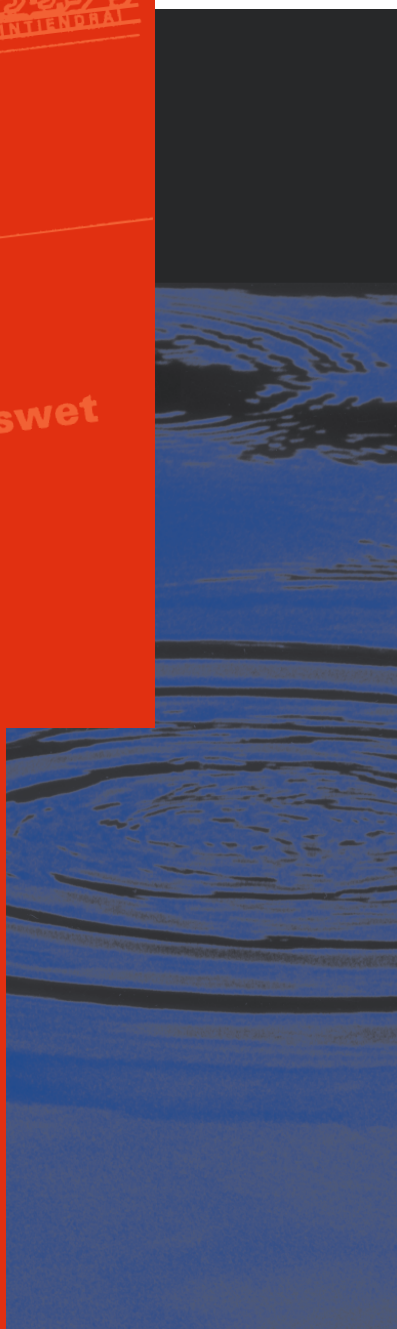
ZonMw
Commissie evaluatie regelgeving
Programma **evaluatie regelgeving**

Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen



Evaluatie

Kwaliteitswet zorginstellingen

Prof. dr. A.F. Casparie
Prof. mr. J. Legemaate
Dr. R.A.L. Rijkschroeff
Drs. M.J.E. Brugman
Mr. dr. M.A.J.M. Buijsen
Drs. M.J. de Gruijter
Mr. E.H. Hulst
Dr. D.G. Oudenampsen
Drs. A. van ’t Riet

Den Haag: ZonMw, november 2001
Reeks evaluatie regelgeving: deel 8

Inhoud

Samenvatting **5**

1 Aanleiding en probleemstelling 5
2 Opzet van het onderzoek 5
3 Bevindingen 6

1 Opzet van het evaluatieonderzoek **13**

1.1 Aanleiding 13
1.2 Probleemstelling en onderzoeksvraagstellingen 13
1.3 Opzet van het onderzoek 14

2 Context en inhoud van de Kwaliteitswet zorginstellingen **19**

2.1 Inleiding 19
2.2 Ontwikkelingen die tot de wet hebben geleid 19
2.3 Doel en inhoud van de Kwaliteitswet zorginstellingen 23
2.4 Overige aspecten inzake de Kwaliteitswet zorginstellingen 33
2.5 Voorlichting ten tijde van de invoering van de wet 36
2.6 De impact van de Leidschendamconferenties 37
2.7 IJkpunten voor een beoordeling van de doeltreffendheid en effectiviteit 40

3 De naleving van de Kwaliteitswet zorginstellingen **41**

3.1 Inleiding 41
3.2 De naleving in de verschillende sectoren 42
3.3 Intersectorale vergelijking 73
3.4 De Kwaliteitsjaarverslagen 79
3.5 Conclusies 82

4 Het samenspel in de regio: de effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen **85**

4.1 Inleiding 85
4.2 Effecten op de door de instellingen verleende zorg in de regio 86
4.3 Beoordeling van de verantwoordelijkheidstoedeling vanuit de systematiek van de wet 98
4.4 Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie 106
4.5 De beoordeling door de regionale partijen 108
4.6 Conclusies 110

5 Toezicht en handhaving **113**

5.1 Inleiding 113
5.2 KZI-toezicht en –handhaving: de uitgangspunten 113
5.3 Wetswijzigingen 114
5.4 De bestuursrechtelijke context 115
5.5 Beleid inzake toezicht en handhaving 121
5.6 Dossiers 123
5.7 Bevindingen en ervaringen 126
5.8 Conclusies en aanbevelingen 128

6 De relatie tussen de Kwaliteitswet zorginstellingen en andere wetten 131

6.1 Inleiding 131
6.2 Wetgeving die zich richt op de onder de KZI vallende zorgaanbieder 132
6.3 Wetgeving die zich richt op de taken en verantwoordelijkheden van andere actoren 140
6.4. Meningen van respondenten over de samenhang van de wetgeving 142
6.5 Vraag- en knelpunten in de relatie tussen de KZI en andere wetten 144
6.6 Conclusies 148

7 Conclusies en aanbevelingen 151

7.1 Doelstellingen van de Kwaliteitswet zorginstellingen 151
7.2 Evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen 152
7.3 Gehanteerde vormen van dataverzameling 153
7.4 Helderheid, systematiek en reikwijdte van de Kwaliteitswet zorginstellingen (A1) 153
7.5 Het begrip 'verantwoorde zorg' (A2) 155
7.6 Organisatie van de zorgverlening en de ontwikkeling van kwaliteitssystemen (A3 en A4) 155
7.7 Het kwaliteitsjaarverslag (A5) 156
7.8 Het overheidstoezicht op de wet, en de handhaving daarvan (A6) 157
7.9 Integratie van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid (B1) 158
7.10 Mate van effectiviteit van landelijk beleid (B2) 159
7.11 Verantwoordelijkheidsverdeling tussen de zorgaanbieders en andere actoren (B3) 159
7.12 De samenhang tussen de Kwaliteitswet zorginstellingen en andere wetgeving (B4) 161
7.13 Doelbereiking Kwaliteitswet zorginstellingen: conclusies en aanbevelingen 162

Afkortingen 169

Literatuur 171

Bijlagen

1 Begeleidingscommissie evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen 175
2 Commissie evaluatie regelgeving 177
3 Wettekst Kwaliteitswet zorginstellingen 179
4 Instrumenten voor de dataverzameling 183
5 Beschrijving van de geraadpleegde bronnen bij hoofdstuk 4 191
6 Samenvattend verslag expertmeeting 197
7 De onderzoeksinstituten 201

Samenvatting

1 Aanleiding en probleemstelling

Artikel 26 Kwaliteitswet zorginstellingen bepaalt dat de regering binnen vijf jaar na de inwerkingtreding aan de Staten-Generaal een verslag zendt over de doeltreffendheid en de effectiviteit van de Kwaliteitswet zorginstellingen in de praktijk. Tijdens de parlementaire behandeling is aangegeven dat in het kader van deze evaluatie nadrukkelijk aandacht zal worden besteed aan het effect dat de wet heeft gehad op de integratie van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen (23633, nr. 8, p. 12).
De probleemstelling van dit evaluatieonderzoek is tweeledig:

1. In hoeverre draagt de Kwaliteitswet zorginstellingen ertoe bij dat het doel van kwaliteitsbewaking en -bevordering wordt bereikt?
2. In hoeverre bestaat er een optimale verhouding tussen de Kwaliteitswet zorginstellingen en andere (wettelijke) instrumenten gericht op kwaliteitsbewaking en –bevordering?

In de opzet van het onderzoek is deze tweeledige probleemstelling uitgewerkt in onderzoeksvragen betreffende:

- de systematiek, de helderheid en de reikwijdte van de wet;
- de mate waarin zorginstellingen aan de wettelijke verplichtingen voldoen;
- de effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen op de zorg in de regio;
- de wettelijke bepalingen betreffende toezicht en handhaving;
- de verhouding tussen de Kwaliteitswet zorginstellingen en andere wettelijke regelingen.

2 Opzet van het onderzoek

Bij de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen dient bij de meting van de doeltreffendheid van de wettelijke verplichtingen en van de effecten van de wet ook aandacht te zijn voor de vraag in hoeverre de instellingen de wet als stimulerend ervaren hebben bij de invoering van kwaliteitssystemen. Daarom is bij de opzet gekozen voor een combinatie van wetsevaluatie en beleidsevaluatie. Er is in de opzet niet alleen aandacht voor een positionering van de wet ten opzichte van de instelling (waar de wettekst zich toe beperkt) maar ook ten opzichte van andere relevante krachten in het spel.

Bij de evaluatie van de regelgeving Kwaliteitswet zorginstellingen is:

- enerzijds rekening gehouden met mogelijk verschillende uitwerkingen per sector met name waar het gaat om de doeltreffendheid van de wettelijke verplichtingen;
- anderzijds rekening gehouden met verschillende uitwerkingen per regio met name waar het gaat om de effecten van de wet.

De rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg bij de toezicht en wetshandhaving vormt het sluitstuk van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Bij de opzet van het onderzoek is gekozen voor een robuust onderzoeksdesign, waarbij elke onderzoeksvraagstelling via twee of meer methoden van dataverzameling onderzocht is, om aldus tot een gefundeerde evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen te komen.

Allereerst is de context en inhoud van de Kwaliteitswet zorginstellingen onderzocht via juridisch-technische analyse, literatuurstudie en interviews.

De vraagstellingen met betrekking tot de naleving en de (neven)effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen zijn onderzocht via een combinatie van de volgende methoden van dataverzameling:

- Secundaire analyse van eerdere onderzoeken die in het kader van de Leidschendamconferentie 2000 gehouden zijn.
- Analyse van relevante beleidsdocumenten, verkregen via onder meer regionale literatuurscans en een landelijke search.
- Interviews met vertegenwoordigers van alle relevante landelijke brancheorganisaties van zorgaanbieders, landelijke patiënten/consumentenorganisaties, Zorgverzekeraars Nederland, Inspectie voor de Gezondheidszorg, ministerie van VWS, IPO en VNG.
- Een aanvullende enquête onder de zorgaanbieders in alle relevante sectoren van de gezondheidszorg.
- Regionale panelbijeenkomsten met regionale vertegenwoordigers van zorgaanbieders, regionale patiënten/consumentenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgkantoren.

Het toezicht en de handhaving zijn onderzocht via jurisprudentieonderzoek en casestudies, literatuuronderzoek, analyse van beleidsdocumenten en interviews.
Juridisch-technische analyse en interviews vormen de methoden van dataverzameling in het onderzoek naar de afstemming met andere wettelijke regelingen.

Om het robuuste onderzoeksdesign te completeren is een afsluitende expertmeeting gehouden met deskundigen uit het beleidsmatige veld, het juridische veld en het maatschappelijke middenveld. De expertmeeting heeft plaatsgevonden nadat de gegevens met betrekking tot de vraagstellingen zijn verzameld, zodat langs deze weg een gefundeerd en een breed door het veld gedragen oordeel over de doelbereiking van de Kwaliteitswet zorginstellingen heeft kunnen plaatsvinden. De conclusies en aanbevelingen die hieronder gepresenteerd worden zijn mede gebaseerd op het resultaat van de expertmeeting.

3 Bevindingen

In dit onderzoek staat centraal de vraag naar de doelbereiking van de Kwaliteitswet zorginstellingen (art. 26 KZI: doeltreffendheid en effectiviteit). In het licht van de bevindingen wordt hieronder eerst een algemene conclusie geformuleerd. Vervolgens komen specifieke conclusies aan de orde, met daarop gebaseerde aanbevelingen.

Algemene conclusies

De Kwaliteitswet zorginstellingen is onder zorgaanbieders en andere partijen die bij het kwaliteitsbeleid in de zorg betrokken zijn goed bekend. Bijna alle zorgaanbieders, patiënten/consumentenorganisaties en zorgverzekeraars zijn op enigerlei wijze met de Kwaliteitswet zorginstellingen aan de slag gegaan. Bijna unaniem is men van mening dat de wet een goed kader biedt voor het vormgeven en implementeren van het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen, in samenhang met de andere spelers en ontwikkelingen in de regio. In zoverre heeft de wet aan een belangrijk doel beantwoord: het neerleggen van de primaire verantwoordelijkheid bij de zorgaanbieder. Die verantwoordelijkheid wordt genomen, zowel door zorgaanbieders als door de andere actoren in het veld. Alleen de zorgverzekeraars kunnen nog niet goed uit de voeten met de verantwoordelijkheid die zij op het vlak van de Kwaliteitswet zorginstellingen hebben.

Zorgaanbieders en hun brancheorganisaties zijn van mening dat zij de afgelopen jaren talrijke activiteiten hebben ondernomen om aan de wettelijke regels van de Kwaliteitswet zorginstellingen invulling te geven. De vraag is in welke mate deze activiteiten hebben geleid tot een implementatie van het door de wet beoogde cyclische proces van kwaliteitsbewaking en –verbetering. De conclusie is gerechtvaardigd dat de energie en de activiteiten van de afgelopen jaren hoofdzakelijk een procedureel karakter hebben gekregen. Met de operationalisatie van het begrip verantwoorde zorg is een aanvang gemaakt, maar van een transparant stelsel van normeringen is in geen van de onderzochte sectoren nog sprake. Ook het incorporeren van het patiëntenperspectief gebeurt nog niet systematisch. Er is veel tijd gestopt in het discussiëren over en het ontwikkelen van kwaliteitssystemen. De daaraan in het systeem van de wet gekoppelde vervolgstappen (toetsen en waar nodig verbeteren van de praktijk) zijn nog maar in beperkte mate gezet, waardoor over het werkelijke niveau van de kwaliteit van zorg nog niet veel te zeggen valt. Mede om die redenen komt ook de functie van het kwaliteitsjaarverslag nog niet uit de verf.

Deze stand van zaken kan aanleiding geven tot een gevoel van teleurstelling, zeker nu de wettelijke plichten die de Kwaliteitswet zorginstellingen op de zorgaanbieder legt ook al in eerdere regelgeving was opgenomen (met uitzondering van het kwaliteitsjaarverslag) en er al sinds het eind van de jaren tachtig op vele niveaus (waaronder dat van de Leidschendamconferenties) aanzetten zijn gegeven voor zowel de procedure als de inhoud van een goed kwaliteitsbeleid. In dat licht kan gemakkelijk worden geconcludeerd dat het proces van implementatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen minder ver gevorderd is dan wenselijk is. Aan de andere kant moet de weerbarstigheid van de materie niet worden onderschat. Bijvoorbeeld waar het gaat om kwaliteitssystemen is het niet alleen van belang deze te ontwikkelen, maar ook om te testen of deze systemen daadwerkelijk werken. Dat kan zeer veel tijd vergen. Lastig is bovendien dat de invulling van de wet niet alleen afhankelijk is van elke individuele instelling die onder de wet valt, maar juist ook van het samenspel tussen organisaties op landelijk/sectoraal, regionaal en lokaal niveau. Het is immers niet de bedoeling dat elke instelling het wiel uitvindt. Blijkens de in 2000 uitgevoerde evaluatie van de Leidschendam-afspraken uit 1995 (Gruijter, 2000) is het bedoelde samenspel nog maar in beperkte mate gerealiseerd.

De vraag kan worden gesteld in hoeverre de gesignaleerde vertragingen in de implementatie van kwaliteitsbeleid op instellingsniveau (mede) worden veroorzaakt door het systeem of de inhoud van de wet. Met betrekking tot de inhoud van de wet zijn daarvoor geen aanwijzingen gevonden. De wet wordt alom beschouwd als een werkbaar en nuttig ‘middel’ (dit met uitzondering van de kleine samenwerkingsverbanden, die moeite hebben zich als een instelling te zien). Het systeem van de wet, de geconditioneerde zelfregulering, heeft mogelijk wel een relatie met de nog gebrekkige stand van zaken anno 2001. Het lijkt erop dat de koppeling die de wet beoogt tussen de activiteiten van de zorginstellingen zelf en de voorzetten en systemen die worden ontwikkeld op landelijk of sectoraal niveau, nog onvoldoende goed functioneert, waardoor een of meer spelers uit het veld een afwachtende houding aannemen. Dit laat zien dat de Kwaliteitswet zorginstellingen geen autonoom werkende regeling is. De mate van succes van deze wet is in hoge mate afhankelijk van de bereidheid van het veld om de toegedeelde verantwoordelijkheid te nemen, en van de snelheid waarmee ontwikkelingen kunnen worden gerealiseerd. De enigszins teleurstellende stand van zaken met betrekking tot de realisatie van de doelstellingen en bepalingen van de Kwaliteitswet zorginstellingen heeft daarmee te maken.

Dit roept de vraag op of de systematiek van de geconditioneerde zelfregulering voldoet. Is, met andere woorden, de wetgever met de Kwaliteitswet zorginstellingen op het spectrum tussen een directieve aanpak van de overheid en het geven van verantwoordelijkheid aan het veld, niet te veel doorgeschoten in de laatste richting? Deze vraag is op grond van het uitgevoerde onder-

zoek niet eenvoudig te beantwoorden. Wel kan worden opgemerkt dat de ervaringen met het systeem voorafgaand aan de Kwaliteitswet zorginstellingen, in welk systeem de overheid een grotere rol had, niet gunstig waren. Het gaat om een taak en verantwoordelijkheid die eigenlijk alleen maar door het veld kan worden gerealiseerd. Een aantrekkelijk alternatief voor het in de Kwaliteitswet zorginstellingen gekozen stelsel van geconditioneerde zelfregulering komt dan ook niet in beeld.

Samengevat:

1. Het samenspel tussen landelijke organisaties van zorgaanbieders, patiënten/consumentenorganisaties en zorgverzekeraars enerzijds en de wettelijke verantwoordelijkheden van de zorgaanbieders anderzijds, alsmede de implementatie van de KZI door de zorgaanbieders, zijn de afgelopen jaren te vrijblijvend gebleven;
2. De aandacht en energie van de betrokken partijen zijn de afgelopen jaren te sterk gericht geweest op procedurele aspecten. Er is nog te weinig aandacht en energie besteed aan de resultaten van het kwaliteitsbeleid (c.q. aan methoden om deze resultaten te bepalen).
3. De taken en verantwoordelijkheden van een aantal actoren zijn nog onvoldoende uit de verf gekomen.

Om in deze situatie verandering te brengen behoeft de inhoud of de systematiek van de KZI niet te worden gewijzigd. Wel zijn andere maatregelen nodig om de doelstellingen van deze wet, en die van het kwaliteitsbeleid in het algemeen, te realiseren. De nadruk komt daarbij te liggen op het bevorderen van de implementatie van het gedachtegoed van de wet. Dit leidt tot de volgende algemene conclusies en aanbevelingen.

Conclusie 1:
Hoewel de ontwikkelingen per sector verschillen, is in het algemeen sprake van een achterstand met betrekking tot het realiseren van het door de KZI beoogde cyclisch proces van kwaliteitsbewaking en -verbetering. Zorgaanbieders en hun brancheorganisaties hebben nog (lang) niet alle fasen van het in de KZI beoogde cyclische proces van kwaliteitsbewaking- en verbetering gerealiseerd. Dit geldt met name ook voor de fase van het meten en verwerken van resultaten.

Aanbeveling 1:
Zorgaanbieders die onder de wet vallen moeten actiever zijn in het realiseren van het cyclische proces van kwaliteitsbewaking en –verbetering. In aanvulling daarop behoren de branchorganisaties van zorgaanbieders, al dan niet sectorgewijs, inhoud te geven aan een regiefunctie. Te denken valt aan een instantie of voorzieningen die de kwaliteitsontwikkelingen kunnen coördineren, monitoren en ondersteunen. In dat kader moet tevens worden voorzien in zorgbrede mogelijkheden voor accreditatie of certificatie. De rol en de functie van de Stichting HKZ bij het stimuleren van de toepassing van certificatie- en beoordelingsschema's in de verschillende sectoren kan verder versterkt worden. Voor wat betreft de ziekenhuizen kan daarbij aangesloten worden op de NIAZ-accreditatie.

Conclusie 2:
Het patiëntenperspectief wordt nog te weinig geïncorporeerd in de operationalisatie van verantwoorde zorg.

Aanbeveling 2:
Brancheorganisaties dienen op landelijk niveau landelijke koepels van patiënten/consumentenorganisaties systematisch te betrekken bij de ontwikkeling van landelijke richtlijnen en protocollen. Bij de ontwikkeling van regionale richtlijnen en protocollen behoren de

RPCP's nauwer te worden betrokken. Op instellingsniveau moet de betrokkenheid van cliëntenraden bij de vaststelling van kwaliteitsnormen en mission statements worden gestimuleerd.

Conclusie 3:
De taken en verantwoordelijkheden van patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars komen nog onvoldoende uit de verf. Deze partijen geven nog niet op duidelijke en eenduidige wijze invulling aan hun toetsende rol met betrekking tot het kwaliteitsbeleid van de zorgaanbieders. Patiëntenorganisaties zijn nog niet goed toegerust en de verantwoordelijkheden van de zorgverzekeraar voor de kwaliteit van zorg zijn nog niet duidelijker genoeg in de wetgeving verankerd. Dit laatste is te meer van belang gelet op de belangrijke rol die de zorgverzekeraars krijgen in het nieuwe zorgstelsel (Nota Vraag aan bod, 2001).

Aanbeveling 3:
Patiëntenorganisaties dienen door de overheid beter toegerust worden om invulling te kunnen geven aan hun toetsende rol met betrekking tot het kwaliteitsbeleid. De verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar ten aanzien van de kwaliteit van zorg dient duidelijker in de wetgeving verankerd te worden.

Conclusie 4:
Het terugtreden van de overheid in het kader van het kwaliteitsbeleid behoort te worden 'gecompenseerd' door een alert en actief toezicht door de Inspectie. Alleen op basis van een helder beleid en een krachtdadige aanpak van de Inspectie kan op een meer intensieve wijze de naleving van de KZI worden bewaakt. Een recent voorbeeld, waarbij de Inspectie in de sector van de verpleeghuizen een 'ultimatum' stelde met betrekking tot het ontwikkelen van kwaliteitsnormen, kan model staan.

Aanbeveling 4:
Het beleid van de Inspectie behoort te worden gericht op de bepleite mate van toezicht. De Inspectie moet qua mensen en middelen in staat worden gesteld dit toezicht uit te oefenen.

Conclusie 5:
Hoewel de effectiviteit ervan verbeterd kan worden, is het landelijk overleg van partijen dat de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden in het kader van de zogenaamde Leidschendamconferenties een belangrijk hulpmiddel bij het op het niveau van de instellingen realiseren van de bepalingen en intenties van de Kwaliteitswet.

Aanbeveling 5:
De overheid dient het landelijk overleg tussen de partijen in het kader van de Leidschendamconferenties te blijven faciliteren.

Aldus zou worden bereikt dat zowel de <u>eigen verantwoordelijkheid</u> als de <u>regiefunctie</u> van de zorgaanbieders inzake de kwaliteit van zorg, de <u>toetsende rol</u> van patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars en het <u>toezicht</u> door de Inspectie worden geaccentueerd. De overheid dient te blijven stimuleren dat alle partijen hun verantwoordelijkheden nakomen en kan dit proces op verschillende manieren faciliteren, onder meer via een vervolg van het landelijk overleg tussen de partijen in het kader van de Leidschendamconferenties.

Specifieke conclusies

In aansluiting op de hiervoor genoemde algemene conclusies en aanbevelingen kunnen de volgende conclusies en aanbevelingen met betrekking tot meer specifieke aspecten van de KZI worden geformuleerd.

Conclusie 6:

Kleinere samenwerkingsverbanden, zoals duopraktijken, paramedische praktijken, kleinere gezondheidscentra e.d. ervaren de Kwaliteitswet zorginstellingen als moeilijk toepasbaar. Gelet op de afbakening tussen de reikwijdte van de Kwaliteitswet zorginstellingen en die van de Wet BIG is het niet verstandig deze kleinere samenwerkingsverbanden uit de Kwaliteitswet zorginstellingen te halen. Wel moet worden bezien op welke wijze de werkbaarheid van de Kwaliteitswet zorginstellingen voor deze verbanden kan worden verbeterd.

Aanbeveling 6:

Er moet een stimuleringsbeleid worden ontwikkeld dat erop gericht is de werkbaarheid van de Kwaliteitswet in kleine(re) samenwerkingsverbanden in de gezondheidszorg te verbeteren.

Conclusie 7:

Slechts een deel van de taken van de GGD valt onder de werking van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Het onderscheid tussen de taken die wel/niet onder de KZI vallen, is binnen de GGD lastig hanteerbaar. Bovendien belemmert het onderscheid een integrale aanpak van het kwaliteitsbeleid binnen de GGD en het integraal toezicht door de Inspectie. Door de schaalvergroting van GGD'en zijn gemeenten ook steeds minder in staat om voldoende toezicht uit te oefenen.

Aanbeveling 7:

Alle taken van de GGD dienen onder de werking van de Kwaliteitswet zorginstellingen te worden gebracht.

Conclusie 8:

Het komt in toenemende mate voor dat nauw met de kwaliteit van zorg verbonden taken niet (langer) worden uitgeoefend door een instelling als bedoeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen, maar worden 'uitbesteed' aan een aparte instantie, als een indicatieorgaan of een call-centre.

Aanbeveling 8:

Instanties als een indicatieorgaan of een call-centre, aan wie taken zijn uitbesteed die nauw met de kwaliteit van zorg verbonden zijn, behoren onder de werking van de wet te worden gebracht.

Conclusie 9:

In het geval van ketenzorg verdienen de daaraan inherente kwaliteitsaspecten bijzondere aandacht. Deze aspecten overstijgen de verantwoordelijkheden van elk van de in de keten participerende zorginstellingen en kunnen daardoor gemakkelijk uit het oog worden verloren. De doelstellingen van de wet worden alleen gerealiseerd als de participerende zorginstellingen de keten beschouwen als een instelling in de zin van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de in het kader van de keten te maken kwaliteitsafspraken daarop afstemmen.

Aanbeveling 9:

De keten behoort als instelling in de zin van de Kwaliteitswet zorginstellingen beschouwd te worden. Overwogen kan worden dit wettelijk te regelen, bijvoorbeeld vergelijkbaar met de wijze waarop de artikelen 14 e.v. van de Wet op de Jeugdhulpverlening de verantwoordelijkheden van 'samenwerkingsverbanden' regelen.

Conclusie 10:
De bedoeling van het door de wet voorgeschreven kwaliteitsjaarverslag komt nog niet uit de verf. Ondanks de in de afgelopen jaren opgestelde modellen voor zo'n verslag, is van eenvormigheid nog geen sprake. De informatie uit de jaarverslagen is veelal globaal en gericht op procedures in plaats van resultaten.

Aanbeveling 10:
Er behoren richtlijnen te worden ontwikkeld voor kwaliteitsjaarverslagen, met als uitgangspunt het geven van beter inzicht in het kwaliteitsbeleid en de resultaten daarvan dan thans het geval is.

Conclusie 11:
Mede door het gestelde in conclusie 9 is de wijze waarop externe partijen met het kwaliteitsjaarverslag omgaan nog niet optimaal. De mogelijkheden tot het geven van feedback op het kwaliteitsjaarverslag door deze externe partijen worden nog niet voldoende benut. Bovendien is het zo dat artikel 5 KZI nalaat te bepalen dat de zorgaanbieder ook aan de zorgverzekeraar het kwaliteitsjaarverslag moet zenden.

Aanbeveling 11:
Het geven van feedback door externe partijen op het kwaliteitsjaarverslag dient bevorderd te worden. In artikel 5 moet de zorgverzekeraar opgenomen worden als één van de externe partijen aan wie het kwaliteitsjaarverslag dient te worden toegezonden.

Conclusie 12:
Er zijn juridische vragen en onduidelijkheden over de (on)mogelijkheden van de handhavingsinstrumenten bevel en aanwijzing. Ook de relatie tussen deze instrumenten en de mogelijkheid van bestuursdwang roept vragen op. Mede hierdoor wordt van deze instrumenten zeer weinig gebruikgemaakt.

Aanbeveling 12:
Het is gewenst meer helderheid te brengen ten aanzien van de toepassing van de handhavingsinstrumenten bevel en aanwijzing en over de relatie tussen deze instrumenten en de mogelijkheid van bestuursdwang. Het beleid behoort er meer op gericht te zijn dat de instrumenten bevel en aanwijzing onderdeel te zijn van een traject met vervolgstappen en een eindpunt.

Conclusie 13:
De aanbevelingen bij 11 nemen niet weg dat ook in een situatie van juridische helderheid over de (on)mogelijkheden van de instrumenten bevel en aanwijzing, deze toch altijd als uiterste middel zullen worden gezien.

Aanbeveling 13:
Het sanctie-instrumentarium van de Inspectie moet worden uitgebreid met minder zware middelen. Aansluiting kan worden gezocht bij de voorstellen van de Adviescommissie IGZ ter zake. Daarnaast blijft de gebruikmaking van de bevoegdheid tot het opleggen van dwangsommen mogelijk. De mogelijkheden van deze bevoegdheid moeten beter worden benut.

Conclusie 14:
In een aantal sectoren heeft het veld nog onvoldoende kwaliteitsnormen ontwikkeld. Het risico bestaat dat dat de handhavende instanties de neiging vertonen op te treden als regelgevers. Dat is echter niet hun taak en verantwoordelijkheid.

Aanbeveling 14:
De ontwikkeling van kwaliteitsnormen is de verantwoordelijkheid van het veld. Waar die verantwoordelijkheid niet genomen wordt, behoren overheid en Inspectie krachtiger op te treden.

Conclusie 15:
De Wet klachtrecht opent de mogelijkheid dat een ziekenhuis en de daarin werkzame, vrijgevestigde specialisten aangesloten zijn bij verschillende klachtencommissies. Dit kan ertoe leiden dat het voeren van een integraal kwaliteitsbeleid door ziekenhuizen wordt bemoeilijkt.

Aanbeveling 15:
Het verdient aanbeveling de Wet klachtrecht zo aan te passen dat het ziekenhuis het centrale klachtenadres wordt, naar analogie van de wijze waarop in art. 1 lid 3 KZI de relatie tussen ziekenhuis en maatschap wordt geregeld.

Conclusie 16:
De mogelijkheden om de relatie tussen klachten en kwaliteitsbeleid uit te werken, bijvoorbeeld in een gezamenlijk verslag, wordt bemoeilijkt door de wettelijke verschillen betreffende het tijdstip waarop de verplichte jaarverslagen gereed moeten zijn (1 april volgens de Wet klachtrecht, 1 juni volgens de KZI).

Aanbeveling 16
De tijdstippen waarop in de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet Klachtrecht de verplichte jaarverslagen gereed moeten zijn, kunnen beter gelijkgetrokken worden.

Conclusie 17:
Andere wetten verplichten de zorgaanbieder tot activiteiten die behulpzaam kunnen zijn bij het naleven van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Te denken valt aan de Wgbo (het operationaliseren van de daarin genoemde patiëntenrechten), de Wet klachtrecht (het betrekken van klachten bij de vormgeving van het kwaliteitsbeleid) en de Wet medezeggenschap (het installeren van een cliëntenraad die een wettelijk recht van verzwaard advies heeft met betrekking tot het kwaliteitsbeleid van de instelling). Eerdere evaluaties van deze wetten laten zien dat aan de naleving daarvan op de genoemde punten nog het nodige schort.

Aanbeveling 17:
De zorgaanbieders behoren aangesproken te worden op de naleving van andere wetten die tot activiteiten verplichten, die behulpzaam kunnen zijn bij het naleven van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

1

Opzet van het evaluatieonderzoek

1.1 Aanleiding

Aanleiding tot de uitvoering van het evaluatieonderzoek is artikel 26 van de Kwaliteitswet zorginstellingen die bepaalt dat de regering binnen vijf jaar na de inwerkingtreding van de wet aan de Staten Generaal een verslag zendt over de doeltreffendheid en de effectiviteit van de Kwaliteitswet zorginstellingen in de praktijk.

De Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI) neemt in het kader van de regulering van de kwaliteit van zorg in instellingen een belangrijke plaats in. Kenmerkend voor deze wet is dat een grote mate van verantwoordelijkheid wordt gegeven aan de partijen in het veld, en in het bijzonder aan de zorgaanbieder. Het is de zorgaanbieder die, in de context van de huidige verantwoordelijkheidsverdeling op het terrein van de kwaliteitsbewaking en –bevordering, de kaderstellende bepalingen van de Kwaliteitswet zorginstellingen moet 'invullen'. Een evaluatie van de wet behoort zich primair te richten op de wijze waarop de zorgaanbieder deze verantwoordelijkheid uitvoert en op de samenhang met andere aspecten (zoals de taak en verantwoordelijkheid van andere actoren en de betekenis van gerelateerde wetgeving op het vlak van kwaliteit en patiëntenrechten).

Het evaluatieonderzoek regelgeving Kwaliteitswet zorginstellingen kan lacunes en knelpunten aan het licht brengen op verschillende niveaus:
- het niveau van de wettekst (helderheid, consistentie, uitvoerbaarheid);
- het niveau van de instelling/zorgaanbieder;
- het niveau van de 'omgevingsfactoren'.

1.2 Probleemstelling en onderzoeksvraagstellingen

De Kwaliteitswet zorginstellingen speelt als kaderwet een belangrijke rol in het nieuwe systeem van geconditioneerde zelfregulering via haar 'dynamisch karakter' en 'geconditioneerd stimuleren' tot de invoering van kwaliteitssystemen. Bij dit systeem van geconditioneerde zelfregulering is een essentiële rol voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) weggelegd. De Kwaliteitswet zorginstellingen bevat voor zorgaanbieders verplichtingen, maar die verplichtingen moeten worden gezien tegen de achtergrond van een beleid inzake de kwaliteit van zorg waarin er nadrukkelijk voor gekozen is de taken en verantwoordelijkheden van verschillende partijen in het veld in samenhang te accentueren: zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties. In het licht van het bovenstaande is de probleemstelling van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen tweeledig:

- In hoeverre draagt de Kwaliteitswet zorginstellingen ertoe bij dat het doel van kwaliteitsbewaking- en bevordering wordt bereikt?
- In hoeverre bestaat er een optimale verhouding tussen de Kwaliteitswet zorginstellingen en andere (wettelijke) instrumenten gericht op kwaliteitsbewaking- en bevordering?

De probleemstelling mondt uit in de volgende onderzoeksvraagstellingen:

1. In hoeverre biedt de Kwaliteitswet zorginstellingen een helder instrumentarium om het doel van kwaliteitsbewaking en –bevordering te bereiken binnen het (be)sturingssysteem van geconditioneerde zelfregulering met decentrale uitvoering? Hoe moet worden geoordeeld over de systematiek, de helderheid en de reikwijdte van de wet?
2. In hoeverre voldoen de instellingen aan de verplichtingen van de Kwaliteitswet zorginstellingen (betreffende organisatie van de zorgverlening, verdeling van verantwoordelijkheden, wijze van kwaliteitsbewaking, -beheersing en -verbetering, verantwoording kwaliteitsbeleid) om verantwoorde zorg te verlenen (zorg van een goed niveau die in ieder geval doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht en afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt) op een gestructureerde procesmatige wijze via de toepassing van een kwaliteitssysteem?
3. Wat zijn de effecten en neveneffecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen op de kwaliteit van de door de instellingen verleende zorg in de regio? In hoeverre is hierbij sprake van seksespecifieke aspecten, verschillen bij groepen met een lage economische status en/of bij allochtone bevolkingsgroepen, en zo ja, waar worden die door veroorzaakt? Hoe is de verhouding tussen de wettelijke verantwoordelijkheden van de zorgaanbieder en de betrokkenheid van andere actoren in het kader van het kwaliteitsbeleid?
4. Hoe verloopt toezicht en wetshandhaving als essentieel onderdeel van het beoogde systeem van kwaliteitsbewaking en –bevordering in de Kwaliteitswet zorginstellingen en op welke wijze vervult de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) de aan haar toegekende verantwoordelijkheid in dezen?
5. Hoe is de verhouding van de Kwaliteitswet zorginstellingen met andere wettelijke regelingen (WKCZ, WMCZ, Wet BIG, Wet Bopz, WGBO, Welzijnswet, WOG) die direct van belang zijn voor het realiseren van de doelstellingen van de Kwaliteitswet zorginstellingen?

1.3 Opzet van het onderzoek

1.3.1 Combinatie van wetsevaluatie en beleidsevaluatie

Bij de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen dient bij de meting van de doeltreffendheid van de wettelijke verplichtingen en van de effecten van de wet ook aandacht te zijn voor de vraag in hoeverre de instellingen (zowel op koepelniveau als de individuele leden) de wet als stimulerend ervaren hebben bij de invoering van kwaliteitssystemen. Daarom is bij de opzet gekozen voor een combinatie van wetsevaluatie en beleidsevaluatie. Er is in de opzet niet alleen aandacht voor een positionering van de wet ten opzichte van de instelling (waar de wettekst zich toe beperkt) maar ook ten opzichte van andere relevante krachten in het spel.

Vanwege het systeem van geconditioneerde zelfregulering, is bij de evaluatie van de regelgeving Kwaliteitswet zorginstellingen:

- enerzijds rekening gehouden met mogelijk verschillende uitwerkingen per sector (het maatschappelijk middenveld is per sector georganiseerd en de betrokken actoren worden - binnen het systeem van geconditioneerde zelfregulering - geacht om per sector hun onderscheiden verantwoordelijkheden te nemen) met name waar het gaat om de doeltreffendheid van de wettelijke verplichtingen;

- anderzijds rekening gehouden met verschillende uitwerkingen per regio (decentrale uitvoering) met name waar het gaat om de effecten van de wet.

En tenslotte vormt de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg bij de toezicht en wetshandhaving het sluitstuk van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

1.3.2 Een robuust onderzoeksdesign

Bij de opzet van het onderzoek is gekozen voor een robuust onderzoeksdesign, waarbij elke onderzoeksvraagstelling via twee of meer methoden van dataverzameling onderzocht is, om aldus tot een gefundeerde evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen te komen.

Allereerst is de context en inhoud van de Kwaliteitswet zorginstellingen onderzocht via juridisch-technische analyse, literatuurstudie en interviews.

De vraagstellingen met betrekking tot de naleving en de (neven)effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen zijn onderzocht via een combinatie van de volgende methoden van dataverzameling:
- Secundaire analyse van eerdere onderzoeken die in het kader van de Leidschendamconferentie 2000 gehouden zijn.
- Analyse van relevante beleidsdocumenten, verkregen via onder meer regionale literatuurscans en een landelijke search.
- Interviews met vertegenwoordigers van alle relevante landelijke brancheorganisaties van zorgaanbieders, landelijke patiënten/consumentenorganisaties, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), ministerie van VWS, Interprovinciaal Overleg (IPO) en Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG).
- Een aanvullende enquête onder de zorgaanbieders in alle relevante sectoren van de gezondheidszorg.
- Regionale bijeenkomsten met regionale vertegenwoordigers van zorgaanbieders, regionale patiënten/consumentenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgkantoren.

Het toezicht en de handhaving zijn onderzocht via jurisprudentieonderzoek en casestudies, literatuuronderzoek, analyse van beleidsdocumenten en interviews.

Juridisch-technische analyse en interviews vormen de methoden van dataverzameling in het onderzoek naar de afstemming met andere wettelijke regelingen.

Om het robuuste onderzoeksdesign te completeren is een afsluitende expertmeeting gehouden met deskundigen uit het beleidsmatige veld, het juridische veld en het maatschappelijke middenveld. De expertmeeting heeft plaatsgevonden nadat de gegevens met betrekking tot de vraagstellingen zijn verzameld, zodat langs deze weg een gefundeerd en een breed door het veld gedragen oordeel over de doelbereiking van de Kwaliteitswet zorginstellingen heeft kunnen plaatsvinden. De resultaten van de expertmeeting hebben allereerst geleid tot aanvullingen in de evaluatie van de onderzoeksgroep. En de conclusies en aanbevelingen die in het afsluitende hoofdstuk gepresenteerd worden zijn mede gebaseerd op het resultaat van de expertmeeting.

1.3.3 De deelonderzoeken

Het evaluatieonderzoek regelgeving Kwaliteitswet zorginstellingen is opgebouwd uit vijf deelonderzoeken.

Deelonderzoek 1
Context en inhoud van de Kwaliteitswet zorginstellingen
In het eerste deelonderzoek staat de probleemstelling aangaande de doelbereiking van de Kwaliteitswet zorginstellingen centraal via een analyse van de wetsystematiek, het instrumentarium, de implementatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Hierbij wordt met name aandacht besteed aan de volgende thema's: reikwijdte van de wet (in het bijzonder met betrekking tot de openbare gezondheidszorg en GGD), helderheid van wettelijke begrippen, verhouding wetgeving – zelfregulering, operationalisering van het begrip verantwoorde zorg en de voorbereiding, uitvoering en implementatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen (waaronder voorlichting).

In deelonderzoek 1 is de essentie van de wet, te weten de bedoeling van de wetgever en de bestuurlijke verantwoordelijkheidstoedeling, nadrukkelijk in het onderzoek betrokken: de rol van de overheid in randvoorwaardelijke sfeer via borging van publieke belangen, functionele decentralisatie naar het maatschappelijk middenveld en territoriale decentralisatie naar de regio's. Deelonderzoek 1 vormt de basis voor de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Het schept het kader waarop in de andere deelonderzoeken wordt voortgebouwd.
De context en inhoud van de Kwaliteitswet zorginstellingen is onderzocht door middel van analyse van de parlementaire geschiedenis (wettekst en parlementaire stukken), jurisprudentieonderzoek, analyse van juridische en beleidswetenschappelijke literatuur op het gebied van wetgevingsbeleid, zelfregulering en normstelling, analyse van beleidsdocumenten van overheid en brancheorganisaties van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties en interviews met betrokkenen bij de voorbereiding van de (implementatie van de) Kwaliteitswet zorginstellingen. In hoofdstuk 2 wordt verslag gedaan van deelonderzoek 1.

Deelonderzoek 2
De naleving van de Kwaliteitswet zorginstellingen
Deelonderzoek 2 richt zich op de naleving van de verplichtingen van de instellingen die voortvloeien uit de Kwaliteitswet zorginstellingen. De wettelijke verplichtingen van de zorgaanbieder vormen een overzichtelijk geheel. De naleving van de wettelijke verplichtingen is in alle sectoren van de gezondheidszorg die onder de reikwijdte van de Kwaliteitswet zorginstellingen vallen afzonderlijk onderzocht, waarna algemene conclusies getrokken worden met betrekking tot de doeltreffendheid van de wettelijke verplichtingen.
In het kader van deelonderzoek 2 is een landelijke interviewronde gehouden met vertegenwoordigers van de landelijke koepels van de actoren die bij de Kwaliteitswet zorginstellingen betrokken zijn over de naleving van de aan hen toegekende verantwoordelijkheden: landelijke organisaties van zorgaanbieders, patiënten/consumentenorganisaties, Zorgverzekeraars Nederland en de overheid.
Ter aanvulling op de gegevens van de landelijke interviewronde is er een enquête uitgezet waarin per instelling en per sector gegevens zijn verzameld over de naleving en effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen.
En verder zijn de resultaten van een tweetal evaluatieonderzoeken ter voorbereiding van de Leidschendamconferentie 2000 in opdracht van het Landelijk Coördinatiepunt Kwaliteit Zorgsector (LCKZ) in dit deelonderzoek betrokken: een onderzoek (door het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) naar de stand van zaken rond de invoering van kwaliteitssystemen in de onderscheiden sectoren van de gezondheidszorg en een schriftelijke enquête (door het Verwey-Jonker Instituut) gevolgd door interviews met de koepels van

zorgaanbieders in alle sectoren van de gezondheidszorg over de stand van zaken met betrekking tot o.a. operationalisering van verantwoorde zorg in toetsbare en meetbare termen, zorgspecificatie en systeemspecificatie van kwaliteitssystemen, transparantie van het kwaliteitsbeleid en informatie over kwaliteit van zorgverlening aan derden (patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, overheden).
Er heeft ook een inhoudsanalyse plaatsgevonden van de kwaliteitsjaarverslagen via de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
Tenslotte is een literatuursearch verricht naar uitgevaardigde AMvB, bevelen of aanwijzingen.
Van de resultaten van deelonderzoek 2 wordt in hoofdstuk 3 verslag gedaan.

Deelonderzoek 3
Het samenspel in de regio.
Effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen
De effecten en de neveneffecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen op de kwaliteit van de door de instellingen verleende zorg staan in dit deelonderzoek centraal. Daarbij is ook de verhouding tussen de wettelijke verantwoordelijkheden van de zorgaanbieder en de betrokkenheid van andere actoren in het kader van het kwaliteitsbeleid onderzocht. Conform de systematiek van geconditioneerde zelfregulering met decentrale uitvoering heeft de dataverzameling regionaal plaats gevonden in elk van de 28 RPCP-regio's. Hierbij is evenals in deelonderzoek 2 ook aandacht besteed aan de effecten en neveneffecten van de wet in de onderscheiden sectoren van de gezondheidszorg.
Er heeft allereerst een secundaire analyse plaats gevonden van de resultaten van 19 regionale conferenties in 23 WZV-regio's over de voortgang van het kwaliteitsbeleid die door het Verwey-Jonker Instituut in samenwerking met het LCKZ gehouden zijn ter voorbereiding op de Leidschendamconferentie 2000.
Vervolgens is via een literatuurscan in elke regio onderzoek gedaan naar mogelijke contextvariabelen die het al dan niet bereiken van de doelstellingen van de Kwaliteitswet zorginstellingen beïnvloed hebben.
Tenslotte is in elk van de 28 regio's een bijeenkomst met vertegenwoordigers van zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars gehouden om per regio de vraagstellingen te beantwoorden met betrekking tot de effecten en neveneffecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen op de kwaliteit van de door de instellingen verleende zorg.
In hoofdstuk 4 wordt verslag gedaan van deelonderzoek 3.

Deelonderzoek 4
Toezicht en handhaving
Het deelonderzoek naar het toezicht en de wetshandhaving spitst zich toe op de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Hierbij zijn verschillende invalshoeken gekozen: (1) de relatie tussen de verantwoordelijkheid van het maatschappelijk middenveld enerzijds en de overheid/toezichthouder anderzijds en (2) de verhouding tussen de IGZ-taak krachtens de Kwaliteitswet zorginstellingen en de IGZ-taken uit aanpalende wettelijke regelingen en (3) de wijze waarop de IGZ in de praktijk het toezicht vormgeeft. De thematiek wordt benaderd vanuit de voorwaarden voor een goed toezichtregime, in relatie tot de huidige (on)mogelijkheden van de IGZ (en in het bijzonder de mate waarin de toezichthouder geïnformeerd is, de systematiek van het werkelijke toezicht en de daarmee verband houdende beleidsregels).
In het kader van deelonderzoek 4 heeft allereerst een analyse plaatsgevonden van wetgeving en parlementaire stukken met betrekking tot onder meer de strekking van de handhavinginstrumenten in de Kwaliteitswet zorginstellingen en aanpalende wetgeving en de wijze waarop de IGZ op de hoogte kan raken van gebreken in de zorg en de beleidsregels van de IGZ zelf (Leidraad meldingen).
Daarnaast zijn rapportages over de Inspectie voor de Gezondheidszorg (Nationale ombudsman 1997; Algemene Rekenkamer, 1999) aan een nadere analyse onderworpen, evenals casestu-

dies betreffende door de IGZ ondernomen acties op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen (formele stappen: bevel, aanwijzing; informele stappen: onderzoek/acties naar aanleiding van klachten/signalen/meldingen).
Vervolgens zijn interviews met de in de casestudies betrokken IGZ-inspecteurs en instellingsmanagement gehouden.
De rol van de IGZ in relatie tot het maatschappelijk middenveld en de minister van VWS is aan de orde gesteld in de landelijke interviewronde (deelonderzoek 2) en de regionale bijeenkomsten (deelonderzoek 3).
De resultaten van deelonderzoek 4 worden in hoofdstuk 5 besproken.

Deelonderzoek 5

Afstemming met andere wetten

De Kwaliteitswet zorginstellingen kan niet los worden gezien van andere wettelijke regelingen die van invloed zijn op de kwaliteit van de zorg. De Kwaliteitswet zorginstellingen biedt een algemeen kader, maar zowel ten aanzien van de plichten van de zorgaanbieder als de toezichthoudende taken en de bevoegdheden van de IGZ zijn in andere wettelijke regelingen meer specifieke bepalingen te vinden. Voorts geven deze wetten ook andere actoren een rol op het gebied van de kwaliteit (zoals cliëntenraden en zorgverzekeraars), zijn er belangrijke inhoudelijke verbindingen tussen verschillende wetten (zoals de relatie klachtrecht en kwaliteitsbeleid) en bestaat de kans op overlap van handhavingregimes. Om de werking van de Kwaliteitswet zorginstellingen goed te kunnen beoordelen, is een analyse van deze wet in relatie tot andere relevante regelingen uitgevoerd. Het betrof regelingen die direct van belang zijn voor het realiseren van de doelstellingen van de Kwaliteitswet zorginstellingen, zoals de Wet klachtrecht cliënten zorgsector, de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, de Welzijnswet en de Wet op de geneesmiddelenvoorziening. Deze regelingen zijn vergeleken op terminologie, normstelling, systematiek en samenhang. Daarnaast is een analyse uitgevoerd van de verdeling van verantwoordelijkheden in de verschillende wetten (management, beroepsbeoefenaren, IGZ, zorgverzekeraars, cliëntenraden, patiënten/consumentenorganisaties), de verhouding tussen handhavingregimes, Kwaliteitswet zorginstellingen / Wet BIG en andere wegen om (vermeende) gebreken in de zorg aan de orde te stellen (in het bijzonder klachtrecht). Centraal daarbij stond de consistentie, de eenduidigheid van de normstellingen en de verdeling van verantwoordelijkheden.
Er is een juridisch-technische analyse uitgevoerd met betrekking tot wetgeving en parlementaire stukken, analyse van literatuur inzake verantwoordelijkheidsverdeling bij omgaan met klachten en fouten en een analyse van uitkomsten van andere wetevaluaties. Waar nodig zijn in het onderzoek de uitkomsten van eerdere wetsevaluaties betrokken. Dit geldt in het bijzonder voor de evaluatie van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector op het punt van de relatie klachtrecht-kwaliteitsbeleid en de discussie die naar aanleiding daarvan heeft plaatsgevonden in de Tweede Kamer (TK 1999-2000, 26800 XVI, nr. 96, p. 4). Daarnaast zijn interviews gehouden met inspecteurs voor de gezondheidszorg en instellingsdirecties.
In hoofdstuk 6 wordt verslag gedaan van de resultaten van deelonderzoek 5.

2

Context en inhoud van de Kwaliteitswet zorginstellingen

2.1 Inleiding

Dit evaluatieonderzoek betreft de op 1 april 1996 in werking getreden Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI). Deze wet is gericht op de regulering van de kwaliteit van de zorg die wordt verleend in de instellingen in de gezondheidszorg. Dit hoofdstuk verschaft de achtergrondinformatie ten behoeve van de evaluatie. Dit hoofdstuk bestaat uit vijf onderdelen:

I. Een overzicht van de ontwikkelingen die tot de wet hebben geleid (par. 2.2);
II. Een beschrijving van het doel en de inhoud van de wet (par. 2.3);
III. Een analyse van de samenhang van de KZI met andere wetgeving, alsmede van discussiepunten uit de afgelopen jaren (par. 2.4);
IV. Een beschrijving van de voorlichtingsactiviteiten van de overheid en de partijen in het veld ten tijde van de inwerkingtreding van de wet (par. 2.5);
V. Een analyse van de effecten van de afspraken gemaakt in het kader van de zogenaamde Leidschendamconferenties (par. 2.6).

De op grond van deze analyse verkregen informatie vormt de input voor de andere onderdelen van dit evaluatieonderzoek, waarover in de volgende hoofdstukken van dit rapport verslag wordt gedaan.

2.2 Ontwikkelingen die tot de wet hebben geleid

2.2.1 Ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg

Het bewaken en verbeteren van de kwaliteit van de gezondheidszorg is van oudsher een taak en verantwoordelijkheid van de overheid. Deze taak kan worden geplaatst in het licht van artikel 22 lid 1 van de Grondwet, krachtens welke bepaling de overheid maatregelen treft ter bevordering van de volksgezondheid. Het aldus geformuleerde sociale grondrecht op gezondheidszorg houdt naar algemeen wordt aanvaard voor de overheid de plicht in zorg te dragen voor de feitelijke en financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg, alsmede voor de kwaliteit daarvan (Leenen, 1997). Over de wijze waarop de overheid deze verantwoordelijkheid behoort in te vullen, laat de genoemde grondwetsbepaling zich vanzelfsprekend niet uit. Het is aan de overheid om te bepalen op welke wijze, en door welke (wettelijke) maatregelen, de volksgezondheid het beste bevorderd kan worden. Dat op dat punt verschillende keuzen mogelijk zijn, wordt door de ontwikkelingen van de afgelopen decennia op het terrein van de regulering van de kwaliteit van zorg treffend geïllustreerd.

De wijze van regulering van de kwaliteit van zorg voorafgaand aan de inwerkingtreding van de KZI in 1996 verschilde op twee belangrijke punten van het huidige wettelijke systeem:

1. De regulering bestond uit een samenstel van regelingen bij of krachtens wet waarin vanwege de overheid op vrij gedetailleerde wijze op de eisen inzake de kwaliteit van zorg werd ingegaan. Het accent lag op de kwaliteitsnormen zoals deze door de overheid werden omschreven. Exemplarisch voor deze benadering zijn de zogenaamde erkenningeisen die op grond van de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten in de jaren 70 en 80 met betrekkingen tot verschillende zorgsectoren werden geformuleerd.
2. De regulering beperkte zich tot de kwaliteit van zorg in die instellingen of sectoren die werden gefinancierd uit de publieke middelen.

In de loop van de jaren tachtig werd duidelijk dat deze benadering enkele belangrijke nadelen kende (Legemaate, 1992). In de eerste plaats bleek het zo te zijn dat een centralistische, op relatief gedetailleerde overheidsnormering gebaseerde wijze van kwaliteitsregulering niet voldeed. Het gekozen systeem was bureaucratisch en werkte op de instellingen en beroepsbeoefenaren in de zorg niet motiverend. Een onderzoek naar het effect van de erkenningseisen gaf een teleurstellend resultaat te zien (Koster en Roscam Abbing, 1989). Het systeem van de erkenningseisen bleek vooral een papieren instrument te zijn. Bovendien gaf het systeem de overheid onvoldoende mogelijkheden om op te treden in het geval van zorg die kwalitatief onder de maat was. Sanctionering van het overtreden van erkenningseisen was alleen mogelijk door complexe maatregelen, die qua voorbereiding veel tijd vergden en die veelal niet in verhouding stonden tot de aard en frequentie van de overtreding: het intrekken van de erkenning van de instelling of het opleggen van financiële kortingen. Dit was allesbehalve een slagvaardig handhavingsinstrumentarium. Tenslotte was een groot nadeel dat het systeem van kwaliteitsregulering door middel van erkenningseisen alleen van toepassing was op instellingen die een erkenning krachtens de Ziekenfondswet of de AWBZ hadden, d.w.z. die instellingen die gefinancierd werden uit de collectieve middelen. Op de kwaliteit van door privéklinieken e.d. verleende zorg had de overheid geen greep. Deze punten van kritiek op het in de loop van de jaren 70 ontwikkelde systeem maakten duidelijk waaraan wel behoefte was, nl. een systeem:

- waarin de eigen verantwoordelijkheid van de zorginstellingen voorop kwam te staan;
- waarin de overheid adequate mogelijkheden had om in te grijpen bij onverantwoorde zorg;
- en dat niet gekoppeld was aan de financiering van de zorg uit de collectieve middelen.

Hiermee waren de contouren van de nieuwe wettelijke regeling gegeven.

Meer in het algemeen kwam in de loop van de jaren tachtig een aantal ontwikkelingen samen. Zo taande het vertrouwen in de mogelijkheden van het instrument wetgeving. In de jaren zeventig werd wetgeving gezien als een instrument waarmee ontwikkelingen in de samenleving door de overheid in verregaande mate konden worden aangestuurd. Dat viel erg tegen. De reactie hierop was een wetgevingsbeleid waarin deregulering centraal kwam te staan. Daarnaast was er sprake van een verschuiving op het punt van de bestuurlijke verantwoordelijkheid. Deze verschuiving hield in dat het niet alleen om redenen van wetgevingsbeleid maar op inhoudelijke gronden beter was bepaalde taken en bevoegdheden niet bij de centrale overheid te positioneren. De modernisering van het zorgstelsel, onder meer op het punt van de kwaliteit, vergde een meer gedifferentieerde aanpak dan tot dan toe was gehanteerd.

Met betrekking tot de problematiek van de kwaliteit van zorg kwamen de hiervoor genoemde lijnen en ontwikkelingen bij elkaar in de nota ‘Kwaliteit van Zorg’, welke de overheid in mei 1991 bij de Tweede Kamer indiende (TK 90-91, 22113, nr.2). In deze nota concludeerde de overheid dat de regulering met betrekking tot de kwaliteit van zorg onvoldoende rekening hield met nieuwe zorginhoudelijke ontwikkelingen en onvoldoende aansloot bij de bestuurlijke visie die

ten grondslag lag aan de modernisering van het zorgstelsel. De regering voegde hier aan toe ‘dat op een aantal terreinen getracht is via overheidsregulering zaken te regelen die in feite, en naar verwachting met beter resultaat, door het veld zelf geregeld konden worden’ (22113, nr.2, p. 8). De nota ‘Kwaliteit van Zorg’ beschreef welke opzet en inhoud de in voorbereiding zijnde Kwaliteitswet zorginstellingen zou krijgen. In maart 1992 werd een voorontwerp van wet inzake de kwaliteit van zorginstellingen openbaar. In maart 1994 volgde de indiening van het wetsontwerp bij de Tweede Kamer (TK 93/94, 23633 nrs. 1-2). Na een vrij vlotte parlementaire behandeling trad de Kwaliteitswet zorginstellingen op 1 april 1996 in werking.

De nota ‘Kwaliteit van Zorg’ stond niet op zichzelf, maar was het resultaat van intensief overleg tussen de overheid en de partijen in het veld, in het bijzonder de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars en de patiënten/consumentenorganisaties. Het al eerder geformuleerde uitgangspunt – verschuiving van verantwoordelijkheden van overheid naar veld- maakte een breed draagvlak voor de nieuwe wettelijke aanpak noodzakelijk. Daartoe werd in een samenspel tussen overheid en veld een aantal conferenties georganiseerd, waarin over de omschrijving en afbakening van ieders taken en verantwoordelijkheden op het terrein van de kwaliteit van zorg werd gesproken. Deze zogenaamde Leidschendamconferenties, genoemd naar de plaats van samenkomst, vonden plaats in 1989 en 1990 (en later in 1995 en 2000). De in mei 1991 gepubliceerde nota ‘Kwaliteit van Zorg’ spoorde geheel met de uitkomsten van de eerste twee Leidschendamconferenties. Op de effecten van de in het kader van de Leidschendamconferenties gemaakte afspraken wordt nader ingegaan in par. 2.6.

2.2.2 Wijzigingen in de visie op de regulerende rol van de overheid: sturing via geconditioneerde zelfregulering

In het advies 'Besturen op de tast' (1996) gaat de Raad voor het Binnenlands Bestuur in op een aantal opvallende wijzigingen die zich hebben voorgedaan in het functioneren van de overheid, de inrichting van de samenleving en de gedragingen van de burgers. De raad signaleert drie majeure trends:

- Ontideologisering en individualisering: burgers maken veel meer dan vroeger zelf keuzen ten aanzien van de inrichting van hun eigen leven en ten aanzien van hun normen- en waardenpatroon. Ze zijn minder goed in te delen in groepen die een coherente mens- en maatschappijvisie hanteren.
- Toenemend marktdenken: de toenemende betekenis van de markt relateert de raad voor een deel aan internationale economische ontwikkelingen en voor een deel aan een bewuste politieke keuze vanuit de overtuiging dat het allocatiemechanisme van de markt beter werkt dan dat van de overheid.
- Verminderde betekenis van het nationaal niveau: enerzijds een verschuiving van regelgeving naar het Europese niveau en anderzijds een gestaag voortgaande decentralisatie.

De Raad voor het Binnenlands Bestuur concludeert dat er in ons land thans sprake is van een overgang van een enigszins hiërarchisch georganiseerde samenleving, naar een samenleving van losse groepen en individuen, van een op centraal niveau dominerende overheid naar een terugtredende en onderhandelende overheid, van een volgzame partijpolitiek actieve burger naar een kritische burger die selectief actief is.
De sociaal-culturele toekomstverkenning ‘Tweedeling in perspectief’ van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR, 1996) sluit naadloos aan op de bovenstaande conclusies van de Raad voor het Binnenlands Bestuur. De WRR constateert dat markt(conforme) principes aan invloed winnen en overheidsinterventies naar de achtergrond dringen. Echter, zo stelt de WRR, "begint ook in de discussie over de omvang van de staatstaken langzamerhand

het idee post te vatten dat staat en markt zich niet als communicerende vaten tot elkaar verhouden. Ook daar is in steeds mindere mate sprake van nulsomdenken (waardoor een sterkere overheid tot een zwakkere markt leidt en een sterkere markt een zwakke overheid veronderstelt) maar juist van synergie (waardoor alleen een sterke overheid voor een krachtige en dynamische markt kan zorgen).” (WRR, p. 128).

Daarnaast signaleert de WRR ook een trend tot individualisering en koppelt hieraan een overgang in de rol van de overheid, waarbij het sterk interventionistische of presterende karakter naar de achtergrond verdwijnt: "Hiermee wordt de rol van de overheid overigens niet minder belangrijk. Het ordenende of randvoorwaardelijke optreden van de overheid zal er sterker door worden beklemtoond. (...) Om het 'vrije spel der maatschappelijke krachten' de ruimte te geven is juist een sterke ordenende overheid nodig. Markten, verenigingen en activiteiten van verantwoordelijke individuen (ondernemerschap) veronderstellen immers een kader van randvoorwaarden zonder welke ze niet zouden kunnen functioneren" (Idem, p.145).

Het veranderende overheidsbeleid leidt tot het zoeken naar een nieuwe sturingsvisie, hetgeen de inzet is van het in 1994 gestarte interdepartementale project ‘Marktwerking, deregulering en wetgevingskwaliteit’ (MDW-traject) waarvan de belangrijkste doelstellingen zijn:

- het bevorderen van marktwerking door toegang tot de markt te vergroten, door regels die het marktgedrag onnodig beperken weg te nemen en door ruimte te scheppen voor eigen verantwoordelijkheden en keuzen;
- het terugbrengen van de regelgeving en de administratieve lastendruk tot het minimaal noodzakelijke;
- het verbeteren van kwaliteit van wet- en regelgeving, waarbij in het bijzonder gelet wordt op aspecten als handhaafbaarheid, alternatieven voor regels en proportionaliteit.

In de tweede helft van de jaren negentig kristalliseert de nieuwe sturingsvisie zich uit via een proces van modernisering van de gezondheidszorg:

- van aanbodgereguleerd naar vraaggeoriënteerd;
- van centrale aansturing naar meer decentrale verantwoordelijkheden;
- van overheidsregulering naar meer verantwoordelijkheden voor derden;
- van inputgestuurd naar meer procesgericht beleid.

Zo wordt bijvoorbeeld in het kader van het MDW-traject een advies van de commissie Etty over de ontvoogding van de AWBZ uitgebracht. Om de positie van de verzekerde in de AWBZ te versterken is volgens de commissie Etty vraagsturing essentieel. Vraagsturing betekent dat de verzekerde zelf kan kiezen hoe de zorg wordt ingevuld (sturing door de verzekerde). Voorwaarde hierbij is dat het huidige systeem van instellingsfinanciering wordt verlaten en cruciaal is dat de verzekerde kiest of hij zijn zorg door het zorgkantoor wil laten regelen dan wel het zelf wil regelen. De commissie Etty doet het voorstel om vraagsturing in de AWBZ te stimuleren door middel van het binnen de reguliere structuur van de AWBZ breed invoeren van persoonsvolgende en persoonsgebonden budgetten.

De nieuwe sturingsvisie wordt nader bekend als ‘geconditioneerde zelfregulering’: De overheid stelt landelijk de kaders vast, waarbinnen de actoren van het maatschappelijk middenveld zelf hun eigen verantwoordelijkheid dienen te nemen.

De Kwaliteitswet zorginstellingen komt tot stand in de periode dat de nieuwe sturingsvisie zich nog aan het uitkristalliseren is. In de Memorie van Toelichting wordt verwezen naar het in het algemeen goede niveau van de kwaliteit van zorg in Nederland, ondanks het ontbreken van adequate wet- en regelgeving: “Blijkbaar zijn de betrokken hulpverleners en instellingen zelf goed in staat om ook zonder wettelijke voorschriften de gezondheidszorg op een verantwoord

niveau te brengen en te handhaven: opleiding, wetenschappelijke verslagen, inspectieadviezen, protocollen en standaarden alsmede de algemeen geldende maatschappelijke zorgvuldigheidsnormen bieden hier voldoende houvast." (23633, nr. 3, p .2-3). Er wordt echter een aanzienlijke discrepantie geconstateerd tussen enerzijds de vigerende wettelijke maatregelen, die mede beogen het op onderdelen reguleren van de kwaliteit van door instellingen verleende zorg beogen en anderzijds de nieuwe bestuurlijke inzichten en zorginhoudelijke ontwikkelingen. Ten aanzien van de bestuurlijke motieven worden de volgende opmerkingen gemaakt: "De bestuurlijke motieven voor nieuwe kwaliteitswetgeving hebben betrekking op de nieuwe visie omtrent de meest doeltreffende verdeling van de verantwoordelijkheden in de zorgsector tussen enerzijds de overheid en anderzijds de zorgaanbieders, de verzekeraars en patiënten/consumenten. Uitgangspunt van deze visie is, dat verantwoordelijkheden zoveel mogelijk bij diegenen moeten worden gelegd, die daaraan het beste gestalte kunnen geven. Met betrekking tot de kwaliteit van de zorgverlening betekent dit, dat zoveel mogelijk ruimte moet worden geschapen voor de zorgaanbieders om zelf aan deze verantwoordelijkheid gestalte te geven. Zorgaanbieders dienen de bevoegdheid te krijgen de organisatie van de werkzaamheden naar eigen goeddunken vorm te geven, zodanig dat kwaliteit daarvan het vanzelfsprekende gevolg is. De overheid heeft daarbij de taak ervoor te zorgen dat zorgaanbieders hier ook structureel toe overgaan. Om deze redenen is het onderhavige wetsvoorstel noodzakelijk." (23633, nr. 3, p.4).

De rol van de overheid wordt in de MvT (23633, nr. 3, p. 5) als volgt omschreven:

1. Het wettelijk vastleggen van algemene voorwaarden waarbinnen de uitvoerende partijen tot kwaliteitsbevorderende en kwaliteitsbewakende activiteiten komen.
2. Het vastleggen en handhaven van de norm verantwoorde zorg in de wet.
3. Het voorschrijven van systematische door de zorgaanbieder te verrichten kwaliteitstoetsing.
4. Het optreden in gevallen dat de kwaliteit van de verleende zorg daartoe aanleiding geeft.

De Kwaliteitswet zorginstellingen wordt als kaderwet een belangrijke rol toegedicht in de modernisering van de gezondheidszorg via haar 'dynamisch karakter' en 'geconditioneerd stimuleren' tot de invoering van kwaliteitssystemen met een bij het systeem van geconditioneerde zelfregulering passende essentiële rol voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De Kwaliteitswet zorginstellingen bevat voor zorgaanbieders verplichtingen, maar die verplichtingen moeten worden gezien tegen de achtergrond van een beleid inzake de kwaliteit van zorg waarin er nadrukkelijk voor gekozen is de taken en verantwoordelijkheden van verschillende partijen in het veld in samenhang te accentueren: zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties.

2.3 Doel en inhoud van de Kwaliteitswet zorginstellingen

2.3.1 Het doel van de wet

Volgens de considerans van wetsvoorstel 23633 strekt de Kwaliteitswet zorginstellingen ertoe de wijze waarop kwaliteit van door instellingen verleende zorg van overheidswege werd gewaarborgd "ingrijpend" te wijzigen. In de Memorie van Toelichting wordt duidelijk gemaakt dat deze wijziging vooral de opzet van de regelgeving en de omschrijving van de rol en betrokkenheid van de overheid betreft en niet zozeer de kwaliteit als zodanig. De Kwaliteitswet zorginstellingen beoogt niet een nieuwe begrip van kwaliteit te introduceren, maar wel een meer effectieve manier van het waarborgen van kwaliteit te realiseren. Dat laatste door een adequaat kader te scheppen voor initiatieven en activiteiten van de partijen uit het veld, en in het bijzonder de zorgaanbieders. In de Memorie van Toelichting worden twee doelen van de wet omschreven

(23633, nr. 3, p. 2):

- Het scheppen van waarborgen ter handhaving van het bestaande hoge niveau van de kwaliteit van zorg in Nederland;
- Het stimuleren van een verbetering van de kwaliteit van zorg.

De leidende gedachte van de wet is, zoals hiervoor reeds uiteen gezet, dat een kader wordt gecreëerd dat aansluit op datgene wat zorgaanbieders zelf reeds hebben gerealiseerd en dat hen motiveert invulling te geven aan de eigen verantwoordelijkheid.

Benadrukt zij hier dat de overgang van het systeem van erkenningseisen naar de kaderstellende normen van de KZI vooral moet worden getypeerd als verschuiving naar c.q. als een nadere accentuering van de verantwoordelijkheden van de zorgaanbieder. Deze overgang hield maar in zeer beperkte mate een introductie van nieuwe eisen en plichten in. Dit wordt geïllustreerd door de navolgende bepalingen uit het Besluit eisen voor erkenning van ziekenhuizen 1984:

- “In het ziekenhuis dienen binnen een of meer gestructureerde kaders op systematische wijze activiteiten te worden ontplooid die gericht zijn op bewaking en verbetering van de kwaliteit van de hulpverlening” (deel A, art. 2.4.1).
- “De personele voorzieningen dienen zowel kwalitatief als kwantitatief afgestemd te zijn op het goed functioneren van het ziekenhuis, gelet op de daarin aanwezige functies” (deel B, art. 3.1).
- “De materiele voorzieningen dienen zowel kwalitatief als kwantitatief afgestemd te zijn op het goed functioneren van het ziekenhuis, gelet op de daarin aanwezige functies” (deel B, art. 6.1).

Deze drie bepalingen uit de erkenningseisen vertonen inhoudelijk een belangrijke mate van gelijkenis met de thans geldende, en hieronder te bespreken, bepalingen van de KZI (i.h.b. de art. 3 en 4 van de wet).

2.3.2 De parlementaire behandeling van de Kwaliteitswet zorginstellingen (1994-1996)

De parlementaire behandeling van het wetsontwerp Kwaliteit zorginstellingen verliep vlot en voorspoedig. Dit was ongetwijfeld mede het gevolg van het onder 2.2.1 genoemde Leidschendamtraject. De overheid had een wetgevingsrichting gekozen waarvan de opzet tevoren uitvoerig met de partijen in het veld was besproken en waarmee deze partijen akkoord waren gegaan. Het parlementaire debat in de Tweede en de Eerste Kamer werd hierdoor duidelijk beïnvloed. Over de uitgangspunten en opzet van het wetsvoorstel werd niet of nauwelijks meer ten principale gedebatteerd. De parlementaire discussies en kritiekpunten betroffen veelal specifieke onderdelen van het wetsvoorstel. Dit leidde ertoe dat het wetsontwerp in de loop van het parlementaire proces enkele wijzigingen onderging. De belangrijkste daarvan zijn:

- Aan de omschrijving van het begrip verantwoorde zorg in art. 2 van de wet werd toegevoegd het element ‘patiëntgerichtheid’.
- Aan art. 3 werd toegevoegd de verplichting van de zorgaanbieder om bij het realiseren van verantwoorde zorg te betrekken de resultaten van overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties. Ook werd in dit wetsartikel een bepaling opgenomen betreffende de beschikbaarheid van geestelijke verzorging in instellingen waar patiënten langer dan een etmaal verblijven.
- In art. 6 van het oorspronkelijke wetsvoorstel (23622, nr. 2) werd bepaald dat bij AMvB nadere regels konden worden gesteld inzake de organisatie van de zorg (art. 3 KZI) en het opzetten van kwaliteitssystemen (art. 4 KZI). Deze bevoegdheid van de overheid werd gedurende het parlementaire proces uitgebreid tot het stellen van nadere regels betreffende verantwoorde zorg (art. 2 KZI).

- De bevoegdheid om een instelling in het geval van onverantwoorde zorg een aanwijzing te geven was in het oorspronkelijk wetsvoorstel toegekend aan gedeputeerde staten van de provincies en aan B&W van de vier grote steden. Omdat de Tweede Kamer bevreesd was dat dit zou leiden tot rechtsongelijkheid en verschillende criteria besloot de regering de aanwijzingsbevoegdheid in één hand te leggen, namelijk in die van de minister van VWS.

2.3.3 De reikwijdte van de Kwaliteitswet zorginstellingen

Om de reikwijdte van de Kwaliteitswet zorginstellingen te kunnen bepalen moeten twee stappen worden gezet. In de eerste plaats moet antwoord worden verkregen op de vraag welke vormen van zorg onder de wet vallen. In de tweede plaats is van belang het begrip instelling. In deze subparagraaf komt het begrip zorg aan de orde. In par. 2.3.4 wordt nader ingegaan op het begrip instelling.

De Kwaliteitswet zorginstellingen is van toepassing op de volgende vormen van zorg:
a. zorg als omschreven bij of krachtens de Ziekenfondswet (art. 1 lid 1 onder a KZI);
b. zorg als omschreven bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (art. 1 lid 1 onder a KZI);
c. zorgvormen die zijn aangewezen bij Algemene Maatregel van Bestuur (art. 1 lid 2 KZI; Besluit van 11 december 1996, Stb. 1996, 639).

Met betrekking tot de onder a. en b. genoemde vormen van zorg bestaat de wettelijke mogelijkheid om bepaalde verstrekkingen op grond van de Ziekenfondswet en de AWBZ van de toepasselijkheid van de KZI uit te sluiten. Van deze mogelijkheid is tot op heden geen gebruik gemaakt. Tijdens de parlementaire behandeling werden als voorbeelden van uit te sluiten zorg genoemd: kunst- en hulpmiddelen en taxivervoer.

Ad a – zorg als omschreven bij of krachtens de Ziekenfondswet
De verstrekkingen die onder de Ziekenfondswet vallen worden genoemd in artikel 8 van deze wet. Verzekerden hebben recht op deze verstrekkingen krachtens de Ziekenfondswet, maar alleen voor zover daarop geen aanspraak bestaat krachtens de AWBZ.
Kort gezegd gaat het om de volgende verstrekkingen:
- medisch-specialistische zorg (verleend door of vanwege een ziekenhuis of anderszins);
- revalidatiezorg;
- huisartsenzorg;
- verloskundige zorg;
- kraamzorg;
- tandheelkundige zorg;
- paramedische zorg;
- hulpmiddelen en
- farmaceutische zorg.

Met betrekking tot deze verstrekkingen wordt in het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (Besluit van 6 januari 1966 , laatstelijk gewijzigd Stb. 2000, 511) nader omschreven wat er onder moet worden verstaan en onder welke condities de verzekerde er aanspraak op kan maken.

Ad b – zorg als omschreven bij of krachtens de AWBZ
Anders dan de Ziekenfondswet bevat de AWBZ zelf geen lijst van de verstrekkingen krachtens deze wet. Art. 6 AWBZ geeft slechts een algemene omschrijving van de aanspraken van een verzekerde, welke algemene omschrijving nader wordt uitgewerkt in het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering (Besluit van 20 november 1991, laatstelijk gewijzigd Stb.

2000, 221). Het besluit noemt de volgende verstrekkingen:
- algemene geneeskundige zorg (waaronder het verblijf in een ziekenhuis gedurende meer dan 365 dagen achtereen);
- zorg bestaande uit verzorging of verpleging;
- revalidatiezorg;
- geestelijke gezondheidszorg;
- zorg voor zintuiglijk gehandicapten;
- zorg voor verstandelijk gehandicapten;
- zorg bestaande uit enkele specifiek genoemde vormen van georganiseerde preventie (waaronder onderzoek bij zwangeren naar dragerschap van hepatitus-B en vaccinaties).

Ad c – bij AMvB aangewezen vormen van zorg

Op basis van art. 1 lid 2 KZI worden in het Besluit van 11 december 1996, Stb. 1996, 639 ook de volgende vormen van zorg onder de werking van de Kwaliteitswet gebracht:
- de vormen van hulp voor de kosten waarvan een bijdrage wordt verstrekt uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten dan wel uit de Algemene Kas op grond van art. 1p, lid 1 onder a-f van de Ziekenfondswet;
- de collectieve preventie inzake tuberculose, SOA's, AIDS of een epidemie van infectieziekten;
- de collectieve preventie inzake gezondheidsrisico's voor jeugdigen vanaf 4 jaar (jeugdgezondheidszorg);
- de ambulante hulpverlening gericht op verslavingsproblemen en de preventie daarvan.

Door de onderdelen 2 en 3 uit deze opsomming van vier zorgvormen wordt een gedeelte van de collectieve preventietaak die bij wet aan de gemeenten is toegedeeld (Wet collectieve preventie van 25 mei 1990, Stb. 1990, 300 en het Besluit collectieve preventie volksgezondheid van 12 oktober 1992, Stb. 1992, 569) onder de werking van de KZI gebracht. Het gaat daarbij om die vormen van collectieve preventie die een op het verlenen van zorg gericht contact inhouden tussen een (gemeentelijke) hulpverleningsinstelling en een individuele burger/patiënt. Een deel van de openbare gezondheidszorg valt dus wel onder de KZI en een deel niet. Niet onder de reikwijdte van de wet vallen de andere GGD-taken krachtens de Wet collectieve preventie alsmede de activiteiten van de GGD op het gebied van de forensische geneeskunde (de GGD-arts/gemeentelijk lijkschouwer). Over deze 'knip' in de werkzaamheden van de GGD ontstond reeds kort na de inwerkingtreding van de KZI discussie. In een brief d.d. 19 augustus 1999 aan de waarnemend Hoofdinspecteur voor de Gezondheidszorg verklaarde de minister van VWS alle GGD-taken onder de reikwijdte van de KZI te willen brengen en dit vraagstuk te zullen (laten) meenemen in het evaluatietraject van de KZI.
Voor de vormen van zorg of dienstverlening die niet vallen onder een van de hiervoor genoemde categorieën a, b of c kan niettemin gelden dat deze onder bepaalde omstandigheden toch onder de KZI kunnen vallen. Zo valt bijvoorbeeld het algemeen maatschappelijk werk niet onder de KZI, maar een afdeling maatschappelijk werk van een ziekenhuis, een psychiatrisch ziekenhuis of een revalidatiecentrum weer wel. Dit omdat deze afdeling deel uitmaakt van een verstrekking die integraal onder de Ziekenfondswet of de AWBZ valt en de bepalingen van de KZI vervolgens van toepassing zijn op alle onderdelen van de betreffende instelling (niet alleen de medisch-specialistische zorg in een ziekenhuis, maar ook de verpleging, het ziekenhuismaatschappelijk werk, de technische dienst etc.).

Het onderhavige evaluatieonderzoek strekt ertoe een zo breed mogelijk beeld te krijgen van de werking van de KZI ten aanzien van die zorgvormen waarop de wet betrekking heeft. Het evaluatieonderzoek richt zich hoofdzakelijk op de volgende zorgvormen en –sectoren:

- gezondheidscentra;
- de thuiszorg;
- de paramedische zorg;
- ziekenhuizen;
- de geestelijke gezondheidszorg;
- de gehandicaptenzorg;
- verpleeg- en verzorgingshuizen;
- gemeentelijke gezondheidsdiensten.

2.3.4 Het begrip 'instelling'

Zorg als genoemd in 2.3.3 valt alleen onder de KZI in de gevallen waarin deze zorg wordt verleend in een organisatorisch verband, door de wet 'instelling' genoemd (art. 1 lid 1 onder b KZI). De KZI geeft aan het begrip instelling een bijzondere inhoud, die afwijkt van de gebruikelijke associaties die men met het begrip instelling heeft. Als een instelling in de zin van de wet wordt aangemerkt elk organisatorisch verband van meer dan één hulpverlener, die in nevenschikking samenwerken (23633, nr. 3, p. 8). De gedachte van de wetgever is, dat in al dergelijke samenwerkingsverbanden de zorg door meer wordt bepaald dan alleen de kwaliteit van de binnen dat verband werkzame zorgverleners, hetgeen toepasselijkheid van het vooral op het zorgproces gerichte KZI wenselijk maakt (23633, nr. 3, p. 9). De wet is dus niet alleen van toepassing op voor de hand liggende instellingen als ziekenhuizen, verpleeghuizen en riagg's, maar ook op samenwerkingsverbanden van –bijvoorbeeld- twee huisartsen, drie fysiotherapeuten of vier verloskundigen. Voorwaarde is wel dat betrokkenen samenwerken, dat wil zeggen dat zij een gedeelde verantwoordelijkheid hebben voor het patiënten/cliëntenbestand. Zo valt een huisartsenechtpaar dat gezamenlijk de praktijk doet wel onder de KZI, maar de twee huisartsen die weliswaar hetzelfde pand en hetzelfde kopieerapparaat delen, maar overigens een volstrekt gescheiden patiëntenbestand hebben niet. De conclusie op grond hiervan moet zijn dat de KZI een breed bereik heeft. Uitsluitend de hulpverleners die een solistische praktijk hebben, vallen buiten de KZI. De kwaliteit van deze hulpverleners wordt geregeld in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (zie nader 2.3.10).

Specifieke aandacht geeft de KZI aan de positie van maatschappen in een ziekenhuis. Met het oog hierop bepaalt art. 1 lid 3 KZI: "Niet als instelling wordt beschouwd het organisatorische verband waarbinnen in het kader van een binnen een ander organisatorisch verband verleende zorg, een deel van die zorg wordt verleend". Anders gezegd: verlenen maatschappen van medisch-specialisten een deel van de ziekenhuiszorg, dan valt het ziekenhuis als geheel onder de KZI en niet de maatschappen apart. Dat is in de filosofie van de KZI een voor de hand liggend standpunt. Zouden het ziekenhuis en de maatschappen in de zin der wet aparte instellingen zijn, dan wordt immers een kans gemist om een integrale verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg in de samenhang tussen beide entiteiten te realiseren. In dit geval is nu het ziekenhuis de eindverantwoordelijke instelling in de zin van de KZI en zal het management van de instelling met de maatschappen moeten afspreken hoe gezamenlijk aan de wettelijke vereisten kan worden voldaan.

2.3.5 Het begrip ‘verantwoorde zorg’ (art. 2 KZI)

Een belangrijke rol wordt gespeeld door het begrip ‘verantwoorde zorg’. Dit begrip komt aan de orde in art. 2 KZI en wordt aldus omschreven: “Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt”. In het oorspronkelijke wetsvoorstel was een kalere omschrijving opgenomen, waarin de onderdelen “zorg van een goed niveau” en “afgestemd op de reële behoefte van de patiënt” ontbraken. Deze onderdelen werden later op instigatie van de Tweede Kamer aan de tekst toegevoegd. De regering voelde niet veel voor deze toevoegingen, omdat zij deze besloten achtte in het begrip ‘verantwoorde zorg’, maar verzette zich niet tegen deze wensen van de Kamer.

Het centrale wettelijke begrip ‘verantwoorde zorg’ roept verschillende belangrijke vragen op. De eerste betreft de relatie tussen dit op zichzelf vage begrip en de rechtszekerheid. De schending van de wettelijke norm ‘verantwoorde zorg’ kan ingrijpende gevolgen hebben voor de zorgaanbieder (zie de maatregelen aanwijzing en bevel; par. 2.3.9). De rechtszekerheid gebiedt dat de zorgaanbieder moet kunnen weten wat hij moet doen om de wettelijke norm na te leven. Dat vergt, zo werd tijdens de parlementaire behandeling wel betoogd, meer gedetailleerde regels dan de wet geeft. De regering toonde zich niet erg gevoelig voor dit argument. Om te beginnen betoogde de regering dat het niet mogelijk is in een wettekst gedetailleerde normen voor de kwaliteit van zorg neer te leggen. Eerdere pogingen om dat te doen, in het oude stelsel, waren mislukt. De kwaliteitsnormen en –ontwikkelingen kunnen niet worden gefixeerd door deze in een wet te regelen, aldus de regering. Bovendien was dat ook ongewenst, omdat de wet dan geen ruimte zou laten voor nieuwe ontwikkelingen en voor verschillen tussen sectoren. Daar voegde de regering aan toe dat er voldoende kenbronnen waren om de inhoud van het begrip verantwoorde zorg nader te bepalen.

