



KENNISVRAAG

Vijf patiëntenrechten

uit het wetsvoorstel

Wet cliëntenrechten zorg (Wcz)

anno 2012



KENNISVRAAG

*Vijf patiëntenrechten uit
het wetsvoorstel*

*Wet cliëntenrechten zorg (Wcz)
anno 2012*

NIVEL 2012

R. Bouwman

M. Bomhoff

R. Friele

KENNISVRAAG – 5 PATIËNTENRECHTEN VOORSTEL WCZ

ISBN 978 94 61 22177 3

www.NIVEL.nl

NIVEL@NIVEL.nl

Telefoon (030) 2 729 700

Fax (030) 2 729 729

© 2012 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht

Eerste druk

Vormgeving: Jan van Waarden/RAM vormgeving

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Managementsamenvatting	5
Inleiding	9
1 Afstemming	16
1.1 <i>Inleiding</i>	16
1.2 <i>De stand van zaken voor invoering van het wetsvoorstel Wcz</i>	19
1.3 <i>Conclusie</i>	28
2 Recht op keuze-informatie en keuzevrijheid	30
2.1 <i>Inleiding</i>	30
2.2 <i>De stand van zaken voor invoering van het wetsvoorstel Wcz</i>	33
2.3 <i>Conclusie</i>	43
3 Klachtrecht	45
3.1 <i>Inleiding</i>	45
3.2 <i>De stand van zaken voor invoering van het wetsvoorstel Wcz</i>	47
3.3 <i>Conclusie</i>	58
4 Recht op medezeggenschap	61
4.1 <i>Inleiding</i>	61
4.2 <i>De stand van zaken voor invoering van het wetsvoorstel Wcz</i>	66
4.3 <i>Conclusie</i>	81
5 Goed bestuur	84
5.1 <i>Inleiding</i>	84
5.2 <i>De stand van zaken voor invoering van het wetsvoorstel Wcz</i>	89
5.3 <i>Conclusie</i>	99
Literatuurlijst	101
Bijlage 1: Geraadpleegde bronnen per hoofdstuk	107
Lijst van afkortingen	118

Managementsamenvatting

In juli 2011 werd het voorstel voor de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz)¹ ingediend bij de Tweede Kamer. Na de val van het kabinet in 2012 werd dit voorstel door de Tweede Kamer controversieel verklaard. Op dit moment is niet duidelijk of en op welke manier dit wetsvoorstel zal worden gehandhaafd.

Het wetsvoorstel bevat een aantal nieuwe elementen ten opzichte van eerdere patiëntenwetgeving. In deze kennisvraag beschrijven we de huidige situatie voor vijf van deze elementen: afstemming, het recht op keuze-informatie en keuzevrijheid, het klachtrecht, het recht op medezeggenschap, en goed bestuur.

Deze kennisvraag is oorspronkelijk opgezet als empirische nulmeting voor de Wcz. Nu onduidelijk is of en op welke manier dit wetsvoorstel zal worden voortgezet, vervalt de directe aanleiding voor een nulmeting. Het is immers niet duidelijk wat na die nulmeting de 'interventie' zal zijn. De thema's die onderdeel zijn van deze kennisvraag hebben echter ook een eigen intrinsiek belang. Daarom is er voor gekozen deze kennisvraag toch uit te brengen. Deze kennisvraag is gestructureerd aan de hand van het wetsvoorstel Wcz.

Utrecht, december 2012

1 Afstemming

In het voorstel voor de Wcz wordt nadruk gelegd op het belang van afstemming in de zorg. Voor afstemming van zorg is goede informatie over patiënten noodzakelijk. In het wetsvoorstel Wcz wordt de zorgaanbieder aangesproken op zijn verantwoordelijkheid voor goede zorg. Dit houdt ook de verantwoordelijkheid in voor een betrouwbare informatievoorziening die het zorgproces effectief ondersteunt.

Voor cliënten is afstemming erg belangrijk. Die afstemming is er vaak, maar het kan beter. Positief is bijvoorbeeld dat verreweg de meeste mensen (86%) die in een ziekenhuis zijn opgenomen zeggen dat ze geen problemen hebben ervaren met de afstemming van werkzaamheden tussen de verschillende zorgverleners. Uit verschillende onderzoeken komt echter wel naar voren dat tussen de 10-15% van de patiënten tegenstrijdige informatie zegt te hebben ontvangen. Ook blijkt dat patiënten in Nederland minder vaak iemand hebben die hun zorg coördineert dan patiënten in bijvoorbeeld Engeland of Zwitserland. Daarnaast is de zo noodzakelijk geachte informatieoverdracht niet altijd goed op orde. Informatie over poliklinisch voorgeschreven medicatie

¹ *Wetsvoorstel
Cliëntenrechten Zorg,
Kamerstukken II
2009/10, 32, 402, nr. 2*

ontbreekt bijvoorbeeld vaak. In 2008 was deze informatie in meer dan de helft van de ziekenhuisapotheken, en op driekwart van de verpleegafdelingen en poliklinieken afwezig. Ook de IGZ constateerde knelpunten in de informatievoorziening. De huidige elektronische patiëntendossiers blijken ontoereikend om informatieoverdracht te ondersteunen.

2 Het recht op keuze-informatie en keuzevrijheid

Bij de totstandkoming van het voorstel voor de Wcz is een groot belang toegekend aan het mogelijk maken van keuzes voor zorgaanbieders. Het voorstel voor de Wcz kent daarbij een individueel recht op keuze-informatie.

Vrijwel iedereen vindt het belangrijk zelf te kunnen kiezen in de gezondheidszorg. Ook willen cliënten geïnformeerd worden over hun keuzemogelijkheden. Maar, dit uitgangspunt leidt er vooralsnog niet toe dat cliënten zich heel actief informeren. Zes op de tien cliënten gaven aan niet op zoek te gaan naar keuze-informatie over ziekenhuis of specialist, en hiervan zegt driekwart het advies van de huisarts te volgen. Dat een beperkte groep cliënten een beroep doet op vergelijkende keuze-informatie, terwijl een meerderheid zich laat adviseren door hun huisarts betekent niet dat keuzevrijheid en keuze-informatie voor hen onbelangrijk zijn. Keuzevrijheid houdt ook het belangrijke recht in om 'nee' te kunnen zeggen, om niet gedwongen te worden tot één specifieke keuze. Daarnaast is er een verschil tussen informatie en advies. Een advies is iets anders, want minder neutraal, dan informatie. Het geven van een advies brengt naast bepaalde informatie een persoonlijke verantwoordelijkheid voor de huisarts met zich mee. Patiënten hechten hier kennelijk veel waarde aan. Patiënten zeggen in grote meerderheid bij de keuze voor een ziekenhuis af te gaan op het advies van hun huisarts. Hoe, en op basis van welke bronnen, deze adviezen tot stand komen wordt daarmee een belangrijke vraag.

3 Het klachtrecht

In het voorstel voor de Wcz wordt uitgebreid stilgestaan bij de inrichting van een nieuwe regeling voor klachten en geschillen. Met het voorstel voor de Wcz beoogt de wetgever de klager een eenvoudige, laagdrempelige en informele mogelijkheid te bieden om zijn recht te halen. De zorgaanbieder krijgt meer ruimte dan binnen de huidige Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz). In het wetsvoorstel is opgenomen dat klagers hun klacht kunnen voorleggen aan een onafhankelijke geschillencommissie.

Cliënten zijn kritisch over klachtbehandeling in de zorg. Ruim de helft van de cliënten denkt dat artsen en ziekenhuizen elkaar de hand boven het hoofd houden als patiënten een klacht indienen. Ze blijken daarnaast weinig kennis te hebben van de manier waarop klachten worden behandeld. Dit betekent dat de eerste opvang van klachten belangrijk is: om cliënten te informeren over hun recht op goede klachtbehandeling en voor het bieden van ondersteuning. Die beschikbaarheid van informatie en telefonische bereikbaarheid van de klachtopvang is niet overal goed op orde. Slechts bij één op de drie instellingen bleek iemand die nadere informatie kan geven over de klachtbehandeling tijdens kantooruren direct telefonisch bereikbaar. In ziekenhuizen was dit beter op orde dan in de Verpleging, Verzorging & Thuiszorg (VVT) en Zelfstandige Behandelcentra en Privéklinieken (ZBC&PK). In instellingen voor VVT en bij ZBC&PK blijkt de eerste contactpersoon voor klachtbehandeling relatief vaak een afdelingshoofd of een directielid te zijn. De vraag is of dit bijdraagt aan de laagdrempeligheid van de klachtbehandeling. In ziekenhuizen is de contactpersoon in vrijwel alle gevallen een klachtenfunctionaris, die vaak ook een speciale opleiding heeft gehad. Het blijkt dat het overgrote deel van de klachten informeel wordt behandeld. Informele klachtbehandeling heeft voordelen ten opzichte van formele klachtbehandeling. Het is doorgaans sneller en vaak meer gericht op een oplossing. Uit onderzoek zijn er ook aanwijzingen dat cliënten informele klachtbehandeling meer waarderen dan formele. Informeel behandelde klachten worden ook vaker door zorgaanbieders besproken dan formeel behandelde klachten, waardoor de kans groter is dat ze invloed hebben op de kwaliteit van zorg. Geschillencommissies doen, tot op heden, alleen uitspraken die kunnen leiden tot een financiële vergoeding. Dat lijkt niet aan te sluiten bij de belangrijkste behoeften van de meeste klagers, namelijk uitleg, excuses en verbeteringen in de zorg. De vraag is daarom vooral of hun aanwezigheid zorgaanbieders zal motiveren om extra te investeren in hun eigen klachtafhandeling.

4 Het recht op medezeggenschap

In het voorstel voor de Wcz zijn regelingen opgenomen die de positie van cliëntenraden steviger moeten maken. Cliëntenraden krijgen een budgetrecht en het aantal onderwerpen waar ze advies of instemmingsrecht over hebben is uitgebreid.

Vooralsnog geven de meeste cliëntenraden aan voldoende budget te hebben voor hun werkzaamheden. Wat voor veel cliëntenraden veel meer knelt is dat ze veel tijd besteden aan bestuurlijke onderwerpen, maar dat ze zichzelf hier niet deskundig op achten en dat ze eigenlijk meer tijd zouden willen besteden aan onderwerpen die dichter bij de

cliënten staan. Hoewel ze ook hierover ongevraagd advies zouden kunnen geven halen deze in de praktijk vaak niet de agenda van de overleggen. Ook ervaren cliëntenraden knelpunten rond representativiteit en de werving van nieuwe leden. Knelpunten kortom, die niet op een directe wijze met een stevigere wettelijke regeling zijn verholpen. Een belangrijke vraag zal dan ook zijn of het budgetrecht uit het wetsvoorstel Wcz ook werkelijk zal bijdragen aan de scholing en versterking van cliëntenraden en daarmee indirect aan de vergroting van hun representativiteit en effectiviteit.

5 *Goed bestuur*

In het voorstel voor de Wcz krijgt de bestuurder een expliciete verplichting zorg te dragen voor goede zorg. Besturen in de zorg zullen meer aandacht en tijd moeten besteden aan de kwaliteit van de zorg. Dit past in een veel bredere ontwikkeling, waarin meer nadruk gelegd wordt op de verantwoordelijkheid van bestuurders voor de inhoud van zorg, voor kwaliteit en veiligheid. De regelingen uit het voorstel voor de Wcz sluiten hierbij aan. Een element uit het wetsvoorstel is bijvoorbeeld dat ten minste één persoon in het bestuur expliciet verantwoordelijk is voor het onderwerp kwaliteit.

Het blijkt dat in een groot deel van de Raden van Bestuur en Toezicht van ziekenhuizen één of meer leden een achtergrond heeft op het gebied van kwaliteit van zorg. Om als bestuurder de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid te kunnen nemen, is daarnaast een goede informatievoorziening, zowel door de Raad van Bestuur aan de Raad van Toezicht als door medisch specialisten aan de Raad van Bestuur, essentieel. Het blijkt dat nog maar weinig ziekenhuizen een expliciet protocol hebben voor de uitwisseling van informatie op dit gebied. In nog geen 20% van de ziekenhuizen is een informatieprotocol aanwezig met betrekking tot de formele rapportage door medisch specialisten aan de Raad van Bestuur over kwaliteit van zorg. Minder dan de helft van ziekenhuizen had een informatieprotocol voor formele uitwisseling tussen Raad van Bestuur en Raad van Toezicht. Op dit punt zijn verbeteringen wenselijk.

Inleiding

- **Achtergrond**

In 2009 werd door de toenmalige Minister van vws besloten de gehele patiëntenwetgeving te herzien en op te nemen in één brede wet voor de relatie tussen de cliënt en de zorgaanbieder: de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz). Het hoofddoel van deze wet zou zijn het versterken van de positie van patiënten of cliënten in het nieuwe zorgstelsel. Dat stelsel is tot stand gekomen met het van kracht worden van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Ten tijde van de behandeling van deze wetten stelde de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) voor te komen tot een 'zorgconsumentenwet' waarin de rechten van patiënten opnieuw geregeld moesten worden.

In juli 2009 stemde de ministerraad al in met het voorstel voor de Wcz, maar vanwege de val van het kabinet Balkenende IV in 2010 is er vertraging opgelopen bij het doorlopen van de verschillende fasen. In juli 2011 heeft minister Schippers een wijziging van het wetsvoorstel naar de Tweede Kamer gestuurd. In november 2011 heeft de Vaste Kamercommissie van vws een rondetafelgesprek/hoorzitting over het voorstel voor de Wcz georganiseerd. Hierbij hebben verschillende belangenorganisaties de gelegenheid gehad het wetsvoorstel te commentariëren. In het voorjaar van 2012 heeft een nieuwe schriftelijke ronde plaats gehad. Vanwege de val van het kabinet Rutte in april 2012 is het voorstel voor de Wcz in juni 2012 vervolgens opnieuw controversieel verklaard.

Het wetsvoorstel Wcz is een veel omvattend voorstel, bestaande uit 97 wetsartikelen en een Memorie van Toelichting van 175 pagina's. Het voorstel bevat elementen die op dit moment nog zijn vastgelegd in andere wetgeving, zoals de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi), de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwz), de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz) of de Wet medezeggenschap cliënten zorg (Wmcz).² Deze wettelijke regelingen zullen, op grond van dit wetsvoorstel, (gedeeltelijk) worden ingetrokken en de inhoud ervan zal, met wijzigingen, onderdeel worden van de toekomstige Wcz. De Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WGBO) blijft in zijn huidige vorm van kracht. Het belangrijkste doel van het voorstel voor de Wcz is versterking van de positie van patiënten of cliënten in de zorg.

² *Kamerstukken II*
2009/10, 32, 402, nr. 3, p.7

In het voorstel voor de Wcz staan vijf cliëntenrechten centraal: het recht op goede zorg; kwaliteit en veiligheid; het recht op informatie, toestemming, dossiervorming en privacy; het recht op keuze-informatie; het recht op een effectieve laagdrempelige klachten- en geschillenbehande-

ling en het recht op medezeggenschap. Naast de verplichting om de rechten van cliënten na te leven staan twee plichten voor zorgaanbieders centraal: de plicht van goed bestuur en toezicht; en de plicht van verslaglegging en maatschappelijke verantwoording. Met name op het gebied van het recht op goede zorg, het recht op keuze-informatie, het recht op een effectieve laagdrempelige klachten- en geschillenbehandeling, het recht op medezeggenschap, en de plicht van goed bestuur bevat het voorstel voor de Wcz nieuwe elementen die mogelijk veranderingen teweeg zullen brengen. Wat betreft toestemming, informatie, dossiervorming en privacy zijn de verschillen met bestaande wetgeving beperkt.

- ***Nieuwe elementen ten opzichte van bestaande wetgeving***

Met het voorstel voor de Wcz wilde de wetgever de positie van de cliënt in de zorg versterken. Dit doel is vertaald in een aantal instrumenten die bij moeten dragen aan deze versterking. Hierbij zijn instrumenten gebruikt uit bestaande wetgeving, maar zijn ook nieuwe elementen toegevoegd.

Een nieuw kenmerk van het voorstel voor de Wcz is dat de primaire verantwoordelijkheid van zorgaanbieders uit de Kwz en de WGBO voor het leveren van verantwoorde zorg is omgezet naar een individueel afdwingbaar recht op goede zorg (art. 5 Wcz)³; veilige zorg van goede kwaliteit. Dit recht geldt niet alleen in zorgrelaties met individuele zorgverleners, maar in alle zorgrelaties die de cliënt heeft met zorgaanbieders in de gehele keten van zorg. Ook de samenhang en coördinatie van zorg tussen die verschillende zorgaanbieders in de keten is een element van die 'goede zorg'. Het voorstel voor de Wcz speelt met de plicht van afstemming van zorg in op actuele ontwikkelingen als de stijgende levensverwachting en de daarmee gepaard gaande stijging van het aantal ouderen en chronisch zieken. Hierbij is ook steeds vaker sprake van multimorbiditeit, waarbij de patiënt te maken krijgt met verschillende disciplines, hulpverleners, en instellingen in de zorg.

Daarnaast wordt in het voorstel voor de Wcz extra nadruk gelegd op keuze-informatie voor de cliënt, door in plaats van een plicht voor de zorgaanbieder zoals geregeld in de Wmg, de cliënt een individueel recht op keuze-informatie te geven. Door middel van informatie over kwaliteit van zorg zouden cliënten het aanbod, de kwaliteit van zorg en verschillende prijzen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten kunnen vergelijken, en door het maken van keuzes zou de zorgconsument competitie tussen zorgverzekeraars en tussen zorgaanbieders stimuleren.

Ook wordt in het voorstel voor de Wcz een nieuwe regeling op het gebied van het klachtrecht voorgesteld (art. 27-30 Wcz). Aanleiding tot deze nieuwe regeling zijn onder andere de resultaten van een aantal

³ Kamerstukken II
2009/10, 32, 402,
nr. 3, p.12,13

evaluaties van de Wkcz. Deze evaluaties lieten bijvoorbeeld zien dat de beoogde laagdrempeligheid van formele klachtbehandeling niet behaald was en dat twee derde van alle ingediende klachten op een informele manier werden opgelost (Friele, Ruiter, Wijmen, & Legemaate, 1999). Ook bleken klagers die de formele procedure volgden niet tevreden met het resultaat (Daniel, Burn, & Horarik, 1999; Friele, Ruiter, van Wijmen, & Legemaate, 1999; Kruikemeier, Coppens, Rademakers, & Friele, 2009; Sluijs, Friele, & Algera, 2002; Sluijs, Friele, & Hanssen, 2004), terwijl resultaten van de informele procedure positiever werden ervaren door klagers (Dane, van Lindert, & Friele, 2000). Het doel van de wetgever is om met het wetsvoorstel Wcz de klager een laagdrempelige en effectieve klachtenregeling te bieden (art. 28 Wcz). Hierin krijgt de zorgaanbieder meer ruimte vergeleken met de Wkcz. De verplichting tot installatie van een klachtencommissie valt weg, in plaats daarvan is aanstelling van een klachtenfunctionaris wel verplicht. De zorgaanbieder moet de klager gratis ondersteuning bieden in de vorm van informatie, advies en bemiddeling. Beoogd wordt dat klachten zoveel mogelijk worden opgelost waar zij ontstaan. In het geval van formele klachtbehandeling, moet de zorgaanbieder een schriftelijk oordeel over klachten geven binnen een termijn van 6 weken.

Met het voorstel voor de Wcz wordt getracht de positie van de cliëntenraden verder te verstevigen (Sijmons, 2010). Uit evaluaties van de Wmcz in 2000 en 2004 bleek dat de posities van de cliëntenraden nog niet de beoogde stevigheid hadden (Hoogerwerf, Nievers, & Scholten, 2004; De Savornin Lohman, Rijkschroeff, Verkuyl, Gelder van, & Overbeek, 2000).

Het voorstel voor de Wcz neemt delen van de Wmcz over, maar stelt ook nieuwe regelingen voor. Cliëntenraden kunnen gevraagd en ongevraagd advies geven aan het bestuur van de zorginstelling waar zij werkzaam zijn. Er is een aantal onderwerpen wettelijk vastgelegd waarbij de zorgaanbieder de cliëntenraad verplicht tijdig om advies moet vragen. Het betreft onderwerpen omtrent het kwaliteitsbeleid, veiligheidsbeleid, financieel beleid, en fusies (art. 36 Wcz). Voor zorgaanbieders die AWBZ-zorg aanbieden geldt nog een aantal extra onderwerpen waar de cliëntenraad adviesrecht op heeft, zoals het huisvestingsbeleid, verbouwingen, en de aanstelling van leidinggevenden (art. 36 lid 2). De onderwerpen waar cliëntenraden advies- en instemmingsrecht op hebben in het voorstel voor de Wcz, verschillen niet inhoudelijk van de onderwerpen in de Wmcz. Een ander element van het voorstel voor de Wcz, overgenomen van de Wmcz, is het recht van de cliëntenraad om een bindende voordracht te doen voor benoeming van een lid van de Raad van Toezicht (art. 41 Wcz).

Wel een nieuw element van het wetsvoorstel is het instemmingsrecht dat cliëntenraden krijgen met betrekking tot onderwerpen die de dagelijkse leefomgeving van de cliënt aangaan (art. 37-38 Wcz). Dit is een

nieuw element in het voorstel voor de Wcz ten opzichte van de Wmcz. Dit instemmingsrecht bepaalt dat er bepaalde gevolgen kunnen zijn voor het bestuur wanneer deze een advies van de cliëntenraad niet opvolgt. De zorgaanbieder moet aangesloten zijn bij een Commissie van Vertrouwenslieden (art. 38 Wcz). Wat de financiële positie van cliëntenraden aangaat is het in het wetsvoorstel Wcz geïntroduceerde budgetrecht (art. 34 Wcz) een nieuw element. Het doel hiervan is de onafhankelijkheid van de cliëntenraad ten opzichte van de zorgaanbieder te vergroten. De cliëntenraad kan een begroting opstellen op basis van een modelfinancieringsregeling of de zorgaanbieder kan een bedrag ter beschikking stellen. De zorgaanbieder is tevens verplicht om materiële en facilitaire middelen ter beschikking te stellen.

Op het gebied van bestuur in de zorg worden met het wetsvoorstel Wcz eveneens vernieuwingen aangebracht. Een belangrijke aanvulling in het voorstel ten opzichte van de bestaande Wtzi en de Kwaliteitswet is dat er meer nadruk wordt gelegd op de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder voor de kwaliteit van de zorgverlening. In het voorstel voor de Wcz is vastgelegd dat het bestuur een systeemverantwoordelijkheid draagt voor de kwaliteit van zorg (art. 2 lid 1 Wcz), en medeaansprakelijk is in geval van schade bij individuele cliënten (art. 3 Wcz). Daarnaast moet er tenminste één lid van het bestuur aangewezen worden als portefeuillehouder van kwaliteit (art. 40 lid 2 Wcz).

Tenslotte is in het voorstel voor de Wcz een aantal rechten op het gebied van informatie en toestemming opgenomen. De inhoudelijke verschillen tussen het voorstel voor de Wcz en de WGBO wat betreft toestemming, informatie, dossiervorming en privacy zijn echter beperkt. Vanwege deze beperkte verschillen zijn de mogelijke veranderingen als gevolg van het voorstel voor de Wcz ook beperkt, temeer daar in de meest recente plannen de WGBO naast het voorstel voor de Wcz zal blijven bestaan. Op die thema's wordt in deze nulmeting daarom niet ingegaan.

- ***Deze kennisvraag***

De Wcz was ten tijde van de voorbereidingen van deze studie niet in werking getreden. Dit leek toen een unieke mogelijkheid te bieden tot het doen van een nulmeting, gericht op het in kaart brengen van de stand van zaken van enkele elementen uit het wetsvoorstel, voorafgaand aan het van kracht worden van de Wcz. Dit idee kwam voort uit de constante dialoog tussen het NIVEL en het ministerie van vws over de behoefte aan wetenschappelijke kennis voor en over zorgbeleid en sluit aan bij twee ervaren belangen. Enerzijds zou deze nulmeting inzicht moeten geven in de huidige situatie vanuit het perspectief van de doelstellingen van het wetsvoorstel. Dit inzicht zou vervolgens gebruikt

kunnen worden ter ondersteuning van het latere implementatieproces. De nulmeting laat zien wat de huidige stand van zaken is en dus ook op welke punten extra inspanningen geleverd zouden moeten worden om de gestelde doelen te bereiken. Anderzijds zou de nulmeting gebruikt kunnen worden als uitgangspunt om de toekomstige effecten van de wet zichtbaar te maken. Door de verwachtingen zo helder mogelijk weer te geven en daarbij de huidige situatie duidelijk te beschrijven is de basis voor een latere wetsevaluatie reeds gelegd.

Belangrijk om te benadrukken is dat het bij deze nulmeting niet gaat om een juridische analyse.

Nu op het moment van verschijnen van deze kennisvraag (eind 2012) onduidelijk is hoe verder omgegaan zal worden met het wetsvoorstel Wcz, vervalt het karakter van de nulmeting. Echter de nieuwe elementen in de Wcz hebben elk hun eigen intrinsieke belang. Het ligt voor de hand dat in ieder geval de thematiek van deze nieuwe elementen de komende jaren een blijvende relevantie zullen houden in het denken over en het versterken van patiëntenrechten.

In deze kennisvraag gaan we in op vijf van de zeven centrale thema's. Er is niet gekeken naar het recht op informatie en de plicht van zorgaanbieders tot verslaglegging en maatschappelijke verantwoording. Wat betreft het recht op informatie verandert er niet veel ten opzichte van de WGBO die bovendien volgens het meest recente voorstel naast de Wcz zou blijven bestaan. De plicht van de zorgaanbieders tot verslaglegging en maatschappelijke verantwoording staat inhoudelijk erg ver van het cliëntenperspectief en de kwaliteit van zorg die in de overige thema's centraal staan en is daarom buiten beschouwing gelaten.

Voor de overige centrale thema's is steeds in overleg met de klankbordgroep van het Ministerie van vws een centrale onderzoeksvraag vastgesteld. Deze onderzoeksvragen moesten goed te beantwoorden zijn met reeds aanwezige of nog te vergaren onderzoeksresultaten en moesten daarnaast een directe relatie hebben tot de achterliggende doelstellingen bij het wetsvoorstel. De volgende onderzoeksvragen stonden aan de basis van deze voorstudie:

Afstemming: Hoe beoordelen patiënten op dit moment de afstemming van zorg? Welke resultaten zijn er bekend over ervaringen met beleidsinitiatieven op het gebied van afstemming van zorg?

Keuze-informatie en keuzevrijheid: Hoe is het op dit moment gesteld met de kennis van cliënten over hun rechten en in hoeverre maken cliënten keuzes in de zorg?

Klachtrecht: Op welke manier is op dit moment vormgegeven aan de informele klachtbemiddeling en formele beroepsmogelijkheid bij een

geschillencommissie, zowel in geval van klachten over individuele beroepsbeoefenaren als over samenwerkingsverbanden?

Medezeggenschap: Hoe stevig is de positie van cliëntenraden op dit moment, in welke mate worden cliëntenraden ondersteund door zorgaanbieders en in hoeverre zijn cliëntenraden betrokken bij besluitvormingsprocessen?

Goed bestuur: In welke mate houden bestuurders in de zorg zich momenteel actief bezig met vragen rond kwaliteit, veiligheid en afstemming?

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen in deze kennisvraag is waar mogelijk gebruik gemaakt van reeds gepubliceerde onderzoeksgegevens. Dit geldt hoofdzakelijk voor de thema's 'afstemming', 'keuzeinformatie' en 'medezeggenschap'. Zo mogelijk is daarbij gebruik gemaakt van gegevens die met een zekere regelmaat, en mogelijk ook in de toekomst, worden verzameld. Zo zijn gegevens gebruikt uit de Zorgbalans 2010 (Westert, van den Berg, Zwakhals, & Verkleij, 2010), de Commonwealth Fund International Health Policy Survey en publicaties over het Consumentenpanel van het NIVEL. Dit is niet alleen een efficiënte werkwijze, maar biedt tevens de mogelijkheid tot het schetsen van ontwikkelingen in de tijd. Bovendien zijn deze gegevens zo breed verzameld dat zij een sector-overschrijdende beschrijving van cliëntervaringen en kwaliteit van zorg in de gehele gezondheidszorg mogelijk maken. Voor drie thema's is, naast bestaand materiaal, ook aangesloten bij lopend onderzoek of zijn nieuwe onderzoeksmethoden ingezet. Dat geldt voor de thema's: goed bestuur, klachten en deels ook voor keuzeinformatie. Over deze thema's was minder geschikte en representatieve informatie beschikbaar en was grotere behoefte aan nieuwe data.

De onderzoeksvraag over 'goed bestuur' sloot goed aan bij lopend NIVEL onderzoek naar bestuurders en toezichthouders in ziekenhuizen binnen het NIVEL (Botje & Wagner). De ziekenhuissector is voor de beantwoording van de onderzoeksvraag niet exemplarisch maar wel uitermate veelzeggend. De vraag naar de mate waarin bestuurders in de zorg zich momenteel actief bezig houden met vragen rond kwaliteit, veiligheid en afstemming is daarbij aan de bestuurders zelf voorgelegd waarbij rekening is gehouden met verschillende belangrijke actoren (Medisch Stafbestuur, Raad van Toezicht en Raad van Bestuur) en hun onderlinge taakverdeling en informatiestromen. Ook voor een goede analyse op het gebied van klachtrecht was er behoefte aan meer algemene representatieve gegevens over de klachtafhandeling. Speciaal voor deze kennisvraag is daarom een enquête gehouden onder klachtenfunctionarissen in drie verschillende sectoren: ziekenhuizen, de verpleging, verzorging en thuiszorg (vvt), en zelfstandige behandelcentra en privé-klinieken (zbc&pk). Klachtenfunctionarissen zijn in staat om informa-

tie te geven over de verschillende aspecten van de (informele en formele) klachtenafhandeling en daarnaast gaf de keuze voor deze drie verschillende sectoren ons de mogelijkheid om ze onderling te vergelijken. Tenslotte is voor aanvullende informatie met betrekking tot het thema keuze-informatie ook gebruik gemaakt van een NIVEL Consumentenpanelpeiling. Zo kon de kennis van cliënten en hun omgang met keuze-informatie direct gevraagd worden aan cliënten en kon een goede beschrijving worden gegeven van de huidige stand van zaken. Een uitgebreide beschrijving en toelichting van de bronnen en de onderzoeksmethoden is te vinden in de bijlage bij dit rapport.

Elk thema is kortom vanuit een invalshoek benaderd die paste bij de onderzoeksvraag. Zo zijn de thema's 'afstemming' en 'het recht op keuze-informatie' vanuit cliëntenperspectief benaderd, het 'klacht-recht' vanuit het perspectief van de beroepsgroep van klachtenfunctionarissen, 'het recht op medezeggenschap' vanuit het perspectief van cliëntenraden, en het thema 'goed bestuur' vanuit het perspectief van ziekenhuisbesturen. Vanwege deze verschillende invalshoeken en verschillende onderzoeksmethoden is het rapport ingedeeld in vijf verschillende hoofdstukken, die elk ook op zichzelf gelezen kunnen worden. Het rapport is verder voorzien van een managementsamenvatting waarin zeer kort de belangrijkste bevindingen zijn aangestipt.

In het voorstel voor de Wcz wordt het begrip 'cliënten' gebruikt, om te benadrukken dat het gaat om zorggebruikers in zowel de curatieve als in de langdurige zorg. In dit rapport wordt zoveel mogelijk over 'cliënten' gesproken. Vanwege het gebruik van andere publicaties waarin gerefereerd wordt aan patiënten of zorggebruikers worden soms ook die begrippen gebruikt. In het voorstel voor de Wcz wordt daarnaast het begrip 'zorgaanbieder' gebruikt; hiermee wordt de bedrijfsmatige zorgaanbieder bedoeld, niet de beroepsmatige. In dit rapport is dit begrip met dezelfde betekenis gebruikt.

Elk van de vijf nieuwe elementen uit het wetsvoorstel Wcz wordt in de hierop volgende vijf hoofdstukken behandeld.

