

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.minvws.nl

**Ons kenmerk**  
DLZ/KZ-U-2906266

**Bijlagen**  
1

**Uw brief**

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

Datum 15 januari 2009  
Betreft Gehandicaptenbeleid

Geachte voorzitter,

## 1. Inleiding

Eind 2007 is een Inspectie voor de Volksgezondheid (IGZ)-rapport verschenen over de stand van zaken met betrekking tot de kwaliteit in de 24 uurszorg aan mensen met een verstandelijke beperking.

Daaruit kwam naar voren dat in een kwart van de verblijfszorg verantwoorde zorg werd geleverd en er géén plannen van aanpak nodig waren om de situatie te verbeteren. In de helft van het veld moesten er voor één of twee risico-aspecten plannen van aanpak gemaakt worden. En in een kwart was de situatie zorgelijk: er moesten over drie tot acht risico-aspecten verbeterplannen worden gemaakt. Dat was een ernstig signaal en de IGZ heeft de betrokken instellingen gevraagd verbeterplannen op te stellen. Alle organisatorische eenheden die een verbeterplan moesten opstellen zijn inmiddels opnieuw bezocht en door de IGZ beoordeeld.

Met deze brief informeer ik u over de uitkomsten van deze follow-upbezoeken die de IGZ heeft uitgevoerd in het kader van het geïntensiveerde toezicht in de 24-uurszorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Het rapport van de IGZ "Verbeterkracht gehandicaptenzorg in beeld" treft u als bijlage bij deze brief aan.

## 2. Het rapport in het perspectief van het kwaliteitstraject gehandicaptenzorg

De IGZ bezocht in 2006/2007 een selectie van 96 organisatorische eenheden van 70 zorgaanbieders. De IGZ oordeelde op grond van acht risico-aspecten: continuïteit van zorg; zelfbepaling en medezeggenschap; individuele planning en dagbesteding; deskundigheid personeel; diagnostiek en signalering; veiligheid en vrijheidsbeperkende maatregelen.

Alle bezochte organisatorische eenheden die op één of meer van de acht onderzochte risico-aspecten een matig tot hoog risico (score 3) of een hoog tot zeer hoog risico (score 4) hadden, moesten verbeterplannen maken voor deze risico-aspecten. Vervolgens kregen de betrokken zorgaanbieders gemiddeld circa een jaar de tijd om de verbeteringen te implementeren. Na dit jaar heeft de IGZ getoetst of de betrokken organisatorische eenheden erin geslaagd waren de risico-aspecten terug te brengen tot minstens een aanvaardbaar gering tot matig risico (score 2) en wat het effect hiervan was voor de dagelijkse zorg- en

dienstverlening aan de cliënt. Het IGZ-rapport bevat de uitkomsten van deze follow-upronde.

**Ons kenmerk**  
DLZ/KZ-U-2906266

Om de resultaten in een juist perspectief te plaatsen heeft de IGZ voorts onderzocht welke succes- en faalfactoren hierbij een grote rol speelden. Daarbij betrok de Inspectie ook de verdere doorontwikkeling van het "kwaliteitskader gehandicaptenzorg". In dit kader staat versterking van de positie van de cliënt centraal.

Dit onderzoek bevestigt het belang van indicatoren uit het kwaliteitskader op dit punt. De volgende stap in het kwaliteitstraject is het toetsen van de kwaliteit aan de hand van prestatie-indicatoren. Op dit moment lopen er een aantal proefpilots met prestatie-indicatoren. Binnen deze indicatoren wordt aan het thema zeggenschap een groot gewicht toegekend.

Doordat prestaties op bepaalde uitkomstindicatoren (zoals cliëntenwaardering) meer zichtbaar worden, is gerichtere actie op verbetering van de zorgverlening mogelijk.

Met het programma Zorg voor Beter is het voor instellingen mogelijk via ervaringen (good practices) van anderen te leren.

Hiermee is de hele cyclus van meten, verbeteren en borgen op verschillende manieren verankerd.

### 3. Belangrijkste bevindingen

Uit de analyse van de follow-upbezoeken blijkt dat er veel verbeterd is ten opzichte van de eerste bezoeken in 2007.

Waren er in 2007 oorspronkelijk 251 risico-aspecten met een score 3 (matig tot hoog risico) of 4 (hoog tot zeer hoog risico), in 2008 is dit aantal teruggebracht tot 79. De 51 scores 4 (hoog tot zeer hoog risico) in 2007 zijn na de follow-upbezoeken teruggebracht tot 4: één keer op zelfbepaling, twee keer op continuïteit van zorg en één keer op vrijheidsbeperkende maatregelen. Van de 200 keer dat er na het eerste bezoek een score 3 (matig tot hoog risico) werd gegeven, bleven er na de follow-upronde nog 50 over.