Dat is de tweede belangrijke vraag die door het begrip ‘verantwoorde zorg’ wordt opgeroepen: hoe de inhoud van deze norm nader te bepalen? In de parlementaire stukken worden de volgende kenbronnen genoemd: andere wettelijke regels (zoals de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector), adviezen van de Gezondheidsraad, standpunten van brancheorganisaties, (model)overeenkomsten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, protocollen en richtlijnen van beroepsgroepen of wetenschappelijke verenigingen e.d. (23633, nr. 3, p. 9-10). Ook de afspraken gemaakt tijdens de Leidschendamconferenties zijn regelmatig genoemd als kenbronnen voor verantwoorde zorg. Het grote voordeel van het open wettelijke begrip ‘verantwoorde zorg’ was volgens de regering dat dit voortdurend kan mee-evolueren met nieuwe ontwikkelingen en inzichten (23633, nr. 3, p. 10). Het gaat er overigens niet om de genoemde kenbronnen klakkeloos te volgen. Herhaalde malen is benadrukt dat de zorgaanbieder bij het toepassen en concretiseren van normen een eigen professionele verantwoordelijkheid behoudt.

Gelet op de genoemde kenbronnen meende de regering dat het begrip ‘verantwoorde zorg’ de zorgaanbieder voldoende houvast bood. Of dit een juist standpunt is, is in het kader van deze evaluatie een belangrijke vraag.

In een latere fase van de parlementaire behandeling voegde de regering –met enige tegenzin- op suggestie van de Tweede Kamer het huidige art. 6 lid 2 KZI aan het wetsvoorstel toe (23633, nr. 8, p. 11). Deze bepaling geeft de mogelijkheid bij AMvB het begrip ‘verantwoorde zorg’ nader te omschrijven, als daartoe de noodzaak bestaat. Tot op heden is van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

2.3.6 Het organiseren van de zorg (art. 3 KZI)

Art. 3 KZI gaat nader in op de plichten van de zorgaanbieder met betrekking tot het organiseren van de zorg. Deze wetsbepaling draagt de zorgaanbieder op:
- de zorgverlening zo te organiseren en;
- de instelling kwalitatief en kwantitatief zodanig van personeel en materieel te voorzien en;
- zorg te dragen voor een zodanige verantwoordelijkheidsverdeling

dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg. De zorgaanbieder laat zich daarbij uiteraard leiden door het begrip verantwoorde zorg als bedoeld in de art. 2 KZI maar ook door de resultaten van overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties (art. 3 KZI). Dit laatste is in de wet opgenomen naar aanleiding van de hiervoor genoemde Leidschendamconferenties (zie par. 2.2.1; een eerdere versie van dit onderdeel van art. 3 verplichtte de instelling tot overleg met een patiëntenorganisatie in de regio. Kritiek van organisaties van artsen en ziekenhuizen op de haalbaarheid en zinvolheid hiervan luidde tot wijziging –bij amendement- in de thans geldende formulering).

De genoemde eisen van art. 3 KZI betreffen de instelling in brede zin. Het gaat daarbij onder meer om de kwaliteit van de gebouwen en de gebruikte apparatuur, om de deskundigheid van het personeel, over de (werk)afspraken tussen de verschillende medewerkers en om de samenwerking tussen de instellingen en andere instellingen. Van belang is dat art. 3 KZI zelfstandige betekenis heeft. Het is niet zo dat art. 3 alleen geschonden wordt indien gebreken in de organisatie tot onverantwoorde zorg leiden. Het enkele gebrek in de organisatie levert al een grond op om in te grijpen, ook al is van onverantwoorde zorg (nog) geen sprake. Het gaat er immers juist om onverantwoorde zorg te voorkomen.

Art. 3 KZI bevat voorts nog een onderdeel dat specifiek betrekking heeft op de geestelijke verzorging ten behoeve van patiënten en cliënten die gedurende ten minste een etmaal in een instelling verblijven. In zo'n geval draagt de zorgaanbieder er zorg voor dat geestelijke verzorging beschikbaar is die zoveel mogelijk aansluit bij de godsdienst of levensovertuiging van de patiënten of cliënten.

2.3.7 Kwaliteitssystemen (art. 4 KZI)

Art. 3 KZI veronderstelt niet alleen een goede organisatie van de zorgverlening, maar ook een voortdurende controle op de kwaliteit van de geleverde zorg. Dit is nader geregeld in art. 4 van de wet. Dit wetsartikel bepaalt dat het uitvoeren van art. 3 mede omvat de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg. Daartoe behoort de zorgverlener, zo bepaalt art. 4 lid 2 KZI, te zorgen:
- dat op systematische wijze gegevens betreffende de kwaliteit van de zorg verzameld worden;
- dat aan de hand van deze gegevens systematisch wordt getoetst of de wijze waarop art. 3 wordt toegepast leidt tot verantwoorde zorg;
- dat, indien de genoemde toetsing daartoe aanleiding geeft, de wijze waarop art. 3 wordt toegepast wordt aangepast,

een en ander afgestemd op de aard en omvang van de instelling. Dit moet leiden tot een systeem van kwaliteitsbewaking met een dynamisch en cyclisch karakter (23633, nr. 3, p. 27). Per sector moet worden bezien welke kwaliteitssystemen geëigend zijn, afhankelijk van de omvang van de instelling en de aard en de complexiteit van de geboden zorg.

2.3.8 Het kwaliteitsjaarverslag (art. 5 KZI)

De zorgaanbieder moet jaarlijks verantwoording afleggen over het gevoerde kwaliteitsbeleid. Hij behoort dit te doen door middel van een openbaar verslag, waarin hij ingaat op de wijze waarop hij de art. 2, 3 en 4 KZI heeft uitgevoerd en op de in het verslagjaar verleende kwaliteit van zorg (art. 5 lid 1 KZI). In het kwaliteitsjaarverslag geeft de zorgaanbieder daartoe onder meer aan (art. 5 lid 2 KZI):

a. of, en zo ja, op welke wijze hij patiënten/consumenten bij zijn kwaliteitsbeleid heeft betrokken;
b. de frequentie waarmee en de wijze waarop binnen de instelling kwaliteitsbeoordeling plaatsvond en het resultaat daarvan;
c. welk gevolg hij heeft gegeven aan klachten en meldingen over de kwaliteit van de verleende zorg.

Art. 5 lid 3 KZI bepaalt dat de zorgaanbieder het kwaliteitsjaarverslag toezendt aan de minister van VWS, aan de regionale Inspectie en aan de regionale patiënten/consumentenorganisatie.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in 1997 en in 2000 circulaires doen uitgaan naar alle instellingen die onder de KZI vallen, met daarin nadere suggesties en aanwijzingen voor de opzet en inhoud van het kwaliteitsjaarverslag. Ook een aantal andere (koepel)organisaties hebben richtlijnen voor het kwaliteitsjaarverslag ontwikkeld. Het kwaliteitsjaarverslag van de instelling kan een op zichzelf staande uitgave zijn, maar kan ook een onderdeel vormen van het algemene jaarverslag.

2.3.9 Toezicht en handhaving (art. 7, 8 en 14 KZI)

De bepalingen inzake toezicht en handhaving vormen een belangrijk onderdeel van de KZI. Hiervoor is reeds opgemerkt dat in de kwaliteitswetgeving uit de pre-KZI-periode veel meer (gedetailleerde) inhoudelijke regels waren opgenomen, maar dat effectieve manieren om overtredingen van die regels aan te pakken ontbraken. Het is een zeer bewuste keuze van de wetgever geweest om het toezicht op en de handhaving van de KZI wel goed te regelen. De regeling van toezicht en handhaving is te vinden in de artt. 7, 8 en 14 van de KZI.

Met het toezicht op de naleving van de KZI zijn belast de ambtenaren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (art. 8 lid 1 KZI). Een van de bevoegdheden die de Inspectie voor de Gezondheidszorg daarbij ten dienste staan wordt genoemd in art. 8 lid 2 KZI: het kunnen binnentreden van een woning die deel uitmaakt van een instelling. De overige bevoegdheden van de Inspectie voor de Gezondheidszorg zijn te vinden in titel 5.2 van de Algemene wet bestuursrecht (De Ouden en De Die, 2000).

In recente jaarverslagen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg wordt aangegeven op welke wijze het toezicht op de kwaliteit van zorg vorm wordt gegeven. In de Jaarrapportage 1999 onderscheidt de Inspectie voor de Gezondheidszorg drie vormen van toezicht:

- Algemeen toezicht: inzicht verkrijgen in de aanwezigheid en de werking van kwaliteitsborgende maatregelen in een zorginstelling.
- Crisis- of interventietoezicht: een onderzoek in het geval van ernstige problemen of calamiteiten.
- Thematisch toezicht: onderzoek naar een bepaald onderdeel van de zorg, van welk onderzoek op geaggregeerd niveau in een openbaar rapport verslag wordt gedaan.

Al deze drie vormen van toezicht kunnen behulpzaam zijn bij het uitvoeren van art. 8 KZI. In de praktijk zullen het algemeen toezicht en het crisis- en interventietoezicht het meest van belang

zijn. Deze vormen van toezicht kunnen indicaties opleveren dat actie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg op instellingsniveau geëigend is. Het is dan ook in het kader van deze evaluatie van belang te zien hoe de Inspectie voor de Gezondheidszorg aan het algemeen toezicht en het crisis- en interventietoezicht inhoud geeft. De ervaringen met het algemeen toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg komen aan de orde in de hoofdstukken 3 en 4. In hoofdstuk 5 wordt beschreven hoe de Inspectie voor de Gezondheidszorg de afgelopen jaren in het kader van het crisis- en interventietoezicht is omgegaan met de bevels- en aanwijzingsbevoegdheid.

Komt vast te staan dat een zorgaanbieder de artt. 2 tot en met 5 KZI niet, in onvoldoende mate of onjuist naleeft, dan kan de minister hem een schriftelijke aanwijzing geven. In deze aanwijzing geeft de minister met redenen omkleed aan op welke punten de wet niet goed wordt nageleefd, alsmede de in verband daarmee te nemen maatregelen (art. 7 leden 1 en 2 KZI). Ook bevat de aanwijzing de termijn waarbinnen de zorgaanbieder er aan moet voldoen (art. 7 lid 3 KZI). Kan het nemen van maatregelen in verband met gevaar voor de veiligheid of de gezondheid geen uitstel lijden, dan kan de Inspectie voor de Gezondheidszorg een schriftelijk bevel geven. Het bevel heeft een geldigheidsduur van 7 dagen, welke duur door de minister kan worden verlengd (art. 7 lid 4 KZI). De zorgaanbieder is verplicht aan de aanwijzing (binnen de gestelde termijn) of aan het bevel (onmiddellijk) te voldoen (art. 7 lid 5 KZI). Komt hij de uit de aanwijzing of het bevel voortvloeiende verplichtingen niet na, dan kan de minister bestuursdwang toepassen (art. 14 KZI in samenhang met de Algemene wet bestuursrecht).

De betekenis van de aanwijzing en het bevel zit hem niet in de frequentie waarmee deze maatregelen worden toegepast. Reeds ten tijde van de parlementaire behandeling bestond de verwachting dat maar zelden naar deze middelen zou moeten worden gegrepen. Van belang is vooral het stok-achter-de-deur karakter van beide maatregelen (Legemaate, 2001a). Goed overleg tussen de instelling en de Inspectie voor de Gezondheidszorg zal doorgaans voldoende zijn om problemen inzake de kwaliteit van de zorg te voorkomen of weg te nemen. Helpt dat niet, dan zal de Inspectie voor de Gezondheidszorg een waarschuwing of een milde dreiging uitspreken. Laat de instelling dan nog steeds na het beleid aan te passen, dan staat de Inspectie voor de Gezondheidszorg niet langer met lege handen, maar kan een aanwijzing of een bevel in beeld komen. Aan te nemen valt dat een instelling het bij voorkeur zover niet zal willen laten komen. De handelwijze van de Inspectie voor de Gezondheidszorg is geprotocolleerd in een Handhavingsplan Kwaliteitswet. Dat plan voorziet in een aantal door de Inspectie voor de Gezondheidszorg te zetten stappen, waaronder het geven van een schriftelijk advies, alvorens gebruik gemaakt wordt of kan worden van de bevels- en aanwijzingsbevoegdheid. Zie nader hoofdstuk 5.

De toezicht-en-handhavingsbepalingen van de KZI moeten niet alleen worden gezien in samenhang met de procedurele vereisten uit de Algemene wet bestuursrecht, maar ook met het beleid van de Inspectie voor de Gezondheidszorg ten aanzien van de uitoefening van toezicht, het interpreteren van het begrip verantwoorde zorg en het moment waarop en de snelheid waarmee de Inspectie voor de Gezondheidszorg actie onderneemt. Diverse teksten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg gaan nader op deze vraagstukken in. Het meest belangrijke van deze teksten is de in december 1996 gepubliceerde ‘Leidraad onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg van meldingen’ (Stcrt.1996, 236). Deze Leidraad omschrijft naar aanleiding van welke meldingen de Inspectie voor de Gezondheidszorg actie onderneemt en welke stappen en maatregelen vervolgens aan de orde (kunnen) komen.

Het uitgangspunt van de KZI had in de visie van de wetgever ook gevolgen voor de positionering van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In de Memorie van Toelichting werd daarover

opgemerkt dat er in de nieuwe benadering “minder behoefte [was] aan gedetailleerd toezicht door de inspecties op de kwaliteit van de daadwerkelijk verleende zorg” en voorts “dat de accentverschuiving van toezicht op de feitelijke zorgverlening naar toezicht op door zorgaanbieders zelf georganiseerde kwaliteitsbewaking (…) [bijdraagt] aan een effectiever en efficiënter functioneren van het overheidstoezicht op de kwaliteit van de zorgverlening” (23633, nr. 3, p. 13). De overheid –en dus ook de IGZ- staat door de KZI meer op afstand en grijpt in als de zorgaanbieder de toegekende verantwoordelijkheden niet waarmaakt: “Er is sprake van een terugtredende overheid en meer zelfregulering op het gebied van de kwaliteit, waardoor ook de toezichtfilosofie is veranderd”, zo betoogde de minister van VWS in mei 2000 (26395, nr.5, p. 6). In het verlengde van deze door de KZI beoogde ommezwaai werd de rol van de IGZ sinds het midden van de jaren negentig getypeerd als het houden van ‘toezicht op toezicht’.

2.3.10 Wijziging van andere wetten door toedoen van de KZI

Op grond van de artt. 16 tot en met 25 KZI zijn op het moment van de inwerkingtreding van de KZI enkele wetten ingetrokken en werden in een aantal andere wetten wijzigingen aangebracht. In dit kader is in het bijzonder van belang de wijziging die de KZI aanbracht in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet van 11 november 1993, Stb. 655). Deze wet regelt –kort gezegd- de kwaliteit van de zorg die wordt verleend door individuele beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Daartoe bevat de Wet BIG, naast bepalingen inzake –onder meer- opleiding, (her)registratie, deskundigheidsgebied, specialisatie en tuchtrecht, een bepaling aangaande de kwaliteit van zorg tijdens de beroepsuitoefening. Deze wetsbepaling, art. 40 BIG, werd in 1996 door de KZI gewijzigd en bevat sindsdien een met de opzet van de KZI te vergelijken opzet. Art. 40 BIG bepaalt dat de individuele hulpverleners die onder deze bepaling vallen hun beroepsuitoefening op zodanige wijze organiseren en zich zodanig voorzien van materieel, dat een en ander leidt of redelijkerwijze moet leiden tot verantwoorde zorg (art. 40 lid 1 BIG). Het uitvoeren van die verplichting omvat mede de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg (art. 40 lid 2 BIG). De leden 3 en 4 van art. 40 BIG geven de overheid mogelijkheden om ten aanzien van een aantal onderwerpen nadere regels te stellen.

Art. 40 BIG is van toepassing op die beroepsbeoefenaren van een beroep als geregeld in of krachtens de artt. 3 en 34 BIG die niet werkzaam zijn in een instelling als bedoeld in de KZI. Deze beperking is opgenomen om een goede afbakening tussen de reikwijdte van de KZI en die van de Wet BIG te bereiken. Werkt een individuele beroepsbeoefenaar in een instelling als bedoeld in de KZI, dan is art. 40 BIG op hem niet van toepassing en zal de Inspectie voor de Gezondheidszorg bij gebreken in de kwaliteit van zorg via de KZI de instelling moeten aanspreken. Gelet op de ruime inhoud die de KZI geeft aan het begrip ‘instelling’ komt het erop neer dat art. 40 BIG uitsluitend van toepassing is op c.q. bedoeld is voor solistisch werkende beroepsbeoefenaren.

Niet-naleving van art. 40 BIG kan de betreffende beroepsbeoefenaar op een bevel van de Inspectie voor de Gezondheidszorg komen te staan. Dit bevel is geregeld in art. 87a BIG en verschilt op twee punten van het KZI-bevel dat aan instellingen kan worden gegeven:

- het BIG-bevel is niet beperkt tot spoedeisende situaties;
- het BIG-bevel kent geen maximale geldigheidsduur.

Hieruit vloeit welhaast logisch voort dat de Wet BIG naast het bevel niet de mogelijkheid van een (al dan niet ministeriele) aanwijzing kent. Aangenomen mag worden dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg het BIG-bevel iets vaker zal moeten toepassen dan het KZI-instrumentarium, omdat solistisch werkende beroepsbeoefenaren niet vallen onder de mogelijk corrigerende invloed van (maatschaps)collega’s of instellingsmanagement (Legemaate, 2001b).

2.4 Overige aspecten inzake de Kwaliteitswet zorginstellingen

2.4.1 De relatie tussen de KZI en andere wetgeving

De KZI staat niet op zichzelf, maar moet worden gezien in relatie tot andere wettelijke regelingen die relevant zijn voor de kwaliteit van zorg. Deze andere wettelijke regelingen kunnen worden ingedeeld in twee groepen:

- Wettelijke regelingen die de onder de KZI vallende zorgaanbieder nadere verplichtingen opleggen op het terrein van de kwaliteit van zorg, hetzij door op deelterreinen specifieke regels te stellen en daardoor een bijdrage te leveren aan het operationaliseren van het begrip 'verantwoorde zorg' (zoals de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst met betrekking tot de patiëntenrechten), hetzij door met betrekking tot deelsectoren van de zorg- en/of de welzijnssector te voorzien in vormen van kwaliteitsregulering (zoals de Wet op de jeugdhulpverlening).

- Wettelijke regelingen die op directe of indirecte wijze de taken en verantwoordelijkheden regelen van andere partijen die in het kader van de bewaking van de kwaliteit van zorg een rol spelen. Te denken valt aan de cliëntenraad (Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ), Wet van 29 februari 1996, Stb. 204), de zorgverzekeraar (de bepalingen inzake het overeenkomstenstelsel uit de Ziekenfondswet en de AWBZ) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (de Gezondheidswet in relatie tot de KZI).

Een selectie van deze wetten wordt in het kader van dit evaluatieonderzoek vergeleken met de KZI, en wel op de volgende punten:

- de systematiek van de wet;
- de (eenduidigheid) van de wetsterminologie;
- de (consistentie van de) normstelling;
- de verdeling van verantwoordelijkheden;
- toezicht op en handhaving van de naleving.

Een vergelijking van de bedoelde wetten op deze punten kan duidelijk maken of , en zo ja in welke mate, de toepassing van de KZI door deze andere wettelijke regelingen wordt bevorderd dan wel wordt gehinderd. Deze vergelijking wordt uitgevoerd in hoofdstuk 6 van dit rapport. In dat kader komen ook aan de orde de uitkomsten van de evaluatieonderzoeken betreffende met de KZI samenhangende wetgeving.

2.4.2 Discussiepunten na de inwerkingtreding van de KZI

In de periode na de inwerkingtreding van de KZI zijn reeds enkele discussiepunten betreffende de inhoud of het functioneren van de wet naar voren gekomen. Deze discussiepunten worden hieronder besproken.

De reikwijdte van de KZI en de openbare gezondheidszorg

Met betrekking tot de reikwijdte van de wet is de vraag gerezen of de toepasselijkheid van de KZI in de openbare gezondheidszorg goed is geregeld. Thans is het zo, dat de activiteiten van de GGD gedeeltelijk wel en gedeeltelijk niet onder de KZI vallen. In een brief d.d. 19 augustus 1999 van de minister van VWS aan de Hoofdinspectie voor de Gezondheidszorg gaf de minister als haar mening dat alle taken van de GGD'en krachtens de Wet collectieve preventie, alsmede de overige taken van de GGD'en, onder de werking van de KZI zouden moeten worden gebracht. Dit vraagstuk, zo kondigde de minister aan, zal in het kader van de evaluatie

van de KZI worden meegenomen. De reden hiervoor moge duidelijk zijn: het is niet goed mogelijk binnen een instelling als een GGD een helder onderscheid te maken tussen activiteiten die wel en niet onder de vlag van de KZI vallen. De nu getrokken grens is, gelet op de taken en activiteiten van de GGD, enigszins arbitrair.

De reikwijdte van de KZI en faciliterende of aan opneming in de instelling 'vooraf gaande' verbanden

Een ander discussiepunt betreft de toepasselijkheid van de wet op organisatorische verbanden die strikt genomen geen instelling zijn als bedoeld in de wet, maar die wel medebepalend kunnen zijn voor de kwaliteit van de door instellingen verleende zorg. Te denken valt bijvoorbeeld aan call centra in de huisartsenzorg en de kraamzorg. Hierbij gaat het om een centrum waartoe men zich kan wenden in het geval men (vooral buiten kantooruren) genoemde vormen van zorg nodig heeft. Deze centra zijn veelal een gezamenlijk initiatief van huisartsen en/of kraamcentra in een regio en strekken ertoe buiten kantooruren een zo efficiënt mogelijke koppeling van zorgvragen en bereikbaarheid van zorg te garanderen. Strikt genomen zijn dergelijke call centra geen instellingen die zorg verlenen zoals bedoeld in de KZI en vallen zij derhalve niet onder de wet. Anderzijds bepalen zij de toegankelijkheid van instellingen (bijvoorbeeld een gezondheidscentrum) die wel onder de wet vallen. De uit de wet voortvloeiende verplichtingen brengen mee dat deze instellingen verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de dienstverlening die de call centra bieden. Dit impliceert dat ter zake goede afspraken moeten worden gemaakt tussen de betreffende instellingen en de call centra.
Een enigszins vergelijkbare vraagstuk doet zich voor met betrekking tot indicatiecommissies (zoals de Regionale Indicatieorganen en de Indicatiecommissies als bedoeld in art. 60 van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen). De activiteiten van dergelijke commissies gaan vooraf aan de opneming in een onder de KZI vallende instelling. In zoverre valt te begrijpen dat de wet op indicatiecommissies niet van toepassing is. De wet betreft immers instellingen die zelf zorg verlenen, en geen instellingen die tot taak hebben mensen tot bepaalde vormen van zorg toe te laten. Geheel bevredigend is dit evenwel niet. Het niet goed functioneren van indicatiecommissies kan ernstige problemen op het terrein van de toegankelijkheid van de zorg met zich meebrengen. Voorstelbaar is dat (juist) ook de kwaliteit van indicatiecommissies regulering en toezicht behoeft. Het is echter de vraag of de KZI daartoe het juiste kader biedt.

Kwaliteit en ketenzorg

De afgelopen jaren is in de gezondheidszorg het vraagstuk van de ketenzorg, en dus ook van de ketenkwaliteit, steeds belangrijker geworden. Dit kan aan de orde zijn in min of meer geformaliseerde vormen van transmurale zorg, maar ook in allerlei meer ad hoc bepaalde situaties waarin meerdere hulpverleners en/of instellingen met betrekking tot een bepaalde patiënt samenwerken. Deze ketens kunnen bestaan uit instellingen die elk voor zich onder de KZI vallen, maar ook uit combinaties van hulpverleners die deels wel en deels niet onder de KZI vallen. In het laatste geval zal het veelal zo zijn dat de niet onder de KZI vallende hulpverleners een vergelijkbare wettelijke kwaliteitsverantwoordelijkheid hebben, maar op grond van een andere wet (bijv. art. 40 BIG). Het fenomeen van de ketenzorg roept dan ook niet zozeer vragen op over de reikwijdte van de KZI alswel over de wijze waarop instellingen uit de keten die onder de KZI vallen invulling geven aan de specifiek met de ketenzorg verbonden kwaliteitsaspecten. Hierbij valt te denken aan:

- de kwaliteit van elk van de binnen de keten betrokken instellingen/hulpverleners;
- de coördinatie en de overdracht van informatie tussen de schakels binnen de keten;
- de kwaliteitseisen die voortvloeien uit een vraaggestuurde i.p.v. een organisatiegestuurde aanpak van de problematiek van de patiënt.

Participeert een onder de KZI vallen instelling in een keten als hiervoor bedoeld, dan houdt de

wettelijke verplichting om verantwoorde zorg te leveren onder meer in dat voldoende rekening wordt gehouden met en toezicht wordt gehouden op de zojuist genoemde aspecten. Elk van de in de keten participerende instellingen is daarop aanspreekbaar. Het is echter de vraag of het feit dat elk van de in een keten functionerende instelling onder de KZI valt een voldoende waarborg biedt om de kwaliteit van de keten als zodanig te garanderen. Het risico bestaat dat er gaten vallen in de kwaliteitsbewaking als niet ook de verantwoordelijkheid voor het functioneren van de keten duidelijk en expliciet is geregeld.

Het functioneren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg

Een belangrijk discussiepunt dat in de periode 1996-2001 ontstond had te maken met het functioneren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Daarbij ging het zowel om de (interne) organisatie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, om de visie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg op haar toezichthoudende taken, om de wijze waarop die taken feitelijk werden uitgevoerd en om de bevoegdheden van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, als om de vraag hoe de Inspectie voor de Gezondheidszorg van informatie over (mogelijk) onverantwoorde zorg op de hoogte raakt (Legemaate, 2001a).

De typering van de IGZ-rol als het houden van 'toezicht op toezicht' (zie hiervoor par. 2.3.9) leidde tot maatschappelijke verwarring over de rol van de IGZ. Van diverse kanten werd juist het belang van een actievere en duidelijker herkenbare toezichthoudende rol van de IGZ bepleit. Te denken valt in dit verband aan de rapporten van de Nationale Ombudsman en de Algemene Rekenkamer uit respectievelijk 1995 en 2000 (Legemaate, 2001a). Zowel in deze beide rapporten als in andere gremia, waaronder de Tweede Kamer, is veel kritiek geleverd op het beleid, de organisatie, de werkwijze en de bevoegdheden van de IGZ. Het gaat hierbij nadrukkelijk ook om de wijze waarop de IGZ haar taken in het kader van de KZI uitoefent. In juni 2001 verscheen het rapport van een onafhankelijke commissie die tot taak had te rapporteren over de wenselijke strategie van de IGZ, onder meer betreffende de vraag of de wetgeving die de IGZ handhaaft nog wel concordeert met de huidige maatschappelijke en politieke opvattingen over de taken van de IGZ. De commissie wijst op het toenemend belang van toezicht en bepleit een betere organisatie en een kwantitatieve uitbreiding van de IGZ. Ook meent de commissie dat het wettelijk kader ten aanzien van de IGZ moet worden verduidelijkt en dat de sanctiemogelijkheden van de IGZ moeten worden uitgebreid (Adviescommissie IGZ, 2001).

Aandacht was er ook voor de vraag of de IGZ wel voldoende informatie kreeg. Van oudsher is het zo dat calamiteiten door de instellingen aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg worden gemeld. Melding geschiedt op basis van vrijwilligheid. Van een wettelijke meldingsplicht is geen sprake. Aanvankelijk betoogde de Inspectie voor de Gezondheidszorg dat uit de KZI een meldingsplicht moest worden afgeleid (Jaarrapportage 1998, p. 54), maar nadien zag de Inspectie voor de Gezondheidszorg in dat dit standpunt niet houdbaar is. De jaarrapportages van de Inspectie voor de Gezondheidszorg wijzen overigens uit dat het aantal calamiteitenmeldingen de laatste jaren redelijk stabiel is gebleven. Dat een andere belangrijke informatiestroom naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg is weggevallen, is niet te wijten aan de KZI maar beïnvloedt wel de mogelijkheden om toezicht te houden als bedoeld in de wet. Het gaat om de informatie die de Inspectie voor de Gezondheidszorg tot 1995 ontleende aan de klachten die door patiënten bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg werden ingediend. Ten gevolge van de inwerkingtreding in 1995 van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ, Wet van 29 mei 1995, Stb. 308) is de klachtenbehandelende taak van de Inspectie voor de Gezondheidszorg vervallen. Aan de jaarverslagen die de WKCZ en de KZI voorschrijven heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg ook niet zoveel, omdat deze verslagen veelal zeer globale informatie bevatten en bovendien verschijnen op een te laat moment om nog te kunnen ingrijpen. In 2000

laakte ook de Algemene Rekenkamer het weinig informatieve gehalte van deze jaarverslagen en deed terzake een aantal aanbevelingen (Algemene Rekenkamer, 2000):

- het uitbreiden van de Inspectierichtlijn over de kwaliteitsjaarverslagen met (meer) inhoudelijke aanwijzingen;
- het integreren van de informatiestromen over de Kwaliteitswet, de Wet klachrecht en de Wet medezeggenschap;
- strenger toezien op de tijdige inlevering van kwaliteitsjaarverslagen.

De door de Inspectie voor de Gezondheidszorg zelf ook herhaaldelijk geuite klacht dat te weinig informatie beschikbaar is, heeft inmiddels geleid tot de aankondiging door de minister van enkele wetswijzigingen. Zo zal in de Wet klachtrecht cliënten zorgsector een bepaling worden opgenomen op grond waarvan aanwijzingen gegeven kunnen worden over de inhoud van het klachtenjaarverslag (26800 XVI, nr. 73, p. 8). Ook overweegt de minister in of krachtens de KZI een meldingsplicht inzake calamiteiten te regelen (Antwoord op Kamervragen, juli 2000).

2.5 Voorlichting ten tijde van de invoering van de wet

De mate waarin en de snelheid waarmee een nieuwe wettelijke regeling goed wordt ingevoerd, wordt onder meer bepaald door de voorlichting die voorafgaand aan en rond de invoering wordt gegeven, en door de mate waarin de instellingen die onder de wet vallen kunnen beschikken over modellen en voorbeelden voor het implementeren van onderdelen van de wet. Ter inventarisatie van deze activiteiten zijn er in het kader van dit evaluatieonderzoek telefonische interviews gehouden met vertegenwoordigers van koepelorganisaties en de overheid. Indien er door koepelorganisaties schriftelijke informatie was toegestuurd naar aanleiding van het telefonische interview, is ter aanvulling van het interview in sommige gevallen ook van deze informatie gebruik gemaakt ter inventarisatie van de voorlichtingsactiviteiten en ondersteunende activiteiten. Voorts is in sommige gevallen ook gebruikgemaakt van internetsites van koepelorganisaties. Er zijn in dit onderzoek drie soorten organisaties betrokken. Ten eerste het ministerie van VWS. Ten tweede de groep van negen koepelorganisaties van de zorgaanbieders waarop dit evaluatieonderzoek in hoofdzaak betrekking heeft (zie par. 2.3.3.):

- GGD Nederland;
- Arcares (landelijke brancheverenigingvoor verpleging en verzorging);
- GGZ Nederland (Geestelijke Gezondheidszorg);
- KNGF (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie);
- KNOV (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen);
- LVG (Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra);
- LVT (Landelijke Vereniging voor Thuiszorg);
- NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen);
- VGN (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland);

Daarnaast is informatie ingewonnen bij een groep van negentien andere koepelorganisaties van zorgaanbieders die in mindere mate met de KZI te maken hebben, waaronder: de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) en de Vereniging van Revalidatie Instellingen in Nederland (VRIN).

Hieronder worden de belangrijke conclusies weergegeven.

Ministerie van VWS

Met betrekking tot de invoering van de KZI heeft het ministerie van VWS gedurende anderhalf jaar een functionaris aangesteld om de voorlichting van de overheid in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen te verzorgen. Voor de inwerkingtreding van de wet zijn er door deze

voorlichter onder andere lezingen verzorgd. Verder is er een publicatieplan opgesteld en zijn er voorlichtingsproducten ontwikkeld. De voorlichting was zowel gericht op instellingen als op koepelorganisaties. Verder zijn er brochures opgesteld. Voor de directies van instellingen zijn algemene brochures ontwikkeld en voor medewerkers binnen de instellingen specifiekere brochures (aangezien zij het zijn die in de praktijk aan kwaliteit moeten werken). Deze brochures zijn via de instellingen verspreid. Daarnaast konden instellingen en koepels zich tot de voorlichter wenden als zij specifieke vragen hadden of informatie wilden. Ook konden zij de voorlichter vragen om presentaties te komen houden bij hun koepel of in hun instelling.
Ter stimulering van de initiatieven die zorgaanbieders en patiënten/consumentenorganisaties hebben ontplooid om invulling te geven aan het kwaliteitsbeleid, zijn aan hen subsidies verstrekt. In zijn algemeenheid is de beleidslijn geweest dat aan vrijgevestigde beroepsbeoefenaren startsubsidies zijn toe gewezen om hen te helpen enerzijds bij het ontwikkelen van kwaliteitsinstrumenten en anderzijds bij het opbouwen van de door de beroepsgroep nodig geachte infrastructuur voor het implementeren van het kwaliteitsbeleid. De instellingen werden geacht het kwaliteitsbeleid binnen hun eigen budget te bekostigen (ministerie van VWS, 2000).

Verder heeft de overheid verschillende projecten opgezet dan wel ondersteund. Er kan gedacht worden aan meer algemene projecten, zoals bijvoorbeeld het instellen van de Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid van 1990 tot 1995, het ondersteunen van het LCKZ, de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (SHKZ) en de Leidschendamconferenties. Ook werden en worden er door de overheid veel specifieke projecten ondersteund, zoals bijvoorbeeld het programma Kwaliteitszorg Algemeen Maatschappelijk Werk, het Farmaco Therapeutisch Overleg en het bovengenoemde programma Kwaliteitsbevordering Paramedische Zorg 1993-2003 (ministerie van VWS, 2000).

Wat de kwaliteitsjaarverslagen in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen betreft, zijn er door de IGZ twee circulaires verstuurd over het maken van een kwaliteitsjaarverslag. Verder zijn er door de inspectie of overheid geen richtlijnen opgesteld voor het maken van een kwaliteitsjaarverslag.

Koepelorganisaties
Uit de gehouden inventarisatie blijkt, dat de koepelorganisaties van instellingen in de gezondheidszorg met betrekking tot de Kwaliteitswet zorginstellingen een groot aantal activiteiten hebben ondernomen. Wel bestaan verschillen ten aanzien van de aard en de omvang van deze activiteiten. Sommige koepels hebben zich beperkt tot het informeren van de aangesloten instellingen, andere koepels zijn verder gegaan en hebben getracht met betrekking tot onderdelen van de wet (zoals kwaliteitssystemen of het kwaliteitsjaarverslag) handreikingen op te stellen ten behoeve van de aangesloten instellingen. Enkele voorbeelden:
- het accreditatiesysteem voor ziekenhuizen, aan de hand van de PACE-normen (NVZ);
- de implementatie van het MIK-V model in verpleeghuizen en verzorgingshuizen (Arcares);
- het Kwaliteitsprogramma fysiotherapie (KNGF);
- Programma ‘Bevordering doelmatigheid en kwaliteit van zorg door verloskundigen’ (KNOV).

2.6 De impact van de Leidschendamconferenties

Eerder is aangegeven dat de Kwaliteitswet zorginstellingenmoet worden gezien in het licht van een andere visie op de verantwoordelijkheden van de partijen in het veld. Deze visie is ontwikkeld en nader ingevuld in het kader van de zogenaamde Leidschendamconferenties en de in dat kader gemaakte afspraken (zie par. 2.2.1). Deze conferenties vonden plaats in 1989, 1990, 1995 en 2000. De KZI kan worden gezien als een instrument ter facilitering van de verantwoor-

delijkheidsverdeling ter zake van de kwaliteit van zorg, zoals deze in het kader van de Leidschendamconferenties tussen de overheid, de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars en de organisaties van patiënten en cliënten is afgesproken. Dit betekent dat het succes van de KZI in belangrijke mate afhankelijk is van de wijze waarop deze partijen omgaan met de afspraken die in het kader van de Leidschendamconferenties zijn gemaakt. Relevant in dit verband zijn in het bijzonder de afspraken gemaakt tijdens de Leidschendamconferentie 1995, welke afspraken in belangrijke mate 'corresponderen' met de wettelijke verplichtingen die de KZI oplegt aan zorgaanbieders.

In 1989/1990 vonden de eerste Leidschendamconferenties plaats. Deze conferenties werden georganiseerd om initiatieven rondom kwaliteit van zorg te bundelen en een gezamenlijk kwaliteitsbeleid voor de zorgsector te ontwikkelen. Er werden afspraken gemaakt over verantwoordelijkheden van afzonderlijke partijen (zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiënten/consumentenorganisaties en de overheid), de criteria aan de hand waarvan kwaliteit in de gezondheidszorg zou moeten worden beoordeeld, kwaliteitssystemen en inzet van middelen. In 1995 zijn de afspraken van 1989/1990 geëvalueerd en geactualiseerd. Dit leidde tot bijgestelde en nieuwe afspraken over onder andere transparantie van het zorgaanbod en het verzekeringsaanbod, externe beoordeling, overleg en afstemming. Tevens werd afgesproken dat vanuit het landelijk niveau een vertaalslag zou worden gemaakt van de afspraken op landelijk niveau naar concrete operationalisering op regionaal niveau. Ter voorbereiding op de Leidschendamconferentie 2000 is onderzoek verricht door het Nivel en door het Verwey-Jonker Instituut. Het Nivel heeft onderzoek gedaan naar de invoering van kwaliteitssystemen in zorginstellingen en naar kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren. Het Verwey-Jonker Instituut onderzocht het regionale kwaliteitsbeleid op basis van de (19) regionale kwaliteitsconferenties die de afgelopen twee jaar zijn gehouden. En het Verwey-Jonker Instituut stelde een rapport samen op basis van een evaluatieronde met landelijke koepels van de drie partijen en de overheden. Via het invullen van de checklists zijn de bij de Leidschendamafspraken betrokken actoren zelf gevraagd om een oordeel te geven over de stand van zaken van de implementatie van de Leidschendamafspraken uit 1995.

Hieronder worden kort de bevindingen weergegeven met betrekking tot een vijftal afspraken die zijn gemaakt in het kader van Leidschendam 1995. Vervolgens worden enkele algemene conclusies gegeven.

Afspraak: vertaalslag naar regionaal/lokaal niveau
Vanuit het landelijke niveau dient de vertaalslag te worden gemaakt van de uitkomsten van de conferentie naar een concrete operationalisering op regionaal/lokaal niveau; dit dient mede gebaseerd te worden op datgene wat op deze niveaus reeds is ontwikkeld of in ontwikkeling is.

Conclusie
De landelijke organisaties hebben bevorderd dat hun leden bij de uitwerking van het kwaliteitsbeleid rekening houden met de Leidschendamafspraken 1995. De concrete operationalisering op regionaal/lokaal niveau verloopt per sector verschillend en in sommige sectoren moeizaam.

Afspraak: begripsverheldering
In het jaar 2000 zijn de begrippen 'verantwoorde zorg' en 'kwaliteitssysteem' verder verduidelijkt in het verkeer tussen zorgaanbieders/beroepsbeoefenaren, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties. Begrippen als patiëntgerichtheid, doelmatigheid en doeltreffendheid zijn daarbij nader omschreven in toetsbare, meetbare termen.

Conclusie
Alle partijen geven aan dat zij werken aan de beoogde begripsverheldering. Hierbij moet worden aangetekend dat niet alle referentiekaders voldoen aan de afspraak dat begrippen als patiëntgerichtheid, doelmatigheid en doeltreffendheid in toetsbare en meetbare termen omschreven zijn.

Afspraak: externe beoordeling en harmonisatie
In het jaar 2000 is voor elk der partijen duidelijk hoe externe beoordeling plaatsvindt en wie als externe beoordelaars van zorg en/of kwaliteitssystemen optreden. Duidelijk is welke maatstaven hierbij gehanteerd worden.

Conclusie
De meeste zorginstellingen en een minderheid van de beroepsbeoefenaren voldoen aan de afspraken rondom externe beoordeling. De afspraken rondom Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) zijn geoperationaliseerd.

Afspraak: informatie over kwaliteit zorgaanbod en ketenkwaliteit
In het jaar 2000 is de transparantie van de kwaliteit van het zorgaanbod verbeterd.
Zowel patiënten/consumenten als zorgverzekeraars en overheid kunnen zich een beeld vormen van de kwaliteit van de geboden zorg en de kwaliteitssystemen. Met het oog op ketenkwaliteit/continuïteit in de kwaliteit van zorg moeten ook zorgaanbieders onderling inzicht hebben in de kwaliteit van het zorgaanbod. Transparantie van de kwaliteit als kenmerk van het zorgaanbod veronderstelt transparantie van het zorgaanbod naar aard, proces en doeltreffendheid.
In het jaar 2000 is de transparantie van het verzekeringsaanbod verbeterd. Hierbij gaat het om het vergroten van het inzicht in de kwaliteit van het product van de zorgverzekeraars en hun gedrag op de verzekerdenmarkt en de zorgmarkt.

Conclusie
De implementatie van de Leidschendamafspraken met betrekking tot het verbeteren van de transparantie verloopt niet voorspoedig. De zorgaanbieders voldoen wel aan de afspraak omtrent het uitbrengen van kwaliteitsjaarverslagen.

Afspraak: prikkels en voorwaarden voor het kwaliteitsbeleid
Om een goede ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid mogelijk te maken zijn onderzoek, ondersteuning en financiering noodzakelijk. In het jaar 2000 is de situatie gerealiseerd, waarin incentives bestaan voor diegenen die een aantoonbaar en effectief kwaliteitsbeleid hebben.

Conclusie
De landelijke partijen voldoen aan de afspraak dat er middelen worden vrijgemaakt voor onderzoek, ondersteuning en financiering van het kwaliteitsbeleid onder meer via de Meerjarenafspraken Zorg en (in enkele sectoren) de inrichting van een kwaliteitsfonds.
De algemene conclusie van het onderzoek in 2000 luidde dat de landelijke koepels van zorgaanbieders, beroepsbeoefenaren, patiënten/consumentenorganisaties en zorgverzekeraars en de overheid het werken aan implementatie van het overeengekomen kwaliteitsbeleid weliswaar stevig ter hand genomen hebben, maar dat er zeker nog een aantal jaren nodig lijkt te zijn om de implementatie in de volle breedte van het zorgterrein te realiseren. Dit geldt met name voor de vertaalslag van de landelijke afspraken naar het regionale/lokale niveau en het verbeteren van de transparantie. Bovendien heeft de nadruk gelegen op het ontwikkelen van voorwaarden scheppende zaken en op de procesmatige kant van handelen. Op landelijk en regionaal niveau werken zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten/ consumentenorganisaties structureel of op projectniveau met elkaar samen om invulling te geven aan kwaliteitszorg. Er is in dit opzicht sprake van zowel een top-down proces (van het landelijke niveau naar het regio-

nale niveau) als van een bottom-up proces (van het regionale niveau naar het landelijke niveau).
Op landelijk niveau is het onderwerp kwaliteit bovendien via de Meerjarenafspraken Zorg neergezet. Via de Meerjarenafspraken Zorg wordt kwaliteit onderdeel van het 'staand' beleid. De inhoud van deze Meerjarenafspraken is in lijn met het landelijk ingezette kwaliteitsbeleid. In de Meerjarenafspraken Zorg zijn hiervoor ook middelen gereserveerd, onder meer voor financiering van het kwaliteitsbeleid van beroepsorganisaties en van kwaliteitsprojecten.

Na alle aandacht in de afgelopen jaren voor kwaliteitssystemen, richtlijnen, protocollen e.d. is er op dit moment ook meer aandacht voor het primaire proces, de interactie tussen hulpverlener en patiënt. Daarmee wordt professioneel handelen als nieuw thema op de kwaliteitsagenda gezet.

Op basis van het onderzoek kan worden geconcludeerd dat de ontwikkelingen in het veld die nodig zijn om de KZI tot zijn recht te laten komen in de jaren na 1995 in gang zijn gezet, maar nog bepaald niet zijn voltooid. Het is van belang deze contextuele factor te betrekken bij het formuleren van conclusies inzake de doeltreffendheid en effectiviteit van de KZI.

2.7 IJkpunten voor een beoordeling van de doeltreffendheid en effectiviteit

Art. 26 KZI bepaalt dat de regering binnen vijf jaar na de inwerkingtreding aan de Staten-Generaal een verslag zendt over de doeltreffendheid en de effectiviteit van de KZI in de praktijk. Tijdens de parlementaire behandeling is aangegeven dat in het kader van deze evaluatie nadrukkelijk aandacht zal worden besteed aan het effect dat de wet heeft gehad op de integratie van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen (23633, nr. 8, p. 12).

Aan het voorafgaande kunnen ijkpunten voor een beoordeling van de doeltreffendheid en effectiviteit van de Kwaliteitswet zorginstellingen worden ontleend. Het gaat daarbij zowel om ijkpunten die direct met de tekst van de wet verband houden (A) als om ijkpunten die de 'omgeving' van de wet betreffen (B):

A.1: de helderheid en systematiek van de KZI;
A.2: het operationaliseren van het begrip 'verantwoorde zorg';
A.3: de wijze waarop de zorgaanbieder de zorgverlening organiseert;
A.4: de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitssystemen;
A.5: inhoud en impact van het kwaliteitsjaarverslag;
A.6: de uitoefening van het overheidstoezicht op de naleving van de wet, en de handhaving van de wet;
B.1: de integratie van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid;
B.2: de mate van effectiviteit van landelijk beleid (Leidschendamafspraken);
B.3: de verhouding en rolverdeling tussen de zorgaanbieder en andere actoren (zorgverzekeraar, Inspectie voor de Gezondheidszorg);
B.4: de verhouding tussen de KZI en aanpalende wetgeving.

Een oordeel over de doeltreffendheid en effectiviteit van de wet zal in belangrijke mate moeten worden gebaseerd op deze ijkpunten. Deze ijkpunten moeten worden gezien als een uitwerking van de onderzoeksvraagstellingen zoals geformuleerd in Hoofdstuk 1 van deze rapportage. In het vervolg van dit onderzoek worden deze ijkpunten nader ingevuld.

3

De naleving van de Kwaliteitswet zorginstellingen

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat over de naleving van de Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI). De volgende vraagstelling staat daarbij centraal: In hoeverre voldoen de instellingen aan de verplichtingen van de Kwaliteitswet zorginstellingen om verantwoorde zorg te verlenen op een gestructureerde procesmatige wijze via de toepassing van een kwaliteitssysteem? De verplichtingen van de Kwaliteitswet zorginstellingen hebben betrekking op de organisatie van de zorgverlening, de verdeling van verantwoordelijkheden, de wijze van kwaliteitsbewaking,- beheersing en –verbetering en de verantwoording van het kwaliteitsbeleid. Onder verantwoorde zorg wordt in de wet verstaan zorg van een goed niveau die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht verleend wordt en afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.

De wettelijke verplichtingen vormen een overzichtelijk geheel van plichten voor de zorginstellingen: de norm (artikel 2), activiteiten ter realisatie daarvan (artikel 3), waaronder een cyclisch proces van bewaking en verbetering (artikel 4), en een openbaar kwaliteitsjaarverslag (artikel 5). Zoals in hoofdstuk 1 is uiteengezet zal bij het onderzoek naar de naleving van de Kwaliteitswet zorginstellingen rekening gehouden moeten worden met mogelijk verschillende uitwerkingen per sector. Het veld is immers per sector georganiseerd en de betrokken veldpartijen worden in het systeem van geconditioneerde zelfregulering geacht om zelf invulling te geven aan hun onderscheiden verantwoordelijkheden. De naleving van de wettelijke verplichtingen zal daarom in alle sectoren van de gezondheidszorg die onder de reikwijdte van de Kwaliteitswet zorginstellingen vallen, afzonderlijk onderzocht worden (pagraaf 3.2). Daarna volgt in paragraaf 3.3 een intersectorale vergelijking met betrekking tot de naleving van de Kwaliteitswet zorginstellingen. In een apart deelonderzoek zijn de kwaliteitsjaarverslagen aan een nadere analyse onderworpen (paragraaf 3.4). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een slotparagraaf 3.5 waarin een concluderend antwoord gegeven wordt op de vraagstelling van de naleving van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

De volgende bronnen liggen ten grondslag aan de resultaten die in dit hoofdstuk gepresenteerd worden:

- Een landelijke interviewronde met vertegenwoordigers van de landelijke brancheorganisaties en patiënten/consumentenorganisaties.
- Een enquête die uitgezet is onder de instellingen in de onderscheiden sectoren van de gezondheidszorg (zie bijlage 3).
- Het Nivelonderzoek (Sluijs en Wagner, 2000) naar de stand van zaken van de invoering van kwaliteitssystemen.
- Een inhoudsanalyse van kwaliteitsjaarverslagen.

3.2 De naleving in de verschillende sectoren

Bij het onderzoek naar de naleving van de Kwaliteitswet zorginstellingen is met name aandacht besteed aan respectievelijk het operationaliseren van verantwoorde zorg, de verantwoordelijkheidstoedeling binnen de instelling, de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitssystemen, het kwaliteitsjaarverslag, de integratie van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid, de Inspectie voor de gezondheidszorg en beoordeling van de effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

3.2.1 Thuiszorg

Bij de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) zijn ongeveer 100 instellingen aangesloten. In de sector werken 15.500 medewerkers en 6.500 alfa hulpen die diverse vormen van zorg- en dienstverlening aan twee miljoen klanten bieden. Bijna alle lidinstellingen beschikken over het LVT Kwaliteitskeurmerk. Zes lidinstellingen zijn in het bezit van een HKZ-certificaat. De LVT heeft in 1994 twintig kwaliteitseisen geformuleerd als operationalisatie van verantwoorde zorg. In 1996 zijn tien van deze eisen opgenomen in de lidmaatschapseisen van de LVT. Om lid te kunnen worden van de LVT moeten instellingen voor thuiszorg aan het basiskwaliteitsniveau voldoen. Deze eisen zijn in 2000 herzien en meer gebaseerd op het HKZ-schema. Er is gekozen voor een lichtere variant van het HKZ-schema zowel qua eisen (specifiek gericht op het leveren van cliëntgerichte zorg) als qua toetsing. In het najaar van 2001 start de tweede ronde van de toetsing van de lidinstellingen. In de afgelopen jaren zijn alle 100 instellingen gevisiteerd. In één geval heeft een instelling direct een lidmaatschapscertificaat gekregen. In alle andere gevallen zijn de instellingen aan het werk gegaan om tekortkomingen te verbeteren.

Het operationaliseren van het begrip 'verantwoorde zorg'

De resultaten van de analyse van de enquêtes die door de thuiszorginstellingen zijn geretourneerd, geven aan dat de thuiszorginstellingen de normen voor verantwoorde zorg ontlenen aan landelijke richtlijnen of protocollen. Daarnaast ontleent 42% van de instellingen uit de thuiszorgsector normen voor verantwoorde zorg uit regionale richtlijnen. Als belangrijkste bronnen voor de invulling van het begrip verantwoorde zorg worden genoemd de LVT, HKZ, wetgeving, zorgverzekeraar en uitkomsten van cliëntenraadpleging. Ook aan de bouwkundige voorzieningen stelt de overgrote meerderheid van de instellingen (66%) kwaliteitseisen.

De meeste instellingen hanteren protocollen voor specifieke verrichtingen. Protocollen die in de meeste instellingen aanwezig zijn betreffen de medisch-technische handelingen, de melding van incidenten en infectiepreventie (Sluijs en Wagner, 2000).

Nadeel van de normen die nu gehanteerd worden is volgens de LVT dat er nog veel onhelderheid in definities is. De normen worden per productsoort uitgewerkt, waarbij een koppeling wordt gemaakt met de inhoudelijke normen van de beroepsgroepen (bijvoorbeeld diëtisten). Daarbij wordt aangetekend dat er een dusdanig grote diversiteit van standaarden is dat er nu een procedure op gang is gekomen, waarbij de verschillende standaarden in de thuiszorg geharmoniseerd worden, dat wil zeggen op dezelfde leest geschoeid en in samenhang gepresenteerd.

De verantwoordelijkheidstoedeling binnen de instelling

Aan de instellingen is gevraagd of op instellingsniveau ten aanzien van het leveren van verantwoorde zorg sprake is van verantwoordelijkheidstoedeling. Bijna alle thuiszorginstellingen (90%) reageren op deze vraag met een positief antwoord. Aanvankelijk werd volgens de LVT de verantwoordelijkheid bij de kwaliteitsfunctionaris gelegd. Nu ligt de verantwoordelijkheid steeds meer bij de lijn, op het ontwikkelen van kwaliteitsmanagementsystemen, waarbij kwaliteitszorg geïntegreerd wordt in het management.

De ontwikkeling en implementatie van kwaliteitssystemen
Aan de instellingen is gevraagd of zij systemen of methodieken hanteren die de zorg op zodanige wijze organiseren dat dit leidt tot verantwoorde zorg. Het merendeel van de instellingen (80%) uit de thuiszorgsector zegt systemen of methodieken te hanteren. De thuiszorginstellingen noemen met name modellen van het INK (Instituut Nederlandse Kwaliteit), HKZ en ISO. Het grootste deel van de thuiszorginstellingen die geen systemen of methodieken hanteren, geeft als reden op dat zij werken aan de hand van eisen die zijn opgesteld door de LVT.

In de thuiszorg worden volgens de LVT twee kwaliteitssystemen gehanteerd. Het merendeel hanteert het HKZ-systeem, een kleiner aantal hanteert het INK model. Het HKZ is extern genormeerd, terwijl bij de INK-systematiek de instelling zelf bepaalt hoe het wordt ingevuld. Bovendien raakt dit laatste model meer velden, bijvoorbeeld het thema leiderschap. In de praktijk groeien beide modellen naar elkaar toe. Beide zorgen voor een meer integrale benadering van kwaliteit van de organisatie.

Het kwaliteitsjaarverslag
Een van de verplichtingen die uit de Kwaliteitswet zorginstellingen voortvloeien is het schrijven van een kwaliteitsjaarverslag. Bijna iedere instelling schrijft momenteel een kwaliteitsjaarverslag. De kwaliteitsjaarverslagen zijn met name toegestuurd aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (81%), patiënten/consumentenorganisaties (61%) en de zorgverzekeraar (39%). Het ministerie van VWS wordt door 36% van de instellingen als adressant genoemd.
Het kwaliteitsjaarverslag is volgens de LVT niet functioneel. De LVT ziet in benchmarking een beter alternatief om zich als instelling te verantwoorden, hoewel de benchmark toch voornamelijk als doel heeft om gegevens met betrekking tot de bedrijfsvoering met elkaar te kunnen vergelijken. Deze zou dan aangevuld moeten worden met een meer verplichtend geheel van externe beoordelingen door patiëntenorganisaties, die dan wel professioneler moeten worden opgezet.

De integratie van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid
Bij 90% van de instellingen in deze sector hebben patiënten/consumentenorganisaties op enigerlei wijze een inbreng in kwaliteitsprojecten. Ongeveer eenderde van de instellingen betrekt patiënten/consumentenorganisaties bij afspraken over wachttijden. De eerste versie van de lidmaatschapseisen van de LVT is opgesteld samen met patiënten/consumentenorganisaties en zorgverzekeraars. De Stichting KIEN en de Stichting Cliënt en Kwaliteit zijn betrokken bij het benchmarktraject in de thuiszorg en hebben daar hun criteria ingebracht (de KIEN vragenlijst). Deze betrokkenheid is gefinancierd uit het kwaliteitsfonds. KIEN bestaat uit een vragenlijst die op tweeërlei manier benut wordt. Een deel van de vragen wordt gesteld ten behoeve van een benchmarkonderzoek naar het functioneren van thuiszorginstellingen. Het andere deel - de open vragen - geeft meer casuïstische informatie die door de RPCP's gebruikt wordt bij verbeteringsprojecten met de thuiszorginstellingen. Deze koppelt de opbrengst van de open vragen aan de andere gegevens van de vragenlijst en via een groepsinterview resulteert dit in verbeteringsvoorstellen, die met de thuiszorginstellingen, de Regionale Indicatieorganen (RIO's) en eventueel andere betrokkenen worden besproken. De vragenlijst wordt sinds 1998 gebruikt.

Aan de instellingen is gevraagd welke gegevens worden gebruikt voor het systematisch toetsen van de kwaliteit van zorg en in hoeverre deze toetsingen hebben geleid tot veranderingen in de organisatie van de zorg. Uit deze gegevens komt naar voren dat met name meningen van patiënten (73%), de cliëntenraad (73%), medewerkers (58%), gegevens over klachten, complicaties en fouten (61%) alsmede gegevens van interne toetsingen (56%) gebruikt worden voor het systematisch toetsen van de kwaliteit van zorg. Deze toetsingen leiden meestal ook tot veranderingen in de organisatie van de zorg.

De thuiszorginstellingen hanteren twee vormen van (vrijwillige) externe beoordeling. De eerste vorm betreft de beoordeling door een certificerende instelling op basis van het HKZ-certificatieschema. Naast systematische registratie van geleverde zorg, ziekteverzuim enzovoort, worden minimaal gegevens verzameld en geregistreerd, die in de lidmaatschapseisen zijn vastgesteld. Dit zijn gegevens die betrekking hebben op het leveren van cliëntgerichte zorg. De instellingen die zich willen houden aan een HKZ schema dienen op een breder terrein gegevens te registreren. Het gaat om gegevens die betrekking hebben op bedrijfsinterne aspecten van het functioneren van het kwaliteitssysteem van de organisatie. De toetsing vindt plaats door een team samengesteld door de LVT. De toetsingen hebben in bijna alle gevallen geleid tot veranderingen in de organisatie.
De tweede vorm betreft de beoordeling van de producten en de wijze waarop die geleverd worden aan cliënten. Deze beoordeling vindt plaats op basis van een instrument dat ontwikkeld is vanuit de optiek van patiënten/consumenten. Bij de beoordeling door patiënten/consumenten in het kader van het benchmarkonderzoek naar het functioneren van thuiszorginstellingen werken de LVT, de Stichting KIEN en de NPCF op landelijk niveau samen. Deze samenwerking is geformaliseerd in een convenant dat in 1996 tussen de LVT en de NPCF gesloten is.

De LVT heeft de indruk dat er op regionaal niveau in het kader van de beoordeling vanuit het patiëntenperspectief te weinig is gerealiseerd. Zij is blij met de plannen van de Stichting KIEN en Cliënt en Kwaliteit om de toetsingen op een meer professionele leest te schoeien en de samenwerking tussen cliëntenraad en RPCP op dit terrein te verbeteren. De benchmark richtte zich tot voor kort vooral op aspecten van de bedrijfsvoering. Nu wordt door de LVT een meer integrale benadering gestimuleerd.
In de thuiszorg dringt de concurrentie zich op. De instellingen worden daardoor gedwongen heel alert zijn op wat hun klanten willen. Daarnaast is er de inbreng van cliëntenraden. Uit het Nivelonderzoek blijkt dat een kleine meerderheid van de instellingen de cliëntenraad betrekt bij het bespreken van de uitkomsten van de klachtenregistraties of de uitkomsten van satisfactie-onderzoek.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg
Aan thuiszorginstellingen is gevraagd of zij in aanraking zijn geweest met de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het kader van de Kwaliteitswet. Veel thuiszorginstellingen (66%) zeggen in het kader van de wet in aanraking te zijn geweest met de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het contact met de Inspectie voor de Gezondheidszorg bestond uit een algemeen bezoek (59%), een schriftelijk advies van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (19%) en de melding van calamiteiten (20%). 70% van de instellingen meldt calamiteiten op eigen initiatief.
De lidmaatschapseisen van de LVT zijn door de Inspectie voor de Gezondheidszorg geaccepteerd als instrument voor toetsing. Ten aanzien van de kraamzorg zijn de basiskwaliteitseisen kraamzorg het toetsingskader. De kraamzorg is al enige jaren het experimenteerterrein van de marktwerking in de zorg. Sommige kraamzorginstellingen hanteerden tot voor kort vanwege concurrentieoverwegingen een goedkoop tarief, maar hechtten minder prioriteit aan kwaliteitsbeleid. De Inspectie voor de Gezondheidszorg had op dat moment weinig mogelijkheden om in te grijpen. Problemen lagen er met name op het terrein van financiële bedrijfsvoering. Over de financiële bedrijfsvoering doet de Kwaliteitswet zorginstellingen geen uitspraken. Daarnaast was er geen toetsingskader voor de kwaliteit van zorg aanwezig. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft volgens de LVT primair de taak van toezichthouder, maar kan die taak alleen maar waarmaken als er kwaliteitseisen liggen waar de hele sector zich aan heeft gebonden. Uiteindelijk hebben de LVT en de KNOV samen de problemen in de kraamzorg bij de minister aangekaart, waarop zij vervolgens enkele maatregelen heeft genomen om een minimaal niveau van verantwoorde zorg te bewerkstelligen.

Er is nu een aantal basiskwaliteitseisen vastgesteld, waaraan zich alle actoren gecommitteerd hebben.

Beoordeling van de effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen
De marktwerking in de thuiszorg is volgens de LVT een impuls om meer met kwaliteitseisen te gaan werken. Dat belang wordt groter als klanten kunnen weglopen. De Kwaliteitswet zorginstellingen is daarbij een stimulans, maar de noodzaak wordt groter door marktwerking. De thuiszorg heeft volgens de LVT altijd al meer aan verantwoording moeten doen: aantonen wat er in de thuissituatie gebeurt, omdat daar het management niet zo gemakkelijk toegang heeft. Soms is het echter onduidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is. Met name in de kraamzorg ontstaat er volgens de LVT een vermenging tussen de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars hebben zich een meer sturende rol toegeëigend, waarbij het voor de cliënt soms onduidelijk is, wie waarop kan worden aangesproken. Een voorbeeld is de rol van call centra in de kraamzorg, die in opdracht van de zorgverzekeraar de eerste contacten leggen met de cliënt.

3.2.2 Gehandicaptenzorg

Het aantal lidinstellingen van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) is als gevolg van fusies en reorganisaties de afgelopen jaren teruggelopen van 1000 tot ongeveer 200. Het gaat daarbij steeds meer om een grote diversiteit aan voorzieningen en dienstverlening binnen één instelling. De mate waarin de instellingen aan kwaliteitsbeleid doen is zeer verschillend. Sommige van de instellingen zitten in de rode cijfers, of hebben zodanige personeelsproblemen dat er weinig aandacht voor kwaliteitszorg is.
Somma (de vereniging van instellingen voor hulp- en dienstverlening aan mensen met een (verstandelijke) handicap) is de koepel van 32 Sociaal Pedagogische Diensten (SPD'en), die een WZV regio als adherentiegebied hebben. Zij verzorgen ondersteuning aan mensen met een verstandelijke handicap in alle levensfasen. Het is een extramurale voorziening met het accent op advies, informatie en begeleiding. In de onderstaande tekst wordt een onderscheid gehanteerd tussen instellingen (voor gehandicaptenzorg) en SPD'en.

Het operationaliseren van het begrip 'verantwoorde zorg'
Bijna alle instellingen uit de gehandicaptenzorg hanteren landelijke richtlijnen en protocollen (92%) en/of regionale richtlijnen en protocollen (32%). Als belangrijkste bronnen voor de invulling van het begrip verantwoorde zorg worden door de instellingen genoemd het Model Kwaliteitssysteem Gehandicaptenzorg (MKG), VGN, het ministerie van VWS, de Kwaliteitswet zorginstellingen, cliënten, Inspectie voor de Gezondheidszorg, wet- en regelgeving. De SPD'en noemen met name cliënten, medewerkers, wet- en regelgeving en Somma.
Bijna alle instellingen uit de gehandicaptenzorg (91%) stellen kwaliteitseisen aan de materiële infrastructuur en aan de bouwkundige voorzieningen (94%). De meerderheid van de SPD'en (79%) ontleent de normen voor verantwoorde zorg aan landelijke richtlijnen of protocollen. Een kleine meerderheid (56%) ontleent de normen voor verantwoorde zorg ook aan regionale richtlijnen of protocollen. Het gaat daarbij volgens het Nivelonderzoek (Sluijs en Wagner, 2000) met name om protocollen of werkinstructies voor specifieke ondersteunings- of begeleidingsactiviteiten. Ook hanteert men vaak protocollen met betrekking tot voorbehouden handelingen, werkinstructies betreffende de samenwerking met andere zorgaanbieders en de voorlichting aan de cliënt. Protocollen die de wijze van omgaan met klachten van cliënten beschrijven worden algemeen gebruikt, evenals protocollen over hoe te handelen bij vermoeden van seksueel misbruik.
De meeste SPD'en stellen kwaliteitseisen aan zowel de materiële infrastructuur als de bouw-

kundige voorzieningen. Een SPD stelt aan geen van beide kwaliteitseisen. Een ruime meerderheid (75%) van de instellingen stelt geestelijke verzorging beschikbaar voor patiënten/cliënten in instellingen voor gehandicaptenzorg.

Het Model Kwaliteitssysteem Gehandicaptenzorg is gebaseerd op veldnormen en wet- en regelgeving (WGBO en andere patiëntenwetgeving) en zijn gerelateerd aan cliëntennormen en 'best practices', waarover instellingen elkaar informeren. De inhoud van de zorg wordt volgens de VGN in sterke mate bepaald door de cliënt. De verantwoordelijkheid om daar goed mee om te gaan ligt bij de individuele instelling en is afhankelijk van de specifieke zorgvragen van de cliënt en het beleid van de instelling. De klachtenregeling geeft informatie waar het niet goed gaat.

Somma heeft veel gedaan aan inhoudelijke werkontwikkeling. Door scholing werd de implementatie van nieuwe inzichten ondersteund. Er zijn in elke regio protocollen ontwikkeld met betrekking tot het professioneel handelen. Er zijn landelijke protocollen die betrekking hebben op de ondersteuning van cliënten bij de aanvraag van een Persoonsgebonden Budget (PGB). Ook is er een landelijk protocol met betrekking tot seksueel misbruik bij verstandelijk gehandicapten.
De zorgprotocollen zijn nog niet landelijk geaccordeerd. Wel is er een landelijke databank.

Ten aanzien van de vraag in hoeverre de instellingen rekening houden met verschillen in zorgvragen tussen verschillende groepen cliënten wordt verwezen naar de gerichtheid op de zorgvraag van de individuele cliënt. Wel wordt erkend dat de toegankelijkheid van de zorg voor specifieke groepen nog onvoldoende is. De VGN neemt initiatieven om de instellingen meer rekening te laten houden met de zorgbehoefte van specifieke groepen. Zo is er een project multiculturalisatie in de VGN. Participatie van bijvoorbeeld allochtone jongere cliënten wordt als ingewikkeld ervaren. Dat geldt ook voor de betrokkenheid van de ouders van deze jongeren. Er wordt gepoogd om personeel uit deze doelgroepen te werven.
Ook bij SPD'en is er volgens Somma een toenemend aantal cliënten met een allochtone achtergrond. In Amsterdam is bijvoorbeeld meer dan 60% van de cliënten allochtoon. Dat eist meer tijd en aandacht. Er moet rekening gehouden worden met vooroordelen en taboes. Cliënten leven vaak in achterstandsbuurten en hebben een lage economische positie.

De verantwoordelijkheidstoedeling binnen de instelling
In 96% van de instellingen uit de sector gehandicaptenzorg is sprake van verantwoordelijkheidstoedeling ten aanzien van het leveren van verantwoorde zorg.

De ontwikkeling en implementatie van kwaliteitssystemen
Het merendeel van de instellingen (76%) hanteert systemen of methodieken die de zorg op zodanige wijze organiseren dat dit leidt tot verantwoorde zorg. Met name wordt het Model Kwaliteitssysteem Gehandicaptenzorg genoemd, maar ook INK en HKZ worden gehanteerd door de gehandicaptenzorg. Een meerderheid van de SPD'en (57%) zegt dergelijke systemen of methodieken niet te hanteren. MKG, INK en ISO worden genoemd door de SPD'en die wel kwaliteitssystemen hanteren.

In de gehandicaptensector wordt volgens de VGN veel gebruik gemaakt van het MKG. Dit model is eind 1999 door de ledenvergadering van de VGN vastgesteld als model van een kwaliteitssysteem voor organisaties werkzaam in de zorg- en dienstverlening aan mensen met een handicap. Het MKG anticipeert op de ontwikkeling van een certificatieschema. Het staat in dat opzicht dicht bij de HKZ-schema's. Het kwaliteitssysteem wordt door VGN ook gezien als een instrument voor zelfdiagnose. Ten aanzien van de bovengenoemde onderdelen, die zijn

ontleend aan de HKZ-systematiek, wordt de organisatie doorgelicht. De vragen worden beantwoord door medewerkers van de organisatie zelf.
Het systeem is sinds kort in uitvoering. Er zijn nog geen effectmetingen gedaan. Het is gebaseerd op een behoefte aan transparantie: laten zien wat je doet. Op dit moment wordt het MKG model van de VGN omgezet naar een kwaliteitssysteem voor SPD'en. Het wordt een instrument ten behoeve van zelfevaluatie van de aangesloten leden. Er wordt een keuze gemaakt om tevens aansluiting te zoeken bij de certificeringsinitiatieven van de SHKZ. Ook werken sommige SPD'en met instrumenten die ontworpen zijn door het Trimbos Instituut. De keuze voor het MKG is ingegeven door het feit dat een nieuwe impuls nodig werd geacht voor de kwaliteitsinitiatieven in deze sector. Deze ontwikkeling wordt mede mogelijk gemaakt doordat de SPD'en vanuit de Meerjarenafspraken extra geld hebben gekregen om kwaliteitsfunctionarissen aan te stellen.

Het kwaliteitsjaarverslag
Ruim 10% van de instellingen in de gehandicaptensector die de enquête hebben geretourneerd, schrijft (nog) geen kwaliteitsjaarverslag. Twee van de veertien SPD'en beschikt (nog) niet over een kwaliteitsjaarverslag. De organisaties die een kwaliteitsjaarverslag schrijven, sturen dit naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg (93% en 86%), naar het zorgkantoor/de zorgverzekeraar (44% en 36%) en naar het Patiënten/Consumenten Platform (33% en 29%). Het ministerie van VWS wordt door 24% van de instellingen en door 24% van de SPD'en als adressant genoemd.

De kwaliteitsjaarverslagen worden volgens de VGN en Somma door de gehandicapteninstellingen en SPD'en verschillend gehanteerd. Sommigen zien het als een PR-instrument. Voor anderen is de betekenis van het jaarverslag minimaal. Ten opzichte van vorige jaren is de belangstelling hiervoor afgenomen. Dat komt ook door een gebrek aan respons van cliëntenorganisaties en Inspectie voor de Gezondheidszorg. Er zijn volgens de VGN ook andere manieren om transparantie te bereiken: benchmark, externe toetsing door cliëntenorganisatie, interinstitutionele toetsing en evaluatie van beleidsplannen.
Het kwaliteitsjaarverslag wordt volgens Somma door SPD'en gezien als een verplichting. Er zijn door Somma enkele richtlijnen opgesteld hoe het kwaliteitsjaarverslag vorm moet krijgen. In de praktijk zijn er grote verschillen in de wijze waarop SPD'en het kwaliteitsjaarverslag schrijven.

De integratie van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid
Bij 74% van de instellingen en 90% van de SPD'en hebben patiënten/consumentenorganisaties op enigerlei wijze een inbreng in kwaliteitsprojecten. Ongeveer de helft van de instellingen en 70% van de SPD'en betrekt patiënten/consumentenorganisaties bij afspraken over wachttijden. Er wordt naar het oordeel van de VGN zeer veel waarde gehecht aan de inbreng vanuit het cliëntenperspectief. Een groot deel van het kwaliteitsfonds dat beschikbaar is in het kader van de meerjarenafspraken zorg, is aangewend voor de verdere ontwikkeling en toetsing van het instrumentarium van de cliëntenorganisaties, de Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad (CG-raad) en Stichting Perspectief (cliëntenorganisatie die de kwaliteit van de zorg bij instellingen voor zorg aan verstandelijk gehandicapten toetst). Nu wordt van de zijde van de overheid de financiering van deze toetsingen als onderdeel gezien van de reguliere bedrijfsvoering. In de toekomst zullen er aparte financiële impulsen moeten komen voor deze beoordelingskosten. Zeker nu de beoordeling van de zijde van cliëntenorganisaties onderdeel uitmaakt van de certificatieprocedure, kan dit volgens de VGN niet worden beschouwd als een regulier onderdeel van de bedrijfsvoering.

Sommige instellingen werken samen met Stichting Perspectief om een externe toetsing te laten uitvoeren. De interne kwaliteitssystemen zijn volgens Perspectief management tools en leiden op zichzelf niet tot de gewenste kwaliteit voor mensen met een verstandelijke handicap: name-

lijk leven met noodzakelijke ondersteuning in de eigen omgeving. Het stagneren van noodzakelijke kwaliteitsimpulsen wordt ook in de hand gewerkt door de steeds verdergaande schaalvergroting in de sector, waardoor de gewenste de-institutionalisering niet van de grond komt.
Stichting Perspectief toetst op basis van internationale standaarden met betrekking tot Kwaliteit van leven (waar ook de UN standards op zijn gebaseerd), die aangepast zijn aan de Nederlandse situatie. Er zijn tien à twaalf indicatoren waarmee de zorg en dienstverlening voor mensen met een handicap in beeld wordt gebracht.
Volgens Stichting Perspectief zou externe cliëntentoetsing een verplicht onderdeel moeten zijn van de kwaliteitszorg. Daarmee is de betrokkenheid van cliënten bij de kwaliteit van zorg in de gehandicaptenzorg minder vrijblijvend dan nu het geval is. Nu beperkt men zich tot adviezen vanuit de cliëntenraad, woonwensenonderzoek en tevredenheidsonderzoek.
De cliëntenorganisaties (met name de Federatie van Oudervereniging en) zijn betrokken bij de evaluatie van de protocollen van SPD'en. Bij de afsluiting van de ondersteuning wordt de mening van de cliënt gevraagd over enkele meer procesmatige onderdelen van de zorg. Vervolgens vindt bijsturing plaats.

Aan de instellingen voor gehandicaptenzorg is gevraagd welke gegevens worden gebruikt voor het systematisch toetsen van de kwaliteit van zorg en in hoeverre deze toetsingen hebben geleid tot veranderingen in de organisatie van de zorg. Uit de gegevens blijkt dat met name gegevens over klachten, complicaties en fouten (67%), meningen van de cliëntenraad (61%) en meningen van patiënten (58%) gebruikt worden voor het systematisch toetsen van de kwaliteit van zorg en ook hebben geleid tot veranderingen in de organisaties van de zorg.
Bij de SPD'en valt op dat met name meningen van patiënten (64%) en meningen van de cliëntenraad (64%) gebruikt worden voor het toetsen van de kwaliteit van zorg. Deze leiden echter in mindere mate (beide 43%) ook daadwerkelijk tot veranderingen in de organisatie van de zorg.
De Stichting Perspectief is in 2000 begonnen om externe toetsing vanuit het cliëntenperspectief toe te passen op de sector van mensen met een verstandelijke handicap. Deze toetsingen vinden vrijwillig plaats. Op basis van de beschrijvingen worden aanbevelingen gedaan ten behoeve van de instelling, de begeleider, de persoon met de verstandelijke handicap en zijn persoonlijke netwerk. In de aanbevelingen wordt de wenselijke output omschreven een tijdsbepaling en de persoon die verantwoordelijk is voor de uitvoering. Met de instelling wordt afgesproken dat binnen een jaar na evaluatie een follow-up plaatsvindt. Bij de evaluaties wordt veel aandacht geschonken aan de verzorging van de persoonlijke netwerken waar mensen met een handicap gebruik van (kunnen) maken. Tot nu toe zijn er 90 evaluaties uitgevoerd. De gegevens van 45 evaluaties zijn geanalyseerd. De toepassing van deze externe beoordeling is sterk gericht op het aanspreken van de verschillende partners die betrokken zijn bij de cliënt en die ook verantwoordelijk zijn voor verbetering. De toetsing gebeurt door een team waarin alle partners vertegenwoordigd zijn en die op basis van consensus tot aanbevelingen en rapportage komen. Met de instelling worden contracten afgesloten waarbij men afspreekt dat de instelling zich houdt aan de aanbevelingen en actieplannen ontwikkelt. Overigens worden ook aanbevelingen gericht op andere verantwoordelijke instanties: gemeenten, landelijke overheid, andere dienstverlening in de directe omgeving van de cliënt en onderwijs.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg

78% van de gehandicaptenzorginstellingen en 86% van de SPD'en is in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen met de Inspectie voor de Gezondheidszorg in aanraking geweest. Het contact met de Inspectie voor de Gezondheidszorg bestond met name uit een algemeen bezoek (72% en 71%) en de melding van calamiteiten (71% en 50%). Ook kregen instellingen een schriftelijk advies (20% en 21%). De meeste instellingen (91%) zeggen op eigen initiatief calamiteiten aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg te melden.

De VGN vermeldt dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg toetsingsinstrumenten heeft ontwikkeld die gebaseerd zijn op het MKG, waarmee ze instellingen voor gehandicaptenzorg bezoeken. Ook wordt gewerkt met enquêtes . Er is door de Inspectie voor de Gezondheidszorg onderzoek gedaan naar de zorg voor meervoudig gehandicapten kinderen. Tot voor kort werd er door de sector en de Inspectie voor de Gezondheidszorg vaak gezamenlijk opgetrokken en fungeerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg als een gesprekspartner. Voor de instelling is de Inspectie voor de Gezondheidszorg nu tegelijkertijd gesprekspartner en toezichthouder. Dat leidt soms tot verwarring.
Volgens Somma is het belangrijk dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg de toezichthoudende rol heeft, maar de motivatie om aan kwaliteit te werken moet van binnenuit komen.
Er zijn regelmatig contacten van Stichting Perspectief met de Inspectie voor de Gezondheidszorg, die zich ook heeft laten informeren over het systeem van evalueren. Bij de evaluaties is Stichting Perspectief meerdere malen tegen vormen van mishandeling aangelopen. Dit wordt volgens protocol ogenblikkelijk gemeld aan de Raad van Bestuur. De veiligheid van cliënten is van primair belang. Stichting Perspectief is, vanwege de afspraken met de instelling die getoetst wordt, niet vrij om deze vormen van mishandeling zelf te melden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Overigens is Stichting Perspectief voorstander van nauwe samenwerking met de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Beoordeling van de effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen
De Kwaliteitswet zorginstellingen past volgens de VGN binnen de opvatting van het management van de instellingen dat zij zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de zorg binnen de instelling. Voor de semi-murale instellingen was de Kwaliteitswet zorginstellingen een bevrijding ten opzichte van het regime van de erkenningsnormen. De Kwaliteitswet zorginstellingen wordt door de VGN als de meest centrale en overkoepelende wet ervaren ten opzichte van de WGBO, de Klachtwet en de Bopz. De Kwaliteitswet zorginstellingen heeft een attitudewijziging in de sector gestimuleerd: meer reflectie op kwaliteit en transparantie. Ook andere ontwikkelingen hebben hieraan bijgedragen, met name het verlaten van het idee van centrale sturing. De wet heeft volgens de VGN tevens geleid tot een versterking van de positie van het management ten opzichte van de uivoerende werkers. De kwaliteitscyclus is daardoor bij elke instelling op de agenda gezet.

De Kwaliteitswet zorginstellingen leeft volgens Somma niet bij SPD'en. Het management is er niet mee bezig. De aanstelling van kwaliteitsfunctionarissen kan daarin verandering brengen.

Volgens Stichting Perspectief is de top-down benadering kenmerkend voor de Kwaliteitswet zorginstellingen. Dit is voor de gehandicaptensector geen goede benadering. Kwaliteitszorg wordt volgens Stichting Perspectief teveel aan instituties gekoppeld en niet gericht op wat individuele gehandicapten en hun netwerk aan ondersteuning nodig hebben. Deskundigheidsbevordering zou niet alleen gericht moeten zijn op de begeleiding maar ook op het netwerk waar mensen met een handicap op aangewezen zijn: familie, vrienden en het beleidsnetwerk.

3.2.3 Geestelijke Gezondheidszorg

GGZ Nederland is een brancheorganisatie van instellingen in de geestelijke gezondheidszorg die in 1997 is ontstaan uit een fusie tussen de brancheorganisaties van de RIAGG's, de verslavingszorg, de intramurale instellingen en de instellingen voor beschermd wonen. Vrijwel alle instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg zijn aangesloten. De afgelopen jaren hebben in de sector veel fusies plaatsgevonden: 74% van de instellingen heeft sinds 1995 te maken

gehad met een fusie, reorganisatie of uitbreiding. Hierdoor zijn grote GGZ instellingen ontstaan, waarin de RIAGG, de instellingen voor beschermd wonen en de psychiatrische ziekenhuizen opgaan en die een hele regio (Den Haag) of soms een hele provincie (Friesland) hun diensten aanbieden. Door deze schaalvergroting worden steeds meer taken van de koepels, onder meer op het terrein van het kwaliteitsbeleid, overgenomen door de instellingen. Tegelijkertijd nemen daardoor de verschillen tussen de instellingen ook verder toe. GGZ Nederland faciliteert een netwerk van kwaliteitsfunctionarissen die in de instellingen werkzaam zijn.

Het operationaliseren van het begrip 'verantwoorde zorg'

Bijna alle GGZ-instellingen (92%) ontlenen aan landelijke richtlijnen of protocollen de normen voor verantwoorde zorg en 39% bovendien aan regionale richtlijnen of protocollen. Als belangrijkste bronnen voor de invulling van het begrip verantwoorde zorg noemen de instellingen: GGZ Nederland, de WGBO, cliëntenorganisaties, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en ook de Kwaliteitswet zorginstellingen. Uit het Nivelonderzoek (Sluijs en Wagner, 2000) blijkt dat in de GGZ-instellingen allerlei protocollen worden gebruikt. Het meest wordt melding gemaakt van procedures/protocollen met betrekking tot specifieke behandelingen/verrichtingen. Andere protocollen die veel voorkomen: procedures voor samenwerking met/overdracht aan andere zorgaanbieders, protocollen voor grensoverschrijdend hulpverlenersgedrag en protocollen voor de toepassing van dwang of separatie.

Bijna alle GGZ-instellingen (90%) stellen kwaliteitseisen aan zowel de materiele infrastructuur als aan de bouwkundige voorzieningen.

Ongeveer de helft van de instellingen in de GGZ-sector heeft een voorziening voor geestelijke verzorging, terwijl de andere helft geen geestelijke verzorging beschikbaar stelt. Dit kan verklaard worden door het feit dat een groot aantal instellingen extramurale zorg of dagbehandeling aanbiedt en dus niet verplicht is geestelijke verzorging aan te bieden.

Langzamerhand worden volgens GGZ Nederland partijen het met elkaar eens over de invulling van het begrip verantwoorde zorg. Zorginstellingen krijgen voldoende ruimte om hun eigen verantwoordelijkheid waar te maken. Dit doen zij op individueel instellingsniveau, maar ook in toenemende mate op landelijk niveau.