1 Afstemming

1.1 Inleiding

Regulering van kwaliteit en veiligheid van zorg komen op dit moment aan de orde in een aantal verschillende wetten, en zijn geformuleerd als een primaire verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder. De kwaliteit van zorg geleverd door instellingen is geregeld in de Kwaliteitswet Zorginstellingen. De wet BIG regelt de kwaliteit van zorg van individuele hulpverleners. Artikel 7:453 BW bepaalt dat 'zorg van een goed hulpverlener' in acht moet worden genomen, wat betekent dat de hulpverlener handelt in overeenstemming met de geldende professionele standaarden. Via het klachtrecht kunnen cliënten hun recht halen op het gebied van goede kwaliteit van zorg.

De elementen van de bestaande wetten komen terug in het voorstel voor de Wcz. De Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) blijft naast de Wcz bestaan.

Een essentieel kenmerk van het voorstel voor de Wcz is dat de primaire verantwoordelijkheid van zorgaanbieders uit de Kwaliteitswet en de WGBO voor het leveren van verantwoorde zorg is omgezet naar een individueel afdwingbaar recht op goede zorg (art. 5 Wcz)⁴; veilige zorg van goede kwaliteit. Dit recht geldt niet alleen in zorgrelaties met individuele zorgverleners, maar in alle zorgrelaties die de cliënt heeft met zorgaanbieders in de gehele keten van zorg. Ook de samenhang en coördinatie van zorg tussen die verschillende zorgaanbieders in de keten is een element van die 'goede zorg'.

In dit hoofdstuk zullen eerst de nieuwe elementen van het voorstel voor de Wcz met betrekking tot het thema goede zorg en afstemming van zorg worden toegelicht.

1.1.1 Afstemming in het voorstel voor de Wcz

Het voorstel voor de Wcz richt zich allereerst op het zorgproces. De artikelen 5 t/m 12 van het wetsvoorstel gaan over het begrip 'goede zorg', dat afgeleid is van de begrippen 'verantwoorde zorg' en 'zorg van een goed hulpverlener' uit de Kwaliteitswet Zorginstellingen, de wet BIG en de WGBO. Volgens het voorstel voor de Wcz bestaat goede zorg uit "zorg van een goed niveau, die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en waarbij de personen die de zorg verlenen, met gebruikmaking van de geschikte hulpzaken, handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hen geldende professionele standaard." In deze definitie zitten twee nieuwe termen verwerkt, namelijk veilig en tijdig, maar inhoudelijk gezien zijn dit geen vernieuwingen in de wet. De specifieke invalshoek

⁴ Kamerstukken II
2009/10, 32, 402,
nr. 3, p.12-13

van het voorstel voor de Wcz is dat het recht op goede zorg in het wetsvoorstel is geformuleerd als een individueel recht van de cliënt (art. 5 lid 1 Wcz). Daarmee richt het voorstel zich primair op de individuele patiënt die als individu een beroep kan doen op het recht op goede zorg. De belangrijkste verschillen tussen bestaande wetgeving en de Wcz staan weergegeven in tabel 1.

Het voorstel voor de Wcz regelt niet alleen de rechten en plichten van cliënten in de gezondheidszorg, maar ook de verantwoordelijkheden van zorgaanbieders. In het voorstel voor de Wcz krijgt de zorgaanbieder de plicht ervoor te zorgen dat de zorgverlening voldoet aan hetgeen waar de cliënt recht op heeft (art. 2 Wcz). De zorgaanbieder moet de zorgverlening zodanig organiseren dat het resulteert in goede zorg, een zogeheten resultaatsverplichting (art. 8 Wcz). Daarnaast heeft de zorgaanbieder de plicht tot verantwoording van het instellingsbeleid en de uitvoering ervan, evenals over zijn maatschappelijke rol en de besteding van gemeenschapsgeld (art. 44 Wcz). Deze verplichtingen komen in het hoofdstuk 'Goed bestuur' aan de orde.

In het voorstel voor de Wcz wordt tevens de nadruk gelegd op het belang van samenhang in de zorg. De behoefte hieraan is eerder geconstateerd in onderzoek onder patiënten. Met name chronisch zieken blijken tegen afstemmingsproblemen in de zorg aan te lopen (Baan, Hutten, & Rijken, 2003; IGZ, 2006a; Ursum, Rijken, Heijmans, Cardol, & Schellevis, 2011). Het voorstel voor de Wcz speelt met de plicht van afstemming van zorg in op actuele ontwikkelingen als de stijgende levensverwachting en de daarmee gepaard gaande stijging van het aantal ouderen en chronisch zieken. Hierbij is ook steeds vaker sprake van multimorbiditeit, waarbij de patiënt te maken krijgt met verschillende disciplines, hulpverleners, en instellingen in de zorg. Op dit moment zijn er 4,5 miljoen chronisch zieken waarvan er bij 1,3 miljoen sprake is van multimorbiditeit (RIVM, 2010). Bij de zorg voor chronisch zieken is niet alleen de kwaliteit van zorg van individuele hulpverleners van belang, maar in het bijzonder de afstemming tussen deze hulpverleners onderling. Daarnaast speelt de expliciete aandacht voor afstemming zowel binnen als buiten instellingsverband in op de onduidelijkheden die bestaan rondom juridische aansprakelijkheid bij samenwerkingsverbanden in de zorg (Leenen, Dute, & Kastelein, 2008). Zo gaat de wet BIG uit van een individuele relatie tussen beroepsbeoefenaar en patiënt (art. 1 wet BIG). Op grond van artikel 3 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen (Kwz) (1996) behoren zorgaanbieders zorg te dragen voor verantwoordelijkheidstoedeling. Individuele beroepsbeoefenaren die in een (duurzaam) samenwerkingsverband zorg verlenen vallen onder de Kwz (art. 1 lid 1, Kwz). Ook de kwaliteit van de zorg geleverd door instellingen is geregeld in de Kwz. Dit betekent dat wanneer een BIG-geregistreerde

werkzaam in een instelling geen verantwoorde zorg levert, de instelling onverantwoorde zorg verleent volgens de Kwz. Op een samenwerkingsverband kan dus zowel de wet BIG als de Kwz van toepassing zijn. Daarnaast kunnen de wet BIG en de Kwz ook gelijktijdig van toepassing zijn op een individuele beroepsbeoefenaar, bijvoorbeeld als een beroepsbeoefenaar zowel intra- als extramuraal werkt.

Onderzoek laat zien dat afstemming van zorg gerelateerd is aan zorgveiligheid. Uit internationaal onderzoek in zeven landen met data van de '2007 Commonwealth Fund International Health Policy Survey', waaronder Nederland, blijkt verder dat de oorzaken van medische fouten vaak liggen bij een slechte organisatie en coördinatie van zorg. In Nederland was slechte coördinatie van zorg geassocieerd met een 3 keer zo hoge kans op medische fouten, en het zien van 2 of meer specialisten geassocieerd met een bijna 2 keer zo hoge kans op medische fouten. Hierbij was coördinatie van zorg gedefinieerd als het niet beschikbaar zijn van testuitslagen en medische dossiers bij consulten, of de aanvraag van een test die al is uitgevoerd (Lu & Roughead, 2011). Onderzoek van Moore et al. (2003) laat zien dat patiënten bij wie de artsen in de eerste lijn het behandelplan van de tweedelijns artsen niet volgden na ontslag, 6 keer zoveel kans hadden om opnieuw opgenomen te worden in de tweedelijnszorg (Moore, Wisnivesky, Williams, & McGinn, 2003).

Met het voorstel voor de Wcz is het de bedoeling dat de cliënt een individueel recht op goede zorg krijgt. Een toedeling van verantwoorde-lijkheden, bevoegdheden en afstemmings- en verantwoordingsplichten moet hier aan bijdragen (art. 7 Wcz). Ook hierbij bestaat er een plicht voor de zorgaanbieder, zo blijkt uit de memorie van toelichting: *'Op basis van artikel 7 moet de zorgaanbieder de organisatie van de zorgverlening zo inrichten dat de bevoegdheden en verantwoordingsplichten binnen zijn organisatie zo zijn belegd dat ze redelijkerwijs leiden tot goede zorg.'*⁵

Daarnaast heeft de zorgaanbieder de plicht tot het overdragen van zorg aan een andere zorgaanbieder, wanneer dit van toepassing is (art. 18 lid 2).

Om op termijn te kunnen vaststellen of het voorstel voor de Wcz de omschreven doelen heeft bereikt is het van belang om op dit moment een ijkpunt vast te stellen en te bekijken hoe de stand van zaken is rondom afstemming van zorg rondom cliënten en chronisch zieken. Het cliëntenperspectief staat hierbij centraal. Ook wordt een aantal beleidsinitiatieven rondom afstemming van zorg beschreven. De centrale onderzoeksvraag hierbij is: Hoe beoordelen cliënten en patiënten afstemming van zorg op dit moment? Welke resultaten zijn er bekend over ervaringen met beleidsinitiatieven op het gebied van afstemming van zorg?

⁵ Kamerstukken II, 2009/10, 32 402 nr. 3

Tabel 1

Enkele belangrijke verschillen tussen bestaande wetgeving en het voorstel voor de Wcz

Bestaande wetgeving	Het voorstel voor de Wcz
De zorgaanbieder heeft de plicht om verantwoorde zorg te leveren die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht is	De cliënt heeft een individueel recht op goede zorg die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, en tijdig wordt verleend
De zorgaanbieder heeft de plicht zorg te dragen voor een verantwoordelijkheidstoedeling die moet leiden tot verantwoorde zorg	De zorgaanbieder heeft de plicht zorg te dragen voor een zodanige toedeling van verantwoordelijkheden, bevoegdheden alsmede afstemmings- en verantwoordingsplichten, leidende tot het verlenen van goede zorg

1.2 *De stand van zaken voor invoering van het wetsvoorstel Wcz*

In deze paragraaf wordt gekeken naar de afstemming van zorg binnen het recht op goede zorg wat onder het voorstel voor de Wcz zal moeten vallen. De afstemming van zorg krijgt speciale aandacht in het voorstel voor de Wcz, en is een nieuw element.

Voor dit hoofdstuk zijn reeds gepubliceerde gegevens gebruikt (zie voor een uitgebreide toelichting bijlage 1). Eerst zullen de algemene verwachtingen van zorgconsumenten omtrent afstemming van zorg worden besproken. Daarna wordt ingegaan op de ervaringen van patiënten met de afstemming en samenwerking in de zorg. De beschikbaarheid en uitwisseling van informatie over de patiënt tussen verschillende hulpverleners zowel in instellingsverband als tussen verschillende zorginstellingen, wordt als een voorwaarde beschouwd voor goede afstemming en samenwerking in de zorg. Hier wordt ook aandacht aan besteed. Ten slotte is er om multidisciplinaire samenwerking en afstemming in de zorg te faciliteren een aantal initiatieven geïntroduceerd zoals integrale bekostiging van zorg voor chronisch zieken. De ervaringen hiermee en resultaten ervan worden als laatst besproken.

1.2.1 *Verwachtingen van cliënten over afstemming en coördinatie van zorg*

Als een patiënt bij meerdere artsen komt voor hetzelfde probleem, dan moet altijd duidelijk zijn welke arts de zorg voor deze patiënt coördineert, vonden vrijwel alle respondenten van het NIVEL

Consumentenpanel. Bijna een vijfde (18%) gaf aan dat hier vaak of volledig sprake van is in de Nederlandse gezondheidszorg (Brabers, Reitsma-van Rooijen, Wigersma, & Jong, 2012). Uit onderzoek waarin respondenten uit verschillende landen participeerden gaf 46% van de Nederlandse respondenten aan dat er voor hen een persoon is die alle zorg coördineert, en dit was in een derde van de gevallen de huisarts. In andere landen als Engeland en Zwitserland lag dit laatste getal boven de 60% (Faber, Burgers, & Westert, 2011). Het overgrote deel van de respondenten van het Consumentenpanel (88%) vond dat het vervelend is als patiënten niet steeds bij dezelfde arts terecht kunnen voor hun medische zorg (tabel 2). Toch was 60% van de respondenten van het Consumentenpanel van mening dat patiënten het niet erg vinden om niet bij dezelfde arts terecht te kunnen, zolang de informatieoverdracht tussen verschillende artsen maar vlekkeloos verloopt zodat de patiënt niet steeds opnieuw hetzelfde verhaal hoeft te vertellen (Brabers et al., 2012; Wigersma, Brabers, Reitsma-van Rooijen, & de Jong, 2010).

Tabel 2 Meningen van respondenten van het Consumentenpanel in 2010 over afstemming en coördinatie in de gezondheidszorg, (antwoordcategorieën ‘geheel eens’ en ‘eens’ samengevoegd) (Brabers et al., 2012)*

	N	% (geheel) eens
Als een patiënt bij meerdere artsen komt voor hetzelfde probleem, dan moet altijd duidelijk zijn welke arts de zorg van deze patiënt coördineert.	960	97%
Het is vervelend als een patiënt niet steeds bij dezelfde arts terecht kan voor zijn/haar medische zorg.	961	88%
Patiënten vinden het niet erg om niet bij dezelfde arts terecht te kunnen, zolang de informatieoverdracht tussen de verschillende artsen maar vlekkeloos verloopt zodat de patiënt niet steeds opnieuw hetzelfde verhaal hoeft te vertellen.	959	60%

* *Originele titel tabel: Frequentieverdelingen in percentages voor artsen en zorggebruikers bij vier stellingen over samenwerking*

Op basis van onderzoek met de CQ-index, waarin patiënten wordt gevraagd naar hun ervaringen met de specifieke zorg die zij krijgen, blijkt dat mensen groot belang hechten aan goede onderling afstemming tussen hulpverleners en aan eenduidige informatie, bijvoorbeeld na een rugherniaoperatie (Kinds, Koopman, Triemstra, & Rademakers, 2009), in de revalidatiesector (Zuidgeest, Reitsma-van Rooijen, Sixma, van der Hoek, & Rademakers, 2010) of tijdens een ziekenhuisopname en

bij ontslag uit het ziekenhuis (Sixma, Spreeuwenberg, Zuidgeest, & Rademakers, 2009), bij mensen met een CVA (den Brok, Triemstra, & Rademakers, 2011) en met spataderen (van Doornen, Triemstra, & Rademakers, 2008).

Kortom, cliënten vinden het geen probleem om door meerdere artsen behandeld te worden, op voorwaarde dat de samenwerking tussen de artsen goed verloopt en dat de informatie goed is afgestemd.

1.2.2 Ervaringen van cliënten met afstemming en coördinatie van zorg

Over het algemeen rapporteert een meerderheid (86%) van patiënten in CQ-indexen dat zij geen problemen ervaren met een gebrek aan afstemming in de zorg, bijvoorbeeld tijdens een ziekenhuisopname (Sixma et al., 2009), in de palliatieve zorg (Claessen et al., 2009), of door mensen met spataderen. In dit laatste geval waren wel verschillen te zien tussen cliëntenpopulaties: hoogopgeleiden hadden positievere ervaringen met samenwerking en afstemming dan laagopgeleiden (van Doornen et al., 2008). Ook voor de geboortezorg geldt dat vrijwel alle mensen die op enig moment zijn doorverwezen naar de tweede lijn aangeven voldoende uitleg te hebben gekregen over de reden van verwijzing. Echter, één op de vijf was negatief over de samenwerking tussen gynaecoloog en verloskundige of huisarts (Wiegers & Bekkema, 2011).

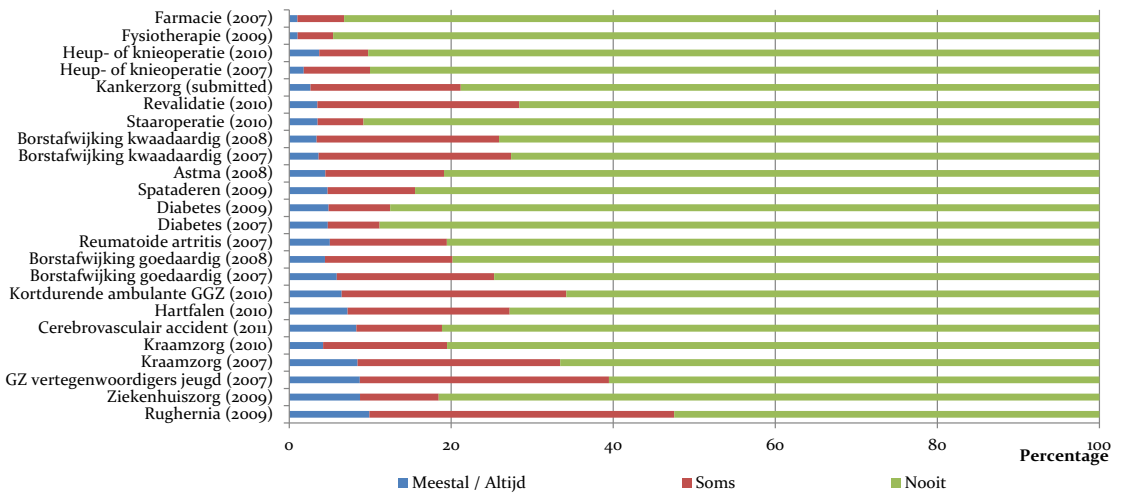
Ook in andere sectoren van de zorg rapporteert een kleine groep, variërend van 10% tot 40% negatieve ervaringen met samenwerking en afstemming. Zo gaf 13% van de ouders van revaliderende kinderen in een CQ-index aan een negatieve ervaring te hebben met de samenwerking tussen behandelaars. Bij respondenten die zelf revalidatiezorg hebben ontvangen lagen de percentages op eenzelfde niveau (Zuidgeest et al., 2010). Bijna vier op de tien respondenten die een operatie voor een rughernia hebben ondergaan heeft een negatieve ervaring gerapporteerd omtrent de afstemming van verschillende behandelingen. Daarnaast heeft meer dan één derde een negatieve ervaring gerapporteerd rondom de overdracht van gegevens tussen zorgverleners. Ten slotte heeft 17% aangegeven een negatieve ervaring te hebben gehad met samenwerking tussen verschillende zorgverleners (Kinds et al., 2009). Ook onder mensen die borstkankerzorg hebben ontvangen zijn er negatieve ervaringen gerapporteerd over samenwerking en afstemming van zorg. Zo vond meer dan een kwart de samenwerking tussen verschillende zorgverleners niet goed, en gaf bijna een kwart aan dat zorgverleners nooit of soms op de hoogte waren van afspraken die tussen patiënt en andere zorgverleners bestonden (Dammen, Hendriks, Triemstra, & Sixma, 2007). Gezien het belang dat patiënten hechten aan samenwerking is hier dus nog winst te boeken.

- **Ervaringen rondom communicatie tussen hulpverleners**

Nog grotere variatie komen we tegen in de ervaringen van patiënten over de mate waarin ze te maken hebben met tegenstrijdige adviezen. Het minst ervaren patiënten deze tegenstrijdigheden bij apothekers en fysiotherapeuten. Daar hebben zij doorgaans ook maar met een enkele zorgverlener te maken. Vaker ervaren patiënten tegenstrijdigheden bij bijvoorbeeld behandelingen bij een rughernia (figuur 1). Ook patiënten met hart- en vaatziekten of een verhoogd risico hierop, ervaren relatief vaak tegenstrijdige informatie te ontvangen (van Boheemen et al., 2010).

Figuur 1

Percentage zorggebruikers dat zegt tegenstrijdige adviezen te hebben gekregen (www.gezondheidszorgbalans.nl)



Ook vrijwel iedereen (89%) die minstens één nacht in het ziekenhuis is opgenomen heeft ervaren dat de informatie van de baliemedewerker in strijd was met informatie van andere zorgverleners (Sixma et al., 2009).

- **Ervaringen met informatie bij ontslag**

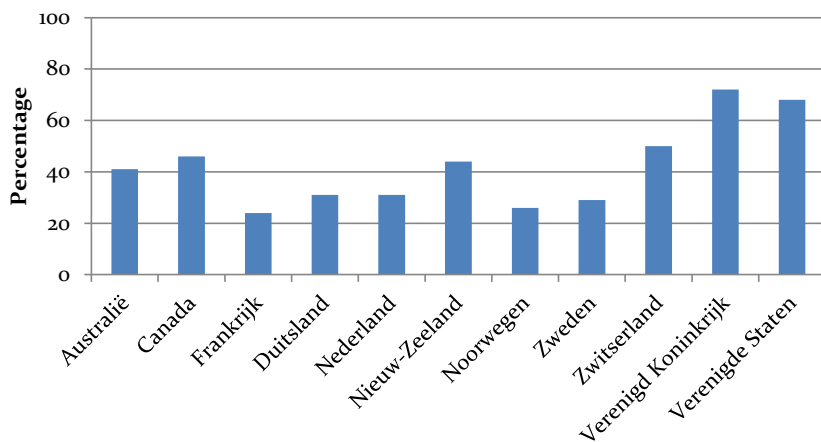
Uit een internationale vergelijking van Nederland met een aantal omringende landen blijkt dat Nederlandse patiënten die uit het ziekenhuis werden ontslagen vinden dat zij minder zijn geïnformeerd over wat te doen na ontslag dan patiënten uit onze buurlanden. Van de Nederlandse patiënten die uit het ziekenhuis werden ontslagen wist 87% met wie contact kon worden opgenomen voor vragen. Verder wist 76% op welke symptomen gelet moest worden en wanneer de zorgverlener gealarmeerd moest worden, 63% had schriftelijke informatie ontvangen over nazorg, en 79% had een vervolgsconsult met de specialist.

Minder dan de helft (49%) had op alle vier de punten informatie gekregen bij het ontslag. Ook hier zijn verschillen te zien tussen patiëntengroepen. Het blijkt dat 27% van de mensen die een herniaoperatie hebben ondergaan geen informatie hebben ontvangen bij het ontslag, tegenover 7% van de mensen die een heup- of knieoperatie hebben ondergaan (Westert et al., 2010).

Uit de gegevens van de International Health Policy Survey 2011 bleek 77% van alle Nederlandse patiënten instructies te hebben ontvangen over alarmsymptomen. Daarnaast gaf 90% aan te weten wie de contactpersoon was voor vragen. Iets meer dan de helft (54%) had schriftelijke informatie gekregen over nazorg, en 77% had informatie gekregen over welke medicijnen ingenomen moesten worden. Slechts 31% zei op alle vier de aspecten informatie te hebben ontvangen. Dit getal blijft sterk achter vergeleken met andere landen. Zo scoorde het Verenigd Koninkrijk hier 72% op. Naast Nederland bleven ook de Scandinavische landen, Duitsland en Frankrijk achter (Faber et al., 2011). De percentages van deze totaalscore zijn te zien in figuur 2.

Figuur 2

Samengesteld percentage van aantal respondenten dat op alle vier de aspecten over informatie bij ontslag 'ja' heeft geantwoord voor verschillende landen in 2011, afgeleid van Faber et al., 2011



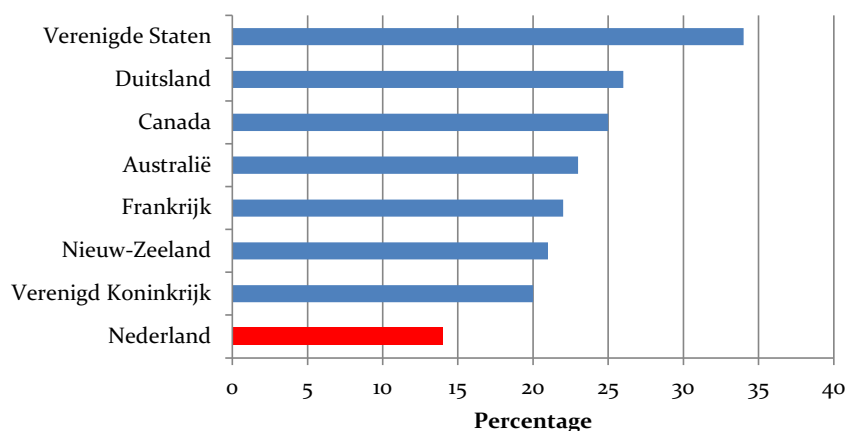
In de International Health Policy Survey 2011 gaf 46% van de Nederlandse respondenten aan dat er voor hen een persoon is die alle zorg coördineert, en dit was in een derde van de gevallen de huisarts. In andere landen als Engeland en Zwitserland lag dit laatste percentage boven de 60 (Faber et al., 2011).

- **Coördinatie van zorg bij de uitvoering van medische tests**

Door samenwerkings- en afstemmingsproblemen kan het gebeuren dat bijvoorbeeld medische tests dubbel worden gedaan of dat de uitslagen van tests niet beschikbaar zijn. Van de chronisch zieke patiënten heeft 14% in 2010 problemen ervaren met betrekking tot medische testen. Zo heeft 4% meegemaakt dat er een medische test werd aangevraagd terwijl deze al was uitgevoerd. Vergeleken met andere landen is dit percentage laag. De vergelijking met andere landen is te zien in figuur 3. De Verenigde Staten is hierin een uitschieter; hier heeft meer dan één derde van de zorggebruikers coördinatieproblemen ervaren rondom medische tests (Westert et al., 2010). Nederland scoort relatief goed op dit punt.

Figuur 3

Percentage zorggebruikers in 2008 dat coördinatieproblemen heeft ervaren (test niet beschikbaar tijdens afspraak of test aangevraagd die al was uitgevoerd)(Schoen, Osborn, How, Doty, & Peugh, 2008; Westert et al., 2010)



Van de respondenten van de International Health Policy Survey gaf 7% aan dat er voor hen weleens een overbodige test is aangevraagd, en 13% gaf aan dat testresultaten of medische dossiers niet beschikbaar waren tijdens het consult met de arts (Faber et al., 2011).

1.2.3 Beschikbaarheid van informatie over cliënten

Voor een goede afstemming in de zorg is het zowel tussen instellingen als binnen één instelling van belang dat medische informatie over cliënten tussen verschillende zorgverleners kan worden uitgewisseld.

Beschikbaarheid van informatie over medicatie is een voorwaarde voor afstemming van zorg. In het proces van voorschrijven, bereiden, leveren en toedienen van medicatie kunnen veel risicovolle momenten ontstaan, vooral wanneer medicatie op verschillende plekken, bijvoorbeeld

binnen en buiten het ziekenhuis wordt voorgeschreven. Te denken valt hierbij aan medicatiefouten als verkeerde combinaties van medicijnen of patiënten met bepaalde allergieën voor medicijnen.

Tabel 3

Percentages ziekenhuizen waar gegevens over klinisch en poliklinisch voorgeschreven medicatie beschikbaar zijn in de ziekenhuisapotheek, verpleegafdeling, poliklinieken of extramuraal (IGZ, 2009a; Westert et al., 2010).

Elektronisch beschikbaar bij	Klinisch voorgeschreven medicatie (%)					Poliklinisch voorgeschreven medicatie(%)				
	2004 (n=105)	2005 (n=97)	2006 (n=99)	2007 (n=99)	2008 (n=102)	2004 (n=105)	2005 (n=97)	2006 (n=99)	2007 (n=99)	2008 (n=102)
Ziekenhuis- apotheek	83	93	96	97	89	22	34	36	53	39
Verpleeg- afdelingen	35	34	50	63	67	3	8	12	20	25
Poliklinieken	24	30	44	54	63	6	6	13	15	24

Cijfers van de IGZ laten zien dat binnen het ziekenhuis de beschikbaarheid van klinisch voorgeschreven medicatie met de jaren toeneemt tot het niveau dat deze informatie beschikbaar is op twee van de drie verpleegafdelingen en poliklinieken (tabel 3). De beschikbaarheid van informatie over poliklinisch voorgeschreven medicijnen blijft hier sterk bij achter (Westert et al., 2010). De informatievoorziening binnen ziekenhuizen over extramuraal voorgeschreven medicijnen is nog slechter (tabel 4) (Westert et al., 2010).

Tabel 4

Percentages ziekenhuizen waar gegevens over extramuraal voorgeschreven medicatie beschikbaar zijn in ziekenhuisapotheek, verpleegafdelingen en poliklinieken (IGZ, 2009a; Westert et al., 2010)

Elektronisch beschikbaar bij	Extramuraal voorgeschreven medicatie (%)				
	2004 (n=105)	2005 (n=97)	2006 (n=99)	2007 (n=99)	2008 (n=102)
Ziekenhuisapotheek	21	39	44	55	43
Verpleegafdelingen	5	5	3	6	25
Poliklinieken	4	1	3	4	19

1.2.4 *Ervaringen met integrale bekostiging van zorg voor chronisch zieken*

De laatste jaren zijn er op het gebied van chronische ziekten ontwikkelingen te zien die multidisciplinaire samenwerking tussen zorgverleners faciliteren, met het doel een beter en doelmatig georganiseerde zorg en een verhoging van de kwaliteit van zorg. De RVZ heeft benadrukt dat versterking van de eerste lijn en een intensievere samenwerking tussen zorgverleners nodig is om te voldoen aan de toekomstige zorgvraag (RVZ, 2011). Het ministerie van VWS heeft dan ook als voornemen de eerstelijnszorg te versterken. Waar mogelijk moet zorgverlening plaatsvinden in de buurt, waarbij huisartsen en wijkverpleegkundigen een grotere rol krijgen. Meer eenvoudige intramurale zorg moet extramuraal worden, waarbij zelfmanagement, samenhang en multidisciplinaire zorgverlening kernwoorden zijn.⁶

⁶ Kamerstukken II, 2011/12, 32 620, nr. 27

Diabetes Mellitus, COPD en Vasculair risico management zijn de chronische ziekten waar multidisciplinaire samenwerking zich, vooral in de eerstelijnsgezondheidszorg, op richt. Voor deze drie chronische ziekten is integrale bekostiging ingevoerd en een 'zorgstandaard' ontwikkeld. Het doel hiervan is dat de zorg voor chronisch zieken geïntegreerd wordt aangeboden, dat multidisciplinaire zorg beter wordt afgestemd en beter op elkaar aansluit (de Bakker et al., 2012; Ursum et al., 2011; Westert et al., 2010).

Voor de zorg rondom chronisch zieken organiseren huisartsen zich veelal in zorggroepen (de Bakker et al., 2012; Hopman, Batenburg, & De Bakker, 2009; Struijs, van Til, & Baan, 2009; Struijs et al., 2012).

Integrale bekostiging maakt het mogelijk om 'standaard' zorg als één product/prestatie te verkopen. Zorggroepen, in de regel eigendom van huisartsen (coöperaties), gaan op basis van de keten-DBC's contracten

aan met de zorgverzekeraar. De zorggroep kan zorgaanbieders van verschillende disciplines aannemen (Nederlandse Zorgautoriteit, 2010). Voor de keten-DBC diabetes zijn de kerndisciplines bijvoorbeeld de huisarts, de praktijkverpleegkundige, de diabetesverpleegkundige, de praktijkassistent en de diëtist. Andere disciplines die gecontracteerd kunnen zijn in een zorggroep zijn oogartsen, internisten, cardiologen, nefrologen, neurologen, vaatchirurgen, apothekers, fysiotherapeuten, klinisch chemici, psychologen, maatschappelijk werkers, psychologen en podotherapeuten/pedicures (de Bakker et al., 2012; Hopman et al., 2009). In de 'zorgstandaard' wordt een functionele omschrijving gegeven van welke zorg moet worden verleend en waaraan deze moet voldoen. Er staat niet in omschreven welke disciplines de zorg moeten uitvoeren. Hierdoor is verschuiving en dus concurrentie mogelijk (Ursum et al., 2011).

Een relatief nieuw begrip is casemanagement. Het ministerie van vws is op dit moment bezig een besluit te nemen over de vormgeving van de bekostiging van casemanagement in de keten-DBC-Dementie.⁷ Een belangrijke taak van de casemanager is de coördinatie van zorg rondom een dementiepatiënt (Peeters, Francke, & Pot, 2011).

*⁷ Kamerstukken II,
2011/12, 29 689 nr. 362*

Gebleken is, dat de invoering van integrale bekostiging traag op gang komt, onder andere vanwege de hoge complexiteit van de aandoeningen. Deze complexiteit zorgt onder andere voor moeilijkheden in de ontwikkeling van de zorgstandaarden en competentiediscussies tussen zorgverleners (Algemene Rekenkamer, 2010). Daarnaast komt de contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders traag op gang (de Bakker et al., 2012). Verder is geconcludeerd dat deze ziektespecifieke aanpak voor patiënten met zeer complexe multimorbiditeit niet toereikend is en kan het de vrije keuze voor hulpverleners belemmeren (Ursum et al., 2011).