In de meeste gevallen namen de risicoscores af met één scorepunt. Geen enkel risico-aspect is verder verslechterd.

Van de oorspronkelijk 72 organisatorische eenheden die verbeterplannen moesten maken voor één of meerdere risico-aspecten slaagden 42 er in na de follow-upbezoeken op alle risico-aspecten een score 2 (gering tot matig risico) of 1 (afwezig tot gering risico) te realiseren. Er zijn dus nog 30 over die nog steeds op sommige aspecten 3 en/of 4 scoorden. Het aantal te verbeteren risico-aspecten per organisatorische eenheid is echter sterk verminderd.

Het rapport geeft ook inzicht in de succes- en faalfactoren om verbeteringen te implementeren. De belangrijkste succesfactoren zijn een open communicatie met cliënten, cliëntvertegenwoordigers, medewerkers en management én het investeren in de deskundigheid van medewerkers. Daar waar verbeteringen nog niet lukten, was vaker sprake van organisatorische onrust, wisselingen in management en vastlopende communicatie.

De IGZ blijft de voortgang volgen bij de organisatorische eenheden die op een aantal risico-aspecten nog onder de maat presteren en zal deze zonodig onder verscherpt toezicht stellen. De IGZ verwacht dat alle organisatorische eenheden eind 2009 hun kwaliteit op orde hebben. Zo niet, zal zij verscherpt toezicht overwegen.

Let wel, deze bevindingen betreffen uitsluitend de relatieve verbeteringen in de bezochte organisatorische eenheden en geven dus géén landelijk of gemiddeld beeld van de 24 uurszorg aan mensen met een verstandelijke beperking.

#### 4. Reactie

De bevindingen laten een positieve ontwikkeling zien. De wil van de sector om een kwaliteitsslag te maken, wordt nu ook in de dagelijkse praktijk zichtbaar.

Met de openbaarheid van IGZ-rapporten, de publicatie van kwaliteitsgegevens in jaardocumenten en op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) lijkt er bij bestuurders toch meer aandacht te komen voor de kwaliteit van wat zij aan zorg leveren. Zoals ik al in mijn brief "koers op kwaliteit" heb aangekondigd wordt in alle sectoren van de zorg een actieplan cliëntveiligheid opgesteld. In de gehandicaptenzorg staan hierbij drie speerpunten centraal: personeel en opleiding; zorgplan/empowerment en preventie/bestrijding seksueel misbruik.

De vastgestelde verbeteringen hebben een positieve invloed op de missie van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg: Het stimuleren van een optimale regie bij de cliënt en bijdragen aan de kwaliteit van leven van de cliënt. Met name de combinatie van sturing op meer vraaggericht werken en duidelijk daarop ingerichte werkprocessen bleek een krachtige verbeterimpuls. Dit beeld bevestigt voor mij de noodzaak het kwaliteitskader verder te ontwikkelen en te implementeren.

De verbeterde werkprocessen betreffen met name het opstellen en uitvoeren van ondersteuningsplannen waarin de cliënt met zijn/haar ondersteuningsvraag en netwerk centraal staat. Dit sterkt mij in mijn beleid de cliënt meer mogelijkheden te geven om tot een passend zorgarrangement te komen.

Maar er zijn ook bedreigende ontwikkelingen. Uit de kwalitatieve analyse komt naar voren dat, hoewel het risico-aspect continuïteit van zorg sterk is verbeterd, er een tekort aan goed geschoold personeel zichtbaar blijft. Het aantrekken en behouden van voldoende en voldoende gekwalificeerd personeel is een zware opgave. Voor wat betreft de gehandicaptenzorg stimuleren wij (de minister en ik) samen met de VGN, de werving van personeel. Dit gebeurt in het kader van het arbeidsmarktbeleid, waarover ik u in de arbeidsmarktbrief 23 december 2008 heb bericht.

Opmerkelijk is dat verschillende locaties van één organisatorische eenheid wisselende scores laten zien op de acht risico-aspecten. Ook tussen organisatorische eenheden waren kwaliteitsverschillen. Het is dus belangrijk dat het management voldoende zicht heeft op deze verschillen.

§Het programma Zorg voor Beter zal tot eind 2011 het instrument blijven om kwaliteit te verbeteren, op de vloer tussen cliënt en professional, gericht op kwaliteit, veiligheid en aandacht voor professionaliteit en de relatie tussen cliënt en professional. De implementatie van het zorg(ondersteuningsplan) is een apart implementatietraject binnen Zorg voor Beter.

**Ons kenmerk**  
DLZ/KZ-U-2906266

Hoogachtend,

de staatssecretaris van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

mw. dr. J. Bussemaker