Er zijn volgens GGZ Nederland drie soorten normen:

1. Normen van beroepsgroepen. Voor deze normen geldt dat deze in de lidinstellingen gerespecteerd worden.
2. Gemeenschappelijke normen voor de gehele GGZ. Deze normen worden op diverse wijze ontwikkeld, bijvoorbeeld ter voorbereiding op interinstitutionele toetsing (ITT). Al voor de fusie tot GGZ Nederland werd een traject ingezet van interinstitutionele toetsing. Aanvankelijk gebeurde dit bij enkele zorgvormen, zoals de medisch kinderdagverblijven. Na de fusie volgden de vrouwenhulpverlening, de beschermende woonvormen en de jeugdzorg en GGZ-breed. Dit betekent dat mensen uit alle GGZ-sectoren toetsingen uitvoeren bij alle soorten GGZ-zorginstellingen. Cliënten worden hierbij ook betrokken. Deze toetsing is gebaseerd op de HKZ-systematiek. De normen worden gaandeweg bijgesteld. Hieruit is voortgevloeid dat GGZ Nederland aan de SHKZ heeft gevraagd om een tripartiet toetsingsschema voor de GGZ te ontwikkelen.
3. Normen die voortkomen uit bestuurlijk overleg met cliëntenorganisaties en familieorganisaties. In deze overleggen komen veel kwaliteitsonderwerpen aan de orde. Ook worden er gezamenlijk regelingen opgesteld. Een voorbeeld hiervan is de modelregeling 'GGZfamilie', waarin de rol van en de bejegening van familieleden door de zorginstelling is geregeld.

Aan de zorgvraag van allochtone bevolkingsgroepen wordt veel aandacht besteed in de GGZ. Na een verkennend onderzoek door het Trimbos Instituut heeft GGZ Nederland nu een vervolgaanvraag ingediend voor onderzoek naar de zorgvraag van allochtonen. In dit onderzoek spelen allochtonenorganisaties een rol. Ook bij GGZ Nederland zijn allerlei platforms ontstaan die zich bezighouden met allochtonen en GGZ. Ten aanzien van de (vroegere) RIAGG's is onderzocht in hoeverre mensen met verschillende sociaal-economische achtergronden gebruik maken van het zorgaanbod. Er bleek geen sprake te zijn van ondergebruik bij groepen met een lage economische status. Bij allochtonen blijkt dit wel het geval.

De verantwoordelijkheidstoedeling binnen de instelling
In 91% van de GGZ-instellingen is sprake van verantwoordelijkheidstoedeling ten aanzien van het leveren van verantwoorde zorg. In vijf instellingen is dit niet geregeld. Instellingsdirectie en kwaliteitsfunctionarissen worden in het Nivelonderzoek (Sluijs en Wagner, 2000) het meest genoemd als de 'trekkers' van kwaliteitszorg in de instelling.

De ontwikkeling en implementatie van kwaliteitssystemen
78% van de GGZ-instellingen hanteert systemen of methodieken die de zorg op zodanige wijze organiseren dat dit leidt tot verantwoorde zorg. Met name INK maar ook HKZ worden door de GGZ-sector regelmatig genoemd.

In de GGZ wordt volgens GGZ Nederland het INK-model gehanteerd als methodiek voor kwaliteitsverbetering en HKZ voor kwaliteitstoetsing. Daarbij moet worden aangemerkt dat deze ontwikkeling recent is ingezet. Daarvóór bestonden wel kwaliteitssystemen, bijvoorbeeld voor de RIBW's en de RIAGG's. Deze systemen hadden echter bijna uitsluitend betrekking op het primaire proces. De ontwikkeling naar invoering van een integraal kwaliteitssysteem is van de laatste twee jaar.
Veel instellingen zijn actief aan de slag gegaan, maar het invoeren van INK is moeilijk. Daarnaast geldt voor heel veel leden dat fusies remmend hebben gewerkt. Als voorlopers op het gebied van kwaliteitszorg gaan fuseren, treedt vaak een vertraging op omdat de fusiepartners nog niet zover zijn. Heden is één GGZ-instelling (de Jellinekkliniek in Amsterdam) ISO-gecertificeerd.

Het kwaliteitsjaarverslag
10% van de GGZ-instellingen schrijft (nog) geen kwaliteitsjaarverslag. De meeste instellingen die een kwaliteitsjaarverslag uitbrengen zijn hiermee gestart in 1996. Het kwaliteitsjaarverslag wordt vooral aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (84%), het RPCP (43%) en de zorgverzekeraar/het zorgkantoor (33%) toegestuurd. Het ministerie van VWS wordt door 11% van de instellingen als adressant genoemd.

Het kwaliteitsjaarverslag leeft volgens GGZ Nederland bij sommige leden. Ze zijn enthousiast en schrijven prachtige verslagen. Anderen geven geen prioriteit aan het kwaliteitsjaarverslag. Weer anderen verdedigen de stelling dat een apart kwaliteitsjaarverslag helemaal niet nodig is, maar dat de informatie geïntegreerd moet zijn in het normale jaarverslag van de instelling.
Op het niveau van individuele GGZ-instellingen zou volgens GGZ Nederland in kwaliteitsjaarverslagen verslag moeten worden gedaan van wat er met de uitkomsten van toetsingen gebeurt.

De integratie van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid
In het kader van het bestuurlijk overleg dat GGZ Nederland met cliëntenorganisaties en familieorganisaties heeft, worden patiënten/consumentenorganisaties betrokken bij de vaststelling van normen. Recent hebben de GGZ-instellingen afgesproken dat elk jaar structureel een deel van

hun budget afgestaan wordt aan kwaliteitsbeoordeling vanuit het cliëntenperspectief. Cliënten vinden 'kwaliteit van leven' een heel belangrijk onderwerp. GGZ Nederland werkt samen met cliëntenorganisaties aan een lijst met criteria voor kwaliteit van leven die in elke instelling kan worden gebruikt. Dit gebeurt ook ten aanzien van de waardering door klanten. GGZ Nederland heeft een soort thermometer ontwikkeld waarmee instellingen kunnen nagaan of klanten tevreden zijn over de geboden zorg. GGZ Nederland stimuleert de leden om deze thermometer te gebruiken, zodat deze kan gaan functioneren als benchmarkinstrument.
Bij kwaliteitsactiviteiten in GGZ-instellingen wordt, zo blijkt uit het Nivelonderzoek (Sluijs en Wagner, 2000), vaak de cliëntenraad betrokken. Met name gaat het daarbij om het bespreken van uitkomsten van klachtenregistratie, satisfactieonderzoek en dergelijke. De cliëntenraad wordt in mindere mate betrokken bij het opstellen van normen of criteria.
De landelijke koepel van cliëntenraden in de GGZ, de Stichting Landelijke Patiënten- en Bewonersraden in de geestelijke gezondheidszorg (LPR), heeft eigen normen opgesteld voor de invulling van het begrip verantwoorde zorg. Naar het oordeel van de LPR geven de uitkomsten van de in de GGZ gehanteerde kwaliteitssystemen weinig of geen inzicht in de doeltreffendheid of patiëntgerichtheid van de verleende zorg. Er is niet uit af te leiden of de verleende zorg afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.

Aan de instellingen is gevraagd welke gegevens worden gebruikt voor het systematisch toetsen van de kwaliteit van zorg en in hoeverre deze toetsingen hebben geleid tot veranderingen in de organisatie van de zorg.
Met name gegevens over klachten, complicaties en fouten (59%), meningen van patiënten (54%) en meningen van de cliëntenraad (56%) worden gebruikt voor toetsing en leiden ook tot veranderingen in de organisatie van de zorg.

In het algemeen is het volgens de woordvoerder van GGZ Nederland lastig om een uitspraak te doen over de effecten van toetsing. In sommige gevallen zal het zo zijn dat in instellingen de uitkomsten van een toetsing direct leiden tot een verandering in de organisatie van de zorg. Sommige aanbevelingen van toetsingen zijn gemakkelijker te realiseren dan andere. Cliëntenvragenlijsten geven vaak aanleiding tot concrete verandering, bijvoorbeeld 'het uitbreiden van de rookruimten'. Moeilijker zaken worden echter ook wel opgepakt. GGZ Nederland heeft in het algemeen de indruk dat er meer gedaan wordt met uitkomsten van toetsingen dan vroeger. Door de nadruk op een verbetercyclus is er minder kans dat rapporten in een la verdwijnen.

Volgens de LPR hebben toetsingen vanuit het cliëntenperspectief (nog) niet geleid tot veranderingen in de organisatie van de zorg. De uitkomsten geven wel aan welke veranderingen patiënten wensen, maar de realisatie hiervan vergt tijd; ook omdat dit een omslag in het denken vereist.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg
De meeste GGZ-instellingen (71%) zijn in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen in aanraking geweest met de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het contact bestond vooral uit een algemeen bezoek (63%), de melding van calamiteiten (59%) en een schriftelijk advies (30%). 91% van de instellingen meldt calamiteiten op eigen initiatief.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in de GGZ een aantal aandachtsgebieden benoemd, te weten de somatische zorg en geneesmiddelen. Hierover zijn rapportages verschenen, waarmee de instellingen en GGZ Nederland aan de slag zijn gegaan. In het algemeen geldt echter volgens GGZ Nederland, dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg niet duidelijk is ten aanzien van haar eigen taken. GGZ Nederland heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg gevraagd wat hun rol is in het kwaliteitsbeleid. Hierop is geen antwoord gekomen. GGZ Neder-

land heeft de indruk dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg een thematische benadering kiest. Het gekozen onderwerp krijgt aandacht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, maar voor de rest is er sprake van toezicht op afstand. De Inspectie voor de Gezondheidszorg geeft bijvoorbeeld geen feedback op kwaliteitsjaarverslagen.
Er is een speciaal kwaliteitsoverleg tussen GGZ Nederland en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Dit heeft tot nu toe twee keer plaatsgevonden. In het overleg worden de activiteiten van GGZ Nederland en de Inspectie voor de Gezondheidszorg uitgewisseld. Het overleg verloopt moeizaam.

Beoordeling van de effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen
Het (beperkte) instrumentarium van de Kwaliteitswet zorginstellingen is volgens GGZ Nederland niet cruciaal voor de uitvoering van de wet. Daarnaast is het lastig is om effecten toe te schrijven aan (het instrumentarium van) de Kwaliteitswet zorginstellingen. Immers, de Kwaliteitswet zorginstellingen kwam niet alleen. Andere wetgeving, zoals de WMCZ, de wet BIG, de WGBO, etc. heeft ook gevolgen gehad voor de kwaliteit van zorg.
De GGZ-instellingen zijn volgens GGZ Nederland tevreden met de rol die ze in de Kwaliteitswet zorginstellingen hebben gekregen. De overheid onderschat de tijd die nodig is om de wet goed uit te voeren. Ook onderschat zij het feit dat kwaliteit geld kost, zeker in een tijd dat personeel schaars is.

De LPR meent dat het begrip verantwoorde zorg erg ruim is omschreven. De norm biedt onvoldoende houvast, met name met betrekking tot ‘patiëntgerichte zorg’ en ‘afgestemd op de reële behoefte van de patiënt’. Artikel 3 zou nauwkeurig moeten omschrijven hoe dit vorm moet krijgen. De huidige formulering (de aanbieder betrekt resultaten van overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties) laat hiervoor te veel ruimte.
De Kwaliteitswet zorginstellingen heeft deels aan zijn doel beantwoord. Zorgaanbieders zijn druk bezig met kwaliteit en velen beschikken inmiddels over een kwaliteitssysteem. Maar hieruit blijkt onvoldoende of de geleverde zorg doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend. Het perspectief van patiënten/consumentenorganisaties dient volgens de LPR (duidelijker) een eigen plaats te krijgen, om juist op deze vraag een antwoord te geven.

3.2.4 Verpleging en Verzorging

Arcares is de landelijke brancheverenigingvoor verpleging en verzorging. De vereniging telt 1400 leden: verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Zij leveren zorg aan zo’n 200.000 cliënten. De meeste cliënten zijn ouderen. Een deel van de lidinstellingen opereert als zelfstandige organisatie. Een ander deel heeft zich georganiseerd in een groter verband. Zij maken deel uit van concerns waarin zowel verpleeg- als verzorgingshuizen zijn opgenomen. Steeds vaker treden ook de thuiszorg en ziekenhuizen toe tot die concerns. Arcares behartigt de belangen van de aangesloten instellingen en treedt op als vertegenwoordiger van de sector. Arcares werkt aan de hand van kwaliteitsnetwerken waarin kwaliteitsfunctionarissen en directieleden zijn vertegenwoordigd. Deze netwerken zijn regionaal gespreid en vullen elkaar inhoudelijk aan. De onderwerpen van het netwerk verbreden zich en er wordt niet alleen meer gesproken over kwaliteitssystemen, maar bijvoorbeeld ook over de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De Landelijke Organisatie van Cliëntenraden (LOC) is als koepel van cliëntenraden bij verzorgings- en verpleeghuizen een belangrijke gesprekspartner van Arcares. De LOC werkt nauw samen met de Stichting Cliënt en Kwaliteit die zich richt op kwaliteitsbeoordeling vanuit het cliëntenperspectief.

Het operationaliseren van het begrip 'verantwoorde zorg'

Bijna alle verpleeg- en verzorgingshuizen (91%) hanteren landelijke richtlijnen of protocollen en 43% bovendien regionale richtlijnen. Als belangrijkste bronnen voor de invulling van het begrip verantwoorde zorg worden genoemd Arcares, HKZ, MIK-V (Model Intern Kwaliteitssysteem voor Verpleeghuizen), LOC, cliënten, eigen normen, wet- en regelgeving, Inspectie voor de Gezondheidszorg, zorgvisie. Volgens het Nivelonderzoek (Sluijs en Wagner, 2000) worden protocollen met betrekking tot specifieke (vaktechnische) verrichtingen algemeen gehanteerd. Voorbehouden handelingen worden aan de hand van een protocol uitgevoerd. Protocollen ten aanzien van andere handelingen zijn veel minder vaak in gebruik. Het betreft dan bijvoorbeeld protocollen ten aanzien van voorlichting aan de cliënt en routing van de patiënt van aanmelding tot afsluiting. Veel verpleeghuizen en verzorgingshuizen maken ook gebruik van een protocol voor de samenwerking met/overdracht aan andere zorgaanbieders. Protocollen die in bijna alle verpleeghuizen en verzorgingshuizen aanwezig zijn betreffen de wijze waarop moet worden omgegaan met incidenten en klachten. Ook protocollen voor verpleegkundige handelingen worden veel gehanteerd. Verpleeghuizen beschikken daarnaast over protocollen ten aanzien van het voorschrijven van medicijnen en het verstrekken van medicijnen.
Bijna alle instellingen uit de sector verpleging en verzorging (90%) stellen zowel kwaliteitseisen aan de materiële infrastructuur als aan de bouwkundige voorzieningen. Geestelijke verzorging is in 94% van de instellingen beschikbaar voor cliënten.

Volgens Arcares zijn in de sector verpleging en verzorging de belangrijkste bronnen voor de operationalisering van het begrip 'verantwoorde zorg' : wet- en regelgeving, professionele standaarden en normen die door de instelling samen met de cliëntenraad zijn opgesteld. Op het gebied van medicatie en voeding bestaan normen. Het expliciteren van normen kost veel tijd en energie voor een instelling. De normontwikkeling zou sneller moeten en wordt door de kwaliteitsnetwerken gestimuleerd. Arcares wenst geen landelijke normgeving onder andere vanwege de uniciteit van de instellingen. Ook in periodes als er personeelstekorten bestaan (bij voorbeeld de zomervakantie), is het toch mogelijk volgens de instellingen om verantwoorde zorg te leveren. Richtlijnen zijn niet meer op consensus gericht maar 'evidence based'.

Ten aanzien van de zorgvraag van specifieke groepen cliënten, zoals allochtonen of cliënten met een lage economische status, meent de LOC dat de instellingen hiermee onvoldoende rekening houden. Bij grootschalige invoering van het PGB verwacht de LOC dat vooral cliënten die hun zorgvraag goed kunnen formuleren hiervan profijt hebben. De overheid dient faciliteiten ter beschikking te stellen om mensen te ondersteunen bij de aanvraag.

De verantwoordelijkheidstoedeling binnen de instelling

In de sector verpleging en verzorging is in 85% van de instellingen sprake van verantwoordelijkheidstoedeling ten aanzien van het leveren van verantwoorde zorg. Kwaliteit is volgens Arcares een integraal gebeuren en het is goed dat kwaliteitszorg meer een vast onderdeel gaat worden van bedrijfsvoering.

De ontwikkeling en implementatie van kwaliteitssystemen

Van de instellingen in de sector verpleging en verzorging hanteert 84% systemen en methodieken die de zorg op zodanige wijze organiseren dat dit leidt tot verantwoorde zorg. MIK-V en HKZ zijn de bronnen die door de sector het meest worden genoemd. Men werkt met systematische kwaliteitsborging en -bewaking. Instellingen hebben meerdere instrumenten om de kwaliteit te borgen. Er wordt bijvoorbeeld medewerkers- en cliëntenraadpleging toegepast. Instellingen verschillen van elkaar in de fase van invoering van een kwaliteitssysteem.
Volgens het Nivelonderzoek (Sluijs en Wagner, 2000) ontwikkelt de meerderheid van de verpleeg- en verzorgingshuizen een geïntegreerd kwaliteitsbeleid, dat wil zeggen dat er samen-

hang is tussen het organisatorische kwaliteitsbeleid van het management en het zorginhoudelijke kwaliteitsbeleid van de professionele hulpverleners.
Voor het in deze sector gehanteerde certificatiemodel dient het HKZ-schema als de basis. Voor het huidige systeem van visiteren dat zich de afgelopen zes jaren ontwikkelde, is gekeken naar Amerikaanse en Canadese modellen. Een visitatieteam bestaat uit twee inhoudelijk deskundigen en een systeemdeskundig persoon. Een papieren visitatie gaat vooraf aan een driedaags bezoek. Medewerkers worden tegenwoordig geschoold door Arcares. Hieruit is een functie met als naam 'lead auditor' ontstaan. Het visitatieteam hoort de cliënten als onderdeel van het proces. MIK-V kent certificatie en de visitatiemethode heeft een mogelijkheid tot hervisitatie. Arcares wil de verantwoordelijkheid voor een woonzorglabel - dat nu vooral gelieerd is aan het hanteren van kwaliteitssystemen die weinig zeggen over uitkomsten van zorg - bij de Stichting Cliënt en Kwaliteit leggen.

Het kwaliteitsjaarverslag
Uit de enquête blijkt dat de overgrote meerderheid van de instellingen vanaf het begin (1996 en 1997) een kwaliteitsjaarverslag schrijft. Slechts 4% van de verpleeg- en verzorgingshuizen schrijft (nog) geen kwaliteitsjaarverslag. Het kwaliteitsjaarverslag wordt vooral naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg gestuurd (90%), naar het RPCP (40%) en naar het zorgkantoor/zorgverzekeraar (23%). Het ministerie van VWS wordt door 19% van de instellingen als adressant genoemd

Het kwaliteitsjaarverslag wordt als zodanig positief beoordeeld in de sector. Arcares pleit voor integratie van het kwaliteitsjaarverslag in het algemene jaarverslag (wat nu overigens ook al mogelijk is). Daarnaast betreurt Arcares dat er geen feedback plaatsvindt tussen Inspectie voor de Gezondheidszorg en aanbieder over het kwaliteitsjaarverslag. Het kwaliteitsjaarverslag moet niet alleen geïntegreerd worden in het algemene jaarverslag maar er dienen ook handvatten gegeven te worden als het gaat om de inhoud van het verslag. De Inspectie voor de Gezondheidszorg moet duidelijk maken wat ermee gedaan wordt. Een aanbeveling is om het verslag als uitgangspunt bij het eerstvolgende bezoek aan de instelling te nemen.
Het kwaliteitsjaarverslag is volgens de LOC als instrument voor transparantie onvoldoende uit de verf gekomen. De instellingen zijn zich vaak onvoldoende bewust van de eisen die in de Kwaliteitswet zorginstellingen worden gesteld aan de kwaliteitsjaarverslagen. Ook wordt het teveel als een PR instrument gezien: laten zien wat je allemaal van plan bent en niet wat je gedaan hebt. De LOC wil criteria ontwikkelen ten behoeve van cliëntenraden om na te gaan of de invloed van cliënten via het kwaliteitsjaarverslag voldoende helder is. Daarnaast moeten er goede afspraken komen met de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de koepels en de RPCP's over wat met kwaliteitsjaarverslagen gebeurt. Deze afspraken zouden volgens de LOC betrekking moeten hebben op de mate waarin en de wijze waarop feedback wordt gegeven.

De integratie van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid
Bij 71% van de verpleeg- en verzorgingshuizen hebben patiënten/consumentenorganisaties op enigerlei wijze een inbreng in kwaliteitsprojecten. 27% betrekt patiënten/consumentenorganisaties bij afspraken over wachttijden. Verpleeg- en verzorgingshuizen hebben weinig contacten met patiënten/consumentenorganisaties. Daartegenover staat dat zowel verpleeghuizen als verzorgingshuizen in veel gevallen wel de eigen cliëntenraad betrekken bij kwaliteitsactiviteiten, bij het bespreken van de uitkomsten van klachtenregistratie of de uitkomsten van satisfactieonderzoek.

Arcares meent dat de cliënt invloed dient uit te kunnen oefenen op de inkoop van zorg. De cliënt, en dan met name de cliëntenraad, wordt er steeds bij betrokken als het gaat om normering. Arcares heeft nauwelijks contact met patiënten/consumentenorganisaties. Arcares werkt

nauw samen met de LOC en de Stichting Cliënt en Kwaliteit.
Er zijn door de LOC normen ontwikkeld voor verpleeg- en verzorgingshuizen. Deze zijn duidelijk en gevalideerd. Ze worden echter volgens de LOC nauwelijks gebruikt door de instelling en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De instellingen hebben moeite met het vaststellen van normen omdat ze door slechte organisatie en personeelsproblemen veel normen niet kunnen waarmaken. Het begrip verantwoorde zorg is volgens de LOC nu teveel ingeperkt tot de vraag of er wel een kwaliteitssysteem gehanteerd wordt en welke zorg er vandaag geleverd kan worden.
De in 1999 door de LOC in samenwerking met de Stichting Cliënt en Kwaliteit ontwikkelde normen bestaan deels uit aandachtspunten waarin de individuele cliënt naar een oordeel gevraagd wordt en deels uit meer geobjectiveerde normen. Sommige normen zijn goed te objectiveren, bijvoorbeeld de aanwezigheid van informatie over rechten en informatie over het levenseinde. Ook aan wonen gerelateerde normen zijn deels te objectiveren, of er is een ondergrens aan te geven. De aan zorg gelieerde normen zijn moeilijker te objectiveren en hebben meer te maken met de kwaliteit van het contact tussen verzorgende en bewoner. Er is veel respect voor de inzet van het personeel, maar er is ook de constatering dat alles te gehaast gaat. Aan de zijde van het personeel is er volgens de LOC veel ziekteverzuim en zijn er mensen die het beroep verlaten omdat ze door de gebrekkige personeelssituatie niet de zorg kunnen verlenen, die ze zouden willen. Daar ligt ook een probleem voor instellingen: ze kunnen wel normen ontwikkelen voor verantwoorde zorg, maar ze kunnen niet garanderen dat deze gehandhaafd worden. De Stichting Cliënt en Kwaliteit is sinds 1999 aan het werk en heeft eerst voor verzorgings- en verpleeghuizen een set met normen ontwikkeld en een instrument, waarvan een vragenlijst, groepsgesprekken en aanvullende modules zoals palliatief terminale zorg en transmurale zorg deel uit maken.
Het instrument wordt per jaar in ongeveer 150 huizen toegepast. Het instrument omvat onder meer mondelinge interviews, groepsgesprekken met de bewoners en presentatie van verbeterpunten aan de bewoners. De cliëntenraad en de directie van de instellingen zijn samen opdrachtgever. De instelling committeert zich aan het verbeteringstraject door een budget en personeel beschikbaar te stellen. Het verbeteringstraject is de verantwoordelijkheid van cliëntenraden en (bij de thuiszorg) de RPCP's. Er was tot voor kort nogal wat domeinstrijd tussen beide cliëntengroepen, maar dat willen de LOC en de Stichting Cliënt en Kwaliteit nu in goede banen leiden. RPCP's en cliëntenraden hebben aanvullende taken. Cliënt en Kwaliteit heeft in de verbeteringsfase een adviserende rol. De cliëntentoets heeft een cyclus van drie à vier jaar. Door Arcares en de Stichting Cliënt en Kwaliteit worden aanbevelingen opgepakt en het vervolgtraject wordt bekeken. De ervaring van de LOC is dat de resultaten wel serieus worden genomen.
De eerste resultaten van de toetsingen (Cliënt en Kwaliteit, 2001) bij 48 instellingen laat zien dat er nog het een en ander schort aan de patiëntgerichtheid in de zorgverlening. Zo geeft 30% van de ondervraagde cliënten aan dat het zorgplan niet met hen overlegd is. Ook is er volgens de cliënten onvoldoende aandacht voor levensbeschouwelijke vragen. De ondervraagde cliënten hebben de stellige indruk dat er te weinig personeel is om de zorgtaken uit te voeren. Dat leidt vaak tot gehaaste zorgverlening en lang wachten op een reactie waneer de cliënt belt.

Aan de instellingen is gevraagd welke gegevens worden gebruikt voor het systematisch toetsen van de kwaliteit van zorg en in hoeverre deze toetsingen hebben geleid tot veranderingen in de organisatie van de zorg. Met name meningen van de cliëntenraad (64%), van patiënten (61%) en gegevens over klachten, complicaties en fouten (55%) worden gebruikt in het kader van de toetsing van de kwaliteit van zorg. Deze gegevens leiden ook tot veranderingen in de organisatie van de zorg.
Arcares streeft naar benchmarking als lidmaatschapseis. In 1999 kreeg benchmarking het onderdeel kwaliteit en managementinformatie toegevoegd. De informatie die uit benchmarkon-

derzoek naar voren komt, is nu bruikbaar voor het management. Outputkenmerken en ook kwaliteitscriteria zijn momenteel in ontwikkeling. Vanuit cliëntenperspectief komen tevens eisen naar voren. De Stichting Cliënt en Kwaliteit ondervraagt de instellingen over de cliënteneisen. Een organisatieadviesbureau gaat deze benchmarking uitvoeren. Deze gegevens worden openbaar gemaakt.

De ontwikkeling van een benchmark in de sector verpleging en verzorging is nu een pilot van acht instellingen. Volgend jaar wordt deze bij 100 instellingen toegepast en het jaar daarna bij 300 instellingen. Cliënt en Kwaliteit vindt dat deze benchmarks zich teveel richten op informatie over bedrijfsprocessen. Informatie over wat cliënten vinden van de zorg is tot nu toe zeer beperkt.
De LOC is ook niet onverdeeld positief over de benchmarkprojecten van de zorgaanbieders. Met de benchmark kunnen cliënten weinig. Er is vaak maar een klein aantal cliëntenitems in de benchmark opgenomen. De cliëntenorganisaties hebben te weinig mogelijkheden om cliënten-tevredenheid voorop te stellen. Eigenlijk is er behoefte aan een voor de cliënt toegankelijke en aansprekende vergelijking tussen de huizen, waarbij duidelijk wordt waarin de huizen slecht zijn en waarin ze goed scoren. Waar de LOC naar toe wil is een systeem van cliëntentoetsing dat gecombineerd wordt met een audit, waarin cliënten een overwegende rol hebben. Daarnaast dient er meer geïnvesteerd te worden in het bevragen van minder mondige bewoners. Het instrument van Cliënt en Kwaliteit zou verder moeten worden uitgebouwd zodat het bij 400 instellingen per jaar toegepast kan worden en er na vier jaar een nieuwe toetsingsronde kan beginnen.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg
Het merendeel van de instellingen in de sector verpleging en verzorging (81%) is in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen met de Inspectie voor de Gezondheidszorg in aanraking geweest. Het contact bestaat vooral uit algemeen bezoek (77%) en de melding van calamiteiten (43%).

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft het MIK-V systeem geadopteerd en dat is volgens Arcares positief. De door de Inspectie voor de Gezondheidszorg soms gehanteerde politierol verwart volgens Arcares de instellingen. Soms bezoekt de Inspectie voor de Gezondheidszorg de instelling zonder dat tevoren duidelijk is wat het doel van het bezoek is. Arcares ervaart het als negatief dat de regionale Inspectie voor de Gezondheidszorg sommige normen aangrijpt om te toetsen. Zij werken volgens Arcares graag met een eigen lijstje met eisen. Een voorbeeld is de eis dat één verpleeghuisarts aanwezig is op 60 cliënten. Dit idee komt van een publicatie van verpleeghuisartsen terwijl dit per verpleeg- of verzorgingshuis afzonderlijk zou moeten worden bekeken. Dit probleem is inmiddels bij de hoofdInspectie voor de Gezondheidszorg aangekaart. De Inspectie voor de Gezondheidszorg dient met de instelling in overleg te gaan aan de hand van bijvoorbeeld het kwaliteitsjaarverslag.

Er zijn weinig contacten van de LOC en de Stichting Cliënt en Kwaliteit met de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De Inspectie voor de Gezondheidszorg concentreert zich op haar rol: toezicht op toezicht (kijken of de kwaliteitszorg goed georganiseerd is), en is volgens de LOC weinig geneigd om de instellingen te bezoeken om na te gaan hoe de resultaten van de zorg zijn. Cliënt en Kwaliteit pleit ervoor dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg samen met hen minimumnormen gaat ontwikkelen ten aanzien van de uitkomsten van de zorg. Cliënt en Kwaliteit zou graag zien dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg actiever zou optreden. Naast het kwaliteitsjaarverslag, kunnen de gegevens van Cliënt en Kwaliteit, signalen van cliëntenraad en het RPCP gebruikt worden ter ondersteuning van het bezoek aan de instelling.

Beoordeling van de effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen
De Kwaliteitswet zorginstellingen geeft volgens Arcares als raamwet ruimte aan de instellingen om binnen de normstelling rekening te houden met de lokale situatie en te handelen op instellingsniveau. Iedere instelling is weer anders en heeft een eigen visie en een eigen cultuur. Concernvorming werkt daar niet verstorend op. Degene die de regie in handen heeft, bewaakt ook de kwaliteit, meent Arcares.
Naast deregulering (in de Kwaliteitswet zorginstellingen) is er volgens Arcares ook sprake van reregulering. Arcares meent dat de overheid erg voorzichtig is en de verantwoordelijkheid niet zomaar op een andere plaats durft te leggen. De sector wenst ruimte om zelf invulling te geven. Door teveel wet- en regelgeving wordt alles dichtgetimmerd.

Het is naar het oordeel van de LOC goed dat er een kaderwet is die de verantwoordelijkheid bij de verschillende partijen legt. De naleving is echter niet optimaal. Voor een deel komt dit doordat de sector slecht geïnformeerd is over de Kwaliteitswet zorginstellingen. Voor een deel heeft dit ook te maken met het feit dat partijen niet gelijkwaardig zijn. Cliënten hebben onvoldoende middelen om een gelijkwaardige rol te vervullen. Het is bovendien nog niet financieel attractief om cliëntgerichte zorg vorm te geven. Dat verandert als er op grote schaal de persoonsgebonden budgetfinanciering wordt ingevoerd.
Ten aanzien van zorgketens is er sprake van hiaten. Instellingen spreken niet af hoe kwaliteitszorg in zo'n keten goed geregeld moet worden en wie daarop aangesproken kan worden. Daarnaast beperkt de ketenzorg vaak de keuzevrijheid van de cliënt in ernstige mate.
Veel instellingen hebben zich de afgelopen jaren gestort op de invoering van kwaliteitssystemen en de formulering van protocollen. Daarmee is echter niet de vraag beantwoord of er verantwoorde zorg geleverd wordt. De discussie wordt teveel ingeperkt tot de vraag: "wat kunnen wij vandaag aan zorg leveren". Dat heeft tot gevolg dat personeel afhaakt en dat er een hoog ziekteverzuim is.
De Kwaliteitswet zorginstellingen is volgens Cliënt en Kwaliteit een voorbeeld van moderne wetgeving, maar er is een grote spanning met de wet- en regelgeving uit vroegere tijden: met name de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV). Deze oude wetgeving belemmert de toepassing van nieuwe initiatieven in de verpleging- en verzorgingssector. Een tweede aspect is het transparant maken van de kwaliteitszorg bij instellingen. Daarin zou de overheid veel dwingender kunnen zijn. De AWBZ biedt daar ook voldoende mogelijkheden voor.

3.2.5 Ziekenhuizen

De sector ziekenhuizen omvat de algemene en categoriale ziekenhuizen, de academische ziekenhuizen en de revalidatie-instellingen. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) is de brancheorganisatie van de ziekenhuizen. De branche bestaat uit instellingen die een samenhangend pakket van medisch-specialistische zorg aanbieden. De branche wordt gevormd door algemene ziekenhuizen en categorale instellingen, zoals ziekenhuizen voor kankerpatiënten en radiotherapeutische instituten. De acht academische ziekenhuizen zijn apart georganiseerd in de Vereniging van Academische Ziekenhuizen (VAZ). Het kwaliteitsbeleid van de academische ziekenhuizen is een lokale verantwoordelijkheid. Zij geven het kwaliteitsbeleid naar eigen inzichten en cultuur vorm. Ook zijn er verschillen in fasering van het kwaliteitsbeleid.
De revalidatie-instellingen worden vertegenwoordigd door de Vereniging van Revalidatie Instellingen in Nederland (VRIN). De VRIN is een landelijk samenwerkingsverband van revalidatieinstellingen. Op dit moment zijn 24 leden, maar in de toekomst verwacht de VRIN dat er acht revalidatiecentra in het land komen die verbonden zijn aan de academische ziekenhuizen.

Het operationaliseren van het begrip 'verantwoorde zorg'

Bijna alle algemene ziekenhuizen die op de enquête hebben gereageerd, ontlenen normen voor verantwoorde zorg aan landelijke richtlijnen of protocollen en 41% bovendien aan regionale richtlijnen. Als belangrijkste bronnen voor de invulling van het begrip verantwoorde zorg worden genoemd CBO (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg), Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ), normen beroepsgroepen, Inspectie voor de Gezondheidszorg, wet- en regelgeving. 90% van de algemene ziekenhuizen stelt kwaliteitseisen aan zowel de materiële infrastructuur als de bouwkundige voorzieningen.

Alle vijf academische ziekenhuizen die op de enquête hebben gereageerd, ontlenen aan landelijke richtlijnen of protocollen hun normen voor verantwoorde zorg en drie van de vijf ziekenhuizen ontlenen de normen ook aan regionale richtlijnen. Als belangrijkste bronnen voor de invulling van het begrip verantwoorde zorg worden genoemd: wet- en regelgeving, zelfevaluatie, landelijke richtlijnen en protocollen. Uit het Nivelonderzoek (Sluijs en Wagner, 2000) blijkt dat het hierbij met name gaat om protocollen met betrekking tot specifieke verrichtingen, protocollen voor voorbehouden handelingen en in minder mate protocollen voor routing van de patiënt van aanmelding tot afsluiting. Protocollen die in bijna alle ziekenhuizen aanwezig zijn betreffen de klachtenbehandeling, de melding van incidenten en de klachtenbemiddeling. Alle academische ziekenhuizen stellen kwaliteitseisen aan zowel de materiële infrastructuur als de bouwkundige voorzieningen.

Het merendeel van de revalidatiecentra die op de enquête hebben gereageerd (86%) ontleent de normen voor verantwoorde zorg aan landelijke richtlijnen of protocollen en 29% bovendien aan regionale richtlijnen. Als belangrijkste bronnen voor de invulling van het begrip verantwoorde zorg worden genoemd de VRIN, de NVZ, externe toetsing en wetgeving. Bijna alle revalidatiecentra stellen kwaliteitseisen aan de materiële infrastructuur en alle revalidatiecentra stellen eisen aan de bouwkundige voorzieningen.

De normen van het NIAZ zijn overkoepelende normen. Daarin wordt bepaald wat het ziekenhuis aan kwaliteitszorg moet doen om geaccrediteerd te worden. De NIAZ-normen zijn overkoepelend ten opzichte van de inhoudelijke normen van de wetenschappelijke beroepsverenigingen. De NIAZ-normen zijn vooral procesgericht en stellen indicatoren vast voor het interne proces. Zij hebben vooral betrekking op borging van zorgprocessen. In de academische ziekenhuizen werken alle medewerkers in loondienst en stellen de Raden van Bestuur vast welke normen geldig zijn. De normen van de wetenschappelijke verenigingen en de NIAZ-normen groeien volgens de NVZ en de VAZ naar elkaar toe. Het NIAZ schrijft niet voor, de uitwerking van de normen is voor een belangrijk deel lokaal beleid.

Naast het NIAZ werken de ziekenhuizen aan instrumenten voor medewerkertevredenheid en cliëntentevredenheid. Dit moet in de toekomst onderdeel worden van de NIAZ-normen. De normen in de ziekenhuiswereld zijn volgens de NVZ vooral ten aanzien van de medisch-technische aspecten ver ontwikkeld. De normen met betrekking tot de organisatie van het zorgproces en de cliëntgerichtheid zijn onder invloed van de Kwaliteitswet zorginstellingen in een stroomversnelling gekomen. Er is een zekere spanning tussen de ontwikkeling van protocollen en de wens van iedere specialist (en patiënt) om specifiek op het individu toegesneden zorg te bieden.

Bij de VRIN is de medisch-specialistische indicatiestelling de belangrijkste bron voor normen. De normen worden aangescherpt naar aanleiding van de resultaten van de externe beoordeling. De revalidatie-instellingen vervullen een belangrijke rol in het kader van de ontwikkeling van regionale protocollen op het terrein van CVA (cerebrovasculair accident), niet aangeboren hersenletsel en kinderen met ontwikkelingsproblemen. Deze protocollen worden gehanteerd in zorgnetwerken waarvan de revalidatie-instelling onderdeel uitmaakt.

97% van de algemene ziekenhuizen stelt geestelijke verzorging beschikbaar aan patiënten. In de vijf academische ziekenhuizen is geestelijke verzorging beschikbaar voor patiënten. In de veertien revalidatiecentra is geestelijke verzorging beschikbaar voor patiënten.

Ten aanzien van verschillen in zorgvragen tussen groepen zorgvragers gebeurt er volgens de NVZ in de ziekenhuizen veel in de sfeer van communicatie en voorlichting. Er is een tolkvoorziening. Ook is er aandacht voor andere religies.

De verantwoordelijkheidstoedeling binnen de instelling

In de sector algemene ziekenhuizen is in 90% van de instellingen sprake van verantwoordelijkheidstoedeling ten aanzien van het leveren van verantwoorde zorg. De kwaliteitsfunctionaris en de stuurgroep of commissies voor kwaliteitszorg worden in het Nivelonderzoek (Sluijs en Wagner, 2000) door de ziekenhuizen het vaakst genoemd als de trekker van kwaliteitszorg.
In de vijf academische ziekenhuizen en 23 revalidatie-instellingen is sprake van verantwoordelijkheidstoedeling ten aanzien van het leveren van verantwoorde zorg.

De ontwikkeling en implementatie van kwaliteitssystemen

Het merendeel van de algemene ziekenhuizen (87%) hanteert systemen of methodieken, die de zorg op zodanige wijze organiseren dat dit leidt tot verantwoorde zorg. Zij noemen als belangrijkste systemen INK, PACE, HKZ, NIAZ en ISO. Vier van de vijf academische ziekenhuizen die hebben gereageerd, hanteren deze systemen of methodieken. Genoemd worden het INK-model, NIAZ, ISO, PACE, CCKL. 93% van de revalidatiecentra hanteert systemen of methodieken en het INK-model wordt het meest genoemd. Volgens het Nivelonderzoek voert de meerderheid van de ziekenhuizen een geïntegreerd kwaliteitsbeleid, dat wil zeggen dat er samenhang is tussen het kwaliteitsbeleid van het management en het kwaliteitsbeleid van de medisch specialisten.

Volgens de NVZ hanteert een groot aantal ziekenhuizen het NIAZ-systeem. Er zijn enkele ziekenhuizen die gebruik maken van andere systemen, zoals het INK-model of het ISO-systeem. Er wordt op dit moment ook steeds meer gebruikgemaakt van korte cyclische deelsystemen die door het CBO ontwikkeld worden. Een andere benadering is het uitwisselen van ‘best practices’ ten aanzien van verschillende onderdelen van de ziekenhuisorganisatie.
Op dit moment zijn er in de ziekenhuiswereld discussies over de invoering van ‘outcome’ indicatoren. De Isala kliniek in Zwolle is daarmee aan het experimenteren. Deze indicatoren zijn zowel bedoeld als sturingsinformatie ten behoeve van het management, maar sommige kunnen wellicht ook dienen voor de publieke verantwoording. In de praktijk blijkt het lastig om dergelijke indicatoren te ontwikkelen zonder dat men appels met peren gaat vergelijken. Genoemd wordt het bekende voorbeeld van mortaliteitsgegevens die voor de Antoni van Leeuwenhoek kliniek een andere betekenis hebben dan voor een streekziekenhuis. Er wordt op dit moment vooral gekeken naar doorstroomtijden en wachttijden. Deze indicatoren kunnen gebruikt worden voor de ontwikkeling van benchmarks. Het enthousiasme voor een dergelijk instrument hangt volgens de NVZ nauw samen met het zelfbewustzijn van het management in een ziekenhuis.
De VRIN hanteert de Externe Toetsing Revalidatiezorg als belangrijkste kwaliteitssysteem. Bij het ontwerpen van dit systeem is uitgegaan van een bedrijfsketenmodel. Er is een handboek ontwikkeld dat door elk revalidatiecentrum wordt gehanteerd. Voorafgaande aan de externe toetsing vindt er een interne toetsing plaats aan de hand van een aantal normen. Deze normen zijn ontwikkeld in samenspraak met de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties. In deze asessmentprocedure, die enkele maanden in beslag neemt, wordt de organisatie doorgelicht aan de hand van de volgende aspecten: marktoriëntatie, vraag/aanbod, ontwerpproces, proces van dienstverlening, resultaat, evaluatie en systematische kwaliteitsbevordering. De externe toetsing wordt uitgevoerd door een be-

stuurscommissie externe toetsing van de VRIN. De commissie is autonoom in haar beslissingen en doet verslag van haar bevindingen aan het bestuur. In een eerste ronde zijn alle instellingen bezocht. In de loop van 2001 komen de eerste resultaten binnen van de volgende ronde met een aangepaste beoordelingssystematiek. Er vindt afstemming plaats met de HKZ om stapsgewijs naar een systeem van certificatie te gaan. Dat leidt volgens de VRIN tot meer openbaarheid en objectiviteit van informatie ten behoeve van het publiek.

Het kwaliteitsjaarverslag

Op twee algemene ziekenhuizen na schrijven alle algemene en academische ziekenhuizen uit deze sector een kwaliteitsjaarverslag. Eén revalidatiecentrum schrijft (nog) geen kwaliteitsjaarverslag. Het verslag wordt met name naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de zorgverzekeraar/zorgkantoor en het RPCP toegestuurd (zie Tabel 3.1).

Tabel 3.1 Aan wie zijn kwaliteitsjaarverslagen toegestuurd?

	NVZ	VAZ	VRIN
Inspectie voor de Gezondheidszorg:	92%	100%	86%
Zorgkantoor/zorgverzekeraar:	51%	60%	29%
Patiënten/consumentenplatform:	65%	60%	43%
Ministerie van VWS:	16%	60%	7%

Het kwaliteitsjaarverslag wordt als instrument om transparantie te bevorderen gewaardeerd. Het instrument functioneert nu volgens de brancheorganisaties echter nog onvoldoende. Sommige instellingen zien het als een verplichting die nergens toe dient, anderen hanteren het als PR-instrument zonder dat wezenlijke informatie verschaft wordt over de kwaliteit van zorg, en een derde groep instellingen ziet het als een instrument in het kader van maatschappelijk ondernemerschap: het afleggen van verantwoording ten opzichte van burger en overheid. De NVZ is bezig met de ontwikkeling van een format om het instrument beter te kunnen benutten.
Het instrument zoals het nu gehanteerd wordt, schiet volgens de NVZ vaak tekort, maar het is vooral een taak van de maatschappelijke actoren om het instrument meer handen en voeten te geven. De Centrale Cliëntenraad van de Academische Ziekenhuizen (CRAZ) onderzoekt samen met een werkgroep van schrijvers van jaarverslagen de mogelijkheid van een stramien voor de kwaliteitsjaarverslagen. De CRAZ heeft een aantal criteria opgesteld waaraan een goed kwaliteitsjaarverslag moet voldoen. De CRAZ wil uiteindelijk dan ook feedback geven. De VAZ ziet het totstandbrengen van een goed kwaliteitsjaarverslag als een ontwikkelingstraject. De primaire doelgroep is het eigen personeel en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Daarnaast vormen ook de patiëntenorganisaties een doelgroep. De VAZ meent dat er onvoldoende mogelijkheden zijn om het kwaliteitsjaarverslag te integreren in het algemene jaarverslag.
De VRIN ziet het kwaliteitsjaarverslag als een nuttig instrument om aan eigen medewerkers en aan burgers te laten zien wat er op het terrein van kwaliteitsbevordering en –bewaking gebeurt. Het zou een onderdeel van het reguliere jaarverslag kunnen zijn. Ook in de contacten met de zorgverzekeraars is het kwaliteitsjaarverslag een nuttig instrument.

De integratie van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid

Bij alle academische en 47% van de algemene ziekenhuizen hebben patiënten/consumentenorganisaties op enigerlei wijze een inbreng in kwaliteitsprojecten. Respectievelijk de helft en een kwart van de academische en algemene ziekenhuizen betrekt patiënten/consumentenorganisaties bij afspraken over wachttijden. Bij 89% van de revalidatie-instellingen hebben patiënten/consumentenorganisaties een inbreng in kwaliteitsprojecten, bij 30% van de revalidatie-instellingen zijn ze betrokken bij afspraken over wachttijden.

De ziekenhuizen geven, volgens de NVZ en de VAZ afhankelijk van hun bedrijfscultuur, vorm aan de inbreng van de zijde van cliënten (organisaties). Sommigen hebben regelmatig overleg met het RPCP in hun regio. Anderen overleggen met categoriale patiëntenorganisaties of maken gebruik van de inbreng van een cliëntenraad. Er zijn ziekenhuizen die cliëntenpanels hebben gevormd en dat als een nuttig instrument zien om de inbreng van cliënten vorm te geven. Ook wordt er onderzoek gedaan onder de bevolking in adherente gebieden. De NVZ heeft geen functie op dit terrein. Wel wordt erover gedacht om enkele instrumenten van cliëntenraadpleging die hun nut hebben bewezen als voorbeeld uit te werken.
De VAZ overlegt met de Consumentenbond over de beoordeling van de zorg van de academische ziekenhuizen vanuit het patiëntenperspectief. De revalidatie-instellingen betrekken de gehandicaptenorganisaties (Stichting Landelijk Steunpunt Cliëntenraden voorzieningscentra Gehandicapten, LSR) bij de vaststelling van de normen.

Aan de instellingen is gevraagd welke gegevens worden gebruikt voor het systematisch toetsen van de kwaliteit van zorg en in hoeverre deze toetsingen hebben geleid tot veranderingen in de organisatie van de zorg. Met name meningen van patiënten (satisfactieonderzoek) (NVZ: 70%, VAZ: 100%, VRIN: 71%) en gegevens over klachten, complicaties en fouten (NVZ: 62%, VAZ: 100%, VRIN: 64%) worden veel gebruikt voor het systematisch toetsen van de kwaliteit van zorg. Deze gegevens leiden ook vaak tot wijzigingen in de organisatie van de zorg. Meningen van de cliëntenraad worden vooral bij de academische ziekenhuizen en bij de revalidatie-instellingen (60% en 57%) gebruikt voor het systematisch toetsen van de kwaliteit van zorg. De algemene ziekenhuizen maken hiervan veel minder (16%) gebruik.

Er zijn op dit moment veertig (van de 98) bij de NVZ aangesloten ziekenhuizen die zich voorbereiden op accreditatie. De accreditatie is volgens de VAZ een leermoment voor de organisatie. De accreditatie gebeurt door inhoudsdeskundigen van andere ziekenhuizen. De sector is weliswaar overtuigd van de noodzaak van externe toetsing, maar wil wel invloed uitoefenen op de wijze waarop dit gebeurt. Men heeft meer vertrouwen in de accreditatie door de eigen branche, omdat inhoudsdeskundigheid van groot belang is bij de toetsing en er een stimulans vanuit gaat voor kwaliteitsverbetering.
Bij de accreditering wordt nagegaan in welke fase het ziekenhuis zich bevindt bij de implementatie van de normen: in de planfase, de ontwikkelfase of de veranderfase. De accreditatiegegevens zijn geanonimiseerd en de landelijke gegevens zijn openbaar. Het is aan de ziekenhuizen om zelf te bepalen in hoeverre zij deze gegevens openbaar maken of bijvoorbeeld in het kwaliteitsjaarverslag zetten.
De registraties van het interne kwaliteitssysteem in ziekenhuizen worden door het management gebruikt voor veranderingen in de organisatie van de zorg. In welke mate dit gebeurt wordt niet systematisch onderzocht.
Bij de externe beoordeling bij de revalidatie-instellingen wordt volgens de VRIN nog weinig gebruikgemaakt van kwantificeerbare resultaten. Er wordt voornamelijk gekeken of de in de externe toetsing opgenomen elementen aanwezig, dan wel in ontwikkeling zijn. Een van de normen die wel gekwantificeerd is, is de norm dat de zorg plaatsvindt op basis van een behandelprogramma waarvan tenminste 60% beschreven is.
Gedurende de assessmentperiode en de externe beoordeling vinden voortdurend veranderingen plaats. In sommige gevallen leidt de externe beoordeling niet tot een positief advies, waarna de instelling alsnog veranderingen moet doorvoeren.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg
Het merendeel van de algemene ziekenhuizen (89%) is in het kader van de naleving van de Kwaliteitswet zorginstellingen in aanraking geweest met de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De contacten hadden met name betrekking op een algemeen bezoek (89%) en de melding van

calamiteiten (78%). Ook de contacten van de academische ziekenhuizen met de Inspectie voor de Gezondheidszorg hebben betrekking op een algemeen bezoek (80%) en de melding van calamiteiten (60%). Een minderheid van de revalidatiecentra (36%) heeft een algemeen bezoek gehad van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Er is geen melding gemaakt van calamiteiten.

De NVZ heeft een regulier overleg met de hoofdinspectie voor de Gezondheidszorg. Meestal gaat het overleg over beleidsonderwerpen, bijvoorbeeld het kwaliteitsjaarverslag. De Inspectie voor de Gezondheidszorg is zeer geïnteresseerd in het format dat de NVZ wil ontwikkelen voor kwaliteitsjaarverslagen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg is in de ogen van de NVZ toezichthouder. De NVZ erkent dat er een zekere spanning kan bestaan tussen de rol van de (regionale) inspecteur als meedenker en zijn rol als toezichthouder. Toch is er een duidelijke behoefte van de zijde van de ziekenhuisdirecties aan dit 'meedenken', bijvoorbeeld als het management zich beraadt over stappen ten aanzien van een disfunctionerende specialist. Daarin kan de Inspectie voor de Gezondheidszorg nu vaak niet voorzien. Volgens de NVZ is het goed mogelijk om als inspecteur een adviserende rol te vervullen zonder de primaire rol van toezichthouder uit het oog te verliezen. Sommige regionale inspecteurs slagen er goed in om die rollen te combineren. Het algemene beleid bij de instellingen is volgens de VAZ om alles te melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Soms leidt dat tot reacties van de zijde van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (vervolgingsbeleid) die niet werden verwacht, vanwege de openheid die tot dan toe werd gehanteerd. De instellingen willen graag gebruikmaken van de deskundigheid van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, maar zijn door de nieuwe koers van de Inspectie voor de Gezondheidszorg terughoudender geworden om hiervan gebruik te maken.
De VRIN heeft formeel geen contacten met de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Op instellingsniveau zijn er wel contacten. De Inspectie voor de Gezondheidszorg is ook betrokken bij de externe toetsing. Met elke instelling wordt het kwaliteitsbeleid doorgenomen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg reageert jaarlijks op het kwaliteitsonderdeel van het jaarverslag. De Inspectie voor de Gezondheidszorg is in de ogen van de VRIN in de eerste plaats toezichthouder. De Inspectie voor de Gezondheidszorg is voldoende toegerust om haar verantwoordelijkheden waar te maken. Ze bezit tevens voldoende sanctiemogelijkheden.

Beoordeling van de effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen
De Kwaliteitswet zorginstellingen heeft volgens de NVZ een impuls gegeven aan de kwaliteitszorg in de ziekenhuizen. Het management heeft nu een instrument in de hand waarmee de noodzaak van systematische aandacht aan kwaliteit overtuigend kan worden aangetoond.
De kracht van de Kwaliteitswet zorginstellingen ligt volgens de NVZ in het feit dat het een kaderwet is. Het is een voorbeeld van 'moderne' wetgeving, die aan de veldpartijen veel vrijheid en verantwoordelijkheden geeft. Het nadeel daarvan is dat voor sommige instellingen de wet onvoldoende houvast biedt, gewend als men is aan een voorschrijvende overheid. De wet kan volgens de NVZ goed functioneren in een cultuur waar iedereen zich bewust is van zijn verantwoordelijkheid.
De wet stimuleert volgens de VAZ een dynamische aanpak. Dat spreekt de sector aan. Er is voldoende ruimte om steeds een stap verder te gaan. Ook de verdeling van verantwoordelijkheden is helder. Ten aanzien van de toetsende rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg is niet altijd duidelijk wat er getoetst moet worden. Daarover zijn in de Kwaliteitswet zorginstellingen onvoldoende handvatten, omdat deze gericht is op het organiseren van de zorg.
Het begrip verantwoorde zorg biedt volgens de NVZ voldoende houvast, zeker omdat deze in de wet nader gespecificeerd is. De sector heeft wel problemen met enkele andere begrippen die in de wet gehanteerd worden met name in de toezichtsfeer, het begrip instelling en de verantwoordelijkheidstoedeling. Ten aanzien van het toezicht meent de NVZ dat de rol van de

Inspectie voor de Gezondheidszorg in de Kwaliteitswet zorginstellingen niet goed uit de verf komt. In de Wet BIG functioneert het toezicht wel goed. Onduidelijkheid is er ook over de eindverantwoordelijke voor het leveren van verantwoorde zorg. Is dat de directie of de specialist? Met name gaat het daarbij om de verhouding van de Kwaliteitswet zorginstellingen tot de Integratiewet en de Wet BIG. Begrippen als zorgaanbieder en instelling worden verschillend ingevuld. Bij transmurale projecten kan een probleem ontstaan: waar eindigt de verantwoordelijkheid van de instelling bij overdracht van zorg?
De kwaliteit van de zorg is volgens de VRIN de facto niet door de Kwaliteitswet zorginstellingen verbeterd. Voor de VRIN gebeurt het bezig zijn met kwaliteit vooral op basis van intrinsieke argumenten, op eigen energie en voor eigen kosten. De prikkel om aan kwaliteit te werken wordt door gebrek aan middelen en personeel meer en meer een probleem.

3.2.6 Gezondheidscentra

De Landelijke Vereniging voor Gezondheidscentra (LVG) is de brancheorganisatie in deze sector. De LVG heeft een achterban die divers is: 120 gezondheidscentra van verschillende grootte en samenstelling. Eén van de taken van de LVG is het stimuleren van kwaliteitszorg bij de gezondheidscentra. Er wordt op dit moment gewerkt aan een nieuwe structurele financieringsregeling voor de centra met Zorgverzekeraars Nederland, het ministerie van VWS, het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) en het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). In de huidige financieringsregeling zijn geen bepalingen opgenomen over kwaliteitszorg. Bij een nieuwe financiering zal dat wel het geval zijn. Het CVZ financiert volgens landelijke normen de gezondheidscentra. De regionale zorgverzekeraars hebben geen invloed op het budget.

Het operationaliseren van het begrip 'verantwoorde zorg'
Alle gezondheidscentra die de enquête retourneerden ontlenen hun normen voor verantwoorde zorg aan landelijke richtlijnen of protocollen. Bijna de helft (44%) ontleent bovendien normen aan regionale richtlijnen. De meeste gezondheidscentra (71%) stellen kwaliteitseisen aan de materiele infrastructuur en 81% stelt eisen aan de bouwkundige voorzieningen. Zes centra (12%) zeggen aan geen van beide kwaliteitseisen te stellen. Als bronnen worden genoemd: LVG, standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap, en richtlijnen van de Districts Huisartsen Vereniging en het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Daarbij gaat het met name om, zo blijkt uit het Nivelonderzoek, procedures voor het ontwikkelen, bewaken en actualiseren van multidisciplinaire werkafspraken en procedures voor het ontwikkelen van geïntegreerde behandelplannen, dat wil zeggen behandelplannen waarbij meerdere disciplines zijn betrokken (Sluijs en Wagner, 2000). In veel centra is dit echter nog niet het geval.
De normen voor verantwoorde zorg zijn volgens de LVG inhoudelijk gebaseerd op de monodisciplinaire protocollen (monodisciplinaire kwaliteit). Voor de organisatie van de zorg is gebruik gemaakt van de praktijkervaringen van de centra die voorop lopen. De LVG doet daar onderzoek naar en publiceert hierover onder de noemers multidisciplinaire kwaliteit en 'best practices'. De LVG ziet voor zichzelf vooral een platformfunctie weggelegd. Gezondheidscentra worden verwezen naar de ervaringen van andere centra.
Ten aanzien van het omgaan met verschillen in zorgvragen is er door gezondheidscentra veel ervaring opgedaan. De werkafspraak 'urine-incontinentie bij vrouwen' is een voorbeeld van een concrete vorm van vrouwenhulpverlening en zit in het basiszorgaanbod van een centrum. Sommige centra hebben een uitgebreider aanbod op het terrein van vrouwenhulpverlening. Het is ook afhankelijk van de prioriteiten die de huisartsen zelf stellen. Vrouwelijke huisartsen, die veel in centra werkzaam zijn, zullen eerder geneigd zijn hier aandacht aan te besteden. Daarmee hangt ook samen het netwerk waarin centra functioneren. Ten aanzien van de zorgvraag van allochtonen wordt in centra met veel allochtone patiënten gebruikgemaakt van maatschap-

pelijk werkers of migrantenvoorlichters die als intermediair fungeren. Deze informeren de bij de centra werkzame zorgverleners over specifieke zorgvragen. In veel oude wijken zijn gezondheidscentra gevestigd. Zij hebben te maken met de specifieke problematiek van groepen met een lage economische status. In die wijken is er veel samenwerking met andere sectoren (welzijnswerk, GGZ, politie, enzovoort). Gezondheidscentra participeren in een aanbod voor bijvoorbeeld WAO-ers, ex-psychiatrische patiënten en vrouwenzelfhulpgroepen.

Verantwoordelijkheidstoedeling
In bijna alle gezondheidscentra (85%), zo blijkt uit de vragenlijst, is sprake van verantwoordelijkheidstoedeling ten aanzien van het leveren van verantwoorde zorg. Het management en de staf worden hiervoor vaak verantwoordelijk geacht.

De ontwikkeling en implementatie van kwaliteitssystemen
De helft van de gezondheidscentra die een enquête terugstuurden, hanteren systemen of methodieken die de zorg op zodanige wijze organiseren dat dit leidt tot verantwoorde zorg. De meeste genoemde bron voor deze systemen of methodieken is het HKZ-schema.

De LVG werkt op verschillende niveaus aan het totstandkomen van verantwoorde zorg:
1. op het niveau van het integrale aanbod van het centrum;
2. op het niveau van het primaire proces (reeks werkafspraken);
3. op het niveau van de toetsing (HKZ-schema).

Op het niveau van het primaire proces heeft de LVG een reeks werkafspraken ontwikkeld die in de meeste gezondheidscentra worden gehanteerd. Deze werkafspraken vormen een aanvulling op de protocollen van de onderscheiden disciplines die deel uitmaken van een gezondheidscentrum en hebben betrekking op afstemming en coördinatie van de zorg, met o.a. specialisatie, en de taakdelegatie (met name huisarts en assistenten). In de werkafspraken is veel aandacht besteed aan de implementatie van de afspraken (organisatorische voorwaarden), de registratie van gegevens en de systematische toetsing met behulp van de geregistreerde gegevens, patiëntensatisfactie en hulpverlenersatisfactie.
Sommige centra maken gebruik van de nieuwe reeks om eigen werkafspraken in het centrum te ontwikkelen; andere gebruiken de publicaties om de bij hen gehanteerde werkafspraken te toetsen. Van de nieuwe reeks heeft medio 1999 een tussentijdse evaluatie plaatsgevonden.
Voor de toetsing van het functioneren van het gezondheidscentrum wordt het HKZ-schema gehanteerd, als kwaliteitssysteem en zelfbeoordelingsinstrument. Het HKZ-schema heeft als voordeel dat het heel basale discussies opwerpt: bijvoorbeeld voor welke patiënten is het gezondheidscentrum bedoeld? Nadeel van het schema is dat het certificeringstraject dat met de HKZ wordt ingeslagen de kwaliteitszorg soms nodeloos ingewikkeld maakt (ISO-taal). Daarnaast is het schema soms niet geheel toegespitst op het functioneren van een gezondheidscentrum. Een gezondheidscentrum kan bijvoorbeeld de kwaliteit van de thuiszorg en de maatschappelijke dienstverlening in het gezondheidscentrum niet waarborgen, aangezien dit de verantwoordelijkheid van de thuiszorgorganisatie is.
Daarnaast is er een financieel probleem. De LVG neemt niet deel aan de meerjarenafspraken met VWS en kan dus geen beroep doen op die gelden voor de implementatie van het HKZ-schema.

Inhoud en impact van het kwaliteitsjaarverslag

Bijna alle gezondheidscentra (92%) schrijven een kwaliteitsjaarverslag. De verslagen zijn met name gestuurd aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (75%) en het RPCP (52%). Het ministerie van VWS wordt door 14% van de instellingen als adressant genoemd.
In het kwaliteitsjaarverslag worden volgens de LVG de bevoegdheden van het management en de professionals beschreven. De verschillende verantwoordelijkheden moeten daarbij goed omschreven worden. De LVG stimuleert dat de gezondheidscentra in het kwaliteitsjaarverslag inzicht geven in de resultaten van de toepassing van werkafspraken. Het gezondheidscentrum heeft veel kenmerken van een netwerkorganisatie, waar de eigen verantwoordelijkheid van de professional voorop staat. De Kwaliteitswet zorginstellingen voegt daar transparantie aan toe: laten zien wat je doet en je daarop laten aanspreken. De LVG ziet wel mogelijkheden om het kwaliteitsjaarverslag te verbeteren. Bij iedere paragraaf zouden naast de beoordeling van de activiteit tevens de voornemens voor volgend jaar opgenomen moeten worden. Er wordt te weinig feedback gegeven op het kwaliteitsjaarverslag. De Inspectie voor de Gezondheidszorg reageert niet meer en RPCP's en zorgverzekeraars reageren in een beperkt aantal gevallen.

De integratie van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid

Bij 30% van de gezondheidscentra zijn patiënten/consumentenorganisaties betrokken bij kwaliteitsprojecten en 37% van de centra betrekt patiënten/consumentenorganisaties bij afspraken over wachttijden. De LVG heeft in 1988 een instrument voor patiëntenraadpleging ontwikkeld. Dit is na een uitgebreid onderzoek herzien in 1995. Inhoudelijk zijn toen de criteria van de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NPCF) voor de verschillende disciplines overgenomen. Nieuw was dat de verwerking van de gegevens en de rapportage werd uitbesteed aan een onafhankelijk bureau. Over de uitkomsten van de patiëntenraadpleging en de wijze waarop het centrum daarmee aan de slag gaat, worden de patiënten geïnformeerd via aparte publicaties. Daarnaast worden de kwaliteitsjaarverslagen naar het RPCP gestuurd. Enkele RPCP's bespreken deze met de centra.
Er zijn met ZN en regionale zorgverzekeraars contacten opgebouwd naar aanleiding van de noodzaak van de totstandkoming van een nieuwe reguliere financiering voor geïntegreerde gezondheidszorg in de eerste lijn. In het kader van de besprekingen met ZN is door een werkgroep van de LVG een basisaanbod van het gezondheidscentrum omschreven. Dit basisaanbod kan per regio aangevuld worden met andere afspraken over te leveren zorg met regionale zorgverzekeraars. De contacten met de regionale zorgverzekeraars zijn verflauwd omdat de regionale zorgverzekeraars tot nu toe geen financiële verantwoordelijkheid dragen voor gezondheidscentra. Er zijn in enkele regio's jaarlijks gesprekken tussen groepen gezondheidscentra en de regionale zorgverzekeraar. Vaak blijft het beperkt tot informatie-uitwisseling op basis van kwaliteitsjaarverslagen. Enkele zorgverzekeraars (zoals ZAO en Univé) hebben contacten over (mogelijk) gezamenlijke activiteiten van de zorgverzekeraar met centra. De LVG ziet het verdwijnen van de regionale binding van zorgverzekeraars als een groot nadeel. Feitelijk is er daardoor geen partij meer om mee te praten.

Aan de instellingen is gevraagd welke gegevens worden gebruikt voor het systematisch toetsen van de kwaliteit van zorg en in hoeverre deze toetsingen hebben geleid tot veranderingen in de organisatie van de zorg. Meningen van patiënten (42%) worden het meest genoemd als gegevens die gebruikt worden om systematisch te toetsen. Gegevens over klachten, complicaties en fouten worden door een minderheid van de instellingen (40%) genoemd.

De afspraken over gegevensverzameling, registratie en toetsing maken deel uit van de werkafspraken die de gezondheidscentra hanteren. Of deze toetsingen geleid hebben tot veranderingen in de zorg, is door de LVG niet systematisch onderzocht. Centra geven dit zelf wel aan in de jaarverslagen. Instrumenten die van invloed zijn op het bijstellen van de zorg zijn volgens de LVG: de klachtenopvang en formele klachtenregeling, de gebruikersraadpleging, de participatie

van patiënten in centrumorganisaties (al dan niet in de vorm van een cliëntenraad), het kwaliteitsjaarverslag en de bespreking daarvan intern en met externen.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg
Slechts 17% van de gezondheidscentra is in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen met de Inspectie voor de Gezondheidszorg in aanraking geweest. De gezondheidscentra die de enquête hebben ingevuld, hebben geen calamiteiten gemeld bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De contacten met de Inspectie voor de Gezondheidszorg liggen volgens de LVG vooral op het vlak van feedback op kwaliteitsjaarverslagen. Die feed-back wordt echter nauwelijks meer gegeven. De ervaringen met de Inspectie voor de Gezondheidszorg zijn zeer verschillend. De Inspectie voor de Gezondheidszorg in Zuid-Holland gaf inhoudelijke feedback op de kwaliteitsjaarverslagen. Sommige Inspecties gingen formeler om met de kwaliteitsjaarverslagen. Zij letten vooral op of zij iets missen en of alles op de goede plek staat. Andere Inspecties letten helemaal nergens op en geven het geen prioriteit. De gezondheidscentra werken al jaren met kwaliteitsjaarverslagen in het kader van de verantwoording aan de Ziekenfondsraad (nu CVZ). Bij bezoeken bleek in het verleden dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg nog teveel gericht is op de monodisciplinaire kwaliteit en minder op multidisciplinaire zaken. De Inspectie voor de Gezondheidszorg is volgens de LVG te ver uitgekleed. Zij zijn onvoldoende uitgerust voor hun handhavingstaak.

Beoordeling van de effecten van de Kwaliteitswet
De transparantie is volgens de LVG door de Kwaliteitswet zorginstellingen bevorderd. Externe partijen kunnen de zorgaanbieder aanspreken op die verantwoordelijkheid. De professionalisering van het (kwaliteit)smanagement is een nieuw element, dat in gang is gezet door de wet. De positie van het management in de gezondheidscentra is versterkt. Met de wet (het moeten maken van een kwaliteitsjaarverslag) heeft het management een instrument in handen om in de keuken van de professionals te kijken.

3.2.7 Gemeentelijke Gezondheidsdiensten

Er zijn op dit moment 44 GGD'en en dit aantal zal verder verminderen onder invloed van enkele fusieprocessen die gaande zijn. De taken van GGD Nederland liggen op het terrein van gezamenlijke belangenbehartiging, de afstemming op inhoudelijk terrein tussen de verschillende GGD'en en een stimulerende rol op het terrein van werkontwikkeling. GGD Nederland treedt, ten aanzien van de verantwoordelijkheden in het kader van de Kwaliteitswet, niet in de bevoegdheden van de GGD'en, maar speelt een stimulerende rol bij het oppakken van kwaliteitsprojecten.

Het operationaliseren van het begrip 'verantwoorde zorg'
Bijna alle GGD'en die de enquête geretourneerd hebben (93%) ontlenen normen voor verantwoorde zorg aan landelijke richtlijnen of protocollen. 48% ontleent de normen aan regionale richtlijnen of protocollen. Ruim 75% van de GGD'en stelt kwaliteitseisen aan de materiële infrastructuur en de bouwkundige voorzieningen. Vier GGD'en (14%) antwoorden aan geen van beide kwaliteitseisen te stellen. Als bronnen voor het operationaliseren van verantwoorde zorg worden genoemd landelijke normen, richtlijnen en protocollen, HKZ, wetgeving en oordelen van de klant.
De normen die volgens GGD Nederland het meest vergaand ontwikkeld zijn, zijn de standaarden met betrekking tot de infectieziektebestrijding. Deze standaarden worden door het gehele zorgveld gebruikt. Daarnaast wordt een groot aantal standaarden en protocollen gebruikt per GGD. Organisaties als TNO, het RIVM en de School of Public Health zijn op dit terrein actief. Het ontbreekt GGD Nederland aan middelen om de ontwikkeling van landelijke richtlijnen en

protocollen te stimuleren. Er liggen op lokaal en regionaal niveau veel protocollen en afspraken, maar de gehanteerde definities zijn vaak niet scherp genoeg. Daarnaast is het proces van consensusvorming tussen alle GGD'en een tijdrovende bezigheid. Dat kan voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg ook een probleem zijn, omdat zij zich onvoldoende kunnen baseren op veldnormen als zij willen gaan inspecteren. De rol van de GGD op het terrein van regionale samenwerking en protocolontwikkeling ligt met name op het terrein van infectieziektebestrijding, de rampenbestrijding en de jeugdgezondheidszorg. Er is op het laatste terrein in enkele regio's (Zuid-Holland) samenwerking met de thuiszorg en de entadministratie (project integraal dossier jeugdgezondheidszorg). Er is door GGD Nederland een kennisnet voor GGD'en opgezet, waar alle GGD'en hun protocollen op kunnen zetten en informatie kunnen uitwisselen. Een belemmering bij de normontwikkeling is het feit dat aansturing en het creëren van budgettaire mogelijkheden vanuit de gemeenten moet plaatsvinden.
Eén van de basistaken van de GGD is het ontwikkelen van beleid met betrekking tot verschillen in zorgvragen van verschillende bevolkingsgroepen. Er wordt veel samengewerkt met het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) bij het ontwikkelen van voorlichtingsmateriaal voor allochtone groepen, het inzetten van tolken en het ontwikkelen van projecten specifiek gericht op deze doelgroepen. Daarnaast levert de GGD van oudsher een bijdrage aan het terugdringen van de sociaal-economische gezondheidsverschillen in de grote steden en de verbetering van de kwaliteit van leven in achterstandswijken.

Verantwoordelijkheidstoedeling
In 83% van de GGD'en is op instellingsniveau sprake van verantwoordelijkheidstoedeling ten aanzien van het leveren van verantwoorde zorg en in 14% is dit niet geregeld.
In het Nivelonderzoek worden met name de kwaliteitsfunctionaris en de directie of management als de motor achter de kwaliteitszorg gezien (Sluijs en Wagner, 2000).

De ontwikkeling en implementatie van kwaliteitssystemen
69% van de GGD'en hanteert systemen of methodieken. Meestal gaat het om het INK-model, het HKZ-systeem en ISO.
Ongeveer de helft van de GGD'en is volgens GGD Nederland op dit moment bezig met de invoering van een integraal kwaliteitssysteem: HKZ, ISO of INK. Daarnaast lopen op landelijk niveau vier aanvragen bij de SHKZ om bepaalde taken van de GGD te certificeren: Infectieziektebestrijding, Jeugdgezondheidszorg, Medische Opvang Asielzoekers en Rampenbestrijding. Ambulancevervoer is al ondergebracht in het HKZ-schema, maar bij veel GGD'en is deze taak geprivatiseerd. De kwaliteitszorg is in elke GGD in een verschillende fase van ontwikkeling. Ook is het zo dat binnen GGD'en grote verschillen zijn tussen de mate waarin vakgroepen met invoering van systematische kwaliteitszorg gevorderd zijn. De afspraak is dat als landelijk een taak bij de SHKZ wordt aangemeld, de GGD'en zich daaraan conformeren. De GGD'en waarderen de wijze waarop GGD Nederland zich inzet voor bevordering en stroomlijning van het kwaliteitsbeleid bij de GGD'en. Zo is er een handreiking gemaakt voor het hanteren van het INK-model. Er is een cliëntentoetsing Jeugd Gezondheidszorg ontwikkeld en een model Klachtenregeling. Ten aanzien van de tuberculosebestrijding is een klantentoets landelijk in ontwikkeling.
Er zijn door GGD Nederland in samenwerking met het ministerie van VWS initiatieven genomen om te komen tot een benchmark, in eerste instantie voor de jeugdgezondheidszorg maar op de langere termijn voor alle aandachtsgebieden van de GGD'en. Doel van het benchmarktraject is verbetering van het interne bedrijfsproces.

Het kwaliteitsjaarverslag
Vijf GGD'en (17%) schrijven (nog) geen kwaliteitsjaarverslag. De overige 24 instellingen die de enquête hebben ingevuld doen dit wel. De kwaliteitsjaarverslagen worden met name aan de

Inspectie voor de Gezondheidszorg (86%) en het RPCP (52%) gestuurd. Het ministerie van VWS wordt door 31% van de instellingen als adressant genoemd. Slechts 7% van de GGD-instellingen stuurt een kwaliteitsjaarverslag naar de regionale zorgverzekeraar. Dit houdt verband met het feit dat de GGD geen financiële relatie heeft met de zorgverzekeraar.

De integratie van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid

Volgens 24% van de GGD'en nemen patiënten/consumentenorganisaties deel aan kwaliteitsprojecten. Volgens 29% van GGD'en zijn zij betrokken bij afspraken over wachttijden.
Er zijn volgens GGD Nederland verschillende samenwerkingsprojecten met patiënten/consumentenorganisaties. Zij zijn betrokken bij de normontwikkeling op het terrein van het ambulancevervoer en de sociaalmedische advisering. Ook is een poging gedaan om te komen tot een Kwaliteitshandvest in overleg met de NPCF. Dit handvest beschrijft met name normen ten aanzien van de cliëntgerichtheid van de GGD als geheel. Bij drie GGD'en is een pilot opgezet. De conclusie was dat een dergelijk kwaliteitshandvest alleen zin heeft als een GGD het interne kwaliteitssysteem op orde heeft.
Aan de GGD'en is gevraagd welke gegevens worden gebruikt voor het systematisch toetsen van de kwaliteit van zorg en in hoeverre deze toetsingen hebben geleid tot veranderingen in de organisatie van de zorg. Met name gegevens over klachten, complicaties en fouten (55%) worden gebruikt voor toetsing en leiden (in beperkte mate) tot wijzigingen in de organisatie van de zorg. Daarnaast worden gegevens van interne toetsingen (38%), meningen van patiënten (28%) en gegevens van andere zorgaanbieders (21%) gebruikt voor toetsingen en leiden deze volgens de instellingen ook tot veranderingen in de zorg.
De invoering van integrale kwaliteitssystemen is volgens GGD Nederland nog in de beginfase. Op een aantal terreinen zijn de GGD'en verder. Deze hebben ook geleid tot organisatorische aanpassingen. De GGD heeft echter een hybride positie, als gemeentedienst en als openbare gezondheidszorgvoorziening. Veranderingen in de organisatie hebben de steun nodig van de politiek verantwoordelijke (gemeente) bestuurders.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg

Het merendeel van de GGD'en (86%) is in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen in aanraking geweest met de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Dit contact bestond met name uit een algemeen bezoek (79%). Ook heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg schriftelijke adviezen verstrekt (28%). Er zijn geen calamiteiten gemeld door GGD'en.

Het instrument van de Inspectie voor de Gezondheidszorg functioneert volgens GGD Nederland (nog) niet in verband met de hybride positie van de GGD'en. GGD Nederland is van oordeel dat de GGD-taken als geheel onder de verantwoordelijkheid van de Inspectie voor de Gezondheidszorg moeten vallen en wordt daarin gesteund door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het belangrijkste argument dat GGD Nederland hanteert is dat de burgers in Nederland erop moeten kunnen vertrouwen dat (het toezicht op) de kwaliteit van zorg overal in den lande op dezelfde manier geregeld moet zijn. Een ander argument is dat (vrijwel) geen enkele gemeente in staat is om zelf kwaliteitseisen te stellen en toezicht op de kwaliteit van gezondheidszorgtaken uit te oefenen.

Beoordeling van de effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen

Het begrip verantwoorde zorg is volgens GGD Nederland op zichzelf helder. De GGD'en zijn echter verantwoordelijk voor het aanbieden van zorg die niet op geleide gaat van de individuele zorgvraag. De zorgvraag manifesteert zich dus meestal niet zo duidelijk (behalve bij infectieziekten), daarom is het ook een GGD-taak. De invoering van de Kwaliteitswet zorginstellingen heeft geleid tot organisatorische verbeteringen in het functioneren van GGD'en. Ook is de hybride positie van de GGD nu duidelijker voor het voetlicht gekomen.

Er vallen op dit ogenblik twee specifieke GGD-taken onder de Kwaliteitswet zorginstellingen: de zogenaamde uitvoeringstaken, ex artikel 3 van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (infectieziektebestrijding voorzover die de bestrijding omvat van tuberculose, geslachtsziekten en aids, alsmede die welke betrekking heeft op een epidemie) en de jeugdgezondheidszorg voor jeugdigen vanaf vier jaar. De GGD heeft niet alleen te maken met het regime van de Kwaliteitswet zorginstellingen maar ook met de Wet collectieve preventie (WCPV), waarin in artikel 6a sprake is van kwaliteitsbewaking.
De positie van de GGD in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen is complex. De GGD wordt door GGD Nederland omschreven als een hybride organisatie: ambtelijke dienst volksgezondheid en uitvoerende zorginstelling. GGD Nederland is van oordeel dat de GGD als geheel onder de Kwaliteitswet zorginstellingen moet vallen. Het belangrijkste argument dat GGD Nederland hanteert is dat de burgers in Nederland erop moeten kunnen vertrouwen dat (het toezicht op) de kwaliteit van zorg overal in den lande op dezelfde manier geregeld moet zijn. Daarmee wordt voorkomen dat kwaliteitszorg een te fragmentarische en vrijblijvende aanpak krijgt, de ene afdeling wel en de andere niet. Daarnaast speelt een rol dat het dan gemakkelijker wordt om de financiering van de taken op dit terrein rond te krijgen. De landelijke overheid kan goede voorwaarden scheppen door in het Gemeentefonds een extra storting te doen ten behoeve van de uitvoering van deze taken. GGD Nederland wordt in zijn streven gesteund door de Inspectie voor de Gezondheidszorg die heeft verklaard dat zij aannemen dat de gehele GGD onder de Kwaliteitswet zorginstellingen valt. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft met toestemming van de minister een handhavingsplan opgesteld. Achtergrond hiervan vormt de discussie in de Tweede Kamer midden jaren negentig over de verwaarlozing van de taken van de openbare gezondheidszorg door de gemeenten en de aansporing van de zijde van de Tweede Kamer aan minister Borst om hierin actief op te treden.
De hybride positie van de GGD heeft alles te maken met het feit dat de GGD aangestuurd wordt door een andere overheid. Inspectie voor de Gezondheidszorg op de verantwoordelijkheid van een andere overheid is in Nederland ongebruikelijk. Er zijn echter wel voorbeelden van goede samenwerking en afstemming, bijvoorbeeld in het toezicht op de zorg in de justitiële inrichtingen. In de praktijk zijn onder invloed van fusies en schaalvergroting veel GGD'en zodanig gegroeid dat de verantwoording ten opzichte van de gemeente onvoldoende functioneert.

3.2.8 Paramedische zorg

Er zijn twee koepels van paramedici bij het onderzoek betrokken: de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), die de belangen van de praktijken van verloskundigen behartigt en het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), die de belangen van praktijken van fysiotherapeuten behartigt. Gezien de geringe respons van de zijde van de fysiotherapeutische praktijken (18%) zijn de gegevens van de analyse van deze enquêtes niet gebruikt.
Er zijn volgens de KNOV 450 praktijken van verloskundigen . De groepspraktijken bestaan uit twee of drie verloskundigen die in een maatschap werkzaam zijn. De praktijken van verloskundigen werken op dit moment samen in 63 kringen die meestal met een ziekenhuis of kraamcentrum te maken hebben. De 63 kringen zijn georganiseerd in elf regio's. De regionale ondersteuningsstructuur wordt nu opgezet. Het is de bedoeling dat er vijf districtskantoren komen die ondersteuning bieden aan districtsverloskundige platforms, waarin huisartsen met verloskundige taken, kraamzorgaanbieders en verloskundige praktijken met elkaar samenwerken. De districtskantoren geven ook ondersteuning aan de implementatie van verloskundige standaarden. Er is een ontwikkeling naar grotere praktijken. Kleine praktijken zijn volgens de KNOV kwetsbaar.

Fysiotherapeuten zijn volgens het KNGF zowel werkzaam in fysiotherapiepraktijken als in intramurale instellingen. In formele zin vallen fysiotherapiepraktijken, waarin de samenwerking verder gaat dan het delen van faciliteiten, onder de Kwaliteitswet zorginstellingen. Er zijn zeven regiobureau's met een regiofunctionaris en een kwaliteitsfunctionaris. Op dat niveau worden ook contacten onderhouden met patiëntenorganisaties.

Het operationaliseren van het begrip 'verantwoorde zorg
Het eerste protocol van de KNOV is in 2000 gepubliceerd. Een aantal protocollen is in ontwikkeling, deels gericht op de beroepsinhoud, deels op de organisatie van de zorg. Daarnaast staan in het verloskundig vademecum belangrijke normen die betrekking hebben op de verloskundige zorg op regionaal niveau. In de protocollen van de KNOV wordt rekening gehouden met fysiologische en culturele verschillen tussen bevolkingsgroepen. Er zijn afspraken voor een speciaal tarief voor achterstandswijken en een tarief voor asielzoekers omdat de ervaring is dat in die situaties de zorg meer tijd en aandacht vergt.

Er zijn voor de fysiotherapiepraktijken richtlijnen ontwikkeld door het Nederlands Paramedisch Instituut. Deze richtlijnen hebben een multidisciplinaire inslag. Daarnaast is er de modelregeling fysiotherapeutpatiënt. Deze is een uitwerking van normen die zijn vastgelegd in de WGBO. Er zijn grote verschillen tussen praktijken. Er zijn praktijken die zich gespecialiseerd hebben in specifieke zorgvragen zoals vrouwenhulpverlening.

De verantwoordelijkheidstoedeling binnen de instelling
In de paramedische praktijken is kwaliteitszorg geen managementtaak, maar onderdeel van de werkafspraken die gemaakt worden in het kader van de maatschap.

De ontwikkeling en implementatie van kwaliteitssystemen
Het kwaliteitsbeleid van de KNOV omvat de ontwikkeling van standaarden, intercollegiale toetsing, het aanbieden van een handleiding voor het schrijven van een kwaliteitsjaarverslag en voorlichting. De afgelopen jaren hebben 'voor de verloskundige zorg in het teken gestaan van het overleven, omdat veel verloskundigen er door te grote werkdruk de brui aan gaven. De aandacht voor het verloskundig vademecum is blijven bestaan. Het verloskundig vademecum omvat een aantal protocollen over de samenwerking tussen gynaecologen, verloskundigen en huisartsen, waarin onderwerpen als kwaliteit van zorg, verloskundige indicatielijst, echo's, prenatale audit en samenwerking worden behandeld. Deze protocollen zijn in 1999 door de koepels landelijk geaccordeerd. De KNOV is bezig met de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem geënt op de behoeften van verloskundige praktijken dat min of meer aansluit bij de HKZ-systematiek. De HKZ-systematiek met de negen aandachtsgebieden wordt als kapstok gehanteerd. Per onderwerp worden relevante normen ontwikkeld.