Op basis van experimenten voorafgaand aan de landelijke invoering is gebleken dat de integrale bekostiging van de zorg bij diabetes nog niet tot beter resultaat heeft geleid in termen van gezondheidsverbeteringen. Wel bleek in een meting van de tevredenheid van chronisch zieke patiënten dat 93% de samenwerking tussen zorgverleners binnen de zorggroep goed of uitstekend vond (Struijs et al., 2009; Westert et al., 2010). Uit de overzichtsstudie chronisch zieken blijkt dat gecoördineerde ketenzorg in het algemeen heeft geleid tot betere kwaliteit van leven, meer patiënttevredenheid, betere zelfzorg en meer kennis van de patiënten over hun ziekte (Ursum et al., 2011). Wel blijkt uit recent onderzoek dat patiënten die zorg krijgen door middel van integraal bekostigde zorg niet ervaren hebben dat er meer sprake is van integrale zorg vergeleken met patiënten die zorg krijgen die niet integraal bekostigd is (de Bakker et al., 2012; van Dijk & Korevaar, 2011). De evaluatiecommissie integrale bekostiging heeft geconcludeerd dat er kleine ver-

beteringen zijn op proces- en uitkomstmaten en dat er een verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn heeft plaatsgevonden. Zorggroepen hebben aangegeven dat de organisatiekracht in de eerste lijn is verbeterd en samenwerking en samenhang wordt bevorderd door integrale bekostiging (de Bakker et al., 2012). Maar, op dit moment merken patiënten daar dus de voordelen nog niet zo van op.

1.3 Conclusie

In dit deel van de kennisvraag is bekeken wat de stand van zaken is rondom afstemming en coördinatie van zorg. In het kader van de implementatie van het voorstel voor de Wcz blijken uit deze studie een aantal verbeterpunten. Zorgconsumenten hechten veel belang aan afstemming van zorg. Het blijkt dat die afstemming nog niet optimaal is. Vergeleken met ons omringende landen scoort Nederland op een aantal punten slechter, zoals de informatievoorziening aan de patiënt na ontslag uit het ziekenhuis en de aanstelling van een zorgcoördinator voor de patiënt. Op het punt van afstemming zijn er dus zeker verbeteringen wenselijk.

Veel afstemmingsproblemen hebben betrekking op de uitwisseling van informatie, zowel tussen zorgverleners onderling, als tussen de patiënt en de zorgverlener. Een groot deel van de mensen die in het ziekenhuis zijn opgenomen gaven aan dat zij tegenstrijdige informatie hebben ontvangen van verschillende hulpverleners. Dit lijkt op aandoeningsniveau wel te verschillen. Daarnaast is informatievoorziening over voorgeschreven medicatie tussen intra- en extramurale instellingen nog niet op orde. Terwijl er technisch wel mogelijkheden zijn, blijft de beschikbaarheid van gegevens achter. Het recht op afstemming voor de cliënt, en daarbij de plicht van de zorgaanbieder voor de afstemming van zorg kan niet nageleefd worden wanneer hier niet de juiste ondersteuning voor beschikbaar is.

In 2011 adviseerde de RVZ om zo snel mogelijk een landelijk EPD in te voeren (RVZ, 2011). Ook de IGZ heeft het belang van een goed werkend systeem voor de uitwisseling van informatie over patiënten benadrukt. De IGZ constateerde een aantal knelpunten: rond de actualiteit van informatie, beperkte koppelingsmogelijkheden en het ontbreken of onvindbaar zijn van informatie. Ook is er gesignaleerd dat de EPD's die nu worden gebruikt het zorgproces onvoldoende ondersteunen door problemen met informatie-uitwisseling, en onvindbare informatie (IGZ, 2011a).

Van een ander initiatief om afstemming en coördinatie van zorg te verbeteren, zoals integrale bekostiging zijn de effecten nog niet goed zichtbaar. Er zijn nog maar in beperkte mate verbeteringen zichtbaar in termen van kwaliteit van zorg en gezondheid. Cliënten die integraal bekostigde zorg krijgen zijn tevreden, maar ervaren niet 'meer' geïntegreerde zorg. Daarnaast geldt voor patiënten met complexe multimorbiditeit dat de ziektespecifieke keten-DBC's niet toereikend zijn en kunnen de keten-DBC's een negatieve invloed hebben op de keuzevrijheid in zorgaanbieders van cliënten (Ursum et al., 2011).

Deze inventarisatie van het belang van en de mate van afstemming in de zorg laat zien dat er op dit punt nog het nodige te verbeteren valt. Een belangrijke randvoorwaarde hiervoor ligt op het gebied van elektronische informatie-uitwisseling. Het is belangrijk dat informatie over patiënten op een eenvoudige manier vindbaar en uitwisselbaar is. De implementatie van andere initiatieven die afstemming en samenwerking in de zorg trachten te bevorderen, zal nog veel inspanning vergen. Een toekomstige evaluatie zal zich moeten richten op de vraag of er vooruitgang is geboekt op het gebied van de elektronische informatie-uitwisseling. Ook zou nagegaan kunnen worden in hoeverre Nederland zijn internationale positie heeft verbeterd daar waar het gaat om informatie na ontslag uit het ziekenhuis. Tenslotte is het van belang om wederom een analyse te maken van de concrete patiënten-ervaringen rond het thema afstemming, zoals nu is gedaan met behulp van de resultaten van metingen met de CQ-index of met metingen onder panels als het Consumentenpanel.

2 Recht op keuze-informatie en keuzevrijheid

2.1 Inleiding

In 2006 is het zorgstelsel hervormd naar een systeem van gereguleerde marktwerking. De verandering van aanbod naar vraagsturing die het nieuwe zorgstelsel met zich meebrengt, betekent ook een veranderende positie van de zorggebruiker. De zorggebruiker zal zich als een consument moeten gaan gedragen op de markt van de gezondheidszorg. Het nieuwe stelsel vraagt dus om een zorgconsument die ook daadwerkelijk zijn vraag kenbaar maakt en keuzes maakt.

Om geïnformeerde keuzes te kunnen maken moet de zorgconsument informatie over mogelijke keuzes tot zijn beschikking hebben. Er is steeds meer aandacht voor keuze-informatie en keuzemogelijkheden voor consumenten in de gezondheidszorg. Op internet is een aantal voorbeelden te vinden, zoals kiesbeter.nl en independeer.nl voor keuze-informatie over zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Informatie over kwaliteit van zorg wordt beschouwd als de kern van keuze-informatie. Inzicht in kwaliteit van zorg wordt op dit moment verkregen op basis van prestatie-indicatoren, die onder aanvoering van de IGZ zijn ontwikkeld (IGZ, 2009b). Door middel van informatie over kwaliteit van zorg kunnen consumenten het aanbod, de kwaliteit van zorg en verschillende prijzen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars vergelijken, en door het maken van keuzes zou de zorgconsument competitie tussen zorgverzekeraars en tussen zorgaanbieders stimuleren. Het uiteindelijke doel van dit systeem van gereguleerde marktwerking is dat de kosten zullen dalen en de kwaliteit van zorg zal verbeteren (Enthoven & van de Ven, 2007).

2.1.1 *Het recht op keuze-informatie en keuzevrijheid in het voorstel voor de Wcz*

In het voorstel voor de Wcz wordt extra nadruk gelegd op keuze-informatie voor de cliënt, door in plaats van een plicht voor de zorgaanbieder zoals geregeld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), de cliënt een individueel recht op keuze-informatie te geven. Het recht op keuze-informatie is uniek in het voorstel Wcz en is geformuleerd als een recht jegens de zorgaanbieder. Keuze-informatie zorgt ervoor dat de cliënt goed geïnformeerd wordt over mogelijke behandelalternatieven en vervolgens een keuze kan maken op basis van zijn of haar persoonlijke voorkeuren. Dit draagt bij aan de mate van zelfbeschikking van de cliënt. De zorgaanbieder moet volgens het voorstel voor de Wcz desgevraagd informatie geven over de door hem geboden zorg, over de tarieven en de kwaliteit van de zorg, alsmede over de ervaringen van cliënten

met die zorg. De zorgaanbieder informeert de cliënt voorts over het al dan niet bestaan van de wetenschappelijk bewezen werkzaamheid van die zorg alsmede over de wachttijd (art. 13 lid 1 Wcz). In de memorie van toelichting wordt nog benadrukt: *'Juist voorafgaand aan de zorgrelatie moet de cliënt kunnen kiezen en heeft hij de keuze-informatie nodig.'*⁸ De wetgever beoogt hiermee de eerste stappen te zetten voor een uiteindelijke cultuuromslag waarbij de cliënt bewust wordt van het recht op keuze-informatie, en er de zorgaanbieder actief naar vraagt.⁹ Daarnaast zouden zorgaanbieders openheid en transparantie moeten tonen met betrekking tot keuze-informatie. In de praktijk zou dit zijn uitwerking moeten hebben op de mate waarop cliënten om informatie zoeken over verschillende alternatieven van zorg. Ook zou dit ertoe kunnen leiden dat cliënten hun huisarts vragen om keuze-informatie, voordat de behandeling wordt gestart of voordat cliënten worden doorverwezen naar de tweede lijn.

Een ander aspect van het voorstel voor de Wcz betreft de kennis van cliënten over hun rechten. Het wetsvoorstel heeft een duidelijke ambitie om de kennis over cliëntenrechten te vergroten. In een aantal studies zijn lacunes geconstateerd in de kennis van rechten zowel bij hulpverleners als cliënten (Friele, Albada, & Sluijs, 2006; IGZ, 2006b; RVZ, 2006; Sluijs et al., 2004). In de memorie van toelichting van het voorstel Wcz wordt niet letterlijk gesteld dat cliënten te weinig kennis hebben van hun rechten, maar er wordt wel gesteld dat er een veelheid aan wetten is, waarin de cliëntenrechten moeilijk herkenbaar zijn omdat ze afgeleiden zijn van plichten van de zorgaanbieder. In dit verband werd ook geconcludeerd dat de rechten van cliënten versnipperd geregeld zijn (NPCF, 2007). Hiertoe stelt het voorstel voor de Wcz in artikel 13.2 dat de cliënt er jegens de zorgaanbieder recht op heeft dat deze hem desgevraagd informatie geeft over de rechten die uit deze wet voor hem voortvloeien. Dit is een verder gaande verplichting van individueel gerichte informatieverstrekking dan de informatie verplichting in artikel 38 van de Wmg die meer op het openbaar maken van informatie gericht is. Ook dit element van het voorstel voor de Wcz heeft tot doel een cultuuromslag te bewerkstelligen waarbij cliënten bewuster zijn van hun rechten. In tabel 5 is een aantal belangrijke verschillen weergegeven tussen bestaande wetgeving en het voorstel voor de Wcz.

⁸ Kamerstukken II 2009/10, 32, 402, nr. 3, p.48

⁹ Kamerstukken II 2009/10, 32, 402, nr. 3, p.20-21

Tabel 5

Enkele belangrijke verschillen tussen bestaande wetgeving en het voorstel voor de Wcz

Bestaande wetgeving	Het voorstel voor de Wcz
De zorgaanbieder heeft de plicht om informatie te verstrekken.	De cliënt krijgt een recht op keuze-informatie.
De zorgaanbieder heeft de plicht om in de individuele zorgrelatie bij geneeskundige behandeling informatie te verstrekken over: aard en doel van onderzoek en behandeling, gevolgen en risico's, andere methoden van onderzoek en behandeling, vooruitzichten van de gezondheid van de patiënt (WGBO).	Idem (art. 14 Wcz). Nieuw: de informatie moet afgestemd zijn op het bevattingvermogen van de cliënt en tijdig plaatsvinden. De informatie moet ook gaan over de termijn waarop de zorg kan verleend en over de tijdsduur. Bepaling geldt niet alleen bij geneeskundige behandeling, maar ook in de langdurige zorg.
De zorgaanbieder moet informatie over tarieven en kwaliteit openbaar maken (Wmg).	Idem (Wmg). Nieuw: De cliënt heeft er recht op dat de zorgaanbieder hem op verzoek informatie geeft over de door hem aangeboden zorg, de tarieven en de kwaliteit van die zorg, de ervaringen van cliënten met die zorg, het bestaan van een wetenschappelijk bewezen werkzaamheid en de wachttijd. De cliënt heeft er jegens de zorgaanbieder tevens recht op dat deze hem desgevraagd informatie geeft over de rechten die uit deze wet voor hem voortvloeien.

In deze studie wordt nagegaan hoe het gesteld is met de huidige kennis van cliënten van hun rechten. Tevens wordt er bekeken in hoeverre het recht op keuze-informatie in de praktijk nu al wordt uitgeoefend door cliënten, en in hoeverre er ook daadwerkelijk keuzes worden gemaakt door cliënten. Er wordt een antwoord gezocht op de volgende vragen: Hoe is het op dit moment gesteld met de kennis van cliënten over hun rechten? In hoeverre maken cliënten en patiënten op dit moment keuzes in de zorg?

2.2 *De stand van zaken voor invoering van het wetsvoorstel Wcz*

In deze paragraaf worden de resultaten gepresenteerd met betrekking tot de kennisvraag van het recht op keuze-informatie. Reeds gepubliceerde gegevens van worden per thema gepresenteerd (zie voor een uitgebreide toelichting bijlage 1). De volgende thema's komen aan bod: kennis van cliënten over hun rechten, het recht op keuze-informatie, en keuzevrijheid in de gezondheidszorg. Ten slotte wordt nog specifiek gefocust op de keuzes van chronisch zieken in de gezondheidszorg.

2.2.1 *Kennis van cliënten over hun rechten*

Het voorstel voor de Wcz heeft een duidelijke ambitie om de kennis van cliënten over hun rechten te vergroten. Eerder al werden lacunes gezien in de kennis van cliënten over hun rechten (Friele et al., 2006; IGZ, 2006b; RVZ, 2006; Sluijs et al., 2004). Het begrip kennis is in dit verband een lastig begrip. Er is geen duidelijke scheidingslijn tussen formele kennis van rechten of een rechtsgevoel. Hiermee moet rekening worden gehouden bij het interpreteren van de resultaten. Bekeken is in hoeverre cliënten dachten recht te hebben op verschillende onderwerpen welke vastgelegd liggen in de WGBO. Een element van de WGBO is de informatieplicht van de arts met betrekking tot verschillende onderdelen van de behandeling. Deze onderdelen zijn onder andere het onderzoek dat wordt uitgevoerd, de behandeling die wordt uitgevoerd, de risico's van een behandeling, en alternatieven voor een behandeling. In het voorstel voor de Wcz komt hier een element bij: over een aantal onderwerpen is de hulpverlener verplicht informatie te geven wanneer de cliënt hem dat vraagt. Dit betreft onder andere de kwaliteit en de ervaring van de arts, de kosten van een behandeling, mogelijkheden om het dossier in te zien, en mogelijkheden om een klacht in te dienen.

- ***Bekendheid met rechten***

In 1999 zei ongeveer de helft van de respondenten van het Consumentenpanel bekend te zijn met de WGBO. Het grootste deel van de respondenten 'wist' desalniettemin wel waar zij recht op hebben en gaf correcte antwoorden op de inhoudelijke kennisvragen. Hierbij is het niet duidelijk of dit werkelijk kennis betreft of meer is gebaseerd op een algemeen rechtsgevoel. Respondenten van het Consumentenpanel bleken over het algemeen goed bekend met de informatieplicht van de arts: de informatieplicht voor uitvoering van een onderzoeken de behandeling die wordt uitgevoerd en de risico's van een behandeling en in mindere mate voor de informatieplicht over de alternatieven voor een behandeling (Dute, Friele, & Gevers, 2000). Onderzoek uit 2005 laat hetzelfde zien (Linschoten & Moorer, 2005). Voor dit onderzoek zijn in 2011 weer gegevens verzameld die laten zien dat op dit punt niet veel

verandert. Voor de nieuwe rechten, die in het voorstel voor de Wcz aan de orde komen, waar de cliënt ‘desgevraagd’ recht op informatie op heeft geldt dat onze respondenten deze nog niet rekenen onder hun huidige rechten.

Ook denkt een deel van de respondenten ten onrechte dat er, ook onge- vraagd, de plicht tot informatie bestaat over een paar onderwerpen. Zo denkt een derde dat een arts altijd verplicht is om zijn eigen kwaliteiten en ervaringen prijs te geven (tabel 6).

Tabel 6

Percentages respondenten van het Consumentenpanel in november 2011 die denken dat zij recht hebben op informatie van artsen over onderwerpen

	N	Niet verplicht	Alleen verplicht als ik daarom vraag	Altijd verplicht	Weet ik niet
Het onderzoek dat bij u wordt uitgevoerd	842	1%	15%	81%	3%
De behandeling die wordt uitgevoerd	840	1%	11%	86%	2%
De risico's van de behandeling	839	0%	7%	90%	3%
Of er alternatieven zijn voor een behandeling	831	5%	44%	45%	6%
Eigen kwaliteiten en ervaring als arts	829	14%	45%	33%	8%
De kosten van de behandeling	827	24%	38%	29%	9%

- **Actiefvragen om informatie**

Nieuw in de Wcz is het recht van patiënten om desgevraagd informatie te krijgen over zaken als de aangeboden zorg, tarieven en kwaliteit van zorg en ervaringen van andere cliënten. De veronderstelling daarbij is dat cliënten hier dan ook naar vragen. Desgevraagd zegt de meerderheid van de leden van het Consumentenpanel die bij een medische specialist zijn geweest dat zij hebben gevraagd naar de werking van de behandeling en naar risico's en complicaties. Dit zijn elementen van de klassieke 'wGBO-rechten'. Veel minder vaak zeggen ze te hebben gevraagd naar de ervaringen en kwaliteiten van deze medisch specialist of andere medisch specialisten, en ervaringen van andere patiënten (tabel 7).

Tabel 7

Percentages respondentent van het Consumentenpanel in november 2011 over onderwerpen waarover zij hun medisch specialist hebben gevraagd (van de groep die aangaf dat jaar bij de medisch specialist te zijn geweest)

	N	Ja	Nee	Weet ik niet
Of een behandeling werkt	417	67%	28%	5%
Risico's en complicaties van een behandeling	421	64%	32%	4%
Ervaringen van andere patiënten	414	22%	71%	7%
De ervaring en kwaliteiten van deze medisch specialist	417	16%	79%	5%
De ervaring en kwaliteiten van andere medisch specialisten	416	11%	83%	6%

2.2.2 *Keuzevrijheid*

Een belangrijk onderdeel van het voorstel voor de Wcz is het recht op keuze-informatie. De Wcz zou moeten bijdragen aan een cultuuromslag die er ondermeer toe leidt dat cliënten meer op zoek gaan naar keuze-informatie over zorgaanbieders. Bekeken is in hoeverre cliënten op dit moment belang hechten aan het hebben van keuze-informatie, actief op zoek gaan naar keuze-informatie, en bij welke bronnen deze informatie wordt gezocht.

- ***Belang van keuze-informatie***

Om een goede keuze voor een ziekenhuis te kunnen maken vond het merendeel (87%) van de respondenten die in juni 2010 zijn bevrraagd dat de patiënt precies zou moeten weten hoe goed de kwaliteit is van een ziekenhuis (tabel 8). In 2003 lag dit percentage ongeveer op hetzelfde niveau. Van de artsen van het KNMG-ledenpanel vond 60% in 2010 dat de patiënt moet weten hoe goed de kwaliteit van een ziekenhuis is om een keuze te maken, in 2003 was dit bijna twee derde. Ongeveer één op de vijf mensen vindt dat die informatie er nu al is, dit lag in 2003 op ongeveer hetzelfde percentage. Artsen zijn minder vaak van mening dat die informatie beschikbaar is. Vergelijkbare cijfers vinden we voor het maken van een keuze voor een medische specialist (Delnoij, Rooijen, Wigersma, & Groenewegen, 2003; Wigersma et al., 2010; Wigersma, Brabers, Reitsma-van Rooijen, & de Jong, 2011).

Tabel 8

Meningen van respondenten van het Consumentenpanel (zorggebruikers) en het KNMG-ledenpanel (artsen) in 2003 en 2010 over keuze-informatie over ziekenhuizen en medisch specialisten (categorie 'weet niet' is buiten beschouwing gelaten) (Delnoij et al., 2003; Wigersma et al., 2010)

		% (Geheel mee eens)		% Hiervan is nu vaak/volledig sprake	
		2003	2010	2003	2010
Patiënten zouden precies moeten weten hoe goed de kwaliteit is van een ziekenhuis om een keuze te kunnen maken	Zorggebruikers*	91%	87%	17%	19%
	Artsen	65%	60%	7%	7%
Patiënten zouden precies moeten weten hoe goed de kwaliteit is van een medisch specialist om een keuze te kunnen maken	Zorggebruikers*	85%	85%	12%	10%
	Artsen	50%	52%	3%	5%

*Respondenten van het Consumentenpanel

Vier op de tien respondenten gaven aan dat zij op zoek zouden gaan naar keuze-informatie als zij zouden worden doorverwezen naar het ziekenhuis of een medisch specialist (tabel 9). Hun belangrijkste informatiebron daarbij is hun huisarts, gevolgd door familie, vrienden en kennissen. Websites met vergelijkende informatie over ziekenhuizen worden veel minder vaak genoemd (Reitsma-van Rooijen, Brabers, Masman, & Jong, 2012).

Tabel 9

Consumentenpanel maart 2011: Waar heeft men informatie gezocht of waar zou men informatie zoeken en waarop heeft men een keuze gebaseerd of zou men een keuze baseren wanneer men kiest voor een specialist of ziekenhuis (meerdere antwoorden mogelijk)* (Reitsma-van Rooijen et al., 2012)*

	Informatie zoeken (N=590)	Keuze op baseren (N=589)
De huisarts	55%	68%
Familie/vrienden/kennissen	43%	45%
Mijn zorgverzekeraar	23%	26%
Een patiëntenorganisatie	13%	15%
Internet, namelijk andere websites met vergelijkende keuze-informatie	17%	13%
Internet, namelijk de website www.kiesbeter.nl	16%	15%
Internet, namelijk de websites van zorgverzekeraars	12%	7%
Internet, namelijk de website www.independ.nl	8%	6%
Internet, namelijk op een discussieforum	7%	7%
Geen van deze informatiebronnen	n.v.t.	3%
Anders, namelijk...	13%	12%

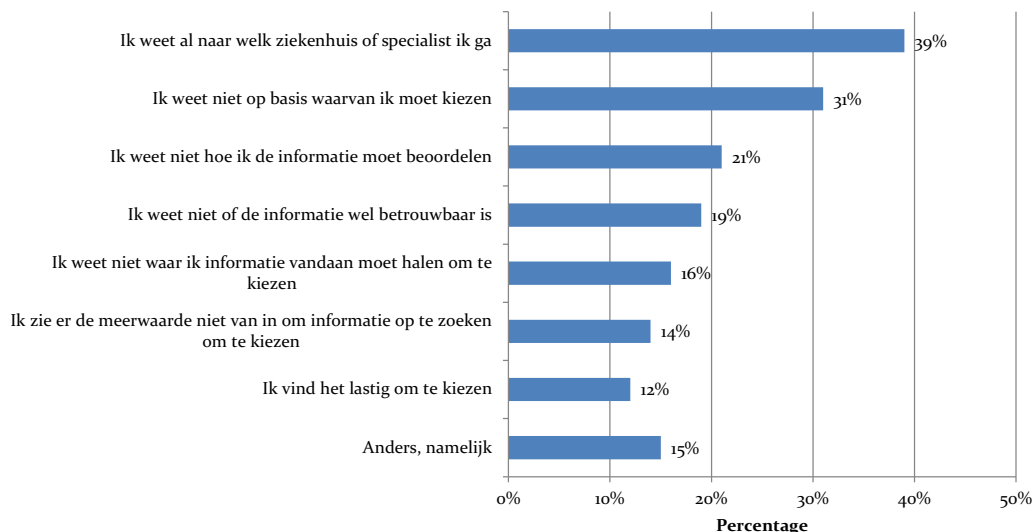
* Deze vragen zijn alleen gesteld aan degenen die hebben aangegeven dat ze bij het kiezen van een ziekenhuis of specialist wel zelf op zoek zouden gaan naar informatie om te kiezen naar welk ziekenhuis of specialist ze het beste kunnen gaan. *Exacte vraagstelling: Waar heeft u informatie gezocht om te kiezen naar welk ziekenhuis of specialist u het beste kon gaan of waar zou u eventueel deze informatie gaan zoeken als u moet kiezen naar welk ziekenhuis of specialist u het beste kan gaan?*

Exacte vraagstelling: Op welke informatie heeft u uw keuze voor een ziekenhuis of specialist gebaseerd of waarop zou u uw keuze voor een ziekenhuis of specialist baseren als u een keuze voor een ziekenhuis of specialist zou moeten maken?

Het andere deel, zes op de tien respondenten, heeft aangegeven niet zelf op zoek te gaan naar keuze-informatie over ziekenhuis of specialist wanneer zij werden doorverwezen door de huisarts. Aan deze groep is gevraagd waarom zij niet op zoek zouden gaan naar keuze-informatie. De belangrijkste redenen waarom respondenten niet op zoek zouden gaan naar keuze-informatie over ziekenhuis en specialist waren dat ze niet weten op basis waarvan ze moeten kiezen en dat ze al weten naar welk ziekenhuis of specialist ze gaan. Een andere belangrijke reden die is aangegeven is dat respondenten niet weten hoe ze de informatie moeten beoordelen (figuur 4) (Reitsma-van Rooijen et al., 2012).

Figuur 4

Consumentenpanel maart 2011: U heeft aangegeven dat u bij het kiezen van een ziekenhuis of specialist niet zelf op zoek zou gaan naar informatie om te kiezen naar welk ziekenhuis of specialist u het beste kunt gaan. Waarom zou u niet zelf op zoek gaan naar informatie om een ziekenhuis of specialist te kiezen? (N=865, meerdere antwoorden waren mogelijk) (Reitsma-van Rooijen et al., 2012)



Het blijkt dus dat het merendeel van de cliënten denkt niet zelf op zoek te zullen gaan naar keuze-informatie in geval van een verwijzing naar een ziekenhuis. Het deel dat dit wel doet, zoekt zijn informatie vooral bij de huisarts en bij vrienden of familie.

• **Kiezen voor een ziekenhuis**

Aan 840 respondenten die in 2011 door hun huisarts waren verwezen naar een medisch specialist is in het Consumentenpanel gevraagd in hoeverre zij toen zelf hebben gekozen voor het ziekenhuis (tabel 10). Een kwart van hen zegt zelf te hebben gekozen voor een ziekenhuis, en een kwart gaf aan dat de huisarts voor hen het ziekenhuis uitkoos. Veel mensen hebben in overleg met de huisarts gekozen (36%). Eén op de tien respondenten gaf aan dat er geen keuze was.

De huisarts speelt dus een belangrijke rol bij de keuze van het ziekenhuis. Ook het grootste deel van de Nederlandse respondenten (70%) in het International Health Policy Survey volgt het advies van de huisarts wanneer zij worden doorverwezen (Faber et al., 2011). Uit ander recent onderzoek blijkt ook dat veel cliënten een advies willen van de huisarts voor doorverwijzing naar de tweede lijn. Hierin zijn wel verschillen tussen mensen te zien: ouderen, laagopgeleiden en onzekere cliënten

wilden bijvoorbeeld vaker dat de huisarts de beslissing voor hen nam. Hoogopgeleiden en cliënten met een niet-chronische aandoening wilden vaker gebruik maken van keuze-informatie uit de krant en op internet (Berendsen et al., 2010).

Tabel 10

Percentages respondenten van het Consumentenpanel in november 2011 over het kiezen van ziekenhuis en medisch specialist (van de respondenten die aan hebben gegeven te zijn doorverwezen naar een medisch specialist) (Consumentenpanel, november 2011)

	Keuze voor ziekenhuis (N=308)	Keuze voor specialist (N=311)
Ik heb zelf gekozen	25%	16%
De huisarts heeft gekozen	25%	21%
Ik heb in overleg met de huisarts gekozen	36%	31%
Ik heb in overleg met anderen gekozen	1%	3%
Ik heb in overleg met anderen en de huisarts gekozen	3%	2%
Het ziekenhuis heeft gekozen	n.v.t.	17%
Ik heb in overleg met het ziekenhuis gekozen	n.v.t.	4%
Er was geen keuze	10%	7%

- ***Kiezen voor een medisch specialist***

Een groot deel (84%) van de respondenten van het Consumentenpanel in juni 2010 vond dat, wanneer patiënten door de huisarts worden doorverwezen naar een specialist, zij zelf de specialist moeten kunnen kiezen die hun voorkeur heeft (tabel 11). In 2010 is deze vraag ook aan de respondenten van het KNMG-ledenpanel voorgelegd, en het overgrote deel (81%) was het hiermee eens (Wigersma et al., 2010; Wigersma et al., 2011). De helft van de respondenten van het Consumentenpanel vindt dat dit ook daadwerkelijk kan.

Tabel 11

Meningen van respondenten van het Consumentenpanel (zorggebruikers)* en het KNMG-ledenpanel (artsen) in 2003 en 2010 over stellingen over keuze-informatie over medisch specialisten (categorie 'weet niet' is buiten beschouwing gelaten) (Delnoij et al., 2003; Wigersma et al., 2010)

		% (Geheel mee eens)		% Hiervan is nu vaak/volledig sprake	
		2003	2010	2003	2010
Als patiënten door hun huisarts naar een specialist worden verwezen, moeten zij zelf de specialist kunnen kiezen die hun voorkeur heeft	Zorggebruikers*	-	84%	-	51%
	Artsen	-	81%	-	52%
Patiënten moeten rechtstreeks een specialist kunnen bezoeken, zonder verwijzing van de huisarts	Zorggebruikers*	33%	27%	2%	5%
	Artsen	10%	8%	7%	5%

-Vraag niet voorgelegd/anders geformuleerd

Van de respondenten uit het Consumentenpanel in 2011 die werden doorverwezen naar de medisch specialist zegt meer dan de helft (52%) dat zij hun huisarts om advies hebben gevraagd over naar welke medisch specialist hij/zij zou kunnen gaan. Daarna is gevraagd hoe de respondenten uiteindelijk tot hun keuze zijn gekomen. Door 16% werd aangegeven dat de respondent zelf voor de medisch specialist heeft gekozen. Daarnaast gaf ongeveer een vijfde deel aan dat de huisarts deze keuze voor hen heeft gemaakt. Bijna een derde maakte de keuze in overleg met de huisarts. Voor 17% van de mensen werd die keuze door het ziekenhuis gemaakt. Ten slotte gaf 7% aan dat er geen keuze was. Deze resultaten zijn te zien in de rechterkolom van tabel 10.

2.2.3 Keuzes van chronisch zieken

Chronisch zieken ervaren meer dan andere cliënten en patiënten een beperking in keuzevrijheid in de gezondheidszorg (Friele et al., 2006). Het merendeel van de chronisch zieken heeft behoefte aan de mogelijkheid om te kunnen kiezen tussen verschillende zorgaanbieders. Echter, meer dan de helft van de chronisch zieken vindt dat zij weinig of geen keuze hebben (Friele et al., 2006; TNS NIPO, 2003). De opkomst van keten-DBC's waarbij patiënten bij voorkeur zorg ontvangen van een hulpverlener binnen één zorggroep, zou kunnen leiden tot een grotere beperking in keuzevrijheid van chronisch zieken (Ursum et al., 2011). Met het recht op keuze-informatie in het voorstel voor de Wcz beoogt de wetgever het kiezen in de zorg te stimuleren. In dat kader is het interessant om te bekijken in hoeverre chronisch zieken behoefte hebben

aan keuze-informatie en in hoeverre zij keuzes maken tussen zorgaanbieders in de gezondheidszorg.

