheden werden problemen met personele bezetting en een groot verloop van personeel ervaren, mede door onduidelijkheid over de effecten van de zorgzwaartebekostiging. Gaat het hier voornamelijk om kleinschalige instellingen die, zoals blijkt uit het rapport, veelal goed scoren? Is de staatssecretaris voornemens om na dit signaal snel duidelijkheid te verschaffen in de effecten van de zorgzwaartebekostiging zodat deze kleinschalige instellingen niet onnodige personele problemen ervaren?

Nee, het waren niet voornamelijk kleinschalige organisaties die aangaven dat de effecten van de zorgzwaartebekostiging onduidelijk waren. Ik ben echter van mening dat de effecten van de invoering van de zorgzwaartebekostiging voor de instellingen inmiddels bekend mogen worden verondersteld. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op 15 juli 2009 de definitieve tarieven voor 2010 bekend gemaakt. De invoering van de zorgzwaartebekostiging geschiedt zorgvuldig en geleidelijk waardoor de instellingen in stappen toegroeien of afbouwen naar het budget dat past bij de zorgzwaarte van bij hen verblijvende cliënten. Voor instellingen die moeten afbouwen geldt dat de afbouw in geleidelijke stappen gaat van maximaal 2% in 2009, 6% in 2010 en 13% in 2011. Voor kleinschalige instellingen gelden dezelfde beleidsregels als voor grootschalige instellingen.

21 t/m 23

Aan een werkeenheden met Bopz-aanmerking was geen Bopz-arts verbonden die geraadpleegd kon worden bij het vaststellen van de genomen vrijheidsbeperkende maatregelen. Hoe kan dit gebeuren en waarom wordt hier één van de belangrijkste punten van toetsing, namelijk de aanwezigheid van deskundig personeel, niet in acht genomen? Bij een van de werkeenheden zonder Bopz-aanmerking werden vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast zoals de Zweedse band en afzonderen, zonder de aanwezigheid van een Bopz-arts en zonder een actieve commissie die de inzet van dergelijke maatregelen toetst. Kan uiteen worden gezet hoe dit mogelijk is? Worden van alle toepassingen van vrijheidsbeperkende maatregelen in de werkeenheden zonder Bopz-aanmerking melding gedaan bij de IGZ, en is deze werkeenheden hierop direct onder verscherpt toezicht geplaatst?

Zie antwoord vraag 3.

24

Hoe kan het zijn dat de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen bij de werkeenheden die een Bopz-aanmerking had aangevraagd, die volgens het rapport conform de Wet Bopz handelde, niet altijd bij de IGZ worden gemeld?

Dit is primair de verantwoordelijkheid van de instellingen. Overigens hoeft, als over het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen overeenstemming met de cliënt (vertegenwoordiger) is bereikt, de zorgverlener de toepassing niet bij de IGZ te melden.

25

De IGZ constateert dat kleinschalige intramurale zorg aan mensen met een zintuiglijke beperking over de hele linie beter scoort dan grote zorginstellingen. De staatssecretaris prijst deze kleinschalige zorg. Hoe verhoudt dit zich tot het feit dat, door de invoering van zorgzwaartefinanciering,

kleinschalige instellingen steeds moeilijker de gevraagde zorg kunnen blijven leveren?

Voor kleinschalige georganiseerde zorg gelden bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging dezelfde tarieven als voor grootschalige initiatieven. Bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging blijkt dat kleinschaligheid soms zijn grenzen kent. De mate waarin een instelling de exploitatie rond kan krijgen is onder andere afhankelijk van de samenstelling van de cliëntenpopulatie en de keuzes die instellingen in de bedrijfsvoering maken. In zijn algemeenheid ben ik van mening dat kleinschalige intramurale zorg ook bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging mogelijk blijft.