Het KNGF heeft een kwaliteitsprogramma dat met name tot doel heeft het intercollegiaal overleg fysiotherapie op regionaal niveau vaste vorm te geven. Daarnaast wordt er aandacht besteed aan het geven van feedback aan patiënten en aan het implementeren van richtlijnen. Er worden enkele kwaliteitsdeelsystemen gehanteerd die gericht zijn op het stimuleren van methodisch handelen. Elementen daaruit zijn de verplichte na- en bijscholing, Evidence Based Practice, verslaglegging, communicatie, de introductie van een klachtenregeling en gedragsregels van de beroepsgroep. Daarnaast is er een keurmerk ontwikkeld voor eerstelijnspraktijken en afdelingen van intramurale instellingen. Dit keurmerk is bij de SHKZ aangemeld, maar nog niet geïmplementeerd. Het keurmerk wordt pas geïmplementeerd als er (financiële) garanties zijn dat het kwaliteitsprogramma kan worden uitgevoerd. Daarnaast hanteert een enkele instelling een ISO-kwaliteitssysteem.

Het kwaliteitsjaarverslag

Het kwaliteitsjaarverslag wordt door verloskundigen als een bureaucratische plicht ervaren. Het kwaliteitsbeleid staat nog in de kinderschoenen in de verloskundige zorg. Het verslag is dan de allerlaatste stap. Zolang de implementatie van het kwaliteitsbeleid problematisch is door gebrek aan faciliteiten, is een kwaliteitsjaarverslag weinig zinvol. Wellicht is er op een later tijdstip behoefte aan een eenvoudiger format: overzicht van kwaliteitsplannen en wat er dit jaar of volgende jaren gerealiseerd gaat worden. Daarnaast is er geen goed argument te vinden waarom praktijken van verloskundigen wel een verslag moeten maken en solistisch opererende verloskundigen niet.

Het kwaliteitsjaarverslag leeft weinig bij de fysiotherapeuten. Het KNGF heeft een handreiking gemaakt voor het schrijven van een kwaliteitsjaarverslag, waar veel van gebruik wordt gemaakt. De meeste instellingen zien het kwaliteitsjaarverslag als een verplichting. Dit wordt versterkt door het gebrek aan feedback. Het KNGF bepleit het kwaliteitsjaarverslag als een vorm van zelfreflectie op de praktijk en de praktijkvoering.

De integratie van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid

Er worden voor de verloskundige praktijken cliëntenvragenlijsten ontwikkeld. Onduidelijk is welke patiënten/consumentenorganisatie het aanspreekpunt is. Er zijn contacten met de NPCF, maar er wordt nu meer gedacht in de richting van contacten tussen de districtsbureaus en de RPCP's.

De patiënten/consumentenorganisaties zijn betrokken bij de vaststelling van de modelregeling fysiotherapeut-patiënt. Bij de ontwikkeling van richtlijnen voor de fysiotherapiepraktijken is het patiëntenperspectief betrokken.

De invoering van het keurmerk bij de fysiotherapeuten is gekoppeld aan een (zelf)evaluatie en een verbetercyclus. Het keurmerk wordt door sommige therapeuten als een bedreiging gezien, door anderen als een uitdaging. Het keurmerk is nog niet geïmplementeerd.

Ten aanzien van de kwaliteitsinitiatieven bij praktijken van verloskundigen is er geen onderzoek gedaan naar de effecten van deze kwaliteitsinitiatieven.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg

Het KNGF had met de vorige inspecteur geregeld op bestuurlijk niveau (een- of tweemaal jaarlijks) contact. De Inspectie voor de Gezondheidszorg wordt als meedenker en toezichthouder gezien. Er is in de sector een aanzienlijk wantrouwen ten opzichte van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De Inspectie voor de Gezondheidszorg zou duidelijk moeten zijn over haar toezichthoudende rol en inspecteren op basis van concrete normen.

De KNOV heeft twee maal per jaarcontact met de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Daarnaast functioneert de inspecteur (tevens verloskundige) als gesprekspartner. Op regionaal niveau is er het streven van een routine bezoek eens in de drie jaar. Dat wordt niet gehaald. De Inspectie voor de Gezondheidszorg toetst op basis van KNOV-materiaal, kwaliteitsjaarverslagen en normen die ontleend zijn aan wat usance is in de beroepsgroep. De ervaringen op regionaal niveau zijn afhankelijk van de achtergrond van de inspecteur. Sommige inspecteurs hebben meer feeling met de eerstelijnszorg.

Beoordeling van de effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen

De Kwaliteitswet zorginstellingen heeft voor de fysiotherapie minder betekenis dan de WGBO voor de concretisering van het begrip kwaliteit. De ontwikkeling van kwaliteitsinitiatieven heeft een grote vlucht genomen. Dat is vooral te danken aan de dynamiek die de Leidschendamconferenties teweeg hebben gebracht. Door deze conferenties zijn netwerken ontstaan waarin informatie uitgewisseld kon worden en van elkaars aanpak geleerd kon worden. De Kwaliteitswet zorginstellingen zelf heeft een minder stimulerend effect gehad. De 'drive' bij fysiotherapeuten ís vaak gebaseerd op de angst om afgerekend te worden. Dat is niet een goede motiva-

tie om kwaliteitsnormen te hanteren.
De wijze waarop de Kwaliteitswet zorginstellingen wordt uitgevoerd brengt volgens de KNOV een erg bureaucratische rompslomp voor de verloskundigen met zich mee, waarvan het de vraag is of de patiënt ermee geholpen wordt.

3.3 Intersectorale vergelijking

In deze paragraaf worden de resultaten van de gegevensverzameling in de verschillende sectoren met elkaar vergeleken en enkele conclusies getrokken met betrekking tot de naleving van de Kwaliteitswet zorginstellingen in de verschillende sectoren. In alle sectoren is aanzienlijke bereidheid aangetroffen om medewerking te verlenen aan een zorgvuldige evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Het is duidelijk dat in sommige sectoren de Kwaliteitswet zorginstellingen meer leeft dan in andere sectoren. Zo blijkt de Kwaliteitswet zorginstellingen in de paramedische zorg en bij SPD'en nog weinig te leven. De Kwaliteitswet zorginstellingen spreekt met name het management aan op haar verantwoordelijkheden. Daar waar (kleinere) instellingen niet of slechts in beperkte mate in staat zijn de managementtaak professioneel vorm te geven (zoals bij gezondheidscentra en SPD'en), zijn de effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen beperkter. De aandacht voor kwaliteitszorg is in sommige sectoren (GGZ, verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg) beperkt door fusies en reorganisaties. Daarnaast blijken financiële problemen (kraamzorg, gehandicaptenzorg), schaarste in de zorg (verpleging en verzorging, verloskunde) en personeelsgebrek de organisatie van kwaliteitszorg te belemmeren. Sommige sectoren hebben onvoldoende toegang tot kwaliteitsfondsen (GGD, gezondheidscentra) en hebben als gevolg daarvan onvoldoende kunnen investeren in kwaliteitszorg.

Het operationaliseren van het begrip 'verantwoorde zorg'
In alle sectoren zijn initiatieven genomen om het begrip verantwoorde zorg te operationaliseren in toetsbare normen. Dit gebeurt echter niet overal op een systematische wijze. Met name de standaardisatie van normen en de toetsing van de naleving van protocollen vertoont lacunes. In de caresectoren (thuiszorg, verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg) is de ontwikkeling en standaardisering van normen ook afhankelijk van het samenspel van de brancheorganisaties en de patiënten/consumentenorganisaties.
De invloed van de landelijke brancheorganisaties op de ontwikkeling van richtlijnen en protocollen is goed aanwijsbaar. Langzamerhand ontstaan er ook normen die door (samenwerkende) regionale partijen zijn opgesteld. Vooral bij GGD'en, academische ziekenhuizen en SPD'en (resp. 84%, 60% en 57%) hebben regionale protocollen een grote vlucht genomen. De regionale protocollen worden sterk gestimuleerd door initiatieven op het terrein van programmaontwikkeling en ketenzorg, waarmee in verschillende sectoren (ziekenhuizen, revalidatiecentra, verpleging- en verzorgingssector, thuiszorg, GGD'en) ervaringen worden opgedaan.
Parallel aan de toename van regionale protocollen is er een ontwikkeling te bespeuren waarbij in de regio door reorganisaties en fusies grote instellingen ontstaan in de GGZ, de verpleging en verzorging, de gehandicaptenzorg en de ziekenhuiszorg, die steeds meer taken op het terrein van kwaliteitsbeleid van de brancheorganisaties overnemen. Een belangrijke rol hierbij spelen netwerken van kwaliteitsfunctionarissen die als het ware een schakel vormen tussen het kwaliteitsbeleid van de landelijke brancheorganisatie en de instellingen. De schaalvergroting in de zorg heeft echter ook tot gevolg dat de verschillen tussen het kwaliteitsbeleid van de instellingen in één sector verder toenemen.

Hoewel de operationalisering van het begrip verantwoorde zorg ter hand is genomen, worden er door de patiënten/consumentenorganisaties vraagtekens gezet bij de mate van patiëntgerichtheid van de zorg. Zij menen dat de normontwikkeling in de gehandicaptenzorg, de verpleging

en verzorging en de GGZ teveel op procedures gericht is en dat de inbreng vanuit het patiëntenperspectief (cliëntenraden, patiëntenorganisaties) onvoldoende serieus wordt genomen. In de andere sectoren (ziekenhuizen, gezondheidscentra, GGD'en en de paramedische zorg) is de normontwikkeling vooral gerelateerd aan de inbreng van de beroepsgroepen. De inbreng vanuit het patiëntenperspectief is minder zichtbaar, mede vanwege de afwezigheid van cliëntenraden bij veel van deze instellingen en onhelderheid over de organisaties die aanspreekbaar zijn op een inbreng vanuit het patiëntenperspectief (met name de bij GGD'en, de paramedische zorg en de gezondheidscentra).

Met het omgaan in verschillen in zorgvragen tussen verschillende bevolkingsgroepen is ervaring opgedaan door GGD'en, in de GGZ en in gezondheidscentra. In andere sectoren (gehandicaptenzorg, SPD'en) blijft dit beperkt tot projecten, met name in de vier grote steden. In het algemeen is het aanbod generiek van aard, waarbij het rekening houden met de diversiteit van zorgvragen vooral de verantwoordelijkheid van de individuele hulpverlener is.
Er worden in de gehandicaptenzorg en in de verpleging en verzorging dan ook door patiënten/consumentenorganisaties vraagtekens gezet bij de toegankelijkheid van de zorg voor deze groepen cliënten. Met name bij de invoering van de persoonsgebonden budgetfinanciering zal volgens de cliëntenorganisaties veel aandacht moeten worden besteed aan de ondersteuning van deze groepen cliënten.

Er is maar in zeer beperkte mate sprake van een inbreng van de zorgverzekeraars in de normontwikkeling ten aanzien van het operationaliseren van verantwoorde zorg. Zorgaanbieders lijken weinig behoefte te hebben aan een inbreng van de zijde van zorgverzekeraars en zorgverzekeraars zijn zeer terughoudend in het aansnijden van het thema kwaliteit van zorg in hun contacten met zorgaanbieders. Het inbrengen van het thema kwaliteit bij contractering gebeurt volgens de woordvoerders van de brancheorganisaties niet op initiatief van de zorgverzekeraars. De kwaliteitsjaarverslagen vinden weliswaar steeds meer hun weg naar de zorgverzekeraars, maar dit heeft nog niet geleid tot een aanwijsbare toename van de inbreng van zorgverzekeraars in het kwaliteitsbeleid. De geringe betrokkenheid van zorgverzekeraars bij normontwikkeling maakt het voor hen ook moeilijk om in het kader van contractering deze normen te hanteren.
Zorgverzekeraars blijken wel geïnteresseerd in de ontwikkeling en toepassing van benchmarks.

Geestelijke verzorging
Aan de instellingen in de intramurale sectoren is de vraag voorgelegd of er in de instelling geestelijke verzorging beschikbaar is voor patiënten of cliënten (zie tabel 3.2).

Tabel 3.2 Is er geestelijke verzorging beschikbaar?

Gehandicaptenzorg	75%
GGZ	53%
Verpleging en verzorging	94%
Ziekenhuizen	97%
Ac.ademische ziekenhuizen	100%
Revalidatiecentra	100%

In alle sectoren is bij een meerderheid van de instellingen geestelijke verzorging aanwezig. In de GGZ beschikken een relatief groot aantal instellingen niet over geestelijke verzorging. Dit wordt verklaard door de aanwezigheid van een groot aantal GGZ-instellingen (RIAGG's, dagbehandeling) waar de cliënt niet langer dan een etmaal verblijft en die volgens de wet niet verplicht zijn om geestelijke verzorging aan te bieden.

De verantwoordelijkheidstoedeling binnen de instelling
In alle sectoren zijn afspraken gemaakt over de verantwoordelijkheidstoedeling binnen de instelling met betrekking tot de kwaliteitszorg. In de grotere instellingen is kwaliteitszorg een verantwoordelijkheid van het management. De mate van integratie van kwaliteitszorg in het management verschilt per sector. Bij de SPD'en is kwaliteitszorg vooral een verantwoordelijkheid van kwaliteitsfunctionarissen, terwijl bij gezondheidscentra kwaliteitsmanagement in ontwikkeling is. Dit hangt ook samen met de beschikbaarheid van (kwaliteits)fondsen.

De ontwikkeling en implementatie van kwaliteitssystemen
Aan de respondenten is gevraagd of zij systemen of methodieken (bijvoorbeeld INK, HKZ, PACE, MIK-V, ISO) hanteren die de zorg op zodanige wijze organiseren dat dit leidt tot verantwoorde zorg. In iedere sector antwoordt steeds een grote meerderheid (75% tot 90%) van de instellingen dat zij dergelijke systemen hanteren. In alle sectoren van de gezondheidszorg zijn initiatieven genomen met het oog op sectorbrede invoering van integrale kwaliteitssystemen en methodieken. Een uitzondering hierop zijn de SPD'en, de gezondheidscentra en de paramedische zorg, waar de implementatie van kwaliteitssystemen pas sinds kort op gang is gekomen. Bij de gezondheidscentra en de paramedische zorg gaat het om instellingen die veelal op een veel kleinere schaal functioneren, en die geen of te beperkte managementcapaciteit hebben om vorm te geven aan integraal kwaliteitsmanagement. In de gezondheidscentra en maatschappen van paramedici hanteert men kwaliteitsdeelsystemen en -instrumenten, zoals multidisciplinaire werkafspraken en –protocollen en keurmerken (fysiotherapeuten).
De fase waarin de invoering van kwaliteitssystemen verkeert, verschilt per sector. In de thuiszorg, bij de ziekenhuizen en bij de verpleging en verzorging zijn de instellingen reeds enige jaren bezig met de implementatie van kwaliteitssystemen, terwijl in de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg de invoering van integrale kwaliteitssystemen van recente datum is. In de stimulering en harmonisering van deze kwaliteitssystemen vervullen de HKZ-systematiek en de adviserende rol van SHKZ een belangrijke voorbeeldfunctie. De implementatie van de HKZ-systematiek bij de gezondheidscentra, de GGD'en en de paramedische zorg is problematisch, omdat deze instellingen onvoldoende gebruik kunnen maken van kwaliteitsfondsen, zoals deze onder meer bij de Meerjarenafspraken Zorg beschikbaar zijn gesteld.

Er bestaat bij de instellingen nog weinig inzicht in de vraag in welke mate de toepassing van kwaliteitssystemen leidt tot de gewenste veranderingen in de zorg. In zoverre er al enig inzicht bestaat in effecten zijn deze nog niet meetbaar. In de thuiszorg, de revalidatie-instellingen en de ziekenhuizen worden instellingen getoetst, waarbij gedurende de toetsingen wijzigingen worden aangebracht. Er is echter geen gesystematiseerd inzicht in de effecten van de kwaliteitszorg op het primaire proces. In deze zin wordt de kwaliteitscyclus nog niet helemaal doorlopen.
De brancheorganisaties zijn op verschillende wijze bezig met de ontwikkeling van 'outcome' indicatoren, maar dit heeft nog niet tot concrete resultaten geleid. De ontwikkeling van benchmarks in verschillende sectoren (thuiszorg, verpleging en verzorging, ziekenhuiszorg, gehandicaptenzorg) lijkt in eerste instantie vooral gericht op het genereren van vergelijkbare informatie over bedrijfsprocessen en niet op informatie die bedoeld is voor verantwoording ten opzichte van direct betrokken partijen, zoals zorgverzekeraars, overheid en patiënten.

Het kwaliteitsjaarverslag
In elke sector schrijft de overgrote meerheid van de instellingen kwaliteitsjaarverslagen. Een uitzondering hierop zijn de GGD'en waarvan de positie binnen de Kwaliteitswet zorginstellingen overigens ook niet geheel helder is. De kwaliteitsjaarverslagen worden met name naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg gestuurd. Opvallend is dat kwaliteitsjaarverslagen vaak niet naar het RPCP worden gestuurd, zoals in de wet is voorgeschreven. In de gehandicaptenzorg, de SPD'en, de GGZ en de revalidatiecentra stuurt een meerderheid van de instellingen het

kwaliteitsjaarverslag niet naar het RPCP. Dat is des te opmerkelijker nu de brancheorganisaties in deze sectoren pleiten voor meer feedback, onder andere van de RPCP's. Ook naar het ministerie van VWS worden relatief weinig kwaliteitsjaarverslagen opgestuurd, terwijl dit wel in de Kwaliteitswet zorginstellingen verplicht is gesteld. De zorgverzekeraar die niet als adressant in de wet is opgenomen, wordt wel vaak als adressant van kwaliteitsjaarverslagen genoemd.

Er is bij de brancheorganisaties veel kritiek te beluisteren op het instrument kwaliteitsjaarverslag. De betekenis van het kwaliteitsjaarverslag wordt in de thuiszorg en gehandicaptenzorg als beperkt omschreven. Andere instrumenten, zoals een benchmark, zou een beter middel zijn om verantwoording af te leggen over het gevoerde (kwaliteits)beleid. Andere brancheorganisaties zoals GGZ Nederland, de NVZ, de VAZ, de VRIN en Arcares, zien het kwaliteitsjaarverslag als een nuttig instrument dat verbetering behoeft. Met name wordt gepleit voor de mogelijkheid om het kwaliteitsjaarverslag te integreren met andere jaarverslagen, waar overigens ook op dit moment geen wettelijke belemmering voor is. Daarnaast meent men dat er meer inhoudelijke handvatten (een format) moeten komen om een kwaliteitsjaarverslag vorm te geven. In verschillende sectoren (ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, gezondheidscentra) zijn hiertoe initiatieven genomen. Ook wordt gepleit voor meer feedback van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de RPCP's. Deze feedback is echter alleen mogelijk als de kwaliteitsjaarverslagen ook in grotere getale dan nu het geval is hun weg vinden naar de RPCP's.
Tevens wordt ervoor gepleit om het kwaliteitsjaarverslag een centrale rol te laten vervullen bij het algemene bezoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

De inbreng van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid

De sectorbrede invoering van kwaliteitssystemen en methodieken betekent niet dat naast zorgaanbieders ook zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties hun inbreng hebben bij de toetsing van kwaliteit (zie Tabel 3.3).

Tabel 3.3 Hebben gegevens van patiëntenorganisaties en meningen van de cliëntenraad geleid tot verandering van de organisaties van zorg?

	Antwoord		
Sector	ja	Nee	Totaal
	8	29	37
Algemene ziekenhuizen	21,6%	78,4%	100,0%
	3	2	5
Academische ziekenhuizen	60,0%	40,0%	100,0%
	9	5	14
Revalidatiecentra	64,3%	35,7%	100,0%
		29	29
GGD		100,0%	100,0%
	34	25	59
Thuiszorg	57,6%	42,4%	100,0%
	96	63	159
Verpleging en verzorging	60,4%	39,6%	100,0%
	51	38	89
Gehandicaptenzorg	57,3%	42,7%	100,0%
	41	39	80
GGZ	51,3%	48,8%	100,0%
	11	41	52
Gezondheidscentra	21,2%	78,8%	100,0%
	7	7	14
SPD	50,0%	50,0%	100,0%
Totaal	**260**	**278**	**538**

Bij de ziekenhuizen is er sprake van een dominantie van medischtechnische normen, waarbij normen met betrekking tot de organisatie van het zorgproces en de cliëntgerichtheid achter lijken te blijven. Dat komt ook tot uiting in het gewicht dat wordt gehecht aan oordelen van de cliëntenraad en patiënten/consumentenorganisaties bij de toetsing van de kwaliteit van zorg. De afwezigheid van een cliëntenraad is voor met name ziekenhuizen, gezondheidscentra en GGD'en een handicap. Deze instellingen maken echter ook weinig gebruik van gegevens van patiëntenorganisaties bij de toetsing van de kwaliteit van zorg. Patiëntenorganisaties kunnen de rol van cliëntenraden blijkbaar in deze sectoren onvoldoende overnemen. Wel wordt veel gebruikgemaakt van registraties van oordelen van patiënten (satisfactie) en van gegevens over klachten, complicaties en fouten.

De inbreng van het patiëntenperspectief bij de systematische toetsing van kwaliteit komt in enkele sectoren (verpleging en verzorging, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, thuiszorg) goed op gang. In een aantal gevallen vervult de cliëntenraad, ondersteund door de landelijke koepel, daarbij een belangrijke rol. De instellingen in deze sectoren blijken ook veel waarde te hechten aan de oordelen van de cliëntenraad bij de toetsing van de kwaliteit van zorg en het doorvoeren van veranderingen in de organisatie van de zorg. Een belemmering is het feit dat het dagelijks overleven in tijden van personeelskrapte en budgettaire krapte in deze sectoren zijn tol eist. Kwaliteitsbeleid heeft dan geen prioriteit.
In de thuiszorg en de GGZ is de inbreng van cliëntenorganisaties bij de toetsing duidelijk aanwezig. Door het optreden van krachtige belangenorganisaties als de LOC en organisaties die zich specifiek richten op kwaliteitstoetsing (Stichting Perspectief) en ondersteuning van cliëntenraden bij kwaliteitsbeoordeling (de LPR, Stichting Cliënt en Kwaliteit) lijkt de inbreng vanuit het cliëntenperspectief hier goed op gang te komen. De toetsende rol van aan patiënten/consumentenorganisaties gelieerde instituten als Cliënt en Kwaliteit (thuiszorg, verpleging en verzorging) en Stichting Perspectief (gehandicaptenzorg) is voor de instellingen nog min of meer vrijblijvend van karakter en zou op een grotere en meer professionele schaal uitgevoerd kunnen worden. De eerste resultaten van deze toetsingen in de verpleging en verzorging laten zien dat er op individueel niveau nog het een ander schort aan de patiëntgerichtheid van de zorgverlening.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg

In het algemeen zou op grond van de landelijke interviewronde de indruk kunnen ontstaan dat de instellingen weinig contact hebben met de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De resultaten van de raadpleging van de instellingen wekken een andere indruk. Hoewel er grote verschillen zijn tussen de sectoren is er bij de meeste instellingen regelmatig contact met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (zie Tabel 3.4).

Tabel 3.4 Waaruit bestond het contact met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (in percentages)

	Algemeen bezoek	Schriftelijk advies	Advies op verzoek van instelling	Melding van calamiteiten
Thuiszorg	59	19	5	20
Gehandicaptenzorg	72	20	17	71
SPD'en	71	21	--	50
GGZ	63	30	20	59
Verpleging en verzorging	77	19	9	43
Ziekenhuizen	89	30	14	78
Ac. Ziekenhuizen	80	20	20	60
Revalidatiecentra	36	--	--	--
Gezondheidscentra	4	8	2	--
GGD'en	79	28	10	--

Uitzonderingen zijn de gezondheidscentra en de revalidatie-instellingen, die zeggen weinig contact te hebben met de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het contact bestaat vooral uit een algemeen bezoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de melding van calamiteiten. In sommige sectoren worden calamiteiten veelvuldig gemeld (GGZ, ziekenhuizen, gehandicaptenzorg). Een grote meerderheid van de instellingen meldt op eigen initiatief calamiteiten. Sommige instellingen kennen de Inspectie voor de Gezondheidszorg in haar adviserende rol. Zij krijgen regelmatig een schriftelijk advies of vragen zelf om een advies. De intramurale instellingen (met uitzondering van de revalidatie-instellingen) hebben een intensiever contact met de Inspectie voor de Gezondheidszorg dan de extramurale instellingen.

De ervaringen van de brancheorganisaties met de Inspectie voor de Gezondheidszorg zijn divers. In die sectoren waar de invoering van kwaliteitssystemen nog in een beginfase verkeert heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg meer een adviserende rol, terwijl in die sectoren waar kwaliteitssystemen algemene ingang hebben gevonden, de nadruk ligt op de toetsende rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In verschillende sectoren (thuiszorg, ziekenhuizen, revalidatie-instellingen, gehandicaptenzorg) hanteert de Inspectie voor de Gezondheidszorg het kwaliteitssysteem van de brancheorganisatie als toetsingsinstrument. Toch is er bij sommige brancheorganisaties nog onduidelijkheid over de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Soms leidt de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg als gesprekspartner en toezichthouder tot verwarring bij instellingen (gehandicaptenzorg). De ziekenhuizen erkennen de primaire rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg als toezichthouder, maar hebben wel behoefte aan een adviserende rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
In sommige gevallen is er onduidelijkheid over het doel van een bezoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (verpleging en verzorging). In de GGZ is er volgens GGZ Nederland onduidelijkheid over de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het kwaliteitsbeleid. Men heeft de indruk dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg kiest voor toezicht op afstand. In de verpleging en verzorging rijzen er juist bezwaren tegen een toetsende rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg op grond van door de Inspectie voor de Gezondheidszorg opgestelde normen. Door de brancheorganisaties is de behoefte geuit aan meer feedback van de zijde van de Inspectie voor de Gezondheidszorg op de kwaliteitsjaarverslagen. Volgens de VRIN krijgen de revalidatie-instellingen feedback op het kwaliteitsonderdeel van het jaarverslag. In andere sectoren (paramedische zorg) maakt de Inspectie voor de Gezondheidszorg gebruik van het kwaliteitsjaarverslag bij het algemeen bezoek. Vanuit de ziekenhuizen wordt gepleit voor meer duidelijkheid ten aanzien van de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Beoordeling van de effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen
De Kwaliteitswet zorginstellingen wordt door de meeste zorgaanbieders gezien als een stimulans om kwaliteitszorg op een systematische manier binnen de instellingen vorm te geven. In feite is de Kwaliteitswet zorginstellingen ingevoerd op een moment dat men in veel sectoren (ziekenhuizen, thuiszorg, revalidatie-instellingen, GGZ) al volop met kwaliteitszorg bezig was. Andere sectoren waren minder ver (gehandicaptenzorg, paramedische zorg, GGD'en). Daar is de Kwaliteitswet zorginstellingen aanleiding geweest om met kwaliteitssystemen te gaan werken. De Kwaliteitswet zorginstellingen heeft meer reflectie bij de instellingen op kwaliteit en transparantie gestimuleerd. Het is volgens de brancheorganisaties belangrijk dat met name het management van de instellingen in de Kwaliteitswet zorginstellingen als verantwoordelijke wordt aangesproken. De wet heeft het proces van professionalisering van het management versterkt. Zij biedt als kaderwet veel ruimte aan instellingen om een eigen invulling te geven aan kwaliteit. Niet iedere instelling is echter blij met deze terughoudende rol van de overheid. De wet kan volgens de brancheorganisaties goed functioneren in een cultuur waar iedereen zich bewust is van zijn verantwoordelijkheid. Uit het voorbeeld van de kraamzorg blijkt dat dit echter niet vanzelfsprekend is. Daar waar zorgverzekeraars en instellingen gaan concurreren op prijs en

niet op kwaliteit kan kwaliteitszorg in de klem komen. Datzelfde geldt voor instellingen waar vanwege financiële- en personeelskrapte het overleven voorop komt te staan en de kwaliteitszorg minder prioriteit krijgt.
Volgens de brancheorganisaties is de overheid vaak niet consequent. Soms komen er nieuwe regels uit Den Haag die de ruimte om zelf vorm te geven aan kwaliteit weer inperken.
Een probleem waar in het kader van deze evaluatie specifieke aandacht aan wordt besteed is de reikwijdte van de wet en met name de positie van GGD'en. Er vallen op dit ogenblik twee specifieke GGD-taken onder de Kwaliteitswet zorginstellingen: de zogenaamde uitvoeringstaken ex artikel 3 van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (infectieziektebestrijding voorzover die de bestrijding omvat van tuberculose, geslachtsziekten en aids alsmede die welke betrekking heeft op een epidemie) en de jeugdgezondheidszorg voor jeugdigen vanaf vier jaar. De positie van de GGD in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen is complex. De GGD wordt door GGD Nederland omschreven als een hybride organisatie: ambtelijke dienst volksgezondheid en uitvoerende zorginstelling. GGD Nederland is van oordeel dat de GGD als geheel onder de Kwaliteitswet zorginstellingen moet vallen. Daarmee wordt voorkomen dat kwaliteitszorg een te fragmentarische en vrijblijvende aanpak krijgt, waarbij de ene afdeling wel en de andere niet onder de Kwaliteitswet zorginstellingen valt. Het belangrijkste argument dat GGD Nederland hanteert is dat de burgers in Nederland erop moeten kunnen vertrouwen dat (het toezicht op) de kwaliteit van zorg overal in den lande op dezelfde manier geregeld moet zijn.

3.4 De Kwaliteitsjaarverslagen

In het kader van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen is een deelonderzoek gewijd aan de wijze waarop zorginstellingen invulling hebben gegeven aan de verplichting om een kwaliteitsjaarverslag op te stellen (artikel 5 lid 1 en 2). In het kader van dit deelonderzoek is nagegaan welke initiatieven door het veld zijn genomen met betrekking tot kwaliteitsjaarverslagen. Daarnaast is de inhoud van een steekproef van kwaliteitsjaarverslagen geanalyseerd. Ook is nagegaan in hoeverre de kwaliteitsjaarverslagen inzicht geven in het kwaliteitsbeleid van instellingen. De informatie uit dit deelonderzoek wordt aangevuld met oordelen van enkele landelijke actoren (de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het ministerie van VWS, de VNG en Zorgverzekeraars Nederland).
Met betrekking tot de inhoud van het kwaliteitsjaarverslag kan opgemerkt worden dat uit de wettekst blijkt dat een instelling in het kwaliteitsjaarverslag verantwoording dient af te leggen van het beleid dat het in het afgelopen kalenderjaar heeft gevoerd ter uitvoering van de artikelen 2, 3 en 4 en van de kwaliteit van de zorg die hij in dat jaar heeft verleend. In lid 2 wordt aangegeven dat in het kwaliteitsjaarverslag daartoe in elk geval het volgende moet worden weergegeven:

- of en, zo ja, op welke wijze patiënten of consumenten bij het kwaliteitsbeleid zijn betrokken (artikel 5 lid 2);
- de frequentie waarmee en de wijze waarop binnen de instelling kwaliteitsbeoordeling plaatsvond en het resultaat daarvan (artikel 5 lid 2);
- welk gevolg er is gegeven aan klachten en meldingen over de kwaliteit van de verleende zorg (artikel 5 lid 2).

Richtlijnen voor het schrijven van een kwaliteitsjaarverslag
Op grond van een literatuurstudie en telefonische interviews met vertegenwoordigers van een groot aantal brancheorganisaties van zorgaanbieders, de koepel van patiëntenorganisaties en de koepel van zorgverzekeraars, is achterhaald in hoeverre er door het veld initiatieven zijn genomen met betrekking tot kwaliteitsjaarverslagen. Gebleken is dat de initiatieven van het veld

met betrekking tot kwaliteitsjaarverslagen voornamelijk liggen op het gebied van informatieverstrekking over kwaliteitsjaarverslagen en het ontwikkelen van richtlijnen voor het schrijven van een kwaliteitsjaarverslag. Van de 28 brancheorganisaties van zorgaanbieders aan wie de vraag is voorgelegd of zij voor hun leden richtlijnen hebben gemaakt voor het schrijven van een kwaliteitsjaarverslag, geven er negen een bevestigend antwoord. Drie organisaties geven aan momenteel bezig te zijn met het maken van richtlijnen. Veertien brancheorganisaties gaven aan dat zij geen richtlijnen hebben gemaakt. Van twee organisaties is niet bekend of zij richtlijnen voor het schrijven van een kwaliteitsjaarverslag hebben gemaakt. De meeste brancheorganisaties hebben hun leden wel voorlichting gegeven over de plicht tot het schrijven van een kwaliteitsjaarverslag. Verder zijn er richtlijnen voor het maken van een kwaliteitsjaarverslag opgesteld door het Landelijk Coördinatiepunt Kwaliteitsbeleid Zorgsector (LCKZ). De koepel van patiënten/consumentenorganisaties, de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NPCF), heeft in 1998 handvatten voor RPCP's opgesteld ter beoordeling van kwaliteitsjaarverslagen. De koepel van zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft geen richtlijnen opgesteld voor het maken van een kwaliteitsjaarverslag. Het Nivel tenslotte heeft in 1997 een inhoudsanalyse van kwaliteitsjaarverslagen uitgevoerd en hiertoe een registratieformulier met eisen ontwikkeld.

De inhoud van de kwaliteitsjaarverslagen

Voor de inhoudsanalyse van kwaliteitsjaarverslagen zijn 45 kwaliteitsjaarverslagen geanalyseerd aan de hand van een itemlijst. Het uitgangspunt was om van alle negen sectoren die in deze evaluatie worden betrokken, een aantal kwaliteitsjaarverslagen te analyseren. Er is ervoor gekozen om per sector vijf kwaliteitsjaarverslagen te analyseren. Aldus zijn er telkens vijf jaarverslagen geanalyseerd uit de volgende sectoren: fysiotherapie, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, GGD, gezondheidscentra, thuiszorg, verloskunde, verpleeg- en verzorgingshuizen, ziekenhuizen. De itemlijst bevat een negental onderdelen, namelijk: algemeen, vorm van kwaliteitsjaarverslag, doel van organisatie, visie op kwaliteit, kwaliteitsbeleid, betrokkenheid patiënten/consumenten bij kwaliteitsbeleid, klachten, betrokkenheid zorgverzekeraars bij kwaliteitsbeleid, systematiek kwaliteitsbewaking. Elk onderdeel bevat een aantal specifieke items, waarvan tijdens de analyse is nagegaan of ze al dan niet voorkomen in de kwaliteitsjaarverslagen. De resultaten geven namelijk slechts weer of bepaalde aspecten in het kwaliteitsjaarverslag al dan niet aan de orde komen.

Op grond van de inhoudsanalyse is geconcludeerd dat de kwaliteitsjaarverslagen niet alleen erg verschillen naar omvang, maar ook naar inhoud. Ook komen veel van de items uit de in dit onderzoek gehanteerde itemlijst maar in een beperkt aantal verslagen terug. Opgemerkt dient te worden dat de resultaten van deze analyse geen waarheidsgetrouw en volledig beeld hoeven te geven van wat er daadwerkelijk door de instellingen op het gebied van kwaliteitszorg gedaan wordt.

Aangezien kwaliteitsjaarverslagen bedoeld zijn als een verantwoording over het kwaliteitsbeleid dat instellingen voeren, is een belangrijke vraag of kwaliteitsjaarverslagen ook daadwerkelijk een goed instrument zijn voor het verkrijgen van inzicht in het kwaliteitsbeleid van een instelling en zo ja op welke wijze. Duidelijk is geworden dat een inhoudsanalyse van kwaliteitsjaarverslagen aan de hand van een itemlijst geen inhoudelijke inzichten oplevert over hoe men in een bepaalde instelling met kwaliteit bezig is, terwijl dit wel het eigenlijke doel van het kwaliteitsjaarverslag is. Om dit doel toch te bereiken, zullen kwaliteitsjaarverslagen meer informatie moeten verschaffen over de resultaten van kwaliteitsbeleid. Bij het bestuderen van de kwaliteitsjaarverslagen in het kader van de inhoudsanalyse is gebleken dat bij het doorlezen van de kwaliteitsjaarverslagen wel een bepaald beeld ontstaat over de wijze waarop er in een bepaalde instelling met kwaliteit wordt omgegaan. Dit soort beelden hoeven natuurlijk niet op waarheid te berusten, maar ze vormen wel aanknopingspunten voor een toetsing van het kwaliteitsbeleid in

de praktijk. Indien kwaliteitsjaarverslagen meer informatie zouden verschaffen over resultaten van het kwaliteitsbeleid, kunnen deze gebruikt worden als input voor een toetsing van het kwaliteitsbeleid in de praktijk. Dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft aangekondigd om deze handelswijze in het vervolg te gaan toepassen, lijkt dan ook een aanzet in de richting van een nuttig gebruik van kwaliteitsjaarverslagen.

Het kwaliteitsjaarverslag wordt door de Inspectie voor de Gezondheidszorg gebruikt als bron van informatie in het kader van het toezicht. Bij een algemeen bezoek wordt het jaarverslag gebruikt. Er is overwogen om een stramien te ontwikkelen voor een kwaliteitsjaarverslag, maar daar is van afgezien. De Inspectie voor de Gezondheidszorg wilde geen strengere eisen stellen dan die in de Kwaliteitswet zorginstellingen stonden; daarom is er geen stramien ontwikkeld ten behoeve van de gewenste inhoud van een kwaliteitsjaarverslag. Naar aanleiding van vragen vanuit de zorginstellingen wordt door de Inspectie voor de Gezondheidszorg wel verwezen naar stramienen, die de brancheorganisaties als handreiking hebben opgesteld. In eerste instantie gingen de ambities van de Inspectie voor de Gezondheidszorg verder. Er is in de eerste twee jaren aan de hand van de wetgeving een scoringssysteem gemaakt en de kwaliteitsjaarverslagen zijn daarmee geanalyseerd. De resultaten waren naar het oordeel van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, zeker gezien de tijd die er in was gestopt, niet indrukwekkend. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft de instellingen via een circulaire laten weten hier verder van af te zien.
Het kwaliteitsjaarverslag is volgens het ministerie van VWS bedoeld als instrument voor transparantie voor de buitenwacht en voor zelfanalyse. Wat bij het ministerie van VWS binnenkomt is rijp en groen door elkaar, ook binnen een bepaalde sector. Soms zijn het professioneel vormgegeven verslagen, soms is plichtmatig een stramien ingevuld. De vormvrijheid die de wet biedt is groot. Er zouden meer vormvoorschriften moeten komen en zodanige informatie dat er een grote mate van vergelijkbaarheid wordt bereikt, zowel ten aanzien van de onderwerpen waarover geïnformeerd wordt als over de vorm waarin de informatie wordt gegoten (cijfermatig, meer feitelijke informatie). Er bestaat de indruk bij VWS dat de zorginstellingen vaak niet goed weten voor wie ze het kwaliteitsjaarverslag schrijven en het als verplichting zien. Als instrument voor meer transparantie voldoet het niet, maar er is ook geen alternatief. Er wordt daarom bij VWS gedacht aan verbetering van het instrument.

Voor zorgverzekeraars geldt volgens ZN dat het kwaliteitsjaarverslag een goede informatiebron kan zijn in het kader van contractering. ZN is geen voorstander van een verplichting om kwaliteitsjaarverslagen naar de regionale zorgverzekeraar te sturen. Als het kwaliteitsjaarverslag gebruikt wordt als onderlegger bij de contractering, zullen ze ongetwijfeld worden opgestuurd.

Het kwaliteitsjaarverslag is volgens de NPCF als instrument tot nu toe onvoldoende benut.
Het functioneert hoogstens als PR-instrument. Er zou minimaal informatie in moeten staan over wat er met klachten is gedaan en de verbetertrajecten. Er zouden meer richtlijnen moeten zijn bijvoorbeeld van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over wat minimaal in een kwaliteitsjaarverslag moet worden opgenomen. Op basis van informatie in kwaliteitsjaarverslagen moeten patiënten/consumenten in staat zijn om keuzen te maken. De verschillen tussen de verslagen zijn nu erg groot. Daarnaast zou er ook meer feedback van RPCP's georganiseerd moeten worden. Helaas zijn daar op dit moment onvoldoende faciliteiten voor.

3.5 Conclusies

De Kwaliteitswet zorginstellingen wordt door de meeste zorgaanbieders gezien als een stimulans om kwaliteitszorg op een systematische manier binnen de instellingen vorm te geven. In feite is de Kwaliteitswet zorginstellingen ingevoerd op een moment dat men in veel sectoren (ziekenhuizen, thuiszorg, revalidatie-instellingen, GGZ) al volop met kwaliteitszorg bezig was. Andere sectoren waren minder ver (gehandicaptenzorg, paramedische zorg, GGD'en). Daar is de Kwaliteitswet zorginstellingen aanleiding geweest om met kwaliteitssystemen te gaan werken. Uit de analyse van de enquêtes en de interviews met de brancheorganisaties wordt duidelijk dat in sommige sectoren de Kwaliteitswet zorginstellingen meer leeft dan in andere. Zo blijkt de Kwaliteitswet zorginstellingen in de paramedische zorg en bij SPD'en nog weinig te leven. De Kwaliteitswet zorginstellingen spreekt met name het management aan op haar verantwoordelijkheden. Daar waar (kleinere) instellingen niet of slechts in beperkte mate in staat zijn de managementtaak professioneel vorm te geven (zoals bij gezondheidscentra en SPD'en), zijn de effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen beperkter. De aandacht voor kwaliteitszorg is in sommige sectoren (GGZ, verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg) beperkt door fusies en reorganisaties. Daarnaast blijken financiële problemen (kraamzorg, gehandicaptenzorg), schaarste in de zorg (verpleging en verzorging, verloskunde) en personeelsgebrek de organisatie van kwaliteitszorg te belemmeren. Sommige sectoren hebben onvoldoende toegang tot kwaliteitsfondsen (GGD, gezondheidscentra) en hebben als gevolg daarvan onvoldoende kunnen investeren in kwaliteitszorg.

In alle sectoren zijn initiatieven gaande om het begrip verantwoorde zorg door middel van landelijke richtlijnen en protocollen te operationaliseren. Naast de invloed van landelijke richtlijnen en protocollen is er ook een aanwijsbare trend van ontwikkeling van regionale protocollen onder invloed van initiatieven op het terrein van programmaontwikkeling en ketenzorg. Lacunes zijn er ten aanzien van de standaardisatie van normen en de toetsing van de naleving van de protocollen.
Hoewel de operationalisering van het begrip verantwoorde zorg in het algemeen voortvarend ter hand is genomen, kunnen er vraagtekens gezet worden bij de betrokkenheid van patiënten/consumentenorganisaties en zorgverzekeraars bij de normontwikkeling. De patiënten/consumentenorganisaties menen dat de normontwikkeling in de gehandicaptenzorg, de verpleging en verzorging en de GGZ teveel op procedures gericht is en dat de inbreng vanuit het patiëntenperspectief (cliëntenraden, patiëntenorganisaties) onvoldoende serieus wordt genomen. Dit beeld wordt bevestigd in de resultaten van de analyse van de enquêtes . Een groot aantal instellingen (40 – 50%) in de care geeft aan dat de gegevens van patiëntenorganisaties en meningen van de cliëntenraad niet hebben geleid tot veranderingen in de organisatie van de zorg.
In de andere sectoren (ziekenhuizen, gezondheidscentra, GGD'en en de paramedische zorg) is de normontwikkeling vooral gerelateerd aan de inbreng van de beroepsgroepen. De inbreng vanuit het patiëntenperspectief is minder zichtbaar, mede vanwege de afwezigheid van cliëntenraden bij veel van deze instellingen en onhelderheid over de organisaties die aanspreekbaar zijn op een inbreng vanuit het patiëntenperspectief (met name de GGD, de paramedische zorg en de gezondheidscentra).

De betrokkenheid van zorgverzekeraars bij de ontwikkeling en toetsing van normen voor verantwoorde zorg blijft beperkt. Zorgverzekeraars zijn niet of nauwelijks betrokken bij de ontwikkeling en vaststelling van normen op instellingsniveau. Het inbrengen van het thema kwaliteit bij contractering gebeurt volgens de woordvoerders van de brancheorganisaties niet op

initiatief van de zorgverzekeraars. De kwaliteitsjaarverslagen vinden weliswaar steeds meer hun weg naar de zorgverzekeraars, maar dit heeft nog niet geleid tot een aanwijsbare toename van de inbreng van zorgverzekeraars in het kwaliteitsbeleid. Zorgverzekeraars blijken vooral geïnteresseerd in de ontwikkeling en toepassing van benchmarks.

De naleving van de Kwaliteitswet zorginstellingen is voor kleinere zorginstellingen en verbanden, waar geen of beperkte mogelijkheden zijn om de managementtaak professioneel vorm te (zoals bij de paramedische zorg, SPD'en en gezondheidscentra) moeilijker dan bij grotere instellingen. Bij de SPD'en is kwaliteitszorg vooral een verantwoordelijkheid van kwaliteitsfunctionarissen. In de gezondheidscentra is kwaliteitsmanagement in ontwikkeling. Dit hangt ook samen met de beschikbaarheid van kwaliteitsfondsen. In de paramedische zorg is de impact van de Kwaliteitswet zorginstellingen beperkt en wordt meer werk gemaakt van de naleving van de Wet BIG en de WGBO.
Voor de verdere ontwikkeling van kwaliteitsbeleid in deze sector lijken specifieke stimulansen noodzakelijk, mede gezien het feit dat deze instellingen niet profiteren van kwaliteitsfondsen in het kader van de meerjarenafspraken.
In alle sectoren zijn en worden systemen en methodieken ontwikkeld die ertoe moeten leiden dat de zorg op zodanige wijze wordt georganiseerd dat dit leidt tot verantwoorde zorg. Een uitzondering hierop zijn de SPD'en en de paramedische zorg waar de implementatie van kwaliteitssystemen pas sinds kort op gang is gekomen. De maatschappen van paramedici hebben de eerste stappen genomen voor de invoering van HKZ-keurmerken.

Er is in het algemeen geen gesystematiseerd inzicht in de effecten van kwaliteitszorg op het primaire proces. Het meten van resultaten en het verbeteren naar aanleiding van de uitkomsten van de meting is nog nauwelijks van de grond gekomen. De inbreng van het patiëntenperspectief bij de systematische toetsing van kwaliteit komt in enkele sectoren (verpleging en verzorging, GGZ, gehandicaptenzorg, thuiszorg) goed op gang. In veel gevallen vervult de cliëntenraad, ondersteund door de landelijke koepel, daarbij een belangrijke rol. De eerste resultaten van deze toetsingen in de verpleging en verzorging laat zien dat er op individueel niveau nog het een ander schort aan de patiëntgerichtheid van de zorgverlening.
De ziekenhuizen, gezondheidscentra en GGD'en beschikken meestal niet over een cliëntenraad en blijken ook onvoldoende in staat op een andere wijze gebruik te maken van gegevens van patiëntenorganisaties bij de toetsing van de kwaliteit van zorg. Wel wordt in deze sectoren veel gebruikgemaakt van oordelen van patiënten (satisfactieonderzoek) en van gegevens over klachten, complicaties en fouten. Dit staat echter los van de naleving van de Kwaliteitswet zorginstellingen.
De overgrote meerderheid van de instellingen schrijft een kwaliteitsjaarverslag. De kwaliteitsjaarverslagen worden vooral toegestuurd naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg en in mindere mate naar het RPCP en de zorgverzekeraars. De analyse van een steekproef van kwaliteitsjaarverslagen toont aan dat deze kwaliteitsjaarverslagen sterk verschillen naar omvang en inhoud. De kwaliteitsjaarverslagen geven als zodanig geen inzicht in het gevoerde kwaliteitsbeleid van de instelling. Wat met name gemist wordt zijn gegevens over de resultaten en effecten van kwaliteitszorg en de resultaten van externe beoordelingen van de zijde van SHKZ of patiënten/consumentenorganisaties. Het doel van het kwaliteitsjaarverslag is ook niet geheel helder. Sommige instellingen zien het als een plichtpleging, anderen gebruiken het als een PR-instrument ten behoeve van het eigen personeel en externe contacten en sommige instellingen gebruiken het als een middel om zich te verantwoorden ten opzichte van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de zorgverzekeraar en RPCP's.
Er is veel kritiek bij de brancheorganisaties op het kwaliteitsjaarverslag als instrument voor verantwoording van het kwaliteitsbeleid. De meeste brancheorganisaties pleiten voor een betere benutting en invulling van het instrument. Er zouden meer inhoudelijke handvatten

moeten komen en vooral ook meer inhoudelijke feedback van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het RPCP. Een noodzakelijke voorwaarde hiervoor is echter dat alle kwaliteitsjaarverslagen naar RPCP's worden gestuurd en deze ook meer structurele mogelijkheden krijgen om feedback te geven.
In de meeste sectoren, met uitzondering van de revalidatiecentra en de gezondheidscentra, hebben de instellingen regelmatig contact met de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Bij de meeste instellingen bestaat dat contact uit een algemeen bezoek van de Inspecteur en de melding van calamiteiten. Een grote meerheid van de instellingen meldt calamiteiten op eigen initiatief. In verschillende sectoren hanteert de Inspectie voor de Gezondheidszorg het kwaliteitssysteem van de brancheorganisaties als toetsingsinstrument. Er is bij sommige brancheorganisaties enige onduidelijkheid over de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Deze onduidelijkheid heeft betrekking op de afweging tussen de toezichthoudende en de adviserende rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Ook is er onduidelijkheid over de wijze van toezicht en de toetsende rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Daarnaast is er behoefte aan feedback op de kwaliteitsjaarverslagen. Deze feedback kan gegeven worden tijdens het algemeen bezoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg aan de instellingen.
In het algemeen oordelen de vertegenwoordigers van de brancheorganisaties en de patiënten/consumentenorganisaties positief over de Kwaliteitswet zorginstellingen. Het feit dat het management aangesproken wordt als verantwoordelijke voor het kwaliteitsbeleid heeft het proces van professionalisering van het management versterkt. Er is veel ruimte voor de instellingen om een eigen invulling te geven aan kwaliteit.

Ten aanzien van de reikwijdte van de wet is de positie van de GGD'en niet helder. Er vallen op dit ogenblik twee specifieke GGD-taken onder de Kwaliteitswet: de zogenaamde uitvoeringstaken ex artikel 3 van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (infectieziektebestrijding voorzover die de bestrijding omvat van tuberculose, geslachtsziekten en aids alsmede die welke betrekking heeft op een epidemie) en de jeugdgezondheidszorg voor jeugdigen vanaf vier jaar. De positie van de GGD in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen is complex. De GGD is een hybride organisatie: ambtelijke dienst volksgezondheid en uitvoerende zorginstelling. Als gevolg van deze situatie valt de ene GGD taak wel onder de verantwoordelijkheid van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de andere niet. Daarmee wordt een integrale aanpak van het kwaliteitsbeleid bemoeilijkt en dreigt er een fragmentarische en te vrijblijvende aanpak. In de praktijk zijn de meeste GGD'en zodanig gegroeid dat de verantwoording ten opzichte van de gemeente onvoldoende functioneert. Het lijkt daarmee voor de hand te liggen dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg deze taak voor haar rekening neemt. De Inspectie voor de Gezondheidszorg kan daarmee beter haar toezichthoudende taak ten aanzien van de GGD'en vervullen.

4

Het samenspel in de regio: de effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan de effecten en neveneffecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen op de door de instellingen verleende zorg in de regio centraal. Daarbij wordt ook de verhouding tussen de wettelijke verantwoordelijkheden van de zorgaanbieder en de betrokkenheid van andere actoren in het kader van het kwaliteitsbeleid onderzocht. De volgende vraagstelling staat hierbij centraal: Wat zijn de effecten en neveneffecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen op de kwaliteit van de door de instellingen verleende zorg? In hoeverre is hierbij sprake van seksespecifieke aspecten, verschillen bij groepen met een lage economische status en/of bij allochtone bevolkingsgroepen, en zo ja, waar worden die door veroorzaakt? Hoe is de verhouding tussen de wettelijke verantwoordelijkheden van de zorgaanbieder en de betrokkenheid van andere actoren in het kader van het kwaliteitsbeleid?

Een van de doelen van de Kwaliteitswet zorginstellingen is het scheppen van waarborgen ter handhaving van het bestaande hoge niveau van de kwaliteit van de zorg in Nederland. Hiertoe wordt de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de verleende zorg in eerste instantie bij de zorgaanbieder gelegd die, overigens samen met de regionale patiënten/consumentenorganisatie en de regionale zorgverzekeraar, invulling moet geven aan het begrip verantwoorde zorg. Dit systeem van ‘geconditioneerde zelfregulering’ maakt dat de feitelijke uitvoering van de Kwaliteitswet zorginstellingen plaatsvindt door zorgaanbieders die i*n de regio* met patiënten/consumentenplatforms en de zorgverzekeraar/het zorgkantoor samenwerken. De bronnen die aan dit hoofdstuk ten grondslag liggen hebben dan ook betrekking op dit regionale niveau:

- Verslagen van de bijeenkomsten die in elke regio (28) zijn georganiseerd. In deze bijeenkomsten werd onder leiding van een voorzitter door de regionale partijen (vertegenwoordigers van zorginstellingen uit alle sectoren, de zorgverzekeraar/zorgkantoor en het Regionaal Patiënten/Consumenten Platform) gediscussieerd over de effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen, de verantwoordelijkheidstoedeling vanuit de systematiek van de wet en de belemmerende en bevorderende factoren die bij de implementatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen een rol spelen. Van alle bijeenkomsten is een verslag gemaakt. Dit materiaal bepaalt de ‘scoop’ van het hoofdstuk: het gaat hier om het samenspel van de regionale partijen. De effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen worden als het ware ‘in een context geplaatst’, namelijk die van de regio. Hierbij krijgt ook de beoordeling van de eigen rol door de regionale partijen een plaats.
- Een landelijke interviewronde met vertegenwoordigers van de landelijke brancheorganisaties en patiënten/consumentenorganisaties.
- Literatuurscan van regionale informatie op de aanwezigheid van regionale protocollen,

regionale kwaliteitssystemen en regionale samenwerkingsverbanden inzake kwaliteit.
- Informatie betreffende de regio's uit de schriftelijke enquête bij zorginstellingen.
- Secundaire analyse van het materiaal van het casuïstisch onderzoek, dat verzameld is in het kader van de 19 regionale kwaliteitsconferenties ter voorbereiding van Leidschendam 2000. Deze kwaliteitsconferenties zijn in 23 WZV-regio's georganiseerd in de periode 1998 - 2000.

In bijlage 5 wordt een uitgebreide beschrijving gegeven van de geraadpleegde bronnen.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de effecten en de neveneffecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen op de kwaliteit van de door de zorginstellingen verleende zorg (paragraaf 4.2). Het hoofdstuk onderscheidt zich van hoofdstuk 3 (dat de naleving van de Kwaliteitswet zorginstellingen behandelt) doordat niet individuele zorginstellingen, maar het samenspel van de regionale partijen centraal staat. In hoofdstuk 3 is de naleving van de verplichtingen uit de Kwaliteitswet zorginstellingen aan de orde gekomen. In dit hoofdstuk gaat het om de effecten van deze wet in de context van de regio. Daarbij komt ook de beoordeling door de regionale partijen van de verantwoordelijkheidstoedeling in de Kwaliteitswet zorginstellingen aan bod (paragraaf 4.3). Tevens worden in dit hoofdstuk door de regionale partijen belemmerende en bevorderende factoren benoemd die bij de implementatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen een rol spelen (paragraaf 4.4). Daarmee geeft het hoofdstuk ook inzicht in de (toekomstige) consequenties van de uitvoering van deze wet in de regio. Ook de vraag of de wet zijn doel bereikt (paragraaf 4.5) impliceert een beoordeling: kunnen de regionale partijen met de Kwaliteitswet zorginstellingen uit de voeten als het gaat om het leveren van verantwoorde zorg? In paragraaf 4.6 worden tenslotte enkele conclusies getrokken ten aanzien van de effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen in de regio.

4.2 Effecten op de door de instellingen verleende zorg in de regio

In deze paragraaf staan de effecten centraal van de Kwaliteitswet zorginstellingen op de door de zorginstellingen verleende zorg. Achtereenvolgens komen aan de orde regionale invullingen van het begrip verantwoorde zorg, de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitssystemen in de regio, de inhoud en impact van het kwaliteitsjaarverslag, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de integratie van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid en de verhouding en de rolverdeling tussen zorgaanbieders en andere actoren in de gezondheidszorg. Aan het einde van deze paragraaf worden enkele conclusies getrokken ten aanzien van de effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen op de verleende zorg in de regio.

4.2.1 Regionale invulling van het begrip 'verantwoorde zorg'

De Kwaliteitswet zorginstellingen stelt dat de instellingen verantwoordelijk zijn voor het leveren van verantwoorde zorg. De wetgever heeft aangegeven wat onder verantwoorde zorg zou moeten worden verstaan. Conform het systeem van geconditioneerde zelfregulering betekent dit dat de zorginstellingen het begrip verantwoorde zorg verder moeten invullen en uitwerken. In artikel 3 van de Kwaliteitswet zorginstellingen staat dat de zorgaanbieder de resultaten van overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties dient te betrekken bij het organiseren van de zorg op een zodanige wijze dat dit leidt tot verantwoorde zorg. Dit betekent dat, hoewel zorginstellingen primair verantwoordelijk zijn voor het leveren van verantwoorde zorg, zij bij de invulling van het begrip verantwoorde zorg de inbreng van de andere partijen, te weten zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties, nodig hebben. In het hiernavolgende wordt nagegaan hoe en in hoeverre de zorginstellingen invulling

hebben gegeven aan het begrip verantwoorde zorg en wat de stand van zaken is met betrekking tot de betrokkenheid van patiënten/consumentenorganisaties en de zorgverzekeraars.

Uit zowel de regionale casuïstiek als uit de regionale bijeenkomsten, blijkt dat zorginstellingen tot nu toe vooral bezig zijn geweest met de invulling van het begrip verantwoorde zorg *binnen* de eigen zorginstelling. Hierbij valt op dat er grote verschillen zijn tussen zorginstellingen uit de diverse sectoren, maar ook tussen afdelingen van (grotere) zorginstellingen. Wat betreft verschillen tussen zorginstellingen kan worden opgemerkt dat de aanwezigheid van (kwaliteits)management een positieve invloed heeft op de mate waarin nagedacht is over de invulling van het begrip verantwoorde zorg. Wat betreft verschillen tussen afdelingen van zorginstellingen blijken landelijke impulsen (bijvoorbeeld certificeringsschema's of criteria vanuit beroepsorganisaties) een positieve invloed te hebben.
De bronnen voor de invulling van het begrip verantwoorde zorg van zorginstellingen zijn divers. De definitie van verantwoorde zorg (doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht en afgestemd op de reële behoefte van de patiënt) wordt nader gespecificeerd met behulp van een missie of visie op papier, professionele standaarden of richtlijnen, door (landelijke) referentiekaders en kwaliteitssystemen en niet in de laatste plaats door de inbreng van patiënten/cliënten. De inbreng van patiënten/cliënten bij de invulling van het begrip verantwoorde zorg in zorginstellingen vindt vooral op twee manieren plaats. Allereerst op het individuele patiëntniveau. Het gaat dan om de betrokkenheid van de individuele patiënt bij het invullen van de door hem te ontvangen zorg. In de relatie tussen hulpverlener en patiënt wordt dan gezamenlijk invulling gegeven aan verantwoorde zorg voor de betreffende patiënt, bijvoorbeeld door het gezamenlijk opstellen van een behandel- of zorgplan. Inbreng van patiënten/cliënten bij de invulling van het begrip verantwoorde zorg in zorginstellingen vindt ook plaats op het niveau van de cliëntenraad. De Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ) geeft cliëntenraden een stem in het (kwaliteits)beleid van de zorginstelling. Bovendien hebben cliëntenraden de bevoegdheid om ongevraagd advies te geven. Door alle partijen wordt aangegeven dat de cliëntenraad steeds meer uitgroeit tot het formele en informele aanspreekpunt van de patiënten/cliënten van de zorginstelling. De cliëntenraden worden hierin soms ondersteund door de RPCP's.

In hoofdstuk 3 is uitgebreid ingegaan op de bronnen voor verantwoorde zorg, die door individuele zorginstellingen gehanteerd worden. Ook op het niveau van de (sub)regio vindt invulling van het begrip verantwoorde zorg plaats. De noodzaak hiertoe komt voort uit de notie dat minder dan voorheen de zorg aan patiënten/cliënten vanuit één zorginstelling plaatsvindt. Transmurale zorg, zorgketens en zorgprogramma's worden in alle regio's ontwikkeld. Het begrip verantwoorde zorg uit de Kwaliteitswet zorginstellingen is derhalve niet slechts van toepassing op het zorgaanbod van individuele zorginstellingen, maar op het zorgaanbod in het algemeen. De notie dat - in het geval van samenwerking tussen zorginstellingen ten behoeve van zorg aan de patiënt/cliënt - gezamenlijke invulling van het begrip verantwoorde zorg noodzakelijk is, wordt breed gedragen door alle partijen. De gezamenlijke invulling van het begrip verantwoorde zorg op lokaal, (sub)regionaal en intersectoraal niveau is echter pas zeer recent op gang gekomen. Zorginstellingen die een gezamenlijk zorgaanbod ten behoeve van (groepen) patiënten/cliënten ontwikkelen geven hier op diverse wijze organisatorisch vorm aan. De meest vergaande vorm is de *fusie*, waardoor uiteindelijk grote conglomeraten van zorginstellingen ontstaan die meerdere sectoren in zich verenigen. De meest bekende voorbeelden zijn de RIVAS-groep uit de regio Dordrecht en de recente intersectorale fusies in de regio's Twente, Friesland en Zeeland. Overigens wil een dergelijk samengaan van zorginstellingen nog niet per definitie betekenen dat men gezamenlijk invulling geeft aan het begrip verantwoorde zorg. Op dit moment is men vooral nog druk bezig met het op elkaar afstemmen van (zorg)processen (de organisatie), en nog minder bezig met de zorginhoudelijke kant. Een zorginstelling in de regio Stedendriehoek heeft bijvoorbeeld een handboek ontwikkeld waarin aandacht wordt besteed aan de voorwaarden

voor samenwerking met andere zorgaanbieders. In grote gefuseerde zorginstellingen bestaan vaak plaatsingscommissies die nagaan of de patiënt/cliënt bij de juiste afdeling van de zorginstelling terechtkomt.
Gezamenlijke invulling van het begrip verantwoorde zorg gebeurt ook in de vorm van *samenwerkingsprojecten.* In bijna alle regio's bestaan bijvoorbeeld CVA-projecten, die tot doel hebben de CVA-patiënt zo goed mogelijk te behandelen en te verzorgen vanaf het moment van het accident tot en met de revalidatie en terugkomst in de thuissituatie.
Voor alle genoemde soorten samenwerkingsrelaties geldt dat er nog lang niet altijd sprake is van gezamenlijke protocollen en/of richtlijnen. Als dit wel het geval is, dan zijn de protocollen of richtlijnen vaak afkomstig van landelijke organisaties (beroepsorganisaties of brancheorganisatie), of ontwikkeld door een van de zorginstellingen van het samenwerkingsverband. In de onderstaande tabel 4.1(die gebaseerd is op de resultaten van de enquête uit hoofdstuk 3) wordt aangegeven welk percentage van zorginstellingen uit de diverse sectoren gebruikmaakt van regionale richtlijnen of protocollen. Voor de meeste sectoren geldt dat iets minder dan de helft van de zorginstellingen gebruik zegt te maken van regionale richtlijnen of protocollen. In de regionale bijeenkomsten kwam echter naar voren dat regionale richtlijnen en protocollen weliswaar worden ontwikkeld en toegepast, maar dat dit vaak gebeurt in projecten, of dat de richtlijnen en protocollen betrekking hebben op een zeer specifiek deel van het zorgaanbod van een zorginstelling. Een uitzondering in diverse regio's is de ambulancezorg. Deze is, bijvoorbeeld in de regio Gooi en Vechtstreek, volledig geprotocolliseerd en gecertificeerd. De meeste samenwerkingsverbanden bevinden zich echter in het stadium van werkafspraken.

Tabel 4.1 **Normen ontleend aan regionale richtlijnen of protocollen door zorgsectoren**

	Regionale richtlijnen of protocollen		
	nee	ja	Totaal
	22	15	37
Algemene ziekenhuizen	59,5%	40,5%	100,0%
	2	3	5
Academische ziekenhuizen	40,0%	60,0%	100,0%
	10	4	14
Revalidatiecentra	71,4%	28,6%	100,0%
	15	14	29
GGD	51,7%	48,3%	100,0%
	34	25	59
Thuiszorg	57,6%	42,4%	100,0%
	90	69	159
Verpleging en verzorging	56,6%	43,4%	100,0%
	61	28	89
Gehandicaptenzorg	68,5%	31,5%	100,0%
	49	31	80
GGZ	61,3%	38,8%	100,0%
	29	23	52
Gezondheidscentra	55,8%	44,2%	100%
	6	8	14
SPD	42,9%	57,1%	100,0%

Diverse regio's kennen een *samenwerkingsverband* van (alle) zorginstellingen (en diverse beroepsbeoefenaren) in de regio (bijvoorbeeld de SSIG in de regio Gooi en Vechtstreek, de SIGRA in Amsterdam en Bureau Lindenhoek in Kennemerland). Weer andere regio's, bijvoorbeeld Zuid-Holland-Noord, Amstelland en de Meerlanden, en Delft Westland Oostland kennen een zogenaamde regiocommissie. Hierin zijn niet alleen zorgaanbieders, maar ook zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties vertegenwoordigd. Ook in dergelijke brede verbanden wordt soms gezamenlijk invulling gegeven aan het begrip verantwoorde zorg. Het gaat dan vaak om macrokwaliteit, dat wil zeggen vraagstukken die betrekking hebben op de toegankelijkheid van de zorg, zoals het oplossen van wachttijdenproblematiek. Ook in de *Regionale Indicatieorganen* is (regionale) invulling van verantwoorde zorg aan de orde. Ook hier gaat het echter meestal om de toegankelijkheid van de zorg, en niet specifiek over kwaliteit van zorg.
De betrokkenheid van patiënten/consumentenorganisaties en de zorgverzekeraar bij de invulling van het begrip verantwoorde zorg (bij individuele zorginstellingen, of bij een instellingsoverstijgend zorgaanbod) is in beperkte mate op gang gekomen. Het blijkt echter nog geen gemeengoed te zijn voor zorginstellingen om de inbreng van patiënten/consumentenorganisaties en de zorgverzekeraar te vragen of te krijgen. Gezamenlijke invullingen van het begrip verantwoorde zorg vinden dan ook met name plaats in de vorm van projecten en daar waar in het ontwerp van de samenwerkingsrelatie specifiek aandacht is besteed aan de inbreng van patiënten/consumenten en de zorgverzekeraar. Met dit laatste wordt bijvoorbeeld het Kwaliteitsfonds Thuiszorg bedoeld, waarin geoormerkte middelen beschikbaar zijn voor overleg en samenwerking met de RPCP's. Een ander voorbeeld zijn de Zorg-Op-Maat-gelden, waarvoor betrokkenheid van de drie partijen een vereiste is. In het eerste geval - de projecten - gaat het vaak om een zorgaanbod voor een specifieke categorie patiënten/cliënten of om de oplossing van een specifiek knelpunt. Hierbij wordt door de zorginstellingen onderkend dat de inbreng van patiënten/consumentenorganisaties nodig is voor het welslagen van het project. Het RPCP wordt dan bijvoorbeeld benaderd om kwaliteitscriteria te leveren vanuit het patiëntenperspectief. De inbreng van de zorgverzekeraar of het zorgkantoor is mede noodzakelijk voor de benodigde (extra) financiering. Het Zorgkantoor Groningen heeft voor de GGZ kwaliteitscriteria ontwikkeld waaraan projecten moeten voldoen. Zorgverzekeraar Univé, die werkzaam is in Noord-Holland Noord looft jaarlijks een kwaliteitsprijs uit. In de regio Midden-Holland beoordeelt de zorgverzekeraar kwaliteitsprojecten aan de hand van het begrip verantwoorde zorg. In de meeste gevallen is de inhoudelijke inbreng van de zorgverzekeraar/het zorgkantoor echter nog niet goed ontwikkeld.
Een regionale invulling van het begrip verantwoorde zorg waarbij zowel zorginstellingen als zorgverzekeraar en patiënten/consumentenorganisaties betrokken zijn, is de zogenaamde kwaliteitsparagraaf. Het betreft een in gezamenlijkheid opgestelde lijst van criteria waaraan de gecontracteerde zorg moet voldoen. Deze lijst wordt opgenomen in elk zorgcontract dat de zorgverzekeraar met zorginstellingen sluit. Zorgverzekeraar Amicon was de eerste in Nederland om een dergelijke kwaliteitsparagraaf in de zorgcontracten op te nemen. Deze kwaliteitsparagrafen werden aanvankelijk ontwikkeld en geïmplementeerd in de regio's Twente en Midden-Gelderland. Momenteel wordt ook door zorgverzekeraar VGZ, in de regio's Midden-Brabant en Zuid-Gelderland gewerkt aan het ontwikkelen van een kwaliteitsparagraaf in samenwerking met de regionale partijen.

4.2.2 Ontwikkeling en implementatie van kwaliteitssystemen in de regio

Hieronder wordt nagegaan in hoeverre er in de regio's kwaliteitssystemen zijn ingevoerd en waar deze kwaliteitssystemen betrekking op hebben (verzamelen en registreren van gegevens, systematisch toetsen van de kwaliteit van zorg en zonodig wijzigen van de organisatie van de zorg).

De zorginstellingen zijn bezig met de invoering van (integrale) kwaliteitssystemen. Enkele zorginstellingen geven aan dat bij hen dit proces reeds voltooid is. De meeste zorginstellingen zijn echter nog volop bezig. Er zijn nauwelijks zorginstellingen die zich op geen enkele wijze bezighouden met systematisch verzameling, registratie, toetsing en verbetering van de kwaliteit van zorg. De wijze waarop zorginstellingen dit doen en in welk stadium van invoering men zich bevindt, varieert sterk. Gegevens over de invoering van kwaliteitssystemen bij individuele zorginstellingen zijn opgenomen in hoofdstuk 3. Bij de regionale bijeenkomsten is vaak opgemerkt dat de registratie van gegevens het belangrijkste struikelblok is bij de invoering van een (integraal) kwaliteitssysteem.
Zoals eerder opgemerkt zijn ketenzorg, transmurale zorg, en dergelijke belangrijke ontwikkelingen in de gezondheidszorg. In enkele regio's, bijvoorbeeld Flevoland, zijn intensieve samenwerkingsverbanden tussen de eerste en tweede lijn tot stand gekomen. Om de kwaliteit van dergelijke zorgvormen te kunnen waarborgen is gemeenschappelijke verzameling en registratie van gegevens noodzakelijk om zo de kwaliteit van zorg te kunnen toetsen en daar waar nodig te veranderen. Tot op heden zijn echter nauwelijks instellingsoverstijgende kwaliteitssystemen ontstaan. Zorginstellingen – ook degene die actief samenwerken met andere zorginstellingen op bijvoorbeeld het terrein van transmurale zorg – geven aan dat zij eerst in eigen huis 'de zaak op orde willen hebben' voordat zij met partners gezamenlijk gegevens gaan verzamelen en registreren.
Toch zijn er enkele voorbeelden van instellingsoverstijgende kwaliteitssystemen die in de regionale bijeenkomsten meerdere malen genoemd zijn. Het gaat dan bijvoorbeeld over de ambulancezorg, de bloedbank of FTTO's (Farmaco Therapeutisch Transmuraal Overleg). Deze zorgvormen beschikken in meerdere regio's over een integraal kwaliteitssysteem, waarin gezamenlijke gegevensverzameling- en registratie plaatsvindt en toetsingen worden uitgevoerd die aanleiding kunnen vormen tot veranderingen in de organisatie van de zorg.
Ook onderdelen van zorginstellingen hebben in enkele gevallen instellingsoverstijgende kwaliteitssystemen. Voorbeeld hiervan zijn het medisch laboratorium en de afdeling microbiologie van ziekenhuizen, die onderdeel uitmaken van een landelijk functionerend kwaliteitssysteem. Hierbij wordt ook gewerkt met een systeem van benchmarking.
Een laatste vorm van instellingsoverstijgende kwaliteitssystemen vormen de regionale registraties van doorstroomtijden, wachttijden, arbeidsmarktsituatie, etc. In bijvoorbeeld Amsterdam worden door de SIGRA (de koepel van zorginstellingen en beroepsbeoefenaren) de bovengenoemde gegevens gezamenlijk verzameld en geregistreerd. In enkele andere regio's vervult een regionale commissie gezondheidszorg (waarvan zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties lid zijn) een dergelijke rol. Dit is bijvoorbeeld het geval in Zuid-Holland-Noord en in Delft Westland Oostland. In hoeverre hierbij sprake is van systematische toetsingen en hieruit volgende mogelijke veranderingen in de organisatie van de zorg, is lastig aan te geven. De indruk is dat in dergelijke regionale verbanden nog vooral verzameld en geregistreerd wordt.
Op het niveau van projecten, waarbij meerdere zorginstellingen en soms ook zorgverzekeraar, patiënten/consumentenorganisaties en beroepsbeoefenaren zijn betrokken, vindt overigens vaak wel gezamenlijke verzameling en registratie van gegevens omtrent de kwaliteit van de zorg plaats. Soms wordt ook gezamenlijk getoetst en worden gezamenlijk verbeteracties ingezet.
Bij de meeste projecten wordt echter aangegeven dat dit alles nog in ontwikkeling is. Een aantal zaken wordt hierbij als belemmerende factoren aangemerkt. Allereerst is men, zoals gezegd, binnen de eigen zorginstelling vaak nog volop bezig met het opzetten van een kwaliteitssysteem. Vaak is men dan nog niet zo ver dat men gemakkelijk gegevens kan genereren die van belang zijn voor een *gezamenlijke* gegevensverzameling- en registratie. Indien men deze gegevens wel tot zijn beschikking heeft, dan stuit men op het feit dat veel informatiesystemen incompatibel zijn. De missmatch kent twee niveaus. Allereerst worden door de samenwerkings-

partners gegevens verzameld die naar inhoud niet met elkaar te vergelijken zijn. Ten tweede kunnen de informatiesystemen niet op elkaar worden aangesloten. Het achterblijven van de gezondheidszorg in het gebruikmaken van ICT voor informatieverzameling- en registratie is hier debet aan.
Door diverse zorginstellingen is overigens opgemerkt dat het nut van een gezamenlijk kwaliteitssysteem wordt bepaald door dat *wat* men verzamelt, registreert en toetst. Voor een relatief eenvoudige zorgketen is het zeer wel mogelijk om honderden indicatoren te benoemen. Een kwaliteitssysteem heeft uiteindelijk tot doel de kwaliteit van de uitkomsten van de zorg te verbeteren. Maar juist deze outcome-indicatoren zijn nog nauwelijks ontwikkeld.
Een laatste belemmerende factor bij het ontwikkelen van gezamenlijke kwaliteitssystemen is de huidige privacywetgeving. Diverse zorginstellingen hebben aangegeven dat deze wetgeving de gezamenlijke registratie aan handen en voeten bindt.

In bijna alle regionale bijeenkomsten hebben de deelnemers zich positief uitgesproken ten aanzien van de verplichting uit de Kwaliteitswet zorginstellingen om de kwaliteit van zorg systematisch te bewaken, te beheersen en te verbeteren. Deze verplichting wordt door de zorginstellingen bijna unaniem ingevuld als "het invoeren van een (integraal) kwaliteitssysteem". Het cyclisch werken, het bewaken van de kwaliteit zodat het mogelijk wordt om bij te sturen en de kwaliteit van zorg te verbeteren wordt als zeer belangrijk en waardevol aangemerkt. Door het hanteren van een kwaliteitssystematiek is het ook mogelijk om witte vlekken in het kwaliteitsbeleid op te sporen, maar ook om het kwaliteitsbeleid transparant te maken en extern te verantwoorden.

4.2.3 Inhoud en impact van het kwaliteitsjaarverslag

In deze subparagraaf wordt ingegaan op de vraag of de kwaliteitsjaarverslagen voldoende inzicht geven in de wijze waarop de zorginstellingen invulling geven aan het begrip verantwoorde zorg. Daarnaast wordt nagegaan of de publicatie van de kwaliteitsjaarverslagen leidt tot reacties van de zijde van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het RPCP en de regionale zorgverzekeraar.
Verreweg de meeste zorginstellingen schrijven inmiddels jaarlijks een kwaliteitsjaarverslag. De RPCP's ontvangen echter nog niet alle kwaliteitsjaarverslagen van zorginstellingen uit hun regio. Veel zorginstellingen geven aan dat zij worstelen met het schrijven van het kwaliteitsjaarverslag. De meest gehoorde klacht is dat zij niet goed weten *wat* en *op welke manier* in het kwaliteitsjaarverslag op te nemen. Overigens stellen sommige zorginstellingen dat de oplossing van dit probleem gelegen is in de verdere ontwikkeling van het eigen kwaliteitssysteem. Immers, als het kwaliteitssysteem van een zorginstelling nog niet is geïmplementeerd, dan zijn er ook geen of weinig gegevens beschikbaar over de kwaliteit van het zorgaanbod, laat staan over de wijze waarop resultaten van toetsingen leiden tot veranderingen in de organisatie van de zorg. Diverse zorginstellingen menen dat het kwaliteitsjaarverslag onderdeel zou moeten zijn van het algemeen jaarverslag. Men redeneert dat het geforceerd is om het kwaliteitsbeleid als een apart staand onderdeel van de bedrijfsvoering te beschouwen. Sommige zorginstellingen schrijven daarom een integraal jaarverslag en een aantal andere zorginstellingen schrijven soms een apart, dan weer een integraal jaarverslag schrijft. Overigens biedt de huidige wet de mogelijkheid om het kwaliteitsjaarverslag te integreren in het algemeen jaarverslag.
Met betrekking tot de inhoud van de kwaliteitsjaarverslagen merken de RPCP's en de zorginstellingen op dat deze zeer gevarieerd is. Het kwaliteitsjaarverslag kan bestaan uit enkele getypte vellen met kerngetallen tot een dikke glossy brochure. In dit laatste geval functioneert het kwaliteitsjaarverslag ook als PR-instrument. In sommige kwaliteitsjaarverslagen wordt gebruikgemaakt van landelijke richtlijnen die bijvoorbeeld zijn ontwikkeld door de landelijke

koepels van zorgaanbieders. Vaak bestaat het kwaliteitsjaarverslag echter uit een beschrijving van kwaliteitsactiviteiten, of 'good practices'. Een kwaliteitscyclus - dat wil zeggen een beschrijving van voorgenomen activiteiten en de daarbij behorende doelstellingen en een rapportage van het verloop van deze activiteiten en de mate waarin de gestelde doelen zijn bereikt – ontbreekt meestal in de kwaliteitsjaarverslagen, hoewel uitzonderingen zijn te noemen. Door zeer veel zorginstellingen is de interne functie van het kwaliteitsjaarverslag genoemd. Het kwaliteitsjaarverslag wordt omschreven als "een pas op de plaats te maken" en een aanleiding om zich intern te beraden over de vraag hoe verder te gaan met het kwaliteitsbeleid. Diverse zorginstellingen melden dat de kwaliteitsjaarverslagen bij de eigen werknemers "als warme broodjes over de toonbank gaan" en dat de kwaliteitsjaarverslagen worden meegestuurd als informatiemateriaal voor nieuwe medewerkers.
De RPCP's beraden zich in toenemende mate op de wijze waarop zij op de toegezonden kwaliteitsjaarverslagen kunnen reageren. De meeste RPCP's hebben op enigerlei wijze een poging gedaan om de kwaliteitsjaarverslagen volgens enkele (minimale) eisen te beoordelen en de zorginstellingen hierover in te lichten. Het RPCP Zaanstreek Waterland doet dit bijvoorbeeld in gesprekken met de betreffende zorgaanbieders. Dit gebeurt echter vanwege het gebrek aan menskracht en middelen meestal in projectvorm en daarom niet structureel. De meeste RPCP's zouden, indien de middelen dit zouden toelaten, graag de beoordeling van de kwaliteitsjaarverslagen serieuzer en structureler ter hand willen nemen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg reageert slechts in enkele gevallen inhoudelijk op het kwaliteitsjaarverslag wanneer dat aan hen wordt toegezonden. In de meeste gevallen moeten de zorginstellingen het doen met een ontvangstbevestiging; een situatie waarover zij uitermate ontevreden zijn. Wel is het zo dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg soms tijdens haar bezoeken aan de zorginstellingen aandacht besteedt aan het kwaliteitsjaarverslag.
De meeste zorginstellingen en RPCP's zijn het erover eens dat het kwaliteitsjaarverslag op dit moment nog niet goed functioneert. Als de adressanten van het kwaliteitsjaarverslag (Inspectie voor de Gezondheidszorg en het RPCP) uit het kwaliteitsjaarverslag geen kwaliteitscyclus kunnen destilleren, kan het kwaliteitsjaarverslag niet functioneren zoals het in de Kwaliteitswet zorginstellingen bedoeld is, namelijk als instrument voor externe verantwoording. De zorginstellingen merken zelf ten aanzien van de inhoud van het eigen verslag op dat het kwaliteitsjaarverslag wel informatie geeft over wat de instelling doet op het gebied van kwaliteit, maar niet (expliciet) over de wijze waarop het begrip verantwoorde zorg wordt ingevuld.
Hoewel lang niet iedereen overtuigd is van de potentie van het kwaliteitsjaarverslag om uit te groeien tot een instrument voor externe verantwoording, vinden de meeste zorginstellingen en RPCP's het kwaliteitsjaarverslag *ten principale* een goed instrument. Tegenstanders stellen dat het onmogelijk is om het (omvattende) kwaliteitsbeleid van een zorginstelling te vatten in een jaarverslag of dat de beoordeling louter 'van papier' nooit een juist beeld van het kwaliteitsbeleid van een zorginstelling zal kunnen opleveren. Voorstanders menen dat het kwaliteitsjaarverslag de kans moet krijgen om uit te groeien tot een volwaardig instrument voor externe beoordeling. Hierbij moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan. Allereerst is het van groot belang dat de adressanten van het kwaliteitsjaarverslag daadwerkelijk inhoudelijk reageren op het kwaliteitsjaarverslag van zorginstellingen. Alleen door deze feedback wordt duidelijk wat precies in het kwaliteitsjaarverslag moet worden vermeld en waar verbeteringen mogelijk zijn. Vervolgens moeten de kwaliteitsjaarverslagen geen opsommingen blijven van activiteiten, maar omgevormd worden tot 'jaarplannen' waarin wordt vermeld wat men gaat doen, wanneer en met wie, en wat men daarmee wil bereiken. In het opvolgende jaar kan vervolgens hiervan verslag worden gedaan. De zorgverzekeraar/zorgkantoor zou in de Kwaliteitswet zorginstellingen moeten worden benoemd als adressant van het kwaliteitsjaarverslag. Gezien de rol van de zorgverzekeraar/het zorgkantoor in het overleg over het kwaliteitsbeleid van de zorginstellingen is dit niet meer dan logisch. Bovendien belooft de zorgverzekeraar iets aan zijn verzekerden dat anderen (de zorginstellingen) moeten gaan leveren. Daarom heeft de zorgverzekeraar informa-

tie nodig over de kwaliteit van het zorgaanbod.
Tenslotte is door diverse deelnemers aan de regionale bijeenkomsten opgemerkt dat het kwaliteitsjaarverslag genoemd zou moeten worden in de nieuwe regelgeving met betrekking tot de jaarverslagen. Hiermee krijgt het kwaliteitsjaarverslag een duidelijker plek en status, ook in relatie tot de andere jaarverslagen die de zorginstellingen moeten schrijven.