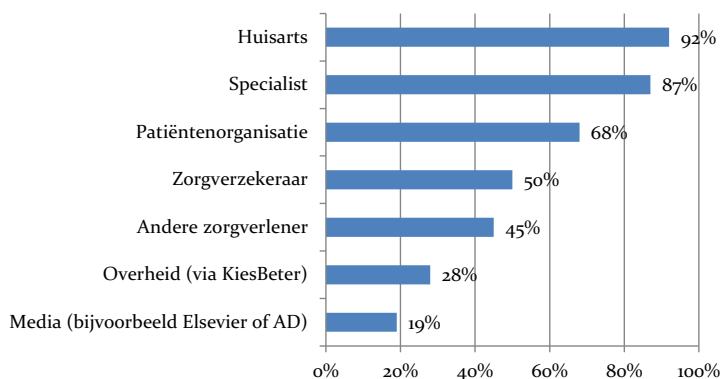
- ***Behoeft van chronisch zieken aan keuze-informatie***

Uit een recent verschenen rapport van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (waarbij 87% van de 5371 respondenten lid was van het Astma Fonds, de Diabetesvereniging Nederland, De Hart& Vaatgroep, de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties, de Reumapatiëntenbond en de Vereniging Spierziekten Nederland) bleek dat chronisch zieken voor het maken van keuzes het meest behoefte hebben aan informatie over de kwaliteit van samenwerking tussen zorgverleners. Alleen de groep van kankerpatiënten vond deze informatie minder belangrijk. Na informatie over kwaliteit van samenwerking volgde achtereenvolgens informatie over wachttijden, behandelresultaten, behandelaanbod en informatie over het aantal behandelingen per jaar per arts. Waar de respondenten minder behoefte aan hadden was informatie over de bereikbaarheid voor vragen en onduidelijkheden, de kwaliteit van begeleiding, aantal behandelingen per jaar per ziekenhuis, kwaliteit van voorlichting, en informatie over de samenstelling van het team zorgverleners.

Als belangrijkste bron van informatie voor keuzes van chronisch zieken werd de huisarts genoemd. Andere belangrijke bronnen waren andere zorgverleners, familie en kennissen, andere patiënten en patiëntenorganisaties. Hierbij waren wel verschillen te zien in patiëntengroepen; zo vond 78% van de diabetespatiënten de huisarts de belangrijkste informatiebron, terwijl dit bij reumapatiënten 66% was. Het oordeel van de huisarts of specialist werd gezien als de beste hulp voor het maken van een keuze voor een zorgverlener of instelling. Tevens werd het advies van patiëntenorganisaties belangrijk gevonden. Van de patiënten met een spierziekte gaf 77% aan dat het oordeel van een patiëntenorganisatie hen helpt bij het maken van een keuze, tegen 64% van de patiënten met een chronische darmaandoening. Als minder belangrijke bronnen werden genoemd informatie van de zorgverzekeraar, en informatie van de Consumentenbond, Independer en Kiesbeter (figuur 5). Ten slotte gaf 62% aan dat zij behoefte hebben aan een keuzehulpmiddel zoals mogelijkheden om instellingen te vergelijken, rangordes of keurmerken. Op dit punt verschilden patiëntengroepen niet sterk: 58% van de diabetespatiënten wilde een keuzehulpmiddel tegen 64% van de patiënten met een spierziekte (NPCF, 2011).

Figuur 5

**Beste adviseur bij het maken van keuzes volgens chronisch zieken in 2011
(NPCF, 2011)**



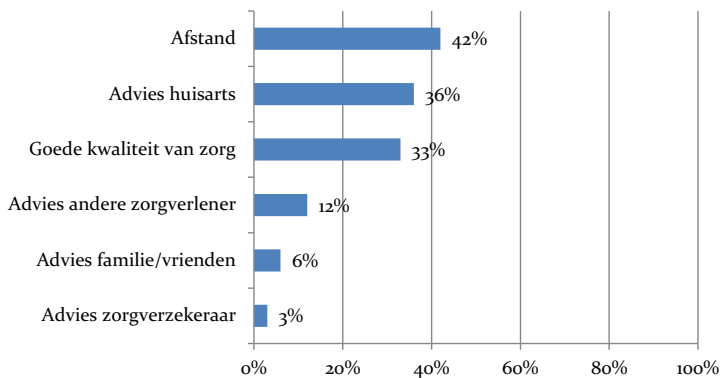
• **Keuzes van chronisch zieken**

Uit het rapport van de NPCF blijkt dat minder dan de helft van de respondenten (41%) keuzes heeft gemaakt tussen verschillende zorgverleners. Ongeveer een kwart had gekozen tussen verschillende zorginstellingen, bepaalde behandelingen of bepaalde medicijnen. Ruim een derde gaf aan geen expliciete keuzes te hebben gemaakt in de gezondheidszorg. Wel gaf de helft van de respondenten aan dat zij altijd willen kunnen kiezen tussen zorginstellingen en/of zorgverleners. Hier waren wel verschillen te zien tussen verschillende patiëntengroepen; vooral mensen met een chronische darmaandoening (59%) wilden vrijheid in keuze hebben, terwijl diabetespatiënten minder vaak (44%) aangaven dat zij altijd een keuze willen hebben. Een klein deel van de deelnemers (5%) gaf aan nooit een keuze te willen hebben.

Bijna twee derde van de chronisch zieke personen had in 2011 zorg nodig in het ziekenhuis. Hiervan wilde driekwart zelf de keuze voor het ziekenhuis maken, en 21% vond dit niet nodig. Uiteindelijk gaf 71% ook daadwerkelijk te kunnen kiezen voor een ziekenhuis. Een op de vijf respondenten gaf aan niet te kunnen kiezen, waarvan 19% dit ook een probleem vond (4% van het totaal). Bijna 60% gaf aan het ziekenhuis te kiezen waar zij eerder al behandeld zijn. Voor mensen die niet al in behandeling waren in een ander ziekenhuis bleek afstand de belangrijkste reden, gevolgd door het advies van de huisarts. Toch zei 59% van de respondenten het geen probleem te vinden om verder te reizen voor betere kwaliteit van zorg, en vonden zij de deskundigheid van een specialist doorslaggevend. Andere redenen voor de keuze van het ziekenhuis waren het advies van anderen en goede kwaliteit van zorg (figuur 6).

Figuur 6

**Redenen voor keuze van het ziekenhuis van chronisch zieken in 2011
(NPCF, 2011)**



2.3 Conclusie

In dit deel van de kennisvraag van het voorstel voor de Wcz is bekeken in hoeverre cliënten bekend zijn met hun rechten. Ook is gekeken naar de mate waarin en de manier waarop zij zoeken en vragen naar keuze-informatie en naar in hoeverre en op basis waarvan zij zelf keuzes maken in de zorg.

Het blijkt dat cliënten over het algemeen goed kunnen aangeven welke rechten zij hebben. Dit geldt althans voor de klassieke wGBO-rechten zoals de informatieplicht van de arts over de behandeling die hij uit zal voeren. Veel cliënten geven aan dat zij zelf naar deze informatie vragen. Veel minder vaak zeggen zij te vragen naar informatie over onderwerpen als kwaliteit en ervaring van de medisch specialist en de ervaringen van andere cliënten.

Vrijwel iedereen vindt het belangrijk om te kunnen kiezen in de gezondheidszorg. Cliënten vinden ook dat zij goed geïnformeerd moeten zijn om keuzes in de zorg te maken. Zij ervaren niet dat zij de laatste jaren meer kennis hebben gekregen over de kwaliteit van zorgaanbieders en zorginstellingen. De helft van de cliënten vindt dat zij daadwerkelijk keuzevrijheid hebben. Onder chronisch zieken ligt dit percentage hoger: bijna driekwart van hen geeft aan dat zij zelf een keuze konden maken voor het ziekenhuis, vaak betrof dit de keuze voor een ziekenhuis waar ze al eerder waren behandeld. De ervaren keuzevrijheid voor een medisch specialist is kleiner.

Wat sterk naar voren komt is dat de huisarts een zeer grote rol speelt bij keuzes van cliënten in de gezondheidszorg. Zes op de tien cliënten

gaven aan niet op zoek te gaan naar keuze-informatie over ziekenhuis of specialist, en hiervan zegt driekwart het advies van de huisarts te zullen volgen. Maar ook voor de mensen die zeggen wel actief op zoek te gaan naar informatie is de huisarts een belangrijke bron van informatie. Voor chronisch zieken geldt ook dat de rol van de huisarts erg belangrijk is. Voor hen speelt afstand bij de keuze voor een ziekenhuis een belangrijke rol. Wel zijn er op dit punt verschillen tussen cliëntengroepen. Meer mensen met diabetes dan mensen met reuma vinden het advies van de huisarts belangrijk, en meer mensen met een spierziekte dan mensen met een chronische darmaandoening vinden het advies van de patiëntenorganisatie belangrijk. Ook zijn bijvoorbeeld mensen met kanker en mensen met een spierziekte meer bereid om verder te reizen voor betere kwaliteit van zorg (NPCF, 2011). Met name laagopgeleiden, jongeren, ouderen en onzekere cliënten willen graag advies van de huisarts. Daarnaast verwachten deze groepen ook andere informatie dan bijvoorbeeld hoogopgeleiden (Berendsen et al., 2010).

De huisarts speelt dus een centrale rol in het verstrekken van keuze-informatie en het maken van keuzes door cliënten in de gezondheidszorg (Reitsma-van Rooijen et al., 2012). Het is echter niet duidelijk waar huisartsen hun adviezen op baseren en van welke kwaliteitskenmerken van ziekenhuizen en medisch specialisten zij op de hoogte zijn. Deze belangrijke schakel in het maken van keuzes voor aanbieders en zorgverleners in de gezondheidszorg is tot op heden onderbelicht.

Bij een toekomstige evaluatie zou, wat betreft het recht op informatie, vooral ingegaan moeten worden op de vraag in hoeverre patiënten zelf initiatieven zijn gaan nemen en zijn gaan vragen om specifieke informatie over de ervaringen van andere patiënten en over de kwaliteit van zorg. Wat betreft het recht om te kiezen voor een zorgaanbieder zou nader moeten worden ingegaan op de rol van de huisarts en de informatie waarop de huisarts zich baseert bij het geven van adviezen over ziekenhuizen of een medisch specialist.

3 Klachtrecht

3.1 Inleiding

Het voorstel voor de Wcz bevat een aanzienlijk aantal nieuwe elementen op het gebied van het klachtrecht. Aanleiding tot de nieuwe regeling zijn onder andere de resultaten van een aantal evaluaties van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (Wkcz). Een belangrijk doel van de Wkcz was laagdrempeligheid van klachtbehandeling voor cliënten in de gezondheidszorg, met een verplichting voor de zorgaanbieder tot instelling van een klachtencommissie met onafhankelijke voorzitter. De beoogde laagdrempeligheid van formele klachtbehandeling bleek niet behaald, omdat sommige soorten klachten uitgesloten waren van de klachtbehandeling. Daarnaast bleek dat twee derde van alle ingediende klachten op een informele manier werden opgelost (Friele et al., 1999). Van de klagers die de formele procedure volgden, blijkt uit verschillende studies dat het grootste deel niet tevreden met het resultaat is (Daniel et al., 1999; Friele et al., 1999; Kruikemeier et al., 2009; Sluijs et al., 2002; Sluijs et al., 2004), terwijl resultaten van de informele procedure positiever worden ervaren door klagers (Dane et al., 2000). Wat klagers het liefst willen zien is het toegeven van de fout door de hulpverlener, uitleg en excuses (Doig, 2004; Sluijs et al., 2004). Gal & Doron (2007) beschrijven het begrip 'informele klacht' als volgt: *'made to front-line employees or other organizational entities not through written means or channels formally designated for processing complaints'* (Gal & Doron, 2007). In 1996 werd de informele procedure ook beschreven door Legemaate (1996). Deze gaf twee mogelijkheden voor het informele traject: de persoonlijke procedure en de klachtopvang of bemiddeling. De persoonlijke procedure houdt in dat de klacht door de klager met de betrokken hulpverlener wordt besproken. Klachtopvang/bemiddeling houdt in dat de klager wordt bijgestaan door een ondersteunend of bemiddelend persoon (Legemaate, 1996). De persoonlijke procedure wordt vaak als eerste aanbevolen door zorginstellingen.

3.1.1 *Het klachtrecht in het voorstel voor de Wcz*

In het voorstel voor de Wcz wordt een nieuwe regeling op het gebied van het klachtrecht voorgesteld (art. 27-30 Wcz). Het doel van de wetgever is om met het wetsvoorstel de klager een laagdrempelige en effectieve klachtenregeling te bieden (art. 28 Wcz). Hierin krijgt de zorgaanbieder meer ruimte vergeleken met de Wkcz. De verplichting tot installatie van een klachtencommissie valt weg, in plaats daarvan is aanstelling van een klachtenfunctionaris wel verplicht. De zorgaanbieder moet de klager gratis ondersteuning bieden in de vorm van informatie advies en bemiddeling (art. 28 lid 2 sub b Wcz). Beoogd wordt dat klachten zoveel mogelijk worden opgelost waar zij ontstaan zijn. In het geval van

formele klachtbehandeling, moet de zorgaanbieder een schriftelijk oordeel over klachten geven binnen een termijn van 6 weken (art. 28 lid 2 sub f en g).

Een nieuw element is dat nabestaanden van overleden cliënten ook een klacht kunnen indienen (art. 28 lid 2a). Daarnaast moet de zorgaanbieder zich aansluiten bij een geschillencommissie waar klagers hun klacht in tweede aanleg, en in bijzondere gevallen in eerste aanleg, kunnen laten beoordelen. De geschillencommissie kan een bindende uitspraak doen en een schadevergoeding toekennen tot €25.000 euro (art. 29 lid 2 Wcz). Met deze nieuwe regeling verwacht de wetgever dat het aantal formeel behandelde klachten zal dalen. De Geschillencommissie moet een extra prikkel zijn voor de zorgaanbieder om de klachtbehandeling in eigen huis zo zorgvuldig mogelijk plaatsvindt.¹⁰ Daarnaast wordt verwacht dat de uitspraken van een geschillencommissie, vanwege het bindende karakter, een groter effect zullen hebben.

¹⁰ Kamerstukken II
2009/10, 32, 402, nr. 3,
P.55

In het voorstel voor de Wcz wordt expliciet aandacht besteed aan afstemming tussen zorgverleners, zowel binnen en buiten instellingsverband (zie ook het hoofdstuk 'Afstemming'). Klachten over het tekortschieten van afstemming bleken lastig te behandelen binnen de kaders van de Wkcz (1Gz, 2006a). De Wkcz kent weliswaar een vorm van centrale aansprakelijkheid. Deze houdt in dat bij onduidelijkheid over de vraag op welke medewerker de klacht betrekking heeft, de klager de bestuurder kan aanspreken. Echter, deze centrale aansprakelijkheid blijft beperkt tot de ene instelling waar de bestuurder verantwoordelijkheid voor draagt. De klachtenregeling in het wetsvoorstel zou hier, gezien de grotere flexibiliteit die zorgaanbieders wordt geboden, meer mogelijkheden kunnen bieden. Temeer daar het onderwerp afstemming van zorg zo expliciet aan de orde komt in het voorstel voor de Wcz. Zo kunnen verschillende zorgaanbieders in één regio bijvoorbeeld afspraken maken over een gezamenlijke klachtenregeling (KNMG, 2010).

De belangrijkste verschillen tussen bestaande wetgeving en het voorstel voor de Wcz zijn te zien in tabel 12.

Tabel 12

Enkele belangrijke verschillen tussen de Wkcz en het voorstel voor de Wcz

Wkcz	Het voorstel voor de Wcz
Indienen van een klacht is mogelijk door of namens de cliënt	Indienen van een klacht is mogelijk door of namens de cliënt, nabestaanden van overleden cliënten, ouder/voogd van minderjarigen, mentor, curator, of gemachtigde van mensen die niet in staat kunnen worden geacht tot een redelijke waardering van hun belangen
De zorgaanbieder heeft de plicht tot waarborgen van bijstand van de klager en beklagde bij behandeling van de klacht	De klager wordt desgewenst gratis met informatie, advies en bemiddeling ondersteund
De instelling van een klachtencommissie met onafhankelijke voorzitter is verplicht. De commissie kan een niet-bindend oordeel doen over de gegrondheid van klachten	De zorgaanbieder heeft de plicht tot instellen van een klachtenregeling in overeenstemming met de cliëntenraad, met een plicht tot de aanstelling van een klachtenfunctionaris/ cliëntenvertrouwenspersoon
De klachtencommissie stelt zelf een termijn in een vast te leggen regeling voor klachtbehandeling	Bij schriftelijke indiening van een klacht moet de zorgaanbieder een schriftelijk oordeel geven binnen een termijn van 6 weken, met in bijzondere omstandigheden een verlenging van 4 weken
Zorgaanbieders kunnen vrijwillig aansluiten bij een geschillencommissie die schadevergoedingen toekent tot € 5.000 euro. De uitspraken van de geschillencommissie zijn niet openbaar	Zorgaanbieders hebben de plicht tot aansluiting bij een geschillencommissie die bindend advies kan doen en schadevergoedingen toekent tot € 25.000 euro. De uitspraken van de geschillencommissie zijn openbaar
Wetgeving is gericht op het handelen van individuele zorgverlening in instellingsverband, er bestaat weinig ruimte voor klachten tegen ketenzorg/samenwerkingsverbanden	De vrijheid tot het inrichten van een klachtenregeling biedt ruimte om de regeling bestand te maken tegen klachten over ketenzorg, ook bij externe samenwerkingsverbanden

3.2 De stand van zaken voor invoering van het wetsvoorstel Wcz

In de volgende paragrafen worden de resultaten van de kennisvraag omtrent het klachtrecht beschreven. De resultaten zijn voornamelijk gebaseerd op nieuw verzamelde gegevens door middel van vragenlijsten ingevuld door klachtenfunctionarissen, een belronde naar deze klachtenfunctionarissen en gegevens uit consumentenpeilingen en literatuur

(zie voor een uitgebreide toelichting bijlage 1). De resultaten worden beschreven op basis van drie thema's: (1) de verwachtingen van cliënten over de klachtbehandeling; (2) toegankelijkheid van de klachtenregeling; (3) de bemiddeling en behandeling van klachten.

3.2.1 *Verwachtingen van cliënten over de manier waarop klachten worden behandeld*

Cliënten hebben vrij kritische denkbelden over de manier waarop in de gezondheidszorg met klachten wordt omgegaan. Zo denkt slechts 19% dat klachten onpartijdig worden behandeld, terwijl meer dan de helft denkt dat artsen elkaar de hand boven het hoofd houden als een patiënt een klacht indient (tabel 13) (Reitsma-van Rooijen, Brabers, Wigtersma, & Jong, 2012).

Tabel 13

Percentages respondenten van het Consumentenpanel in 2010 over stellingen over klachtbehandeling in de gezondheidszorg (Reitsma-van Rooijen et al., 2012)*

	N	Geheel oneens	Oneens %	Eens noch oneens %	Eens %	Geheel eens	Weet niet %
Klachten van patiënten worden onpartijdig behandeld	953	4	17	40	18	1	21
Klachten van patiënten worden serieus genomen	953	4	18	33	31	2	13
Er zijn eerlijke procedures om klachten van patiënten te behandelen	954	5	18	28	30	2	18
In de gezondheidszorg is men er open over, wanneer iets niet goed is gegaan in de behandeling	957	18	52	20	4	1	5
Als een patiënt een klacht indient, houden artsen en ziekenhuizen elkaar de hand boven het hoofd	957	0	9	26	43	10	12
Artsen moeten uit zichzelf vragen of alles naar wens verloopt of dat er klachten zijn	958	0	3	7	67	21	3

* *Originele titel tabel: Frequentieverdelingen in percentages van meningen van zorggebruikers bij stellingen over afhandeling van klachten binnen de gezondheidszorg*

- ***Verwachtingen van cliënten over informatievoorziening over de klachtenprocedure***

Volgens art. 28 lid 5 van het voorstel voor de Wcz moet de zorgaanbieder de klachtenregeling op een geschikte wijze onder de aandacht brengen van cliënten. Ruim 38% van de respondenten van het

Consumentenpanel in 2010 vond het duidelijk waar patiënten met hun klachten terecht kunnen (Reitsma-van Rooijen et al., 2012), de meesten dus niet. Dit betekent dat mensen die een klacht indienen weinig concrete ideeën hebben over hoe deze klachten behandeld gaan worden. Het blijkt dat het ontvangen van informatie over de manier waarop de klachtbehandeling is geregeld voor de meeste cliënten geen grote prioriteit heeft (zie oa. Sixma et al., 2009; van Wijngaarden B., Meije D., & Kok I.; 2008, Beijersbergen, Christians, Asmoredjo, & Wolf, 2010). Het ligt voor de hand dat zij hier pas interesse in hebben op het moment dat zij een klacht hebben. In de enquête onder zorgaanbieders is gevraagd naar de informatievoorziening over de klachtbehandeling. De meeste zorgaanbieders zeggen dat ze informatie verstrekken via een folder, via de website en door het personeel.

3.2.2 Toegankelijkheid van klachtenregeling

Een eerste voorwaarde voor een klachtenregeling is dat deze goed toegankelijk is. Vrijwel alle bevraagde instellingen geven aan dat mensen met klachten zowel mondeling, schriftelijk, via de e-mail of internet als telefonisch contact konden opnemen.

Wij zijn nader ingegaan op de telefonische bereikbaarheid in de praktijk. Wij hebben via de telefoon contact gezocht met iemand die geldt als aanspreekpunt voor klachten binnen een instelling. In ruim een kwart van de gevallen werden wij bij het eerste telefoontje, dat we pleegden op een doordeweekse dag tijdens kantooruren, verbonden met een aanspreekpersoon. Bij ziekenhuizen lag dit percentage wat hoger (40%) dan bij de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg en de Zelfstandige behandelcentra of privéklinieken (tabel 14). Uiteindelijk kregen we, na drie belpogingen, van 88% van de instellingen op zijn minst een email adres van iemand bij wie een klacht ingediend kon worden.

Tabel 14

Aantal keer direct doorverbonden met klachtaanspreekpunt in zorginstellingen

Direct doorverbonden	Ziekenhuizen (n=81)	VVT (n=188)	ZBC&PK (n=152)	Totaal (N=421)
Direct doorverbonden	32 (40%)	46 (24%)	45 (30%)	123 (29%)
Niet direct doorverbonden	49 (60%)	142 (76%)	107 (70%)	298 (71%)
Na drie belpogingen informatie gekregen over een aanspreekpunt	75 (93%)	167 (89%)	129 (85%)	371 (88%)

Het meeste werd verwezen naar de klachtenfunctionaris, vooral in de ziekenhuizen; hier was de klachtenfunctionaris in 80% van de gevallen het eerste aanspreekpunt voor het telefonisch kenbaar maken van klachten. In de ZBC&PK was dit 20% en in de vvt was dit 29%. Daarnaast werd voor klachten ook doorverwezen naar de Raad van Bestuur, in de ZBC&PK was dit 22% en in de vvt 23%, terwijl dit in de ziekenhuizen 1% was (tabel 15). Door een open antwoordmogelijkheid konden nog andere functies worden gegeven. Vooral ZBC&PK's (43%) en de vvt (38%) maakten hier gebruik van: zij noemden vaker de directie-secretaresse, de kwaliteitsmanager, PR-manager of zorgmanager. Door twee derde van de door ons benaderde instellingen wordt aangegeven dat een contactpersoon die kan worden benaderd in verband met klachten full time telefonisch bereikbaar is.

In de ziekenhuizen had 96% van de respondenten die gelden als aanspreekpunt voor de klachtbehandeling een voor het klachttraject relevante opleiding of cursus gevolgd. In de vvt was dit percentage 39% en in de ZBC&PK bijna 50%. De opleidingen of cursussen die vaak werden genoemd zijn de basisopleiding tot klachtenfunctionaris, mediation-opleidingen/cursussen, en cursussen van het Stichting Ondersteuning Klachtopvang Gezondheidszorg (SOKG) en Vereniging van Klachtenfunctionarissen in Instellingen voor Gezondheidszorg (VKIG).

Tabel 15

Functies van personen die volgens telefonist(e) verantwoordelijk zijn voor klachten in ziekenhuizen, de vvt en ZBC&PK in 2011

	Totaal	Ziekenhuizen	vvt	ZBC&PK
Receptie	3 (1%)	0	1 (1%)	2 (1%)
Patiëntenvoorlichting/patiëntenbalie/ patiëntenondersteuning	2 (<1%)	2 (2%)	0	0
Klachtenfunctionaris/bemiddelaar/ patiënten/cliëntenvertrouwenspersoon	143 (30%)	66 (80%)	49 (29%)	28 (20%)
Cliëntenraad/bewonersraad	1 (<1%)	0	1 (1%)	0
Afdelingshoofd/leidinggevende	30 (6%)	2 (2%)	11 (6%)	17 (12%)
Klachtencommissie	9 (2%)	4 (5%)	4 (2%)	1 (1%)
Raad van Bestuur/directie	70 (15%)	1 (1%)	38 (23%)	31 (22%)
Anders	130 (27%)	7 (8%)	64 (38%)	59 (43%)
Totaal	388 (100%)	82 (100%)	168 (100%)	138 (100%)
Missing	85	8	32	45

3.2.3 Bemiddeling van klachten

Het uitgangspunt van het voorstel tot de Wcz is dat klachten zoveel mogelijk worden opgelost op de plek waar deze zijn ontstaan, gericht op het wegnemen van onvrede bij de klager, zo laagdrempelig mogelijk, onder andere door middel van bemiddeling. Bemiddeling kan in verschillende vormen plaatsvinden. Naast een gesprek tussen klager en beklaagde, kan bemiddeling ook plaatsvinden zonder dat klager en beklaagde elkaar spreken. Ook kan bemiddeling schriftelijk plaatsvinden.

In alle drie de sectoren heeft 95-98% aangegeven dat er in eerste instantie altijd wordt getracht te bemiddelen tussen klager en beklaagde. Ook gaven vrijwel alle respondenten aan dat er in hun instelling een protocol of leidraad bestaat voor klachtbemiddeling. De meest voorkomende werkwijze is dat de bemiddelaar een gesprek regelt tussen klager en beklaagde en als onpartijdig persoon het gesprek begeleidt (tabel 16).

Tabel 16
Verschillende werkwijzen van bemiddeling in 2011

Werkwijzen bemiddeling	Ziekenhuizen (N=62)	VVT (N=73)	ZBC&PK (N=40)
Een gesprek regelen tussen klager en beklaagde, bemiddelaar afwezig	68%	36%	50%
Gesprek regelen tussen klager en beklaagde en als onpartijdig persoon het gesprek begeleiden	97%	59%	57%
Gesprek regelen tussen klager en beklaagde en als ondersteuner van klager fungeren	34%	25%	10%
Eerst met klager praten, vervolgens in afwezigheid van klager met beklaagde praten, en reactie beklaagde aan klager mededelen	85%	55%	52%
Anders	37%	34%	25%

Vervolgens is gevraagd in hoeveel gevallen er daadwerkelijk een gesprek plaatsvindt tussen klager en beklaagde. In de ziekenhuizen werd aangegeven dat er gemiddeld in 33% (spreiding 4-95%) van de gevallen een gesprek plaatsvindt tussen klager en beklaagde. In de VVT was dit gemiddeld 52% (spreiding 0-100%) en in de ZBC&PK 48% (spreiding 0-100%). Lang niet in alle gevallen is een gesprek dus vanzelfsprekend.

3.2.4 De behandeling van klachten

In ziekenhuizen wordt verreweg het grootste aantal klachten bemiddeld of behandeld. In 2010 ging het in ziekenhuizen om gemiddeld 431,9 bemiddelde klachten, met een spreiding van 14-1100 klachten en gemid-

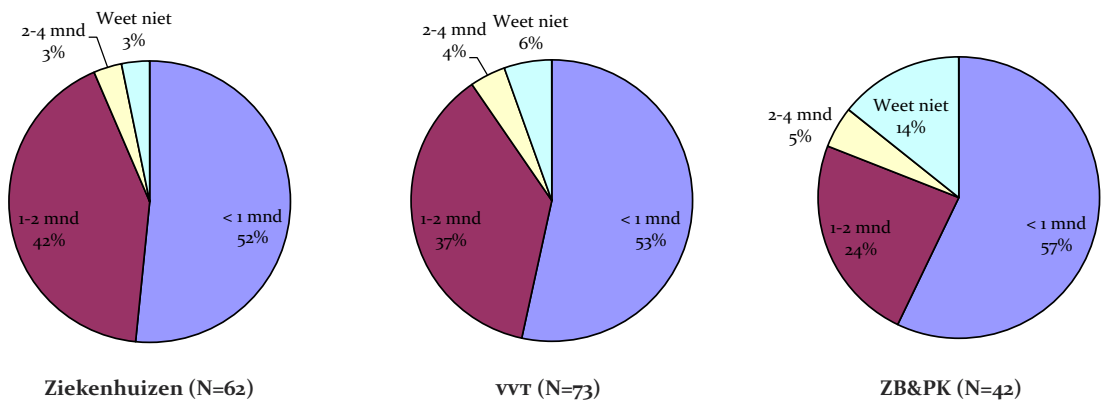
deld 34 klachten die door een klachtencommissie werden behandeld en de spreiding ligt hierbij tussen 0-177. De verhouding tussen behandeld en bemiddeld is dus 1:12,5.

In de vvt werden in 2010 gemiddeld 46,8 klachten bemiddeld met minimaal 0 tot maximaal 250 klachten, terwijl er 2,6 klachten formeel werden behandeld, met een spreiding van 0-44. Ten slotte zijn er in de ZBC&PK 115,5 klachten bemiddeld, lopend van minimaal 0 tot maximaal 998 klachten en gemiddeld 4,3 klachten formeel door de klachtencommissie behandeld, met een spreiding van 0-61 klachten.

Uit eerder onderzoek is gebleken dat klagers het erg belangrijk vinden dat zij snel geholpen worden met hun klacht (Kruike-meier et al., 2009). De wetgever speelt hierop in, en beoogt met het voorstel voor de Wcz dat zoveel mogelijk klachten in een vroege fase worden opgelost. In alle sectoren werd door ongeveer de helft van de respondenten aangegeven dat de gemiddelde duur van het bemiddelingstraject minder dan een maand bedraagt (figuur 7). In de ziekenhuizen werd door 42% aangegeven dat de duur 1-2 maanden bedraagt. In de vvt werd dit door 37% van de respondenten aangegeven en in de ZBC&PK door 24%. In alle sectoren werd door maximaal 5% aangegeven dat de duur van het bemiddelingstraject 2-4 maanden bedraagt. Door geen van de instellingen werd aangegeven dat de gemiddelde duur van het bemiddelingstraject langer dan 4 maanden is.

Figuur 7

Gemiddelde doorlooptijd bemiddelingstraject in 2011

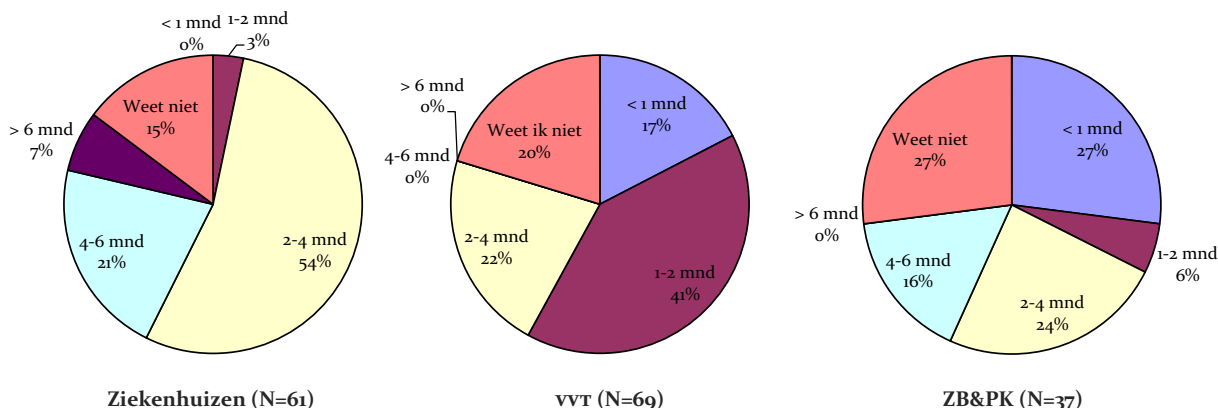


Wanneer een klager zijn klacht indient in het formele traject, in het kader van het voorstel voor de Wcz betekent dit schriftelijke indiening van een klacht, zal voor de zorgaanbieder een termijn van 6 weken gaan gelden voor afhandeling van de klacht. In de huidige praktijk blijken de doorlooptijden van de formele procedures langer te zijn dan die van het

bemiddelingstraject (figuur 8), ook zijn er aanzienlijke verschillen tussen de sectoren. De meeste procedures in de ziekenhuizen duren 2-4 maanden, in de vvt duren de meeste procedures maximaal 2 maanden. De ZBC&PK zitten hier tussen in. Opmerkelijk is dat een flink aantal respondenten (tussen de 15-27%) niet weet hoe lang de procedures duren.

Figuur 8

Gemiddelde doorlooptijd formele klachtenprocedure in 2011



• **Afsluiting van het informele traject vs. formele traject**

Voor klagers is het belangrijk om aan het einde van de klachtbehandeling een reactie te krijgen van de betrokken zorgverlener. Zowel volgens de Wkcz als het voorstel voor de Wcz is het voor de zorgaanbieder verplicht om een reactie te geven wanneer een klacht wordt ingediend. Uit eerder onderzoek blijkt dat maar een minderheid van klagers deze reactie zegt te ontvangen (Sluijs et al., 2004) ook als hun klacht gegrond is verklaard (Kruikemeier et al., 2009).

Volgens de respondenten uit de instellingen wordt het informele traject doorgaans afgesloten met een brief of telefoongesprek van de klachtenfunctionaris of bemiddelaar. In de ziekenhuizen werd verder door 52% aangegeven dat afsluiting van het informele traject geschiedt door middel van een brief of telefoontje van de beklagde of van een leidinggevende. Ook gaf 39% aan dat de manier van afsluiten sterk varieert. Ook in de vvt wordt het informele traject vaak afgesloten met een brief of telefoongesprek van een leidinggevende gaf 41% aan, maar minder vaak door de beklagde zelf. Ook hier gaf bijna een derde aan dat er variatie in bestond. In de ZBC&PK gaf bijna een derde aan dat afsluiting van het informele traject plaatsvindt door een brief of telefoongesprek van de Raad van Bestuur of de beklagde zelf, en volgens een kwart door een leidinggevende. In vrijwel alle instellingen in de drie sectoren is aangegeven dat de formele klachtenprocedure door middel van een schriftelijke

lijke reactie namens de zorgaanbieder aan de klager wordt afgesloten. Ook is door bijna alle instellingen aangegeven dat systematisch wordt bijgehouden of de schriftelijke reactie is afgegeven.

We kunnen constateren dat de mate waarin klagers uiteindelijk een reactie krijgen van de betrokken zorgverlener sterk varieert. In het informele traject is dit in veel gevallen niet expliciet geregeld. In het formele traject lijkt dit beter geregeld. Een beperking is wel dat het hier onduidelijk is of het gaat om een reactie van de betrokken hulpverlener of om een meer onpersoonlijke reactie namens de instelling. Dit laatste zou slecht aansluiten bij de behoefte van mensen die een klacht indienen.

- ***De behandeling van klachten over samenwerking en afstemming***

Zoals eerder gezegd zijn er de laatste jaren veel ontwikkelingen in de zorg op het gebied van multidisciplinaire samenwerking. Hierbij is de afstemming van zorg, zowel binnen een instelling als tussen verschillende instellingen een belangrijk thema. Het voorstel voor de Wcz geeft de zorgaanbieder meer ruimte tot het inrichten van een klachtenregeling. Dit biedt ruimte om de klachtenregeling ook beter passend te maken voor klachten tegen samenwerkingsverbanden en afstemmingsproblemen. Hierbij gaat het met name om externe samenwerkingsverbanden, waarbij zorgverleners van verschillende instellingen ketenzorg bieden aan één cliënt.

Van de bevraagde respondenten van de ziekenhuizen bleek 40% ervaring mee te hebben gehad met klachten over samenwerking en afstemming, in de vvt-instellingen had 18% hier ervaring mee, en in de ZBC&PK 22%. Door middel van open vragen is gevraagd naar de werkwijze die dan wordt gevolgd. Hierbij werden in alle drie de sectoren in grote lijnen twee verschillende werkwijzen onderscheiden. De eerste werkwijze houdt in dat er contact wordt opgenomen met klachtenfunctionarissen van de betrokken instellingen. De klachtenfunctionarissen van de verschillende instellingen zouden gezamenlijk met de klachten aan de slag gaan. De tweede werkwijze houdt in dat alleen dat deel van de klachten wordt opgepakt dat handelingen van de eigen instellingen betreft. In de drie sectoren waren zeer weinig respondenten die aangeven dat de klachtencommissie te maken heeft gehad met klachten over afstemmingsproblemen en samenwerkingsverbanden tussen zorgverleners van verschillende instellingen. In hoeverre deze werkwijze bevredigend waren voor klagers of aangeklaagden is niet bekend.

- ***Klachten als onderdeel van een kwaliteitsbeleid***

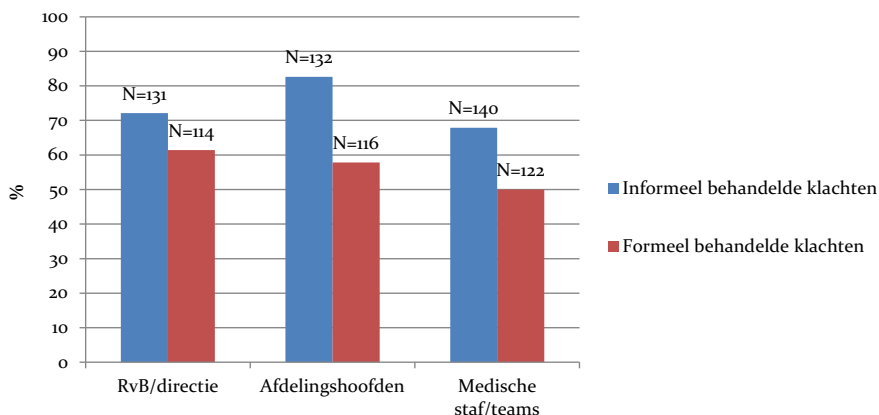
Idealiter vormt klachtbehandeling een onderdeel van het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen: een klacht kan leiden tot maatregelen er verbetering van de kwaliteit. Op grond van het European Foundation for Quality Management (EFQM) excellence model (Nabitz U., Klazinga N.,

& Walburg J., 2000; Wagner, Bakker, & Groenewegen, 1999) is ervoor gekozen om te bekijken in hoeverre klachten in verschillende lagen van de organisatie structureel onderdeel vormen van besprekingen. Er wordt aangenomen dat klachten die structureel worden besproken aanleiding kunnen geven tot kwaliteitsverbeteringen. Daarnaast wordt aangenomen dat hoe meer dit ingebed is in verschillende lagen van de organisatie, des te meer klachten een structureel onderdeel vormen van kwaliteitsverbetering.

Klachten zijn een verplicht onderdeel van het kwaliteitsjaarverslag dat één keer per jaar moet worden opgesteld. Aangenomen kan worden dat klachten dus in ieder geval één keer per jaar worden besproken. Gevraagd is of klachten jaarlijks, of vaker dan jaarlijks worden besproken in verschillende lagen van de organisatie. In alle sectoren is door de respondenten aangegeven dat informeel behandelde klachten meer worden besproken dan formeel behandelde klachten (figuur 9). Ook is te zien dat informeel behandelde klachten vaker door afdelingshoofden worden besproken en formeel behandelde klachten vaker door de Raad van Bestuur of directie. Zowel informeel als formeel behandelde klachten worden het minst door de medische staf of teams besproken, volgens de respondenten. Wel werd aangegeven dat informeel behandelde klachten vaker door de medische staf of teams worden besproken vergeleken met formeel behandelde klachten.

Figuur 9

Bespreken van informeel en formeel behandelde klachten in verschillende lagen van de organisatie in 2011



Volgens het voorstel voor de Wcz wordt het voor zorgaanbieders verplicht zich aan te sluiten bij een geschillencommissie. Cliënten kunnen hier in een aantal gevallen een klacht indienen:

- wanneer er na indienen van een klacht bij de zorgaanbieder niet tijdig is gereageerd door de zorgaanbieder
- voor beoordeling in tweede aanleg
- wanneer een klachtenregeling bij de zorgaanbieder ontbreekt
- van wie in redelijkheid niet kan worden verlangd dat deze een klacht indient bij de zorgaanbieder
- in geval van geleden schade

Voor het beoordelen van consumentenklachten bestaat op dit moment de Stichting Geschillencommissies voor Consumentenzaken (SGC).

Onder de SGC staan op dit moment vijftig Geschillencommissies van verschillende brancheorganisaties. De Geschillencommissies zijn allemaal samengesteld met tenminste één lid voorgedragen door de Stichting Geschillencommissies, één lid voorgedragen door de Consumentenbond (of in een aantal gevallen door de ANWB of de Vereniging Eigen Huis), en één lid voorgedragen door de betreffende brancheorganisatie. Het bestuur van de SGC benoemt deze leden.

Daarnaast kunnen er ook leden en voorzitters worden aangesteld vanuit andere organisaties, en komen de commissies in wisselende samenstellingen voor. Tevens kunnen er deskundigen worden ingeschakeld die schriftelijke oordelen opstellen (De Geschillencommissie, 2011).

Op het gebied van de gezondheidszorg zijn er drie verschillende commissies: de Geschillencommissie Zorginstellingen, de Geschillencommissie Verpleging Verzorging en Thuiszorg, en de Geschillencommissie Zelfstandige Klinieken. De eerste twee commissies kunnen geschillen beslechten tot een totaalbedrag van €5000,-. De laatste kan beslechten tot een totaalbedrag van €25.000,-. Na invoering van het voorstel voor de Wcz en een overgangstermijn zal dit laatste bedrag voor alle Geschillencommissies in de zorgsector gelden. De Geschillencommissie Verpleging, Verzorging en Thuiszorg behandelt klachten over een verpleeghuis, een verzorgingshuis, de thuiszorg of jeugdzorg/consultatiebureauzorg. Deze geschillencommissie is ingesteld per 1 januari 2011, en is een vervanging van De Landelijke Beroepscommissie Klachten. Deze commissie werd ingesteld in januari 2003 door Actiz, de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg en de Landelijke Organisatie Cliëntenraden. De Landelijke Beroepscommissie Klachten is de voortzetting van de Landelijke Klachtencommissie Thuiszorg (LKT) die al sinds 1982 klachten in de thuiszorg behandelt en hierin de nodige expertise had opgebouwd. Ziekenhuizen, instellingen voor gehandicaptenzorg en voor de geestelijke gezondheidszorg vallen onder de Geschillencommissie Zorginstellingen. De Geschillencommissie Zelfstandige Klinieken bestaat sinds 2008. Onder zelfstan-

dige klinieken worden zowel zelfstandige behandelcentra als privéklinieken verstaan. Deze geschillencommissie behandelt alleen geschillen over klinieken die aangesloten zijn bij de brancheorganisatie Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN). De ZKN houdt zich ook bezig met het toekennen van keurmerken.

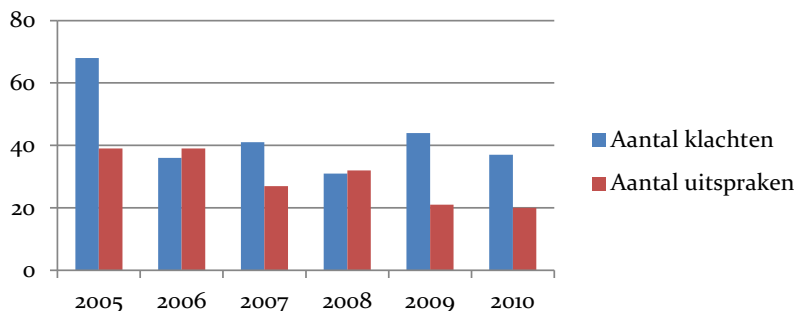
- ***Geschillencommissie Zorginstellingen***

In figuur 10 zijn aantallen ingediende klachten bij de Geschillencommissie Zorginstellingen en het aantal uitspraken tussen 2005-2010 weergegeven. In 2010 werden bij de Geschillencommissie Zorginstellingen 37 nieuwe klachten ingediend. In 20 gevallen werd ook daadwerkelijk een uitspraak gedaan. Bij 10 zaken was de betrokken zorginstelling niet bij de geschillencommissie aangesloten. Bij 2 zaken weigerde een consument aanvullende informatie te verstrekken. In 2009 werden 44 nieuwe klachten ingediend. Van deze 44 ingediende klachten waren er in 2010 nog 24 in behandeling.

In 2010 waren er dus in totaal 61 klachten in behandeling (De Geschillencommissie, 2011).

Figuur 10

Aantallen ingediende klachten en uitspraken Geschillencommissie Zorginstellingen afgeleid van De Geschillencommissie, 2011



Bij de Geschillencommissie Zelfstandige Klinieken werden in 2008 twee klachten in gediend. In 2009 werden er 4 klachten ingediend, waarover hetzelfde jaar uitspraak werd gedaan. In 2010 werd er 1 klacht ingediend. Begin 2011 was hier nog geen uitspraak over gedaan (De Geschillencommissie, 2011).

- ***De Geschillencommissie Verpleging, Verzorging en Thuiszorg***

De Geschillencommissie Verpleging, Verzorging en Thuiszorg bestaat sinds 1 januari 2011. Deze vervangt de Landelijke Beroepscommissie Klachten (LBK). Uit jaarverslagen van de LBK blijkt dat er in 2008 in totaal 35 klachten werden ingediend. In 2009 werden er in totaal 20 klachten ingediend (Landelijke Beroepscommissie Klachten, 2010). Van 2010 zijn bij ons geen gegevens bekend.

In de enquête is gevraagd of de instellingen bij deze Geschillencommissies aangesloten zijn.

Van de ziekenhuizen gaf 76% aan al aangesloten te zijn bij de Geschillencommissie. Bij de vvt was dit minder, namelijk 44%, en bij de ZBC&PK nog minder; 37% van de respondenten gaf aan aangesloten te zijn bij de Geschillencommissie.

3.3 Conclusie

Met het voorstel voor de Wcz beoogt de wetgever dat zorgaanbieders inzetten op een eenvoudige, goed toegankelijke en informele mogelijkheid voor klagers om hun recht te halen. Daarnaast heeft de wetgever met het voorstel voor de Wcz tot doel cliënten recht te geven op een snelle en laagdrempelige mogelijkheid om een bindende uitspraak te krijgen over geschillen met de zorgaanbieder. In dit onderzoek is bekeken hoe zorginstellingen het klachtentraject op dit moment hebben vormgegeven.

Een eerste eis aan een goede klachtvoorziening is goede toegankelijkheid: mensen moeten weten waar ze met hun klacht terecht kunnen en hier vervolgens ook daadwerkelijk goed terecht kunnen. Wat betreft de informatie over klachtbehandeling blijkt dat cliënten deze pas interessant vinden als zij een klacht willen indienen. Algemeen verspreide informatie zal in veel gevallen dus geen doel treffen. Dit betekent dat informatie over klachtbehandeling makkelijk te vinden moet zijn voor mensen op het moment dat zij een klacht willen indienen. In ons onderzoek zijn we specifiek ingegaan op het telefonische kanaal: dan blijkt dat in minder dan één op de drie gevallen met één keer bellen tijdens kantooruren contact gelegd kan worden met iemand die meer informatie kan geven over de klachtbehandeling. Dit is een laag percen-

tage gezien het feit dat door twee derde van de door ons benaderde instellingen wordt aangegeven dat een contactpersoon die kan worden benaderd in verband met klachten full time telefonisch bereikbaar is. In ziekenhuizen lag het percentage waarbij in één keer bellen contact is gelegd iets gunstiger (40%) dan in de overige instellingen (24%-30%).

In ziekenhuizen is de persoon die verantwoordelijk is voor klachten doorgaans een klachtenfunctionaris, die ook vaak een opleiding of training op dit gebied heeft gevolgd. In de sectoren vvt en de ZBC&PK ligt dit anders. Hier is minder vaak een klachtenfunctionaris verantwoordelijk en vaker iemand uit de directie, het bestuur of een leidinggevende. Het risico is dat hiermee een extra drempel voor klachtindiening wordt geïntroduceerd. Mensen die een klacht indienen kiezen er immers voor, om wat voor reden dan ook, dit niet bij de direct betrokkene te doen. Een klachtenfunctionaris staat buiten de directe lijnorganisatie en heeft zo een zekere mate van onafhankelijkheid. Die onafhankelijkheid heeft een lijnfunctionaris niet. Dit gebrek aan onafhankelijkheid kan bijdragen aan het verhogen van de toegangsdrempel tot de klachtbehandeling.

Deze twee observaties, de beperkte telefonische toegankelijkheid en de inzet van lijnfunctionarissen in de vvt en ZBC&PK, wijzen erop dat de toegankelijkheid op een aantal punten kan worden verbeterd.

Het aantal informeel behandelde klachten is aanzienlijk groter dan het aantal formeel behandelde klachten. Dit geldt voor alle drie de door ons onderzochte sectoren: ziekenhuizen, vvt en ZBC&PK. Dit is in eerder onderzoek ook geconstateerd (Friele et al., 1999). In het huidige onderzoek gaat het in ziekenhuizen gemiddeld om een verhouding van 1 formeel behandelde klacht op 12,5 informeel behandelde klachten. In de andere sectoren ligt deze verhouding nog meer de kant van de informeel behandelde klachten op.

Het voorstel voor de Wcz schrijft voor dat klachten die schriftelijk bij de zorgaanbieder worden ingediend in principe binnen 6 weken worden afgehandeld. Uit dit onderzoek blijkt dat zorgaanbieders er op dit moment aanzienlijk langer over doen. Voor een flink aantal instelling geldt ook dat zij hun doorlooptijd niet kennen. Op dit punt zit er dus nog een groot verschil tussen de uitgangspunten van de Wcz en werkelijkheid.

Bij klachtbehandeling door de Geschillencommissie zien we dat meer dan de helft van de klachten die in 2009 werden ingediend in 2010 nog steeds in behandeling was. Er van uitgaande dat klachten verspreid over het jaar worden ingediend, kunnen we concluderen dat de klachtbehandeling door de Geschillencommissie ook een kwestie is van maanden. De Wcz bevat geen norm voor de behandelingsduur bij de Geschillen-

commissie. Het ligt echter niet voor de hand aan de ene kant, bij de behandeling door een instelling, een strenge norm van 6 weken te formuleren terwijl aan de andere kant, bij de Geschillencommissie, op dit punt geen enkele norm wordt geformuleerd.

Voor cliënten die een klacht indienen is het doorgaans belangrijk dat zij uiteindelijk ook een reactie ontvangen van de betrokken hulpverlener zelf en niet alleen een min of meer formele reactie van de instelling of een reactie namens de betrokken hulpverlener. Op dit moment is het zo dat klagers maar in beperkte mate een dergelijke reactie krijgen.

Klachten kunnen een bijdrage leveren aan kwaliteit van zorg. In dit kader is bekeken in hoeverre bemiddelde en formeel behandelde klachten worden besproken in verschillende lagen van de organisatie. Bemiddelde klachten worden vaker besproken in alle lagen van de organisatie dan formeel behandelde klachten. Bemiddelde klachten worden ook vaker worden besproken door afdelingshoofden en de medische staf/teams, terwijl formeel behandelde klachten juist vaker door de Raad van Bestuur of directie worden besproken. Medische staf/teams bespreken klachten het minst vaak, maar in het algemeen worden klachten vaker dan jaarlijks besproken in alle lagen van de organisatie. Op grond van de uitgangspunten in het EFQM Excellence model (Wagner et al., 1999), kan worden verondersteld dat informele klachten een grotere bijdrage zullen leveren aan het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen omdat ze vaker worden besproken.

Bij een eerste evaluatie van een eventuele nieuwe klachtenregeling zou op de volgende punten ingegaan moeten worden. Allereerst betreft dit de toegankelijkheid van de klachtbehandeling. Als indicator hiervan is in dit onderzoek aandacht besteed aan de directe telefonische toegankelijkheid, die is in de ziekenhuizen 40%, bij de VVT 24% en de ZBC&PK 30%. Een beoogd effect van de Wcz zou een verbeterde toegankelijkheid zijn. Ook zou de direct verantwoordelijke voor de klachtbehandeling vaker dan nu in de VVT en ZBC&PK een klachtenfunctionaris/vertrouwenspersoon moeten zijn. Het ligt dan voor de hand dat dit niet iemand uit de lijnorganisatie is. Voor klagers is het indienen van een klacht doorgaans geen activiteit die tot tevredenheid leidt. Een factor hierin is de, volgens klagers, afwezigheid van een reactie van de betrokken hulpverlener. Klachtbehandeling die echt gericht is op cliënten voorziet ook in een dergelijke reactie. Bij een toekomstige evaluatie zou ook hier aandacht aan moeten worden besteed. Tenslotte de doorlooptijd. Deze is, zeker in ziekenhuizen, langer dan de norm uit de Wcz. Maar ook de doorlooptijd van klachtbehandeling bij een geschillencommissie is eerder een kwestie van maanden dan van weken.

4 Recht op medezeggenschap

4.1 Inleiding

Uit evaluaties van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) in 2000 en 2004 bleek dat de posities van de cliëntenraden nog niet de beoogde stevigheid hadden (Hoogerwerf et al., 2004; De Savornin Lohman et al., 2000). Met het voorstel voor de Wcz wil de wetgever de positie van cliëntenraden versterken, waarmee indirect de positie van de cliënt in de gezondheidszorg wordt verstevigd. Een aantal instrumenten wordt ingezet om dit doel te behalen, zoals het instemmingsrecht, wat in plaats komt van het verzwaard adviesrecht op een aantal onderwerpen, en het budgetrecht.

Met deze kennisvraag schetsen we de stand van zaken rondom de posities van cliëntenraden in besluitvormingsprocessen. Zo wordt bekeken hoe de cliëntenraden hun positie in het besluitvormingsproces beoordelen, in welke mate en waarover de cliëntenraden advies hebben gegeven en welke invloed dit advies volgens henzelf had. Andere onderwerpen die aan bod komen zijn de mate van ondersteuning van cliëntenraden, en de knelpunten die cliëntenraden ervaren.

In de inleiding wordt de ontwikkeling van cliëntenraden beschreven gevolgd door twee paragrafen met een uitgebreidere uitleg over de nieuwe elementen van het voorstel voor de Wcz. De paragraaf daarna bevat resultaten, verdeeld in de care- en cure sector. Dit hoofdstuk eindigt met een conclusie.

4.1.2 *Recht op medezeggenschap in het voorstel voor de Wcz*

In de jaren '60 en '70 was er in allerlei maatschappelijke sectoren een roep om democratisering; zo ook in het bestuur en beleid van de gezondheidszorg (van der Voet, 2005). In de jaren 80 werd de Wmcz geïntroduceerd als kader voor de vorming van cliëntenraden. De Wmcz verplicht instellingen om cliëntenraden in te stellen. De wet schrijft bijvoorbeeld voor dat de zorgaanbieder een schriftelijke regeling moet treffen omtrent het medezeggenschap, en over welke onderwerpen het bestuur van een instelling de cliëntenraad om advies moeten vragen.

In de langdurige zorg bestonden cliëntenraden al langer, maar voor de curatieve zorg waren deze nieuw. Er werd vanuit deze hoek veel kritiek geuit, omdat werd gesteld dat cliënten in de curatieve sector te kort in instellingen verbleven om als vertegenwoordiger van cliënten op te treden. Twee jaar na de invoering van de Wmcz waren er in de curatieve zorgsector nog maar weinig cliëntenraden geïnstalleerd (Vos de Wael, 1998). In 2000 had nog steeds 37% van de ziekenhuizen geen cliënten-

raad (Sluijs & Wagner, 2000). Acht jaar later hadden 5 algemene ziekenhuizen nog geen cliëntenraad (van der Kraan & Meurs, 2008).

Na een evaluatie van de Wmcz in 2000 bleek dat het doel van stimuleren van het instellen van cliëntenraden door het wettelijk vastleggen ervan niet volledig was behaald. Ondanks de plicht tot instelling van een cliëntenraad in zorginstellingen was er in de praktijk nog maar minimale invulling gegeven aan de Wmcz. Als mogelijke verklaring werd aangevoerd dat de uitvoering van de Wmcz financiële lasten met zich mee bracht (De Savornin Lohman et al., 2000). In 2004 is weer een onderzoek uitgevoerd naar de invloed en betrokkenheid van cliëntenraden bij besluitvormingsprocessen. Hieruit bleek dat deze betrokkenheid nog niet vanzelfsprekend was. Veel cliëntenraden bleken een van de directie afhankelijke positie te hebben, en liever de vertrouwensrelatie met de zorgaanbieder te behouden dan met een geschil naar de commissie van vertrouwenslieden te stappen (Hoogerwerf et al., 2004).

Met het voorstel voor de Wcz wordt getracht de positie van de cliëntenraden verder te verstevigen (Sijmons, 2010). Artikel 31-38 van het voorstel voor de Wcz zal de Wmcz vervangen. Het voorstel voor de Wcz neemt delen van de Wmcz over, maar stelt ook nieuwe regelingen voor.

Zorgaanbieders bij wie door meer dan 10 personen intramurale zorg (verblijf van meer dan een etmaal) vallende onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) of AWBZ-zorg wordt geleverd zijn verplicht om een cliëntenraad in te stellen (art. 31-32 Wcz). Wanneer de zorgaanbieder de zorg in meerdere onderdelen aanbiedt, dient er voor elk onderdeel, wanneer dit redelijkerwijs kan worden verwacht, een cliëntenraad in te worden gesteld (art. 33 Wcz). De regeling van medezeggenschap moet schriftelijk worden vastgelegd (art. 33 Wcz). De cliëntenraad kan de zorgaanbieder zowel gevraagd als ongevraagd advies geven (art. 36 Wcz). Er is een aantal onderwerpen wettelijk vastgelegd waarbij de zorgaanbieder de cliëntenraad verplicht tijdig om advies moet vragen. Het betreft onderwerpen omtrent het kwaliteitsbeleid, veiligheidsbeleid, financieel beleid, en fusies (art. 36 Wcz). Voor zorgaanbieders die AWBZ-zorg aanbieden geldt nog een aantal extra onderwerpen waar de cliëntenraad adviesrecht op heeft, zoals het huisvestingsbeleid, verbouwingen, en de aanstelling van leidinggevenden (art. 36 lid 2). De onderwerpen waar cliëntenraden advies- en instemmingsrecht op hebben in het voorstel voor de Wcz, verschillen niet inhoudelijk van de onderwerpen in de Wmcz. Wel een nieuw element van het wetsvoorstel is het instemmingsrecht dat cliëntenraden krijgen met betrekking tot onderwerpen die de dagelijkse leefomgeving van de cliënt aangaan (art. 37-38 Wcz). Dit is een nieuw element in het voorstel voor de Wcz ten opzichte van de Wmcz. Dit instemmingsrecht bepaalt dat er bepaalde gevolgen kunnen zijn voor het bestuur wanneer

dit een advies van de cliëntenraad niet opvolgt. De zorgaanbieder moet aangesloten zijn bij een Commissie van Vertrouwenslieden (art. 38 Wcz). Wanneer de zorgaanbieder het advies van de cliëntenraad negeert en geen instemming heeft van de Commissie van Vertrouwenslieden, kan de cliëntenraad een beroep doen op nietigheid, waarbij de beslissing van de zorgaanbieder onrechtmatig kan worden verklaard. Daarnaast kan de zorgaanbieder, wanneer de cliëntenraad niet instemt met een beslissing, naar deze commissie van vertrouwenslieden stappen. De commissie kan dan besluiten of de zorgaanbieder zijn beslissing zonder instemming al dan niet kan doorzetten. Dit hangt af van de aanwezigheid van zwaarwegende belangen van de zorgaanbieder of een onredelijk advies van de cliëntenraad. Een ander element van het voorstel voor de Wcz, overgenomen van de Wmcz, is het recht van de cliëntenraad om een bindende voordracht te doen voor benoeming van een lid van de Raad van Toezicht (art. 41 Wcz).

Wat de financiële positie van cliëntenraden aangaat is het in het wetsvoorstel Wcz geïntroduceerde budgetrecht (art. 34 Wcz), een nieuw element. Het doel hiervan is om de onafhankelijkheid van de cliëntenraad ten opzichte van de zorgaanbieder te vergroten. De cliëntenraad kan een begroting opstellen op basis van een modelfinancieringsregeling of de zorgaanbieder kan een bedrag ter beschikking stellen. De zorgaanbieder is tevens verplicht om materiële en facilitaire middelen ter beschikking te stellen. In tabel 17 zijn de belangrijkste verschillen tussen Wmcz en het voorstel voor de Wcz te zien. Het doel van de beschreven 'instrumenten' is een verbetering van de positie van de cliëntenraden en indirect ook van die van cliënten in de gezondheidszorg.

In dit deel van de kennisvraag van het voorstel voor de Wcz zal een aantal van deze instrumenten worden bekeken om vast te stellen hoe het op dit moment is gesteld met de positionering van de cliëntenraden in de zorg. De belangrijkste vraag is: Hoe stevig is de positie van cliëntenraden op dit moment, in welke mate worden cliëntenraden ondersteund door zorgaanbieders en in hoeverre zijn cliëntenraden betrokken in besluitvormingsprocessen?

Tabel 17

Enkele belangrijke verschillen tussen de Wmcz en het voorstel voor de Wcz

Wmcz	Het voorstel voor de Wcz
De zorgaanbieder mag bij bepaalde onderwerpen een besluit nemen dat afwijkt van advies van cliëntenraad als het besluit volgens de commissie van vertrouwenslieden redelijk is na afweging van belangen (verzwaard advies). Bij wens tot afwijken van het advies kan de zorgaanbieder naar de commissie van vertrouwenslieden stappen die beoordeelt of sprake is van een redelijke afweging van belangen. De cliëntenraad kan geschillen voorleggen aan de commissie van vertrouwenslieden. In beide gevallen doet de commissie bindende uitspraak.	De zorgaanbieder mag bij bepaalde onderwerpen geen besluit nemen waarmee de cliëntenraad niet instemt, tenzij het advies onredelijk is of sprake is van zwaarwegende belangen (instemmingsrecht). Bij wens tot afwijken van advies kan de zorgaanbieder naar de commissie van vertrouwenslieden stappen die beoordeelt of sprake is van één van de bovengenoemde gronden voor afwijken. De cliëntenraad kan geschillen voorleggen aan de commissie van vertrouwenslieden. In beide gevallen doet de commissie bindende uitspraak.
Geen onderscheid in (verzwaard) adviesrecht op onderwerpen tussen zorg volgens AWBZ en zorg volgens Zorgverzekeringswet.	Op extra onderwerpen advies- en instemmingsrecht voor cliëntenraden bij zorgaanbieders die AWBZ-zorg verlenen.
Zorgaanbieder moet cliëntenraad ondersteunen met materiële middelen.	De cliëntenraad heeft recht op een budget en ondersteuning met materiële middelen.
Geldt voor alle zorginstellingen die verzekerde zorg aanbieden.	Geldt voor iedere zorgaanbieder waar door meer dan 10 personen zorg als omschreven bij of krachtens Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) wordt geleverd of intramurale zorg (verblijf meer dan 24 uur) als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet wordt verleend.
Geen toezicht door de IGZ op medezeggenschap.	Wel toezicht door de IGZ op medezeggenschap.

4.1.3 *Onderwerpen van advies krachtens de Zorgverzekeringswet*

Over de volgende onderwerpen is de zorgaanbieder volgens het voorstel voor de Wcz verplicht om de cliëntenraad om advies te vragen. Dit geldt voor alle cliëntenraden in de gezondheidszorg. Voor zorgaanbieders die AWBZ-zorg verlenen zijn er nog meer onderwerpen opgenomen in het voorstel voor de Wcz, deze worden apart vermeld. Op een aantal onderwerpen heeft de cliëntenraad instemmingsrecht, deze worden ook apart genoemd.