4.2.4 De Inspectie voor de Gezondheidszorg

In het hiervolgende wordt ingegaan op de vraag of de zorginstellingen contacten hebben met de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het kader van de kwaliteit van zorg. Ook wordt nagegaan van welke aard deze contacten zijn en of deze contacten leiden tot veranderingen in de organisatie van de zorg.
Er is een enorme variëteit in de contacten die zorginstellingen met de Inspectie voor de Gezondheidszorg hebben in het kader van de kwaliteit van zorg. Deze variatie heeft betrekking op de regionale Inspecties (de ene lijkt veel actiever te zijn dan de andere), maar ook op sectoren van de gezondheidszorg.
In het eerste geval, verschillen tussen regionale Inspecties, lijkt het enerzijds te gaan over verschillen in prioriteiten, bijvoorbeeld algemene bezoeken versus thematisch toezicht, en anderzijds over individuele Inspecteurs. Vanuit een regio werd opgemerkt dat door langdurige ziekte van twee regionale Inspecteurs het systeem van toezicht in een aantal sectoren van de zorg in die regio volledig stil is komen te liggen.
In het tweede geval, namelijk verschillen tussen sectoren, lijkt een verklaring gelegen te zijn in de mate waarin in de betreffende sector veldnormen zijn ontwikkeld. Opvallend vaak werd door zorginstellingen voor gehandicaptenzorg opgemerkt dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg toezicht hield met behulp van het door de sector zelf ontwikkelde Model Kwaliteitssysteem Gehandicaptenzorg.
De contacten met de Inspectie voor de Gezondheidszorg kunnen leiden tot veranderingen in de organisatie van de zorg en dit gebeurt ook. Ondanks dat diverse zorginstellingen aangeven dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg niet veel instrumenten tot haar beschikking heeft om zorginstellingen te dwingen een bepaalde kwaliteit van zorg te leveren (behalve het ultieme middel van sluiting) worden de adviezen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg zeer serieus genomen. Dit is nog sterker het geval als de Inspectie voor de Gezondheidszorg een schriftelijke reactie wenst te ontvangen van de zorginstellingen op de door hen gedane bevindingen.

4.2.5 De integratie van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen in de regio

Tijdens de parlementaire behandeling van de Kwaliteitswet zorginstellingen is aangegeven dat in het kader van deze evaluatie nadrukkelijk aandacht zal worden besteed aan het effect dat de wet heeft gehad op de integratie van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen (23633, nr. 8, p. 12). Hier wordt daarom nagegaan of en hoe het patiëntenperspectief een plaats krijgt in het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen in de regio.
Tevens zal de vraag worden behandeld of er verschillen zijn in effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen op de kwaliteit van de verleende zorg aan specifieke groepen, bijvoorbeeld vrouwen, allochtonen en personen met een lage economische status.
Het patiëntenperspectief omvat vier dimensies, namelijk zelfbeschikking; de patiënt als burger/ondeelbaarheid van de persoon; individuele diversiteit en rechtvaardige verdeling/ gelijke toegang tot de zorg. In de Kwaliteitswet zorginstellingen staat het begrip verantwoorde zorg onder andere omschreven als ‘patiëntgericht’ en ‘afgestemd op de reële behoefte van de

patiënt. De zorgaanbieders in de regio zeggen dat zij het patiëntenperspectief op diverse wijze in hun beleid integreren.
Allereerst doen zij dit door contacten met individuele patiënten, cliënten of bewoners. Dit zijn contacten die in het primaire proces plaatsvinden, maar ook bijvoorbeeld door het bevragen van de cliënten door middel van tevredenheidsmetingen. Verder geven de meeste zorginstellingen aan contacten met de cliëntenraad te onderhouden over de kwaliteit van het zorgaanbod. Dit gebeurt door het toesturen van relevante beleidsstukken en overleg hierover, maar ook doordat cliëntenraden gebruikmaken van hun ongevraagd adviesrecht vanuit de WMCZ. Overigens werd in de regionale bijeenkomsten opgemerkt dat de onderwerpen die de cliëntenraad via dit adviesrecht aan de orde stelt vaak betrekking hebben op de *organisatie* van de zorg, en niet zozeer op de inhoud van de zorg. Naast contacten met de eigen cliëntenraad hebben zorginstellingen soms contacten met een categoriale of regionale patiënten/consumentenorganisatie. Categoriale patiëntenorganisaties worden meestal benaderd om mee te denken over een zorgaanbod of een voorziening voor een specifieke groep patiënten/cliënten. Het RPCP wordt bijvoorbeeld benaderd voor externe toetsingen, het formuleren van kwaliteitscriteria vanuit het patiëntenperspectief, of daar waar het gaat om voorzieningen voor toekomstige patiënten/cliënten. De meeste RPCP's spelen hier op enigerlei wijze op in. Zo heeft het Patiënten/Consumenten Platform Zwolle een brochure geschreven waarin verantwoorde zorg vanuit het patiëntenperspectief wordt ingevuld.
Nagegaan is of zorginstellingen in hun streven naar patiëntgerichte zorg rekening houden met verschillen in zorgvragen van groepen patiënten/cliënten. De bedoelde verschillen in zorgvragen hebben betrekking op persoonskenmerken, niet op bijvoorbeeld aandoeningen die mensen hebben.
Bij de verzameling van de regionale casuïstiek (ten behoeve van de Leidschendamconferentie in 2000) is destijds niet specifiek gevraagd naar beleid van zorginstellingen ten aanzien van specifieke groepen zorgvragers. Wel zijn in het kader van een inventarisatie van kwaliteitsprojecten enkele initiatieven benoemd waarbij de zorgvraag van specifieke groepen centraal staat. Het gaat hierbij vooral om voorlichting en informatieverschaffing, zoals een informatiepunt voor oudere migranten. Ook in de GGZ is aandacht voor specifieke zorgvragen. Met name op het gebied van seksespecifieke hulpverlening werden enkele projecten genoemd. Tenslotte zijn de GGD'en, vanuit hun wettelijke taak, vaak bezig met voorlichting en behandeling van specifieke groepen.
Bij de regionale bijeenkomsten is gevraagd naar beleid van zorginstellingen ten aanzien van specifieke groepen zorgvragers. Bijna alle zorginstellingen besteden op enigerlei wijze aandacht aan 'andere' zorgvragers, door de aanwezigheid van bijvoorbeeld vertaald foldermateriaal, een tolkendienst.
In de meeste zorginstellingen is het zorgaanbod echter generiek, waarbij wordt opgemerkt dat de (persoons)kenmerken van de patiënt/cliënt natuurlijk een rol spelen in de interactie tussen de hulpverlener en de patiënt. Een aantal zorginstellingen vindt deze wijze van patiëntgerichte zorg bevredigend en is niet van plan om in de toekomst beleid te ontwikkelen dat is afgestemd op zorgvragen van specifieke groepen patiënten/cliënten. Men redeneert dan dat het onmogelijk en onnodig is om voor elke subgroep van zorgvragers apart beleid te maken en dat het primair de taak van de professional is om patiëntgericht te werken.
Andere zorginstellingen onderkennen wel de noodzaak van beleid voor specifieke groepen zorgvragers. De reden die de zorginstellingen meestal aangeven voor het feit dat dit beleid – met name waar het allochtonen betreft - (nog) niet is ontwikkeld, is dat er nog te weinig vraag naar zou zijn. Enkele zorginstellingen geven overigens aan dat juist het ontbreken van een passend zorgaanbod een reden zou kunnen zijn voor een achterblijvende vraag, maar over het algemeen stellen de zorginstellingen dat zij specifiek beleid zullen gaan ontwikkelen op het moment dat dit nodig blijkt.
Specifieke incentives en historisch gegroeide aandachtsgebieden blijken belangrijk voor

zorginstellingen bij het ontwikkelen van beleid voor specifieke groepen. Zo kent de GGZ een relatief lange geschiedenis van seksespecifieke hulpverlening die is terug te vinden in de zorginstellingen, bijvoorbeeld in de vorm van een aandachtsfunctionaris. De komst van een asielzoekerscentrum, bijvoorbeeld in de regio Drenthe en Noordoost-Noord-Brabant blijkt een belangrijke reden voor zorginstellingen om hiervoor – al dan niet in de vorm van een project – beleid te ontwikkelen. In stedelijke gebieden waar veel groepen allochtonen wonen is tevens specifiek beleid bij de zorginstellingen ontwikkeld. Het gaat hierbij om allerlei zaken. Het kan bijvoorbeeld instellingsbeleid zijn om te zorgen voor een goede man-vrouw-verhouding van de hulpverleners om zo de zorgvragers de mogelijkheid te bieden om zelf te kiezen of men door een man of een vrouw geholpen wenst te worden. Andere zorginstellingen leggen de nadruk op het werven van personeel dat een afspiegeling vormt van de cliënten van de zorginstelling. Dit is bijvoorbeeld het geval bij Thuiszorg Rotterdam, waar 12% van de medewerkers allochtoon is. Ook besteden zorginstellingen vaak aandacht aan na- en bijscholing van het personeel in het vraaggericht werken. Men verwacht hiervan dat het personeel daarmee beter in staat is om aan allerhande zorgvragen tegemoet te kunnen komen. Tenslotte wordt in cli-ent(tevredenheids)onderzoek soms aandacht besteed aan specifieke zorgvragen. In de regio Den Haag en omstreken heeft een grote zorginstelling bijvoorbeeld een inventariserend onderzoek uitgezet dat potentiële cliënten van veertig nationaliteiten omvatte.

De vier dimensies van het patiëntenperspectief zijn nog niet volledig geïntegreerd in het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen. De eerste dimensie, namelijk zelfbeschikking, wordt deels geregeld in de WGBO. De tweede en derde dimensie - ondeelbaarheid van de persoon en individuele diversiteit – krijgen aandacht in mission statements en in specifieke zorgprogramma's of kwaliteitsprojecten, maar het grootste deel van het zorgaanbod is nog steeds generiek van aard. Dit is wellicht ook een reden waarom de vierde dimensie, namelijk gelijke toegang tot de zorg, nog niet in alle gevallen gerealiseerd is. Onder- of overgebruik van bepaalde voorzieningen door specifieke groepen kan immers gelegen zijn in het feit dat het generieke zorgaanbod niet goed aansluit bij hun zorgvragen.

4.2.6 De verhouding en rolverdeling tussen zorgaanbieders en andere actoren in de gezondheidszorg

De zorginstellingen worden geacht om met andere zorgaanbieders, zorgverzekeraar en patienten/consumentenorganisaties te overleggen over hun kwaliteitsbeleid. Daarnaast dienen zij de resultaten van deze overleggen te betrekken bij de invulling van het begrip verantwoorde zorg. In het hiervolgende wordt nagegaan in hoeverre overleg tussen de hierboven genoemde partijen plaatsvindt in de regio en van welke aard deze overleggen zijn.
De meeste zorginstellingen geven aan dat zij overleg hebben met zowel patiënten/cliëntenorganisaties als met de zorgverzekeraar/het zorgkantoor. Opvallend is echter dat deze overleggen zelden plaatsvinden onder de noemer van het kwaliteitsbeleid van de zorginstelling.
De zorginstellingen hebben sinds de invoering van de WMCZ een cliëntenraad, of zijn bezig met het opzetten van een cliëntenraad. Deze cliëntenraad is voor de zorginstelling het eerste aanspreekpunt als het gaat om het instellingsbeleid, waarvan het kwaliteitsbeleid een onderdeel is. De zorginstellingen geven bijna unaniem aan dat – indien er een functionerende cliëntenraad is – zij met deze raad overleggen over het kwaliteitsbeleid van de instelling. Vaak worden door de zorginstelling en de cliëntenraad gezamenlijk activiteiten ondernomen, bijvoorbeeld in het kader van een toetsing van de kwaliteit van zorg. Relatief veel zorginstellingen maken melding van een periodieke en structurele cliënttevredenheidsmeting, waarbij de cliëntenraad intensief betrokken is. Deze toetsing kan leiden tot veranderingen in de organisatie van de zorg.
Sommige zorginstellingen hebben overleg met het RPCP of met een categoriale patiëntenorga-

nisatie. De overleggen zijn directieoverleggen, overleggen tussen medewerkers of incidentele overleggen over een bepaald onderwerp. In de regio West-Brabant ondersteunt het RPCP diverse zorginstellingen bij de scholing van leden van de cliëntenraad. Voor categoriale organisaties geldt bovendien dat zij betrokken worden bij het kwaliteitsbeleid van de zorginstelling vanwege hun expertise op het gebied van de betreffende aandoening. In de overleggen tussen zorginstelling en het RPCP staan kwaliteit en kwaliteitsbeleid vaker prominent op de agenda. Het RPCP wordt vaak betrokken bij het kwaliteitsbeleid van de zorginstelling vanwege hun inbreng op het terrein van kwaliteitscriteria vanuit het patiëntenperspectief. Ook voert het RPCP externe toetsingen uit, met name in de thuiszorg. De RPCP's zijn over het algemeen ontevreden over de mate waarin zij betrokken worden bij het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen. Tegelijkertijd geven zij aan dat zij onvoldoende zijn toegerust om aan de vraag om betrokkenheid van alle zorginstellingen tegemoet te kunnen komen.

De zorginstellingen hebben in het kader van de zorgcontractering allen overleg met de zorgverzekeraar/het zorgkantoor. Ook bij deze overleggen geldt dat zij niet plaatsvinden onder de noemer van kwaliteit. Bij de contractering spelen kwaliteitseisen een zeer ondergeschikte rol. De zorgverzekeraars/zorgkantoren geven aan dat dit komt doordat er domweg te weinig zorgaanbod is om te kunnen kiezen. Daarnaast vermindert de contracteerplicht de speelruimte van zorgkantoren om te kiezen op basis van kwaliteit. De zorgverzekeraars/zorgkantoren blijken overigens zelf meestal geen uitgewerkte visie op kwaliteit te hebben geformuleerd. Ook daarom speelt het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen een ondergeschikte rol in de overleggen tussen zorginstelling en zorgverzekeraar/zorgkantoor. Bij projecten en nieuwe zorgvormen die door de zorgverzekeraar/het zorgkantoor gefinancierd worden, spelen kwaliteitscriteria wel een rol. Immers, de zorginstelling en de financier (en soms een patiënten/consumentenorganisatie) beschrijven gezamenlijk het betreffende product. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de toekenning van middelen aan Zorg-Op-Maat-projecten.
Tussen de zorgverzekeraar/het zorgkantoor en het RPCP vindt soms overleg plaats over het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen. Meestal gaat dit overleg echter niet zo ver dat gezamenlijk kwaliteitscriteria voor het zorgaanbod van zorginstellingen worden geformuleerd. Dit terwijl de zorgverzekeraars/zorgkantoren wel nadrukkelijk aangeven 'klantenkwaliteit' als standaard te willen hanteren.
Op het niveau van de regio vindt overleg plaats in het kader van het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen. Dit gebeurt door koepels van zorgaanbieders (sectoraal of regionaal georganiseerd), door koepels van regionale partijen (de eerder genoemde regionale commissies gezondheidszorg), bij de RIO's, in de Raad van Advies van het Zorgkantoor, in het kader van het opstellen van een kwaliteitsparagraaf en in het kader van andere wet- en regelgeving, zoals de Wet voorzieningen gehandicapten. Voor al deze overleggen geldt dat zij niet plaatsvinden onder de noemer van kwaliteit, maar dat in de overleggen kwaliteitsaspecten in meer of mindere mate op de agenda staan. In het algemeen lijkt de mate waarin binnen regio's gezamenlijk afspraken worden gemaakt en wordt samengewerkt in de gezondheidszorg positief samen te hangen met de mate waarin het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen op de agenda staat. Immers, naarmate de regionale partijen elkaar beter kennen ontstaat meer ruimte om met elkaar van gedachte te wisselen – niet alleen over de organisatie van de zorg – maar ook over de kwaliteit van de zorg.

4.2.7 Conclusies

Op deze plaats worden enkele conclusies getrokken ten aanzien van de effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen op de door de zorginstellingen verleende zorg in de regio.
In de regio's wordt vooral door individuele zorgaanbieders invulling gegeven aan het begrip verantwoorde zorg. Dit gebeurt in mission statements, in protocollen en richtlijnen en in normen (die onderdeel zijn van een kwaliteitssysteem). De mate waarin verantwoorde zorg bij zorgaan-

bieders daadwerkelijk is ingevuld, verschilt sterk per sector en per zorginstelling. Ook zijn er invullingen van verantwoorde zorg waarbij meerdere zorgaanbieders, patiënten/consumentenorganisaties en/of zorgverzekeraars/zorgkantoren betrokken zijn. Het gaat dan om transmurale zorg, ketenzorgprojecten, en dergelijke. Deze ontwikkelingen staan vaak nog in de kinderschoenen.
Bijna alle zorgaanbieders in de regio's zijn op enigerlei wijze bezig met de invoering van (integrale) kwaliteitssystemen. Het stadium waarin de zorginstellingen zich bevinden, varieert sterk. Op het niveau van de regio zijn samenwerkingsverbanden ontstaan die kunnen leiden tot het ontwikkelen en implementeren van een kwaliteitssysteem dat individuele zorginstellingen overstijgt. Een veelgenoemd voorbeeld is de Regionale Ambulance Voorziening. Er zijn andere voorbeelden, maar ook hier geldt dat deze ontwikkeling zich nog in het beginstadium bevindt. Deelnemende zorginstellingen ondervinden vooralsnog vooral problemen bij het gezamenlijk registreren van gegevens.
Bijna alle zorgaanbieders in de regio's stellen een kwaliteitsjaarverslag op. De zorgaanbieders hebben moeite met het schrijven van een kwaliteitsjaarverslag, zowel wat betreft de inhoud als de vorm. Er is een vrij grote consensus over het feit dat het kwaliteitsjaarverslag nu nog niet functioneert zoals het in de wet bedoeld is: namelijk als instrument om extern verantwoording af te leggen. De RPCP's (adressanten van het kwaliteitsjaarverslag) ontvangen deze kwaliteitsjaarverslagen overigens niet allemaal. De RPCP's menen onvoldoende gefaciliteerd te worden in hun taak als beoordelaars van het kwaliteitsjaarverslag.
In bijna alle regio's geven de regionale partijen aan dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg na de invoering van de Kwaliteitswet zorginstellingen heeft moeten zoeken naar de invulling van de eigen rol. Dit had tot gevolg dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg geen eenduidige koers voer. Het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg verschilt ook nu per sector en per regio. De mate waarin de regionale partijen tevreden zijn over de invulling van de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg lijkt samen te hangen met goede contacten met de Inspecteur enerzijds en een heldere koers van de Inspectie voor de Gezondheidszorg anderzijds. Wat dit laatste betreft is in de meeste regio's een positief geluid te horen: men constateert dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg zich heeft beraden op haar rol en deze nu proactiever gaat uitvoeren.
Het patiëntenperspectief omvat vier dimensies, namelijk zelfbeschikking; de patiënt als burger/ondeelbaarheid van de persoon; individuele diversiteit en rechtvaardige verdeling/ gelijke toegang tot de zorg. In de Kwaliteitswet zorginstellingen staat het begrip verantwoorde zorg onder andere omschreven als 'patiëntgericht' en 'afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. De zorgaanbieders in de regio geven aan dat zij deze notie in hun beleid integreren door contacten met individuele bewoners (in het primaire proces, maar ook via tevredenheidsmetingen), contacten met de cliëntenraad en eventueel met een categoriale of regionale patiënten/consumentenorganisatie. De zorgaanbieders besteden naar eigen zeggen in beperkte mate beleidsmatige aandacht aan zorgvragen van specifieke groepen, zoals vrouwen, allochtonen en personen met een lage sociaal-economische status. Dit gebeurt in speciale programma's, in projecten en in de werving van nieuw personeel. Het grootste deel van het zorgaanbod is echter generiek van aard. In het primaire proces wordt de hulpverlener dan geacht om aan het patiëntenperspectief van de individuele patiënt recht te doen.
De Kwaliteitswet zorginstellingen heeft de verantwoordelijkheid voor het kwaliteitsbeleid in eerste instantie bij de zorgaanbieders gelegd. Deze dienen echter overleg te plegen over het kwaliteitsbeleid met patiënten/consumentenorganisaties en de zorgverzekeraar/het zorgkantoor. Dit blijkt in toenemende mate te gebeuren, maar vooral nog op het niveau van projecten. Structurele contacten over de kwaliteit van zorg van zorgaanbieders met patiënten/consumentenorganisaties verlopen vooral via de eigen cliëntenraad. Met de zorgverzekeraar/het zorgkantoor wordt overleg gevoerd, maar de kwaliteit van zorg staat meestal niet (hoog) op de agenda.

4.3 Beoordeling van de verantwoordelijkheidstoedeling vanuit de systematiek van de wet

De Kwaliteitswet zorginstellingen heeft tot doel een zodanig systeem van verantwoordelijkheidstoedeling tussen zorgaanbieders en de overheid te realiseren, dat de zorgaanbieders zoveel mogelijk zelf de verantwoordelijkheid krijgen voor de bevordering en de bewaking van de kwaliteit van de zorgverlening. De zorgaanbieder doet dit in overleg met andere zorgaanbieders, met patiënten/consumentenorganisaties en met zorgverzekeraars. De rol van de overheid ligt in het wettelijk vastleggen van de algemene voorwaarden waarbinnen de eigen verantwoordelijkheid vorm kan krijgen, in het vastleggen en handhaven van de norm voor verantwoorde zorg en in het optreden in gevallen dat de kwaliteit van de verleende zorg daartoe aanleiding geeft. In deze paragraaf staat de vraag centraal op welke wijze de verschillende partijen invulling hebben gegeven aan hun verantwoordelijkheid, de samenhang tussen deze verantwoordelijkheden en de verhouding tot andere wettelijke verantwoordelijkheden. Achtereenvolgens komen aan de orde de beoordeling van de verantwoordelijkheidstoedeling door de zorgaanbieders, de patiënten/consumentenorganisaties, de zorgverzekeraars en de zorgkantoren, de overheid en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Vervolgens wordt ingegaan op de samenhang van de Kwaliteitswet zorginstellingen met andere wetgeving. Aan het einde van deze paragraaf worden enkele conclusies getrokken ten aanzien van de verantwoordelijkheidstoedeling vanuit de systematiek van de wet.

4.3.1 De zorgaanbieders

De zorginstellingen hebben op diverse wijze invulling gegeven aan de eigen verantwoordelijkheid die in de Kwaliteitswet zorginstellingen staat omschreven. Bij de meeste zorginstellingen staat het verbeteren van de kwaliteit van zorg via een (integraal) kwaliteitssysteem, waarmee ook extern verantwoording kan worden afgelegd, hoog in het vaandel. In hoeverre dit alles nu reeds leidt tot verantwoorde zorg is volgens de zorginstellingen nog lastig aan te geven. Men geeft aan meer dan vijf jaar nodig te hebben om datgene wat men doet op het terrein van kwaliteit ook zichtbaar en toetsbaar te maken.
De zorginstellingen stellen over het algemeen dat de Kwaliteitswet zorginstellingen hen voldoende ruimte geeft om de eigen verantwoordelijkheid waar te maken. Toch zijn er enkele kanttekeningen. Het feit dat de Kwaliteitswet zorginstellingen geschreven is vanuit de idee dat zorginstellingen elk hun eigen zelfstandige zorgaanbod hebben waar zij verantwoordelijkheid voor moeten dragen levert nog een probleem op: wie is verantwoordelijk voor zorgaanbod dat de individuele zorginstelling overstijgt (ketenzorg, transmurale zorg, etc.)? Daarnaast wordt door enkele kleine zorginstellingen opgemerkt dat de Kwaliteitswet zorginstellingen lijkt te zijn gemaakt ‘op maat’ van grotere zorginstellingen. Deze instellingen beschikken over een management dat de verantwoordelijkheden in het kader van de kwaliteit van zorg kan bewaken. De scoop van de Kwaliteitswet zorginstellingen levert kleine zorginstellingen problemen op bij het invullen van hun verantwoordelijkheid. Verder wordt door diverse zorginstellingen opgemerkt dat de ruimte die de Kwaliteitswet zorginstellingen biedt soms wel heel erg groot is. Formeel mag het dan zo zijn dat de verantwoordelijkheden goed omschreven zijn, in de praktijk blijkt het relatief gemakkelijk om deze verantwoordelijkheden te omzeilen of te negeren. Niet alle zorginstellingen zijn het hier overigens mee eens, zoals blijkt uit de volgende uitspraak: “De wet legt onontkoombaar vast wat je moet doen”. De zorginstellingen zijn wel van oordeel dat de verantwoordelijkheden in de loop van de tijd steeds verder ingevuld gaan worden. Dit is een kwestie van tijd.

4.3.2 De patiënten/consumentenorganisaties

De RPCP's hebben invulling gegeven aan de eigen verantwoordelijkheid volgens de Kwaliteitswet zorginstellingen door hun overleggen en samenwerkingsrelaties met zorginstellingen in het kader van de kwaliteit van zorg. Dit gebeurt meestal in de vorm van projecten, maar ook structurele relaties met betrekking tot kwaliteitsbeleid van zorginstellingen komen voor. Verder voeren de RPCP's externe toetsingen uit en de meeste RPCP's (bijvoorbeeld het PCL in Limburg) beoordelen, meestal op projectbasis, kwaliteitsjaarverslagen. Daarnaast hebben de meeste RPCP's een actief beleid ter ondersteuning van de cliëntenraden van de zorginstellingen. Een knelpunt bij het nemen van verantwoordelijkheid voor de RPCP's in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen is dat zij nog niet in alle regio's en door alle zorginstellingen als partner bij het kwaliteitsbeleid worden gezien. Zeker na de installatie van cliëntenraden door de invoering van de WMCZ weten zorginstellingen soms niet welke 'patiënten/consumentenorganisatie' men dient aan te spreken. Sommige zorginstellingen doen sowieso liever zaken met de eigen cliëntenraad.
De meerderheid van de RPCP's is van oordeel dat zij vanuit de Kwaliteitswet zorginstellingen voldoende ruimte hebben om de eigen verantwoordelijkheid waar te maken. Sommige zijn van oordeel dat de verantwoordelijkheid van de zorginstellingen wel iets nader gedefinieerd zou kunnen worden, zodat duidelijker is waaraan de zorginstellingen gehouden kunnen worden. De RPCP's zijn over het algemeen nog niet erg tevreden over de wijze waarop zij invulling hebben gegeven aan hun eigen verantwoordelijkheid. Zij wijten dit voor een belangrijk deel aan de onvoldoende en niet structurele financiering van hun taken vanuit de Kwaliteitswet zorginstellingen. Dit zou beter geregeld moeten worden, zo stelt men. Immers, als de wetgever de platforms bepaalde verantwoordelijkheden geeft in het kwaliteitsbeleid, dan moeten de platforms ook in staat worden gesteld deze verantwoordelijkheden waar te maken.

Deze RPCP's in de regio's worden hierin ondersteund door de NPCF. Volgens de NPCF is er nog onvoldoende geïnvesteerd in de inbreng van de cliënt. Hierdoor is het begrip verantwoorde zorg nog onvoldoende ingevuld vanuit het patiëntenperspectief. Patiëntenorganisaties hebben in de loop der jaren voor veel sectoren kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief ontwikkeld. Deze criteria zijn echter nog onvoldoende gebruikt om het begrip verantwoorde zorg in te vullen. Er is bovendien behoefte aan meer specifieke criteria per patiëntencategorie en per zorgaanbieder, maar ook aan uitkomstindicatoren en aan normen wat minimaal in verstrekkingen van zorgverzekeraars moet zitten. Hierover moeten met de verschillende partijen nadere afspraken gemaakt worden.

4.3.3 De zorgverzekeraars en de zorgkantoren

De zorgverzekeraars/zorgkantoren hebben invulling gegeven aan de eigen verantwoordelijkheid door hun prioriteiten te verleggen van contractering op basis van prijs, naar contractering op basis van prijs-kwaliteitverhouding. Sommige zorgverzekeraars hebben deze slag reeds gemaakt, de meeste zijn hier echter nog volop mee bezig. Opgemerkt moet worden dat uit deze 'cultuuromslag' bij slechts enkele zorgverzekeraars concreet nieuw beleid is voortgekomen.
De zorgverzekeraars zijn nog niet tevreden over de invulling van de eigen verantwoordelijkheid in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen. De meeste stellen dat dit "beter moet". Overigens lijken de zorgverzekeraars minder moeite te hebben met hun tot nu toe ondergeschikte rol in het overleg over kwaliteit. Enkele zorgverzekeraars geven aan dat dit komt doordat zij over andere middelen beschikken om zich te laten horen, namelijk de financiering. De meeste zorgkantoren stellen dat de ruimte in de Kwaliteitswet zorginstellingen weliswaar voldoende is om te kunnen opereren in het veld, maar dat de AWBZ-middelen dusdanig geoormerkt zijn dat deze vrijheid enorm wordt ingeperkt. Dit roept de vraag op wat precies de

mogelijkheden van het zorgkantoor zijn om de kwaliteit van zorg van zorginstellingen te beïnvloeden.

Ook tijdens de landelijk interviewronde geven de zorgverzekeraars aan dat zij maar beperkte mogelijkheden zien om de medeverantwoordelijkheid voor kwaliteit vorm te geven. Volgens Zorgverzekeraars Nederland is de speelruimte van de zorgverzekeraars op het terrein van de AWBZ-zorg en de Ziekenfondswet beperkt. Dat heeft niet alleen te maken met de ruimte die deze wet- en regelgeving biedt, maar ook door het feit dat als gevolg van capaciteitstekorten de keuzemogelijkheden beperkt zijn. Het overleg over contractering wordt sterk gedomineerd door afspraken over volume en prijs. Erkend wordt dat het voor zorgverzekeraars die niet betrokken zijn bij de vaststelling van normen ook moeilijk is om in het kader van contractering deze normen te hanteren. ZN adviseert haar leden om bij het overleg over contractering de kwaliteitsjaarverslagen op te vragen. Enkele zorgverzekeraars doen dat.

Zorgverzekeraars hechten veel waarde aan de toepassing van kwaliteitssystemen en HKZ- of NIAZ-schema's die daaraan ten grondslag liggen. De volgende stap, het hanteren van outputindicatoren heeft nadrukkelijk de belangstelling van de zorgverzekeraars. Outputindicatoren moeten echter voldoende gedragen worden door de partijen en bij gebrek aan keuzemogelijkheden voor zorgverzekeraar en patiënt is de waarde beperkt.
Zorgverzekeraars worden volgens ZN nog maar in zeer beperkte mate betrokken bij veranderingen in de zorg die onder meer het gevolg zijn van kwaliteitstoetsingen. Zorgverzekeraars zijn bereid om te investeren in kwaliteit als zij zicht hebben op de effecten van deze investeringen. ZN hebben samen met de NPCF en de Consumentenbond een convenant getekend waarbij op basis van de Leidschendamafspraken enkele gezamenlijke trajecten worden uitgewerkt. Het doel van de trajecten is meer inzicht te krijgen in de wensen en verwachtingen van patiënten ten aanzien van het zorgaanbod en de zorgverzekeraar. Daarmee willen de zorgverzekeraars de gezamenlijke betrokkenheid bij kwaliteitszorg, en met name bij het ontwikkelen van richtlijnen in de regio vergroten.

Overigens zetten verschillende brancheorganisaties vraagtekens bij de rol van de zorgverzekeraars op het terrein van kwaliteit van zorg, zo blijkt uit de interviewronde. De positie van de zorgverzekeraars in de Kwaliteitswet zorginstellingen is volgens deze koepels niet helder. In hoeverre zijn zorgverzekeraars gebonden om verantwoorde zorg te leveren? Hoever gaat de zorgplicht van zorgverzekeraars? Is het acceptabel als zorgverzekeraars zich primair richten op kostenreductie en kwaliteit van zorg daaraan ondergeschikt maken? Als zorgverzekeraars internationaal gaan inkopen, in hoeverre zijn ze dan gebonden om zorg van goede kwaliteit in te kopen? Als zorgverzekeraars verplicht zouden worden om zorg van goede kwaliteit te leveren, op welke wijze wordt hierop toezicht uitgeoefend? Een koepel van zorginstellingen stelt dat de Kwaliteitswet zorginstellingen alle ruimte aan zorgverzekeraars biedt om op prijs en niet op (professionele) kwaliteit te concurreren. Marktwerking doorkruist volgens deze brancheorganisatie de werking van de Kwaliteitswet zorginstellingen, omdat daarbij andere commerciële en financiële belangen een rol gaan spelen. Op dat moment is er onvoldoende houvast om te toetsen of er sprake is van verantwoorde zorg.

4.3.4 De overheid

In het hiernavolgende gaat het over de beoordeling door de veldpartijen van de rol van de overheid bij de implementatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen. De vraag is of de overheid zich houdt aan de rol zoals die in deze wet is omschreven en of de overheid voldoende randvoorwaarden creëert om de eigen verantwoordelijkheid van de betrokken partijen tot zijn recht te laten komen.
De deelnemers aan de regionale bijeenkomsten zijn het goeddeels eens over het feit dat de overheid, conform de Kwaliteitswet zorginstellingen, is teruggetreden. De invulling van het kwaliteitsbeleid wordt daadwerkelijk overgelaten aan de veldpartijen. De meeste deelnemers zijn hier tevreden over, hoewel een enkeling terugverlangt naar een regulerende overheid die bepaalt wat verantwoorde zorg is. Door velen wordt echter geconstateerd dat de Kwaliteitswet zorginstellingen een nieuwe en moderne wet is met een geheel andere filosofie dan andere wetten die in de gezondheidszorg gelden. Zo is in de Kwaliteitswet zorginstellingen geregeld dat het veld verantwoordelijk is voor het invullen van het begrip verantwoorde zorg, maar de vrijheid die de overheid hiermee aan de veldpartijen geeft, wordt via andere wetgeving weer (gedeeltelijk) door de overheid naar zich toegetrokken. Vaak is in dit kader de regelgeving op het terrein van de legionellabestrijding genoemd. Er zijn blijkbaar zaken op het terrein van de kwaliteit van zorg waar de overheid zich direct mee wil bemoeien. De deelnemers zijn het onderling niet eens over de vraag of dit legitiem is. Ook wet- en regelgeving die op het eerste oog niet direct met de invulling van verantwoorde zorg te maken heeft, loopt soms dwars door de eigen verantwoordelijkheid van de veldpartijen heen. Een veel genoemd voorbeeld is het feit dat AWBZ-gelden voor een zeer belangrijk deel geoormerkt zijn. Dit beperkt de vrijheid van zorgkantoren om de middelen op een naar eigen inzicht ‘verantwoorde’ manier toe te kennen. Hetzelfde geldt voor de contracteerplicht waarmee de zorgkantoren te maken hebben. Kortom, de deelnemers aan de regionale bijeenkomsten zijn het eens over het feit dat de overheid zich in het kwaliteitsbeleid heeft teruggetrokken ten gunste van de veldpartijen, maar (aanpalende) wet- en regelgeving is soms geschreven vanuit een andere besturingsfilosofie. Dit kan in de praktijk erg botsen.
Een punt van meer algemene aard dat naar voren is gebracht, is dat deregulering door de overheid soms weer regulering oproept. Een voorbeeld hiervan is het nieuwe systeem van indicatiestelling, waarbij de overheid zich weliswaar heeft teruggetrokken, maar waarvoor een heel scala aan nieuwe regelgeving tot stand moet komen. Zorginstellingen die te maken hebben met meerdere ‘overheden’ (TBS-klinieken hebben te maken met wet- en regelgeving vanuit meerdere ministeries, zo werd in de regio Utrecht opgemerkt) constateren bovendien dat afstemming tussen deze overheden ontbreekt.
Voor wat betreft het creëren van randvoorwaarden is in de meeste regionale bijeenkomsten opgemerkt dat de overheid hierin tekort is geschoten. “De overheid denkt dat als een wet in het Staatsblad is verschenen, dan alles vanzelf goedkomt”. De heersende opinie is dat - ondanks dat de Kwaliteitswet zorginstellingen een kaderwet is die de verantwoordelijkheden voor de kwaliteit van de zorg aan het veld toebedeelt – extra inzet van middelen door de overheid toch gerechtvaardigd is. Met deze middelen zouden de randvoorwaarden gecreëerd kunnen worden voor partijen om hun rol en verantwoordelijkheid zoals die in de Kwaliteitswet zorginstellingen omschreven is, ook daadwerkelijk op zich te nemen. Vaak genoemde randvoorwaarden zijn de ontwikkeling en implementatie van ICT-toepassingen, het opzetten van benchmarkonderzoek, maar vooral het faciliteren van de RPCP’s zodat zij hun rol daadwerkelijk kunnen waarmaken. Door diverse deelnemers is overigens ingebracht dat de overheid wel degelijk middelen ter beschikking stelt voor implementatie en het creëren van randvoorwaarden, bijvoorbeeld door de facilitering van de landelijke brancheorganisaties en de ondersteuning van de Leidschendam-conferenties. Dit zijn volgens deze deelnemers positieve bijdragen van de overheid aan de randvoorwaarden waarbinnen partijen hun eigen verantwoordelijkheid kunnen nemen.

In het interview met het ministerie van VWS komt de verantwoordelijkheid van het ministerie in het ondersteunen van de partijen bij het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid aan de orde. Het ministerie van VWS ziet het als haar verantwoordelijkheid om partijen te ondersteunen met subsidies om een kwaliteitsinstrumentarium te ontwikkelen. De ondersteuning van de ontwikkeling van een kwaliteitsinstrumentarium is sectorspecifiek vormgegeven. De ondersteuning van de inbreng van patiënten/consumenten is via het patiëntenbeleid geregeld. De inbreng van zorgverzekeraars in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen is weerbarstig. De Stichting HKZ is in navolging van een advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg gesubsidieerd om de harmonisatie van de certificatieprocedures te bevorderen, met name door eenduidigheid in de normstelling te stimuleren om zo versplintering te voorkomen. Daarnaast is de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten ook bevorderd door het subsidiëren van het CBO en het faciliteren van de meerjarenafspraken.
De ontwikkelingen in de kraamzorg zijn voor VWS een belangrijke casus geweest om na te gaan of de systematiek van de Kwaliteitswet zorginstellingen opgewassen is tegen ontwikkelingen als scherpe concurrentie tussen zorginstellingen en zorgverzekeraars waarbij zorg wordt aangeboden beneden de kostprijs. Verontrustende signalen hierover bereikten het ministerie via de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het veld. Hoewel de Kwaliteitswet zorginstellingen aan de overheid de ruimte biedt om in te grijpen en zelf minimale kwaliteitseisen vast te stellen heeft het ministerie besloten de ontwikkelingen in het veld even aan te zien. Het veld (thuiszorg, verloskundigen en zorgverzekeraars) heeft naar aanleiding van deze ontwikkelingen zelf kwaliteitseisen opgesteld waaraan zorgaanbieders moeten voldoen. Voor het ministerie is dit een belangrijke ervaring geweest. Bij het ontwerpen van de Kwaliteitswet zorginstellingen is uitgegaan van een zwevend kwaliteitsbegrip. Het ministerie hanteerde daarbij de veronderstelling dat er alleen maar kwaliteitsverbetering aan de orde zou zijn, maar het blijkt uit de praktijk dat de kwaliteit ook kan verslechteren. De conclusie van het ministerie is dat in een situatie van toenemende druk door concurrentie en marktwerking in een sector van de gezondheidszorg de kwaliteit van de aangeboden zorg onder druk komt te staan. Het instrumentarium en de normstelling van de Kwaliteitswet zorginstellingen zijn dan blijkbaar niet robuust genoeg om te voorzien in een soort ‘kwaliteitsvloer’. De robuustheid kan worden verbeterd door de wet te veranderen, de uitvoering te verbeteren of de instrumenten van de wet aan te scherpen.

De rol van de gemeentelijke overheid bij het kwaliteitsbeleid in de regio is in de regionale bijeenkomsten niet aan de orde geweest. Wel kwam dit onderwerp ter sprake tijdens het interview met de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG). De gemeenten hebben in de Kwaliteitswet zorginstellingen geen formele taak toegewezen gekregen. De gemeenten krijgen echter volgens de VNG steeds meer een regierol in de gezondheidszorg op het terrein van het afstemmen van voorzieningen op de vragen van burgers en het ontwikkelen van samenwerkingsketens tussen voorzieningen. Dat kan alleen als de gemeente ook een notie heeft van kwaliteitsbeleid. Als gevolg van de stelselherziening zullen meer taken bij de gemeenten komen te liggen. De verwachting is dat gemeenten zorginstellingen gaan contracteren. Dan zullen er ook eisen gesteld worden aan de kwaliteit. Een andere ontwikkeling is de totstandkoming van een integrale jeugdgezondheidszorg (0-19 jaar) onder de regie van de gemeente.
Het lastige daarbij is dat de gemeente altijd meerdere rollen moet combineren: die van zorgaanbieder, financier/contractant, bemiddelaar (op het terrein van ruimtelijke ordening) en als belangenbehartiger van de burger. Tot nu toe hebben de meeste gemeenten het gezondheidsbeleid benaderd vanuit een financiële invalshoek, waarbij vooral de voorwaardenscheppende rol aan de orde was. Nu neemt de VNG op dit terrein een kentering waar, waarbij ook kwaliteitsbeleid in zicht komt. Gezien de vele verantwoordelijkheden blijft dit moeizaam. De gemeenten zijn betrokken bij de ontwikkeling van zorgketens op het terrein van de ouderenzorg en hebben een belangrijke verantwoordelijkheid bij het creëren van voorwaarden voor goede

voorzieningen, bijvoorbeeld bij de vestiging van huisartsen in HOED-constructies (Huisartsen Onder Een Dak). De vier grote steden hebben meer mogelijkheden om deze bevoegdheden ruim op te vatten. Zo is in Amsterdam de gemeente betrokken bij plannen van zorgverzekeraar ZAO en woningcorporatie Het Oosten om in de nieuwe woonwijk IJburg een geïntegreerde infrastructuur van wonen en zorg op te zetten.
Een belangrijke doorbraak is het Nationaal Contract waarbij het ministerie van VWS, het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en GGD-Nederland een contract hebben ondertekend, waarbij zij zich verplichten tot het versterken van het gemeentelijk gezondheidsbeleid. In dit contract wordt gekozen voor het uitbouwen van het lokaal gezondheidsbeleid (het stimuleren van gelijke kansen, gezondheidsbevordering en samenwerking tussen zorg en openbare gezondheidszorg) door een meer integrale beleidsvoering van gemeenten en GGD'en. Daarnaast wordt gestreefd naar samenhang (lokaal en landelijk) in beleid en naar een kennisinfrastructuur. De gemeenten bepleiten een wijziging van de wet op de collectieve preventie, waardoor de basistaken van de openbare gezondheidszorg een meer verplichtend karakter krijgen en gemeenten hiervoor ook gefinancierd worden. De gemeenten willen ook kunnen beschikken over meer systematische kennis en informatie over gezondheidsproblemen en inzicht in de effecten van het beleid.

De positie van de GGD in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen is complex. De GGD is een hybride organisatie: ambtelijke dienst volksgezondheid en uitvoerende zorginstelling. GGD Nederland is van oordeel dat de GGD als geheel onder de Kwaliteitswet zorginstellingen moet vallen. In de praktijk zijn onder invloed van fusies en schaalvergroting veel GGD'en zodanig gegroeid dat de verantwoording ten opzichte van de gemeente onvoldoende functioneert. De argumenten van GGD Nederland worden door de Vereniging Nederlandse Gemeenten niet tegengesproken. De gemeenten zijn niet in staat het toezicht op de kwaliteit van zorg bij GGD'en op zich te nemen. Het is eerder zo dat de GGD voor de gemeente een toezichthoudende rol heeft. De GGD heeft voor de gemeenten een belangrijke functie in het kader van de versterking van het lokale gezondheidsbeleid. Dat hoeft echter de toezichthoudende taak van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het kader van de naleving van de Kwaliteitswet zorginstellingen niet in de weg te staan.

4.3.5 De Inspectie voor de Gezondheidszorg

In de regio's bestaat een algemene indruk dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg langzaam in haar rol aan het groeien is. Een veelgehoorde opmerking is dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg bij de introductie van de Kwaliteitswet zorginstellingen niet wist hoe de eigen rol vorm te geven. De meeste zorginstellingen stellen dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg het toen liet afweten. Nu, zo geeft men aan, lijkt de Inspectie voor de Gezondheidszorg beter raad te weten met de eigen verantwoordelijkheid en komen de contacten weer op gang.
Indien er sprake is van contacten met de Inspectie voor de Gezondheidszorg waarbij de Inspecteur 'de Kwaliteitswet zorginstellingen in het achterhoofd heeft', dan zijn de betrokken zorginstellingen meestal tevreden over deze contacten. Men is minder te spreken over de onduidelijkheden in de aard (thematisch versus algemeen bezoek) en frequentie (wanneer komt de Inspectie weer?) van de contacten. Sommige zorginstellingen benaderen de Inspectie voor de Gezondheidszorg zelf als het gaat om zaken die de kwaliteit van de zorg betreffen. De zorginstellingen willen dan advies van de Inspectie voor de Gezondheidszorg of een bepaalde praktijk 'verantwoord' is. De rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg wordt overigens meestal meer ervaren als adviserend dan als toezichthoudend.
In de landelijke interviewronde geeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg aan in grote lijnen tevreden te zijn met haar rol in de Kwaliteitswet zorginstellingen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg is ingenomen met de wettelijke onderbouwing die haar natuurlijke taken in de Kwali-

teitswet zorginstellingen heeft gekregen. Tot de invoering van de Kwaliteitswet zorginstellingen waren deze taken in diverse verspreide artikelen in de Ziekenfondswet en in andere wet- en regelgeving ondergebracht. Nu zijn deze in één overzichtelijke wet verankerd. De Inspectie voor de Gezondheidszorg kan met het begrip verantwoorde zorg goed uit de voeten, hoewel de norm doelmatigheid moeilijk eenduidig is te definiëren. In het kader van het algemeen en thematisch toezicht is door de Inspectie voor de Gezondheidszorg voor elke sector een normenkader verzameld. Aan dit normenkader ligt het volgende stramien ten grondslag: De normering zoals in de Kwaliteitswet zorginstellingen is vastgelegd (patiëntgericht, doelmatig en doeltreffend) aangevuld met de normering zoals die in de WKCZ, de WGBO en de WMCZ is vastgelegd, en de veldnormen en standaarden van brancheorganisaties. Het normenkader voor een bepaalde sector wordt voor commentaar nog voorgelegd aan de beroepsgroep of brancheorganisatie.
De Inspectie voor de Gezondheidszorg streeft ernaar een organisatie te worden die ook aangesproken kan worden op haar eigen normen.

4.3.6 Samenhang met andere wetgeving

In het hiernavolgende gaat het om de vraag of de samenhang van de Kwaliteitswet zorginstellingen met andere (patiënten)wetgeving voldoende helder is in het oordeel van de veldpartijen. Met deze wetgeving wordt bedoeld de Wet BIG, de WGBO, WKCZ en de WMCZ.
De meeste deelnemers aan de regionale bijeenkomsten zijn het er over eens dat de bovengenoemde wetten voldoende samenhang hebben met de Kwaliteitswet zorginstellingen. De algemene beleving is dat de Kwaliteitswet zorginstellingen een kaderwet is (een paraplu, een kapstok, etc.) waaronder de andere genoemde wetten sorteren. De deelnemers die niet eerder een logische samenhang tussen de bovengenoemde wetten en de Kwaliteitswet zorginstellingen gezien hebben, menen dat in de praktijk de wetten in ieder geval niet botsen.
Door sommige deelnemers wordt echter wel aangegeven dat een inconsistentie bestaat in het benoemen van de patiënt/cliënt in de diverse wetten. De ene keer wordt de individuele patiënt aangesproken, de andere keer de cliëntenraad en soms het RPCP. Dit kan legitiem zijn, maar de samenhang hierin zou best wat beter kunnen worden uitgelegd naar het oordeel van deze deelnemers. Verder is opgemerkt dat harmonisatie van bijvoorbeeld de verslagleggingsdata in de diverse wetten een positief effect zou hebben. Nu moeten zorginstellingen op diverse momenten in het jaar rapporteren over zaken die veel met elkaar te maken hebben.

4.3.7 Conclusies

Hier worden enkele conclusies getrokken ten aanzien van de verantwoordelijkheidstoedeling vanuit de systematiek van de Kwaliteitswet zorginstellingen.
De zorgaanbieders in de regio's stellen dat de Kwaliteitswet zorginstellingen hen voldoende ruimte geeft om de eigen verantwoordelijkheid waar te maken. Het daadwerkelijk invullen van de eigen verantwoordelijkheid is een proces dat nog in volle gang is. De zorgaanbieders in de regio's zijn bijna unaniem in hun oordeel dat de Kwaliteitswet zorginstellingen nog enige jaren nodig heeft om volledig geïmplementeerd te worden, maar dat de ingeslagen weg positief is en moet worden gevolgd.
De RPCP's in de regio's stellen dat de Kwaliteitswet zorginstellingen hen voldoende ruimte geeft om de eigen verantwoordelijkheid waar te maken. Wel wordt door sommigen opgemerkt dat de ruimte van de zorgaanbieders soms wel heel groot is. Deze RPCP's pleiten voor een nadere invulling van de taken van de zorgaanbieder (met name op het terrein van overleg en samenwerking met patiënten/consumentenorganisaties), zodat zij de zorgaanbieder hierop beter kunnen aanspreken.
Het daadwerkelijk invullen van de eigen verantwoordelijkheid vanuit de Kwaliteitswet zorginstellingen door de regionale patiënten/consumentenorganisaties lukt steeds beter, maar er zijn een

aantal belemmerende factoren. Zo geven de RPCP's unaniem aan dat zij onvoldoende gefaciliteerd worden voor de taken die zij vanuit de Kwaliteitswet zorginstellingen krijgen toebedeeld. De beoordeling van bijvoorbeeld kwaliteitsjaarverslagen komt hierdoor bij de meeste RPCP's niet structureel van de grond. Hoewel de meeste RPCP's hierin een stijgende lijn zien, wordt het RPCP nog niet door alle zorgaanbieders gezien en aangesproken als vertegenwoordiger van de regionale patiëntenbelangen. Sommige zorgaanbieders menen dat het verwarrend is om met meerdere patiëntenclubs (cliëntenraad in het kader van de WMCZ, het RPCP in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen) om de tafel te moeten. De kwaliteitscriteria die de afgelopen jaren vanuit het patiëntenperspectief op landelijke en regionaal niveau zijn ontwikkeld moeten volgens de deelnemers door zorginstellingen meer worden gebruikt om het begrip verantwoorde zorg in te vullen.
De zorgverzekeraars en de zorgkantoren in de regio's stellen dat zij niet goed uit de voeten kunnen met de verantwoordelijkheid die zij vanuit de Kwaliteitswet zorginstellingen toebedeeld hebben gekregen. De wet als zodanig is duidelijk: zorgaanbieders moeten met zorgverzekeraars/zorgkantoren overleg voeren over het kwaliteitsbeleid. Dit lukt echter maar in zeer beperkte mate. De contracteerplicht (voor zorgkantoren), de schaarste in de gezondheidszorg en het gebrek aan transparantie van (de kwaliteit van) het zorgaanbod zorgen ervoor dat de eigen verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar/het zorgkantoor niet goed uit de verf komt. Dit beeld wordt bevestigd door Zorgverzekeraars Nederland die erkennen dat het overleg met zorgaanbieders sterk gedomineerd wordt door afspraken over volume en prijs. Zorgverzekeraars zijn tot op heden onvoldoende betrokken geweest bij het ontwikkelen van kwaliteitscriteria. Zorgaanbieders geven aan dat de Kwaliteitswet zorginstellingen aan zorgverzekeraars de ruimte biedt om te concurreren op prijs en niet op kwaliteit.
De regionale partijen stellen dat de overheid zich houdt aan de rol zoals die in de Kwaliteitswet zorginstellingen is omschreven. Men is tevreden over het feit dat de overheid zich heeft teruggetrokken om ruimte te maken voor de verantwoordelijkheid van de regionale partijen. Minder tevreden is men over de facilitering van met name de taken die het RPCP in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen moet uitvoeren. De overheid hecht groot belang te hechten aan haar faciliterende taak. Dit is onder andere tot uiting gekomen in de ondersteuning van de SHKZ en de facilitering van de Leidschendamconferenties. De overheid is van mening dat het in principe niet haar taak is om, daar waar dit niet gebeurt, minimumeisen voor kwaliteit te formuleren. Het aanscherpen van het instrumentarium van de Kwaliteitswet zorginstellingen is een manier om er voor te zorgen dat in alle sectoren criteria voor verantwoorde zorg worden ontwikkeld en gehanteerd.
De gemeentelijke overheid heeft in de Kwaliteitswet zorginstellingen geen formele rol. De gemeenten krijgen echter steeds meer een regierol in het lokale gezondheidszorgbeleid. Daarom is het belangrijk dat gemeenten betrokken zijn bij het kwaliteitsbeleid op het lokale niveau.
De Inspectie voor de gezondheidszorg groeit langzaam in haar rol, zoals die in de Kwaliteitswet zorginstellingen is vastgelegd. De Inspectie voor de Gezondheidszorg zelf is tevreden met haar rol en is momenteel bezig met het verzamelen van normenkaders met betrekking tot kwaliteit in alle sectoren van de gezondheidszorg.
De regionale partijen zijn het er over eens dat de samenhang van Kwaliteitswet zorginstellingen met de Wet BIG, de WGBO, WKCZ en de WMCZ helder is. De Kwaliteitswet zorginstellingen is een kaderwet, waaronder de andere wetten kunnen sorteren. De verslagmomenten van de diverse wetten zouden wel geharmoniseerd kunnen worden.

4.4 Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie

Door de deelnemers aan de regionale bijeenkomsten zijn diverse belemmerende en bevorderende factoren genoemd die bij de implementatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen een rol hebben gespeeld. Hieronder worden deze factoren besproken. Ook zijn diverse neveneffecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen benoemd. Deze paragraaf wordt afgesloten met enkele conclusies.

4.4.1 Bevorderende factoren

Er is een groot aantal bevorderende factoren genoemd die bij de implementatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen een positieve rol hebben gespeeld. De rol van (sommige van) de brancheorganisaties van zorginstellingen is een bevorderende factor geweest bij de implementatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Immers, zo stellen veel deelnemers, deze brancheorganisaties hebben door middel van lidmaatschapseisen, referentiekaders, benchmarktrajecten en de ontwikkeling van kwaliteitssystemen een nadere invulling gegeven van de Kwaliteitswet zorginstellingen en het begrip verantwoorde zorg. Vooral de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg wordt in dit verband vaak als voorbeeld aangehaald. Deze organisatie heeft door middel van lidmaatschapseisen voor haar leden een invulling gegeven van wat verantwoorde zorg zou kunnen zijn. Eenzelfde rol heeft de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector gespeeld. Door het uitbrengen van de HKZ-schema's hebben veel zorginstellingen een aanknopingspunt gevonden bij de vraag wat verantwoorde zorg is. Dit blijkt wel uit het feit dat de schema's vaak worden toegepast als kwaliteitssystematiek. De Leidschendamafspraken blijken vaak als ijkpunt te worden gebruikt door de veldpartijen. Ook professionele opvattingen over kwaliteit van zorg en intrinsieke motivatie van medewerkers zijn vaak genoemd als bevorderende factoren bij de implementatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen.
Bevorderende factoren die voortkomen uit meer algemeen maatschappelijke ontwikkelingen zijn volgens de deelnemers de opkomst van het maatschappelijk ondernemerschap en de introductie van marktwerkingsprincipes in de zorg.
Aanpalende wetgeving heeft naar het oordeel van veel deelnemers aan de regionale bijeenkomsten een bevorderende rol gespeeld bij de implementatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Immers, de patiëntenwetten, zoals de WMCZ, gaven een nadere invulling van de Kwaliteitswet zorginstellingen zodat de laatstgenoemde verduidelijkt werd. Ook de invoering van persoonsgebonden budgetfinanciering en de beschikbaarheid van zorgvernieuwingsgelden hebben een bevorderende rol gespeeld. De deelnemers geven aan dat deze de veldpartijen gezamenlijk 'dwongen' om de vraag wat verantwoorde zorg is, in te vullen.

4.4.2 Belemmerende factoren

De belangrijkste belemmerende factor is te vatten onder de noemer: 'schaarste in de zorg'. Hiermee worden diverse zaken bedoeld. Allereerst schaarste in gekwalificeerd personeel. De deelnemers menen dat kwaliteitsbeleid staat of valt bij de uitvoering door voldoende en gekwalificeerd personeel. Dit strekt zich volgens diverse deelnemers uit tot aan de opleiding in de gezondheidszorg waarin volgens hen veel te weinig aandacht aan kwaliteitszorg wordt besteed. Verder wordt bedoeld: schaarste in het zorgaanbod. Dit kan schadelijk zijn voor de zorgverzekeraar/het zorgkantoor omdat zij hierdoor in de praktijk geen keuzes kunnen maken gebaseerd op criteria van kwaliteit. Schaarste in het aanbod is ook schadelijk voor patiënten/consumenten, die immers in deze situatie niet kunnen kiezen. Tenslotte wordt met schaarste ook het gebrek aan middelen bedoeld. Diverse zorginstellingen geven aan dat zij kampen met een tekort aan middelen om de zorg überhaupt op een kwalitatief acceptabel niveau de verlenen. Dit komt

volgens deze zorginstellingen doordat zij meer voor dezelfde hoeveelheid geld moeten doen. Hierdoor komen de zorginstellingen niet of onvoldoende toe aan kwaliteitsbeleid. Schaarste aan structurele middelen voor wettelijke taken van de RPCP's vormen eveneens een veelgenoemde ernstige belemmering voor de implementatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Immers, de RPCP's kunnen dan niet voldoen aan de vraag om overleg en samenwerking met zorginstellingen.
Daarnaast werd de soms afwezige of gebrekkige facilitering van overheidswege in brede zin benoemd als belemmering voor de implementatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen, bijvoorbeeld als het gaat om de achterblijvende ontwikkeling en toepassing van ICT in de gezondheidszorg. Marktwerking, ook benoemd als bevorderende factor, kan tevens een belemmering vormen bij de implementatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Dit is het geval als er in 'de markt' onvoldoende condities zijn om de kwaliteit van de zorg te waarborgen, zoals aanvankelijk in de kraamzorg het geval was vóór de introductie van basiskwaliteitseisen (zie paragraaf 3.2.1.).
Een veel gehoorde belemmerende factor is de veelheid van wet- en regelgeving die niet direct met kwaliteit te maken heeft, maar hierop wel invloed uitoefent. Een vaakgenoemd voorbeeld is de Arbo-wetgeving. De eigen verantwoordelijkheid van de zorginstelling inzake het leveren van verantwoorde zorg kan doorkruist worden door bijvoorbeeld het arbeidstijdenbesluit. Soms hebben veldpartijen de indruk dat "de overheid met de ene hand weer neemt, wat het met de andere hand net gegeven heeft". Dit geldt bijvoorbeeld bij de kwestie van vergaande autonomie en verantwoordelijkheid bij de veldpartijen versus extreem gedetailleerde (Europese) regelgeving.
Een laatste belemmerende factor bij de implementatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen die door de deelnemers aan de regionale bijeenkomsten is genoemd is de fusiegolf die door Nederland waart. Los van het feit dat fusies soms juist worden ingezet om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, blijft het een gegeven dat fusieperikelen vaak nogal eens de aandacht voor de kwaliteit van zorg en het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen afleiden.

4.4.3 Neveneffecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen

Tijdens de regionale bijeenkomsten is een aantal neveneffecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen genoemd. Het gaat hierbij zowel om gunstige als om ongunstige neveneffecten. In het hiernavolgende worden deze besproken.
Een gunstig neveneffect dat door velen is benoemd is het feit dat de Kwaliteitswet zorginstellingen ervoor heeft gezorgd dat het onderwerp 'kwaliteit van zorg' onvermijdelijk op ieders agenda is komen te staan. Dit heeft ervoor gezorgd dat de dialoog tussen de drie veldpartijen op gang is gekomen, of verder is gestimuleerd. De wettelijke verankering van de positie van het RPCP in de Kwaliteitswet zorginstellingen heeft er bovendien voor gezorgd dat in diverse regio's is opgemerkt dat het RPCP hierdoor meer gezien wordt als derde partij die betrokken moet worden bij het kwaliteitsbeleid van de zorginstellingen. Ook *binnen* zorginstellingen heeft de dialoog over kwaliteitszorg en kwaliteitsbeleid zich verder ontwikkeld, bijvoorbeeld door een toename van multidisciplinaire samenwerking. Het management van zorginstellingen heeft waar nodig de Kwaliteitswet zorginstellingen kunnen aanwenden als 'legitimatie' voor de aandacht en middelen voor kwaliteitsbeleid. Een laatste gunstig neveneffect is de interne functie van het kwaliteitsjaarverslag. In Zuidoost-Brabant en vele andere regio's is deze functie benoemd. Hoewel het kwaliteitsjaarverslag is bedoeld als instrument voor het afleggen van externe verantwoording, gebruiken veel zorginstellingen het verslag als instrument om binnen de eigen organisatie de stand van zaken te inventariseren of om de eigen medewerkers voor te lichten over het kwaliteitsbeleid van de instelling.
Ongunstige neveneffecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen zijn ook genoemd. Vaak genoemd zijn de toegenomen bureaucratie en de tijd en aandacht die nodig is voor kwaliteits-

beleid. Dit wordt gezien in samenhang met de grote vlucht die kwaliteitssystemen hebben genomen. Hierin schuilt volgens velen het gevaar van het 'blindstaren' op het systeem, in plaats van het uiteindelijke doel, namelijk verbetering van de kwaliteit van zorg. In dit kader vinden sommige deelnemers de Kwaliteitswet zorginstellingen gedeeltelijk verantwoordelijk voor het 'apart zetten' van kwaliteitsbeleid van het andere, reguliere beleid. De kern van kwaliteit is dat het een intergraal onderdeel is van alle facetten van de organisatie en de inhoud van de zorgverlening. Derhalve moet elk risico dat kwaliteit wordt gezien als iets aparts ("kwaliteitsbeleid is het terrein van de kwaliteitsfunctionaris") vermeden worden. Een laatste ongunstig neveneffect volgens diverse deelnemers is de wellicht doorgeschoten nadruk op de tevredenheid van groepen cliënten. Ten eerste, zo stellen diverse deelnemers, moet de professionele autonomie niet uit het oog worden verloren en ten tweede gaat het er uiteindelijk niet om goed te scoren bij cliënttevredenheidsmetingen. Kwaliteit ontstaat in de wisselwerking tussen hulpverlener en patiënt.

4.4.4 Conclusies

Een grote variëteit aan bevorderende en belemmerende factoren is in de regionale bijeenkomsten genoemd. Ook kwamen in elke regionale bijeenkomst neveneffecten ter sprake.
De bevorderende factoren zijn voor een groot deel onder de noemer van 'een infrastructuur voor kwaliteit' te brengen. Met deze infrastructuur worden de landelijke koepels bedoeld, maar ook de Leidschendamafspraken en aanpalende wetgeving.
De belemmerende factoren hebben veelal te maken met schaarste in de zorg, in de brede zin van het woord. Het gaat om schaarste in gekwalificeerd personeel, schaarste in het zorgaanbod en het gebrek aan middelen. Ook genoemd zijn de veelheid aan wet- en regelgeving en de recente fusiegolf bij zorginstellingen in alle sectoren van de zorg.

4.5 De beoordeling door de regionale partijen

In deze paragraaf staat de vraag centraal in hoeverre de Kwaliteitswet zorginstellingen zijn doel bereikt heeft. Achtereenvolgens komen aan de orde de vraag of de Kwaliteitswet zorginstellingen naar het oordeel van de regionale partijen zijn doel bereikt heeft, de veranderingen die sinds 1996 in het kwaliteitsbeleid zijn opgetreden, en de factoren die bij de implementatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen een rol spelen. Aan het einde van deze paragraaf worden enkele conclusies getrokken ten aanzien van de doelbereiking van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

4.5.1 Beoordelingen van de Kwaliteitswet zorginstellingen

Het doel van de Kwaliteitswet zorginstellingen is om de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg voor een belangrijk deel naar de veldpartijen te dereguleren. In het hiervolgende wordt nagegaan of naar het oordeel van de deelnemers van de regionale bijeenkomsten aan dit doel is beantwoord.
De overgrote meerderheid van de deelnemers aan de regionale bijeenkomsten is het eens over het feit dat de Kwaliteitswet zorginstellingen duidelijk heeft gemaakt waar de verantwoordelijkheden ten aanzien van de kwaliteit van zorg liggen: in eerste instantie bij de zorginstellingen en de zorgverzekeraar en de regionale patiënten/consumentenorganisatie. De toedeling van verantwoordelijkheid aan de zorginstellingen is voor bijna iedereen helder: "De wet legt onontkoombaar vast wat je moet doen". Wat betreft de verantwoordelijkheden van de zorgverzekeraar en de regionale patiënten/consumentenorganisatie geven de deelnemers aan dat deze weliswaar helder beschreven zijn in de Kwaliteitswet zorginstellingen, maar dat de daadwerkelijke uitvoering hiervan soms lastig is.

Kortom, het doel van de Kwaliteitswet zorginstellingen, namelijk het leggen van verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg bij de veldpartijen is, in het oordeel van de deelnemers aan de regionale bijeenkomsten, bereikt. Wel worden kanttekeningen geplaatst bij de daadwerkelijke implementatie van deze nieuwe verantwoordelijkheidstoedeling. De deelnemers stellen dat dit proces in ieder geval nog niet voltooid is. De reden die zij hiervoor aandragen is de korte tijd sinds de invoering van de Kwaliteitswet zorginstellingen. De meeste deelnemers vinden dat de systematiek van de wet met de bijbehorende verantwoordelijkheden een goede weg is, die uiteindelijk zal leiden tot een heldere verantwoordelijkheidstoedeling ook in de uitvoering en het leveren van verantwoorde zorg. De overgrote meerderheid van de deelnemers stelt dan ook dat de Kwaliteitswet zorginstellingen niet zou moeten worden afgeschaft, maar de tijd zou moeten krijgen om door het veld echt uitgevoerd te kunnen worden. Een enkeling is minder gelukkig met de verantwoordelijkheidstoedeling aan het veld en verlangt terug naar de tijd dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg referentiekaders uitbracht die fungeerden als een soort pseudo-wetgeving over hoe de kwaliteit van de zorg in te vullen. De consequentie die hieruit logischerwijs volgt, namelijk dat de zorginstellingen hun nieuw verworven eigen verantwoordelijkheid weer inleveren, werd door deze zorginstellingen overigens niet getrokken. Een enkele andere deelnemer stelt dat de zorginstellingen ook zonder de Kwaliteitswet zorginstellingen hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg zouden nemen. Onder invloed van marktprincipes, maar ook door professionaliteit en ethische overwegingen zouden de zorginstellingen als overlevingsstrategie verantwoorde zorg leveren, zo is hun opinie.

4.5.2 Veranderingen in het kwaliteitsbeleid sinds 1996

Hier wordt nagegaan welke veranderingen de deelnemers aan de regionale bijeenkomsten hebben waargenomen sinds de invoering van de Kwaliteitswet zorginstellingen in 1996. Vervolgens wordt ingegaan op de vraag of deze veranderingen op het conto van de wet te schrijven zijn of dat deze veranderingen een eigen dynamiek hebben.
De deelnemers aan de regionale bijeenkomsten geven aan dat het lastig is om na te gaan of veranderingen die zich sinds 1996 in het kwaliteitsbeleid hebben voorgedaan op het conto van de Kwaliteitswet zorginstellingen te schrijven zijn. Al gauw ontstaat een kip-en-ei kwestie: “Is de rol van patiënten/consumentenorganisaties in de Kwaliteitswet zorginstellingen zo duidelijk benoemd omdat een algemeen maatschappelijke trend is dat patiënten/consumenten meer zeggenschap krijgen over hun gezondheid, of hebben deze patiënten/consumenten meer zeggenschap gekregen door de invoering van (o.a.) de Kwaliteitswet zorginstellingen? Of beide?” Feit is dat de wet en maatschappelijke ontwikkelingen goed op elkaar aansluiten. Of zoals een deelnemer het verwoordt: “De invoering van de wet valt samen met de omslag van aanbodgerichte naar vraaggerichte zorg die onder invloed van maatschappelijke ontwikkelingen is ingezet”. Ook het sinds 1989/1990 ingezette traject van elkaar opvolgende Leidschendamconferenties en de Kwaliteitswet zorginstellingen zijn nauw met elkaar verbonden. De Kwaliteitswet zorginstellingen wordt wel bestempeld als de codificering van de Leidschendamafspraken, die door de drie partijen zijn gemaakt.
Belangrijke veranderingen in het kwaliteitsbeleid sinds 1996, die door de deelnemers naar voren zijn gebracht, zijn: de omslag van aanbodgerichte naar vraaggerichte zorg, de verschuiving van de nadruk op professionele autonomie naar de behoeften van de cliënt, de toenemende aandacht voor marktmechanismen (dit komt tot uitdrukking in benchmarktrajecten en certificering) en de toegenomen aandacht voor accountability.
De deelnemers vinden het lastig om een directe link te leggen tussen de invoering van de Kwaliteitswet zorginstellingen en concrete verbeteringen in de kwaliteit van zorg in de instellingen. “Hiervoor zijn concrete zaken, zoals het Persoonsgebonden Budget veel belangrijker geweest”. Toch zijn veel deelnemers het eens over het feit dat de verplichtingen uit de Kwaliteitswet zorginstellingen richting hebben gegeven aan de wijze waarop zorginstellingen invulling

hebben gegeven aan hun kwaliteitsbeleid. De kwaliteitssystematiek en het afleggen van verantwoording aan externe partijen worden hierbij dan genoemd als belangrijkste verplichtingen.

Kortom, een algemene conclusie is dat de Kwaliteitswet zorginstellingen in de meeste gevallen codificerend is geweest, dat wil zeggen dat het een maatschappelijke norm heeft vastgelegd. In enkele gevallen, zoals de verplichting om via een kwaliteitsjaarverslag extern verantwoording af te leggen, is de Kwaliteitswet zorginstellingen modificerend geweest. Dit wil zeggen dat de wet de motor achter veranderingen is geweest.

4.5.3 Conclusies

Het doel van de Kwaliteitswet zorginstellingen, namelijk het leggen van de verantwoordelijkheid voor de invulling van het kwaliteitsbeleid bij het veld, is bereikt. De daadwerkelijke implementatie hiervan is nog in volle gang. De partijen hebben hierbij aangegeven meer tijd nodig te hebben. Knelpunten worden ervaren bij de inbreng van de andere partijen (patiënten/consumentenorganisaties en zorgverzekeraars) en bij het komen tot productkwaliteit. Tot op heden blijven zorginstellingen nog vaak steken in systeemkwaliteit en het procedureel invullen van de bepalingen uit de Kwaliteitswet zorginstellingen. De laatste stap van de kwaliteitscyclus ontbreekt vaak nog: men is nog niet zo ver dat men kan meten of er verantwoorde zorg geleverd wordt.
De veranderingen die zich sinds 1996 in het kwaliteitsbeleid hebben voorgedaan zijn voor een deel op het conto van de Kwaliteitswet zorginstellingen te schrijven, voor een deel lijken zij voort te komen uit algemeen maatschappelijke ontwikkelingen. Feit is dat de Kwaliteitswet zorginstellingen en maatschappelijke ontwikkelingen goed op elkaar aansluiten. De Kwaliteitswet zorginstellingen is in de meeste gevallen codificerend geweest, dat wil zeggen dat in de wet een maatschappelijk norm is vastgelegd. In enkele gevallen, bijvoorbeeld in de verplichting om via het kwaliteitsjaarverslag extern verantwoording af te leggen, is de Kwaliteitswet zorginstellingen modificerend geweest.

4.6 Conclusies

De Kwaliteitswet zorginstellingen heeft geleid tot een situatie waarin het veld primair verantwoordelijk is voor de kwaliteit van het zorgaanbod van zorginstellingen. De veldpartijen zijn tevreden met de ruimte die zij hebben gekregen om hun eigen verantwoordelijkheid in deze nieuwe constellatie waar te kunnen maken. De zorginstellingen houden zich met name bezig met de invoering van een (integraal) kwaliteitssysteem, dat zij zien als de basis van waaruit ook de andere verplichtingen uit de Kwaliteitswet zorginstellingen vorm kunnen worden gegeven. Tot op heden blijven zorginstellingen nog vaak steken in systeemkwaliteit en het procedureel invullen van de bepalingen uit de Kwaliteitswet zorginstellingen. In alle sectoren wordt wel hard gewerkt aan systemen en methodieken die de zorg op een zodanige wijze organiseren dat dit leidt tot verantwoorde zorg, maar de laatste stap van de kwaliteitscyclus ontbreekt nog: men is nog niet zo ver dat men kan meten of er verantwoorde zorg geleverd wordt.
De RPCP's en de zorgverzekeraars overleggen in toenemende mate met de zorginstellingen over de kwaliteit van het zorgaanbod. De betrokkenheid van de zijde van patiënten/consumentenorganisaties bij het opstellen van richtlijnen of protocollen is echter nog onvoldoende op gang gekomen. De veldpartijen geven aan dat zij nog volop bezig zijn hun verantwoordelijkheid in te vullen. Dit kost meer tijd dan de vijf jaar die nu verstreken zijn sinds de invoering van de Kwaliteitswet zorginstellingen.
Het patiëntenperspectief is onder invloed van de Kwaliteitswet zorginstellingen op diverse wijze in de door de instellingen verleende zorg geïntegreerd. In de Kwaliteitswet zorginstellingen staat

het begrip verantwoorde zorg onder andere omschreven als ‘patiëntgericht’ en ‘afgestemd op de reële behoefte van de patiënt’. De zorgaanbieders in de regio geven aan dat zij deze notie in hun beleid integreren door contacten met individuele bewoners, de cliëntenraad en eventueel met een categoriale of regionale patiënten/consumentenorganisatie. De zorgaanbieders besteden in beperkte mate beleidsmatige aandacht aan zorgvragen van specifieke groepen, zoals vrouwen, allochtonen en personen met een lage sociaal-economische status. Dit gebeurt in speciale programma’s, in projecten en in de werving van nieuw personeel. Het grootste deel van het zorgaanbod is echter generiek van aard. In het primaire proces wordt de hulpverlener dan geacht om aan het patiëntenperspectief van de individuele patiënt recht te doen.
De verhouding tussen de wettelijke verantwoordelijkheden van de zorgaanbieder en de betrokkenheid van de andere actoren moet nog verder uitkristalliseren. Zoals gezegd, het doel van de Kwaliteitswet zorginstellingen (namelijk het leggen van de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van het zorgaanbod bij de veldpartijen) is bereikt, maar de implementatie hiervan is in volle gang. De taken en verantwoordelijkheden van de diverse partijen zijn in de Kwaliteitswet zorginstellingen helder benoemd, maar ook hierbij geldt dat deze in de praktijk nog verder gestalte moeten krijgen. Met name de rol van de zorgverzekeraar is nog onvoldoende ingevuld.

Zorgverzekeraars hebben zich tot op heden onvoldoende beziggehouden met de kwaliteit van de zorg. Hun rol in het overleg over kwaliteitsbeleid is dan ook nog niet goed uit de verf gekomen.

5

Toezicht en handhaving

5.1 Inleiding

De hoofdstukken III (artikel 7), IV (artikel 8) en V (artikel 14) van de Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI, versie geldig vanaf 01-01-2001) bevatten de bepalingen inzake handhaving, toezicht en bestuursdwang. In dit hoofdstuk wordt bezien op welke wijze handhaving, toezicht en bestuurlijk ingrijpen in de afgelopen periode (i.e. vanaf 1 april 1996) hebben plaatsgevonden, een en ander tegen de achtergrond van vigerend recht en beleid.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg pleegt wel drie vormen van toezicht te onderscheiden

1. het algemeen toezicht, dat gericht is op het verkrijgen van inzicht in de aanwezigheid en de werking van kwaliteitsborgende maatregelen in een zorginstelling;
2. het crisis- of interventietoezicht, hetgeen onderzoek betreft in het geval van ernstige problemen of calamiteiten, en
3. het thematische toezicht oftewel het onderzoek naar een bepaald onderdeel van de zorg, van welk onderzoek op geaggregeerd niveau in een openbaar rapport verslag wordt gedaan.

Het deelonderzoek naar toezicht en handhaving van de KZI spitst zich toe op het crisis- of interventietoezicht.

Het hoofdstuk is gebaseerd op informatie die is verkregen door a. analyse van wetgeving, parlementaire stukken, beleidsregels van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en dossieronderzoek, en b. interviews met een zestal medewerkers van de (regionale) Inspectie.

Vooraleer evenwel gekeken wordt naar de dossiers en de ervaringen van de met het toezicht belaste ambtenaren van de Inspectie voor de gezondheidszorg, dient de oorspronkelijke filosofie ten aanzien van handhaving en toezicht achter de KZI te worden uiteengezet. Daarnaast moet aandacht worden geschonken aan het beleid van de Inspectie voor de Gezondheidszorg ten aanzien van de uitoefening van het toezicht. Ten slotte zal ook het recht ter zake bezien moeten worden voor zover dat op andere plaatsen dan de artikelen 7, 8 en 14 KZI te vinden is.

5.2 KZI-toezicht en –handhaving: de uitgangspunten

Aansluitend bij de gedachte dat kwaliteit van zorg niet zozeer het product is van de eisen die de wetgever aan een zorgaanbieder stelt als wel van de wijze waarop deze laatste het zorgproces heeft vormgegeven, heeft de wetgever destijds gekozen voor een wetgevingssystematiek die kan worden aangeduid als het gestalte geven aan de eigen verantwoordelijkheid binnen wettelijke kaders (Kamerstukken II, 1993-1994, 23 633, nr. 3, p. 3).

Aan de keuze voor de toepassing van deze methode van wetgeving met betrekking tot de kwaliteit van door instellingen gekozen zorg, liggen overwegingen ten grondslag die op deze plaats niet in extenso hoeven te worden besproken. Zorginhoudelijk kan worden gesteld dat de zorgverlening door instellingen en de condities waaronder de zorg wordt verleend zo divers van aard zijn, dat het niet mogelijk is om met betrekking tot alle voorkomende zorgsituaties normen te stellen die zodanig concreet, gedetailleerd en volledig zijn dat zij bij naleving een goede kwaliteit van de verleende zorg garanderen. Daar zo'n systeem evenmin de mogelijkheden biedt om de veranderingen in de zorg verwerken, zou het snel verworden tot een keurslijf. Derhalve is volstaan met een globale normering, waarvan de concretisering aan de uitvoerenden is overgelaten. Bestuurlijk gezien was het motief voor nieuwe kwaliteitswetgeving destijds gelegen in de nieuwe visie omtrent de meest doeltreffende verdeling van de verantwoordelijkheden in de zorgsector tussen enerzijds de overheid en anderzijds de zorgaanbieders, de verzekeraars en de consumenten/patiënten. Uitgangspunt van deze visie was dat verantwoordelijkheden zoveel mogelijk bij diegenen moeten worden gelegd, die daaraan het beste gestalte kunnen geven. Met betrekking tot de kwaliteit van zorgverlening betekent dit, dat zoveel mogelijk ruimte moet worden gegeven aan de zorgaanbieders om zelf aan deze verantwoordelijkheid gestalte te geven.

De KZI richt zich derhalve primair tot de zorgaanbieder en stelt normen als het bieden van verantwoorde zorg, het kiezen van een juiste organisatie en het zorgdragen voor een kwaliteitssysteem. De aanbieders zijn derhalve de eerst aangewezenen om toe te zien op de naleving. Voorts kunnen verzekeraars bij het tekortschieten op een punt van de kwaliteit dreigen met opzeggen van de zorgovereenkomst, hetgeen voor de instelling een stok achter de deur vormt, en ook de patiënt/cliënt kan de zorgaanbieder civielrechtelijk aan zijn plichten herinneren (Kamerstukken II, 1993-1994, 23633, nr. 3, p. 16).

Handhaving door de overheid geschiedt via aanwijzingen of bevelen. Ten aanzien van het gebruik van beide bevoegdheden werd destijds in de Memorie van Toelichting opgemerkt dat ook hier de overheid zich zo lang mogelijk op de achtergrond zou moeten houden (Kamerstukken II, 1993-1994, 23633, nr. 3, p. 29). Over de mate van concreetheid van de aanwijzing werd opgemerkt dat dit afhankelijk is van de aard van de verleende zorg en de misstand waartegen de maatregelen zijn gericht: hoe concreter de misstand, des te concreter zal de aanwijzing zijn. Hetzelfde gold voor het bevel.

5.3 Wetswijzigingen

De teksten van de artikelen 7, 8 en 14 KZI zijn afkomstig uit de KZI-versie (vijfde versie zie bijlage 3) welke geldt vanaf 1 januari 2001. De sedert de inwerkingtreding van de KZI doorgevoerde wetswijziging betreft ook de bepalingen ter zake van toezicht en handhaving.
Artikel 7 KZI is in de afgelopen periode relatief weinig veranderd. Op 1 januari 1997 verdween het zesde lid. Deze bepaling kende de KZI-aanwijzingsbevoegdheid toe aan gedeputeerde staten en burgemeester en wethouders waar het bejaardenoorden betrof als bedoeld in artikel 1 van de toenmalige Wet op de bejaardenoorden. Met de komst van de Overgangswet verzorgingshuizen werd deze bepaling geschrapt.

De KZI kende aanvankelijk een zestal toezichtsbepalingen. De artikelen 9 tot en met 13 zijn op 1 januari 1998 vervallen als gevolg van de inwerkingtreding van de derde tranche van de Algemene wet bestuursrecht (Awb, wet van 4 juni 1992, Stb. 315). Toegevoegd werd het huidige tweede lid van artikel 8, dat binnentreden van woningen (zonder toestemming van de bewoner) mogelijk maakt.

Op 1 januari 1998 zijn tevens de oorspronkelijke bepalingen inzake het bestuurlijk ingrijpen gewijzigd. Artikel 15, dat voorzag in de mogelijkheid van het opleggen van een dwangsom, kwam te vervallen.

5.4 De bestuursrechtelijke context

Indien de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van oordeel is dat de artikelen 2, 3, 4 of 5 niet of in onvoldoende mate of op onjuiste wijze worden nageleefd, kan hij ingevolge artikel 7 lid 1 KZI de zorgaanbieder een schriftelijke aanwijzing geven. In deze aanwijzing geeft de Minister met redenen omkleed aan op welke punten de artikelen 2, 3, 4 of 5 niet of in onvoldoende mate of op onjuiste wijze worden nageleefd, alsmede de in verband daarmee te nemen maatregelen (lid 2). De aanwijzing bevat tevens de termijn waarbinnen de zorgaanbieder er aan moet voldoen (lid 3). Indien het nemen van maatregelen in verband met gevaar voor de veiligheid of de gezondheid redelijkerwijs geen uitstel kan lijden, kunnen de ingevolge artikel 8 met het toezicht belaste ambtenaren (hoofdinspecteurs, inspecteurs en de onder hun bevelen werkzame ambtenaren van het staatstoezicht op de volksgezondheid) een schriftelijk bevel geven (lid 4). Dit bevel heeft een geldigheidsduur van zeven dagen, welke door de Minister van VWS kan worden verlengd. De zorgaanbieder is verplicht binnen de daarbij gestelde termijn aan de aanwijzing onderscheidenlijk onmiddellijk aan het bevel te voldoen (lid 5).

5.4.1 De bevoegdheid van de handhavingsbeschikking

De schriftelijke aanwijzing welke de Minister op basis van artikel 7 lid 1 KZI kan geven, is een beschikking in de zin van artikel 1:3 lid 2 van de Awb. Dit betekent dat naast de algemene bepalingen ter zake van het verkeer tussen burgers en bestuursorganen (hoofdstuk 2 Awb) de algemene bepalingen over besluiten (hoofdstuk 3), de bijzondere bepalingen over besluiten (hoofdstuk 4, voor zover de bepalingen van dat hoofdstuk niet specifiek beschikkingen op aanvraag betreffen) van toepassing zijn op de totstandkoming van de aanwijzing ex artikel 7, eerste lid, KZI. In dat licht bezien benadrukt artikel 7lid 2 KZI de motiveringsplicht zoals omschreven in afdeling 3.7 Awb. Eigen aan aanwijzingen ex artikel 7lid 1 KZI is dat zij melding moeten maken van a. de te treffen maatregelen, en b. de termijn binnen welke aan de maatregelen getroffen moeten worden.

De aanwijzing ex artikel 7, eerste lid, KZI is een belastende beschikking: zij legt een last op die er van tevoren niet was. Het belang van de onderscheiding tussen begunstigende en belastende beschikkingen ligt vooral in de vraag wanneer een beschikking kan worden ingetrokken of gewijzigd, en of aan een beschikking terugwerkende kracht kan worden verleend. Intrekking is bij belastende beschikkingen eerder aanvaardbaar. Daarnaast is het verschil van belang voor de motivering van een beschikking. Het eerste lid van artikel 3:48 AWV bepaalt dat “de vermelding van de motivering achterwege [kan] blijven indien redelijkerwijs kan worden aangenomen dat daaraan geen behoefte bestaat”. Een beschikking die voor belanghebbenden niet belastend is, hoeft (naar wordt aangenomen) niet uitdrukkelijk te worden gemotiveerd (Van Wijk, p. 232). Voor een beschikking die wel belastend is, ligt dat anders en zo bezien is de bepaling van artikel 7, tweede lid, KZI niet overbodig. Ook het besluit om een beschikking in te trekken, dient te worden gekwalificeerd als een beschikking in de zin van artikel 1:3 lid 2 Awb. Naar wordt aangenomen worden ten aanzien van de motivering minder eisen gesteld aan de intrekking van belastende beschikkingen dan aan de intrekking van begunstigende beschikkingen (Van Wijk, p. 232).

Uit de bewoordingen van artikel 7, eerste lid, KZI kan tevens worden afgeleid dat de bevoegd-

heid om schriftelijke aanwijzingen te geven in grote mate vrij is. Indien hij van oordeel is dat de genoemde artikelen niet, onvoldoende of onjuist worden nageleefd kan de Minister een aanwijzing geven, maar hij hoeft het niet. De Minister is derhalve beoordelingsvrijheid of beleidsvrijheid toegekend. Van een volledig vrije beschikkingsbevoegdheid is evenwel geen sprake; indien de Minister niet tot het genoemde specifieke oordeel gekomen is, mag hij niet aanschrijven.

De onderscheiding tussen vrije en gebonden beschikkingen is om een aantal redenen van belang. De rechtsgelijkheid maakt dat zich in de uitoefening van een vrije beschikkingsbevoegdheid beleid zal aftekenen. Omdat bestuursorganen gebonden zijn aan de eenmaal ingezette beleidslijn, zal met het gebruik van de beschikkingsbevoegdheid de vrijheid afnemen. Mocht het bestuursorgaan besluiten tot verandering van beleid, dan is dit slechts met inachtneming van de toepasselijke algemene beginselen van behoorlijk bestuur (het vertrouwensbeginsel, het zorgvuldigheidsbeginsel) toegestaan. In de tweede plaats bieden beschikkingen voor zover ze vrij zijn ruimte voor overleg tussen belanghebbenden en het beschikkend bestuursorgaan. Dit overleg kan gaan over de vraag of de beschikking er wel moet komen, maar ook kan er worden onderhandeld over de inhoud. Relevant in dat verband zijn de artikelen 4:7 en 4:8 Awb.

In de tweede plaats bestaat bij vrije beschikkingen een grotere behoefte aan waarborgen en aan middelen die toetsing van de beschikking achteraf mogelijk maken. Echter, voor zover een beschikking vrij is, ontbeert het de rechter aan rechtsnormen. Precies omdat de wetgever ervoor gekozen heeft nadere normering achterwege te laten, kan de rechter ‘beleid’ in beginsel slechts marginaal toetsen. Voert het bestuursorgaan eenmaal een herkenbaar beleid, en als vaststaat dat het beleid zelf de marginale toets kan doorstaan, dan kan de rechter natuurlijk wel bezien of een aangevallen beschikking met het beleid in overeenstemming is.

Ten derde is de onderscheiding van belang voor de vraag of aan de beschikking verplichtende voorschriften kunnen worden verbonden. Met name bij begunstigende beschikkingen (subsidieverleningen bijvoorbeeld) is het de vraag of dit geoorloofd is. Staat evenwel vast dat aan een beschikking voorschriften mogen worden verbonden, en bij de aanwijzing ex artikel 7 lid 1 KZI is dat uiteraard het geval, dan betekent dat nog niet dat elk voorschrift toelaatbaar zou zijn. Hier geldt dan dat (net als bij de vrije beschikking zelf) de voorschriften niet in strijd mogen zijn met de wettelijke regeling waarop de beschikking berust (de bijzondere bestuurswet dus, zoals i.c. de KZI) of met een andere wettelijke regeling (zoals de Awb). Ook moeten ze redelijkerwijs nodig zijn in verband met het doel van de regeling en mogen ze niet in strijd komen met een ongeschreven beginsel van behoorlijk bestuur.

Het bovenstaande geldt evenzeer voor de bevelsbevoegdheid van artikel 7 lid 4 KZI en de bevoegdheid van de Minister om op basis van diezelfde bepaling dit bevel te verlengen. In beide gevallen betreft het belastende beschikkingen en een tamelijk vrije beschikkingsbevoegdheid.

5.4.2 Bevoegdheden van het handhavingstoezicht

Met het toezicht op de naleving van de bij de artikelen 2, 3, 4 en 5 gestelde eisen en de krachtens artikel 7 gegeven aanwijzingen of bevelen zijn bij artikel 8, eerste lid, KZI belast de hoofdinspecteurs, de inspecteurs en de onder hun bevelen werkzame ambtenaren van het staatstoezicht op de volksgezondheid. In artikel 8, tweede lid, KZI wordt vervolgens een toezichthoudende bevoegdheid omschreven. De met het toezicht belaste ambtenaren zijn bevoegd, met medeneming van de benodigde apparatuur, een woning binnen te treden zonder toestemming

van de bewoner, voor zover de woning deel uitmaakt van instelling in de zin van de KZI. Deze bevoegdheid is evenwel niet de enige welke de toezichthouders is toegekend.

Met de derde tranche van de Awb (Stb. 1996, 333) traden algemene bepalingen inzake het toezicht op de naleving van wettelijke voorschriften in werking. Met de bepalingen van afdeling 5.4 Awb is een einde gekomen aan de weinig overzichtelijke situatie die voorheen bestond. Voor 1 januari 1998 waren de bevoegdheden van de Inspectie voor de Gezondheidszorg deels te vinden in de Gezondheidswet en deels in bijzondere bestuurswetten, waarbij de toegekende bevoegdheden per wet konden verschillen. Dit hield in dat de inspecteurs bij het toezicht op de naleving van een bijzondere bestuurswet steeds moesten nagaan over welke bevoegdheden ze precies beschikten.

Sedert januari 1998 bevat de Gezondheidswet enkel nog een algemene taakomschrijving voor het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, waarvan de Inspectie voor de Gezondheidszorg deel uitmaakt. Men raadplege artikel 36 van de Gezondheidswet. De Awb geeft vervolgens een ‘standaardpakket’ bevoegdheden aan toezichthouders (Den Ouden en De Die, 2000). Toezichthouder in de zin van artikel 5:11 Awb is overigens “een persoon, bij of krachtens wettelijk voorschrift belast met het houden van toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens enig wettelijk voorschrift”. Voor wat betreft het toezicht op haar naleving wijst de KZI de in artikel 8, tweede lid genoemde personen aan.

Het genoemde ‘standaardpakket’ is te vinden in de artikelen 5:15 tot en met 5:19 Awb. Daarbovenop kunnen bij of krachtens wet extra bevoegdheden worden toegekend. Dit is in artikel 8, tweede lid, KZI gebeurd, waar voor de toezichthouders de bevoegdheid geschapen is om zonder toestemming van bewoners woningen binnen te treden voor zover deze deel uitmaken van instellingen in de zin van de KZI. Deze bevoegdheid is geschapen omdat veel instellingen in de zin van de KZI huisvesting bieden aan cliënten en patiënten. Bij wettelijk voorschrift of bij het aanwijzingsbesluit kan evenwel ook worden bepaald dat een toezichthouder over sommige bevoegdheden niet beschikt (artikel 5:14 Awb).

De Awb noemt als algemene bevoegdheden van toezichthouders: het betreden van plaatsen, het vorderen van inlichtingen, het nemen van inzage in bescheiden en het maken van kopieën, het onderzoeken van zaken en het nemen van monsters, en het onderzoeken van vervoermiddelen. Met deze algemene bepalingen correleert de medewerkingsplicht van artikel 5:20, eerste lid, Awb: ‘een ieder is verplicht aan een toezichthouder binnen de door hem gestelde redelijke termijn alle medewerking te verlenen die deze redelijkerwijze kan vorderen bij de uitoefening van zijn bevoegdheden’. Zij die uit hoofde van ambt (rechters, notarissen), beroep (artsen bijvoorbeeld) of wettelijk voorschrift verplicht zijn tot geheimhouding, kunnen het verlenen van medewerking weigeren, voor zover dit uit hun geheimhoudingsplicht voortvloeit. Zie artikel 5:20, tweede lid, Awb.

Toezichthouders hebben de algemene bevoegdheid om elke plaats te betreden, met medeneming van de benodigde apparatuur. Zo nodig verschaffen zij zich toegang met behulp van de sterke arm (de politie). Daarnaast zijn zij bevoegd zich te doen vergezellen van personen die daartoe door hem zijn aangewezen. Artikel 5:15 is nadrukkelijk niet van toepassing op het betreden van woningen zonder toestemming van de bewoners. Uit het huisrecht van artikel 12, eerste lid, van de Grondwet volgt dat dit alleen kan wanneer een bijzondere wet hierin uitdrukkelijk voorziet. I.e. het geval in artikel 8 lid 2 KZI.

Voorts is de toezichthouder ingevolge artikel 5:16 Awb bevoegd inlichtingen te vorderen. Volgens het evenredigheidsbeginsel van artikel 5:13 Awb moet het daarbij gaan om inlichtingen

die “redelijkerwijs voor de vervulling van zijn taak nodig” zijn.

Het recht inzage te vorderen van zakelijke gegevens en bescheiden, kopieën te maken en met het oog daarop de spullen zo nodig korte tijd en tegen afgifte van een schriftelijk bewijs mee te nemen is geregeld in artikel 5:17. Daarbij beperkt het recht van kopie zich niet tot informatiedragers van papier.

In artikel 5:18 zijn de rechten van onderzoek van zaken en monsterneming geregeld. De toezichthouder is daarmee ook bevoegd verpakkingen te openen en zaken voor korte tijd mee te nemen (tegen afgifte van een ontvangstbewijs). Op verzoek van de belanghebbende neemt hij een tweede monster (ten behoeve van contra-expertise), althans voor zover bij of krachtens wettelijk voorschrift niet anders is bepaald. Ook is de toezichthouder gehouden de genomen monsters terug te geven, voor zover dat mogelijk is. Op zijn verzoek wordt de belanghebbende in kennis gesteld van de resultaten van het onderzoek, de opneming of de monsterneming.

In artikel 5:19 Awb is ten slotte bepaald dat de toezichthouder bevoegd is vervoermiddelen te onderzoeken met betrekking waartoe hij een toezichthoudende taak heeft. Hij mag daarbij hun lading onderzoeken en heeft het recht inzage te vorderen van de wettelijk voorgeschreven bescheiden. Daartoe mag hij het voertuig stilhouden en overbrengen naar een door hem aangewezen plaats.

Gebruik van toezichthoudende bevoegdheden is in de regel feitelijk bestuurshandelen. Het tweede hoofdstuk van de Awb is derhalve eveneens van toepassing. Hoofdstuk 3 van de Awb, dat algemene bepalingen voor besluiten bevat, is van overeenkomstige toepassing. Hieraan voegt afdeling 5.2 twee specifieke normen toe voor het optreden door toezichthouders. De eerste is procedureel van aard. Artikel 5:12 schrijft voor dat een toezichthouder bij het uitoefenen van zijn taak een officieel legitimatiebewijs bij zich moet hebben, dat hij op verzoek direct toont. Materieel van karakter is de met de medewerkingsplicht correlerende norm van het reeds genoemde evenredigheidsbeginsel van artikel 5:13: “een toezichthouder maakt van zijn bevoegdheden slechts gebruik voor zover dat redelijkerwijs voor de uitoefening van zijn taak nodig is”.

5.4.3 Bestuursdwang

De bevoegdheid tot het toepassen van bestuursdwang is volgens artikel 5:21 Awb de bevoegdheid tot ‘het door feitelijk handelen door of vanwege een bestuursorgaan feitelijk optreden tegen hetgeen in strijd met bij of krachtens enig wettelijk voorschrift gestelde verplichtingen is of wordt gedaan, gehouden of nagelaten’. De Awb geeft zelf nooit de bevoegdheid tot het toepassen van bestuursdwang. Deze moet uitdrukkelijk bij of krachtens een bijzondere wettelijke regeling aan een specifiek bestuursorgaan zijn gegeven. Artikel 14 KZI geeft aan de Minister van VWS de bevoegdheid tot het toepassen.

De bevoegdheid van een bestuursorgaan om bestuursdwang toe te passen is het recht om een situatie die in strijd is met een verplichting die bij of krachtens een wettelijk voorschrift is gesteld, daarmee in overeenstemming te brengen. Soms voorziet de bijzondere wet ook in specifieke bevoegdheden. In de KZI is dat niet het geval. Daar gaat het simpelweg om de bevoegdheid om de situatie die in strijd is met de verplichtingen die voortvloeien uit een gegeven bevel of aanwijzing daarmee te doen rijmen. Hoewel bijzondere wetten altijd spreken van bestuursdwang*bevoegdheid* wordt wel erkend dat bestuursdwangbevoegdheden geen vrije bevoegdheden zijn. Dit betekent dat als een belanghebbende een illegale situatie waarneemt en deze het bevoegde bestuursorgaan vraagt op te treden, dat bestuursorgaan in beginsel

gehouden is aan het verzoek gevolg te geven. Strikt gebonden is de bevoegdheid tot het toepassen van bestuursdwang evenmin: steeds zal het bestuursorgaan moeten beslissen nadat alle relevante omstandigheden in ogenschouw zijn genomen.

De beslissing om over te gaan tot toepassing van bestuursdwang is volgens artikel 5:24, eerste lid, Awb een besluit (en wel een beschikking). Dit betekent dat de relevante Awb-bepalingen ter zake van de totstandkoming van besluiten (de hoofdstukken 3 en 4) van toepassing zijn, alsook de ongeschreven algemene beginselen van behoorlijk bestuur. Ook de Awb-bepalingen inzake de rechtsbescherming tegen besluiten zijn van toepassing. Soms komt het voor dat de bijzondere bestuurswetten specifieke regelingen bevatten ter zake van de voorbereiding en de rechtsbescherming. In de KZI is dat niet het geval.

Of een bestuursorgaan moet overgaan tot toepassing van bestuursdwang hangt af van de omstandigheden. Het bestuursorgaan zal in ieder geval moeten vaststellen dat er sprake is van een niet normconforme situatie. Is dat niet het geval, dan ontbreekt de bevoegdheid om bestuursdwang toe te passen. Als dat wel het geval is, dan dient het bestuursorgaan na te gaan of de situatie niet toch gelegaliseerd kan worden. Is legalisering onmogelijk, dan moet zorgvuldig nagegaan worden welke de met bestuursdwang te dienen belangen zijn en in welke mate zij opwegen tegen die van de overtreder, ofschoon in principe moet worden uitgegaan van het vermoeden dat toepassing van bestuursdwang gerechtvaardigd is.

Is eenmaal besloten tot de toepassing van bestuursdwang, dan stellen Awb en jurisprudentie enkele eisen aan die beslissing: a. zij moet op schrift zijn gesteld (anders is immers geen sprake van een besluit in de zin van artikel 5:24 lid 1 Awb); b. ze moet worden gericht tot degeen die de vereiste maatregelen daadwerkelijk kan nemen; c. het overtreden voorschrift moet erin worden vermeld (artikel 5:24 lid 2 Awb); d. het besluit vermeldt de maatregelen die het bestuursorgaan zal nemen als de overtreder het niet doet; e. het besluit geeft een begunstigingstermijn (i.e. de termijn binnen welke de overtreder zelf de maatregel kan treffen, zie artikel 5:24 lid 3 Awb, zij kan overigens achterwege blijven in spoedgevallen, zie het vijfde lid); f. indien het bestuursorgaan voornemens is zelf de maatregelen te nemen en wel op kosten van de overtreder, dan mag dat niet onvermeld blijven (artikel 5:25, tweede lid); g. het besluit moet duidelijk en onvoorwaardelijk zijn, en h. geeft de bijzondere bestuurswet een andere bestuursdwang dan de Awb en wel een die extra waarborgen inhoudt voor de belanghebbende, dan rust op het bestuursorgaan de verplichting die bijzondere bestuursdwang toe te passen, en i. indien er nog een dwangsombesluit is, dan moet dit worden ingetrokken (artikel 5:31 Awb).
Het besluit om over te gaan tot toepassing van de bestuursdwang moet ingevolge artikel 5:24, derde lid, Awb worden bekendgemaakt aan de overtreder, de rechthebbenden op het gebruik van de zaak ten aanzien waarvan de bestuursdwang zal worden toegepast en de eventuele (derde-belanghebbende) aanvrager.

In beginsel komen de kosten voor toepassing van bestuursdwang voor rekening van de overtreder. In beginsel, aldus artikel 5:25, eerste lid, want het is anders wanneer de kosten redelijkerwijs niet of niet geheel te zijnen laste behoren te komen. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer overtreder het niet in zijn macht heeft om zelf de illegale situatie in overeenstemming te brengen met de bij of krachtens wettelijk voorschrift opgelegde verplichtingen.

De feitelijke uitvoering van de bestuursdwang dient uiteraard zorgvuldig te gebeuren. Dit betekent onder meer dat de minst kostbare manier moet worden toegepast. Ten behoeve van de feitelijke uitvoering voorziet de Awb (in de artikelen 5:27-30) verder in aan aantal rechten die evenzeer met de benodigde zorgvuldigheid moeten worden uitgeoefend. Zo hebben de uitvoerders van de dwang toegang tot elke plaats, ook zonder toestemming van de rechthebbende.

Betreft het betreden van een woning zonder toestemming van de bewoner, dan is een machtiging van het bevoegde bestuursorgaan nodig. Wordt bij het betreden van die plaatsen schade toegebracht, dan moet die worden vergoed voor zover deze redelijkerwijs niet ten laste van de rechthebbende behoort te komen. De bestuursdwang kan ook bestaan uit het verzegelen van gebouwen, terreinen en alles wat zich daar bevindt. Ook kunnen zaken elders worden opgeslagen, indien dat nodig mocht blijken. Na drie maanden kan het bestuursorgaan zich van de opgeslagen goederen ontdoen.

Uit artikel 5:32 lid 2 Awb vloeit voort dat in de bevoegdheid tot het toepassen van bestuursdwang tevens de bevoegdheid tot het geven van een last onder dwangsom besloten ligt. Verschaft de bijzondere bestuurswet de eerste, dan heeft het tot bestuursdwang bevoegde bestuursorgaan altijd ook de laatste. Ingevolge de KZI is de Minister van VWS derhalve tevens bevoegd tot het opleggen van een last onder dwangsom. Ook van deze bevoegdheid kan uiteraard slechts gebruik worden gemaakt wanneer er sprake is van een illegale situatie. Wordt evenwel eenmaal deze bevoegdheid uitgeoefend, dan wordt aan de overtreder gemeld welke overtreding hij begaat, en een last onder dwangsom gegeven waaraan binnen zekere tijd moet worden voldaan, anders verbeurt de overtreder een dwangsom aan de rechtspersoon waartoe het tot bestuursdwang (en last tot dwangsom) bevoegde bestuursorgaan behoort.

Blijkens het eerste lid van artikel 5:32 zijn het toepassen van en het geven van een last onder dwangsom alternatieve sancties: zij kunnen niet samengaan. Men raadplege verder de artikelen 5:31 en 5:36 Awb. Welke sanctie in welke gevallen effectief is, hangt af van de omstandigheden. Daarbij dient het bestuursorgaan in overweging te nemen dat een last onder dwangsom altijd aan een overtreder gegeven wordt. Voor de toepassing van bestuursdwang is geen overtreder nodig, wel voor het kostenverhaal. Daarnaast is de last onder dwangsom, anders dan de bestuursdwang, niet per definitie louter situatief. Behalve gericht op het in overeenstemming brengen van een illegale situatie met wettelijke verplichtingen kan de last bijvoorbeeld ook inhouden dat herhaling moet wordt voorkomen. Soms ook komt het voor dat de last onder dwangsom zich niet verdraagt met het belang dat het betreffende voorschrift beoogt te beschermen. In dergelijke gevallen verbiedt artikel 5:32, derde lid, Awb de dwangsom. Aangenomen wordt dat aan de last onder dwangsom een waarschuwing vooraf dient te gaan (Van Wijk, p. 495). De beslissing tot het geven van een last onder dwangsom is eveneens een besluit in de zin van de Awb (en wel een beschikking). Dit betekent dat alle bepalingen van de Awb met betrekking tot besluiten ook hierop van toepassing zijn, met inbegrip van de reguliere rechtsbeschermingsmogelijkheden van de hoofdstukken 6 tot en met 8 van de Awb. In een enkel geval kennen bijzondere bestuurswetten bijzondere voorzieningen, overigens niet in de KZI.

Hoewel de Awb erover zwijgt, is het blijkens de jurisprudentie onder omstandigheden geoorloofd om een bestuursdwangbesluit of dwangsombesluit uit te vaardigen voordat een overtreding heeft plaatsgevonden. Preventieve bestuursdwang- en dwangsombesluiten zijn slechts toegestaan wanneer het gevaar van overtreding duidelijk aanwezig is.

De bevoegdheid om bestuursdwang toe te passen en de bevoegdheid om een last onder dwangsom te geven zijn in beginsel gebonden beschikkingen. In beginsel, want het komt voor dat willens en wetens illegale situaties in stand gehouden worden, ook nadat door een belanghebbende het verzoek is gedaan om de situatie in overeenstemming met de voorschriften te brengen. Ofschoon een wettelijke basis ervoor ontbreekt, is ook de weigering om een dwangsom op te leggen of bestuursdwang toe te passen een beschikking, welke in termen van rechtsbescherming niet van andere verschilt. Blijkens de jurisprudentie is gedogen slechts toegestaan wanneer de illegale situatie binnen afzienbare tijd in overeenstemming met de

normen zal zijn gebracht. Ook kunnen aan gedoogbeschikkingen voorwaarden verbonden worden, maar omdat de beschikking een wettelijke basis ontbeert kan tegen overtreding niet worden opgetreden met behulp van dwangsommen en bestuursdwang.

5.5 Beleid inzake toezicht en handhaving

De context van de bepalingen van artikel 7, 8 en 14 KZI wordt niet alleen geboden door de visie van de wetgever ten aanzien van handhaving en toezicht en de relevante bepalingen van de Awb, maar ook door het beleid van de Inspectie voor de Gezondheidszorg inzake toezicht. Belangwekkend in dit verband is de op 1 december 1996 in werking getreden 'Leidraad onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar aanleiding van meldingen' (Stcrt. 1996, 236).

5.5.1 De 'Leidraad onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg n.a.v. meldingen'

Deze Leidraad kwam destijds tot stand op aandringen van de Nationale Ombudsman. Hoewel met de komst van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ, Wet van 29 mei 1995, Stb. 1995, 308, in het kielzog van de KZI) voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg geen taak als behandelaar van klachten meer was weggelegd, blijven klachten van burgers niettemin een belangrijk middel om misstanden op te sporen. Om deze reden werd besloten duidelijkheid te bieden over de wijze waarop de Inspectie voor de Gezondheidszorg met dergelijke klachten zal omgaan.

De Leidraad bevat gedetailleerde voorschriften met betrekking tot de te volgen handelwijze op een melding. Zo moet de melder zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen 14 dagen, een schriftelijke bevestiging krijgen van zijn melding. Vervolgens is de Inspectie voor de Gezondheidszorg verplicht om binnen 14 dagen na binnenkomst van de melding te bezien of er aanleiding bestaat om deze nader te onderzoeken dan wel of deze anderszins tot optreden van de Inspectie voor de Gezondheidszorg moet leiden. I.c. is relevant dat een melding moet worden onderzocht indien zij naar het oordeel van de Inspectie voor de Gezondheidszorg aanleiding geeft om te veronderstellen dat de artikelen 2, 3, 4 of 5 KZI in onvoldoende of op onjuiste wijze worden nageleefd. Een melding wordt niet onderzocht indien: zij betrekking heeft op een eenmalige gebeurtenis die niet van structurele betekenis is voor de kwaliteit van zorg, zij reeds voorwerp is geweest van onderzoek of wanneer de melding betrekking heeft op een gebeurtenis die zich langer dan twee jaar geleden heeft voorgedaan, tenzij de inhoud van de melding – naar het oordeel van de inspecteur – onderzoek noodzakelijk maakt. Indien de melding niet zal worden onderzocht, wordt dit de melder schriftelijk en gemotiveerd medegedeeld. Hij wordt voorts gewezen op de overige klachtmogelijkheden. Indien wel besloten wordt tot onderzoek, wordt niet alleen de melder maar ook de betreffende zorgaanbieder schriftelijk ter zake geïnformeerd. Ook over de te volgen procedure worden inlichtingen verstrekt.

In de oriëntatiefase vergaart de Inspectie voor de Gezondheidszorg de nodige kennis omtrent de relevante feiten. Blijkt in deze fase dat zich geen omstandigheid voordoet op grond waarvan nader onderzocht moet worden, zoals overtreding van de KZI-normen, dan kan zij besluiten het onderzoek tussentijds te beëindigen. De betrokkenen worden hiervan zo spoedig mogelijk schriftelijk op de hoogte gesteld.

Na beëindiging van het onderzoek legt de Inspectie voor de Gezondheidszorg haar bevindingen vast in een ontwerp-verslag. Dit wordt ter kennis gebracht aan de zorgaanbieder, die vervolgens binnen 6 weken schriftelijk kan reageren op de inhoud. Eventuele reacties worden mee-

genomen bij de vaststelling van het verslag binnen 4 weken na het verstrijken van de termijn binnen welke de betrokkene mag reageren. Het verslag van bevindingen, het oordeel van de Inspectie voor de Gezondheidszorg alsook eventuele aanbevelingen worden zo spoedig aan de betrokkene medegedeeld. In het aan de melder gestuurde afloopbericht worden het oordeel en de eventuele aanbevelingen onderbouwd medegedeeld. In gevallen waarin andere, wettelijke of krachtens internationale verplichtingen voorgeschreven, procedures door de Inspectie voor de Gezondheidszorg gehanteerd moeten worden, wijst de Inspectie voor de Gezondheidszorg de melder hierop. In die gevallen is de Leidraad namelijk niet van toepassing.

De Leidraad bevat voorts een privacybepaling met betrekking tot de informatieverstrekking. Ten slotte is beschreven wanneer de Inspectie voor de Gezondheidszorg zich tot een Tuchtcollege zal wenden, het Openbaar Ministerie in kennis zal stellen van strafbare feiten of zal overgaan tot een spoedprocedure.

5.5.2 De ‘Procedures ex artikel 7 KZI’

Zoals zojuist is gesteld schrijft de Richtlijn voor dat onderzoek moet plaatsvinden indien een melding aanleiding geeft om te veronderstellen dat de bepalingen van de KZI ter zake van verantwoorde zorg worden geschonden. Blijkens de zogenaamde ‘Procedures ex KZI’ moet deze veronderstelling bevestigd worden door de eigen waarneming van een inspecteur.

Indien de conclusie tevens is dat er een situatie bestaat van een zodanig gevaar voor de veiligheid of de gezondheid dat het treffen van maatregelen geen uitstel kan lijden, dan is het de vraag of er tijd is en het zin heeft om met de instelling te overleggen. Indien er geen sprake is van een ernstig gevaar voor de veiligheid of de gezondheid, dan is het de vraag of de instelling bereid is binnen een redelijke termijn de nodige maatregelen te treffen.

5.5.2.1 De bevelprocedure

Indien het zin heeft om eerst met de betrokken instelling te overleggen, en er is tijd, dan wordt de instelling verzocht om binnen een redelijke termijn de nodige maatregelen te treffen. De instelling wordt tevens in staat gesteld haar zienswijze te geven, tenzij de vereiste spoed zich daartegen verzet, de instelling reeds bij een eerdere aanwijzing is gehoord of het doel alleen kan worden bereikt indien de zorginstelling hiervan tevoren niet van in kennis wordt gesteld. Is de bereidheid tot het treffen van maatregelen aanwezig, dan vindt binnen de afgesproken termijn controle plaats op de genomen maatregelen. Ontbreekt de bereidheid hiertoe, dan vindt consultatie plaats met betrekking tot het bevel. Er vindt overleg plaats tussen de inspecteur, zijn regionaal inspecteur en een jurist. Ook wordt er - indien mogelijk - overleg gepleegd met de betrokken beleidsdirectie van het departement van VWS. Het departement wordt in ieder geval geïnformeerd. Eventueel volgt een advies aan de Minister om de instelling een aanwijzing te geven.

Indien de inspecteur na de consultatie niet besluit om over te gaan tot het geven van een bevel, dan wordt de procedure gestaakt. Besluit hij hiertoe wel, dan dient de regionaal inspecteur akkoord te gaan. Is dat het geval dan volgt binnen 7 dagen het bevel, waarin melding gemaakt wordt van de geconstateerde overtreding, de omschrijving en de termijn van de maatregelen, de maximale duur van het bevel en de mogelijkheid van bezwaar. Dit bevel wordt eventueel verlengd door de Minister en er vindt controle op de genomen maatregelen plaats binnen de afgesproken termijn. Indien de regionale inspecteur niet akkoord gaat met het bevel, dan dient de hoofdinspecteur te worden geconsulteerd. Indien ook hij weigert akkoord te gaan, wordt de procedure gestaakt.

In principe wordt er voorafgaand aan het bevel gewaarschuwd. Indien deze waarschuwing

voldoende effect sorteert, kan worden gestopt met de monitoring.

5.5.2.2 Aanwijzingsprocedure

Indien er geen sprake is van ernstig gevaar voor de veiligheid of de gezondheid en de instelling is niet bereid om binnen een redelijke termijn maatregelen te nemen, of indien er wel sprake is van een zodanige gevaar en er is nog tijd en het heeft zin om eerst met de instelling te overleggen, maar deze is onwillig om maatregelen te nemen, dan kan de Minister geadviseerd worden om de instelling een aanwijzing te geven. Indien deze hiertoe niet bereid is, wordt de procedure gestaakt. Volgt er inderdaad een aanwijzing, dan vindt controle op de genomen maatregelen plaats binnen de in de aanwijzing genoemde termijn.

In principe gaat aan de aanwijzing een dreiging tot aanwijzing vooraf. Indien deze effect sorteert, worden de voorbereidingen van de aanwijzing gestaakt. Blijft het gewenste gevolg achterwege, dan informeert de Inspectie voor de Gezondheidszorg het departement en wordt de aanwijzing verstuurd. Indien voldaan wordt aan de aanwijzing, wordt de monitoring gestaakt. Indien niet wordt voldaan aan de aanwijzing dan wordt alsnog een bevel gegeven.

5.6 Dossiers

Volgens informatie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg is tot op heden van de KZI-bevelsbevoegdheid slechts één maal gebruikgemaakt. Een schriftelijke aanwijzing is drie maal gegeven. Het ging daarbij overigens slechts om twee zaken (casus I en casus III). In een andere zaak (casus II) is sprake geweest van een aankondiging van een schriftelijke aanwijzing. Van een echte aanwijzing is het nooit gekomen. De volgorde waarin de casus gepresenteerd worden is chronologisch.

5.6.1 Casus I

De eerste zaak betrof een klein particulier verzorgingshuis in het midden van het land, dat huisvesting en verzorging bood aan vier hoogbejaarde bewoners, in leeftijd variërend van 85 tot 99 jaar. Dit ‘zorgcentrum’ stond reeds sinds 1993 in de belangstelling van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Op 28 mei 1998 ontving de meewerkend eigenaresse van dit tehuis van de Minister een schriftelijke aanwijzing, waarin gemeld werd dat er sprake was van overtreding van de artikelen 2 tot en met 5 van de KZI. Daarbij werd een groot aantal maatregelen opgelegd. Voordien, op 21 april 1998, was van de Inspectie voor de Gezondheidszorg reeds een bevel tot sluiting uitgegaan, welke door de Minister op 28 april werd verlengd tot en met 15 mei en daarna nog eens tot en met 29 mei. Bestuursdwang werd toegepast op 21 april.

Sinds 1993 ontving de Inspectie voor de Gezondheidszorg via GGD, huisartsen en familieleden meldingen van klachten. Deze betroffen de accommodatie (gebrekkig: een hoogbejaarde bewoner verbleef zelfs langdurig in een tuinhuis), de leiding (chaotisch), de zorg (slecht), het personeel (te oud en pensioengerechtigd, dan weer steeds wisselende onervaren uitzendkrachten), gebrekkig medicijnenbeheer, slordige omgang met gegevens van bewoners, conflicten met de eigenaresse (woedeaanvallen, dominantie en afwezigheid), het ontbreken van zorgcontracten en de afwezigheid van huisregels en een klachtenprocedure. Activiteiten voor de bewoners werden zelden georganiseerd, terwijl zij wel geacht werden grote bedragen te betalen voor huisvesting en verzorging. Daarnaast werd geconstateerd dat de bewoners verrassend veel heupfracturen ondervonden en ook werd bij de politie meermaals aangifte gedaan van mishandeling van een bewoner door de eigenaresse. Ten slotte zijn er twijfels over de brandveiligheid.

In de periode tot 1998 had de Inspectie voor de Gezondheidszorg regelmatig schriftelijk en telefonisch contact met de zorgaanbieder. Ook vonden inspectiebezoeken plaats, waarbij men aanvankelijk besloot geen nader onderzoek te verrichten. In april 1998 namen de klachten evenwel sterk toe. Er werd onder meer melding gemaakt van afwezigheid van instructies over de zorgverlening aan het personeel. Voorts was niet bekend wie de huisarts van de bewoners was. Er was onvoldoende eten en drinken in huis. Het voedsel was bovendien van onvoldoende kwaliteit (vlees bijvoorbeeld werd voor 12 dagen klaargemaakt). De temperatuur in huis was veel te laag. Er werd onvoldoende hygiëne betracht en de indruk bestond dat er 's nachts geen personeel in huis aanwezig was. Ook werden de bewoners 's nachts ingesloten op hun kamers. Een bewoonster moest zelfs af en toe in het tuinhuis verblijven, ook in november, wanneer het al erg koud was. Voorts mochten de bewoners slechts op vaste tijden naar het toilet. Gemeld werd voorts dat de post van de bewoners door de eigenaresse geopend werd en dat zij hun telefoongesprekken afluisterde. Ten slotte zou zij de bewoners uitschelden, ruw behandelen en slaan. Zij zouden angstig zijn en een bewoonster zat zelfs onder de blauwe plekken.
Naar aanleiding van het daaropvolgende inspectiebezoek werd besloten dat er ingegrepen moest worden. De klachten gaven aanleiding tot een inspectiebezoek, waarbij werd vastgesteld dat een van de bewoners het bed niet meer durfde te verlaten. De katheter van deze bewoner bleek onder het bloed te zitten. Ook in de zak zat bloed. Het onderlaken waarop de man lag, zat onder het geronnen bloed. Voorts gaf het enig aanwezige personeelslid (een overspannen, pensioengerechtigde Belgische verpleegkundige, welke geacht werd 24 uur per dag dienst te doen; de eigenaresse was met vakantie) aan de verantwoordelijkheid niet meer te willen dragen. Er had geen overdracht plaatsgevonden en er was geen voedsel meer in huis. Daar de veiligheid en de gezondheid in het geding waren werd bevel gegeven om het tehuis te sluiten en de bewoners over te brengen naar naburige instellingen. De politie ontruimde het pension, de brandweer voerde een inspectie uit en constateerde gebreken (de brandmelders deden het niet en het blusapparaat was defect). De politie interviewde voorts het personeel en de familie. De technische recherche nam foto's. De administratie werd in beslag genomen. Het betrof het eerste bevel in de geschiedenis van de KZI. Het bevel werd verlengd (twee maal) en een schriftelijke aanwijzing volgde. De voorbereidingen voor de aanwijzing waren reeds in volle gang toen de noodsituatie zich voordeed. De aanwijzing bevatte uiteindelijk 33 zeer concrete maatregelen.

5.6.2 Casus II

De tweede zaak eindigde met een door de Staatssecretaris uitgevaardigde aankondiging van een aanwijzing. Hier ging het om een instelling voor mensen met een verstandelijke handicap in het noorden van het land.

Toezichtsbezoek (n.a.v. meldingen van ouders) bracht aan het licht dat in een van de woningen van de instelling, alwaar de gehandicapten semi-zelfstandig woonachtig waren, drugs werden gebruikt (hetgeen door de medewerkers werd gedoogd), dat de basiszorg en - hygiëne onvoldoende waren, dat de Bopz-procedures niet werden gevolgd, dat er grensoverschrijdend gedrag, mishandeling, normvervaging en - verlies plaatsvond. Bovendien werkte men niet volgens zorgplannen (die trouwens ontbraken) en was de groepssamenstelling onevenwichtig. Een nieuw algemeen toezichtsbezoek werd aangekondigd, waarbij aan het instellingsbestuur een lijst van aanbevelingen werd verstrekt. Tevens werd aangegeven dat niet-navolging zou resulteren in de vraag om een aanwijzing. Tijdens het aangekondigde inspectiebezoek stelde men evenwel vast dat een en ander niet was nagekomen en dat de staat van onderhoud van de afzonderingsruimten zeer te wensen overliet en zelfs risicovolle situaties met zich meebracht.

De Raad van Toezicht werd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg in de gelegenheid gesteld verbetering aan te brengen in de situatie. De Inspectie voor de Gezondheidszorg bleef evenwel monitoren en dreigde wederom met KZI-maatregelen. Dan vertrekt de directeur van de instelling en treedt de Raad van Toezicht af. De Inspectie voor de Gezondheidszorg constateerde vervolgens dat er geen verbetering maar eerder een verslechtering van de situatie had plaatsgevonden. Sommige ouders haalden hun kind weg. De Staatssecretaris stuurde een aankondiging, waarin reeds de maatregelen werden genoemd die in de eigenlijke aanwijzing genoemd zouden worden. Binnen 14 dagen diende hieraan gehoor te worden gegeven. Een aangetrokken crisismanager stelde orde op zaken. Later toezichtsbezoek (ter eventuele opheffing van de aankondiging) leerde dat er niet langer sprake was van een onverantwoorde situatie. Omdat de toestand precair bleef, werd toch het advies gegeven om een aanwijzing te geven. Deze bleef uiteindelijk achterwege. De aankondiging bevatte een zevental maatregelen, waarvan de aanstelling van een crisismanager er een was.

5.6.3 Casus III

Deze zaak is uniek in die zin dat uiteindelijk twee instellingen (in de Haagse regio werkzaam op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg) werden aangeschreven. De aanschrijvingen kwamen woordelijk overeen en betroffen de kwaliteit van de zorg die door beide instellingen in gezamenlijkheid geleverd zou moeten worden. Met andere woorden, de ketenzorg werd geacht van onvoldoende kwaliteit te zijn. Hoewel het dus formeel gaat om twee aanschrijvingen, is het één zaak.

Werkzaam in een gebied waar beide instellingen verantwoordelijk zijn voor een goede organisatie van de geestelijke gezondheidszorg die gezamenlijk of in onderlinge afstemming geleverd zou moeten worden, kenden deze instellingen reeds lange tijd problemen op het gebied van samenwerking. Naar aanleiding van een Inspectierapportage werd enkele jaren geleden de Commissaris van de Koningin gevraagd te bemiddelen. Deze bemiddeling mondde uit in een voornemen tot fusie. Deze ketste evenwel af. Signalen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de lokale huisartsenvereniging en de cliëntenraden waarin zorgen werden geuit over de kwaliteit van de zorg bleven de Minister evenwel bereiken. Ook een bemiddelingspoging van het zorgkantoor liep op niets uit. Toen een lokaal samenwerkingsproject ontbonden werd, was de maat vol en oordeelde de Minister dat de organisatorische randvoorwaarden voor het leveren van geïntegreerde zorg in de regio onvoldoende aanwezig waren. Beide instellingen werd opgedragen om binnen zes weken na dagtekening van de aanschrijvingen aan de Minister een tussen de instellingen gesloten schriftelijke overeenkomst te overleggen, waarin onder meer moest worden vastgelegd: de onderlinge taakafbakening en het onderscheiden functieaanbod per instelling op het gezamenlijke terrein van de GGZ in de regio, de invulling van de acute dienst, de regeling van de verantwoordelijkheid voor de behandeling, de wijze van gebruik van bestaande behandelingsovereenkomsten en behandeldossiers wanneer een patiënt (tijdelijk) bij de andere instelling in zorg komt, en de verklaring dat beide partijen binnen een termijn van zes maanden behandelprotocollen zullen ontwikkelen betreffende patiëntengroepen die afwisselend van het hulpaanbod van beide instellingen gebruik (moeten) maken. Gemeld werd ten slotte dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg zes maanden na ontvangst van de overeenkomst zal onderzoeken in hoeverre deze zal worden nagekomen.

5.7 Bevindingen en ervaringen

Wat kan nu, gezien de bedoeling van de wetgever, het recht en het beleid ter zake, gezegd worden over het daadwerkelijke gebruik van het KZI-handhavings- en toezichtinstrumentarium? En wat is in dit verband opgemerkt door de geïnterviewde medewerkers van de Inspectie voor de Gezondheidszorg?

5.7.1 Aanwijzing en bevel

De belangrijkste bevindingen betreffen de aard van de aanwijzings- en bevelsbevoegdheid. In paragraaf 5.4.1 is gesteld dat de bevoegdheden van aanwijzing en bevel zowel vrij als belastend zijn. Gebruik van de beide bevoegdheden levert per definitie een last op. Daarnaast hebben de Minister en de Inspectie voor de Gezondheidszorg een behoorlijke beleidsvrijheid toegekend gekregen. Die vrijheid wordt door een abstract begrip als 'verantwoorde zorg' alleen maar vergroot. Dit gegeven brengt met zich mee dat de bevoegde bestuursorganen om meer dan één reden terughoudend zullen zijn in het gebruik van beide handhavingsinstrumenten. De geconstateerde terughoudendheid (gedurende de periode zijn slechts één bevel en drie aanwijzingen gegeven) heeft niet alleen met de wens van de wetgever te maken. De stok-achter-de-deur-gedachte is niet de enige verklaring. Minstens zo belangrijk is de (rechts)onzekerheid die gegeven is met de combinatie van vrijheid en belasting. De door de wetgever geboden terughoudendheid maakt dat de bevoegde bestuursorganen niet snel naar het instrumentarium grijpen. Het niet uitoefenen van de gegeven bevoegdheden zorgt er weer voor dat zich geen herkenbaar beleid kan ontwikkelen. Nadere normering zal zich derhalve niet uit de beschikkingspraktijk kunnen ontwikkelen. Beleidsregels laten zich hier ook moeilijk op voorhand formuleren. Gezien de diversiteit van de zorg (men vergelijke alleen maar de casus I en III) is het moeilijk van tevoren te bepalen welke maatregelen in welke situaties moeten worden opgelegd. Nadere normering van de beschikkingsbevoegdheden moet welhaast wel achterwege blijven, hetgeen inhoudt dat de bevoegde bestuursorganen zich wel twee keer bedenken vooraleer zij besluiten over te gaan tot het uitoefenen van een van de genoemde bevoegdheden. Dit besluit is immers niets minder dan een sprong in het duister.

In casus I werden bevelen tot sluiting en een aanwijzing tot sluiting gegeven. Nu lijdt het geen twijfel dat de in de beschikkingen opgelegde maatregelen binnen de beschikkingsbevoegdheid vielen, maar voor wat betreft de maatregel van sluiting is dat maar de vraag. De bewoordingen van artikel 7, eerste, tweede en vierde lid, KZI doen vermoeden dat *sluiting* (tot op het moment dat genoegzaam aannemelijk is gemaakt dat verantwoorde zorg zal worden geleverd) te ver gaat en dat hiervoor de bevoegdheid ontbreekt. In ieder geval wordt van deze bevoegdheid niet expliciet gewag gemaakt. Het was waarschijnlijk ook om deze reden verstandig de brandweer eens te laten kijken of aan de brandveiligheidseisen was voldaan.

De genoemde onzekerheid treft natuurlijk de betrokken zorgaanbieders evenzeer. Ook de rechtsgelijkheid is in het geding. In casus I kon men gemakkelijk tot sluiting overgaan, omdat het slechts ging om vier bewoners. Denkbaar is dat Inspectie voor de Gezondheidszorg en Minister bij een tehuis met tientallen bewoners anders hadden gehandeld.

Met betrekking tot de handhavingsbevoegdheden hebben de geïnterviewde medewerkers van de Inspectie voor de Gezondheidszorg opgemerkt dat zij moeilijk hanteerbaar zijn. Vastgesteld kan worden dat de oorzaak een wettechnische is en besloten ligt in de hierboven beschreven vrijheid-in-belasting. Hiermee hangt samen dat wanneer eenmaal is gekozen voor een van de bevoegdheden, het probleem ook uitsluitend op het bordje van het bevoegde bestuursorgaan

blijft liggen. Anders dan de Procedure bevel ex artikel 40 jo. artikel 87a van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG, Wet van 11 november 1993, Stb. 655) voorziet de Procedure bevel ex KZI niet in vervolgstappen. Nadat een bevel ex artikel 87a BIG is gegeven verstuurt de Inspectie voor de Gezondheidszorg brieven, niet alleen naar de zorgverlener maar ook naar de zorginstelling, de zorgverzekeraar en de gemeente van vestiging, zodat ook zij consequenties kunnen verbinden aan het bevel. De KZI-procedures voorzien hierin niet. Overigens werd de instelling in casus I louter privaat gefinancierd. Een brief naar financiers was daarom niet mogelijk. Dit is een gevolg van het feit dat men de reikwijdte van de KZI heeft losgekoppeld van de wijze van financiering. Hoewel de procedures er niet in voorzien, zijn in casus III wel afschriften gezonden aan het regionale zorgkantoor en het College van Gedeputeerde Staten. Veel van de geïnterviewde personen merkten overigens op dat de BIG-bevelsbevoegdheid gemakkelijker te hanteren is. Daarbij zij evenwel aangetekend dat ook van deze bevoegdheid tot op heden maar weinig gebruik is gemaakt.
De met artikel 7 KZI gegeven vrijheid laat wel ruimte voor onderhandeling, overreding en drang (zie paragraaf 5.4.1). Alle dossiers laten zien dat van deze ruimte volop en op creatieve wijze gebruik wordt gemaakt. Toch is het in dit verband wellicht niet overbodig om op te merken dat het de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Minister niet is toegestaan binnen deze ruimte zelf kwaliteitsnormen te stellen, hetgeen natuurlijk samenhangt met het uitgangspunt dat deze normen door het veld zelf te formuleren zijn. Dit betekent dat zowel de Inspectie voor de Gezondheidszorg als de Minister in het kader van de KZI-handhaving niet meer dan doorgeefluik kunnen zijn van die normen (en voor zover het veld nalaat zelf kwaliteitsnormen te ontwikkelen, dienen Minister en Inspectie voor de Gezondheidszorg - en praktisch gezien natuurlijk vooral de laatste – op normontwikkeling aan te dringen). In deze zin is met de komst van de KZI met name de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg veranderd. De handhavende instanties dienen er derhalve voor te waken niet zelf als regelgever op te treden; niet alleen niet op het moment van het geven van bevelen en aanwijzingen (hetgeen bijzonder bezwaarlijk zou zijn omdat in dat geval het moment van normering samen zou vallen met het moment waarop gebruikgemaakt wordt van de handhavingsbevoegdheid), maar ook niet in het voortraject. Geen van de dossiers doet overigens vermoeden dat de opgelegde maatregelen niet conform door het veld onderschreven kwaliteitsnormen zijn.

5.7.2 Toezicht

De geïnterviewden gaven zonder uitzondering aan goed uit de voeten te kunnen met de toegewezen bevoegdheden. Ook bleken zij ingenomen met de duidelijkheid die geschapen is met de komst van afdeling 5.2 van de Awb. Voor wat betreft de bijzondere bevoegdheid van artikel 8 lid 2 KZI kan gezegd worden dat deze haar waarde inmiddels bewezen heeft. In zowel casus I als casus II bleek deze bevoegdheid onontbeerlijk.

5.7.3 Bestuursdwang

In paragraaf 5.4.3 is uiteengezet dat het besluit tot het toepassen van bestuursdwang een beschikking is. Dit betekent dat de beslissing op schrift gesteld moet zijn, dat ze gericht moet zijn tot degeen die het in zijn macht heeft de vereiste maatregelen te nemen, dat er een begunstigingstermijn moet worden gesteld, etcetera. Deze eigenschappen van de bestuursdwangbeschikking maken dat de verschillen tussen de bevoegdheid van artikel 14 KZI en die van artikel 7 KZI moeilijk waarneembaar zijn. Niettemin zijn aanwijzingen en bevelen in de zin van artikel 7 geen beslissingen tot toepassing van bestuursdwang. Ware dat wel het geval, dan had de wetgever het niet nodig gevonden om de bepaling van artikel 14 in de KZI op te nemen.

In casus I werd door een bezoekende inspecteur het bevel gegeven het pension onmiddellijk te sluiten. Welbeschouwd hadden twee besluiten genomen moeten worden: het bevel ex artikel 7

lid 4 KZI en het besluit om bestuursdwang toe te passen. Uit het dossier viel niet op te maken dat dit was gebeurd. Het sluitingsbevel is kennelijk als beide opgevat. Dit is problematisch omdat bestuursdwang een overtreding verondersteld, en overtreding normering. Problematisch is ook de bevoegdheid van de inspecteur tot het nemen van een beslissing ter zake van de toepassing van bestuursdwang. Volgens de toentertijd geldende KZI-versie had hij deze bevoegdheid niet. Zo ook naar huidig recht. Ex artikel 14 KZI is immers de Minister van VWS bevoegd. Dit betekent dat in casus I de betrokken inspecteur in principe niet bevoegd was tot het nemen van een beslissing tot het uitoefenen van bestuursdwang. De geïnterviewden gaven niet aan zich van dit probleem bewust te zijn. Niettemin betreft het een onduidelijkheid die in de KZI is ingebakken en bij de rechter tot problemen kan leiden.

Een aantal geïnterviewden liet weten bevreesd te zijn voor de patiënten bij het toepassen van bestuursdwang. Zij zouden er door getroffen worden, niet zozeer de zorgaanbieder. In dit verband moet worden vastgesteld dat ondanks de schijn van het tegendeel de Minister op basis van artikel 14 KZI jo artikel 5:32 lid 2 Awb (nog steeds) ook bevoegd is tot het geven van een last onder dwangsom. Dit zou slechts anders geweest zijn indien de KZI uitdrukkelijk had aangegeven dat de Minister deze bevoegdheid niet heeft.

Zoals in paragraaf 4.3.3 blijkt is het opleggen van dwangsommen bijzonder zinvol wanneer het gaat om zich herhalende overtredingen. Hiervan was sprake in alle casus. Ook in deze zin is het instrumentarium van de BIG beter hanteerbaar. Anders dan in de Procedures ex KZI wordt in de Procedure bevel Wet BIG wel expliciet gewag gemaakt van de bevoegdheid tot het geven van lasten onder dwangsom.

5.8 Conclusies en aanbevelingen

- Ten aanzien van de beschikkingsbevoegdheden kan worden opgemerkt dat hun gebruik veel onzekerheid met zich meebrengt. De terughoudendheid in het gebruik door de handhavers is ten dele ook te verklaren uit de aard van de gegeven bevoegdheden. De bevoegdheden van artikel 7 KZI bevatten immers een zeer grote mate van vrijheid aan handhavingsmogelijkheden die qua belasting in beginsel onbegrensd zijn. Dit betekent dat met het gebruik welhaast per definitie een grote mate van onduidelijkheid gegeven is. Indachtig de gekozen wetssystematiek is dit waarschijnlijk een onoverkomelijk probleem en zal gebruik van de KZI-handhavingsbevoegdheden een moeizame aangelegenheid blijven.

- De handhavende instanties dienen ervoor beducht te zijn niet op te treden als regelgevers. Het is niet aan de Minister, en evenmin aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg, om zelf kwaliteitsnormen te formuleren. In alle stadia van het handhavingstraject dienen zij zich hiervan te onthouden. Laat het veld de ontwikkeling van kwaliteitsnormen na, dan heeft vooral de Inspectie voor de Gezondheidszorg de belangrijke taak om hierop aan te dringen.

- In tegenstelling tot de BIG-Procedure voorziet de huidige KZI-procedure niet in vervolgtrajecten wanneer eenmaal van een artikel 7-bevoegdheid gebruik is gemaakt. Dit betekent dat andere instanties en instellingen (zoals ziekenfondsen) niet worden ingeschakeld. Teneinde de kans op het doen uitvoeren van opgelegde maatregelen te vergroten verdient het aanbeveling om formalisering van vervolgstappen te overwegen.

- De bevoegdheden van de toezichthouders zijn niet problematisch.

- Voor wat betreft de mogelijkheden van bestuurlijk ingrijpen is er enige onduidelijkheid ten aanzien van de bestuursdwang. In de KZI komt onvoldoende uit de verf dat de beschikkingsbevoegdheden ex artikel 7 KZI te onderscheiden zijn van de bevoegdheid tot het toepassen van bestuursdwang. Bij bestudering van casus I is gebleken dat niet duidelijk was of aan de sluiting nu een bevel ten grondslag lag of een beschikking tot het toepassen van bestuursdwang.

- Daarnaast blijft gebruikmaking van de bevoegdheid tot het opleggen van dwangsommen mogelijk. Het verdient de aanbeveling om eens na te denken over de mogelijkheden van deze bevoegdheid. Dit middel kan eerder ingezet worden en is vooral effectief wanneer het gaat om zich herhalende overtredingen. In alle casus was hiervan sprake. Bovendien treft dit middel niet zozeer de patiënten (een veelgehoorde vrees wanneer gesproken wordt over de inzet van bestuursdwang) als wel het instellingsbestuur. Overigens zou in casus III geen andere bevoegdheid dan die tot het opleggen van dwangsommen gebruikt kunnen worden.

6

De relatie tussen de Kwaliteitswet zorginstellingen en andere wetten

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van een analyse van de relatie tussen de Kwaliteitswet zorginstellingen en andere wetgeving die van belang is voor de kwaliteit van zorg. Daartoe is de inhoud van deze wetten op een aantal hoofdpunten vergeleken met de Kwaliteitswet zorginstellingen, op basis van de tekst van de wetgeving, de parlementaire stukken, literatuur en –voor zover beschikbaar- de uitkomsten van eerdere wetsevaluaties. Voorts is het vraagstuk van de samenhang tussen de KZI en andere wettelijke regelingen aan de orde gesteld in de interviews met de landelijke organisaties.

Allereerst wordt een analyse gemaakt van een aantal wetten die –naast de KZI- relevant zijn voor de regulering van de kwaliteit van zorg (6.2 en 6.3). Vervolgens wordt weergegeven hoe de partijen in het veld aankijken tegen de samenhang van de verschillende wetten (6.4). Tenslotte wordt een aantal specifieke thema's nader belicht, mede in het licht van ontwikkelingen in de rechtspraak (6.5).

De voor deze analyse in aanmerking komende wettelijke regelingen kunnen worden ingedeeld in twee groepen:

1. Wettelijke regelingen die de onder de werking van de KZI vallende zorgaanbieder nadere verplichtingen opleggen op het terrein van de *kwaliteit van zorg*:
   - hetzij door op deelterreinen specifieke regels te stellen en daardoor een bijdrage te leveren aan het geven van inhoud aan het begrip 'verantwoorde zorg'. Een voorbeeld hiervan is de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst met betrekking tot de daarin geformuleerde patiëntenrechten;
   - hetzij door met betrekking tot deelsectoren van de zorg te voorzien in nadere of andere vormen van kwaliteitsregulering (zoals de Wet op de jeugdhulpverlening);
2. Wettelijke regelingen die op directe of indirecte wijze de taken en verantwoordelijkheden regelen van andere partijen die in het kader van de bewaking van de kwaliteit van zorg een rol spelen. Het oog valt hier onder meer op de rol van de cliënten in de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ; Wet van 29 februari 1996, Stb. 204) en de zorgverzekeraar (de bepalingen inzake het overeenkomstenstelsel uit de Ziekenfondswet en de AwbZ)

Buiten beschouwing blijven wettelijke regelingen die de kwaliteit van zaken of producten betreffen (zoals de Wet op de geneesmiddelenvoorziening, de Wet op de medische hulpmiddelen en de Wet inzake de bloedvoorziening). Ook deze wetten zijn relevant voor de kwaliteit van de zorg, maar beïnvloeden c.q. betreffen in mindere mate de taken en verantwoordelijkhe-

den van de zorgaanbieder als bedoeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen.

In het navolgende wordt een selectie van wetten zoveel mogelijk op de volgende punten met de KZI vergeleken:
a. het doel en de systematiek van de wet, waaronder begrepen de reikwijdte;
b. de eenduidigheid van de wetsterminologie;
c. de consistentie van de normstelling;
d. de verdeling van verantwoordelijkheden;
e. toezicht op en handhaving van de naleving.

Een vergelijking van de bedoelde wetten op deze punten kan duidelijk maken of, en zo ja in welke mate, de toepassing van de KZI door deze andere wettelijke regelingen wordt bevorderd dan wel wordt gehinderd. De volgende wettelijke regelingen worden in de analyse betrokken:
- De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO, onderdeel van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, art. 7:446 t/m art. 7:468 BW).
- De Wet klachtrecht cliënten zorgsector.
- De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
- De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen.
- De Wet op de jeugdhulpverlening.
- De Welzijnswet.
- De Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen.
- De Ziekenfondswet / Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, mede in het licht van de Integratiewet medisch-specialistische zorg.

6.2 Wetgeving die zich richt op de onder de KZI vallende zorgaanbieder

6.2.1 De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst

a. Doel en systematiek van de wet, waaronder begrepen de reikwijdte

De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) bevat een catalogus van rechten en plichten van patiënten en hulpverleners welke tot doel heeft de fundamentele rechten van de patiënt te eerbiedigen en mede daardoor de kwaliteit van de gezondheidszorg te bevorderen. Hier gaat het om bepalingen als:
- art. 7:448 betreffende de informatie die de hulpverlener aan de patiënt moet verstrekken;
- art. 7:450 waarin is opgenomen dat een patiënt weloverwogen na deugdelijke informatie toestemming moet geven voor geneeskundige behandeling;
- art. 7:454 inzake het bijhouden van een dossier (als kwaliteitsinstrument voor de zorgverlening);
- art. 7:453 de plicht als goed hulpverlener te handelen.

De WGBO is een dwingendrechtelijke civielrechtelijke regeling in de vorm van een wederkerige overeenkomst. De wet bevat rechten ter versterking van de positie van de patiënt ten opzichte van diens hulpverlener, waarbij het accent ligt op een reeks verplichtingen gelegd op de hulpverlener. In de WGBO zijn abstract geformuleerde normen opgenomen die in de praktijk nadere invulling moeten krijgen.

De WGBO is niet alleen van toepassing op contractuele relaties tussen een patiënt en een hulpverlener maar, via de schakelbepaling art. 7:464 BW ook op niet-contractuele relaties (dit laatste voor zover de aard van de rechtsbetrekking zich daartegen niet verzet). Het begrip hulpverlener kan betrekking hebben op een natuurlijke persoon (bijvoorbeeld een vrijgevestigd specialist) maar ook op een rechtspersoon. In het geval waarin de individuele hulpverlener werkzaam is in dienst van een instelling, geldt de instelling in de zin van de WGBO als hulpverlener en komt een behandelingsovereenkomst tussen de patiënt en de instelling tot stand. In het ziekenhuis kan de situatie ontstaan dat een bepaalde hulpverleningssituatie leidt tot meerdere behandelingsovereenkomsten: een tussen de patiënt en de vrijgevestigd medisch specialist (met betrekking tot diens verrichtingen) en een tussen de patiënt en het ziekenhuis (voor de 'aanpalende' verpleging en verzorging).
Dit houdt in dat de zorgaanbieder als bedoeld in de KZI in relatie tot de WGBO verschillende hoedanigheden kan hebben. In bepaalde gevallen is hij, als werkgever van een individuele hulpverlener, contractpartij bij de behandelingsovereenkomst en is hij zowel uit hoofde van de KZI als de WGBO verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg (= direct). In andere gevallen is hij geen contractpartij, maar uit hoofde van de KZI wel (mede)verantwoordelijk voor de wijze waarop anderen binnen zijn instelling of organisatie met de WGBO omgaan (= indirect).

In termen van reikwijdte zal het zo zijn dat instellingen die onder de KZI vallen in directe of indirecte zin altijd ook met de WGBO te maken zullen hebben. Omgekeerd is dat niet altijd het geval. Solistisch werkzame beroepsbeoefenaren vallen wel onder de WGBO maar niet onder de KZI.

b. De (eenduidigheid van de) wetsterminologie

In de WGBO zijn belangrijk de begrippen 'hulpverlener' en 'handelingen op het gebied van de geneeskunst'. Het begrip 'hulpverlener' wordt in art. 7:446 omschreven als een natuurlijke persoon of een rechtspersoon', die 'zich in de uitoefening van een geneeskundig beroep of bedrijf tegenover een ander, de opdrachtgever, verbindt tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst, rechtstreeks betrekking hebbende op de persoon van de opdrachtgever of van een bepaalde derde". Het gaat dus om twee eigenschappen:

1. het uitoefenen van een geneeskundig beroep;
2. het verrichten van handelingen op geneeskundig gebied.

Dit laatste begrip wordt in het tweede lid nader uitgewerkt als: "alle verrichtingen - het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen - rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel verloskundige bijstand te verlenen", alsook andere verrichtingen rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon, die worden verricht door een arts of tandarts in die hoedanigheid. Verpleging, verzorging en rechtstreeks ten behoeve van de patiënt voorzien in de materiële omstandigheden waaronder die handelingen kunnen worden verricht vallen eveneens onder 'geneeskundige handelingen'.

Zoals gezegd hoeft het begrip 'hulpverlener' dus geen individuele beroepsbeoefenaar te betreffen: dit kan ook een instelling zijn, zoals bijvoorbeeld een ziekenhuis, een RIAGG of een verpleeghuis.

Op één punt wordt in de WGBO een koppeling gelegd naar bestuursrechtelijke gezondheidswetgeving, namelijk waar het de centrale aansprakelijkheid betreft. Deze geldt krachtens art. 7:462, lid 2 BW uitsluitend voor "een voor de toepassing van de Ziekenfondswet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten als ziekenhuis, verpleeginrichting of zwakzinnigeninrichting erkende of aangewezen instelling of afdeling daarvan, een academisch ziekenhuis, alsmede een abortuskliniek in de zin van de Wet afbreking zwangerschap". Dit begrip instelling is

beperkter dan hetgeen de KZI onder dit begrip verstaat. De patiënt die zijn binnen een gezondheidscentrum werkzame *vrijgevestigde* huisarts wil aanspreken kan niet volstaan met het aansprakelijk stellen van het gezondheidscentrum zelf.

c. De consistentie van de normstelling

In de WGBO zijn normen opgenomen die voor een belangrijk deel mogen worden gezien als codificatie van een bestaand recht. Veel van de abstracte normen van de WGBO hebben al sinds de jaren zeventig in een lange reeks van civielrechtelijke en tuchtrechtelijke uitspraken concrete uitwerking gekregen. De relatie tussen de KZI en de normen van de WGBO is een duidelijke: de WGBO vormt een van de kenbronnen voor de nadere uitwerking van het in de KZI opgenomen begrip 'verantwoorde zorg'.

d. De verdeling van verantwoordelijkheden

De WGBO richt zich tot de contractpartijen van de geneeskundige behandelingsovereenkomst, en in het bijzonder tot de hulpverlener. De WGBO beoogt de verantwoordelijkheden van de hulpverlener in de relatie met de patiënt nader in te vullen. Zoals we eerder zagen (zie onder a.) liggen de verantwoordelijkheden van de zorgaanbieder in de zin van de KZI direct of indirect in het verlengde hiervan.

e. Toezicht op en handhaving van de naleving

De WGBO is een civielrechtelijke wet, hetgeen impliceert dat de naleving van de WGBO dient te geschieden door de beide contractspartijen zelf, dus de hulpverlener en de patiënt. Van overheidstoezicht in directe zin is geen sprake. Wel kan overheidstoezicht in indirecte zin aan de orde komen, en wel in die gevallen waarin een (structurele) schending van de WGBO leidt tot de conclusie dat een instelling de norm van art. 2 KZI (verantwoorde zorg) niet naleeft.

6.2.2 De Wet klachtrecht cliënten zorgsector

a. Doel en systematiek van de wet, waaronder begrepen de reikwijdte

In aanvulling op de inhoudelijke rechten van de WGBO biedt de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ) aan patiënten een mogelijkheid om te klagen, in die gevallen waarin zij menen dat hun rechten geschonden zijn. Dit is het primaire doel van de wet. Het secundaire doel is kwaliteitsverbetering, vanuit de gedachte dat de uitkomsten van klachtenbehandeling een bijdrage kan leveren aan de structurele bewaking en verbetering van de kwaliteit van zorg.

De WKCZ is van toepassing op de volgende sectoren:

- instellingen of zelfstandig werkzame beroepsbeoefenaren die zorg verlenen als omschreven bij of krachtens de ZFW of de AWBZ;
- instellingen die uitvoerend werk verrichten op het terrein van de kinderopvang, het algemeen maatschappelijk werk, de maatschappelijke opvang en het welzijn van ouderen;
- instellingen voor verslavingszorg;
- gemeentelijke gezondheidsdiensten.

Onder de WKCZ vallen zowel instellingen als individuele, zelfstandig werkzame beroepsbeoefenaren. Evenmin als bij de KZI is een verband gelegd tussen de wijze waarop de zorgverlener wordt gefinancierd. De WKCZ is van toepassing op de eronder vallende vormen van zorg, ongeacht hoe deze worden gefinancierd. De reikwijdte van de WKCZ is breder dan die van de KZI, zowel omdat solistisch werkzame hulpverleners onder de WKCZ vallen als vanwege de toepasselijkheid van de WKCZ op de kinderopvang, het algemeen maatschappelijk werk en welzijnsinstellingen voor ouderen. Anderzijds is het zo dat op alle instellingen die onder de KZI vallen, ook de WKCZ van toepassing is.

De opzet van de WKCZ is zodanig dat met betrekking tot een ziekenhuis zowel de instelling zelf als daarin werkzame, zelfstandig gevestigde specialisten een wettelijke plicht hebben om aansluiting te zoeken bij een klachtencommissie. Dit wijkt af van de systematiek van de Kwaliteitswet, die het ziekenhuis als één geheel ziet. In de praktijk is het zo dat de specialisten zich aansluiten bij de klachtencommissie van het ziekenhuis, maar de wet verplicht hen daar niet toe. Zij zouden zich ook bij een andere klachtencommissie mogen aansluiten. Bij een klacht tegen een vrijgevestigd specialist is deze de zorgaanbieder in de zin van de WKCZ en behoort de ziekenhuis-klachtencommissie haar oordeel met eventuele aanbevelingen aan hem te zenden. De ziekenhuisdirectie krijgt daarvan geen afschrift. Aanbevolen is aan deze potentieel verwarrende situatie een einde te maken, door het ziekenhuis wettelijk tot centraal klachtenadres te maken, naar analogie van de wijze waarop in de KZI met de verhouding maatschappen en ziekenhuis is omgegaan (Kahn, 2001).

b. De (eenduidigheid van de) wetsterminologie

Evenals de KZI hanteert de WKCZ de begrippen ‘instelling’ en ‘zorgaanbieder’ maar geeft daaraan niet precies dezelfde inhoud. Dit houdt in dat een solistisch werkzame huisarts een zorgaanbieder is in de zin van de WKCZ, maar niet in de zin van de KZI. Daarentegen zijn een tweetal in nevenschikking samenwerkende fysiotherapeuten wel een instelling in de zin van de KZI, maar niet in de zin van de WKCZ. Deze verschillen zijn mogelijk verwarrend, maar maken voor de reikwijdtes van beide wetten zoals gezegd niet uit. Alle KZI-instellingen vallen ook onder de WKCZ.

c. De (consistentie van de) normstelling

De WKCZ verlangt van een zorgaanbieder dat hij een regeling inzake klachtenbehandeling treft die voldoet aan de in de WKCZ genoemde eisen. Klachten over een gedraging (handelen zowel als nalaten) met gevolgen voor een cliënt zijn vatbaar voor behandeling door een klachtencommissie. Er zijn procedurele waarborgen ingebouwd om de klachtenbehandeling zorgvuldig te laten verlopen.

d. De verdeling van verantwoordelijkheden

De WKCZ legt een verantwoordelijkheid op aan de zorgaanbieder, en wel met betrekking tot de regeling, instandhouding en het verloop van een klachtenprocedure volgens de eisen die in de WKCZ daaraan gesteld worden. Dit is een verantwoordelijkheid die direct uit de wet voortvloeit. Indirect geeft de WKCZ de zorgaanbieder de verantwoordelijkheid de klachtenbehandeling en de uitkomsten daarvan te verwerken in het kwaliteitsbeleid van de instelling. Deze indirecte verantwoordelijkheid, die voortvloeit uit het secundaire doel van de WKCZ, correspondeert met art. 5 lid 2 onder c KZI, waarin wordt bepaald dat de zorgaanbieder in het kwaliteitsjaarverslag onder meer aangeeft welk gevolg hij heeft gegeven aan klachten over de kwaliteit van de verleende zorg.

e. Toezicht op en handhaving van de naleving

De naleving van de WKCZ kan volgens de thans geldende regeling worden afgedwongen door cliënten of cliëntenraden. Iedere cliënt of cliëntenraad kan via de kantonrechter de zorgaanbieder dwingen de voorschriften betreffende de opzet van de klachtenregeling na te leven. De kantonrechter kan daartoe de zorgaanbieder de verplichting opleggen bepaalde handelingen te verrichten of na te laten.

Daarnaast kunnen instellingen op grond van de KZI door de Inspectie voor de Gezondheidszorg op problemen met de klachtenbehandeling worden gewezen, omdat een goed functionerend klachtrecht onderdeel is van een verantwoorde kwaliteit van zorg. Naar aanleiding van de uitkomsten van de evaluatie van de WKCZ uit 1999 werd deze meer indirecte vorm van toezicht

van de Inspectie voor de Gezondheidszorg op de naleving van de WKCZ niet voldoende geacht. In het in februari 2000 verschenen kabinetsstandpunt over de evaluatie WKCZ wordt aangekondigd dat door middel van een wijziging van de WKCZ het toezicht op deze wet direct zal worden opgedragen aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (26.800 XV!, nr. 73 Vergaderjaar 1999/2000).

6.2.3 De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg

a. Doel en systematiek van de wet, waaronder begrepen de reikwijdte

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) is bedoeld om de kwaliteit van de individuele beroepsbeoefening te bewaken. Dit geschiedt op diverse manieren:

4. door middel van een systeem van opleidingseisen, (her)registratie en (opleidings) titelbescherming met betrekking tot een aantal beroepsgroepen;
5. door een regeling van het wettelijk tuchtrecht ten aanzien van de acht beroepsgroepen die worden genoemd in art. 3 BIG;
6. door manieren om bij onvoldoende functioneren tijdens de beroepsuitoefening te kunnen ingrijpen (art. 40 BIG en de daaraan gekoppelde bevelsprocedure; maatregelen wegens ongeschiktheid).

In termen van reikwijdte staat in de Wet BIG centraal de combinatie van enerzijds de beroepsgroepen waarop de wet door middel van de art. 3 en 34 betrekking heeft en anderzijds het in art. 1 lid 1 BIG omschreven begrip handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Dit betekent dat er geen sprake is van een situatie waarin instellingen in formele zin onder de Wet BIG vallen. Dat laat onverlet dat de Wet BIG voor instellingen en het daarin te voeren kwaliteitsbeleid zeker implicaties heeft (zie nader onder d).

b. De eenduidigheid van de wetsterminologie

Begrippen die in de KZI centraal staan, zoals zorg, zorgaanbieder en instelling, komen als zodanig in de Wet BIG niet voor. Afstemming met de KZI is er nadrukkelijk op het punt van de kwaliteitsbewaking tijdens de beroepsuitoefening, zoals geregeld in art. 40 BIG. Deze afstemming omvat twee aspecten:

1. De regeling van art. 40 BIG en de daaraan in art. 87a BIG gekoppelde bevelsbevoegdheid is uitsluitend van toepassing op individuele beroepsbeoefenaren als bedoeld in de art. 3 of 34 BIG, welke niet werkzaam zijn in een instelling als bedoeld in de KZI. Werken zij wel in zo'n instelling dan is art. 40 BIG niet van toepassing, en gelden de bepalingen van de KZI;
2. Met betrekking tot de opzet van art. 40 BIG is gekozen voor een analogie met de KZI: de verplichting om verantwoorde zorg te bieden en de beroepsuitoefening zodanig te organiseren dat dit redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg.

c. De consistentie van de normstelling

De Wet BIG regelt een aantal onderwerpen, met daarbij behorende, uiteenlopende normen en criteria. De normstelling varieert van open normen die door het veld moeten worden geconcretiseerd (verantwoorde zorg in art. 40 BIG, de tuchtnormen) tot gedetailleerde voorschriften. Dit laatste geldt met name voor de tuchtprocedure en is bedoeld om de rechtszekerheid en rechtvaardigheid (eerlijk proces) voor patiënt en gedaagde beroepsbeoefenaren te maximaliseren wegens de vergaande gevolgen die een uitspraak op de beroepsbeoefenaar kan hebben. Zoals onder b. reeds opgemerkt is de normstelling in de BIG-bepaling inzake de kwaliteit van de beroepsuitoefening (art. 40 BIG) goed op KZI afgestemd.

d. De verdeling van verantwoordelijkheden

De verantwoordelijkheid voor een kwalitatief goede beroepsbeoefening ligt in de systematiek

van de Wet BIG primair bij de individuele beroepsbeoefenaar. Dit neemt niet weg dat uit deze wet ook verantwoordelijkheden voortvloeien voor zorgaanbieders als bedoeld in de KZI. Een duidelijk voorbeeld wordt gevormd door de scholing van verpleegkundigen en verzorgenden met betrekking tot de door hen in opdracht van een arts uit te voeren voorbehouden handelingen. Op dit punt kan de Wet BIG het niet stellen zonder een adequaat opleidings- en (na)scholingsbeleid van de instelling. Voor de instellingen vallen hier de implicaties van de Wet BIG en de wettelijke verantwoordelijkheden van de KZI samen: de KZI verlangt immers goed opgeleid en deskundig personeel. In het kader van de invoering van de Wet BIG zijn reeds verschillende initiatieven ontplooid om de gedeelde verantwoordelijkheden van beroepsbeoefenaren en instellingen verduidelijken en nader uit te werken. In dit verband kan worden genoemd het in december 1996 door de toenmalige Raad BIG gepubliceerde 'Stappenplan voorbehouden handelingen'.

e. Toezicht op en handhaving van de naleving

Vanwege de diversiteit van de in de Wet BIG geregelde onderwerpen, geeft de wet een breed palet van instanties die een taak hebben met betrekking tot de naleving van de wet. In algemene zin is de Inspectie voor de Gezondheidszorg belast met het toezicht op de naleving van Wet BIG (art. 86 BIG). Daarnaast zijn uiteraard van belang de uitspraken die door de tuchtrechter, de strafrechter, het college voor medisch toezicht of de specialistenregistratiecommissie in het kader van de Wet BIG kunnen worden gedaan. In relatie tot de KZI is van belang dat de Wet BIG aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg een aanvullende mogelijkheid geeft om op te treden tegen onverantwoorde zorg die binnen een instelling wordt verleend, namelijk door gebruik te maken van haar bevoegdheid om tegen een binnen de instelling werkzame beoefenaar van een beroep als genoemd in art. 3 BIG een klacht bij de tuchtrechter in te dienen. Dit vraagt om beleid van de Inspectie voor de Gezondheidszorg ten aanzien van de vraag wanneer van welke bevoegdheid gebruik wordt gemaakt. Zie verder par. 6.5.3.

6.2.4 De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

Er is de afgelopen jaren een aantal wetten tot stand gebracht die –veelal in aanvulling op de WGBO- specifieke regels geven voor bijzondere ingrepen en verrichtingen. Te denken valt aan de Wet op de orgaandonatie, de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen en de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). Voor al deze regelingen geldt dat zij onder meer van belang zijn voor de kwaliteit van zorg ten aanzien van de in deze wetten aan de orde komende ingrepen en verrichtingen. In die zin hebben zij met elkaar gemeen dat zij als het ware de algemene bepalingen van de KZI op deelgebieden specificeren. Diverse instellingen die onder de KZI vallen hebben met een of meer van deze wetten te maken. Van de genoemde drie regelingen is de Wet Bopz die met de grootste reikwijdte (psychiatrische ziekenhuizen, psychogeriatrische verpleeghuizen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten). Als voorbeeld van de wetgeving betreffende bijzondere ingrepen en verrichtingen wordt hieronder de Wet Bopz nader in kaart gebracht.

a. Doel en systematiek van de wet, waaronder begrepen de reikwijdte

De Wet Bpoz regelt de criteria en de procedures voor onvrijwillige opneming in een psychiatrisch ziekenhuis en geeft bovendien regels voor de rechtspositie van de patiënt tijdens diens onvrijwillige verblijf in de instelling. De doelstelling van de Wet Bopz is tweeledig: het bieden van bescherming tegen mensen die ten gevolge van een psychische stoornis gevaar veroorzaken en het verbeteren van de rechtspositie van de patiënt.

De Wet Bopz is van toepassing op psychiatrische ziekenhuizen. Daaronder worden volgens art. 1 lid 1 onder h Bopz verstaan: "een door Onze Minister als psychiatrisch ziekenhuis, verpleegin-

richting dan wel zwakzinnigeninrichting aangemerkte zorginstelling of afdeling daarvan, gericht op behandeling, verpleging en verblijf van personen die gestoord zijn in hun geestvermogens (…)". Al deze Bopz-aangemerkte instellingen zijn tevens instellingen in de zin van de KZI.

b. De eenduidigheid van de wetsterminologie

Net als de Wet BIG komen in de Wet Bopz uiteenlopende onderwerpen betreffende de externe en interne rechtspositie van de onvrijwillig opgenomen psychiatrische patiënt aan de orde. Daarbij horen een groot aantal normen en criteria (voor dwangopneming, voor dwangbehandeling, voor vrijheidsbeperkende maatregelen e.d.). Het gaat om op het doel van de Wet Bopz afgestemde begrippen en criteria.

c. De consistentie van de normstelling

Uit de aard van de Wet Bopz vloeit voort dat deze weinig of geen ruimte beidt voor invulling van criteria door het veld. De criteria voor dwangopneming zijn nauwgezet gedefinieerd en nader in de rechtspraak ontwikkeld. Ook de rechten van de onvrijwillig opgenomen patiënten tijdens het verblijf zijn gedetailleerd geregeld. Interpretatie van de in dat kader relevante criteria vindt plaats in de (klacht)rechtspraak.

d. De verdeling van verantwoordelijkheden

De verantwoordelijkheden die uit de Wet Bopz voortvloeien richten zich op verschillende partijen. Tot die partijen behoren de instanties en autoriteiten die betrokken zijn bij de onvrijwillige opneming (OM, rechter, burgemeester) maar uiteraard ook tot de zorgaanbieder in wiens Bopz-aangemerkte instelling een patiënt op grond van een Bopz-maatregel onvrijwillig wordt opgenomen. Met betrekking tot de zorgaanbieder wordt het KZI-begrip 'verantwoorde' zorg ten aanzien van de behandeling en bejegening van onvrijwillig opgenomen patiënten door de Wet Bopz nader ingevuld. De zorgaanbieder is gehouden de criteria van de wet na te leven en op adequate wijze invulling te geven aan de overige verplichtingen die de wet inhoudt (waaronder het inrichten van een specifieke klachtenprocedure, art, 41 Bopz).

Eind 1996 werd de eerste evaluatie van de Wet Bopz voltooid. Hieruit kwam naar voren dat de onder de wet vallende instellingen op een groot aantal terreinen moeite hadden de bepalingen van de Wet Bopz juist toe te passen. In de sectoren psychogeriatrie en verstandelijk gehandicaptenzorg was de afstand tussen de bedoeling en de tekst van de wet en de praktijk zelfs zo groot, dat ten principale werd getwijfeld aan de werkbaarheid van de Wet Bopz in deze sectoren (Evaluatiecommissie Wet Bopz, 1996). Begin 2002 zullen de resultaten van de tweede Bopz-evaluatie worden gepubliceerd en kan worden bezien in hoeverre deze problemen, die belemmerend werken op de kwaliteit van zorg ten aanzien van onvrijwillig opgenomen patiënten, nog steeds bestaan.

In de praktijk hebben instellingen die onder de Wet Bopz vallen verschillende methoden ontwikkeld om de door deze wet beoogde kwaliteit van zorg te realiseren. Niet door de wet voorgeschreven, maar wel in veel instellingen ingesteld, zijn de zogenaamde 'middelen en maatregelen-commissies'. Deze commissies zien kritisch toe op het instellingsbeleid met betrekking tot het toepassen van dwang en vrijheidsbeperkende maatregelen. Een dergelijke commissie kan worden gezien als een onderdeel van het door art. 4 KZI verlangde systeem voor de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg.

e. Toezicht op en handhaving van de naleving

Met betrekking tot het toezicht op de Wet Bopz is sprake van een bijzondere situatie. Evenals in andere gezondheidswetten het geval is, is de Inspectie voor de Gezondheidszorg belast met het toezicht op de naleving van de Wet Bopz (art. 65a). In andere bepalingen van de Wet Bopz

wordt dit toezicht op een zeer bijzondere manier nader ingevuld. Genoemd kunnen worden de zeer brede formulering van art. 65 lid 1 Bopz (waarin het toezicht wordt uitgebreid naar psychisch gestoorde personen die niet in een instelling zijn opgenomen), het aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg toegekende recht op inzage van patiëntendossiers (art. 63 lid 4 Bopz), de vele in de wet opgenomen meldingsplichten jegens de Inspectie voor de Gezondheidszorg (waaronder het melden van dwangbehandelingen) en de daarmee verband houdende specifieke taken van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (waaronder het controleren van dwangbehandelingen op zorgvuldigheid –art. 38 lid 7- en het indienen van klachten namens patiënten die daartoe zelf niet in staat zijn –art. 42). Dit is in vergelijking met het algemene toezichtsregime van de KZI een verregaande verbijzondering van het toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Daarnaast zijn in het kader van de naleving en handhaving van de wet ook de beroepsmogelijkheden tegen een rechterlijk besluit inzake onvrijwillige opneming, het klachtrecht van art. 41 Bopz en het wettelijk toezicht door het OM (art. 66-68) van belang.

6.2.5 De Wet op de jeugdhulpverlening

a. Doel en systematiek van de wet, waaronder begrepen de reikwijdte

De Wet op de jeugdhulpverlening (WJV), in 1989 tot stand gekomen maar nadien reeds verschillende malen aangepast, beoogt een kwalitatief goed aanbod van jeugdhulpverlening tot stand te brengen, afgestemd op de behoefte. Daarenboven regelt deze wet de planning en financiering van voorzieningen van jeugdhulpverlening en de bevoegdheden van de onderscheiden overheden terzake (rijk en provincie). In art. 1 lid 2 WJV wordt de jeugdhulpverlening onderscheiden in vier typen:

1. pleegzorg;
2. residentiële hulpverlening;
3. semi-residentiële hulpverlening;
4. ambulante hulpverlening.