Adviesrecht:

- een gehele of gedeeltelijke beëindiging dan wel een belangrijke uitbreiding van de zorgverlening of een belangrijke wijziging in de organisatie van de zorgverlening;
- een profielschets voor de benoeming van de leden van het toezichthoudend orgaan en de leden van het bestuur van de zorgaanbieder;
- de vaststelling van de begroting en de jaarrekening van de zorgaanbieder;

Instemmingsrecht:

- het algemene beleid met betrekking tot de toelating van cliënten tot de zorgverlening en de beëindiging daarvan, en met betrekking tot de geestelijke verzorging van en de maatschappelijke bijstand aan cliënten;
- het algemene beleid ter zake van kwaliteit, veiligheid en hygiëne;
- het algemene beleid ter zake van voedingsaangelegenheden van algemene aard en recreatiemogelijkheden of ontspanningsmogelijkheden voor de cliënten;
- een profielschets voor de benoeming van personen waarmee klagers op eenvoudige wijze in contact kan treden voor informatie, advies en bemiddeling;
- een regeling voor een effectieve en laagdrempelige opvang en afhandeling van klachten
- een regeling voor de medezeggenschap van de cliënten alsmede andere regelingen van algemene aard, die specifiek betrekking hebben op de cliënten;
- betrokkenheid bij de voorbereiding van een besluit inzake wijziging van de doelstelling of de grondslag van de zorgaanbieder;
- betrokkenheid bij de voorbereiding van een besluit inzake het aangaan van een fusie waarbij de zorgaanbieder is betrokken;
- betrokkenheid bij de voorbereiding van een besluit inzake overdracht van de zeggenschap over de zorg of een onderdeel daarvan;

4.1.4 Onderwerpen van advies bij AWBZ-zorg

Onder de Wmcz werd in de onderwerpen geen onderscheid gemaakt tussen AWBZ-zorg en zorg zoals omschreven in de Zorgverzekeringswet. Zo had elke cliëntenraad het recht om advies uit te brengen bij een verbouwing, nu geldt dat alleen voor cliëntenraden ingesteld in instellingen waar AWBZ-zorg wordt verleend.

Indien de zorgaanbieder AWBZ-zorg verleent, moet de cliëntenraad, naast bovenstaande onderwerpen, ook betrokken worden bij de volgende onderwerpen.

Adviesrecht:

- het algemene huisvestingsbeleid ten aanzien van voor de zorgverlening bedoelde accommodaties;

Instemmingsrecht:

- de procedure voor het opstellen en bespreken van zorgplannen;
- betrokkenheid bij de voorbereiding van een besluit over de inrichting van voor de zorgverlening bedoelde accommodaties bij ingrijpende verbouwing, nieuwbouw of verhuizing;
- een sociaal plan voor cliënten bij ingrijpende verbouwing of nieuwbouw van voor de zorgverlening bedoelde accommodaties of verhuizing naar een andere voor de zorgverlening bedoelde accommodatie;
- inrichting van de accommodatie
- de betrokkenheid bij de selectie en benoeming van personen die leiding geven aan degenen die zorg verlenen aan cliënten

4.2 De stand van zaken voor invoering van het wetsvoorstel Wcz

De resultaten van de kennisvraag over het recht op medezeggenschap worden gepresenteerd in twee delen: cliëntenraden in de care-sector en GGZ enerzijds en cliëntenraden in de cure-sector anderzijds. De reden hiervoor is dat er tussen deze twee sectoren verschillen bestaan die van invloed kunnen zijn op de vormgeving, betrokkenheid en invloed van cliëntenraden. De GGZ ligt op het snijvlak van care en cure. In dit onderzoek wordt uitgegaan van meer langdurige vormen van GGZ-zorg, en deze wordt daarom als ‘care’ geclassificeerd. In de cure-sector is er meestal sprake van kortdurende zorg, zoals vaak voorkomt in het ziekenhuis. In de care-sector is er daarentegen meestal sprake van langdurige zorg, waarbij cliënten soms ook gehuisvest zijn in de instelling. Hierdoor is inspraak van cliënten door middel van vestiging van een cliëntenraad vanzelfsprekender in de care-sector (van der Voet, 2005). De resultaten zijn gebaseerd op gepubliceerde bronnen (zie voor een uitgebreide toelichting bijlage 1).

4.2.1 Cliëntenraden in de care-sector & GGZ

In dit onderdeel van de resultatensectie is een aantal aspecten beschreven dat bijdraagt aan de posities van cliëntenraden in de care-sector. Van de volgende sectoren zijn gegevens bekend: de verpleging & verzorging (v&v), de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), en de thuiszorg. Deze verschillende soorten zorg zijn vaak samengenomen in de literatuur. Een van de redenen hiervoor is dat veel instellingen in de care-sector zijn gefuseerd, waardoor verschillende soorten zorg, zoals verpleging en verzorging en thuiszorg, in één instelling worden aangeboden en kunnen overlappen (Fabbricotti I. & Huijsman R., 2000).

Eerst wordt beschreven hoe cliëntenraden zijn ontstaan en hoe het de jaren daarna is verlopen. Hier zullen gegevens worden gepresenteerd van evaluaties van de Wmcz van 2000 en 2004. Daaropvolgend worden

recentere data beschreven over in welke mate gevraagd en ongevraagd advies wordt gegeven, de onderwerpen van dit advies, terugkoppeling en samenwerking met de Raad van Bestuur (RVB), financiële en facilitaire ondersteuning van cliëntenraden, en ervaren knelpunten.

- ***Ontwikkelingen in functioneren cliëntenraden in de care-sector***

Cliëntenraden in de GGZ bestaan al sinds de jaren 70. In 1996 werd de Wmcz ingevoerd. Na evaluatie van de Wmcz in 2000 bleek dat het grootste deel van de cliëntenraden functioneerde conform de Wmcz (De Savornin Lohman et al., 2000). Uit de evaluatie van de Wmcz in 2004 bleek echter dat de cliëntenraden in de GGZ niet genoeg betrokken waren bij besluitvormingsprocessen. Ze werden bijvoorbeeld niet tijdig en op initiatief van de Raad van Bestuur ingeschakeld, en moesten zelf veel moeite doen om invloed uit te oefenen op het beleid van de instelling. Een verklaring die hiervoor wordt gegeven is dat tijdens de invoering van de Wmcz een aantal grootschalige fusies heeft plaatsgevonden in de GGZ. Hierdoor is een gelaagd stelsel ontstaan van centrale cliëntenraden, cliëntenraden op locatie en cliëntencommissies. Een aantal cliëntenraden verloor hierdoor bevoegdheden. Ook werd voor veel cliëntenraden onduidelijk wie na de fusie hun gesprekspartner was. Daarnaast kregen de centrale cliëntenraden te maken met abstractere vraagstukken en onderwerpen die het dagelijks leven van patiënten betreffen raakten meer op de achtergrond. Hierdoor werd het moeilijker om leden te vinden voor de cliëntenraad (Hoogerwerf et al., 2004).

In de thuiszorg was cliëntenmedezeggenschap niet gebruikelijk voor de invoering van de Wmcz. Wel werd er af en toe gebruikgemaakt van adviesraden en cliëntenpanels. Uit de evaluatie van de Wmcz in 2000 bleek dat er in 61% van de thuiszorgorganisaties een cliëntenraad was geïnstalleerd. In de verpleeg- en verzorgingshuizen bestonden er daarentegen sinds de jaren vijftig al bewonersraden, en was er in 2000 een gunstig beeld te zien van het functioneren van de cliëntenraden (De Savornin Lohman et al., 2000). Echter, uit de evaluatie van de Wmcz in 2004 bleek dat de cliëntenraden in de thuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen een matige betrokkenheid ervoeren bij besluitvormingsprocessen. Er werd aangegeven dat als er al een eis of advies wordt ingewilligd, de daadwerkelijke verandering vaak niet werd doorgevoerd (Hoogerwerf et al., 2004).

Evenals in de GGZ heeft er in de thuiszorgsector en verpleeg- en verzorgingssector een aantal grootschalige fusies plaatsgevonden. Hierbij zijn veelal verticale structuren gevormd, waarbij meerdere voorzieningen onder één stichting vallen (Fabbricotti & Huijsman, 2000). Veel cliëntenraden in de thuiszorg werden opgeheven, omdat de al langer zittende cliëntenraden in de verpleging en verzorging de taak op zich

namen. Daarnaast kwamen met de komst van nieuwe directies beloftes van de oude directie te vervallen. Ook schortte het nog weleens aan de kennis van de directie over de Wmcz. Andere cliëntenraden in de thuiszorg werden door de fusie overstelpt met adviesaanvragen en kwamen niet toe aan onderwerpen die de directe leefwereld van de cliënt aangaan (Hoogerwerf et al., 2004). Ook in 2011 blijken er nog steeds gevallen te zijn waarbij veranderende organisatiestructuren leiden tot het verdwijnen van lokale cliëntenraden, zo blijkt uit recente jurisprudentie. In dit geval was een rechtszaak aangespannen tegen een GGZ-zorgaanbieder die de organisatie van zorg veranderde en daarmee ook de lokale cliëntenraden samenvoegde. De rechter oordeelde dat locaties met meer dan 25 cliënten een cliëntenraad dienen in te stellen.¹¹ In het voorstel voor de Wcz is vastgelegd dat zorgaanbieder waar met meer dan tien personen zorg wordt verleend een cliëntenraad dient in te stellen.

¹¹ Ktr. Rotterdam 14-07-2011, NJF 2011, BR3322

- **Adviesrecht**

Cliëntenraden hebben het recht om zowel gevraagd als ongevraagd advies te geven aan het bestuur van de zorginstelling. In het voorstel voor de Wcz is een lijst met onderwerpen opgenomen waarover de zorgaanbieder verplicht is om de cliëntenraad tijdig om advies te vragen. Deze komen in de volgende paragraaf aan bod. Voor zorgaanbieders die AWBZ-zorg verlenen geldt nog een aantal extra onderwerpen. Als de zorgaanbieder de cliëntenraad niet om advies vraagt, kan de cliëntenraad naar de Commissie van Vertrouwenslieden stappen die de beslissing van de zorgaanbieder nietig kan verklaren.

Recente data laten echter zien dat het adviesrecht (nog) niet ten volle benut wordt door de cliëntenraden. Zo bleek bijvoorbeeld dat bijna een derde van de cliëntenraden in verpleeg- en verzorgingstehuizen in 2009 geen enkele keer een schriftelijk advies heeft gegeven aan de RVB, 58% heeft dit 1-5 keer gedaan en slechts 14% meer dan 6 keer. Desalniettemin vond 64% van de cliëntenraden in de verpleging en verzorging dat hun adviezen ‘redelijk veel’ tot ‘veel’ invloed hadden, en 82% was ‘redelijk tevreden’ tot ‘tevreden’ over de mate van invloed (Zuidgeest, Luijkx, Westert, & Delnoij, 2010).

In de thuiszorg gaf 91% van de cliëntenraden zowel gevraagd als ongevraagd advies, in de GGZ was dit 89%. In beide sectoren was dit gemiddeld 6 gevraagde adviezen in 2008. Het gemiddeld aantal ongevraagde adviezen verschilde; cliëntenraden in de GGZ brachten er gemiddeld 5 uit in het jaar 2008, en in de thuiszorg slechts 2 (Lammerts et al., 2010c; Lammerts et al., 2010a).

Verder gaf ongeveer de helft van de cliëntenraden in de VVT en GGZ aan dat zij niet altijd tijdig worden ingeschakeld bij beslissingsprocessen, waardoor zij onvoldoende tijd hebben om zich voor te bereiden en te reageren (Nederlandse Zorgautoriteit, 2008). De cliëntenraden in de thuiszorg gaven een gemiddelde score van 73 op een schaal van 0-100

voor de tijdigheid van het verzoek om advies, en de cliëntenraden in de GGZ gaven een score van 55 (Lammerts et al., 2010c; Lammerts et al., 2010a).

Het is wettelijk vastgelegd dat cliëntenraden het recht hebben om een lid voor de Raad van Toezicht voor te dragen. Zowel in de thuiszorg als in de GGZ gaf tweederde van de cliëntenraden aan dat zij een voordracht kunnen doen voor leden van de Raad van Toezicht (Lammerts et al., 2010c; Lammerts et al., 2010a; Nederlandse Zorgautoriteit, 2008).

- ***Advies over wettelijk vastgelegde onderwerpen***

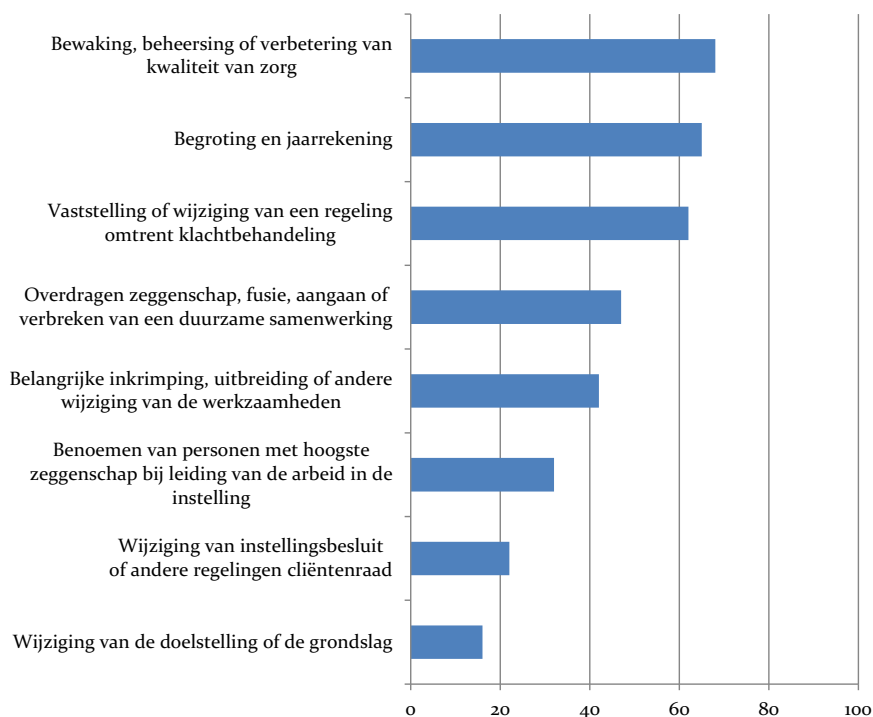
Er is een aantal wettelijk vastgelegde onderwerpen waarover een RVB de cliëntenraad om advies moet vragen. Hierbij gaat het zowel om beleidsmatige als patiëntgerichte aspecten van onderwerpen omtrent het kwaliteitsbeleid, veiligheidsbeleid, financieel beleid, en fusies. Voor zorgaanbieders die AWBZ-zorg aanbieden geldt nog een aantal extra onderwerpen. Hierbij gaat het om het huisvestingsbeleid, verbouwingen, en de aanstelling van leidinggevenden. Voor de care-sector, waar over het algemeen AWBZ-zorg wordt aangeboden, zijn er dus op het gebied van medezeggenschap geen opmerkelijke verschillen tussen de Wmcz en het voorstel voor de Wcz.

Uit onderzoek bleek dat met name de zorggerelateerde onderwerpen over kwaliteit van leven en zorg belangrijk zijn voor cliëntenraden in de care-sector. Onderwerpen als bejegening, communicatie, kwaliteit van zorg en faciliteiten als eten en drinken kwamen hier naar voren als belangrijk. Hierbij ging het vooral om lokale cliëntenraden (Lammerts et al., 2010c; Lammerts et al., 2010a; Nederlandse Zorgautoriteit, 2008). De centrale cliëntenraden vonden het lastiger om over deze onderwerpen mee te praten en behandelden meer beleidsgerelateerde onderwerpen op macroniveau zoals de begroting (Nederlandse Zorgautoriteit, 2008).

In figuur 11 zijn percentages te zien van het aantal cliëntenraden in de thuiszorg dat advies heeft gegeven over een bepaald onderwerp. Hierbij komen alleen de onderwerpen aan bod die van toepassing zijn op de thuiszorg. In de thuiszorgorganisaties werden de onderwerpen kwaliteit van zorg, de begroting en jaarrekening en de klachtenregeling als belangrijkste aangewezen. Ook werd geschat dat adviezen over deze onderwerpen het meeste effect hebben gehad op beslissingen van de zorgaanbieder. De cliëntenraden in de thuiszorg gaven aan dat hun adviezen op het gebied van de begroting en jaarrekening weinig effect hebben gehad. Verder kwam fusies als een belangrijk onderwerp naar boven. Dit kan een gevolg zijn van de fusiegolf van de laatste jaren (Fabbricotti & Huijsman, 2000; Lammerts et al., 2010c). Geen van de cliëntenraden in de thuiszorg heeft geadviseerd over een onderwerp dat niet in de Wmcz is vastgelegd (Lammerts et al., 2010c).

Figuur 11

Percentages cliëntenraden in thuiszorgorganisaties die in 2008 advies hebben gegeven over in de Wmcz opgenomen onderwerpen (N=34), verzameld in 2009 (Afgeleid van Lammerts et al., 2010c)



• **Instemmingsrecht**

Opvallend is dat een klein aantal cliëntenraden instemmingsrecht dacht te hebben bij een aantal onderwerpen. Het instemmingsrecht is een nieuw element van het voorstel voor de Wcz, op dit moment hebben cliëntenraden dit recht niet. Het betreft onderwerpen die de directe leefomgeving van cliënten aangaan, zoals de kwaliteit van zorg, de klachtenregeling en voedingsaangelegenheden. Ook hier geldt dat voor zorgaanbieders die AWBZ-zorg verlenen, de cliëntenraden op nog een aantal extra onderwerpen instemmingsrecht krijgen. Dit zijn onder andere betrokkenheid bij de aanstelling van leidinggevenden, de inrichting van accommodaties bij verbouwingen, en een sociaal plan voor bewoners bij verbouwingen.

In tabel 18 is te zien hoeveel invloed cliëntenraden in verpleeg- en verzorgingshuizen naar hun eigen idee hadden op een aantal onderwerpen. Een aantal van deze onderwerpen verschillen wat betreft formulering van het voorstel voor de Wcz, maar valt onder 'algemeen beleid'. De eerste 7 onderwerpen in de tabel vallen onder het instemmingsrecht van de Wcz, de laatste 5 onderwerpen in de tabel vallen onder het

adviesrecht. Hieruit blijkt dat 9% van de 524 cliëntenraden in verpleeg- en verzorgingshuizen instemmingsrecht heeft ervaren bij beslissingen over eten en drinken, 10% heeft instemmingsrecht ervaren bij beslissingen over het gebouw en 8% bij beslissingen over waskosten en de benoeming van nieuwe medewerkers. Opvallend is dat bij een aantal onderwerpen maar een klein deel van de cliëntenraden verzwaard adviesrecht ervoer, terwijl deze onderwerpen in de Wmcz zijn vastgelegd. Zo ervoer bijvoorbeeld maar 25% van de cliëntenraden verzwaard adviesrecht bij voedingsaangelegenheden (eten en drinken). Daarnaast gaf 46% aan alleen geïnformeerd te worden over financiële onderwerpen (Zuidgeest et al., 2010).

Tabel 18

Inspraak op onderwerpen van beleid volgens cliëntenraden in verpleeg- en verzorgingshuizen, afgeleid van Zuidgeest et al, 2010

Onderwerp	Ervaren instemmingsrecht %	Ervaren adviesrecht %	Ervaren verzwaard advies %	Ter informatie %	Helemaal niet betrokken %	Weet niet %
Instemmingsrecht:						
Accommodatie	10	36	9	37	5	2
Algemene voedingsaangelegenheden	9	42	25	16	7	1
Bejegening en privacy	8	41	19	24	5	3
Klachtenregeling	8	37	19	27	5	3
Waskosten	8	38	19	27	6	2
Keuze van onderwerpen verbeterprojecten	11	50	11	21	4	3
Activiteiten aanbod	7	36	14	32	8	2
Adviesrecht:						
Organisatie van de zorgverlening	7	31	12	26	21	3
Begroting en jaarrekening	7	34	5	46	6	2
Doelstelling of grondslag van zorgaanbieder	6	32	12	23	25	2
Jaarverslag	7	46	10	30	5	3
Benoeming nieuwe medewerkers	8	31	4	45	10	2

- **Terugkoppeling en relatie Raad van Bestuur (RVB)**

In de meeste instellingen in de care-sector is schriftelijk vastgelegd wat de procedures zijn rondom terugkoppeling door de zorgaanbieder over adviezen van de cliëntenraad. Cliëntenraden in de thuiszorg rapporteren dat die terugkoppeling op verschillende manieren verloopt: mondeling, schriftelijk of in een overleg (Lammerts et al., 2010c). De cliëntenraden konden een score aangeven voor in hoeverre de zorgaanbieder hen informeert over het gevoerde of te voeren beleid. De cliëntenraden in de thuiszorg waren hier positiever over met een score van 84 (Lammerts et al., 2010c).

Ruim de helft van de cliëntenraden ziet de relatie met de RVB als een samenwerkingsverband. En veel minder vaak als adviseur of als partij die geraadpleegd of alleen maar geïnformeerd wordt (Lammerts et al., 2010a; Lammerts et al., 2010c). Uit onderzoek van de NZa bleek dat de cliëntenraden de samenwerking met directies van verpleeg- en verzorgingsinstellingen waardeerden met een 7,1. Van de 25 cliëntenraden gaven er 3 een onvoldoende. Ruim twee derde van de cliëntenraden vond dat de RVB hun adviezen serieus nam en er daadwerkelijk iets mee deed (Nederlandse Zorgautoriteit, 2008).

In ander onderzoek gaf ongeveer 20% van de cliëntenraden in de care-sector aan matig of slecht betrokken te zijn bij verbeteracties op basis van zorginhoudelijke metingen met CQ-indexen, en 16% gaf aan helemaal niet geïnformeerd te zijn over verbeteracties (Vissers, Keulen, & Roggeveen, 2009).

- **Financiële ondersteuning**

Onder de Wmcz hadden cliëntenraden recht op materiële ondersteuning. Met het voorstel voor de Wcz krijgen cliëntenraden een budgetrecht. De cliëntenraad kan een begroting opstellen op basis van een modelfinancieringsregeling of de zorgaanbieder kan een bedrag ter beschikking stellen. Tevens moet de zorgaanbieder de cliëntenraad materiële en facilitaire ondersteuning bieden.

Ruim driekwart van de cliëntenraden in de care-sector kregen volgens onderzoek van de NZa een combinatie van financiële en facilitaire ondersteuning. De overige 24% kreeg alleen facilitaire ondersteuning (Nederlandse Zorgautoriteit, 2008). In de thuiszorg kreeg 10% een vaststaand budget van gemiddeld € 8.117,-, variërend van €1.000,- tot € 32.000,-. In deze sector werd het grootste deel (45%) gefinancierd door middel van declaratie van gemaakte kosten. De overige cliëntenraden in de thuiszorg kregen een combinatie of een jaarlijks vast te stellen budget (Lammerts et al., 2010c). In de GGZ kreeg ruim 80% een budget van gemiddeld € 13.857,-, variërend van €15,- tot € 49.000,-. Een klein deel (16%) van de cliëntenraden werd gefinancierd door middel van declaraties (Lammerts et al., 2010a). Bijna alle cliëntenraden in de care-

sector gaven kortom aan dat zij voldoende financiële middelen tot hun beschikking hebben om te kunnen functioneren (Lammerts et al., 2010c; Lammerts et al., 2010a).

- **Facilitaire ondersteuning**

In de thuiszorg en de GGZ konden de meeste cliëntenraden gebruik maken van facilitaire diensten als kantooruimte, kopieer- en drukfaciliteiten, ruimte op de website van de zorginstelling en de catering. Ook kregen de meeste cliëntenraden in beide sectoren personele ondersteuning van de eigen zorginstelling, bijvoorbeeld in de vorm van een coach of een ambtelijk secretaris. In de thuiszorg kreeg 82% personele ondersteuning en in de GGZ 86%. In de GGZ was dit gemiddeld 56 uur per maand, variërend van 2-300 uur. In de thuiszorg was dit gemiddeld slechts 14 uur per maand, met een spreiding van 2-112 uur (Lammerts et al., 2010c; Lammerts et al., 2010a).

- **Knelpunten**

In het onderzoek van Lammerts et al. (2010a,c) is ook gevraagd naar punten waarop de cliëntenraden nog extra ondersteuning behoeven. Een aantal knelpunten werd hierbij aangegeven. Voor de cliëntenraden in de GGZ en thuiszorg geldt voor beide dat het bereiken van de doelgroep en cliëntenraadpleging een belangrijk knelpunt vormde. Van de cliëntenraden in de thuiszorg vond slechts 48% dat zij voldoende betekenden voor hun achterban, in de GGZ was dit hoger, namelijk 79% (Lammerts et al., 2010c; Lammerts et al., 2010a). In het onderzoek van Zuidgeest et al. (2010) werd ook aangegeven dat veel cliëntenraden in verpleeg- en verzorgingshuizen onvoldoende bekend zijn onder cliënten (Zuidgeest et al., 2010). Deze onbekendheid zou verband kunnen houden met de problemen rondom bereiken en raadplegen van de achterban. Anderzijds blijkt uit onderzoek met een CQ-index in de verpleging en verzorging dat het ontvangen van informatie over de cliëntenraad, zowel door bewoners als vertegenwoordigers van bewoners, als onbelangrijk werd gewaardeerd (Wiegers, Stubbe, & Triemstra, 2007). Ook in de klinische en langdurige GGZ en verslavingszorg was dit het geval (van Wijngaarden, Meije, Oskam, & Kok, 2009). In de gehandicaptenzorg werd door 19% van de cliënten aangegeven dat hun begeleider met hen praatte over de cliëntenraad (ITS, 2010).

In de care-sector en GGZ kwam ook naar voren dat het werven van nieuwe leden voor de cliëntenraad en overbelasting van de leden knelpunten vormen (Lammerts et al., 2010c; Lammerts et al., 2010a). Uit onderzoek van de NZa bleek dit ook een probleem; cliëntenraden gaven aan dat zij soms teveel en soms te weinig, te ingewikkelde en niet tijdige informatie kregen waardoor zij er niet meer uitkwamen. Vooral de AWBZ-materie werd als erg ingewikkeld ervaren. Daarnaast was er vol-

gens sommige cliëntenraden geen wederzijds vertrouwen met de zorgaanbieder, en werden zij eerder 'getolereerd' dan 'geaccepteerd' (Nederlandse Zorgautoriteit, 2008).

4.2.2 *Cliëntenraden in de cure-sector*

In dit deel van de resultaten wordt een aantal aspecten van de positie van cliëntenraden in de cure-sector beschreven. Er zijn gegevens bekend van cliëntenraden in revalidatiecentra en ziekenhuizen. Eerst wordt beschreven hoe de cliëntenraden zijn ontstaan en hoe het de jaren daarna is verlopen. Daaropvolgend wordt beschreven in welke mate gevraagd en ongevraagd advies wordt gegeven, de onderwerpen van dit advies, terugkoppeling en samenwerking met de RVB, financiële en facilitaire ondersteuning van cliëntenraden, en ervaren knelpunten.

- ***Ontwikkelingen in functioneren cliëntenraden in de cure-sector***

Afgezien van een aantal experimenten in een aantal ziekenhuizen georganiseerd door het toenmalige Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZi) in 1991, waren er nog geen cliëntenraden ingesteld in ziekenhuizen voor invoering van de Wmcz. In 1995 presenteerde de NPCF 'Uitgangspunten ten behoeve van de totstandkoming van cliëntenraden algemene ziekenhuizen'. Toen de Wmcz werd ingevoerd, was er veel kritiek vanuit de ziekenhuizen. De ziekenhuizen vonden dat de structuur zoals vastgelegd in de wet niet realiseerbaar was. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen benadrukte dat het contact met patiënten in ziekenhuizen op verschillende niveaus voorkomt, waardoor er geen eenduidige relatie is tussen patiënt en instelling. Hierdoor ontstonden ook problemen met representativiteit van vertegenwoordigers van patiënten. Hiertoe besloten de Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) een handreiking met aanknopingspunten voor de vormgeving van medezeggenschap op te stellen.

In 1998 had nog maar 18% van de ziekenhuizen een cliëntenraad (De Savornin Lohman et al., 2000). In 2000 had 63% van de 101 participerende ziekenhuizen een cliëntenraad (Sluijs & Wagner, 2000). Acht jaar later hadden vijf algemene ziekenhuizen nog geen cliëntenraad (van der Kraan & Meurs, 2008).

Uit de evaluatie van de Wmcz in 2000 bleek dat de posities van cliëntenraden afhankelijk waren van de houding van de besturen van de ziekenhuizen. Dit bepaalde ook de mate van ondersteuning; in het algemeen waren de budgetten van de cliëntenraden krap. Ook werd er weinig gebruik gemaakt van het zwaarwegend advies en voordracht voor leden van de Raad van Toezicht; twee rechten die cliëntenraden volgens de Wmcz wel hadden (De Savornin Lohman et al., 2000). Uit de evaluatie van de Wmcz in 2004 bleek dat de cliëntenraden weinig betrokken waren en beperkte invloed hadden op besluitvorming over onderwer-

pen die vallen onder het verzwaaard adviesrecht. Vaak bleek de houding van het bestuur een belemmerende factor (Hoogerwerf et al., 2004).

Tijdens de invoering van de Wmcz waren er in de revalidatiecentra geen cliëntenraden ingesteld. De enkele cliëntenraden die bestonden hadden maar beperkt medezeggenschap. In 2000 waren er nog maar 23 revalidatiecentra, waardoor de Vereniging van Revalidatiecentra in Nederland (VRIN) alle instellingen kon begeleiden bij het invoeringsproces van de Wmcz. Al snel was de invoering van cliëntenraden vergevorderd, maar het daadwerkelijke functioneren van de cliëntenraden was nog in de voorbereidende fase (De Savornin Lohman et al., 2000). Uit de evaluatie van de Wmcz in 2004 bleek dat de cliëntenraden in revalidatiecentra een relatief goede positie hadden vergeleken met andere sectoren. Ze werden tijdig betrokken bij besluitvormingsprocessen. Toch was de invloed op onderwerpen die vallen onder het verzwaaard adviesrecht in de praktijk nog beperkt, en was er weinig inzicht in de gevolgen van adviezen van de cliëntenraden (Hoogerwerf et al., 2004).

- **Adviesrecht**

Zoals eerder gezegd hebben cliëntenraden het recht om over een aantal in de wet opgenomen onderwerpen advies te geven. Ze kunnen zowel gevraagd als ongevraagd advies uitbrengen.

De meeste cliëntenraden in de ziekenhuizen en revalidatiecentra brachten zowel gevraagd als ongevraagd advies uit (van der Kraan & Meurs, 2008; Lammerts et al., 2010d; Lammerts et al., 2010b). In het jaar 2008 werden in de ziekenhuizen gemiddeld 8 ongevraagde adviezen uitgebracht en in de revalidatiecentra gemiddeld 3. Voor de gevraagde adviezen waren dit er zowel in ziekenhuizen als in revalidatiecentra gemiddeld 8 (Lammerts et al., 2010d; Lammerts et al., 2010b).

Cliëntenraden van ziekenhuizen is gevraagd in hoeverre advies op een dusdanig tijdstip werd gevraagd dat het een wezenlijke invloed kan hebben op besluitvormingsprocessen. Dit werd beoordeeld met een score van 59 op een schaal van 0-100 (Lammerts et al., 2010d). In de revalidatiecentra werd de tijdigheid van gevraagd advies in besluitvormingsprocessen door cliëntenraden beoordeeld met een gemiddelde score van 74 (Lammerts et al., 2010b). Uit onderzoek van Kraan & Meurs (2008) bleek dat cliëntenraden in ziekenhuizen soms te laat betrokken werden in besluitvormingsprocessen. Ook gaven Raden van Bestuur aan dat deze moeite hebben om een goed tijdstip voor het verzoek om advies te bepalen (van der Kraan & Meurs, 2008). Daarnaast gaven de cliëntenraden aan dat ze gebruik hebben gemaakt van het verzwaaard adviesrecht wanneer zij van mening waren dat hun advies onvoldoende werd gebruikt. Ook gaven de cliëntenraden aan dat hun advies wel invloed had, maar dat ze hier wel moeite voor hebben moeten doen. Verder gaven de Raden van Bestuur aan dat zij aan de positie van de

cliëntenraad in het besluitvormingsproces nog niet helemaal gewend waren (van der Kraan & Meurs, 2008).

Volgens de Wmcz en het voorstel voor de Wcz hebben cliëntenraden het recht om een voordracht te doen voor leden van de Raad van Toezicht. Het onderzoek van Kraan en Meurs toonde in 2008 aan dat de Raad van Toezicht en Raad van Bestuur van ziekenhuizen vaak nog terughoudend waren met het recht op voordracht voor leden van de Raad van Toezicht door de cliëntenraad. Toch gaf het grootste deel (85%) van de cliëntenraden in ziekenhuizen aan dat ze recht van voordracht heeft bij benoeming van leden van de Raad van Toezicht (Lammerts et al., 2010d). Een minderheid (45%) van de cliëntenraden in revalidatiecentra gaf aan voordracht te kunnen doen van leden voor de Raad van Toezicht (Lammerts et al., 2010b).