In een bijlage bij de wet wordt gespecificeerd op welke voorzieningen de wettelijke regels van toepassing zijn. Deze voorzieningen worden onderscheiden in primaire, secundaire en tertiaire hulpverlening. Een vergelijking van de opsomming in de bijlage bij de WJV met art. 8 ZFW en het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering leert dat van overlap tussen de reikwijdte van deze wet en die van de KZI geen of nauwelijks sprake is.

b. De eenduidigheid van de wetsterminologie

In de WJV staan centraal de begrippen ‘jeugdige’ en ‘voorzieningen voor jeugdhulpverlening’. Daarbij gaat het in het bijzonder, maar niet uitsluitend, om jeugdigen ten aanzien van wie een maatregel van justitiële kinderbescherming is getroffen. De begrippen zijn afgestemd op de doelstelling en de reikwijdte van de WJV en wijken af van de definities van de KZI (bijvoorbeeld waar het gaat om het begrip ‘instelling’). De vraag of, en zo in ja in hoeverre instellingen die onder de KZI vallen tevens van doen hebben met de WJV laat zich beantwoorden aan de hand van de onder a. genoemde bijlage bij de WJV.

c. De consistentie van de normstelling

Anders dan de KZI is de WJV een wet die zich tot meerdere partijen richt: niet alleen tot instellingen voor jeugdhulpverlening, maar ook tot plaatsende instanties, samenwerkingsverbanden van uitvoerders van jeugdhulpverlening, provinciale overheden en de rijksoverheid. Met betrekking tot deze partijen bevat de WJV specifieke regels en normen, afgestemd op de rol en verantwoordelijkheid van elk van hen. Voor zover het gaat om de instellingen die daadwerkelijk betrokken zijn bij de jeugdhulpverlening zijn de normstellingen van de WJV aanzienlijk specifie-

ker dan die van de KZI. Zo wordt vrij precies in de wet geregeld wat de taken zijn van het samenwerkingsverband van uitvoerders van jeugdhulpverlening (art. 15 WJV), aan welke voorwaarden de hulpverlening moet voldoen (art. 23 e.v. WJV) en welke kwaliteitsregels er bij AMvB met betrekking tot categorieën van voorzieningen kunnen worden gesteld (art. 35 WJV). Op grond van art. 35 WJV is het Besluit kwaliteitsregels jeugdhulpverlening tot stand gekomen. Duidelijk is dat art. 35 WJV en het daarop gebaseerde Besluit op een andere benadering zijn gebaseerd dan de KZI. Waar de KZI kaders stelt en de ontwikkeling van normen en kwaliteitssystemen aan het veld overlaat, geven art. 35 WJV en het Besluit kwaliteitsregels vrij precieze inhoudelijke regels ten aanzien van de kwaliteit van de jeugdhulpverlening. In die sector acht de wetgever duidelijk een meer directieve aanpak van de overheid nodig dan op het terrein dat door de KZI wordt bestreken.

d. De verdeling van verantwoordelijkheden

Uit de aard en opzet van de WJV vloeit voort dat deze wet een breder scala van verantwoordelijkheden regelt dan de KZI. Voor zover het gaat om instellingen die daadwerkelijk jeugdhulpverlening verzorgen, bevat de wet met betrekking tot de onder c. genoemde onderwerpen nadere regels. Opvallend is dat de WJV regels stelt ten aanzien van regionale samenwerkingsverbanden van uitvoerders van jeugdhulpverlening. In de optiek van de WJV is dit noodzakelijk om een goed op elkaar afgestemd stelsel van voorzieningen te krijgen. Dit kan een aanknopingspunt zijn voor een regeling in de KZI van de kwaliteitsverantwoordelijkheden in het kader van ketenzorg.

e. Toezicht op en handhaving van de naleving

Het toezicht op de naleving van de WJV wordt in art. 54 opgedragen aan de Inspectie jeugdhulpverlening en jeugdbescherming.

6.2.6 Welzijnswet

Met betrekking tot de Welzijnswet van 1994 volstaat in dit kader een korte bespreking. In dit hoofdstuk komt aan de orde wetgeving die –naast de KZI – van toepassing is op een of meer categorieën van instellingen die onder KZI vallen. Met betrekking tot de Welzijnswet is dit niet het geval. De Welzijnswet is gericht op de gezamenlijke inspanning van de overheden, om in samenwerking met het particulier initiatief en andere betrokkenen activiteiten op het gebied van het welzijnsbeleid te realiseren. Ook bepaalt de wet dat het welzijnsbeleid van het Rijk eenmaal per vier jaar in een nota moet worden vastgelegd. Art. 2 Welzijnswet noemt de terreinen van het welzijnsbeleid waarop de wet van toepassing is, waaronder kinderopvang, maatschappelijke dienstverlening, maatschappelijke opvang, emancipatie en sport. Ook het verslavingsbeleid en het jeugdwelzijn worden genoemd maar met duidelijke uitzonderingen: “behoudens voor zover de AWBZ van toepassing is” respectievelijk “behoudens voor zover de Wet op de Jeugdhulpverlening van toepassing is”. Daarmee is het terrein van de Welzijnswet afgegrensd van de instellingen die onder de KZI vallen.

6.3 Wetgeving die zich richt op de taken en verantwoordelijkheden van andere actoren

De KZI stelt de verantwoordelijkheden van de zorgaanbieder/instelling voor de kwaliteit van de zorg centraal. Met betrekking tot de kwaliteit van zorg zijn ook de taken en verantwoordelijkheden van andere partijen relevant. Eerder in deze rapportage is al verschillende malen aandacht besteed aan de rol van (regionale) patiëntenorganisaties, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (zie ook hiervoor hoofdstuk 5) en de zorgverzekeraar. Zowel de kwaliteitsverantwoordelijk-

heid van de zorgverzekeraar als die van de cliëntenraad van de instelling is bij wet geregeld. In deze paragraaf worden beide wettelijke regelingen nader bezien.

6.3.1 De Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen: de cliëntenraad

Op grond van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ) zijn instellingen die worden gefinancierd uit de collectieve middelen sinds 1996 verplicht een cliëntenraad te hebben. Hieruit blijkt al meteen een belangrijk reikwijdteverschil tussen de KZI en de WMCZ. De KZI is van toepassing op instellingen die bepaalde vormen van zorg leveren, ongeacht hoe deze zorg betaald wordt. Met betrekking tot het wettelijk regelen van de medezeggenschap heeft de wetgever zich beperkt tot instellingen die worden betaald uit de collectieve middelen (ZFW, Abwz, subsidiëring door een overheid, bijvoorbeeld op grond van de Welzijnswet). Dit betekent dat er instellingen zijn die wel onder de KZI vallen, maar niet onder de WMCZ (bijvoorbeeld privé-klinieken).

Ten aanzien van instellingen die zowel onder de KZI als de WMCZ vallen, zit de directe relevantie van de WMCZ in de plicht van de zorgaanbieder om ten aanzien van zijn instelling een cliëntenraad in te stellen (art. 2 lid 1 WMCZ). De zorgaanbieder stelt de cliëntenraad in de gelegenheid advies uit te brengen over een reeks van onderwerpen, genoemd in art. 3 lid 1 van de wet. Tot deze onderwerpen behoort: “j. de systematische bewaking, beheersing of verbetering van de kwaliteit van de aan cliënten te verlenen zorg”. Ook andere onderwerpen waarover de cliëntenraad advies mag uitbrengen zijn relevant voor de kwaliteit van zorg (zoals “voor cliënten geldende regelingen” (art. 3 lid 1 onder l) en “voedingsaangelegenheden van algemene aard en het algemeen beleid op het gebied van de veiligheid…” (art. 3 lid 1 onder i.).

Met betrekking tot een aantal onderwerpen uit de lijst van art. 3 lid 1, waaronder het onder j. genoemde thema, geldt het zogenaamde ‘verzwaarde adviesrecht’. Dit houdt in dat de zorgaanbieder alleen een van het schriftelijk advies van de cliëntenraad afwijkend besluit mag nemen nadat een commissie van vertrouwenslieden heeft vastgesteld dat de zorgaanbieder bij afweging van de betrokken belangen in redelijkheid tot zijn besluit heeft kunnen komen (art. 4 lid 1 jo. art. 10 lid 1 WMCZ). Dit geeft aan de schriftelijke adviezen van de cliëntenraad die onder dit verzwaarde adviesrecht vallen in potentie veel gewicht. Met betrekking tot het instellingsbeleid betreffende de systematische bewaking, beheersing of verbetering van de kwaliteit van zorg geeft de WMCZ de cliëntenraad een duidelijke mogelijkheid om in adviserende zin een belangrijke rol te spelen. In hoeverre deze rol in de praktijk uit de verf komt, hangt af van een aantal omstandigheden (zoals het bestaan van een cliëntenraad, de wijze waarop de zorgaanbieder met de cliëntenraad omgaat en de bemensing, mogelijkheden en ambities van de raad zelf).

6.3.2 De Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: het ziekenfonds en het zorgkantoor

De Ziekenfondswet (ZFW) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) regelen de aanspraken van verzekerden op zorg. De opzet van deze wetten is dat het ziekenfonds (ZFW) en het zorgkantoor (AWBZ) contracten sluiten met instellingen en individuele, zelfstandig werkzame beroepsbeoefenaren (de zogenaamde medewerkersovereenkomsten). De verzekerde die zijn aanspraak op grond van een van deze wetten geldend wil maken, wendt zich een instelling of een beroepsbeoefenaar waarmee een dergelijke medewerkersovereenkomst is afgesloten. De instelling of de beroepsbeoefenaar krijgt voor de verleende zorg een vergoeding van het ziekenfonds of het zorgkantoor. Deze betaling gaat in beginsel buiten de verzekerde om (naturastelsel).

Art. 45 ZFW en art. 42 AWBZ noemen de onderwerpen die in elk geval in de medewerkersovereenkomst aan de orde moeten komen, waaronder:

- “de te verlenen verstrekkingen alsmede algemene voorwaarden ten aanzien van de kwaliteit daarvan” (art. 45 lid 1 onder c ZFW);
- “bepalingen omtrent de kwaliteit van de zorg en de doelmatigheid van de zorgverlening” (art. 42 lid 4 AWBZ).

De wettelijke bepalingen bevestigen de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar (ziekenfonds of zorgkantoor) voor de kwaliteit van de gecontracteerde zorg. Voldoet een gecontracteerde instelling of beroepsbeoefenaar niet aan de kwaliteitsvoorwaarde, dan behoort de zorgverzekeraar maatregelen te nemen. Dit kan uiteindelijk inhouden dat de medewerkersovereenkomst beëindigt of niet verlengd wordt. Dit komt met een zekere regelmaat voor, zeker nu de afgelopen jaren de wettelijke contracteerplicht van de zorgverzekeraar in belangrijke mate is opgeheven. Dit heeft geleid tot een accentuering van de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar voor de kwaliteit van de zorg. Deze accentuering zal nog worden versterkt door de verdere afschaffing van de contracteerplicht, alsmede door de regiefunctie die de zorgverzekeraar krijgt volgens de in juli 2001 gepresenteerde kabinetsplannen voor het nieuwe zorgstelsel. Dit vergt een duidelijk beleid van de zorgverzekeraars met betrekking tot de bewaking van de kwaliteit van zorg en de verdeling van de verantwoordelijkheden terzake tussen de verschillende partijen (zorgaanbieder, zorgverzekeraar, Inspectie voor de Gezondheidszorg, patiëntenorganisatie).

In 2000 kwam met betrekking tot het ziekenhuis een einde aan de situatie dat de zorgverzekeraar afzonderlijke medewerkersovereenkomsten sloot met het ziekenhuis enerzijds en de daarin werkzame zelfstandig gevestigde specialisten anderzijds. Ten gevolge van de in dat jaar van kracht geworden Integratiewet medisch-specialistische zorg, die een wijziging behelst van de ZFW, is er thans sprake van een ziekenhuis als geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf, dat als geheel met de zorgverzekeraar een medewerkersovereenkomst sluit. Dit betekent dat in gevallen waarin de zorgverzekeraar om redenen van kwaliteit problemen heeft met een in een ziekenhuis werkzame, maar zelfstandig gevestigde specialist, op grond van de nieuwe medewerkersovereenkomst het ziekenhuis moet worden aangesproken.

6.4. Meningen van respondenten over de samenhang van de wetgeving

In par. 4.3.7 van deze rapportage is reeds kort ingegaan op de opvattingen van de partijen in het veld over de samenhang van de wetgeving, op basis van de uitkomsten van de regionale bijeenkomsten. De algemene opvatting was dat de samenhang tussen de KZI en de belangrijkste andere ‘kwaliteitswetten’ (zoals de Wet BIG, de WGBO en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector) voldoende duidelijk was en dat van ‘botsing’ tussen deze wettelijke regelingen in de praktijk geen sprake was. Men zag de Kwaliteitswet zorginstellingen duidelijk als een algemene, overkoepelende regeling voor de kwaliteit van zorg. Voor specifieke terreinen worden de algemene regels van de KZI door andere wetten nader ingevuld (WGBO: patiëntenrechten; Wet klachtrecht cliënten zorgsector: klachtenprocedure; Wet Bopz: dwangopneming in de psychiatrie; Wet orgaandonatie, Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen etc.). Deze andere wetten leveren als het ware op deelgebieden ‘input’ voor het kwaliteitsbeleid.

Ook in de interviews met de landelijke brancheorganisaties is de samenhang van de wetgeving aan de orde gesteld. De uitkomsten daarvan kunnen als volgt worden samengevat. De reikwijdte van de Kwaliteitswet zorginstellingen verschilt van enkele andere wetten. Ook op het punt van de terminologie bestaan verschillen, de normstelling is divers en per wet kan de verdeling

van verantwoordelijkheden verschillen. Deze verschillen zijn veelal terug te voeren op de specifieke doelstellingen en kenmerken van de onderscheiden wettelijke regelingen. De verschillen roepen wel eens verwarring op, maar worden niet als problematisch ervaren. Formele knelpunten tussen de verschillende wetten worden niet geconstateerd. Wel is men van mening dat rond de kwaliteit van zorg de afgelopen jaren een uitvoerig en complex stelsel van wetgeving is ontstaan, dat zeker aan niet-juristen in het veld niet eenvoudig is uit te leggen. Daar komt bij dat de toegenomen 'regeldichtheid' de motivatie om de regelingen na te leven geen goed doet. In vergelijking met andere wetten, die soms nogal precies zijn, wordt de KZI door een aantal respondenten als te algemeen beschouwd. Dat werkt vrijblijvendheid in de hand. Dit is de keerzijde van het globale karakter van de KZI in vergelijking met andere wetten. Sommige aspecten van de verhouding tussen de KZI en andere wetten vragen nadere aandacht. Genoemd moeten worden:

- De verheldering van de taak van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (de KZI lijkt uit te gaan van de Inspectie voor de Gezondheidszorg als algemeen toezichthouder en adviseur, andere wetten geven de Inspectie voor de Gezondheidszorg meer de rol van politieagent).
- Meer in het bijzonder de verhouding tussen het Inspectie voor de Gezondheidszorg-instrumentarium op grond van de KZI en dat op grond van de Wet BIG (in het bijzonder het toepassen van het instrument tuchtrecht in situaties waarin de instellingsverantwoordelijkheid aan de orde is.
- De verhouding tussen de normontwikkeling binnen beroepsgroepen in de zorg en de instellingsverantwoordelijkheid voor verantwoorde zorg.
- De verhouding tussen de bepalingen van de KZI en kwaliteitsbewakende aspecten van andere wetten (zoals de klachtenregeling uit de Wet klachtrecht cliënten zorgsector en de bemoeienis met het kwaliteitsbeleid van de cliëntenraad).

Ook wordt door verschillende brancheorganisaties opgemerkt dat de wettelijke verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar voor de kwaliteit van zorg niet goed geregeld is. Mede daardoor komt die verantwoordelijkheid van de verzekeraar niet goed uit de verf. Het 'goed verzekeraarschap' zou ook een duidelijke rol op het gebied van de kwaliteit van zorg moeten inhouden. Een minderheid van de respondenten uit de landelijke interviewronde bepleitte een integratie van de KZI en de Wet BIG tot één samenhangende wettelijke regeling voor de kwaliteit van zorg en hechtte aan meer concreet bij of krachtens wet geformuleerde kwaliteitseisen.

Tot zover een algemeen beeld van de opvattingen van de vertegenwoordigers van de landelijke brancheorganisaties over de relatie tussen de KZI en samenhangende wetgeving. In aanvulling op dit beeld kunnen nog de volgende specifieke opmerkingen en ervaringen van respondenten worden genoemd:

- Het KZI-begrip 'instelling' is voor kleinere samenwerkingsverbanden lastig hanteerbaar. Sommige wetten focussen binnen deze verbanden juist op individuele beroepsbeoefenaren, maar de KZI introduceert het begrip instelling (KNOV, KNGF).
- Het globale karakter van de KZI staat haaks op de gedetailleerde regelgeving betreffende de organisatie en financiering van de zorg. De door de KZI beoogde flexibiliteit bij het vormgeven van het kwaliteitsbeleid wordt daardoor nogal eens belemmerd (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Arcares).
- De data voor het inleveren van de wettelijk verplichte jaarverslagen lopen in de verschillende wetten uiteen: de KZI vòòr 1 juni, de Wet klachtrecht cliënten zorgsector vòòr 1 april (verschillende respondenten).
- De inhoud van de jaarverslagen op grond van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector is te summier om betekenis te hebben voor (de beoordeling van) het kwaliteitsbeleid. Hetzelfde geldt vaak voor het kwaliteitsjaarverslag (Inspectie voor de Gezondheidszorg).
- De KZI ontbeert een helder normenkader en heeft een inadequaat handhavingsinstrumen-

tarium (GGD Nederland, Landelijke Vereniging voor Thuiszorg).
- Geef de inbreng van patiënten een duidelijker plaats in de KZI en beperk de WMCZ tot de care-sector (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen).
- Voor instellingen in de geestelijke gezondheidszorg is het verwarrend dat de klachtencommissie op grond van de Wet Bopz wel een bindende uitspraak kan doen, en die op grond van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector niet (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland).

6.5 Vraag- en knelpunten in de relatie tussen de KZI en andere wetten

Zicht op de relatie tussen de KZI en andere wetten wordt niet alleen verkregen door de vergelijking van wetten die in par. 6.2 van dit hoofdstuk is uitgevoerd, maar ook door gegevens uit andere bronnen. Daarbij gaat het in het bijzonder om de uitkomsten van eerdere wetsevaluaties en om jurisprudentie. Aan de hand van deze bronnen wordt hieronder een aantal vraag- en knelpunten in de relatie tussen de KZI en andere wetten behandeld.

6.5.1 De effectiviteit van andere wettelijke regelingen

In het kader van de vergelijking van de verschillende wettelijke regelingen op het gebied van de kwaliteit van de zorg (par. 6.2 en 6.3) is enkele malen opgemerkt dat er een logische verhouding bestaat tussen de KZI en deze regelingen. Een aantal wetten vult voor specifieke onderwerpen of terreinen het KZI-begrip ‘verantwoorde zorg’ nader in. Andere wetten regelen de verantwoordelijkheden van andere partijen dan de zorgaanbieder. Het antwoord op de vraag in welke mate deze andere wettelijke regelingen bijdragen aan de kwaliteit van zorg hangt in belangrijke mate af van de effectiviteit van deze regelingen. Daarover valt op grond van eerdere wetsevaluaties een aantal kritische opmerkingen te maken.

In 2000 werden de resultaten van de evaluatie van de WGBO (par. 6.2.1) gepubliceerd (Dute et al, 2000). De centrale bevinding van dit evaluatieonderzoek is, dat de WGBO een belangrijke bijdrage levert aan het bereiken van de primaire doelstelling: het versterken en verduidelijken van de rechtspositie van de patiënt. Over het geheel genomen komt uit het onderzoek een bevredigend beeld naar voren, maar er zijn ook knelpunten met betrekking tot de kennis van hulpverleners en patiënten over de wet en met betrekking tot de naleving van belangrijke onderdelen daarvan. Deze knelpunten betreffen niet zozeer de tekst van de wet zelf, alswel de ‘vertaalslag’ van de globale, abstracte normen naar de complexe en pluriforme dagelijkse praktijk. Aanbevolen wordt onder meer een praktijkgerichte invulling van en omgang met de WGBO-normen te bevorderen, door middel van praktische richtlijnen en methodiekontwikkeling (Dute et al, 2000, p. 38-39).

Een jaar eerder was de Wet klachtrecht cliënten zorgsector geëvalueerd (Friele et al, 1999). Hieruit bleek dat de secundaire doelstelling van de WKCZ, het leveren van een bijdrage aan de kwaliteit van de zorgverlening, nog nauwelijks uit de verf komt. Geconcludeerd wordt dat zorgaanbieders over het algemeen nog geen duidelijk beleid ontwikkeld hebben met betrekking tot het gebruik van gegevens uit de klachtenopvang om de kwaliteit van zorg te verbeteren, en voorts dat een groot aantal zorgaanbieders niet openbaar maakt of en hoe klachten hebben bijgedragen aan de verbetering van de kwaliteit van zorg.
Tenslotte is de evaluatie van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, gepubliceerd eind 2000 (De Savornin Lohman et al, 2000). Uit deze evaluatie blijkt dat lang niet alle instellingen die sinds 1996 onder de wet vallen een cliëntenraad hebben. In sommige sectoren, waaronder de ziekenhuizen, is de weerstand tegen het model van de cliëntenraad zelfs vrij groot. Men meent dat de cliëntenraad vooral geschikt is voor de vormgeving van medezeggenschap in het kader van langdurige residentiële zorg, en veel minder voor sectoren waarin patiën-

ten/cliënten vaak maar kortdurend zorg ontvangen en geen binding met de instelling krijgen. Daarnaast bestaan in gevallen waarin cliëntenraden wel functioneren aanzienlijke verschillen ten aanzien van de bemensing en 'slagkracht' van de cliëntenraad. De onderzoekers concluderen dat de mogelijkheden die de wet biedt, zowel door de zorgaanbieders als door de cliëntenraden nog onvoldoende worden benut.

6.5.2 De verantwoordelijkheden van het ziekenhuis: WGBO, KZI en Integratiewet

Met betrekking tot de kwaliteitsverantwoordelijkheid van het ziekenhuis heeft zich de afgelopen jaren door een samenloop van een drietal wettelijke ontwikkelingen (in chronologische volgorde de centrale aansprakelijkheid van de WGBO, de KZI en de Integratiewet) een belangrijke ontwikkeling voorgedaan. Niet alleen door de KZI maar ook door de WGBO en de Integratiewet medisch-specialistische zorg is de eindverantwoordelijkheid van het ziekenhuis voor de kwaliteit van zorg geaccentueerd en verscherpt.

In een groot aantal algemene ziekenhuizen zijn vrijgevestigde medisch specialisten werkzaam in maatschapsverband (Kahn, 2001). Zoals eerder is opgemerkt valt in zo'n geval het ziekenhuis als geheel onder de werking van de KZI en niet (ook nog eens) elk van de maatschappen. Vanuit de integrale benadering van de kwaliteit van de organisatie ligt dit voor de hand. De keuze van de wetgever impliceert wel dat het ziekenhuis middelen zal moeten vinden om, in de relatie met de binnen de instelling opererende maatschappen c.q. medisch specialisten, aan de uit de KZI voortvloeiende verantwoordelijkheden te kunnen voldoen. Dat vergt een aantal afspraken tussen het ziekenhuis en de specialisten, in welk kader het ziekenhuis ook formeel moet kunnen ingrijpen indien het in de uitoefening van de krachtens de KZI opgelegde taken wordt belemmerd. Onder meer met het oog hierop is in 2000 de modeltekst van de toelatingsovereenkomst ziekenhuis-specialist aangepast en is voorts een Document Medische Staf opgesteld (Kahn, 2000). Deze beide documenten strekken er onder meer toe het ziekenhuis beter in de gelegenheid te stellen de wettelijke verplichtingen krachtens de KZI waar te maken.

De verantwoordelijkheid van het ziekenhuis voor de binnen de muren geleverde kwaliteit van zorg wordt zoals gezegd niet alleen door de KZI, maar ook door andere recente wettelijke ontwikkelingen benadrukt. In 1995 introduceerde de WGBO de wettelijke centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis (art. 7:462 BW). Dit houdt in dat het ziekenhuis medeaansprakelijk is voor fouten van vrijgevestigde, dus niet in dienst van de instelling zijnde specialisten. Door deze wettelijke regeling van de medeaansprakelijkheid is het belang van het ziekenhuis bij de kwaliteit van de door specialisten geleverde zorg toegenomen, en derhalve ook de noodzaak om zicht te krijgen en te houden op die kwaliteit (Kahn, 2001).

In dezelfde lijn liggen de ontwikkelingen die het gevolg zijn van de invoering in 2000 van de Integratiewet (Wet van 24 december 1998, Stb. 16, strekkende tot wijziging van de Ziekenfondswet, zie ook par. 6.3.2). Ten gevolge van deze wet zijn de op de Ziekenfondswet gebaseerde medewerkersovereenkomsten tussen zorgverzekeraars en vrijgevestigde medisch specialisten vervallen. Daarvoor in de plaats is gekomen een medewerkersovereenkomst tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis als geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf. In de nieuwe situatie zal de zorgverzekeraar bij problemen betreffende de kwaliteit van zorg die wordt geleverd door een van de binnen het ziekenhuis werkzame specialisten, het ziekenhuis daarop moeten aanspreken.

6.5.3 De verhouding tussen de handhavingsinstrumenten van de KZI en die van de Wet BIG

Met betrekking tot onverantwoorde zorg die wordt verleend in instellingen die onder de KZI vallen, kan er sprake zijn van samenloop van de handhavingsinstrumenten uit de KZI en die uit de Wet BIG. Denkbaar is dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg de instelling een bevel geeft of de minister adviseert de instelling een aanwijzing te geven, maar ook kan de Inspectie voor de Gezondheidszorg tegen een binnen de instelling werkzame beoefenaar van een beroep als bedoeld in art. 3 BIG een tuchtprocedure starten. Er kunnen verschillende situaties worden onderscheiden (Legemaate, 1997).

De eerste situatie is die, waarin het veroorzaken van onverantwoorde zorg niet is toe te rekenen aan de verantwoordelijkheid van een individuele beroepsbeoefenaar, maar aan het management van de instelling. In dat geval is de te kiezen route duidelijk: de instelling kan worden aangesproken op de wettelijke verantwoordelijkheden krachtens de KZI. Minder helder is het, als de onverantwoorde zorg een gevolg is van of gerelateerd is aan het disfunctioneren van een binnen een instelling werkzame beroepsbeoefenaar die onderworpen is aan het tuchtrecht van de Wet BIG. Dient de Inspectie voor de Gezondheidszorg dan de instelling aan te spreken op grond van de KZI of de beroepsbeoefenaar via het tuchtrecht? Of kunnen en moeten beide wegen worden bewandeld? Een eenduidig antwoord op deze vragen is niet te geven, maar het is van belang dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg een duidelijk beleid ontwikkelt ten aanzien van de mogelijke samenloop van handhavingsinstrumenten uit de verschillende wetten.

Dit wordt treffend geïllustreerd door de uitspraak van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg van 20 februari 2001 (Bopz-Jurisprudentie 2001, nr. 35, m.nt. J. Legemaate). In deze zaak diende de Inspectie voor de Gezondheidszorg bij de tuchtrechter een klacht in tegen de geneesheer-directeur van een psychiatrisch ziekenhuis, omdat deze had nagelaten een protocol op te (doen) stellen met betrekking tot het fixeren van patiënten. In de visie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg was dit een verantwoordelijkheid van de geneesheer-directeur op grond van de Wet Bopz en viel het niet tot stand brengen van het protocol hem tuchtrechtelijk te verwijten. Het Centraal Tuchtcollege wees de klacht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg af, mede omdat binnen het ziekenhuis uiteindelijk wel degelijk een protocol was ontwikkeld. Deze zaak roept de vraag op of het wel zo voor de hand ligt in een casus als deze de geneesheer-directeur van een instelling tuchtrechtelijk aansprakelijk te stellen. Het (doen) tot stand brengen van een protocol dat instellingsbreed moet gelden, valt –zo kan worden gesteld- meer binnen de sfeer van de KZI dan binnen die van de Wet BIG. Had de Inspectie voor de Gezondheidszorg de handhavingsinstrumenten van de KZI gebruikt, of de dreiging daarvan, dan had wellicht sneller geïntervenieerd kunnen worden, en met meer mogelijkheden voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg om de relevante veldnormen te omschrijven. Door de in deze casus gekozen handelwijze maakte de Inspectie voor de Gezondheidszorg zich afhankelijk van de opvattingen en inzichten van een andere instantie, te weten het tuchtcollege.

6.5.4 Normontwikkeling binnen de beroepsgroep: richtlijnen en protocollen

Sinds jaar en dag worden door wetenschappelijke organisaties en verenigingen richtlijnen en protocollen ontwikkeld met betrekking tot het handelen van huisartsen, medisch specialisten en andere hulpverleners in bepaalde situaties. Deze richtlijnen en protocollen dragen bij aan de ontwikkeling van de professionele standaard (als genoemd in de WGBO, art 7:453 BW) en vormen een belangrijke bron voor de verantwoorde zorg van art. 2 KZI. Richtlijnontwikkeling is

een voor de kwaliteit van zorg belangrijk proces.

De onder de KZI vallende instelling zal zich rekenschap moeten geven van landelijke richtlijnen en protocollen die de zorg betreffen welke binnen de instelling geboden wordt. Zijn deze richtlijnen en protocollen op een zodanige manier tot stand gekomen dat zij geacht worden de state of the art op het betreffende terrein weer te geven, dan is het uitgangspunt dat binnen de instelling waar de betreffende zorg wordt verleend, de richtlijn of het protocol wordt gevolgd. Afwijkingen zullen moeten worden beargumenteerd (Legemaate, 1997). Ook betekent dit dat de instelling de daarin werkzame hulpverleners de mogelijkheden moet geven om de door hun wetenschappelijke verenigingen opgestelde minimale kwaliteitsnormen te realiseren. Hier kan een spanning ontstaan tussen de van buiten de instelling komende normen enerzijds en het instellingsbeleid betreffende doelmatigheid en kostenbeheersing anderzijds. Nu evenwel voor het operationaliseren van verantwoorde zorg als genoemd in art. 2 KZI in de toelichtende stukken bij de wet nadrukkelijk wordt verwezen naar (onder meer) “protocollen en standaarden die door de beroepsgroepen ontwikkeld zijn “ (23633, nr. 3, p. 10) moet worden aangenomen dat deze betreffende de minimaal in acht te nemen regels ook maatgevend zijn voor het instellingsbeleid. Ter illustratie kan worden gewezen op een uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag van 3 september 1997 (Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1998/18). In deze zaak verdedigde een specialist zich tegen een klacht betreffende te laat gegeven informatie met het argument dat de wijze waarop het ziekenhuis het operatieschema opstelde, hem geen ruimte gaf patiënten tijdiger te informeren. In zijn uitspraak stelt de tuchtrechter dat instellingsbeleid geen argument kan opleveren om te handelen in strijd met de professionele standaard (i.c. inhoudend dat moet worden voldaan aan de wettelijke informatieplicht van de WGBO).

Het kan ook zo zijn dat op instellingsniveau richtlijnen of protocollen worden ontwikkeld. Ook dit is een manier om aan art. 2 KZI invulling te geven. Ook voor een dergelijk protocol geldt dat in beginsel op de daarin beschreven wijze moet worden gehandeld, tenzij er in een individueel geval contra-indicaties zijn. Het opstellen van een richtlijn of protocol op instellingsniveau is geen vrijblijvende zaak. Patiënten mogen verwachten dat bestaande protocollen worden nageleefd. Dit wordt nog eens benadrukt in een uitspraak van de Hoge Raad van 2 maart 2001 (Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2001/16), betreffende een situatie waarin een chirurg was ‘vergeten’ een binnen het ziekenhuis ontwikkeld antistollingsprotocol toe te passen.

Het ontwikkelen van richtlijnen en protocollen moet geschieden in de context van de kwaliteit van zorg, en niet –of althans niet in de eerste plaats- om defensieve redenen. In de literatuur wordt soms de vrees geuit dat het ontwikkelen van richtlijnen en protocollen niet alleen de kwaliteit van zorg vooruit helpt, maar ook de juridisering. Dit omdat een hulpverlener of een instelling op een protocol kan worden ‘afgerekend’. Gaat deze vrees overheersen, dan kan dit een negatieve uitwerking hebben op een op zichzelf goede ontwikkeling (standaardisering en richtlijnontwikkeling), die voor het operationaliseren van het begrip verantwoorde zorg van groot belang is. De wijze waarop in de rechtspraak met richtlijnen en protocollen wordt omgegaan, lijkt overigens geen aanleiding te geven voor de genoemde vrees. De rechtspraak is in lijn met het hiervoor gestelde: een hulpverlener behoort een protocol te volgen, tenzij er argumenten zijn dat niet te doen. Enige ophef ontstond over een uitspraak van het Gerechtshof Leeuwarden van 2 december 1998 (Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2000/51), waarin aan een ziekenhuis-protocol het karakter van een veiligheidsnorm werd gegeven, met als (mogelijke) implicatie een toename van de aansprakelijkheidsrisico’s van hulpverlener en/of instelling. Een dergelijke ontwikkeling zou de animo om richtlijnen en protocollen te maken kunnen ontmoedigen. In de uitspraak van de Hoge Raad in dezelfde procedure (de hiervoor al gememoreerde uitspraak van 2 maart 2001) wordt echter een andere invalshoek gekozen en blijft de vraag of i.c. het

protocol een echte veiligheidsnorm was buiten beschouwing. Meulemans (2001) concludeert dan ook dat de Hoge Raad niet wil weten van een verzwaring van de bewijspositie van instellingen en hulpverleners in de gezondheidszorg.

6.5.5 De wettelijke positie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg

In veel van de wettelijke regelingen die in dit hoofdstuk zijn geanalyseerd, komen bepalingen voor over de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Een algemene taakomschrijving van de Inspectie voor de Gezondheidszorg is opgenomen in de Gezondheidswet. Art. 36 van de Gezondheidswet stelt, dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg toeziet op de naleving van die regelingen waarin dat bij of krachtens wet is bepaald. Het standaardpakket van bevoegdheden van de Inspectie voor de Gezondheidszorg is te vinden in titel 5:2 van de Algemene wet bestuursrecht. De mogelijkheid bestaat echter om in specifieke wettelijke regelingen aan dat standaardpakket bepaalde elementen toe te voegen (bijvoorbeeld het wettelijk inzage in dossiers van psychiatrische patiënten, als geregeld in de Wet Bopz), maar ook wordt in specifieke wetten soms bepaald dat onderdelen van het standaardpakket niet van toepassing zijn.

Dit levert met betrekking tot de wettelijke positie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg een versnipperd en (mede) daardoor verwarrend beeld op. De analyse die in dit hoofdstuk van de wetgeving is gemaakt, wijst niet op strijdigheden tussen de verschillende wetten of op andere afstemmingsproblemen. De Adviescommissie IGZ concludeerde in een recent rapport dat de wettelijke versplintering van de Inspectietaken de duidelijkheid hierover en de verwachting bij het veld niet ten goede komt. Om die reden pleit de commissie ervoor een Algemene Toezichtwet voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg te maken, waarin op een samenhangende en systematische wijze de positie, de taken en de bevoegdheden van de Inspectie voor de Gezondheidszorg zijn geregeld (Adviescommissie IGZ, 2001).

6.6 Conclusies

In dit hoofdstuk is vanuit drie invalshoeken de relatie tussen de KZI en gerelateerde wetgeving nader bezien: door een systematische vergelijking tussen een aantal wettelijke regelingen, door een beschrijving van de opvattingen van de respondenten in het onderzoek en door een analyse van een aantal met het geheel van wetgeving samenhangende vraag- en knelpunten. Hieruit vloeit een aantal conclusies voort.

De meest algemene conclusie is dat ten aanzien van de relatie tussen de KZI en andere regelingen op het gebied van de kwaliteit van zorg geen grote problemen ontstaan. In het veld wordt de beoogde ‘rolverdeling’ tussen de KZI en andere wettelijke regelingen herkend en erkend, zowel waar het gaat om het onderscheid tussen globale regels in de KZI en meer specifieke regels in andere wetten als –in de relatie met de Wet BIG- om het onderscheid in reikwijdte (een accent op instellingen versus een accent op individuele beroepsbeoefenaren) als om de systematiek van beide wetten. Dit laatste is duidelijk minder het geval in die sectoren waar sprake is van kleinere samenwerkingsverbanden (zoals praktijken van verloskundigen en fysiotherapeuten). Deze sectoren zijn van oudsher gewend geweest aan regulering vanuit het perspectief van de individuele beroepsbeoefenaar, hebben moeite hun werkeenheden te zien als een instelling, en hebben dientengevolge minder aansluiting bij de opzet en systematiek van de KZI. Het is uit deze hoek dat gepleit wordt voor integratie van de KZI en de Wet BIG. In het kader van dit onderzoek zijn geen duidelijke argumenten gevonden voor de wenselijkheid of noodzaak van een gehele of gedeeltelijke integratie van beide wetten. Opgemerkt zij dat beide wetten nogal van elkaar onderscheiden en verschillend gefocuste aspecten van het kwaliteitsbeleid in brede zin regelen, met deels verklaarbare verschillen in systematiek en mate van

detaillering. De vraag naar de wenselijkheid of noodzaak van een (deels) geïntegreerde regeling vereist dat de uitkomsten van de evaluaties van de KZI en die van de Wet BIG in samenhang worden bezien. Naar verwachting zullen de resultaten van de evaluatie van de Wet BIG eind 2002 beschikbaar zijn. Overigens is het jammer dat deze beide wetten niet in samenhang, en binnen dezelfde tijdsperiode, zijn geëvalueerd.

De in dit hoofdstuk onderzochte wetten hebben weliswaar allemaal relevantie voor de kwaliteit van zorg, maar zijn op verschillende momenten en om uiteenlopende redenen tot stand gekomen. Bepaalde verschillen in reikwijdte, opzet, uitwerking en mate van detaillering worden daardoor verklaard. Sommige verschillen zijn het gevolg van bewuste keuzen van de wetgever, bijvoorbeeld om sommige regelingen wel (KZI, Wet klachtrecht cliënten zorgsector) en andere niet (Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen) van toepassing te verklaren op instellingen die niet uit de collectieve middelen worden gefinancierd. Niettemin is er een aantal aspecten uit de relatie tussen de KZI en de andere regelgeving waar het huidig wettelijk kader vragen oproept. Op basis van dit hoofdstuk kunnen de volgende punten worden genoemd:

- Het niet aanmerken van het ziekenhuis (inclusief de daarin werkzame vrijgevestigde specialisten) als één geheel in de zin van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Hierdoor ontstaat het risico dat er voor patiënten in de ziekenhuissfeer niet één centraal klachtenadres is, en ook kan de vertaalslag van klachten naar kwaliteit daardoor worden bemoeilijkt.
- Het uiteenlopen van de wettelijke termijnen voor het uitbrengen van het jaarlijkse openbare verslag (1 juni in de KZI, 1 april in de Wet klachtrecht cliënten zorgsector).
- Het nogal uiteenlopen van de bevelsbevoegdheden van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het kader van de KZI en de Wet BIG (een in duur gelimiteerd en alleen in noodsituaties te gebruiken bevel in de KZI en een vrijwel ongelimiteerde bevelsbevoegdheid in de Wet BIG).
- De verhouding tussen de handhavingsinstrumenten van de KZI en die van de Wet BIG, in het bijzonder in gevallen waarin de onverantwoorde zorg binnen een instelling het gevolg is van het falen van een individuele beroepsbeoefenaar.
- De versnippering van taken en bevoegdheden van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over een groot aantal wettelijke regelingen.
- Het ontbreken van een goede wettelijke regeling van de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar betreffende de kwaliteit van zorg.

De mate waarin de kwaliteit van zorg bevorderd wordt is niet alleen afhankelijk van de wijze waarop de zorgaanbieder en de andere betrokken partijen met de KZI omgaan, maar ook van de wijze waarop andere wettelijke regelingen worden geïmplementeerd en uitgevoerd. Evaluaties van andere wettelijke regelingen op het gebied van de kwaliteit van zorg laten zien dat er aan die implementatie op onderdelen het nodige schort.

7

Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het evaluatieonderzoek samengevat, en worden conclusies en aanbevelingen geformuleerd. Dit gebeurt aan de hand van de ijkpunten die aan het slot van hoofdstuk 2 zijn geformuleerd. Per ijkpunt wordt de informatie samengevat die is verkregen door middel van de verschillende methoden van dataverzameling die in het kader van het onderzoek zijn gehanteerd. Daarbij is gebruikgemaakt van de observaties en beoordelingen van de expertcommissie die aan het slot van het onderzoek is geraadpleegd. De commissie heeft een concepttekst van dit hoofdstuk besproken. Mede naar aanleiding van deze bespreking is de tekst op een aantal punten aangepast. Voor de samenstelling van de expertcommissie en een kort verslag van de betreffende bijeenkomst wordt verwezen naar bijlage 5.

De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt. In de par. 7.1 en 7.2 komen achtereenvolgens de doelstellingen van de Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI) en de onderzoeksvragen aan de orde. In par. 7.3 wordt kort ingegaan op de in het kader van dit onderzoek gehanteerde methoden van dataverzameling. In de par. 7.4 tot en met 7.12 worden thematisch de resultaten van het onderzoek weergegeven. Tenslotte worden in par. 7.13 de conclusies en aanbevelingen geformuleerd.

7.1 Doelstellingen van de Kwaliteitswet zorginstellingen

Volgens de considerans van wetsvoorstel 23633 strekt de Kwaliteitswet zorginstellingen ertoe ingrijpende wijzigingen aan te brengen in de manier waarop de overheid kwaliteit waarborgt van zorg die door instellingen wordt verleend. In de Memorie van Toelichting wordt duidelijk gemaakt dat deze wijziging vooral de opzet van de regelgeving en de omschrijving van de rol en betrokkenheid van de overheid betreft en niet zozeer de kwaliteit als zodanig. De Kwaliteitswet zorginstellingen beoogt niet een nieuw begrip van kwaliteit te introduceren, maar wel om een meer effectieve manier van het waarborgen van kwaliteit te realiseren. Dat laatste door een adequaat kader te scheppen voor initiatieven en activiteiten van de partijen uit het veld, en in het bijzonder de zorgaanbieders. In de Memorie van Toelichting worden twee doelen van de wet omschreven (23633, nr. 3, p. 2):

1. Het scheppen van waarborgen ter handhaving van het bestaande hoge niveau van de kwaliteit van zorg in Nederland;
2. Het stimuleren van een verbetering van de kwaliteit van zorg.

De leidende gedachte van de wet is, zoals hiervoor reeds uiteengezet, dat een kader wordt gecreëerd dat aansluit op datgene wat zorgaanbieders zelf reeds hebben gerealiseerd en dat hen motiveert invulling te geven aan de eigen verantwoordelijkheid.
De overgang van het systeem van erkenningseisen naar de kaderstellende normen van de Kwaliteitswet zorginstellingen moet vooral worden getypeerd als verschuiving naar c.q. als een nadere accentuering van de verantwoordelijkheden van de zorgaanbieder. Deze overgang hield maar in beperkte mate een introductie van nieuwe eisen en plichten in. Met betrekking tot de categorieën instellingen waarop sinds de jaren tachtig in het kader van de Zfw of de Awbz

erkenningseisen van toepassing waren, golden reeds verplichtingen die in belangrijke mate met die van de KZI overeenkwamen. Dit wordt geïllustreerd door de navolgende bepalingen uit het Besluit eisen voor erkenning van ziekenhuizen 1984:

- “In het ziekenhuis dienen binnen een of meer gestructureerde kaders op systematische wijze activiteiten te worden ontplooid die gericht zijn op bewaking en verbetering van de kwaliteit van de hulpverlening’ (deel A, art. 2.4.1)”;
- “De personele voorzieningen dienen zowel kwalitatief als kwantitatief afgestemd te zijn op het goed functioneren van het ziekenhuis, gelet op de daarin aanwezige functies” (deel B, art. 3.1);
- “De materiele voorzieningen dienen zowel kwalitatief als kwantitatief afgestemd te zijn op het goed functioneren van het ziekenhuis, gelet op de daarin aanwezige functies” (deel B, art. 6.1).

Deze drie bepalingen uit de erkenningseisen vertonen inhoudelijk een belangrijke mate van gelijkenis met de thans geldende bepalingen van de Kwaliteitswet zorginstellingen (i.h.b. de artt. 3 en 4 van de wet).

7.2 Evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen

Art. 26 Kwaliteitswet zorginstellingen bepaalt dat de regering binnen vijf jaar na de inwerkingtreding aan de Staten-Generaal een verslag zendt over de doeltreffendheid en de effectiviteit van de Kwaliteitswet zorginstellingen in de praktijk. Tijdens de parlementaire behandeling is aangegeven dat in het kader van deze evaluatie nadrukkelijk aandacht zal worden besteed aan het effect dat de wet heeft gehad op de integratie van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen (23633, nr. 8, p. 12).
De probleemstelling van dit evaluatieonderzoek is tweeledig:

3. In hoeverre draagt de Kwaliteitswet zorginstellingen ertoe bij dat het doel van kwaliteitsbewaking- en bevordering wordt bereikt?
4. In hoeverre bestaat er een optimale verhouding tussen de Kwaliteitswet zorginstellingen en andere (wettelijke) instrumenten gericht op kwaliteitsbewaking en –bevordering?

In de opzet van het onderzoek is deze tweeledige probleemstelling uitgewerkt in onderzoeksvragen betreffende:

- de systematiek, de helderheid en de reikwijdte van de wet;
- de mate waarin zorginstellingen aan de wettelijke verplichtingen voldoen;
- de effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen op de zorg in de regio;
- de wettelijke bepalingen betreffende toezicht en handhaving;
- de verhouding tussen de Kwaliteitswet zorginstellingen en andere wettelijke regelingen.

In de loop van het onderzoek zijn deze onderzoeksvragen ‘vertaald’ in een aantal ijkpunten. De beoordeling van de doeltreffendheid en de effectiviteit van de Kwaliteitswet zorginstellingen geschiedt aan de hand van deze ijkpunten. Het gaat daarbij zowel om ijkpunten die direct met de tekst van de wet verband houden (A) als om ijkpunten die de ‘omgeving’ van de wet betreffen (B):

A.1: de helderheid en systematiek van de Kwaliteitswet zorginstellingen;
A.2: het operationaliseren van het begrip ‘verantwoorde zorg’;
A.3: de wijze waarop de zorgaanbieder de zorgverlening organiseert;
A.4: de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitssystemen;
A.5: inhoud en impact van het kwaliteitsjaarverslag;
A.6: De uitoefening van het overheidstoezicht op de naleving van de wet, en de handhaving van de wet;

B.1: De integratie van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid;
B.2: De mate van effectiviteit van landelijk beleid (Leidschendam-afspraken);
B.3: De verhouding en rolverdeling tussen de zorgaanbieder en andere actoren (zorgverzekeraar, inspectie);
B.4: De verhouding tussen de Kwaliteitswet zorginstellingen en aanpalende wetgeving.

Hieronder worden aan de hand van deze ijkpunten de resultaten van het onderzoek weergegeven. De resultaten worden waar nodig en mogelijk gekoppeld aan bevindingen van andere onderzoeken en inventarisaties. Tenslotte worden conclusies en aanbevelingen geformuleerd.

7.3 Gehanteerde vormen van dataverzameling

In hoofdstuk 1 is uiteengezet hoe bij de opzet van het evaluatieonderzoek gekozen is voor een robuust onderzoeksdesign, waarbij elke onderzoeksvraagstelling via twee of meer methoden van dataverzameling onderzocht is, om aldus tot een zo gefundeerd mogelijke evaluatie van de KZI te komen. Achteraf beschouwd kunnen we constateren dat het onderzoeksdesign naar wens gewerkt heeft. De dataverzameling is volgens opzet uitgevoerd. Bovendien was, met uitzondering van de aanvullende enquête (waar de respons in enkele sectoren laag was), de respons bij alle onderscheiden deelonderzoeken 100%. Alle geplande interviews met landelijke vertegenwoordigers van de relevante landelijke brancheorganisaties van zorgaanbieders, landelijke patiënten/consumentenorganisaties, Zorgverzekeraars Nederland, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van VWS, IPO en VNG zijn uitgevoerd en in alle 28 RPCP-regio's zijn panelbijeenkomsten gehouden met regionale vertegenwoordigers van zorgaanbieders, regionale patiënten/consumentenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgkantoren. De resultaten van de verschillende methoden van dataverzameling waren met elkaar in overeenstemming, ondersteunden elkaar en vulden elkaar op bepaalde punten aan. De beoordeling van de resultaten door een expertcommissie heeft in het onderzoeksdesign de functie van een externe validering gehad.

7.4 Helderheid, systematiek en reikwijdte van de Kwaliteitswet zorginstellingen (A1)

De Kwaliteitswet zorginstellingen is een wet van zeer beperkte omvang met een duidelijk faciliterend en kaderstellend karakter. De wet is er niet zozeer op gericht om van overheidswege normen op te leggen, maar om andere partijen in het veld van de zorg, en in het bijzonder de zorgaanbieders, de gelegenheid te geven en te stimuleren hun verantwoordelijkheid te nemen ter zake van de kwaliteit van zorg. De analyse van de wet alsmede de interviews, regionale panelbijeenkomsten en de expertmeeting die in het kader van het onderzoek zijn gehouden, leiden tot de conclusie dat er geen sprake is van knelpunten die inherent zijn aan de systematiek en de begrippen van de KZI. Voor zover er wel knelpunten zijn, hebben die te maken met keuzen die in het kader van het wetgevingsproces expliciet zijn gemaakt: bijvoorbeeld het achterwege laten van een specificatie van de norm ‘verantwoorde zorg’ en de keuze voor de reikwijdte van de wet.

Op het punt van de reikwijdte gaat het allereerst om de gehanteerde betekenis van het begrip ‘instelling’. Aan dit begrip geeft de Kwaliteitswet zorginstellingen een inhoud die niet aansluit bij de gangbare associatie die men bij een instelling heeft. Dit heeft geleid tot (gewennings)problemen bij die kleinere samenwerkingsverbanden die zichzelf niet zien als een instelling, maar die door de Kwaliteitswet zorginstellingen wel degelijk als zodanig worden aangemerkt. Dit is relevant omdat de Kwaliteitswet zorginstellingen met name het management

aanspreekt op haar verantwoordelijkheden. Daar waar (kleinere) instellingen niet of slechts in beperkte mate in staat zijn de managementtaak professioneel vorm te geven (zoals bij de paramedische zorg, SPD'en, hulpverleners in duo-verband en kleinere gezondheidscentra) is het moeilijk om aan de verplichtingen van de wet te voldoen en zijn de effecten van de Kwaliteitswet dan ook beperkter. Een specifiek stimuleringsbeleid ten aanzien van de naleving van de KZI door kleinere samenwerkingsverbanden is daarom gewenst. Daarbij kan gedacht worden aan het stimuleren van protocolontwikkeling, de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem voor kleinere samenwerkingsverbanden dat aansluit bij de HKZ-systematiek en de implementatie van een keurmerk voor fysiotherapiepraktijken.

Speciale aandacht verdient de toepasselijkheid van de wet op GGD'en. De positie van de GGD in het kader van de KZI is complex. De GGD wordt door de brancheorganisatie omschreven als een hybride organisatie: gemeentelijke dienst volksgezondheid en uitvoerende zorginstelling. Bij de GGD zijn twee overheden betrokken: de gemeentelijke overheid krachtens de Wet collectieve preventie en de centrale overheid krachtens de KZI. De aansturing geschiedt door de gemeentelijke overheid. Een deel van de taken van de GGD valt wel onder de Kwaliteitswet zorginstellingen, een ander deel niet. Wel onder de wet vallen die GGD-taken die –in het kader van de collectieve preventie- een op het verlenen van zorg gericht contact inhouden tussen een (gemeentelijke) hulpverleningsinstelling en een individuele burger/patiënt. Een heel scherp onderscheid met de niet onder de Kwaliteitswet zorginstellingen vallende taken van de GGD levert dit evenwel niet op. Binnen de GGD'en zelf is het niet eenvoudig of zelfs onmogelijk dit onderscheid te maken, en levert dit onderscheid tussen wel en niet onder de Kwaliteitswet zorginstellingen vallende taken moeilijkheden op bij het realiseren van een integraal kwaliteitsbeleid. Ook om redenen van toezicht en handhaving is de huidige situatie niet optimaal. Door de schaalvergroting die de GGD'en hebben doorgemaakt zijn de meeste gemeenten steeds minder in staat om de toezichthoudende taak uit te oefenen. Om deze redenen wordt er door de brancheorganisatie van de GGD'en en door de Inspectie voor gepleit alle taken van de GGD bij de Kwaliteitswet zorginstellingen onder te brengen.

Buiten de reikwijdte van de Kwaliteitswet zorginstellingen vallen faciliterende verbanden of instanties als regionale indicatie organen (RIO's) en call-centra voor kraamzorg of huisartsen. Het functioneren van deze instellingen is echter medebepalend voor de kwaliteit van zorg die wordt verleend door instellingen die wel onder de Kwaliteitswet zorginstellingen vallen. Bovendien gaat het om functies en activiteiten die in een groot aantal gevallen door onder de wet vallende zorgaanbieders worden verricht. Het onderbrengen van dergelijke activiteiten in separate verbanden of instanties kan ertoe leiden dat deze niet meer onder de Kwaliteitswet zorginstellingen vallen. Om die reden wordt het als wenselijk ervaren de wet ook op dergelijke faciliterende verbanden en instanties van toepassing te doen zijn.

Een specifiek punt van aandacht wordt gevormd door het kwaliteitsbeleid in het kader van ketenzorg. De kwaliteit van ketenzorg bestaat niet alleen uit de kwaliteit van de in de keten participerende instelling en hulpverleners, maar ook uit de kwaliteit van aspecten die de keten eigen zijn, als afstemming, afspraken over overdracht en informatie-uitwisseling. Deze aspecten verdienen in de context van een keten bijzondere aandacht en vergen instellings- en hulpverleneroverstijgende afspraken over het kwaliteitsbeleid. Een keten is geen instelling in de zin van de KZI, maar zou in het belang van de kwaliteit van zorg eigenlijk wel als zodanig moeten functioneren. Het belang hiervan blijkt onder meer uit de in par. 5.6.3 besproken casus III.

7.5 Het begrip ‘verantwoorde zorg’ (A2)

In alle onderzochte sectoren zijn op landelijke niveau ontwikkelingen gaande om het begrip verantwoorde zorg te operationaliseren in toetsbare normen. Daarnaast wordt door individuele zorgaanbieders invulling gegeven aan het begrip verantwoorde zorg. Dit gebeurt in mission statements, in protocollen en richtlijnen en in andere normen die onderdeel zijn van een kwaliteitssysteem. De mate waarin het begrip verantwoorde zorg bij zorgaanbieders daadwerkelijk is ingevuld, verschilt sterk per sector en per zorginstelling. Dat nog niet alle zorgvormen in toetsbare normen zijn ingevuld, wordt door de partijen niet als een probleem ervaren. Vanuit het perspectief van de wet kan, in het kader van toezicht, de norm `wat te doen gebruikelijk’ kennelijk op een impliciete wijze goed worden gehanteerd.

Van belang zijn de activiteiten van landelijke organisaties. Immers, de gedachte was dat de normontwikkeling in belangrijke mate op het niveau van landelijke organisaties c.q. sectoren zou plaatsvinden, om te voorkomen dat elke instelling het wiel moest uitvinden. Op dit niveau hebben belangrijke ontwikkelingen plaatsgevonden, maar een duidelijke verhouding tussen de ontwikkelingen op landelijk/sectoraal niveau en de activiteiten van individuele zorgaanbieders is nog niet in alle sectoren gerealiseerd. Naast de invloed van landelijke richtlijnen en protocollen is er ook een aanwijsbare trend van ontwikkeling van regionale protocollen onder invloed van initiatieven op het terrein van programmaontwikkeling en ketenzorg.

Uit het onderzoek blijkt dat voor veel sectoren geldt dat nog niet voldaan is aan de wettelijke eis van patiëntgerichtheid bij het operationaliseren van verantwoorde zorg omdat er nog geen inbreng van de zijde van patiënten/consumentenorganisaties bij het opstellen van de richtlijnen of protocollen is geweest. De inbreng van cliënten bij de normontwikkeling verschilt per sector. De patiënten/consumentenorganisaties in de caresector (met name gehandicaptenzorg, verpleging en verzorging) zijn van oordeel dat de gehanteerde normen te procedureel zijn ingevuld en dat de inbreng vanuit het patiëntenperspectief onvoldoende serieus is genomen. In de curesector (ziekenhuizen, GGD’en, paramedische zorg, gezondheidscentra) is de normontwikkeling vooral gebaseerd op de inbreng van de beroepsgroepen. Een koppeling met normontwikkeling vanuit het patiëntenperspectief is hier nog onvoldoende gemaakt. Dat heeft ook te maken met de afwezigheid van cliëntenraden bij veel van deze instellingen en met het gegeven dat sommige zorgaanbieders niet goed op de hoogte zijn van de complementaire rolverdeling tussen cliëntenraden op grond van de WMCZ (advisering over kwaliteitsbeleid op instellingsniveau) en de RPCP’s (externe toetsing vanuit een instellingsoverstijgend patiëntenperspectief), met als gevolg dat er bij hen onduidelijkheid bestaat over welke organisatie moet worden aangesproken op inbreng vanuit het patiëntenperspectief.

7.6 Organisatie van de zorgverlening en de ontwikkeling van kwaliteitssystemen (A3 en A4)

Ook hier geldt dat in alle sectoren systemen en methodieken ontwikkeld zijn en worden die ertoe moeten leiden dat de zorg op zodanige wijze wordt georganiseerd dat dit leidt tot verantwoorde zorg. Bijna alle zorgaanbieders zijn op enigerlei wijze bezig met de invoering van (integrale) kwaliteitssystemen. Het stadium waarin de zorginstellingen zich bevinden, varieert sterk. In het bijzonder bij de SPD’en, de gezondheidscentra en de paramedische zorg is de implementatie van kwaliteitssystemen pas sinds kort op gang is gekomen. Voor alle sectoren geldt dat van instellingsoverstijgende kwaliteitssystemen nog nauwelijks sprake is. Op het niveau van de regio zijn wel samenwerkingsverbanden ontstaan die kunnen leiden tot het ontwikkelen en implementeren van een kwaliteitssysteem dat individuele zorginstellingen overstijgt. Een veelgenoemd voorbeeld is de Regionale Ambulance Voorziening. Er zijn andere

voorbeelden, maar ook hier geldt dat deze ontwikkeling zich nog in het beginstadium bevindt.

Het onderzoek wijst uit dat er nog maar heel weinig zorginstellingen zijn waarin het systeem zo functioneert als de wet beoogt, namelijk:

1. het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem;
2. het toetsen van de praktijk met behulp van dit systeem;
5. het bijstellen van de praktijk op grond van de uitkomsten van deze toetsing.

In het bijzonder geldt dit voor de laatste twee stappen. Deze worden nog maar in een beperkt aantal gevallen gezet. Geconstateerd kan worden dat de aandacht en energie van de zorgaanbieders de afgelopen jaren vooral is geconcentreerd op de eerste stap, het ontwikkelen van systemen. De beide andere stappen (implementatie, het valideren van de systemen, meten van outcome en zo nodig aanpassen van het beleid) komen nog maar beperkt uit de verf. Hier loopt de realisatie en de implementatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen nog duidelijk achter bij de doelstelling van de wet. Dit spoort met de uitkomsten van onderzoek dat door het Verwey-Jonker Instituut en het NIVEL is uitgevoerd ten behoeve van Leidschendam 2000 (zie ook paragraaf 7.10).

7.7 Het kwaliteitsjaarverslag (A5)

De overgrote meerderheid van de zorginstellingen schrijft een kwaliteitsjaarverslag. De jaarverslagen worden vooral toegestuurd aan de Inspectie en in mindere mate aan de RPCP's en de zorgverzekeraars. Met betrekking tot de kwaliteitsjaarverslagen doet zich een aantal problemen voor. De analyse van een steekproef van opgestelde kwaliteitsjaarverslagen toont aan dat kwaliteitsjaarverslagen sterk verschillen naar omvang en inhoud. Uit het hiervoor (paragraaf 5) gestelde vloeit logischerwijs voort dat de jaarverslagen over het algemeen inzicht geven in de door de zorginstellingen gehanteerde kwaliteitssystemen of modellen, maar niet of nauwelijks in de resultaten van het kwaliteitsbeleid. Zorginstellingen op hun beurt hebben het gevoel dat er weinig feedback komt op het kwaliteitsjaarverslag, maar dat is –gelet op de veelal globale en procedurele inhoud daarvan- niet zo verwonderlijk. Daarenboven geven de RPCP's aan onvoldoende gefaciliteerd te worden in hun taak als beoordelaars van het kwaliteitsjaarverslag. Als omissie wordt gezien dat de wet er niet toe verplicht het kwaliteitsjaarverslag toe te zenden aan de zorgverzekeraar.

Er is veel kritiek op het kwaliteitsjaarverslag als instrument voor verantwoording van het kwaliteitsbeleid: het kwaliteitsjaarverslag functioneert nu nog niet zoals het in de wet bedoeld is, namelijk als instrument om extern verantwoording af te leggen. De meeste brancheorganisaties pleiten voor een betere benutting en invulling van het instrument. Bij de zorgaanbieders in de regio is er behoefte aan inhoudelijke handvatten. Hoewel door de ervaringen van de afgelopen jaren de twijfel over het nut van een kwaliteitsjaarverslag is toegenomen, is men in het algemeen van mening dat het kwaliteitsjaarverslag wel degelijk de potentie heeft om uit te groeien tot een nuttig instrument. De behoefte bestaat aan duidelijker richtlijnen dan thans beschikbaar zijn voor het opstellen van een dergelijk verslag. Die richtlijnen zouden vooral moeten gaan over de wijze waarop de resultaten van het kwaliteitsbeleid zichtbaar worden gemaakt:

- de registratie van de gegevens betreffende de patiëntgebonden uitkomsten van de geleverde zorg;
- de resultaten van onafhankelijke externe beoordelingen door patiënten/consumentenorganisaties en aan de hand van HKZ-schema's;
- de indicatoren of gegevens met betrekking tot patiëntgerichtheid in het primaire proces en de organisatie van de zorg (inbreng van patiënten, cliëntenraden, en patiëntenorganisaties).

Daarnaast achten de zorgaanbieders het van belang dat de externe partijen (patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en Inspectie) een duidelijk en consequent beleid voeren met betrekking tot het beoordelen van en het reageren op de kwaliteitsjaarverslagen.

Op grond van de hiervoor genoemde redenen is de rol die het kwaliteitsjaarverslag kan vervullen bij het toezicht door de Inspectie nog niet uitgekristalliseerd. Op het moment dat het kwaliteitsjaarverslag inzicht geeft in de resultaten van het gevoerde kwaliteitsbeleid (bijvoorbeeld in de vorm van uitkomstgegevens of outcome indicatoren) kan het kwaliteitsjaarverslag een betere rol vervullen in het kader van het algemene toezicht van de Inspectie.

De wettelijke termijnen waarbinnen jaarlijks de openbare verslagen op grond van de WKCZ en de Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI) gereed moeten zijn, verschillen (1 april resp. 1 juni). Vanwege de samenhang tussen klachten en kwaliteitsbeleid ware het beter in beide gevallen dezelfde termijn te kiezen.

7.8 Het overheidstoezicht op de wet, en de handhaving daarvan (A6)

In de meeste sectoren, met uitzondering van de revalidatiecentra en de gezondheidscentra, hebben de zorginstellingen regelmatig contact met de Inspectie. Bij de meeste zorginstellingen bestaat dat contact uit een algemeen bezoek van de Inspecteur en de melding van calamiteiten. Een grote meerderheid van de zorginstellingen meldt calamiteiten op eigen initiatief. In verschillende sectoren hanteert de Inspectie het kwaliteitssysteem van de brancheorganisaties als toetsingsinstrument. In bijna alle regio's geven de zorgaanbieders aan dat de Inspectie na de invoering van de KZI heeft moeten zoeken naar de invulling van de eigen rol. Het toezicht van de Inspectie verschilde in de beleving van de zorginstellingen dan ook per sector en per regio. Wat dit laatste betreft is in de meeste regio's nu een positief geluid te horen: men constateert dat de Inspectie zich heeft beraden op hhar rol en deze nu pro-actiever gaat uitvoeren. Er is bij sommige brancheorganisaties nog wel onduidelijkheid over de rol van de Inspectie. Deze onduidelijkheid heeft betrekking op de afweging tussen de toezichthoudende en de adviserende rol van de Inspectie.

De geïnterviewde inspecteurs gaven aan goed uit de voeten te kunnen met de wettelijke toezichtsbevoegdheden. Ook bleken zij ingenomen met de duidelijkheid die geschapen is met de komst van afdeling 5.2 van de Algemene wet bestuursrecht, waarin specifieke normen zijn vastgelegd voor het optreden door toezichthouders. Met betrekking tot de handhaving blijken de aanwijzings- en de bevelsbevoegdheid lastig te hanteren instrumenten te zijn. De waarde van deze instrumenten is deels gelegen in de mogelijkheid om ermee te kunnen dreigen ('stok-achter-de-deur'). Deze toepassing komt voor, maar wordt door de Inspectie niet als zodanig geregistreerd, zodat niet bekend is hoe vaak op deze wijze is opgetreden. Gebleken is dat de bevoegde bestuursorganen terughoudend zijn in de daadwerkelijke toepassing van beide handhavingsinstrumenten. Deze terughoudendheid (gedurende de periode zijn volgens informatie van de Inspectie slechts één bevel en drie aanwijzingen gegeven) heeft vooral te maken met de (rechts)onzekerheid die aan het toepassen van beide maatregelen verbonden is. Het niet uitoefenen van de gegeven bevoegdheden zorgt er weer voor dat zich geen herkenbaar beleid kan ontwikkelen. Nadere normering zal zich derhalve niet uit de beschikkingspraktijk kunnen ontwikkelen. De Inspectie heeft het gevoel dat de instrumenten bevel en aanwijzing moeilijk te hanteren en onevenredig zwaar zijn. Aanvulling van dit instrumentarium met minder ingrijpende en eenvoudiger toe te passen instrumenten ligt in de rede. Van belang is ook dat de handhavingsregels die de Inspectie met betrekking tot de Kwaliteitswet zorginstellingen heeft opgesteld, na het geven van een aanwijzing of een bevel niet in vervolgstappen voorzien. Dit in

afwijking van de IGZ-handhavingsregels betreffende het bevel van art. 87a Wet BIG.

Uit de bestudeerde casus komt naar voren dat niet altijd duidelijk is hoe, door wie en op welk moment de na te leven norm wordt geformuleerd. Indachtig de bedoeling van de KZI dienen de handhavende instanties ervoor te waken op te treden als regelgevers. Beter is dat de Inspectie in de gevallen waarin het veld nalaat kwaliteitsnormen te ontwikkelen, hierop nadrukkelijk aandringt.

Problematisch is ook de relatie tussen het handhavingsinstrumentarium en de bepalingen inzake bestuursdwang. De eigenschappen van de bestuursdwangbeschikking maken dat de verschillen tussen de bevoegdheid van artikel 14 KZI (bestuursdwang) en die van artikel 7 lid 4 KZI (bevelsbevoegdheid) moeilijk waarneembaar zijn. Het gaat hier om een onduidelijkheid die in de Kwaliteitswet zorginstellingen is ingebakken en die op verschillende wijzen tot problemen kan leiden ten aanzien van de mogelijkheid tot bestuurlijk ingrijpen.

De bevindingen ten aanzien van de wijze waarop de Inspectie haar taak uitoefent en de beperktheid van de handhavingsinstrumenten van de Kwaliteitswet zorginstellingen sluiten aan bij de opvattingen en aanbevelingen uit het in mei 2001 gepubliceerde rapport van de Adviescommissie IGZ : ‘Op weg naar gezond vertrouwen – Advies over de strategie voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg’. Daarin wordt onder meer voorgesteld de Inspectietaken te verhelderen en het sanctie-instrumentarium van de IGZ uit te breiden.

7.9 Integratie van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid (B1)

Reeds eerder is aangegeven dat de integratie van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid nog moeizaam verloopt (zie hiervoor par. 4). Patiënten- en cliëntenorganisaties benadrukken dat van het operationaliseren van het begrip verantwoorde zorg pas sprake is als daarbij patiënten- en cliëntenorganisaties betrokken zijn. Dat is nog maar in beperkte mate het geval. Zorgaanbieders geven aan dat zij deze notie in hun beleid integreren door contacten met individuele patiënten (in het primaire proces, maar ook via tevredenheidsmetingen), contacten met de cliëntenraad en eventueel met een categoriale of regionale patiënten/consumentenorganisatie. De inbreng van het patiëntenperspectief bij de systematische toetsing van kwaliteit komt in enkele sectoren (verpleging en verzorging, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, thuiszorg) goed op gang. In een aantal gevallen vervult de cliëntenraad, ondersteund door de landelijke brancheorganisatie, daarbij een belangrijke rol. Deze toetsende rol van aan patiënten/consumentenorganisaties gelieerde instituten als Cliënt en Kwaliteit (thuiszorg, verpleging en verzorging) en Perspectief (gehandicaptenzorg) is voor de instellingen nog te vrijblijvend van karakter en zou op een grotere en meer professionele manier uitgevoerd moeten worden. De zorginstellingen in deze sectoren blijken ook veel waarde te hechten aan de oordelen van de cliëntenraad bij de toetsing van de kwaliteit van zorg en het doorvoeren van veranderingen in de organisatie van de zorg. De ziekenhuizen, gezondheidscentra en GGD’en beschikken meestal (nog) niet over een cliëntenraad en blijken ook onvoldoende in staat op een andere wijze gebruik te maken van gegevens van patiëntenorganisaties bij de toetsing van de kwaliteit van zorg. Wel wordt in deze sectoren gebruikgemaakt van oordelen van patiënten (satisfactieonderzoek) en van gegevens over klachten, complicaties en fouten. Tot een systematische incorporatie in het kwaliteitsbeleid van het patiëntenperspectief heeft dat echter nog niet geleid.

De zorgaanbieders geven aan in beperkte mate beleidsmatige aandacht te besteden aan zorgvragen van specifieke groepen, zoals vrouwen, allochtonen en personen met een lage

sociaal-economische status. Dit gebeurt in speciale programma's, in projecten en in de werving van nieuw personeel. Het grootste deel van het zorgaanbod is echter generiek van aard. In het primaire proces wordt de hulpverlener dan geacht om aan het patiëntenperspectief van de individuele patiënt recht te doen.

7.10 Mate van effectiviteit van landelijk beleid (B2)

De Kwaliteitswet zorginstellingen moet worden gezien in het licht van een andere visie op de verantwoordelijkheden van de partijen in het veld. Deze visie is ontwikkeld en nader ingevuld in het kader van de zogenaamde Leidschendamconferenties en de daarbij gemaakte afspraken. De Kwaliteitswet zorginstellingen kan worden gezien als een instrument ter facilitering van de verantwoordelijkheidsverdeling ter zake van de kwaliteit van zorg, zoals deze op de Leidschendamconferenties tussen de overheid, de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars en de organisaties van patiënten en cliënten is afgesproken. Dit betekent dat het succes van de Kwaliteitswet zorginstellingen in belangrijke mate afhankelijk is van de wijze waarop deze partijen omgaan met de afspraken die tijdens de Leidschendamconferenties zijn gemaakt. Relevant in dit verband zijn in het bijzonder de afspraken gemaakt tijdens de Leidschendamconferentie 1995. Deze afspraken 'corresponderen' in belangrijke mate met de wettelijke verplichtingen die de Kwaliteitswet zorginstellingen oplegt aan zorgaanbieders.

In 2000 is ter voorbereiding van de Leidschendamconferentie 2000 door het Verwey-Jonker Instituut en het NIVEL onderzoek gedaan naar de mate waarin de in 1995 gemaakte afspraken waren gerealiseerd. De algemene conclusie van deze onderzoeken luidde dat de landelijke brancheorganisaties van zorgaanbieders, beroepsbeoefenaren, patiënten/consumentenorganisaties en zorgverzekeraars en de overheid het werken aan implementatie van het overeengekomen kwaliteitsbeleid weliswaar stevig ter hand genomen hebben, maar dat er zeker nog een aantal jaren nodig lijkt te zijn om de implementatie in de volle breedte van het zorgterrein te realiseren. Dit geldt met name voor de vertaalslag van de landelijke afspraken naar het regionale/lokale niveau en het verbeteren van de transparantie. Bovendien heeft de nadruk gelegen op het ontwikkelen van voorwaardenscheppende zaken en op de procesmatige kant van handelen. Op landelijk en regionaal niveau werken zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten/ consumentenorganisaties structureel of op projectniveau met elkaar samen om invulling te geven aan kwaliteitszorg. Er is in dit opzicht sprake van zowel een top-down proces (van het landelijke niveau naar het regionale niveau) als van een bottom-up proces (van het regionale niveau naar het landelijke niveau).

Op basis van het onderzoek kan worden geconcludeerd dat de ontwikkelingen in het veld die nodig zijn om de Kwaliteitswet zorginstellingen tot zijn recht te laten komen in de jaren na 1995 in gang zijn gezet, maar nog bepaald niet zijn voltooid.

7.11 Verantwoordelijkheidsverdeling tussen de zorgaanbieders en andere actoren (B3)

De Kwaliteitswet zorginstellingen heeft de verantwoordelijkheid voor het kwaliteitsbeleid in eerste instantie bij de zorgaanbieders gelegd. Deze dienen echter overleg te plegen over het kwaliteitsbeleid met patiënten/consumentenorganisaties en de zorgverzekeraar/het zorgkantoor. Dit blijkt in toenemende mate te gebeuren, maar vooral nog op het niveau van projecten. Structurele contacten over de kwaliteit van zorg van zorgaanbieders met patiënten/consumentenorganisaties verlopen vooral via de eigen cliëntenraad. Met de zorgverzekeraar/het zorgkantoor wordt overleg gevoerd, maar de kwaliteit van zorg staat meestal niet

(hoog) op de agenda. De overheid heeft een overwegend faciliterende rol met betrekking tot het kwaliteitsbeleid. De Inspectie houdt toezicht op de naleving van de wet.

De zorgaanbieders
De zorgaanbieders stellen over het algemeen dat de Kwaliteitswet zorginstellingen hen voldoende ruimte geeft om de eigen verantwoordelijkheid waar te maken. Het daadwerkelijk invullen van de eigen verantwoordelijkheid is een proces dat nog in volle gang is. De zorgaanbieders zijn bijna unaniem in hun oordeel dat de Kwaliteitswet zorginstellingen nog een aantal jaren nodig heeft om volledig geïmplementeerd te worden, maar dat de ingeslagen weg positief is en moet worden vervolgd.

De patiënten/consumentenorganisaties
De RPCP's stellen dat de Kwaliteitswet zorginstellingen hen voldoende ruimte geeft om de eigen verantwoordelijkheid waar te maken. De patiënten/consumentenorganisaties tekenen hierbij aan dat er door de overheid en de zorgaanbieders nog onvoldoende geïnvesteerd wordt in hun inbreng in het kwaliteitsbeleid.

De ziekenfondsen en de zorgkantoren (zorgverzekeraars)
De zorgverzekeraars stellen dat zij niet goed uit de voeten kunnen met de verantwoordelijkheid die zij op het vlak van de kwaliteit van zorg hebben. Van overleg tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars/zorgkantoren over de kwaliteit van zorg is nog maar in zeer beperkte mate sprake. De contracteerplicht (voor zorgkantoren), de schaarste in de gezondheidszorg en het gebrek aan transparantie van (de kwaliteit van) het zorgaanbod zorgen ervoor dat de eigen verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar/het zorgkantoor niet goed uit de verf komt.

De zorgaanbieders en de RPCP's hebben de indruk dat de zorgverzekeraars nog niet voldoende openstaan voor c.q. interesse hebben in het kwaliteitsbeleid. Dit sluit aan bij een observatie die de Inspectie in 2000 deed in het kader van de toenmalige Leidschendamconferentie: de positie van de zorgverzekeraars op het terrein van de kwaliteit van zorg is nog onvoldoende uitgewerkt. Er is maar in zeer beperkte mate sprake van een inbreng van de zorgverzekeraars in de kwaliteitszorg in de instellingen. Zorgaanbieders lijken weinig behoefte te hebben aan een inbreng van de zijde van zorgverzekeraars en zorgverzekeraars zijn zeer terughoudend in het aansnijden van het thema kwaliteit van zorg in hun contacten met zorgaanbieders. De geringe betrokkenheid van zorgverzekeraars bij normontwikkeling maakt het voor hen ook moeilijk om op dit terrein een toetsende rol te vervullen in het kader van het inkoopbeleid, zoals deze onder meer voorzien is in de nota Vraag aan bod (Ministerie van VWS, 2001).

De overheid
De overheid is, conform de Kwaliteitswet zorginstellingen, teruggetreden en de invulling van het kwaliteitsbeleid wordt daadwerkelijk overgelaten aan de veldpartijen. Wel speelt de overheid een belangrijke rol bij de facilitering van de veldpartijen. De overheid creëert randvoorwaarden, bijvoorbeeld via de ontwikkeling en implementatie van ICT-toepassingen en benchmarkonderzoek, maar ook door het faciliteren van de RPCP's zodat zij hun rol daadwerkelijk kunnen waarmaken. Ten aanzien van dit punt wordt overigens door de andere partijen opgemerkt dat de overheid de RPCP's beter zou moeten toerusten. Gebrek aan structurele middelen voor de taken die aan de RPCP's in de Kwaliteitswet zorginstellingen zijn toebedeeld is een belangrijke belemmerende factor.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg
De Inspectie is langzaam aan het groeien in haar rol. Een veelgehoorde opmerking is dat de Inspectie bij en na de introductie van de KZI niet wist hoe de eigen rol vorm te geven. Na enkele jaren lijkt de Inspectie nu beter raad te weten met de eigen verantwoordelijkheid en komen de contacten met de veldpartijen weer op gang. De Inspectie zelf is ingenomen met de wijze

waarop haar haar natuurlijke taken nu onderbouwd zijn door de KZI.

7.12 De samenhang tussen de Kwaliteitswet zorginstellingen en andere wetgeving (B4)

De algemene conclusie is dat ten aanzien van de relatie tussen de Kwaliteitswet zorginstellingen en andere regelingen op het gebied van de kwaliteit van zorg geen grote problemen ontstaan. In het veld wordt de beoogde 'rolverdeling' tussen de KZI en andere wettelijke regelingen, met betrekking tot de kwaliteit van zorg herkend en erkend. Deze erkenning en herkenning heeft zowel betrekking op het onderscheid tussen globale regels in de KZI en meer specifieke regels in andere wetten als –in de relatie met de Wet BIG- op het onderscheid in reikwijdte (een accent op instellingen versus een accent op individuele beroepsbeoefenaren). Ook geldt dit voor de systematiek van beide wetten. Dit laatste is duidelijk minder het geval in die sectoren waar sprake is van kleinere samenwerkingsverbanden (zoals praktijken van verloskundigen als van fysiotherapeuten). Deze sectoren zijn van oudsher gewend aan regulering vanuit het perspectief van de individuele beroepsbeoefenaar, hebben moeite hun werkeenheden te zien als een instelling, en hebben dientengevolge minder 'gevoel' en aansluiting bij de opzet en systematiek van de KZI. Het is uit deze hoek dat gepleit wordt voor integratie van de KZI en de Wet BIG. In het kader van dit onderzoek zijn geen duidelijke argumenten gevonden voor de wenselijkheid of noodzaak van een gehele of gedeeltelijke integratie van beide wetten. Opgemerkt zij dat beide wetten nogal van elkaar onderscheiden en verschillend gefocuste aspecten van het kwaliteitsbeleid in brede zin regelen, met deels verklaarbare verschillen in systematiek en mate van detaillering. De vraag naar de wenselijkheid of noodzaak van een (deels) geïntegreerde regeling vereist dat de uitkomsten van de evaluaties van de KZI en die van de Wet BIG in samenhang worden bezien. Naar verwachting zullen de resultaten van de evaluatie van de Wet BIG eind 2002 beschikbaar zijn. Overigens is het jammer dat deze beide wetten niet in samenhang, en binnen dezelfde tijdsperiode, zijn geëvalueerd.

De in dit kader geanalyseerde wetten hebben weliswaar allemaal relevantie voor de kwaliteit van zorg, maar zijn op verschillende momenten en om uiteenlopende redenen tot stand gekomen. Bepaalde verschillen in reikwijdte, opzet, uitwerking en mate van detaillering worden daardoor verklaard. Sommige verschillen zijn het gevolg van bewuste keuzen van de wetgever, bijvoorbeeld om sommige regelingen wel (KZI, WKCZ) en andere niet (WMCZ) van toepassing te verklaren op instellingen die niet uit de collectieve middelen worden gefinancierd. Niettemin is er een aantal aspecten uit de relatie tussen de KZI en de andere regelgeving waar het huidig wettelijk kader vragen oproept. De volgende punten kunnen worden genoemd:

- Het niet aanmerken van het ziekenhuis (inclusief de daarin werkzame vrijgevestigde specialisten) als één geheel in de zin van de WKCZ. Hierdoor ontstaat het risico dat er voor patienten in de ziekenhuissfeer niet één centraal klachtenadres is, terwijl ook de vertaalslag van klachten naar kwaliteit daardoor kan worden bemoeilijkt;
- Het uiteenlopen van de wettelijke termijnen voor het uitbrengen van het jaarlijkse openbare verslag (1 juni in de KZI, 1 april in de WKCZ);
- Het nogal uiteenlopen van de bevelsbevoegdheden van de Inspectie in het kader van de KZI en de Wet BIG (een in duur gelimiteerd en alleen in noodsituaties te gebruiken bevel in de KZI en een vrijwel ongelimiteerde bevelsbevoegdheid in de Wet BIG);
- De verhouding tussen de handhavingsinstrumenten van de KZI en die van de Wet BIG, in het bijzonder in gevallen waarin de onverantwoorde zorg binnen een instelling het gevolg is van het falen van een individuele beroepsbeoefenaar;
- De versnippering van taken en bevoegdheden van de Inspectie over een groot aantal wettelijke regelingen;

- Het ontbreken van een goede wettelijke regeling van de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar betreffende de kwaliteit van zorg.

7.13 Doelbereiking Kwaliteitswet zorginstellingen: conclusies en aanbevelingen

In dit onderzoek staat centraal de vraag naar de doelbereiking van de Kwaliteitswet zorginstellingen (art. 26 KZI: doeltreffendheid en effectiviteit). In het licht van de bevindingen wordt hieronder eerst een algemene conclusie geformuleerd. Vervolgens komen specifieke conclusies aan de orde, met daarop gebaseerde aanbevelingen.

Algemene conclusies
De Kwaliteitswet zorginstellingen is onder zorgaanbieders en andere partijen die bij het kwaliteitsbeleid in de zorg betrokken zijn goed bekend. Bijna alle zorgaanbieders, patiënten/consumentenorganisaties en zorgverzekeraars zijn op enigerlei wijze met de Kwaliteitswet zorginstellingen aan de slag gegaan. Bijna unaniem is men van mening dat de wet een goed kader biedt voor het vormgeven en implementeren van het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen, in samenhang met de andere spelers en ontwikkelingen in de regio. In zoverre heeft de wet aan een belangrijk doel beantwoord: het neerleggen van de primaire verantwoordelijkheid bij de zorgaanbieder. Die verantwoordelijkheid wordt genomen, zowel door zorgaanbieders als door de andere actoren in het veld. Alleen de zorgverzekeraars kunnen nog niet goed uit de voeten met de verantwoordelijkheid die zij op het vlak van de Kwaliteitswet zorginstellingen hebben.

Zorgaanbieders en hun brancheorganisaties zijn van mening dat zij de afgelopen jaren talrijke activiteiten hebben ondernomen om aan de wettelijke regels van de Kwaliteitswet zorginstellingen invulling te geven. De vraag is in welke mate deze activiteiten hebben geleid tot een implementatie van het door de wet beoogde cyclische proces van kwaliteitsbewaking en –verbetering. De conclusie is gerechtvaardigd dat de energie en de activiteiten van de afgelopen jaren hoofdzakelijk een procedureel karakter hebben gekregen. Met de operationalisatie van het begrip verantwoorde zorg is een aanvang gemaakt, maar van een transparant stelsel van normeringen is in geen van de onderzochte sectoren nog sprake. Ook het incorporeren van het patiëntenperspectief gebeurt nog niet systematisch. Er is veel tijd gestopt in het discussiëren over en het ontwikkelen van kwaliteitssystemen. De daaraan in het systeem van de wet gekoppelde vervolgstappen (toetsen en waar nodig verbeteren van de praktijk) zijn nog maar in beperkte mate gezet, waardoor over het werkelijke niveau van de kwaliteit van zorg nog niet veel te zeggen valt. Mede om die redenen komt ook de functie van het kwaliteitsjaarverslag nog niet uit de verf.