- ***Advies over wettelijk vastgelegde onderwerpen***

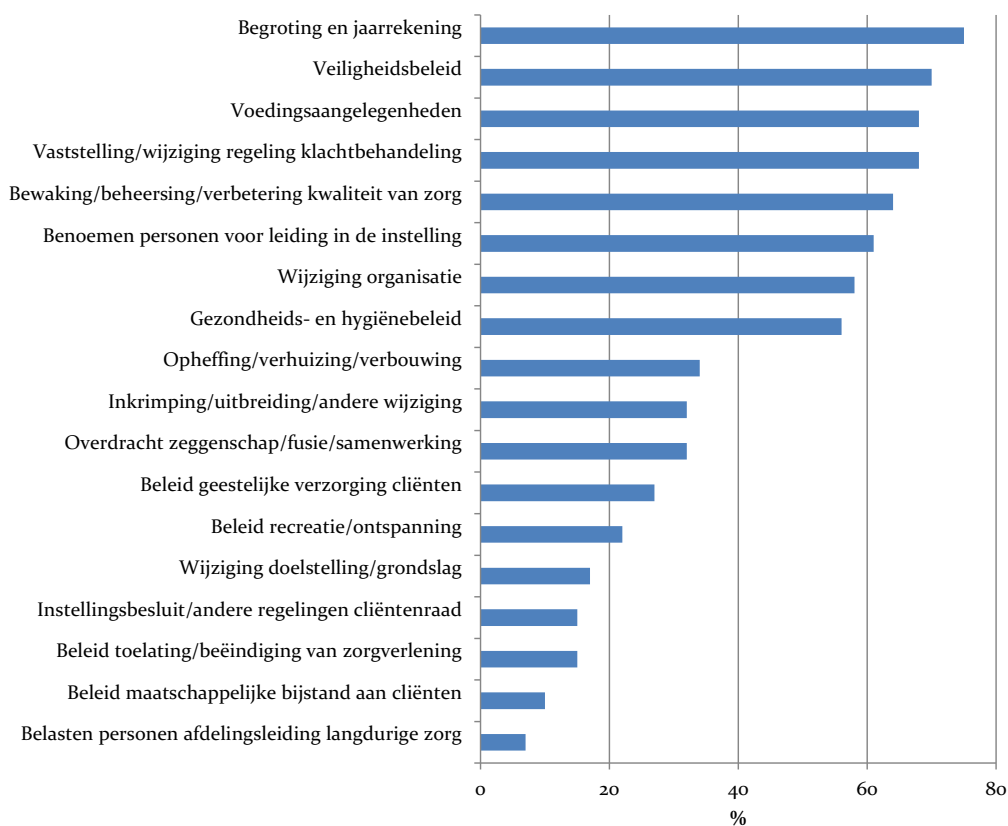
Zorgaanbieders zijn verplicht om over een aantal in de wet opgenomen onderwerpen advies te vragen aan de cliëntenraad. Hierbij gaat het om onderwerpen omtrent het kwaliteitsbeleid, veiligheidsbeleid, financieel beleid, en fusies.

De cliëntenraad kan ook zonder verzoek van de zorgaanbieder een advies uitbrengen.

De onderwerpen waar het grootste deel van de cliëntenraden in de cure-sector advies over uit heeft gebracht zijn de begroting en jaarrekening. In figuur 12 is per onderwerp te zien hoeveel procent van de cliëntenraden in ziekenhuizen advies heeft gegeven over onderwerpen die in de Wmcz zijn opgenomen. De meeste cliëntenraden hebben advies gegeven over de begroting en jaarrekening. Daarna kwamen het algemeen veiligheidsbeleid, de regeling omtrent klachtbehandeling en algemene voedingsaangelegenheden. De klachtbehandeling is ook een onderwerp waarvan cliëntenraden dachten invloed op te hebben. Dit was ook het geval bij wijzigingen van het instellingsbesluit of andere regelingen omtrent de cliëntenraad. De minste invloed hadden cliëntenraden op de begroting en jaarrekening, wijziging doelstelling en grondslag en belangrijke wijzigingen in de organisatie (Lammerts et al., 2010d).

Figuur 12

Percentages cliëntenraden in ziekenhuizen die in 2008 advies hebben gegeven over in de Wmcz opgenomen onderwerpen (N=47), verzameld in 2009 (Afgeleid van Lammerts et al. 2010d)



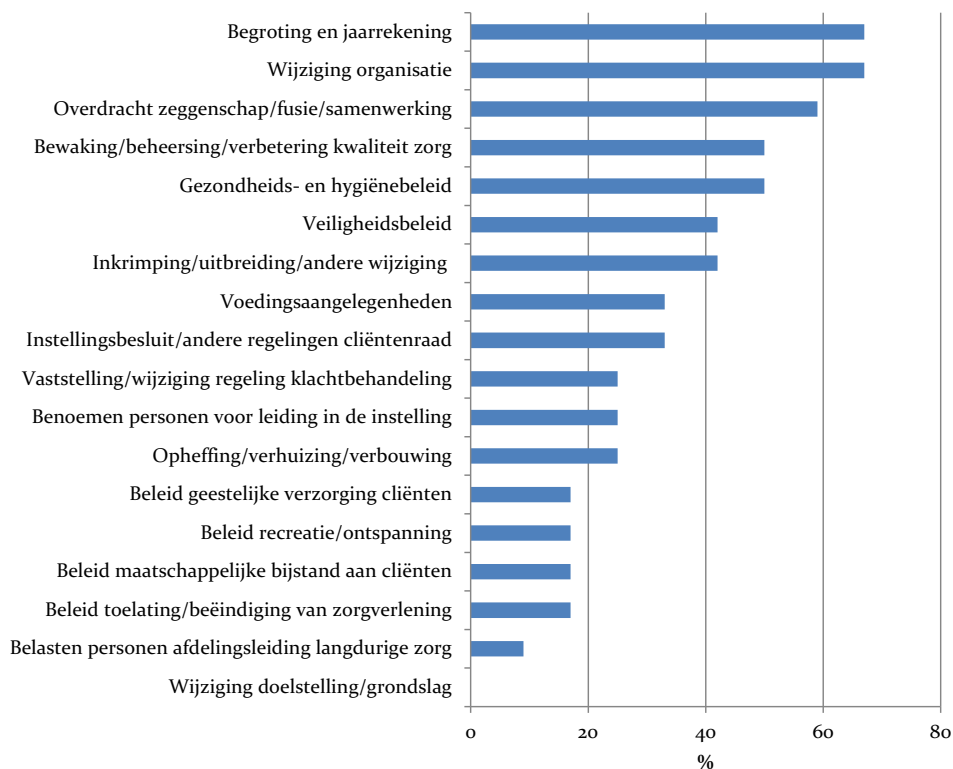
In figuur 13 zijn per onderwerp de percentages te zien van het aantal cliëntenraden in revalidatiecentra dat hier advies over heeft gegeven. Ook hier staan de begroting en jaarrekening bovenaan. In de revalidatiecentra heeft 58% advies gegeven over overdracht van zeggenschap en samenwerking met andere zorgaanbieders. Andere belangrijke onderwerpen waren het hygiënebeleid, het kwaliteitsbeleid en fusies. Geschat werd dat er op de onderwerpen wijziging instellingsbesluit en andere regelingen cliëntenraad en voedingsaangelegenheden het meeste invloed is geweest. Over de jaarrekening en begroting, en het algemeen beleid geestelijke verzorging van cliënten werd geschat dat de cliëntenraden het minste invloed hebben gehad (Lammerts et al., 2010b).

Aan 45% van de cliëntenraden in de revalidatiecentra is advies gevraagd over een onderwerp dat niet is opgenomen in de Wmcz (Lammerts et al., 2010b). In de ziekenhuizen was dit bij een derde van de cliëntenra-

den het geval (Lammerts et al., 2010d). Onderwerpen die werden genoemd zijn bijvoorbeeld het strategisch meerjarenplan, privacy en communicatie.

Figuur 13

Percentages cliëntenraden in revalidatiecentra die in 2008 advies hebben gegeven over in de Wmcz opgenomen onderwerpen (N=13), verzameld in 2009 (Afgeleid van Lammerts et al. 2010b)



- **Terugkoppeling en relatie RVB**

Cliëntenraden in ziekenhuizen geven aan dat vaak onduidelijk blijft wat de impact van hun advies op de uiteindelijke beslissing is (van der Kraan & Meurs, 2008). Uit ander onderzoek onder cliëntenraden in ziekenhuizen bleek dat de vorm van de reactie van de RVB afhangt van de zwaarte van het advies, maar dat er bij afwijking van het advies meestal een schriftelijke motivatie wordt gegeven door de RVB (Lammerts et al., 2010d). In de revalidatiecentra gaf 70% van de cliëntenraden aan dat er een procedure bestaat voor de omgang met adviezen door het bestuur. In 40% van de gevallen bestaat deze procedure uit een schriftelijke reactie (Lammerts et al., 2010b).

De cliëntenraden konden ook beoordelen in hoeverre de zorgaanbieder hen minstens één keer per jaar informatie verstrekt over het gevoerde en te voeren beleid; de cliëntenraden in de ziekenhuizen scoorden dit met 83 punten (0='instelling doet dit nooit', 100='instelling doet dit altijd') (Lammerts et al., 2010d). De revalidatiecentra scoorden dit zeer positief, met 92 punten (Lammerts et al., 2010b).

Bijna de helft (48%) van de onderzochte cliëntenraden in ziekenhuizen in het onderzoek van Lammerts et al. (2010d) was van mening dat zij een samenwerkende vorm (partnership) van participatie hebben in het beleidsproces, 39% zag zichzelf in een adviserende rol. Toch vond 9% dat er alleen informatie uitgewisseld werd over beleid, en 4% zag zichzelf als instantie die geconsulteerd wordt. In de revalidatiecentra zag 64% van de cliëntenraden zichzelf als adviseur van de RVB. De overige cliëntenraden zagen de relatie met de RVB meer als een partnership. Geen van de cliëntenraden in de revalidatiecentra had een consultatierol of werd alleen geïnformeerd over beleid (Lammerts et al., 2010b).

- **Financiële ondersteuning van cliëntenraden**

Zoals eerder gezegd is een nieuw element van het voorstel voor de Wcz het budgetrecht voor cliëntenraden. Onder de Wmcz hoefde de zorgaanbieder in principe alleen voor facilitaire ondersteuning te zorgen.

In 2008 is gevraagd naar de financiering van cliëntenraden. In de ziekenhuizen werd 52% gefinancierd door een combinatie van budget en declaratie, 26% alleen door declaratie, 13% door een jaarlijks vastgesteld budget, en 9% door een vaststaand toegekend budget (Lammerts et al., 2010d). Het grootste deel van de cliëntenraden heeft geen maximum te declareren bedrag (van der Kraan & Meurs, 2008; Lammerts et al., 2010d).

Aan de cliëntenraden die door middel van een budget werden ondersteund, is naar de hoogte van het budget gevraagd. Belangrijk om te vermelden is dat het salaris van ambtelijk secretarissen hier niet bij gerekend is. Er waren 10 cliëntenraden gefinancierd door middel van een budget, wat varieerde van €2.500-€16.350 en met een gemiddeld bedrag van €7.945 (Lammerts et al., 2010d).

Het grootste deel van de respondenten gaf aan dat de cliëntenraden in ziekenhuizen voldoende budget of een maximum te declareren bedrag kreeg om te kunnen functioneren (van der Kraan & Meurs, 2008; Lammerts et al., 2010d).

Van de cliëntenraden in de revalidatiecentra had 42% een budget in combinatie met de mogelijkheid om te declareren. Een kwart kreeg een vaststaand budget, en 17% een jaarlijks vastgesteld budget. Het gemiddelde budget was €4.780, variërend van €900-€7.000. Het overige deel had alleen de mogelijkheid de gemaakte kosten te declareren. Bij twee cliëntenraden was er sprake van een maximum, bij het ene was dit €3.000 en bij het andere €7.000 (Lammerts et al., 2010b).

- **Facilitaire ondersteuning cliëntenraden**

De meeste cliëntenraden gaven aan gebruik te kunnen maken van de faciliteiten van het ziekenhuis en revalidatiecentra. De ondersteuning bestond volgens de meeste cliëntenraden uit vergaderruimte, catering, en kopieer- en drukfaciliteiten. In de ziekenhuizen had 64% van de cliëntenraden ruimte op de website van de zorginstelling, in de revalidatiecentra was dit iets meer dan de helft.

In de ziekenhuizen kreeg 87% van de cliëntenraden personele ondersteuning, gemiddeld 25 uur per maand (Lammerts et al., 2010d). In het onderzoek van van der Kraan & Meurs (2008) gaven de cliëntenraden aan dat de ondersteuning vooral uit ambtelijke ondersteuning bestond.

Vanuit het revalidatiecentrum ontving het grootste deel van de cliëntenraden personele ondersteuning (83%), met een gemiddelde van 16 uur per maand (Lammerts et al., 2010b).

- **Knelpunten**

Uit het van onderzoek Lammerts et al. (2010b,d) bleek dat de cliëntenraden in de cure-sector op een aantal punten extra ondersteuning behoeven. De belangrijkste punten zijn het onderhouden van contact met de cliënten die zij zouden moeten vertegenwoordigen en het uitvoeren van patiënten/cliëntenraadpleging. De cliëntenraden in ziekenhuizen in het onderzoek van van der Kraan & Meurs (2008) gaven aan dat zij nog zoekende zijn naar hun rol als patiëntvertegenwoordiger. Toch gaf 89% van de cliëntenraden in ziekenhuizen aan voldoende te kunnen betekenen voor hun achterban (Lammerts et al., 2010d). In de revalidatiesector meende 75% voldoende van betekenis te zijn voor cliënten (Lammerts et al., 2010b). Een ander obstakel vormde het werven van leden voor de cliëntenraad (van der Kraan & Meurs, 2008; Lammerts et al., 2010d; Lammerts et al., 2010b). De Raden van Bestuur van ziekenhuizen hebben ook aangegeven dat representativiteit van cliëntenraden nog een knelpunt vormt (van der Kraan & Meurs, 2008). Dit kan te maken hebben met de grote variëteit aan patiënten in de zie-

kenhuissector, en met de grote groep mensen die maar incidenteel gebruik maakt van ziekenhuiszorg.

Daarnaast werden professionalisering van de cliëntenraad en overbelasting van de leden ook als knelpunten genoemd (Lammerts et al., 2010d; Lammerts et al., 2010b). In het onderzoek van van der Kraan & Meurs (2008) werd het verwerken van een grote hoeveelheid informatie en een hoge werklast als knelpunt genoemd.

4.3 Conclusie

Op het gebied van medezeggenschap van cliënten in de gezondheidszorg wordt met het voorstel voor de Wcz getracht een aantal verbeteringen door te voeren. Er is een aantal nieuwe elementen ten opzichte van de Wmcz opgenomen in het voorstel voor de Wcz. Met het instemmingsrecht in plaats van het verzaamd adviesrecht en daarnaast het budgetrecht wordt beoogd cliëntenraden in de gezondheidszorg een steviger positie te bieden.

In de care-sector bestond deze vorm van medezeggenschap al langer dan in de cure-sector, maar dit blijkt geen garantie voor een betere positie in het besluitvormingsproces vergeleken met de andere sectoren. Als gevolg van een groot aantal fusies in de care-sector is het functioneren van cliëntenraden in de problemen gekomen. Opvallend is wel dat de cliëntenraden in de GGZ gemiddeld meer budget en ondersteuning kregen ten opzichte van alle andere sectoren in de care en cure. De meeste cliëntenraden in beide sectoren gaven aan voldoende budget te hebben om hun werkzaamheden uit te voeren. Hoewel het niet hebben van een budgetrecht door de cliëntenraden niet als knelpunt wordt genoemd, zou het introduceren van dit recht wel effect kunnen hebben. Wellicht doordat de positie van een cliëntenraad hier in formele zin sterker door wordt, of wellicht doordat het beschikbare budget wordt ingezet voor doelen die zich nu nog niet hebben aangediend.

Op een aantal punten kunnen de posities van cliëntenraden wel verbeterd worden, zowel in de care- als in de cure-sector, doordat bestaande rechten ook worden gebruikt. Een voorbeeld is het recht op bindende voordracht van een lid voor de Raad van Toezicht waar een deel van de cliëntenraden geen gebruik van maakt. Onduidelijk is wat hier de oorzaak van is. Aangezien dit recht in het voorstel voor de Wcz ongewijzigd blijft is een belangrijke vraag nog altijd waarom een deel van de cliëntenraden geen leden voor de Raad van Toezicht voordraagt. Overigens kunnen cliëntenraden het recht op voordracht voor de Raad van Toezicht opeisen bij de kantonrechter (art. 7 Wmcz).

Een ander opvallend resultaat is dat de meeste cliëntenraden in beide

sectoren aangeven dat ze vooral over bestuurlijke onderwerpen advies hebben gegeven, terwijl zij tegelijkertijd ook aangeven dat ze hier het minst invloed op hebben. Aangegeven werd dat onderwerpen die dichtbij het dagelijks leven van de cliënt staan belangrijker zijn voor de cliëntenraden. Toch blijkt het (verzwaard) adviesrecht nog niet ten volle benut door de cliëntenraden. Cliëntenraden besteden veel aandacht aan beleidsstukken, begrotingen en jaarplannen, waar hun deskundigheid doorgaans niet ligt. Daarnaast halen onderwerpen die cliënten belangrijk vinden, als eten en drinken, tochtende deuren, en douchen de agenda niet, terwijl dit juist de onderwerpen zijn waar de cliëntenraad zich mee bezig zou moeten houden (Trappenburg, 2008). Wat door veel cliëntenraden als probleem werd aangegeven is het gebrek aan kennis en professionaliteit, en overbelasting. Het doel van het budgetrecht in het voorstel voor de Wcz is een betere financiering van de ondersteuning en scholing van cliëntenraden. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of het budgetrecht hiervoor zal worden ingezet en wat hier dan de effecten van zijn.

Wil het instemmingsrecht ten volle benut worden, dan zullen er nog grote stappen gemaakt moeten worden. Overwogen zou moeten worden welke doelen er met het medezeggenschap worden nagestreefd en of deze doelen wel haalbaar zijn.

Een weerkerend knelpunt vormt de representativiteit van de cliëntenraden en, daarmee in verband staande, het werven van nieuwe leden. Het blijkt moeilijk voor cliëntenraden om contact te krijgen met hun achterban. De meeste cliënten blijken niet bijzonder geïnteresseerd in het werk van de cliëntenraad. Dit raakt aan een fundamentele uitdaging waar de cliëntenraden voor staan: het legitimeren van hun betekenis als vertegenwoordiger van cliënten.

Cliëntenraden zouden hun contact met en kennis over hun achterban wellicht kunnen verbeteren wanneer zij een grotere rol krijgen bij metingen van cliëntervaringen met de kwaliteit van zorg. Hoewel cliëntenraden verzwaard adviesrecht hebben op het gebied van kwaliteit van zorg, bleek uit onderzoek in de verpleging en verzorging dat de cliëntenraden nauwelijks betrokken zijn bij CQ-indexmetingen (Zuidgeest et al., 2010). Betrokkenheid bij het proces van meten en verbeteren zou zowel het contact met als de bekendheid onder hun achterban kunnen verhogen, en het zou het bestaan van de cliëntenraad een grotere legitimiteit kunnen opleveren.

Een toekomstige evaluatie zou in ieder geval moeten ingaan op de vraag op welke manier het budgetrecht is ingevuld door de verschillende cliëntenraden en op welke manier dit bijdraagt aan het werk van de cliëntenraden. Daarnaast zou moeten worden nagegaan in hoeverre

cliëntenraden sommige van hun rechten, zoals het recht op bindende voordracht van een lid voor de Raad van Toezicht, ook gebruiken en wat eventuele bevorderende of belemmerende factoren hiertoe zijn. Het belangrijkste lijkt echter de wekerende vraag naar de legitimering van het werk van de cliëntenraden, de mate waarin zij contact onderhouden met hun achterband, hun vermogen tot het werven van nieuwe leden en de betekenis die die achterban aan hen toekent.

5 Goed bestuur

5.1 Inleiding

Met de hervorming van het zorgstelsel in 2006 tot een stelsel van gereuleerde marktwerking wordt beoogd de stijgende zorgkosten te beteugelen en de kwaliteit van zorg te verbeteren. Zorgaanbieders moeten invulling geven aan hun rol als marktspeler, en tegelijkertijd worden besturen verantwoordelijk gesteld voor de kwaliteit van zorg in hun instelling. De taak van het bestuur is te zorgen voor doelmatige en ook patiëntgerichte zorgverlening van goede kwaliteit. Hierdoor is het besturen van zorginstellingen belangrijker en lastiger geworden.

Een aantal incidenten van de afgelopen jaren heeft mede geleid tot meer nadruk op de verantwoordelijkheid van de bestuurders voor het waarborgen van kwaliteit van zorg. Zo onderkende de Raad van Bestuur in het UMC St. Radboud niet dat de slechte verhoudingen tussen medisch specialisten verband hielden met een verhoogde sterfte op de betreffende afdeling, en beschouwde het de kwaliteit van zorg als een verantwoordelijkheid van de medisch specialisten. Er was geen centrale sturing op het gebied van veiligheid (Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2008b). In het Twenteborgziekenhuis ontstond brand in de O.K., nadat de Raad van Bestuur had besloten om onderhoudswerkzaamheden van apparatuur intern uit te laten voeren in plaats van door een extern bedrijf, terwijl er over onvoldoende kennis en kunde beschikt werd in het ziekenhuis (Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2008a). In beide gevallen handelde het bestuur niet in het belang van de patiënt. Ook de IGZ kaartte de verantwoordelijkheid van de bestuurder voor de kwaliteit van zorg aan in de Staat van de Gezondheidszorg van 2009 (IGZ, 2009b). Verder bleek uit een evaluatie van de Kwaliteitswet Zorginstellingen (Kwz) in 2009 dat het beleid van zorginstellingen rondom kwaliteitssystemen niet optimaal was.¹² Besturen van ziekenhuizen moeten meer aandacht besteden aan kwaliteit van zorg (Legemaate, 2009).

De kwaliteit van zorg en de rol van het bestuur daarin is op dit moment geregeld in verschillende wetten. Volgens de Kwz heeft de zorgaanbieder eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg. De wet biedt een kader waarvan bij de invoering in eerste instantie het doel was dat er door middel van zelfregulering door zorgaanbieders invulling werd gegeven aan de wet (Algemene Rekenkamer, 2009). Volgens deze wet zou de zorgaanbieder zorg zo moeten organiseren dat dit leidt tot verantwoorde zorg, door middel van systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg (art. 4 Kwz). Zorgaanbieders zouden dus een kwaliteitssysteem moeten implementeren en jaarlijks verantwoording af moeten leggen over het gevoerde beleid (art. 5 Kwz). Daarnaast is in de Wet op de Geneeskundige

¹² Kamerstukken II
2008–09, 31 961, nr. 1–2

Behandelovereenkomst (WGBO) de centrale aansprakelijkheid van instellingen geregeld (art. 462 BW). De Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) stelt criteria voor de samenstelling van het bestuur en de bedrijfsvoering van zorginstellingen. Zo bestaat er de verplichting van instelling van een onafhankelijk toezichthoudend orgaan en zijn er eisen gesteld aan de financiële administratie. Zorgaanbieders hebben gezamenlijk de 'zorgbrede governancecode' opgesteld. Hierin zijn regels opgesteld met betrekking tot de onafhankelijkheid van de Raad van Bestuur (rvb) en de Raad van Toezicht (rvt), en de verantwoording van hun beleid aan belanghebbenden (Mollema, 2009). Ten slotte is de verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg van de individuele hulpverlener geregeld in de wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG). Door middel van het BIG-register wordt bijgehouden welke personen bevoegdheid tot beroepsuitoefening hebben. Duidelijk is dat de verantwoordelijkheid van het bestuur van zorginstellingen voor kwaliteit van zorg in een veelheid aan wetten is geregeld. Met het voorstel voor de Wcz wordt getracht hier eenheid in te brengen, door de verschillende regelingen op te nemen in één wet. Het voorstel voor de Wcz besteedt veel aandacht aan dit thema.

In de volgende paragraaf worden deze specifieke elementen van het voorstel voor de Wcz op het gebied van de verantwoordelijkheden van het bestuur van zorginstellingen beschreven. In de paragrafen er na wordt dieper ingegaan op de afstemming van de verantwoordelijkheden van Raden van Bestuur, Raden van Toezicht en medisch specialisten in ziekenhuizen.

5.1.1 *Goed bestuur in het voorstel voor de Wcz*

Een belangrijke aanvulling in het voorstel voor de Wcz ten opzichte van de Wtzi en de Kwaliteitswet is dat er meer nadruk wordt gelegd op de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder voor de kwaliteit van de zorgverlening. In het voorstel voor de Wcz is vastgelegd dat het bestuur een systeemverantwoordelijkheid draagt voor de kwaliteit van zorg (art. 2 lid 1 Wcz), en medeaansprakelijk is in geval van schade bij individuele cliënten (art. 3 Wcz). Daarnaast moet er tenminste één lid van het bestuur aangewezen worden als portefeuillehouder van kwaliteit (art. 40 lid 2 Wcz).

Ook worden in het voorstel voor de Wcz nieuwe eisen gesteld aan de samenstelling van het toezichthoudend orgaan en krijgt deze meer bevoegdheden (art. 40 Wcz). De Raad van Toezicht benoemt de leden van de Raad van Bestuur. De Raad van Toezicht is derhalve verantwoordelijk voor het functioneren van de Raad van Bestuur.¹³ Verder krijgen zorgaanbieders de verplichting om zorg te dragen voor afstemming tussen zorgverleners en tussen zorgaanbieders (art. 7 Wcz). Hiermee wordt benadrukt dat de zorgaanbieder moet zorgen dat de voor hem werkzame hulpverleners de zorg met elkaar afstemmen die wordt verleend binnen een instelling. Tevens moet hij zorg dragen voor afstem-

¹³ *Kamerstukken II 2009/10, 32, 402, nr. 3, p.66*

ming tussen zorgaanbieders en de voor hen werkzame hulpverleners over de grenzen van de instelling heen. Hier is reeds over gerapporteerd in hoofdstuk 'Afstemming'. Tenslotte is in het voorstel voor de Wcz opgenomen dat zorgaanbieders zich naar alle betrokkenen dienen te verantwoorden over het beleid en de uitvoering ervan, evenals over hun maatschappelijke rol en de besteding van gemeenschapsgeld (art. 44 Wcz), zodat belanghebbenden inzicht kunnen krijgen in het functioneren van het bestuur en het interne toezicht. De belangrijkste verschillen tussen de nu geldende wetgeving en het voorstel voor de Wcz zijn weergegeven in tabel 19.

Kortom, om de positie van cliënten in de gezondheidszorg te verstevigen en hun recht op goede zorg te waarborgen kent het voorstel voor de Wcz een aanzienlijk aantal artikelen die gericht zijn op het bestuur van zorginstellingen. Dit zou er in de praktijk toe moeten leiden dat het bestuur van een zorginstelling meer dan nu bestuurlijke aandacht besteedt aan de kwaliteit van de zorg.

Dit brengt ons tot de volgende onderzoeksvraag: In welke mate houden bestuurders in de zorg zich op dit moment actief bezig met vragen rond kwaliteit, veiligheid en afstemming van verantwoordelijkheden?

Tabel 19

Enkele belangrijke verschillen tussen bestaande wetgeving en het voorstel voor de Wcz

Kwaliteitswet/Wtzi/WGBO	Het voorstel voor de Wcz
De zorgaanbieder is verplicht tot het leveren van verantwoorde zorg Het ziekenhuis is mede aansprakelijk bij schade	De cliënt heeft een recht op goede zorg De zorgaanbieder heeft een plicht tot goed bestuur De zorgaanbieder is mede aansprakelijk in geval van schade aan de individuele cliënt
De zorgaanbieder heeft een 'systeemplicht' tot het zorgen voor personeel, materieel, en verantwoordelijkheids-toedeling	De zorgaanbieder heeft een 'systeemplicht' tot het zorgen voor personeel, materieel, bouwkundige voorzieningen, verantwoordelijkheidstoedeling, afstemmings- en verantwoordingsplichten
Eisen voor het instellen van een transparant bestuur en een onafhankelijk en kritisch toezicht op het bestuur Verhoudingen tussen de RVT en de RVB daartussen worden vastgelegd in statuten	De RVT moet uit minstens drie van de zorgaanbieder onafhankelijke leden bestaan De RVT benoemt en ontslaat bestuursleden De RVT krijgt meer bevoegdheden bij besluiten over bepaalde onderwerpen
-	De statuten wijzen tenminste één portefeuillehouder kwaliteit aan

5.1.2 *Ontwikkeling kwaliteitssysteem*

Bij de invoering van de Kwz in 1996 werd de invulling van het begrip verantwoorde zorg bij de zorgaanbieders gelegd. Na aandringen op verduidelijking door verschillende partijen werd aan het begrip nog 'doel-treffend, doelmatig en patiëntgericht' toegevoegd. De toenmalige minister van vws, mevrouw Borst-Eilers gaf nog steeds de vrijheid aan de zorgaanbieders zodat deze zelf invulling konden geven aan het begrip, zolang de zorgaanbieder maar aannemelijk kon maken dat hij te alle tijde verantwoorde zorg bood. Er werd verwacht dat zorgaanbieders, verzekeraars en cliënten een gezamenlijke en breed gedragen visie creëerden over wat verstaan moest worden onder verantwoorde zorg, en op basis daarvan kwaliteitskaders met indicatoren en normen ontwikkelden (Algemene Rekenkamer, 2009).

In 2001 werd de Kwz geëvalueerd. Uit het rapport bleek dat zorgaanbieders er nauwelijks in geslaagd waren kwaliteitssystemen te ontwikkelen (Casparie et al., 2001). De staatssecretaris van vws, mevrouw Ross-van Dorp besloot hiertoe dat er toch regels gesteld moesten worden. Door middel van metingen met een landelijke set kwaliteitsindicatoren zouden zorgaanbieders onderling vergelijkbaar moeten worden. Daarnaast zou transparantie hierover slecht presterende zorgaanbieders stimuleren om te verbeteren.¹⁴ Op deze manier zou ook de kwaliteit van zorg zichtbaar worden gemaakt voor de consument (Lugtenberg & Westert, 2007).

Uiteindelijk is in 2009 met een ministeriële regeling vastgelegd dat zorginstellingen zich door middel van de kwaliteitsindicatoren moeten verantwoorden.¹⁵ De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft een regiefunctie in zowel de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren als het sturen en toezicht houden op kwaliteit en veiligheid in de zorg (IGZ, 2009b).

5.1.3 *Afstemming verantwoordelijkheden bestuur en medisch specialisten*

De laatste jaren is er veel te doen over de juridische relatie tussen medisch specialist en ziekenhuis. De Raad voor Volksgezondheid en Zorg (rvz) stelt in een briefadvies dat de Raad van Bestuur de eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg onvoldoende kan realiseren, omdat er een systeem ontbreekt dat regels stelt over de verantwoording van medisch specialisten over hun handelen aan de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur moet zorg dragen voor de implementatie van een kwaliteitssysteem, voor de bewaking van kwaliteit van zorg, en waar nodig voor correcties. De individuele hulpverlener is verantwoordelijk voor zijn eigen medisch handelen, maar de Raad van Bestuur moet dus toezicht houden op het handelen van de voor hem werkzame

¹⁴ Kamerstukken II
2008-09, 31 961, nr. 1-2

¹⁵ Regeling kwaliteits-
jaarverslag zorginstellin-
gen 2010, Stcrt. 2009,
19705

individuele hulpverleners. Er moet een actieve verplichting ontstaan voor medisch specialisten tot verantwoording aan het bestuur. In de bestaande bepalingen is hier tot nu toe te weinig invulling aan gegeven (RVZ, 2010).