Deze stand van zaken kan aanleiding geven tot een gevoel van teleurstelling, zeker nu de wettelijke plichten die de Kwaliteitswet zorginstellingen op de zorgaanbieder legt ook al in eerdere regelgeving was opgenomen (met uitzondering van het kwaliteitsjaarverslag) en er al sinds het eind van de jaren tachtig op vele niveaus (waaronder dat van de Leidschendamconferenties) aanzetten zijn gegeven voor zowel de procedure als de inhoud van een goed kwaliteitsbeleid. In dat licht kan gemakkelijk worden geconcludeerd dat het proces van implementatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen minder ver gevorderd is dan wenselijk is. Aan de andere kant moet de weerbarstigheid van de materie niet worden onderschat. Bijvoorbeeld waar het gaat om kwaliteitssystemen is het niet alleen van belang deze te ontwikkelen, maar ook om te testen of deze systemen daadwerkelijk werken. Dat kan zeer veel tijd vergen. Lastig is bovendien dat de invulling van de wet niet alleen afhankelijk is van elke individuele instelling die onder de wet valt, maar juist ook van het samenspel tussen organisaties op landelijk/sectoraal, regionaal en lokaal niveau. Het is immers niet de bedoeling dat elke instelling het wiel uitvindt.

Blijkens de in 2000 uitgevoerde evaluatie van de Leidschendam-afspraken uit 1995 (Gruijter, 2000) is het bedoelde samenspel nog maar in beperkte mate gerealiseerd.

De vraag kan worden gesteld in hoeverre de gesignaleerde vertragingen in de implementatie van kwaliteitsbeleid op instellingsniveau (mede) worden veroorzaakt door het systeem of de inhoud van de wet. Met betrekking tot de inhoud van de wet zijn daarvoor geen aanwijzingen gevonden. De wet wordt alom beschouwd als een werkbaar en nuttig 'middel' (dit met uitzondering van de kleine samenwerkingsverbanden, die moeite hebben zich als een instelling te zien). Het systeem van de wet, de geconditioneerde zelfregulering, heeft mogelijk wel een relatie met de nog gebrekkige stand van zaken anno 2001. Het lijkt erop dat de koppeling die de wet beoogt tussen de activiteiten van de zorginstellingen zelf en de voorzetten en systemen die worden ontwikkeld op landelijk of sectoraal niveau, nog onvoldoende goed functioneert, waardoor een of meer spelers uit het veld een afwachtende houding aannemen. Dit laat zien dat de Kwaliteitswet zorginstellingen geen autonoom werkende regeling is. De mate van succes van deze wet is in hoge mate afhankelijk van de bereidheid van het veld om de toegedeelde verantwoordelijkheid te nemen, en van de snelheid waarmee ontwikkelingen kunnen worden gerealiseerd. De enigszins teleurstellende stand van zaken met betrekking tot de realisatie van de doelstellingen en bepalingen van de Kwaliteitswet zorginstellingen heeft daarmee te maken.

Dit roept de vraag op of de systematiek van de geconditioneerde zelfregulering voldoet. Is, met andere woorden, de wetgever met de Kwaliteitswet zorginstellingen op het spectrum tussen een directieve aanpak van de overheid en het geven van verantwoordelijkheid aan het veld, niet te veel doorgeschoten in de laatste richting? Deze vraag is op grond van het uitgevoerde onderzoek niet eenvoudig te beantwoorden. Wel kan worden opgemerkt dat de ervaringen met het systeem voorafgaand aan de Kwaliteitswet zorginstellingen, in welk systeem de overheid een grotere rol had, niet gunstig waren. Het gaat om een taak en verantwoordelijkheid die eigenlijk alleen maar door het veld kan worden gerealiseerd. Een aantrekkelijk alternatief voor het in de Kwaliteitswet zorginstellingen gekozen stelsel van geconditioneerde zelfregulering komt dan ook niet in beeld.

Samengevat:

4. Het samenspel tussen landelijke organisaties van zorgaanbieders, patiënten/consumentenorganisaties en zorgverzekeraars enerzijds en de wettelijke verantwoordelijkheden van de zorgaanbieders anderzijds, alsmede de implementatie van de KZI door de zorgaanbieders, zijn de afgelopen jaren te vrijblijvend gebleven;
5. De aandacht en energie van de betrokken partijen zijn de afgelopen jaren te sterk gericht geweest op procedurele aspecten. Er is nog te weinig aandacht en energie besteed aan de resultaten van het kwaliteitsbeleid (c.q. aan methoden om deze resultaten te bepalen).
6. De taken en verantwoordelijkheden van een aantal actoren zijn nog onvoldoende uit de verf gekomen.

Om in deze situatie verandering te brengen behoeft de inhoud of de systematiek van de KZI niet te worden gewijzigd. Wel zijn andere maatregelen nodig om de doelstellingen van deze wet, en die van het kwaliteitsbeleid in het algemeen, te realiseren. De nadruk komt daarbij te liggen op het bevorderen van de implementatie van het gedachtegoed van de wet. Dit leidt tot de volgende algemene conclusies en aanbevelingen.

Conclusie 1:
Hoewel de ontwikkelingen per sector verschillen, is in het algemeen sprake van een achterstand met betrekking tot het realiseren van het door de KZI beoogde cyclisch proces van kwaliteitsbewaking en -verbetering. Zorgaanbieders en hun brancheorganisaties hebben nog (lang) niet alle fasen van het in de KZI beoogde cyclische proces van kwaliteitsbewaking- en verbetering gerealiseerd. Dit geldt met name ook voor de fase van het meten en verwerken van resultaten.

Aanbeveling 1:
Zorgaanbieders die onder de wet vallen moeten actiever zijn in het realiseren van het cyclische proces van kwaliteitsbewaking en –verbetering. In aanvulling daarop behoren de branchorganisaties van zorgaanbieders, al dan niet sectorgewijs, inhoud te geven aan een regiefunctie. Te denken valt aan een instantie of voorzieningen die de kwaliteitsontwikkelingen kunnen coördineren, monitoren en ondersteunen. In dat kader moet tevens worden voorzien in zorgbrede mogelijkheden voor accreditatie of certificatie. De rol en de functie van de Stichting HKZ bij het stimuleren van de toepassing van certificatie- en beoordelingsschema's in de verschillende sectoren kan verder versterkt worden. Voor wat betreft de ziekenhuizen kan daarbij aangesloten worden op de NIAZ-accreditatie.

Conclusie 2:
Het patiëntenperspectief wordt nog te weinig geïncorporeerd in de operationalisatie van verantwoorde zorg.

Aanbeveling 2:
Brancheorganisaties dienen op landelijk niveau landelijke koepels van patiënten/consumentenorganisaties systematisch te betrekken bij de ontwikkeling van landelijke richtlijnen en protocollen. Bij de ontwikkeling van regionale richtlijnen en protocollen behoren de RPCP's nauwer te worden betrokken. Op instellingsniveau moet de betrokkenheid van cliëntenraden bij de vaststelling van kwaliteitsnormen en mission statements worden gestimuleerd.

Conclusie 3:
De taken en verantwoordelijkheden van patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars komen nog onvoldoende uit de verf. Deze partijen geven nog niet op duidelijke en eenduidige wijze invulling aan hun toetsende rol met betrekking tot het kwaliteitsbeleid van de zorgaanbieders. Patiëntenorganisaties zijn nog niet goed toegerust en de verantwoordelijkheden van de zorgverzekeraar voor de kwaliteit van zorg zijn nog niet duidelijker genoeg in de wetgeving verankerd. Dit laatste is te meer van belang gelet op de belangrijke rol die de zorgverzekeraars krijgen in het nieuwe zorgstelsel (Nota Vraag aan bod, 2001).

Aanbeveling 3:
Patiëntenorganisaties dienen door de overheid beter toegerust worden om invulling te kunnen geven aan hun toetsende rol met betrekking tot het kwaliteitsbeleid. De verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar ten aanzien van de kwaliteit van zorg dient duidelijker in de wetgeving verankerd te worden.

Conclusie 4:
Het terugtreden van de overheid in het kader van het kwaliteitsbeleid behoort te worden 'gecompenseerd' door een alert en actief toezicht door de Inspectie. Alleen op basis van een helder beleid en een krachtdadige aanpak van de Inspectie kan op een meer intensieve wijze de naleving van de KZI worden bewaakt. Een recent voorbeeld, waarbij de Inspectie in de sector van de verpleeghuizen een 'ultimatum' stelde met betrekking tot het ontwikkelen van

kwaliteitsnormen, kan model staan.

Aanbeveling 4:
Het beleid van de Inspectie behoort te worden gericht op de bepleite mate van toezicht. De Inspectie moet qua mensen en middelen in staat worden gesteld dit toezicht uit te oefenen.

Conclusie 5:
Hoewel de effectiviteit ervan verbeterd kan worden, is het landelijk overleg van partijen dat de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden in het kader van de zogenaamde Leidschendamconferenties een belangrijk hulpmiddel bij het op het niveau van de instellingen realiseren van de bepalingen en intenties van de Kwaliteitswet.

Aanbeveling 5:
De overheid dient het landelijk overleg tussen de partijen in het kader van de Leidschendamconferenties te blijven faciliteren.

Aldus zou worden bereikt dat zowel de eigen verantwoordelijkheid als de regiefunctie van de zorgaanbieders inzake de kwaliteit van zorg, de toetsende rol van patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars en het toezicht door de Inspectie worden geaccentueerd. De overheid dient te blijven stimuleren dat alle partijen hun verantwoordelijkheden nakomen en kan dit proces op verschillende manieren faciliteren, onder meer via een vervolg van het landelijk overleg tussen de partijen in het kader van de Leidschendamconferenties.

Specifieke conclusies
In aansluiting op de hiervoor genoemde algemene conclusies en aanbevelingen kunnen aan de par. 7.4 tot en met 7.12 conclusies en aanbevelingen met betrekking tot meer specifieke aspecten van de KZI worden ontleend. Deze conclusies en aanbevelingen worden hieronder opgesomd in de volgorde van deze paragrafen.

Conclusie 6:
Kleinere samenwerkingsverbanden, zoals duopraktijken, paramedische praktijken, kleinere gezondheidscentra e.d. ervaren de Kwaliteitswet zorginstellingen als moeilijk toepasbaar. Gelet op de afbakening tussen de reikwijdte van de Kwaliteitswet zorginstellingen en die van de Wet BIG is het niet verstandig deze kleinere samenwerkingsverbanden uit de Kwaliteitswet zorginstellingen te halen. Wel moet worden bezien op welke wijze de werkbaarheid van de Kwaliteitswet zorginstellingen voor deze verbanden kan worden verbeterd.

Aanbeveling 6:
Er moet een stimuleringsbeleid worden ontwikkeld dat erop gericht is de werkbaarheid van de Kwaliteitswet in kleine(re) samenwerkingsverbanden in de gezondheidszorg te verbeteren.

Conclusie 7:
Slechts een deel van de taken van de GGD valt onder de werking van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Het onderscheid tussen de taken die wel/niet onder de KZI vallen, is binnen de GGD lastig hanteerbaar. Bovendien belemmert het onderscheid een integrale aanpak van het kwaliteitsbeleid binnen de GGD en het integraal toezicht door de Inspectie. Door de schaalvergroting van GGD'en zijn gemeenten ook steeds minder in staat om voldoende toezicht uit te oefenen.

Aanbeveling 7:
Alle taken van de GGD dienen onder de werking van de Kwaliteitswet zorginstellingen te worden gebracht.

Conclusie 8:
Het komt in toenemende mate voor dat nauw met de kwaliteit van zorg verbonden taken niet (langer) worden uitgeoefend door een instelling als bedoeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen, maar worden 'uitbesteed' aan een aparte instantie, als een indicatieorgaan of een call-centre.

Aanbeveling 8:
Instanties als een indicatieorgaan of een call-centre, aan wie taken zijn uitbesteed die nauw met de kwaliteit van zorg verbonden zijn, behoren onder de werking van de wet te worden gebracht.

Conclusie 9:
In het geval van ketenzorg verdienen de daaraan inherente kwaliteitsaspecten bijzondere aandacht. Deze aspecten overstijgen de verantwoordelijkheden van elk van de in de keten participerende zorginstellingen en kunnen daardoor gemakkelijk uit het oog worden verloren. De doelstellingen van de wet worden alleen gerealiseerd als de participerende zorginstellingen de keten beschouwen als een instelling in de zin van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de in het kader van de keten te maken kwaliteitsafspraken daarop afstemmen.

Aanbeveling 9:
De keten behoort als instelling in de zin van de Kwaliteitswet zorginstellingen beschouwd te worden. Overwogen kan worden dit wettelijk te regelen, bijvoorbeeld vergelijkbaar met de wijze waarop de artikelen 14 e.v. van de Wet op de Jeugdhulpverlening de verantwoordelijkheden van 'samenwerkingsverbanden' regelen.

Conclusie 10:
De bedoeling van het door de wet voorgeschreven kwaliteitsjaarverslag komt nog niet uit de verf. Ondanks de in de afgelopen jaren opgestelde modellen voor zo'n verslag, is van eenvormigheid nog geen sprake. De informatie uit de jaarverslagen is veelal globaal en gericht op procedures in plaats van resultaten.

Aanbeveling 10:
Er behoren richtlijnen te worden ontwikkeld voor kwaliteitsjaarverslagen, met als uitgangspunt het geven van beter inzicht in het kwaliteitsbeleid en de resultaten daarvan dan thans het geval is.

Conclusie 11:
Mede door het gestelde in conclusie 9 is de wijze waarop externe partijen met het kwaliteitsjaarverslag omgaan nog niet optimaal. De mogelijkheden tot het geven van feedback op het kwaliteitsjaarverslag door deze externe partijen worden nog niet voldoende benut. Bovendien is het zo dat artikel 5 KZI nalaat te bepalen dat de zorgaanbieder ook aan de zorgverzekeraar het kwaliteitsjaarverslag moet zenden.

Aanbeveling 11:
Het geven van feedback door externe partijen op het kwaliteitsjaarverslag dient bevorderd te worden. In artikel 5 moet de zorgverzekeraar opgenomen worden als één van de externe partijen aan wie het kwaliteitsjaarverslag dient te worden toegezonden.

Conclusie 12:
Er zijn juridische vragen en onduidelijkheden over de (on)mogelijkheden van de handhavingsinstrumenten bevel en aanwijzing. Ook de relatie tussen deze instrumenten en de mogelijkheid van bestuursdwang roept vragen op. Mede hierdoor wordt van deze instrumenten zeer weinig gebruikgemaakt.

Aanbeveling 12:
Het is gewenst meer helderheid te brengen ten aanzien van de toepassing van de handhavingsinstrumenten bevel en aanwijzing en over de relatie tussen deze instrumenten en de mogelijkheid van bestuursdwang. Het beleid behoort er meer op gericht te zijn dat de instrumenten bevel en aanwijzing onderdeel te zijn van een traject met vervolgstappen en een eindpunt.

Conclusie 13:
De aanbevelingen bij 11 nemen niet weg dat ook in een situatie van juridische helderheid over de (on)mogelijkheden van de instrumenten bevel en aanwijzing, deze toch altijd als uiterste middel zullen worden gezien.

Aanbeveling 13:
Het sanctie-instrumentarium van de Inspectie moet worden uitgebreid met minder zware middelen. Aansluiting kan worden gezocht bij de voorstellen van de Adviescommissie IGZ ter zake. Daarnaast blijft de gebruikmaking van de bevoegdheid tot het opleggen van dwangsommen mogelijk. De mogelijkheden van deze bevoegdheid moeten beter worden benut.

Conclusie 14:
In een aantal sectoren heeft het veld nog onvoldoende kwaliteitsnormen ontwikkeld. Het risico bestaat dat dat de handhavende instanties de neiging vertonen op te treden als regelgevers. Dat is echter niet hun taak en verantwoordelijkheid.

Aanbeveling 14:
De ontwikkeling van kwaliteitsnormen is de verantwoordelijkheid van het veld. Waar die verantwoordelijkheid niet genomen wordt, behoren overheid en Inspectie krachtiger op te treden.

Conclusie 15:
De WKCZ opent de mogelijkheid dat een ziekenhuis en de daarin werkzame, vrijgevestigde specialisten aangesloten zijn bij verschillende klachtencommissies. Dit kan ertoe leiden dat het voeren van een integraal kwaliteitsbeleid door ziekenhuizen wordt bemoeilijkt.

Aanbeveling 15:
Het verdient aanbeveling de WKCZ zo aan te passen dat het ziekenhuis het centrale klachtenadres wordt, naar analogie van de wijze waarop in art. 1 lid 3 KZI de relatie tussen ziekenhuis en maatschap wordt geregeld.

Conclusie 16:
De mogelijkheden om de relatie tussen klachten en kwaliteitsbeleid uit te werken, bijvoorbeeld in een gezamenlijk verslag, wordt bemoeilijkt door de wettelijke verschillen betreffende het tijdstip waarop de verplichte jaarverslagen gereed moeten zijn (1 april volgens de WKCZ, 1 juni volgens de KZI).

Aanbeveling 16
De tijdstippen waarop in de Kwaliteitswet zorginstellingen en de WKCZ de verplichte jaarverslagen gereed moeten zijn, kunnen beter gelijkgetrokken worden.

Conclusie 17:
Andere wetten verplichten de zorgaanbieder tot activiteiten die behulpzaam kunnen zijn bij het naleven van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Te denken valt aan de WGBO (het operationaliseren van de daarin genoemde patiëntenrechten), de WKCZ (het betrekken van klachten bij de vormgeving van het kwaliteitsbeleid) en de Wet medezeggenschap (het installeren van een cliëntenraad die een wettelijk recht van verzwaard advies heeft met betrekking tot het kwaliteitsbeleid van de instelling). Eerdere evaluaties van deze wetten laten zien dat aan de naleving daarvan op de genoemde punten nog het nodige schort.

Aanbeveling 17:
De zorgaanbieders behoren aangesproken te worden op de naleving van andere wetten die tot activiteiten verplichten, die behulpzaam kunnen zijn bij het naleven van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Afkortingen

AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
Awb	Algemene wet bestuursrecht
Wet Bopz	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO
CCKL	Richtlijnen voor Klinisch Chemische Laboratoria
CRAZ	Centrale Cliëntenraad van de Academische Ziekenhuizen
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CVZ	College voor zorgverzekeringen
FTTO	Farmaco Therapeutisch Transmuraal Overleg
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
SHKZ	Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IPO	Interprovinciaal Overleg
INK	Instituut Nederlandse Kwaliteit
ISO	International Standards of Organisation
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap van Fysiotherapie
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
KZI	Kwaliteitswet zorginstellingen
LCKZ	Landelijk Coördinatiepunt Kwaliteit Zorgsector
LOC	Landelijke Organisatie van Cliëntenraden
LPR	Landelijke Patiënten- en Bewonersraden in de geestelijke gezondheidszorg
LSR	Stichting Landelijk Steunpunt Cliëntenraden voorzieningscentra Gehandicapten
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
MKG	Model Kwaliteitssysteem Gehandicaptenzorg
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
Nivel	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NMT	Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
NPCF	Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
PACE	Proefaccreditatie van ziekenhuizen
PGB	Persoonsgebonden Budget
RIO	Regionaal Indicatieorgaan
RPCP	Regionale Patiënten/Consumenten Platform
Somma	Landelijke Vereniging voor maatschappelijke dienstverlening aan mensen met een (verstandelijke) handicap
VAZ	Vereniging van Academische Ziekenhuizen
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VRIN	Vereniging Revalidatie Instellingen Nederland
VWS	ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
WCPV	Wet collectieve preventie
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst

WJV	Wet op de jeugdhulpverlening
WKCZ	Wet klachtrecht cliënten zorgsector
WMCZ	Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
WVG	Wet voorzieningen gezondheidszorg
WZV	Wet ziekenhuisvoorzieningen
ZFW	Ziekenfondswet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Literatuur

Adviescommissie IGZ
Op weg naar gezond vertrouwen – Advies over de strategie voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Den Haag, 2001.

Algemene Rekenkamer
Rapport 'Informatievoorziening klachtrecht en medezeggenschap patiënten zorgsector'. Den Haag, 2000.

Arcares
Benchmarking in verpleeg- en verzorgingshuizen. Utrecht: Arcares, 2000.

Buijsen, M.
De gevolgen van de vierde tranche Awb voor het gezondheidsrecht. In: *Nederlands Juristenblad*, 2000, 24, p.1209-1214.

Casparie, A.F. e.a.
Quality Systems in Dutch Health Care Institutions. In: *Health Policy 1997*, 42, p.255-267.

Casparie, A.F.
View from the Netherlands. In: *Quality in Health Care 1993*, 2, p.38-41.

Commissie Etty
De ontvoogding van de AWBZ. 2000. Ministerie van VWS: Den Haag

Cliënt en Kwaliteit
Alles naar wens? Kwaliteitsbeoordeling in verpleeg- en verzorgingshuizen. Bevindingen april 2000- april 2001. Utrecht: Cliënt en Kwaliteit, 2001.

Dute, J.C.J. et al
Evaluatie Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Den Haag: ZON, 2000.

Evaluatiecommissie Wet Bopz
Tussen invoering en praktijk – Evaluatierapport Wet Bopz. Rijswijk, 1996.

Friele, R. , Ruiter C. de, Wijmen, F. van, Legemaate, J.
Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Den Haag: ZON, 1999.

Friele, R. , Ruiter C. de, Wijmen, F. van, Legemaate, J.
Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Den Haag: ZON, 1999.

Gruijter. M. de, Rijkschroeff, R.
Evalueren en vooruitkijken. Bouwstenen voor Leidschendam 2000*.* Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 2000.

Gruijter, M. de, Oudenampsen, D.
Regionaal kwaliteitsbeleid. Rapportage van regionale kwaliteitsconferenties en kwaliteitsprojecten. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 2000.

Inspectie voor de Gezondheidszorg
Jaarraportage 1999. Den Haag, 2000.

Inspectie voor de Gezondheidszorg
Conferentie Kwaliteit van zorg. Leidschendam 2000. Visie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg., Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2000.

Kahn, Ph.S.
Ziekenhuis en specialist herzien hun relatie. In: *Medisch Contact 2000*, nr. 26, p. 983-985.

Kahn, Ph.S.
De juridische relatie ziekenhuis-medisch specialist en kwaliteit van zorg. Lelystad: Koninklijke Vermande, 2001.

Koster, H. C.C.E, Roscam Abbing, H.D.C.
Wetgeving(sbeleid) – Een evaluatie op onderdelen. Maastricht, 1989.

Landelijke Vereniging voor Thuiszorg e.a.
Basiskwaliteitseisen Kraamzorg. Bunnik: LVT, 1999.

Leenen H.J.J.
Recht op zorg voor de gezondheid. Preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht. Utrecht, 1997.

Legemaate, J.
Het ontwerp Kwaliteitswet zorginstellingen: context en inhoud. In: *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1992*, 4,p.192-205.

Legemaate, J.
Het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg op de kwaliteit van zorg. In: *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2001(a)*: geaccepteerd voor publicatie.

Legemaate, J.
Regelgeving in Nederland, In: Lens P en Kahn Ph. (red*.), Over de schreef – over functioneren en disfunctioneren van artsen*. Van der Wees, Utrecht, 2001(b), p. 47-66.

Legemaate, J.
Verantwoordingsplicht en aansprakelijkheid in de gezondheidszorg. Deventer, 1997.

Legemaate, J.
Kwaliteit van zorg en wetgevingsbeleid. In: *Kwaliteit & Zorg 1995*, 1, p. 6-18.Legemaate, J. Kwaliteitsbepalingen in overeenkomsten, In: A.F. Casparie e.a. (red.), *Handboek Kwaliteit van zorg.* Utrecht, C.12.1-C.12.17. 1997.

Meulemans, E.W.M.
Protocol als veiligheidsnorm? In: *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2001*, nr. 3, p. 137.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Vraag aan bod. Hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel. Den Haag: Ministerie van VWS, 2001.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Met zorg kiezen. De toerusting van patiënten en consumenten in een vraaggestuurde zorg. 27 807, nr 2. Den Haag: Ministerie van VWS, 2001.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Zorg van betekenis 2000 – Een terugblik op 10 jaar kwaliteitsbeleid en aandachtspunten voor de toekomst. Den Haag: Ministerie van VWS, 2000.

Nota Kwaliteit van Zorg
Tweede Kamer 1990/1991, 22113, nr.2

NPCF
Toetsingskader Gezondheidszorg in patiënten/consumentenperspectief. Utrecht: NPCF, 2000.

Ouden W, den, Die, A.C. de
Van Gezondheidswet als panacee naar titel 5.2 Awb. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2000*, nr. 2, p. 70-86.

Raad voor het Binnenlands bestuur.
Besturen op de tast. Den Haag: 1996.

Savornin Lohman J. de et al.
Evaluatie Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. Zon: Den Haag, 2000.

Sluijs, E. ,Wagner, C.
Kwaliteitssystemen in zorginstellingen. De stand van zaken in 2000. Utrecht: Nivel, 2000.

Sluijs, E. , Wagner,C.
Tabellenboek kwaliteitssystemen. De stand van zaken per zorgsector in 2000. Utrecht: Nivel, 2000.

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
Model Kwaliteitssysteem Gehandicaptenzorg. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2000.

Welling, B.J.M. , Wiegers, T.A.
Kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg. Kraamcentra, callcentra en verloskundigen. Utrecht: Nivel, 2001.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
Tweedeling in perspectief. Den Haag: SDU, 1996.

Wijk, H.D. van
Hoofdstukken van bestuursrecht. Den Haag: Elsevier, 1999 (elfde, herziene druk).

Bijlage 1

Begeleidingscommissie evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen

Leden
M.C. Greweldinger
Prof. mr. W.R. Kastelein
Prof. dr. H.J.J. Leenen (voorzitter)
Mr. R.P. de Roode
R.J. van Rooijen
Prof. mr. H.D.C. Roscam Abbing
Mr. A.M. Vermaas
Dr. C. Wagner

Waarnemer
Drs. M.A. van der Putten (ministerie van VWS)

Secretariaat
M. Slijper, MPH (ZonMw)
Mr. M. D. van Steekelenburg (ZonMw)

Bijlage 2

Commissie evaluatie regelgeving

Leden
Prof. dr. H.J.J. Leenen (voorzitter)
Prof. dr. O.J.S. Buruma (vice-voorzitter)
Mr. C.A. de Goede
Mr. drs. A.P. van Gurp
Prof. dr. J. Pool
Mr. W. P. Rijksen
Drs. R.L.J.M. Scheerder
Mr. L.J.H.H.M. Vandeputte-Niemegeers
Prof. dr. G. van der Wal

Waarnemer
Mr. P.W.H.M. Francissen (ministerie van VWS)

Bureau ZonMw
G. van Gorkum (programmasecretaresse)
Mr. dr. A.C. Hendriks (programmasecretaris - tot september 2001)
Mr. M.C. Ploem (programmasecretaris - vanaf augustus 2001)
M. Slijper, MPH (programma-assistent)
Mr. M.D. van Steekelenburg (programmasecretaris - vanaf juni 2001)

Bijlage 3

Kwaliteitswet zorginstellingen

Wet van 18 januari 1996, stb. 80, betreffende de kwaliteit van zorginstellingen (Kwaliteitswet zorginstellingen)
Geschiedenis: Staatsblad 1996, 478; Staatsblad 1997, 510; Staatsblad 1999, 30; Staatsblad 2000, 341

HOOFDSTUK I. ALGEMENE BEPALING

Artikel 1

1. In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:
   a. zorg: zorg als omschreven bij of krachtens de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, met uitzondering van bij algemene maatregel van bestuur aangewezen zorg;
   b. instelling: het organisatorisch verband dat strekt tot de verlening van zorg;
   c. zorgaanbieder:
      1. de natuurlijke persoon of de rechtspersoon, die een instelling in stand houdt;
      2. de natuurlijke personen of rechtspersonen, die gezamenlijk een instelling vormen;
   d. Onze Minister: Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
2. Bij algemene maatregel van bestuur kan, indien het belang van de bevordering van de kwaliteit van zorg dit vereist, een vorm van hulp worden aangewezen als zorg in de zin van deze wet.
3. Niet als instelling wordt beschouwd het organisatorisch verband waarbinnen in het kader van de binnen een ander organisatorisch verband verleende zorg, een deel van die zorg wordt verleend.
4. Indien het betreft een zorgaanbieder als bedoeld in het eerste lid, onder c, 2°, richten de uit deze wet voortvloeiende verplichtingen zich tot ieder van de in dat onderdeel bedoelde personen.

HOOFDSTUK II. EISEN

Artikel 2

De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.

Artikel 3

De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, voorziet de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personeel en materieel, en draagt zorg voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg. Hierbij betrekt hij de resultaten van overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties. Voor zover het betreft zorgverlening die verblijf van de patiënt of cliënt in de instelling gedurende tenminste het etmaal met zich brengt, draagt de zorgaanbieder er tevens zorg voor dat in de instelling geestelijke verzorging beschikbaar is, die zoveel mogelijk aansluit bij de godsdienst of levensovertuiging van de patiënten of cliënten.

Artikel 4

1. Het uitvoeren van artikel 3 omvat mede de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg.
2. Ter uitvoering van het eerste lid draagt de zorgaanbieder, afgestemd op de aard en omvang van de instelling, zorg voor:
   a. het op systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens betreffende de kwaliteit van de zorg;
   b. het aan de hand van de gegevens, bedoeld onder a, op systematische wijze ;
   c. het op basis van de uitkomst van de toetsing, bedoeld onder b, zonodig veranderen van de wijze waarop artikel 3 wordt uitgevoerd.

Artikel 5

1. De zorgaanbieder legt jaarlijks vóór 1 juni per instelling een verslag ter openbare inzage, waarin hij verantwoording aflegt van het beleid dat hij in het afgelopen kalenderjaar heeft gevoerd ter uitvoering van de artikelen 2, 3 en 4 en van de kwaliteit van de zorg die hij in dat jaar heeft verleend.
2. In dat verslag geeft de zorgaanbieder daartoe onder meer aan:
   a. of en, zo ja, op welke wijze hij patiënten of consumenten bij zijn kwaliteitsbeleid heeft betrokken;
   b. de frequentie waarmee en de wijze waarop binnen de instelling kwaliteitsbeoordeling plaatsvond en het resultaat daarvan;
   c. welk gevolg hij heeft gegeven aan klachten en meldingen over de kwaliteit van de verleende zorg.
3. De zorgaanbieder zendt een afschrift van het verslag aan onze Minister en aan de regionale inspecteur van het staatstoezicht op de volksgezondheid, alsmede aan de organisatie die in de regio de belangen van de patiënten in algemene zin behartigt.

Artikel 6

1. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen, indien het niveau van de zorg, verleend in een bij de maatregel aangewezen categorie van instellingen, dit vereist, regels worden gesteld met betrekking tot de uitvoering van de artikelen 3 en 4.
2. Indien uitvoering van de artikelen 3 en 4 overeenkomstig de op grond van het eerste lid gestelde regels niet blijkt te leiden tot verantwoorde zorg, kunnen bij algemene maatregel van bestuur tevens nadere regels worden gesteld met betrekking tot artikel 2.

HOOFDSTUK III. HANDHAVING

Artikel 7

1. Indien Onze Minister van oordeel is dat de artikelen 2, 3, 4 of 5 niet of in onvoldoende mate of op onjuiste wijze worden nageleefd, kan hij de zorgaanbieder een schriftelijke aanwijzing geven.
2. In de aanwijzing geeft Onze Minister met redenen omkleed aan op welke punten de artikelen 2, 3, 4 of 5 niet of in onvoldoende mate of op onjuiste wijze worden nageleefd, alsmede de in verband daarmee te nemen maatregelen.
3. Een aanwijzing bevat de termijn waarbinnen de zorgaanbieder er aan moet voldoen.
4. Indien het nemen van maatregelen in verband met gevaar voor de veiligheid of de gezondheid redelijkerwijs geen uitstel kan lijden, kan de ingevolge artikel 8 met het toezicht belaste ambtenaar een schriftelijk bevel geven. Het bevel heeft een geldigheidsduur van zeven dagen, welke door Onze Minister kan worden verlengd.
5. De zorgaanbieder is verplicht binnen de daarbij gestelde termijn aan de aanwijzing onderscheidenlijk onmiddellijk aan het bevel te voldoen.

HOOFDSTUK IV. TOEZICHT

Artikel 8

1. Met het toezicht op de naleving van de bij de artikelen 2, 3, 4 en 5 gestelde eisen onderscheidenlijk de krachtens artikel 7 gegeven aanwijzingen of bevelen zijn belast de hoofdinspecteurs, de inspecteurs en

de onder hun bevelen werkzame ambtenaren van het staatstoezicht op de volksgezondheid.

2. De met het toezicht belaste ambtenaren zijn bevoegd, met medeneming van de benodigde apparatuur, een woning binnen te treden zonder toestemming van de bewoner, voor zover de woning deel uitmaakt van een instelling.

Artikel 9

[Vervallen.]

Artikel 10

[Vervallen.]

Artikel 11

[Vervallen.]

Artikel 12

[Vervallen.]

Artikel 13

[Vervallen.]

HOOFDSTUK V. BESTUURLIJK INGRIJPEN

Artikel 14

Onze Minister is bevoegd tot toepassing van bestuursdwang ter handhaving van de uit een krachtens artikel 7, eerste of vierde lid, gegeven aanwijzing onderscheidenlijk bevel voortvloeiende verplichtingen.

Artikel 15

[Vervallen.]

HOOFDSTUK VI. OVERIGE BEPALINGEN

Artikel 16

De Wet op de tandheelkundige inrichtingen wordt ingetrokken.

Artikel 17

De Wet tandheelkundige inrichtingen 1986 wordt ingetrokken.

Artikel 18

[Wijzigt de Ziekenfondswet.]

Artikel 19

[Wijzigt de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.]

Artikel 20

[Wijzigt de Tijdelijke Verstrekkingenwet maatschappelijke dienstverlening.]

Artikel 21

[Wijzigt de Wet ziekenhuisvoorzieningen.]

Artikel 22

[Wijzigt de Wet ambulancevervoer.]

Artikel 23

[Wijzigt de Wet inzake bloedtransfusies.]

Artikel 24

[Wijzigt de Wet op de bejaardenoorden.]

Artikel 25

[Wijzigt de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.]

Artikel 26

Onze Minister zendt binnen vijf jaar na de inwerkingtreding van deze wet aan de Staten-Generaal een

verslag over de doeltreffendheid en de effecten van deze wet in de praktijk.

Artikel 27

Deze wet treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip, dat voor de onderscheidene artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden vastgesteld.

Artikel 28

Deze wet wordt aangehaald als: Kwaliteitswet zorginstellingen.

Bijlage 4

Instrumenten voor de dataverzameling

Interviews met vertegenwoordigers van de landelijke brancheorganisaties, patiën-ten/consumentenorganisaties en andere landelijke actoren

In de periode februari tot april 2001 zijn 13 interviews gehouden met vertegenwoordigers van brancheorganisaties van zorginstellingen. Dit zijn:

- Arcares (Brancheorganisatie verpleging en verzorging)
- Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)
- Koninklijke Genootschap voor fysiotherapie (KNGF)
- Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra (LVG)
- Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT)
- GGD Nederland
- GGZ Nederland
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- Landelijke Vereniging voor maatschappelijke dienstverlening aan mensen met een (verstandelijke) handicap (Somma)
- Vereniging van Academische Ziekenhuizen (VAZ)
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
- Vereniging Revalidatie Instellingen Nederland (VRIN)

Daarnaast zijn zeven vertegenwoordigers van patiënten/consumentenorganisaties en organisaties die zich bezighouden met toetsingen vanuit het cliëntenperspectief geïnterviewd, te weten:

- Chronisch Zieken- en Gehandicaptenraad (CG-raad)
- Landelijke Organisatie van Cliëntenraden (LOC)
- Landelijke Patiënten- en Bewonersraden in de GGZ (LPR)
- Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NPCF)
- Stichting Perspectief (Kwaliteitsbeoordeling van de zorg voor verstandelijk gehandicapten vanuit het cliëntenperspectief)
- Stichting Cliënt en Kwaliteit (Kwaliteitsbeoordeling in verpleeg en verzorgingshuizen vanuit het patiëntenperspectief)
- Stichting KIEN (Kwaliteitsbeoordeling vanuit het cliëntenperspectief in de thuiszorg)

Meestal zijn beleidsmedewerkers van de betreffende organisaties geïnterviewd. Bij de drie organisaties die zich uitsluitend bezighouden met toetsing vanuit het cliëntenperspectief, zijn de directeuren geïnterviewd. In één geval is een bestuurder van de brancheorganisatie geïnterviewd. De interviews namen ongeveer twee uur in beslag en zijn gehouden bij de landelijke bureaus van de organisaties.
Ten behoeve van de interviews is een itemlijst gehanteerd waarin de onderwerpen van de enquête onder de instellingen zijn opgenomen. Daaraan zijn vragen toegevoegd met betrekking tot de invulling van de eigen verantwoordelijkheid en de beoordeling van de verschillende elementen van de Kwaliteitswet zorginstellingen:

Itemlijst landelijke interviewronde

- Worden er in uw sector systemen of methodieken gehanteerd die de zorg op zodanige wijze organiseren dat dit leidt tot verantwoorde zorg? Zo nee, waarom niet? Zo ja, welke zijn de belangrijkste?
- Waaraan ontleent u in uw sector de normen voor verantwoorde zorg (bijvoorbeeld landelijke protocollen of richtlijnen, regionale protocollen of richtlijnen).
- Wat zijn in uw sector de belangrijkste bronnen voor normen inzake verantwoorde zorg?
- In hoeverre wordt bij de invulling van het begrip verantwoorde zorg rekening gehouden met verschillen in zorgvragen van groepen patiënten? Wordt er rekening gehouden met verschillen tussen mannen en vrouwen? Wordt er rekening gehouden met verschillen tussen autochtone en allochtone bevolkingsgroepen? Wordt er rekening gehouden met de specifieke zorgvragen van groepen met een lage economische status?
- In hoeverre zijn (koepels van) zorgverzekeraars betrokken bij de vaststelling van normen voor de invulling van het begrip verantwoorde zorg?
- In hoeverre zijn (koepels van) patiënten/consumenten betrokken bij de vaststelling van normen voor de invulling van het begrip verantwoorde zorg?
- Welke gegevens worden in uw sector systematisch verzameld?
- Welke gegevens worden in uw sector systematisch geregistreerd?
- Welke gegevens worden in uw sector gebruikt om systematisch te toetsen?
- Leiden deze toetsingen tot veranderingen in de organisatie van de zorg? Zo ja, welke?
- Heeft de Kwaliteitswet zorginstellingen geleid tot veranderingen in de contacten met de Inspectie voor de Gezondheidszorg? Van welke aard waren deze contacten? Wat zijn de resultaten van deze contacten?
- In hoeverre heeft de sector invulling gegeven aan de eigen verantwoordelijkheid voor verantwoorde zorg, zoals deze in de wet is vastgelegd?
- Hoe beoordeelt u de normering die in de Kwaliteitswet zorginstellingen is vastgelegd (het begrip verantwoorde zorg). Biedt deze norm voldoende houvast? Biedt deze norm voldoende ruimte om de eigen verantwoordelijkheid waar te maken?
- Hoe beoordeelt u het instrumentarium van de Kwaliteitswet zorginstellingen en het gebruik dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg ervan gemaakt heeft? In hoeverre zijn deze instrumenten effectief bij het bevorderen van de naleving van de Kwaliteitswet zorginstellingen?
- Hoe ervaart u in dat licht de rol van de overheid? Houdt de overheid zich aan de rol zoals deze in de Kwaliteitswet zorginstellingen is omschreven? Creëert de overheid voldoende randvoorwaarden om de eigen verantwoordelijkheid van de actoren tot zijn recht te laten komen?
- In hoeverre heeft de Kwaliteitswet zorginstellingen aan zijn doel beantwoord?
- In hoeverre hebben de in de wet gekozen instrumenten en mogelijke andere factoren (instrumenten, toezicht en handhaving, aanpalende wetgeving) bijgedragen aan de doelbereiking van de wet? Wat is de stand van zaken?
- Is er sprake van onbedoelde neveneffecten?

Secundaire analyse per sector van Nivel- en LCKZ- onderzoek

Ter voorbereiding van de Leidschendamconferentie 2000 heeft het Landelijk Coördinatiepunt Kwaliteit Zorgsector (LCKZ) een tweetal evaluatieonderzoeken laten verrichten: een onderzoek naar de stand van zaken van de invoering van kwaliteitssystemen in de onderscheiden sectoren van de gezondheidszorg en een schriftelijke enquête gevolgd door interviews met de koepels van zorgaanbieders in alle sectoren van de gezondheidszorg. Het onderzoek “Kwaliteitssystemen in de zorgsector in 2000” is door onderzoekers van het Nivel uitgevoerd met als algemeen doel het geven van een representatief beeld van de mate waarin kwaliteitssystemen in 2000 ontwikkeld zijn en welke voortgang sinds 1995 is geboekt (Sluijs en Wagner, 2000). De gegevens van dit onderzoek worden met name gebruikt om een nadere illustratie te geven van de resultaten van de enquête onder alle zorginstellingen.

Het Verwey-Jonker Instituut heeft met het oog op de voorbereiding van de Leidschendamconferentie in 2000 onder meer een interviewronde ‘evalueren en vooruitkijken’ gehouden met de landelijke partijen (zorgaanbieders/beroepsbeoefenaren, patiënten/consumentenorganisaties, zorgverzekeraars, overheden en Inspectie voor de Gezondheidszorg). De resultaten van de interviewronde worden als onderliggend materiaal gebruikt om de vraagstelling met betrekking tot de doeltreffendheid van de wettelijke verplichtingen te beantwoorden.

De enquête

De enquête

In november 2000 is aan zorginstellingen een enquête ‘evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen’ gestuurd waarin hen 13 vragen zijn voorgelegd met betrekking tot de naleving van de Kwaliteitswet zorginstellingen (bijlage 3). In totaal zijn 1976 enquêtes gestuurd naar instellingen uit 12 sectoren. De sectoren die zijn benaderd zijn verpleging en verzorging, GGD’ en, GGZ, gezondheidscentra, thuiszorg, particuliere thuiszorg, algemene ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, gehandicaptenzorg, SPD’ en, revalidatiecentra en fysiotherapiepraktijken.[1]
629 enquêtes zijn teruggestuurd. Daarnaast zijn 78 reacties ontvangen op de enquête. Vaak meende de organisatie dat de Kwaliteitswet zorginstellingen niet op hen van toepassing was De resultaten van de analyse van de enquêtes geven een landelijk beeld van de naleving van de Kwaliteitswet zorginstellingen De gegevens per sector dienen voor de sector ziekenhuizen en verpleging en verzorging met enige terughoudendheid te worden gehanteerd.

In de enquête komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- De gehanteerde systemen en methodieken
- De normen voor verantwoorde zorg
- Kwaliteitseisen met betrekking tot materiële infrastructuur en bouwkundige voorzieningen
- De verantwoordelijkheidstoedeling binnen de instelling
- De geestelijke verzorging[2]
- Het kwaliteitsjaarverslag
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg
- De gegevensregistratie en de effecten van toetsingen op de organisatie van de zorg

De analyse van de respons op de enquêtes is in de verschillende paragrafen van hoofdstuk 3

[1] In eerste instantie zijn ook alle instellingen voor Maatschappelijk Werk aangeschreven. Deze instellingen bleken bij nadere analyse niet onder de Kwaliteitswet Zorginstellingen te vallen.

[2] [2] In de wet wordt bepaald dat geestelijke verzorging beschikbaar is in instellingen waar cliënten tenminste gedurende het etmaal verblijven (artikel 3). Dat betekent dat deze verplichting alleen voor intramurale instellingen geldt.

per onderwerp besproken.

De Kwaliteitswet zorginstellingen is van toepassing op alle zorgaanbieders en personen die een instelling instandhouden. De meeste instellingen in de zorg zijn aangesloten bij een brancheorganisatie en deze organisaties leverden aan de onderzoekers hun ledenbestand. Dit ledenbestand vormt de onderzoeksgroep voor de vragenlijst. Alle leden van alle brancheorganisaties zijn aangeschreven zodat alle zorginstellingen in aanmerking kwamen. Alleen de sectoren verpleging en verzorging en de fysiotherapiepraktijken vormen een uitzondering. De sector verpleging en verzorging bestaat uit zo'n 1700 instellingen en hieruit is een steekproef getrokken van 584 instellingen. De brancheorganisatie van fysiotherapeuten heeft zelf een representatieve selectie van 298 groepspraktijken aangeleverd.

WZV regio (Wet Ziekenhuisvoorziening) waarin de instellinge gevestigd is

Regio	Totaal
Amsterdam	33
Amstelland en Meerlander	8
Gooi en Vechtstreek	11
Zaanstreek en Waterland	7
Noord-Holland Noord	24
Kennemerland	15
Zuid-Holland Noord	21
Den Haag e.o.	34
Delft Westland Oostland	9
Midden Holland	9
Rijnmond	51
Dordrecht	14
Utrecht	49
Zeeland	20
West-Brabant	18
Nidden-Brabant	18
Noord-Oost Noord-Brabant	23
Zuid-Oost Brabant	22
Limburg	49
zuid-Gelderland	18
Midden-Gelderland	38
Stedendriehoek	27
Twente	18
Zwolle	23
Flevoland	20
Flevoland	20
Friesland	25
Drenthe	14
Groningen	18
Totaal	629

Representativiteit enquête

Interessant is om te kijken naar de representativiteit van de respons op de gestuurde vragenlijst. Zijn de teruggestuurde enquêtes wel afkomstig uit alle regio's? Of is een aantal regio's

opvallend achtergebleven bij de terugzending van de vragenlijst? Zijn er sectoren waar dit voor geldt? Om op deze vragen een antwoord te krijgen staat hiernaast in de tabel een overzicht van teruggestuurde enquêtes per regio. Deze tabel is in de analyses nog verder uitgesplitst naar de verschillende sectoren.

De respondenten komen uit alle 28 verschillende regio's en uit de tabel hierboven blijkt geen enkele regio opvallend over- of ondervertegenwoordigd te zijn. Ook is gekeken of een goede vertegenwoordiging opgaat voor de sectoren afzonderlijk. In bijna alle sectoren zijn de 28 regio's vertegenwoordigd. Er zijn een paar uitzonderingen. De sectoren waar niet uit iedere regio enquêtes terugkwamen, zijn de academische ziekenhuizen, revalidatiecentra, particuliere thuiszorg en SPD'en. Deels heeft dit te maken met het gegeven dat niet in alle regio' s deze sector voorkomt, zoals dat bij de academische ziekenhuizen het geval is. Twee sectoren zijn ondervertegenwoordigd en leveren nogal een lage respons op: particuliere thuiszorg (19%) en de fysiotherapiepraktijken (18%), waardoor vraagtekens gezet kunnen worden bij de generaliseerbaarheid van de resultaten voor deze sectoren. De sector fysiotherapie heeft weliswaar een lage respons, maar deze is redelijk verspreid over de verschillende regio's. Geconcludeerd kan worden dat de landelijke representativiteit goed is, met uitzondering van de sectoren particuliere thuiszorg en fysiotherapiepraktijken.

Vragen evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen

1. **WZV regio (Wet ziekenhuisvoorziening), waarin de instelling gevestigd is:**

2. **Hanteert u systemen of methodieken (bijv. INK, HKZ, PACE, MIK-V, ISO) die de zorg op zodanige wijze organiseren dat dit leidt tot verantwoorde zorg?**

   ☐ nee, omdat
   ☐ ja, de belangrijkste methodieken of systemen zijn:

3. **Waaraan ontleent u in uw sector de normen voor verantwoorde zorg?**
   (meerder antwoorden mogelijk)

   ☐ landelijke richtlijnen of protocollen
   ☐ regionale richtlijnen of protocollen
   ☐ anders, namelijk:

4. **Wat zijn in uw sector de drie belangrijkste bronnen voor normen inzake verantwoorde zorg?**

   a.
   b.
   c.

1. **Stelt u als zorgaanbieder kwaliteitseisen aan (meerdere antwoorden mogelijk)**

   ☐ de materiële infrastructuur
   ☐ de bouwkundige voorzieningen
   ☐ geen van beide

2. **Is er op instellingsniveau sprake van verantwoordelijkheidstoedeling ten aanzien van het leveren van**
   verantwoorde zorg?

   ☐ nee
   ☐ ja, namelijk:

3. Op welke wijze betrekt u de resultaten van het overleg met zorgverzekeraars, patiënten/consumentenorganisaties en de zorgaanbieders bij de organisatie van de zorg? (s.v.p. aankruisen)

	zorgaanbieders	patiënten/ consumenten	zorgverzekeraars
Geen overleg			
Inbreng in het kwaliteitsbeleid			
Afspraken over wachttijden			
Deelname aan kwaliteitsprojecten			
Anders, namelijk:			

8. Is in uw instelling geestelijke verzorging beschikbaar voor patiënten of cliënten?

☐ nee
☐ ja

9. Sinds wanneer beschikt de instelling over een kwaliteitsjaarverslag?

☐ (nog) niet ☐ 1996 ☐ 1997 ☐ 1998 ☐ 1999 ☐ 2000

10. Aan wie (bijv. Inspectie, patiëntenplatform, gemeente) wordt het kwaliteitsjaarverslag toegestuurd? (meerdere antwoorden mogelijk)

11. Bent u in het kader van de Kwaliteitswet met de Inspectie in aanraking geweest? (meerdere antwoorden mogelijk)

☐ nee
☐ ja, namelijk:
- ☐ algemeen bezoek van de Inspectie
- ☐ schriftelijk advies van de Inspectie
- ☐ waarschuwing van de Inspectie
- ☐ bevel van de Inspectie
- ☐ aanwijzing door de minister
- ☐ advies van de Inspectie op ons verzoek

12. Meldt u op eigen initiatief calamiteiten/ernstige situaties aan de Inspectie?

☐ nee
☐ ja, namelijk _____ keer in de jaren 1999 en 2000

13. U kunt hieronder aankruisen welke gegevens u verzamelt, registreert en/of gebruikt voor het systematisch toetsen van de kwaliteit van zorg.
Als u niets doet met de gegevens, kruist u niets aan.
Ook verzoeken wij u aan te geven in hoeverre de toetsing heeft geleid tot een verandering van de organisatie van de zorg.

	Systematisch verzameld	Systematisch geregistreerd	Gebruikt om te toetsen	Heeft de toetsing geleid tot verandering van de organisatie van de zorg?
Meningen van patiënten				☐ ja ☐ nee, omdat:
Meningen van medewerkers				☐ ja ☐ nee, omdat:
Meningen van verwijzers				☐ ja ☐ nee, omdat:
Meningen van cliëntenraad				☐ ja ☐ nee, omdat:
Gegevens van patiënten-organisaties				☐ ja ☐ nee, omdat:
Gegevens van de zorgverzekeraar				☐ ja ☐ nee, omdat:
Gegevens van zorgaanbieders in dezelfde sector (benchmark)				☐ ja ☐ nee, omdat:
Gegevens van zorgaanbieders in de omgeving (ketenzorg)				☐ ja ☐ nee, omdat:
Gegevens over klachten, complicaties en fouten				☐ ja ☐ nee, omdat:
Gegevens van interne toetsingen				☐ ja ☐ nee, omdat:

Hartelijk dank voor het invullen!

Bijlage 5

Beschrijving van de geraadpleegde bronnen bij hoofdstuk 4

In deze bijlage wordt een korte beschrijving gegeven van de geraadpleegde bronnen in het kader van de analyse van de effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Achtereenvolgens komen aan de orde de secundaire analyse van de casuïstiek die door het Verwey-Jonker Instituut is verzameld in het kader van de regionale kwaliteitsconferenties, de literatuurscan van regionale informatie en de verslagen van de bijeenkomsten.

Secundaire analyse van regionale casuïstiek

In de periode 1998-2000 zijn 19 regionale conferenties georganiseerd in 23 regio's over de voortgang van het kwaliteitsbeleid. De regionale conferenties zijn georganiseerd door het RPCP en de regionale zorgverzekeraar, in samenwerking met het Landelijk Coördinatiepunt Kwaliteitsbeleid Zorgsector (LCKZ) en het Verwey-Jonker Instituut. De regionale kwaliteitsconferenties werden telkens bezocht door 50-225 deelnemers.

Overzicht van de regionale kwaliteitsconferenties die in 1998, 1999 en 2000 georganiseerd zijn:

regio	conferentie	zorgverzekeraar	RPCP
Noord-Holland Noord	16-02-1998	Univé	RPCP Noord-Holland Noord
Groningen	26-05-1998	RZG	Het Klaverblad
West-Brabant	23-06-1998	OZ	RPCP West-Brabant
Zwolle	10-12-1998	Groene Land	Patiënten/Consumenten Platform Zwolle
Midden en Noordoost Noord-Brabant	26-02-1999	VGZ	RPCP Midden-Brabant enRPCP Noordoost Noord-Brabant
Amstelland en Meerlanden en Zuid-Holland-Noord	18-03-1999	Zorg en Zekerheid	RPCP Amstelland en Meerlanden en RPCP Zuid-Holland Noord
Friesland	27-05-1999	De Friesland	Provinciaal Patiënten Consumenten Platform Friesland
Flevoland	27-05-1999	Groene Land	Zorg Gebruikers Bundeling Flevoland
Utrecht	04-11-1999	ANOVA	Provinciaal Patiënten/ Consumenten Platform Utrecht
Kennemerland	11-11-1999	Zilveren Kruis	Kennemer Patiënten Platform
Rotterdam	18-11-1999	Zilveren Kruis	RPCP Rijnmond
Drenthe	25-11-1999	Groene Land	Patiënten Platform Drenthe
Delft Westland Oostland /NWN	02-12-1999	DSW	RPCP Delft Westland Oostland en RPCP Rijnmond
Stedendriehoek	09-12-1999	ANOZ	Regionale Patiënten Consumenten Federatie Stedendriehoek
Amsterdam	27-01-2000	ZAO	Amsterdams Patiënten/ Consumenten Platform.
Gooi en VechtStreek	10-02-2000	ANOZ	RPCP Gooi en Vechtstreek
Zuid-Gelderland	21-02-2000	VGZ	Regionale Patiënten/ Consumenten Federatie Zuid-Gelderland
Midden-Holland en Dordrecht	09-03-2000	TRIAS	RPCP Dordrecht en Patiënten Gehandicapten Platform Midden-Holland
Twente/Midden-Gelderland	20-03-2000	AMICON	RPCP Twente en Regionale Patiënten/Consumenten Federatie Midden-Gelderland

In 23 regio's is casuïstisch onderzoek uitgevoerd naar het regionale kwaliteitsbeleid. Het casuïstisch onderzoek beoogde niet een volledig overzicht te geven van alle kwaliteitsinitiatieven in de regio, maar door middel van een 'quick scan' een beeld te geven van de ontwikkeling van het regionale kwaliteitsbeleid en de daarbij ervaren belemmeringen en stimulerende factoren. Hiervoor is literatuuronderzoek verricht en zijn interviews gehouden met vertegenwoordigers van de drie partijen (patiënten/consumentenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars) Het casuïstisch materiaal is geïnterpreteerd met behulp van het Referentiekader Koers 2000, dat aansluit bij de afspraken die door de drie partijen in Leidschendam 1995 gemaakt zijn. De vraagstellingen van het casuïstisch onderzoek hadden betrekking op de effecten van het kwaliteitsbeleid op het regionale niveau, dat wil zeggen: hoe wordt in de praktijk met de Leidschendamafspraken gewerkt in de regio?
In het casuïstisch onderzoek in de diverse regio's ging het om de vraag in hoeverre de Leidschendamafspraken van 1995 door de drie partijen (gezamenlijk) in praktijk werden gebracht in de regio. De Leidschendamafspraken van 1995 zijn afspraken over de kwaliteit van zorg tussen drie betrokken partijen (koepels van zorgaanbieders, patiënten/consumentenorganisaties en zorgverzekeraars). De Kwaliteitswet zorginstellingen heeft betrekking op zorginstellingen. Zij zijn primair verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg. De reikwijdte en de focus van het casuïstisch onderzoek in de regio's is derhalve anders dan die in het onderhavige onderzoek.
Zoals uit bovenstaande tabel duidelijk wordt heeft niet in alle regio's een regionale kwaliteitsconferentie plaatsgevonden. In de regio's waar geen conferentie plaatsvond, was telkens een partij niet in staat om aan de conferentie mee te werken. Het gaat hier om de regio's Zeeland, Limburg, Den Haag e.o. en Zuidoost-Brabant. Van deze regio's is geen casuïstisch materiaal beschikbaar. Op de Zuid-Hollandse Eilanden is wel een conferentie voorbereid (en is dus ook casuïstisch materiaal beschikbaar), maar werd de conferentie in een laat stadium afgelast.

Literatuurscan van regionale informatie

Aan het begin van het onderzoek is schriftelijk aan de RPCP's en aan de zorgverzekeraars gevraagd om relevante beleidsstukken, zoals projectbeschrijvingen, jaarverslagen, etc. aan de onderzoekers beschikbaar te stellen. Een groot aantal van hen (met name RPCP's) heeft aan deze oproep gehoor gegeven en informatie naar het Verwey-Jonker Instituut gestuurd. De informatie is bekeken op de aanwezigheid van regionale protocollen, regionale kwaliteitssystemen en regionale samenwerkingsverbanden inzake kwaliteit.

Regionale bijeenkomsten in het kader van de evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen

Het Verwey-Jonker Instituut heeft in elk van de 28 (RPCP-)regio's een bijeenkomst georganiseerd. Dit vanuit de idee dat de Kwaliteitswet zorginstellingen een systematiek van geconditioneerde zelfregulering veronderstelt, waardoor de uitvoering van de wet vooral op decentraal niveau plaatsvindt. Voor deze bijeenkomsten werden vertegenwoordigers van de veldpartijen uitgenodigd, dat wil zeggen vertegenwoordigers van zorginstellingen, vertegenwoordigers van de regionale patiënten/consumenten organisatie (RPCP) en vertegenwoordigers van de regionale zorgverzekeraar en het zorgkantoor. De onderzoekers van het Verwey-Jonker Instituut hebben de betreffende organisaties (telefonisch) benaderd met de vraag of men deel wilde nemen aan een regionale bijeenkomst. Vervolgens zijn schriftelijke uitnodigingen verstuurd. De uitnodigingen waren gericht aan directie/Raad van Bestuur danwel aan de kwaliteitsfunctionarissen van zorginstellingen, de directie en beleidsmedewerkers van de RPCP's en medewerkers zorginkoop of managers van de zorgverzekeraar en het zorgkantoor. Criterium hierbij was steeds dat de betreffende persoon goed op de hoogte was van zowel het kwaliteitsbeleid van

de eigen organisatie, alsmede van de stand van zaken van het kwaliteitsbeleid in de regio. Gestreefd werd naar een brede vertegenwoordiging van alle partijen per regionale bijeenkomst. In de hiernavolgende tabel is vermeld hoeveel deelnemers er waren en vanuit welke sectoren ze afkomstig waren. In totaal namen 334 mensen deel aan een regionale bijeenkomst, een gemiddelde van 12 personen per regionale bijeenkomst. De samenstelling van de vertegenwoordigers per regio verschilt. In de ene regio hebben bijvoorbeeld meer vertegenwoordigers vanuit de cure deelgenomen, terwijl in een andere regio de caresector juist weer het sterkst vertegenwoordigd was. Zoals echter blijkt uit de tabel hebben vertegenwoordigers uit alle sectoren een bijdrage geleverd aan de regionale bijeenkomsten. De kolom ‘overig’ bevat deelnemers van regionale commissies, vrijgevestigde fysiotherapeuten, een vertegenwoordiger van een bureau zorg van een provincie en toehoorders.

De regionale bijeenkomsten vonden plaats in de betreffende regio’s. Meestal bood het RPCP of de zorgverzekeraar een locatie aan. De deelnemers aan de regionale bijeenkomsten kregen met de uitnodiging een zogenaamde itemlijst meegestuurd. Deze itemlijst is in deze rapportage opgenomen als onderdeel van bijlage 4.

De itemlijst bevat discussiepunten betreffende de effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen, de verantwoordelijkheidstoedeling en de implementatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen op het niveau van de regio.

De regionale bijeenkomsten duurden drie uur. De bijeenkomsten werden geleid door een voorzitter (prof. dr. A.F. Casparie: 15 maal, dr. R.A.L. Rijkschroeff: 10 maal en dr. D. Oudenampsen: drie maal). Een onderzoeker van het Verwey-Jonker Instituut trad op als verslaglegger. De deelnemers hebben allen een verslag van de regionale bijeenkomst toegestuurd gekregen. Hierbij hebben sommigen gebruikgemaakt van de gelegenheid om aanvullingen op het verslag te geven. De gebundelde 28 regionale verslagen vormen het materiaal voor deelonderzoek drie.

Overzicht deelnemers regionale bijeenkomsten

Regio	Datum	Aantal deelnemers	V&V	GGD	GGZ	Thuiszorg	Ziekenhuis	Gehandicaptenzorg	Revalidatie centra	Gezondheids	Zorgkantoor	Zorgverzekeraar	RPCP	Overig
Zuid-Gelderland	8 februari	9	1	0	2	1	0	2	0	0	0	2	1	0
Midden-Holland	8 februari	7	0	2	2	0	0	0	0	1	0	1	1	0
Den Haag en omstreken	19 februari	12	1	1	3	2	3	1	0	0	0	0	1	0
Drenthe	20 februari	7	1	0	2	0	1	0	0	0	0	1	2	0
Rijnmond	1 maart	10	1	0	2	1	1	1	0	1	0	1	2	0
Noordoost-Noord-Brabant	5 maart	13	0	1	0	1	2	3	1	0	0	1	2	2
Amstelland en de Meerlanden	6 maart	7	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	2	1
Delft Westland Oostland	7 maart	13	1	0	1	1	2	1	0	0	1	1	3	2
Zuid-Holland Noord	8 maart	17	3	2	1	2	2	1	0	0	2	0	2	2
Twente	14 maart	7	1	0	1	2	1	0	0	0	0	0	2	0
Groningen	15 maart	17	6	0	1	1	2	1	1	0	2	0	2	1
Flevoland	20 maart	14	3	1	1	1	0	2	0	1	0	3	2	0
Zaanstreek en Waterland	21 maart	9	4	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0
Midden-Gelderland	22 maart	12	0	1	1	1	2	0	0	1	1	2	2	1
Midden-Brabant	26 maart	12	2	0	2	1	1	0	0	1	0	1	4	0
Utrecht	28 maart	14	2	0	0	3	2	1	0	1	0	1	2	2
Friesland	29 maart	10	0	0	0	2	2	1	0	1	0	2	2	0
Gooi- en Vechtstreek	30 maart	13	2	2	2	0	0	1	1	1	0	0	3	1
Zeeland	2 april	14	0	1	1	4	2	2	0	0	2	0	2	0
Zuidoost-Brabant	3 april	10	0	1	1	2	0	2	1	0	1	0	2	0
Noord-Holland Noord	4 april	17	0	3	2	2	3	5	0	0	0	1	0	1
Limburg	5 april	10	0	0	0	1	2	3	0	0	0	2	1	1
Stedendriehoek	10 april	6	1	0	3	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Kennemerland	11 april	13	1	0	3	1	2	1	1	0	1	1	1	1
Zwolle	17 april	19	2	0	3	4	2	4	0	0	1	1	2	0
Amsterdam	18 april	15	2	0	3	2	2	0	1	0	1	1	1	2
West-Brabant	19 april	16	0	1	2	2	2	4	0	0	1	1	3	0
Dordrecht	19 april	11	1	0	1	2	1	1	0	0	1	1	2	1
TOTAAL		334	35	17	44	41	39	37	6	8	14	24	51	18

Itemlijst regionale bijeenkomst

Hieronder treft u ter informatie de punten aan die op de bijeenkomst aan de orde zullen komen. Tijdens deze bijeenkomst gaat het om effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen, de verantwoordelijkheidstoedeling en doelbereiking op het regionale niveau.
Het resultaat van de discussie is een aanvulling op de informatie die wij verkrijgen naar aanleiding van de enquête die in december is gestuurd naar alle individuele zorginstellingen.

I. De effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen

In dit eerste blok komen de vraagstellingen aan de orde over de verplichtingen die voortvloeien uit de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de wijze waarop de verschillende actoren daar vorm aan hebben gegeven. Met name gaat het daarbij om de normering (het begrip verantwoorde zorg), de organisatie van de zorg, de wijze waarop zorgverzekeraars en patiënten/consumenten betrokken zijn bij het vormgeven van verantwoorde zorg en de instrumenten van de wet (het kwaliteitsjaarverslag en de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg).

1. Op welke wijze heeft u als zorgaanbieders op regionaal niveau invulling gegeven aan het begrip verantwoorde zorg? In welke mate is daarbij gebruikgemaakt van regionale protocollen en richtlijnen?

2. In hoeverre houdt u in uw streven naar patiëntgerichte zorg rekening met verschillen in zorgvragen van groepen patiënten, zoals man-vrouw, allochtone bevolkingsgroepen en groepen met een laag economische status?

3. In welke mate zijn er in uw regio kwaliteitssystemen ingevoerd? In hoeverre zijn deze kwaliteitssystemen instellingsoverstijgend? Waar hebben deze kwaliteitssystemen betrekking op (verzamelen en registreren van gegevens, systematisch toetsen van de kwaliteit van zorg, zonodig wijzigen van de organisatie van de zorg)? Waar zijn lacunes? Waarom zijn zij (nog) niet ingevoerd?

4. Hoe verloopt het overleg met betrekking tot kwaliteitsbeleid tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars, en patiënten/consumentenorganisaties? Wat zijn de resultaten van dit overleg? Leiden deze resultaten tot veranderingen in de organisatie van de zorg? Zo nee, waarom niet?

5. Geven de kwaliteitsjaarverslagen voldoende inzicht in de wijze waarop de instellingen invulling geven aan het begrip verantwoorde zorg? Leidt de publicatie van kwaliteitsjaarverslagen tot reacties van de zijde van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de RPCP's en de regionale zorgverzekeraar? Heeft u hier iets mee gedaan?

5. Heeft u contacten met de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het kader van de kwaliteit van zorg? Van welke aard zijn deze contacten? Hebben deze contacten geleid tot veranderingen in de organisatie van de zorg?

II. De verantwoordelijkheidstoedeling vanuit de systematiek van de wet

De Kwaliteitswet zorginstellingen heeft tot doel een zodanig systeem van verantwoordelijkheidstoedeling tussen zorgaanbieders en overheid te realiseren, dat de zorgaanbieders zoveel mogelijk zelf de verantwoordelijkheid krijgen voor de bevordering en de bewaking van de kwaliteit van de zorgverlening. De zorgaanbieder doet dit in overleg met andere zorgaanbieders, met patiënten/ consumentenorganisaties en met zorgverzekeraars. De rol van de overheid ligt in het wettelijk vastleggen van de algemene voorwaarden waarbinnen deze eigen verantwoordelijkheid vorm kan krijgen, voor het vastleggen en handhaven van de norm verantwoorde zorg en voor het optreden in gevallen dat de kwaliteit van de verleende zorg daartoe aanleiding geeft. In dit blok staat de vraag centraal op welke wijze de verschillende partijen invulling hebben gegeven aan hun verantwoordelijkheid, de samenhang tussen deze verantwoordelijkheden en de verhouding tot andere wettelijke verantwoordelijkheden.

1. Op welke wijze heeft u invulling gegeven aan uw eigen verantwoordelijkheid? Komt de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders voldoende uit de verf? Komt de rol van patienten/consumentenorganisaties voldoende uit de verf? Komt de rol van de zorgverzekeraars voldoende uit de verf?
2. In hoeverre biedt het wettelijk kader voldoende ruimte om de eigen verantwoordelijkheid, zoals in deze wet vastgelegd, waar te maken?
3. Hoe beoordeelt u de verplichtingen die uit de wet voortvloeien? Hebben de toepassing van deze onderdelen van de wet (systematische kwaliteitsbewaking en –bevordering en het kwaliteitsjaarverslag) geleid tot veranderingen in de organisatie van de zorg?
4. Hoe beoordeelt u de rol en verantwoordelijkheid van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het kader van de kwaliteitsborging?
5. Hoe wordt de rol van de overheid bij de implementatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen ervaren? Houdt de overheid zich aan de rol zoals deze in de Kwaliteitswet zorginstellingen is omschreven? Creëert de overheid voldoende randvoorwaarden om de eigen verantwoordelijkheid van de betrokken partijen tot zijn recht te laten komen?
6. Is de samenhang van de Kwaliteitswet zorginstellingen met andere wetgeving op dit terrein, zoals de Wet BIG, de WGBO en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector voor u voldoende helder?

III. Welke factoren (belemmerende en bevorderende) hebben hierop invloed uitgeoefend?

In dit blok staat de vraag centraal in hoeverre de Kwaliteitswet zorginstellingen zijn doel bereikt heeft. In hoeverre is dit het gevolg van de Kwaliteitswet zorginstellingen en in hoeverre is dit bepaald door factoren buiten de Kwaliteitswet zorginstellingen?

1. Welke veranderingen hebben zich sinds 1996 in het kwaliteitsbeleid voorgedaan? Zijn deze op het conto van de Kwaliteitswet zorginstellingen te schrijven of hebben deze een eigen dynamiek?
2. In hoeverre heeft de Kwaliteitswet zorginstellingen aan zijn doel beantwoord? Indien dit doel nog niet bereikt is, verwacht u dat dit doel in de nabije toekomst wel bereikt wordt?
3. In hoeverre hebben de in de wet gekozen instrumenten bijgedragen aan de doelbereiking van de wet?
4. In hoeverre hebben mogelijke andere factoren (toezicht en handhaving, aanpalende wetgeving) bijgedragen aan de doelbereiking van de wet?
5. Welke factoren, buiten de Kwaliteitswet zorginstellingen, hebben een stimulerende invloed gehad op de doelbereiking van de Kwaliteitswet zorginstellingen?
6. Welke factoren, buiten de Kwaliteitswet zorginstellingen, hebben een belemmerende invloed gehad op de doelbereiking van de Kwaliteitswet zorginstellingen?
7. Is er sprake van neveneffecten? Zijn deze gunstig of ongunstig?

Bijlage 6

Samenvattend verslag expertmeeting

Datum:	25 juni 2001
Plaats	Utrecht

Deelnemers	De heer R.R. Brokerhof, GGD Nederland Mevrouw D. Frantzen, LOC De heer J.H. Hubben, hoogleraar gezondheidsrecht, Vrije Universiteit De heer A.L.J.E. Martens, Zorgverzekeraars Nederland De heer R. Meerhof, NPCF De heer F.M. Meijer, Inspectie voor de Gezondheidszorg Mevrouw J.A.M. Oskam, LVT Mevrouw E.M. Sluijs, Nivel De heer Q.B. van Woerdekom, Vereniging Zorginstellingen Haaglanden Mevrouw J. de Savornin Lohman (niet aanwezig wegens ziekte, maar levert schriftelijk commentaar) De heer J. Gevers, hoogleraar AMC/ Universiteit van Amsterdam (niet aanwezig, maar levert schriftelijk commentaar).
Onderzoekers	De heer A.F. Casparie (voorzitter) Mevrouw M.J.E. Brugman, Verwey-Jonker Instituut De heer M.A.J.M. Buijsen, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg Mevrouw M.J. de Gruijter, Verwey-Jonker Instituut (verslag) De heer E.H. Hulst, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg De heer J. Legemaate, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg De heer D.G. Oudenampsen, Verwey-Jonker Instituut De heer R.A.L. Rijkschroeff, Verwey-Jonker Instituut

1. Kennismaking en doel van de expertmeeting

De voorzitter heet de deelnemers aan de expertmeeting en de onderzoekers van harte welkom. Doel van de expertmeeting is een oordeel te vellen over de doelbereiking van de Kwaliteitswet zorginstellingen middels raadpleging van experts aan de hand van de concept-rapportages. Er wordt een korte voorstelronde gehouden, waarin de experts en de onderzoekers zichzelf kort introduceren.

2. Bespreken, becommentariëren en aanvullen van de bevindingen aan de hand van de in paragraaf 2 genoemde ijkpunten

A.1 De helderheid en systematiek van de KZI
De expertcommissie is van mening dat er voldoende argumenten zijn om de GGD als geheel onder de Kwaliteitswet zorginstellingen te brengen. Het is niet goed te verdedigen dat de ene GGD-taak wel onder de verantwoordelijkheid van de Inspectie voor de Gezondheidszorg zou vallen en de andere niet. Daarmee wordt een integrale aanpak van het kwaliteitsbeleid bemoeilijkt en dreigt er een fragmentarische en te vrijblijvende aanpak. In de praktijk zijn de meeste GGD'en zodanig gegroeid dat de verantwoording ten opzichte van de gemeente onvoldoende functioneert. De reikwijdte van de Kwaliteitswet zorginstellingen dient om die redenen volgens de expertcommissie uitgebreid te worden tot alle taken van de GGD.

De expertcommissie is van oordeel dat kleine zorginstellingen onder de Kwaliteitswet zorginstellingen moeten blijven vallen. Bovendien dienen faciliterende verbanden, zoals Regionale Indicatie Organen (RIO) en call centra voor kraamzorg of huisartsen, die mede bepalend zijn voor de kwaliteit van zorg die wordt verleend door zorginstellingen die onder de Kwaliteitswet zorginstellingen vallen, ook onder de reikwijdte van de Kwaliteitswet zorginstellingen gebracht te worden.

A.2 Het operationaliseren van het begrip 'verantwoorde zorg'
Deze paragraaf dient nader te worden gespecificeerd. Nu roept het de vraag op of het daadwerkelijk zo is dat verantwoorde zorg volledig is geoperationaliseerd. De experts stellen dat de operationalisatie van verantwoorde zorg tot op heden vooral heeft geleid tot systeemkwaliteit en veel minder tot productkwaliteit. Het onderscheid tussen care en cure wordt door de experts niet als zodanig ervaren. Het is wel zo dat de prestaties uit de curesector meer intern gericht zijn en dus niet gemakkelijk als bijvoorbeeld normontwikkeling herkend worden.
Vervolgens wordt opgemerkt dat ook de financiers een rol hebben bij de normontwikkeling, maar dat deze nog niet goed uit de verf komt. Het feit dat financiers nog niet altijd aan tafel worden geaccepteerd als het over de inhoud gaat, is hier mede debet aan.

A.3 De wijze waarop de zorgaanbieder de zorgverlening organiseert
Ten aanzien van dit ijkpunt zijn geen opmerkingen gemaakt.

A.4 De ontwikkeling en implementatie van kwaliteitssystemen
Een aantal experts stelt dat deze paragraaf een ietwat rooskleurig beeld geeft van de stand van zaken van de implementatie van kwaliteitssystemen. De experts constateren dat in alle sectoren inderdaad kwaliteitssystemen tot ontwikkeling zijn gekomen, maar dat deze meestal nog niet functioneren zoals in de Kwaliteitswet zorginstellingen bedoeld is. Het ontbreekt met name aan mechanismen van toetsen en indien nodig verbeteren. Kortom, de kwaliteitscyclus wordt meestal nog niet volledig doorlopen.

A.5 Inhoud en impact van het kwaliteitsjaarverslag
De experts constateren dat het kwaliteitsjaarverslag weliswaar inzicht biedt in de kwaliteitsactiviteiten van de zorginstellingen, maar meestal nog niet in de resultaten daarvan. Dit terwijl de wetgever voor ogen stond een instrument voor externe toetsing te ontwerpen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg zou hiervan gebruik moeten kunnen maken bij toezicht. Dit gebeurt klaarblijkelijk nog onvoldoende. Opgemerkt wordt dat het ontbreken van concrete sancties bij het niet schrijven van een kwaliteitsjaarverslag ontbreken. Daarnaast wordt

opgemerkt dat het kwaliteitsjaarverslag niet het enige instrument voor externe verantwoording is. In het stuk mag best de externe beoordeling (door onder andere patiënten/consumentenorganisaties) genoemd worden.
Naar het oordeel van de expertcommissie dient er een duidelijker stramien voor het kwaliteitsjaarverslag te komen via welke geregeld wordt dat in het kwaliteitsjaarverslag tenminste opgenomen wordt:

- de registratie van de gegevens betreffende de patiëntgebonden uitkomsten van de geleverde zorg (doeltreffendheid en doelmatigheid);
- de resultaten van onafhankelijke externe beoordelingen aan de hand van HKZ-schema's en door patiënten/consumentenorganisaties (doeltreffendheid en doelmatigheid);
- de indicatoren of gegevens met betrekking tot patiëntgerichtheid in het primaire proces en de organisatie van de zorg: inbreng van patiënten, cliëntenraden, en patiëntenorganisaties.

A.6 De uitoefening van het overheidstoezicht op de naleving van de wet, en de handhaving van de wet
Vanuit de expertcommissie wordt de aanbeveling gedaan om een handleiding voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg aan te bevelen, waarin staat beschreven hoe interventietoezicht werkt, en welke stappen kunnen worden doorlopen.
Overigens wordt in de nabije toekomst de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 21 wetten beoordeeld. Dit moet eventueel leiden tot één toezichtswet. De experts constateren dat de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg zoals die in de Kwaliteitswet zorginstellingen is benoemd wellicht goed zou kunnen werken, maar dat dit in de afgelopen vijf jaar nog niet het geval is geweest. Daarom is het lastig om aan te geven waar het mis gaat. Wel zijn de experts het er over eens dat er een uitbreiding van het handhavingsinstrumentarium zou moeten komen met bijvoorbeeld een boetesysteem.

B.1 De integratie van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid
Vanuit de expertcommissie wordt geconstateerd dat de uitkomsten van overleg met individuele patiënten/cliënten nog niet goed worden geïntegreerd in het beleid van de zorginstelling. Hiervoor moet in de stukken meer aandacht komen.

B.2 De mate van effectiviteit van landelijk beleid (Leidschendamafspraken)
Ten aanzien van dit ijkpunt zijn geen opmerkingen gemaakt.

B.3 De verhouding en rolverdeling tussen de zorgaanbieder en die van andere actoren (zorgverzekeraar, Inspectie voor de Gezondheidszorg)
Vanuit de expertcommissie wordt opgemerkt dat de rol van de zorgverzekeraar en die van het zorgkantoor niet klakkeloos op een hoop gegooid mogen worden. Tevens dient de verhouding tussen cliëntenraad en RPCP uitgebreider beschreven te worden in het stuk.

B.4 De verhouding tussen de KZI en aanpalende wetgeving
In deze paragraaf dient duidelijker naar voren te komen dat het hier gaat om aanpalende wetgeving, en niet om andere wetten, zoals de Arbo-wet, die wel degelijk problemen kunnen geven in afstemming met de Kwaliteitswet zorginstellingen.

3 Doelbereiking van de Kwaliteitswet zorginstellingen

Doelbereiking

Er bestaat enige onduidelijkheid over de doelbereiking. Het centrale doel van de Kwaliteitswet zorginstellingen is het scheppen van een kader voor een nieuwe besturingsfilosofie: het veld is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg. Dit doel is met de invoering van de Kwaliteitswet zorginstellingen in zicht gekomen. Een andere kwestie is of dit doel reeds is bereikt. De experts zijn het er over eens dat dit nog niet het geval is. Knelpunten worden onder andere ervaren bij de inbreng van de andere partijen (patiënten/consumentenorganisaties en zorgverzekeraars) en bij het komen tot productkwaliteit. Tot op heden blijven zorginstellingen nog vaak steken in systeemkwaliteit en het procedureel invullen van de bepalingen uit de Kwaliteitswet zorginstellingen. Men denkt hiermee wellicht aan de Kwaliteitswet zorginstellingen te voldoen, maar hiervoor zijn ook de hierboven genoemde punten een vereiste. Er bestaat bovendien een groep ‘onwetenden’. Dit zijn zorginstellingen die niet bewust de Kwaliteitswet zorginstellingen negeren, maar gewoonweg niet weten wat ze ermee aan moeten.

De experts verschillen onderling van mening over de vraag of de Kwaliteitswet zorginstellingen in de huidige vorm voldoende kader biedt om het doel van de wet in de toekomst te kunnen bereiken. Enkele experts pleiten voor het opnemen van termijnen in de Kwaliteitswet zorginstellingen waarin wordt vastgelegd hoe ver de zorginstellingen op een bepaalde datum dienen te zijn met de invoering van een kwaliteitssysteem. Andere experts zijn het hiermee oneens en stellen dat weliswaar meer druk op de ketel gewenst is, maar dat meer heil moet worden verwacht van nieuwe Leidschendamafspraken. Het is noodzakelijk dat de partijen met elkaar in overleg blijven over kwaliteit. Een andere suggestie is de oprichting van een soort INK-instituut dat kwaliteitssystemen op hun merites kan beoordelen.

Ten aanzien van de tekst worden nog enkele opmerkingen gemaakt. Bij de bevorderende en belemmerende factoren zou marktwerking bij beide kanten genoemd moeten worden. Hetzelfde geldt voor professionele opvattingen over kwaliteit van zorg en het toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Een bevorderende factor die zou kunnen worden toegevoegd is het opnemen van financiering van kwaliteitszorg in de tarieven.

4. Afronding en sluiting

Er zijn geen punten voor de rondvraag. De experts worden hartelijk bedankt voor hun deelname aan deze bijeenkomst. Zij krijgen allen het verslag van de expertmeeting toegestuurd.

Bijlage 7

De onderzoeksinstituten

Verwey-Jonker Instituut
Onderzoeksinstituut naar maatschappelijke vraagstukken

Het Verwey-Jonker Instituut is een sociaal-wetenschappelijk onderzoeksinstituut voor beleidsstrategisch onderzoek te Utrecht. Het samenspel tussen (groepen) burgers, instellingen en de overheid, of juist het ontbreken ervan, is onder andere object van onderzoek. Opdrachtgevers zijn bijvoorbeeld patiëntenorganisaties, uitkeringsgerechtigden of ouderen; instellingen op het gebied van zorg, welzijn, wonen, arbeid of gezondheid; overheden, maar ook publiek-private samenwerkingsverbanden. Naast de opdrachten uit de markt ontvangt het Verwey-Jonker Instituut programmasubsidie van het ministerie van VWS.
Het instituut bestrijkt met zijn onderzoek verschillende terreinen, van gezondheidszorg, sociale zekerheid, volkshuisvesting en welzijnswerk tot sociale en bestuurlijke vernieuwing. Het Verwey-Jonker Instituut participeert in het Kennisnetwerk Sociaal Beleid (KSB) ter versterking en vernieuwing van de kwaliteit van (lokaal) sociaal beleid.

Verwey-Jonker Instituut
Kromme Nieuwegracht 6
3512 HG Utrecht
Telefoon 030 230 07 99
Fax 030 230 06 83
Secr@verwey-jonker.nl
www.verwey-jonker.nl

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG)

Het iBMG vormt een zelfstandige eenheid binnen de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de Erasmus Universiteit Rotterdam met 500 studenten en 90 medewerkers. Het onderwijs richt zich op beleids- en managementfuncties in de gezondheidszorg en bestaat voor een groot deel uit probleemgestuurd groepsonderwijs. Het curriculum is multidisciplinair van opzet en omvat beleids- en organisatiewetenschappen, gezondheidszorgeconomie, gezondheidsrecht, scociaal-medische wetenschappen, statistiek, methodologie en informatica. De centrale onderzoeksthema's zijn Organisatie en Kwaliteit van zorg, Structuur en financiering in de gezondheidszorg en Medical Technology Assesment. Het iBMG participeert in de door de KNAW erkende onderzoeksschool NIHES en is verbonden aan de Nederlandse School of Public Health.

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
Erasmus Universiteit Rotterdam
Burgemeester Oudlaan 50
Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam
Telefoon 010 408 85 25
Fax 010 408 90 94
Legemaate@bmg.eur.nl