Vrij gevestigde medisch specialisten werken op basis van een toelatingsovereenkomst in het ziekenhuis, medisch specialisten in loondienst op basis van een arbeidsovereenkomst. De toelatings- en arbeidsovereenkomst verschillen van elkaar, maar in beide gevallen is de Raad van Bestuur eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg, en zijn de verplichtingen voor medisch specialisten gelijk. Sinds 2011 is er een nieuw model voor de toelatingsovereenkomst.¹⁶

¹⁶ Zie bijvoorbeeld:
www.nvzziekenhuizen.nl/NVZ_Nieuws/Nieuwsberichten/Juli_december_2011/Akkoord_over_nieuw_Model_Toelatingsovereenkomst

Belanghebbenden hebben gereageerd op het briefadvies van de RVZ. De Orde van Medisch Specialisten heeft een kwaliteitskader opgesteld met richtlijnen voor medisch specialisten en Raden van Bestuur. Hierin wordt aangeraden om een informatieprotocol te ontwikkelen, overeenkomen tussen het Medisch Stafbestuur en de Raad van Bestuur, waarin staat hoe er wederzijds verantwoording moet worden afgelegd (Orde van Medisch Specialisten, 2010). Het Medisch Stafbestuur is een orgaan met afgevaardigden van medisch specialisten. Afspraken over rechten en plichten van het Medisch Stafbestuur zijn opgenomen in het Document Medische Staf (DMS), opgesteld door belanghebbende organisaties binnen de zorgsector. Het Medisch Stafbestuur heeft een advies- en overlegrelatie met de Raad van Bestuur (art. 3-5 DMS), in de praktijk heeft het Medisch Stafbestuur vaak een zwaarwegende stem (Mollema, 2009).

Ook de Brancheorganisaties Zorg (BOZ) hebben de lacunes in de verantwoording van medisch specialisten aan ziekenhuisbesturen erkend. De governancecode uit 2006 is geëvalueerd en een nieuwe zorgbrede governancecode is ontwikkeld (BOZ, 2010).

Ten slotte heeft ook de IGZ gereageerd met het 'Toezichtkader bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid'. Hierin wordt benadrukt dat het toezicht op bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid een integraal onderdeel is van het reguliere toezicht van de inspectie (IGZ, 2011b).

In het voorstel voor de Wcz wordt in de memorie van toelichting gehoor gegeven aan het geschetste probleem:

'Om zijn verantwoordelijkheid voor goede zorg te kunnen waarmaken, dient de zorgaanbieder de zorgverlening zo te organiseren, dat de personen die daadwerkelijk de zorg verlenen, verantwoording afleggen aan de zorgaanbieder. Daarbij is het niet relevant of deze personen in loondienst zijn van de zorgaanbieder of op andere wijze door de zorgaanbieder worden ingeschakeld. Het is onacceptabel als zorgprofessionals weten van

(dreigende) misstanden met risico's voor de patiëntenzorg, maar dat niet melden aan het bestuur. Specialisten moeten verantwoording afleggen aan het bestuur over deelname aan het kwaliteitssysteem van de maatschap of vakgroep, medische staf en wetenschappelijke vereniging. Onder het afleggen van verantwoording door specialisten aan het bestuur van een ziekenhuis verstaan wij ook dat de specialisten ervoor zorgen dat het bestuur kennis kan nemen van de conclusies en aanbevelingen van visitatierapporten.

*Het behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder, dus degene die de instelling in stand houdt, de organisatie zó te zetten, de in de instelling werkende beroepsbeoefenaren zó te instrueren dan wel zodanige afspraken met hen te maken, dat voldaan wordt aan de hierboven globaal omschreven vereisten.'*¹⁷

Met het voorstel voor de Wcz wordt dus nadruk gelegd op de verantwoordelijkheid van bestuurders voor de kwaliteit van zorg. Betoogd is dat het voorstel voor de Wcz, in juridische zin, op dit punt niets essentieel toevoegt aan het bestaande instrumentarium.¹⁸ Wel kan worden geconstateerd dat met het voorstel voor de Wcz de verantwoordelijkheid van de bestuurder voor kwaliteit van zorg op zijn minst nog eens nadrukkelijk wordt onderstreept. De regelingen in het voorstel voor de Wcz kunnen gezien worden als concretisering van een maatschappelijk proces dat al langer gaande is, waarin steeds meer belang wordt gehecht aan het expliciteren van de verantwoordelijkheid van bestuurders. Het lijkt dan ook niet erg waarschijnlijk dat onderzoek, op dit moment, naar de betrokkenheid van bestuurders bij het onderwerp kwaliteit van zorg tot de conclusie zal komen dat deze betrokkenheid nog nauwelijks bestaat. Het is eerder waarschijnlijk dat er op vele fronten al sprake is van betrokkenheid. De vraag is hoe en in hoeverre. Deze vraag staat centraal in dit onderzoek. Daarbij richten we ons vooral op de onderwerpen die met het voorstel voor de Wcz worden geadresseerd.

5.2 De stand van zaken voor invoering van het wetsvoorstel Wcz

De resultaten van dit hoofdstuk zijn gebaseerd op data van lopend NIVEL-onderzoek (Botje & Wagner). Allereerst wordt ingegaan op het belang dat bestuurders hechten aan kwaliteit van zorg. De paragraaf daarna is gericht op de informatie uitwisseling tussen de organen onderling. De laatste paragraaf gaat over afstemming van verantwoordelijkheden en de invloed van de verschillende organen op kwaliteit. Bij sommige onderwerpen wordt ook de vergelijking gemaakt met andere bestuurlijke thema's als financiën en strategische aanpak.

¹⁷ Kamerstukken II 2009/10, 32, 402, nr. 3, p.104, 105

¹⁸ Zie bijvoorbeeld: Position Paper Wcz van de Brancheorganisaties Zorg, 15 november 2011 & Position Paper hoorzitting Wetsvoorstel Clientenrechten zorg, Prof. Mr. Johan Legemaate, 25 november 2011

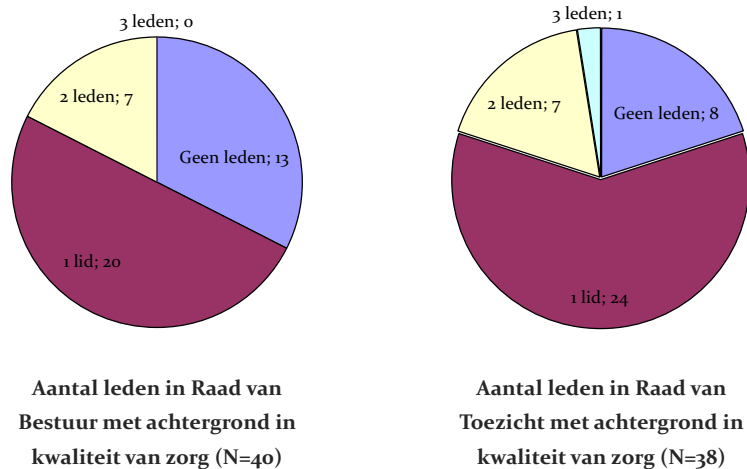
5.2.1 Belang van kwaliteit van zorg onder bestuurders

- **Portefeuillehouder met een achtergrond op het gebied van kwaliteitsmanagement of kwaliteit van zorg**

Volgens het voorstel voor de Wcz moet er tenminste één lid van de Raad van Bestuur worden aangewezen als portefeuillehouder van kwaliteit van zorg. Op dit punt beschikken wij niet over exacte informatie. Wel kunnen we nagaan in hoeverre leden van ziekenhuisbesturen op dit moment een achtergrond op het gebied van kwaliteit hebben.

Gemiddeld bestaan Raden van Bestuur uit 2 personen. Raden van Toezicht bestaan gemiddeld uit 6 personen. In figuur 14 is te zien hoeveel leden van het bestuur in 2009 een achtergrond op het gebied van kwaliteitsmanagement/kwaliteit van zorg hebben volgens de voorzitters van de besturen. Van de voorzitters van de Raad van Bestuur gaven 20 van de 40 voorzitters aan dat er 1 lid van de Raad van Bestuur een achtergrond heeft op het gebied van kwaliteitsmanagement/kwaliteit van zorg, en 7 gaven aan dat er 2 leden zijn met deze achtergrond. De rest gaf aan dat geen enkel lid van de Raad van Bestuur deze achtergrond heeft. Andere achtergronden van één of meerdere leden van de Raad van bestuur zijn financiën/economie, medisch/verpleegkundig, bestuurskunde en wetenschappelijk onderzoek. In de Raad van Toezicht nemen meer leden zitting die een achtergrond hadden op het gebied van kwaliteit. Slechts 8 voorzitters gaven aan dat er geen leden in de Raad van Toezicht zitten met die achtergrond, en 24 voorzitters gaven aan dat er 1 lid aanwezig is in de Raad van Toezicht. Acht voorzitters gaven aan dat er 2 of meer leden een achtergrond hebben op het gebied van kwaliteit van zorg. Andere achtergronden die één of meerdere leden hebben zijn accountancy, financiën/economie, rechten, marketing of bestuurskunde.

Figuur 14 (verzameld in 2010)



De voorzitters van de Raad van Bestuur waardeerden hun eigen expertise op het gebied van kwaliteit van zorg over het algemeen hoog. De Raad van Bestuur-voorzitters hebben zichzelf gemiddeld een 7,9 gegeven. Bij de Raad van Toezicht lag het gemiddelde rapportcijfer dat zij zichzelf gaven wat lager, namelijk op een 7.

- ***Belang van kwaliteit van zorg***

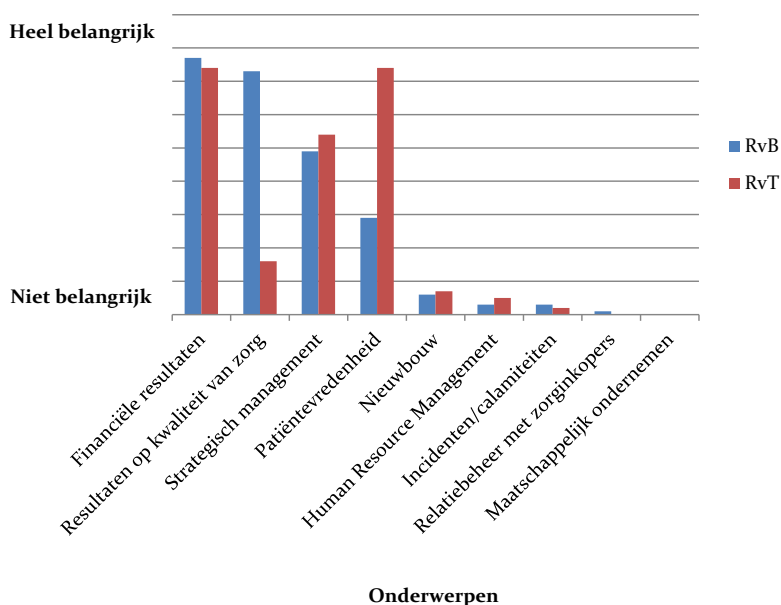
Met het voorstel voor de Wcz wil de wetgever bewerkstelligen dat bestuurders zich actief bezig houden met kwaliteit van zorg. De prioriteiten van de ziekenhuisbesturen zijn gemeten door te kijken naar het belang dat wordt gehecht aan bepaalde onderwerpen.

In figuur 15 is te zien welke onderwerpen de voorzitters van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht als belangrijkste aandachtsgebieden hebben aangeduid. De voorzitters konden uit een lijstje van onderwerpen een top 3 van belangrijkste onderwerpen kiezen. Onderwerpen die op nummer één werden gezet kregen door de onderzoekers vervolgens drie punten toegekend, onderwerpen op de tweede plek kregen twee punten, en onderwerpen op drie kregen één punt. Aan de hand hiervan zijn totaalscores berekend voor het belang dat wordt gehecht aan de onderwerpen. In de figuur zijn niet zozeer de absolute aantallen belangrijk, maar de relatieve scores ten opzichte van elkaar.

Voor Raden van Bestuur behoort het onderwerp kwaliteit van zorg tot de top drie van hun prioriteiten. Voor Raden van Toezicht behoort het onderwerp kwaliteit van zorg niet tot hun top drie. De onderwerpen financiële resultaten en strategisch management werden door zowel de Raden van Bestuur als de Raden van Toezicht tot hun top drie gerekend. Voor Raden van Toezicht kwam daar de patiënttevredenheid bij.

Figuur 15

Scores voor het belang van verschillende onderwerpen voor de RvB en RvT in 2010



- ***Kwaliteit van zorg op de agenda***

Met het voorstel voor de Wcz krijgen ziekenhuisbesturen systeemverantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg geleverd in hun instelling. Dit zou moeten betekenen dat kwaliteit van zorg vaak op de bestuurlijke agenda staat.

Iets meer dan de helft van de bevroegde voorzitters van de Raad van Bestuur zegt dat het onderwerp kwaliteit van zorg vaak op hun agenda staat, een kwart zegt dat dit altijd het geval is (tabel 20). Ongeveer één op de vijf voorzitters van de Raad van Bestuur zegt dat het onderwerp soms op de agenda staat. De antwoorden van de voorzitters van de Raad van Toezicht verschillen hier weinig mee. Ongeveer één op de vijf voorzitters gaf aan dat kwaliteit van zorg zelden of soms op de agenda staat. Ruim de helft gaf aan dat dit vaak geval is, en ook een kwart gaf aan dat kwaliteit altijd op de agenda staat.

Eén op de twintig voorzitters van het Medisch Stafbestuur gaf aan dat kwaliteit soms op de agenda staat, en nog eens één op de twintig zei dat dit altijd het geval is. Ten slotte gaf ongeveer 60% van de voorzitters van het Medisch stafbestuur aan dat dit vaak het geval is.

Tabel 20

Aantal voorzitters van RVB, RVT en MSB over de frequentie van kwaliteit van zorg op de agenda in 2009, verzameld in 2010

	N	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
Raad van Bestuur	40 (100%)	0	0	7 (17%)	23 (57%)	10 (25%)
Raad van Toezicht	40 (100%)	0	2 (5%)	6 (15%)	21 (52%)	11 (27%)
Medisch Stafbestuur	65 (100%)	0	2 (3%)	13 (20%)	37 (57%)	13 (20%)

Tabel 21

Aantal voorzitters van RVB, RVT en MSB over de frequentie van financiële resultaten op de agenda in 2009, verzameld in 2010

	N	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
Raad van Bestuur	40 (100%)	0	0	3 (7%)	27 (67%)	10 (25%)
Raad van Toezicht	40 (100%)	0	0	2 (5%)	16 (40%)	22 (55%)
Medisch Stafbestuur	65 (100%)	3 (5%)	13 (20%)	24 (37%)	21 (32%)	4 (6%)

Vergelijken we de aandacht voor de kwaliteit van zorg met de aandacht voor financiële resultaten (tabel 21) dan blijkt het laatste onderwerp vaker op de agenda te staan van de Raden van Bestuur en Toezicht. Opmerkelijk is dat financiële resultaten relatief weinig op de agenda van het Medisch Stafbestuur staan. Hierbij is belangrijk om op te merken dat het Medisch Stafbestuur volgens het Document Medische Staf (DMS) de Raad van Bestuur mag adviseren over financiën. Deze overleggen vormen de basis voor de onderhandelingen tussen het bestuur en de zorgverzekeraars over de omvang van de jaarlijks door het ziekenhuis te leveren zorg en over de financiering van deze zorg.¹⁹ Het lijkt erop dat het onderwerp kwaliteit voor medische staven belangrijker is dan het onderwerp financiën, voor de Raad van Bestuur ligt dit meer gelijk ligt en voor de Raad van Toezicht ligt het accent juist meer op de financiën.

¹⁹ Zie: Model Document Medische Staf

- **Monitoring van kwaliteit van zorg**

Monitoring van kwaliteit van zorg is verplicht; één keer per jaar moet door middel van het meten van de prestatie-indicatoren van de IGZ de kwaliteit van zorg gemonitord worden ten behoeve van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.²⁰ Gevraagd is in hoeverre de drie organen de onderwerpen kwaliteit van zorg en incidenten en calamiteiten monitoren.

In figuur 16 zijn percentages te zien van de frequentie van het moni-

²⁰ Regeling kwaliteitsjaarverslag zorginstellingen 2010, Stcrt. 2009, 19705

toren van het onderwerp kwaliteit van zorg volgens de voorzitters van de Raad van Bestuur, Raad van Toezicht en Medisch Stafbestuur.

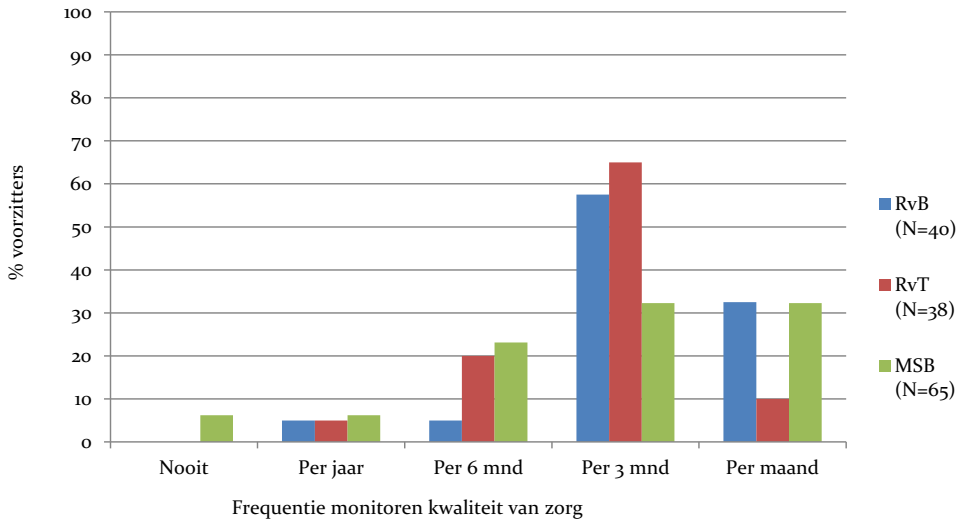
Kwaliteit van zorg wordt volgens iets meer dan de helft van de voorzitters van de Raad van Bestuur per drie maanden gemonitord door de Raad van Bestuur en ruim een kwart gaf aan dat kwaliteit zelfs elke maand gemonitord werd. Ruim 60% van de voorzitters van de Raad van Toezicht gaf ook aan dat kwaliteit van zorg elke drie maanden wordt gemonitord en ruim een kwart van de voorzitters van de Raad van Toezicht gaven aan dat kwaliteit van zorg minder vaak dan per drie maanden werd gemonitord. Van de voorzitters van het Medisch Stafbestuur gaf bijna twee derde aan dat kwaliteit van zorg per drie maanden of per maand wordt gemonitord. Eén op de vijf van hen gaf aan dat monitoring per zes maanden plaatsvindt.

De percentages van frequentie van monitoring van incidenten en calamiteiten voor de drie organen zijn weergegeven in figuur 17. Voor het onderwerp incidenten en calamiteiten wordt volgens bijna de helft voorzitters van de Raad van Bestuur per maand gemonitord, en bijna een derde gaf aan dat dit onderwerp eens per drie maanden wordt gemonitord.

De voorzitters van de Raad van Toezicht laten een ander beeld zien, hier gaf meer dan de helft van de voorzitters aan dat zij incidenten en calamiteiten elke zes maanden of eens per jaar monitoren. Volgens de overige respondenten vindt dit per 3 maanden of elke maand plaats. De voorzitters van het Medisch Stafbestuur monitoren incidenten en calamiteiten vaker, volgens ruim 60% iedere drie maanden of iedere maand.

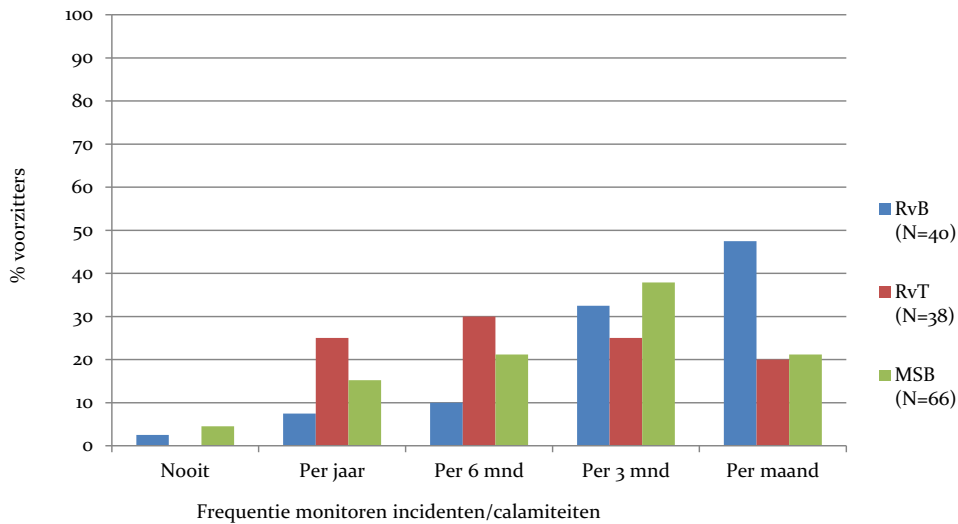
Figuur 16

Percentages voorzitters van de RvB, RvT en MSB over de frequentie van het monitoren van kwaliteit van zorg in 2010



Figuur 17

Percentages voorzitters van de RvB, RvT en MSB over de frequentie van het monitoren van incidenten/calamiteiten in 2010



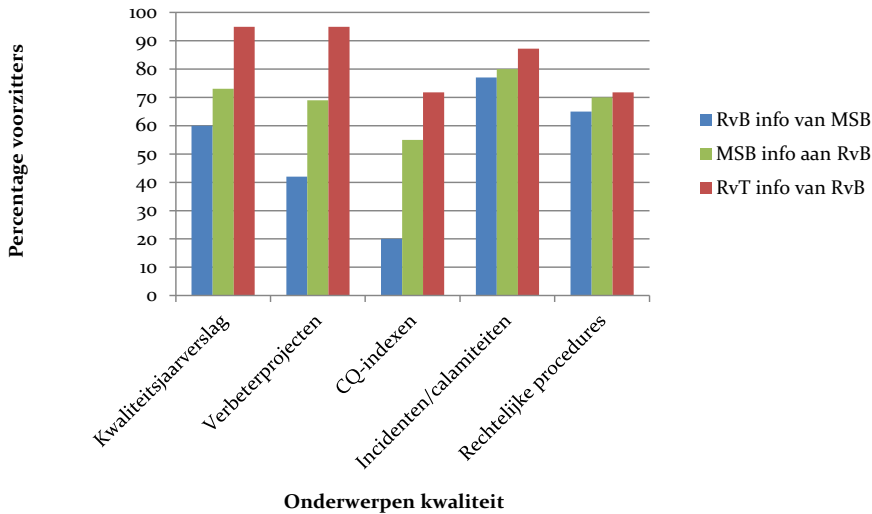
5.2.2 *Informatie-uitwisseling tussen de RVB, RVT en MSB*

Met het voorstel voor de Wcz krijgen de Raden van Bestuur van ziekenhuizen een grotere verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg. Raden van Bestuur zullen afspraken moeten maken met medisch specialisten en de Raad van Toezicht over informatie-uitwisseling en verantwoording over kwaliteit, willen zij deze verantwoordelijkheid werkelijk kunnen realiseren. Ook de Zorgbrede Governancecode van 2010 en de RVZ bevelen aan een informatieprotocol op te stellen voor het informatieverkeer tussen de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht (BOZ, 2010; RVZ, 2009). Gekeken is in hoeverre dit al van toepassing is door te vragen naar de aanwezigheid van een formeel informatieprotocol en het formeel informeren over kwaliteit van zorg door de Raad van Bestuur aan de Raad van Toezicht en de medisch specialisten aan de Raad van Bestuur.

Eén op de drie voorzitters van de Raad van Bestuur gaf aan dat hun ziekenhuis een formeel informatieprotocol heeft met betrekking tot rapportage over kwaliteit van zorg door medisch specialisten aan de Raad van Bestuur. Van de voorzitters van het Medisch Stafbestuur gaf 30% aan dat hun ziekenhuis beschikt over een formeel informatieprotocol inzake de rapportage over kwaliteit van zorg door medisch specialisten aan de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht. Eén op de vijf voorzitters van het Medisch Stafbestuur heeft aangegeven dat er een informatieprotocol in hun ziekenhuis aanwezig is met betrekking tot formele rapportage door medisch specialisten aan de Raad van Bestuur over kwaliteit van zorg. Dit betekent dat de meeste ziekenhuizen geen informatieprotocol hebben voor de uitwisseling van informatie over de kwaliteit van zorg.

Figuur 18

Percentages voorzitters van de RvB (N=37) RvT (N=37) en MSB (N=61-66) dat aangeeft informatie over kwaliteit te hebben uitgewisseld in 2009, verzameld in 2010



Dit betekent niet dat er geen informatie wordt uitgewisseld. Vrijwel alle Raden van Toezicht ontvangen informatie van hun Raad van Bestuur in de vorm van het kwaliteitsjaarverslag en over verbeterprojecten (figuur 18). Raden van Toezicht ontvangen hun informatie vooral van de Raden van Bestuur. De Raden van Bestuur hebben aangegeven minder informatie te ontvangen van het Medisch Stafbestuur, met name voor resultaten van verbeterprojecten en resultaten van CQ-indexen. Opvallend is dat meer dan de helft van de Medisch Stafbesturen bij elk onderwerp heeft aangegeven deze informatie wel aan te leveren aan de Raad van Bestuur. Voor het onderwerp incidenten en calamiteiten hebben de meeste voorzitters van de drie organen aangegeven deze informatie uit te wisselen.

5.2.3 *Afstemming verantwoordelijkheden*

Verantwoordelijkheden tussen de Raad van Bestuur, Raad van Toezicht en medisch specialisten moeten goed worden afgestemd. Er zijn afspraken nodig over wie waar verantwoordelijk voor is, en op welke manier de organen hun beleid verantwoorden.

Raden van Bestuur beoordelen de afstemming tussen hen en de Raden van Toezicht of de Medische specialisten vrijwel gelijk (tabel 22). Raden van Toezicht zijn het meest kritisch over de afstemming tussen de Raad van Bestuur en de Medisch Specialisten, terwijl de Medisch Specialisten juist kritischer zijn over de afstemming tussen de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht.

Tabel 22

Gemiddelde rapportcijfers en spreiding gegeven door voorzitters van de RVB, RVT en MSB over de afstemming van verantwoordelijkheden ten aanzien van kwaliteit van zorg tussen RVB en RVT en tussen RVB en medisch specialisten (verzameld in 2010)

	Afstemming tussen Raad van Bestuur en Raad van Toezicht	Afstemming tussen Raad van Bestuur en medisch specialisten
Raad van Bestuur (N=37)	7,2 (1-10)	7,4 (2-10)
Raad van Toezicht (N=37)	7,1 (4-10)	6,6 (1-10)
Medisch Stafbestuur (N=66/61)	6,4 (1-10)	7,6 (2-10)

Ook is gevraagd naar de gepercipieerde mate van invloed van de Raad van Bestuur, Raad van Toezicht en het Medisch Stafbestuur op kwaliteit van zorg door een cijfer te geven tussen 1 (geen invloed) en 10 (aanzienlijke invloed). De gemiddelden van de gegeven cijfers zijn te zien in tabel 23. Alle drie de organen zijn van mening dat de Raad van Toezicht de minste invloed heeft op kwaliteit van zorg, en de medisch specialisten de meeste.

Tabel 23

Gemiddeld cijfer en spreiding van gepercipieerde invloed op kwaliteit van zorg (1 = geen invloed, 10 = aanzienlijke invloed) gegeven door voorzitters van de RVB, RVT en MSB over eigen en elkaars invloed op kwaliteit van zorg (verzameld in 2010)

	Invloed Raad van Bestuur	Invloed Raad van Toezicht	Invloed Medisch Stafbestuur
Raad van Bestuur (N=40)	7,8 (5-10)	5,2 (1-9)	8,9 (7-10)
Raad van Toezicht (N=38)	8,2 (6-10)	5,7 (2-8)	8,8 (6-10)
Medisch Stafbestuur (N=65/66)	7,8 (4-10)	4,5 (1-9)	8,5 (5-10)

5.3 Conclusie

In dit hoofdstuk is onderzocht in hoeverre bestuurders zich bezig houden met kwaliteit van zorg, veiligheid en afstemming van verantwoordelijkheden. Hierbij is gekeken naar de Raden van Bestuur, Raden van Toezicht en Medisch Stafbesturen van ziekenhuizen in Nederland.

De IGZ en de Algemene Rekenkamer constateerden in 2009 dat veel incidenten en calamiteiten (gedeeltelijk) veroorzaakt werden doordat verantwoordelijkheden over kwaliteit van zorg en veiligheid binnen zorginstellingen niet duidelijk verdeeld waren. Bestuurders hadden meer aandacht voor de financiën en strategische aanpak dan voor kwaliteit van zorg (IGZ, 2009b; Legemaate, 2009).²¹ Het voorstel voor de Wcz besteedt veel aandacht aan de rol van het bestuur van zorginstellingen bij de kwaliteit van zorg. Zorgaanbieders dragen systeemverantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg en zijn medeaansprakelijk in geval van schade bij de individuele cliënt.

Het blijkt dat Raden van Bestuur de kwaliteit van zorg als een belangrijk aandachtspunt zien, vergelijkbaar in belang met de financiële resultaten en het strategisch management. Dit geldt niet voor de Raden van Toezicht die meer aandacht zeggen te hebben voor de patiënttevredenheid dan voor kwaliteit. Raden van Toezicht zeggen ook minder invloed te hebben op de kwaliteit van zorg. Deze mening wordt gedeeld door de Raden van Bestuur en de Medisch Specialisten.

Een nieuw element in de Wcz is het voorstel om ten minste één persoon in het bestuur een portefeuille kwaliteit toe te wijzen. In de wet is niet nader omschreven aan welke functie-eisen een portefeuillehouder kwaliteit zou moeten voldoen. Aangezien er voor de Raad van Toezicht een werkgeversrol ligt ten aanzien van de Raad van Bestuur, ligt hier ook een verantwoordelijkheid voor de Raad van Toezicht om zorg te dragen voor de aanstelling van een portefeuillehouder kwaliteit (van Wijmen, 2011). De Raad van Toezicht is direct verantwoordelijk voor de kwaliteit van de beleidsvoering van de Raad van Bestuur, en indirect voor de kwaliteit van zorg. De Raad van Bestuur krijgt een grotere verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg, dus zal de Raad van Toezicht meer aandacht moeten besteden aan dit onderwerp. De Raad van Toezicht dient toezicht te houden op het volledige ziekenhuisbeleid, dus ook op het kwaliteitsbeleid (Legemaate, 2009). In dit verband is een positief gegeven dat uit de resultaten blijkt dat in een groot deel van de Raden van Toezicht en de Raden van Bestuur één of meerdere leden een achtergrond op het gebied van kwaliteit van zorg hebben.

²¹ Kamerstukken II
2008-09, 31 961, nr. 1-2

²² *Kamerstukken II*
2009/10, 32 012, nr. 1,
Brief aan de Tweede
Kamer d.d. 9 juli 2009,
Ruimte en rekenschap
voor zorg en ondersteu-
ning

In dit hoofdstuk werd beschreven dat besturen hun verantwoordelijkheid niet kunnen nemen wanneer er geen afspraken worden gemaakt over de verdeling van verantwoordelijkheden en verantwoording over kwaliteit van zorg tussen medisch specialisten, Raden van Bestuur en Raden van Toezicht. Afspraken over informatie-uitwisseling zijn hiervoor noodzakelijk. Minister Klink pleitte in 2009 voor een formeel informatieprotocol.²² In de Zorgbrede Governancecode van 2010 worden aanbevelingen gedaan over vastlegging van periodiek informeren over kwaliteit van zorg van de Raad van Bestuur aan de Raad van Toezicht (BOZ, 2010), en ook de RVZ heeft dit aanbevolen (RVZ, 2009). Echter, uit dit onderzoek blijkt dat nog maar weinig ziekenhuizen een informatieprotocol hebben met betrekking tot uitwisseling van gegevens over kwaliteit van zorg tussen de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht. Uit de resultaten blijkt wel dat de meeste Raden van Toezicht belangrijke informatiebronnen met betrekking tot kwaliteit van zorg ontvangen van de Raad van Bestuur. Ondanks het ontbreken van een informatieprotocol, wordt de Raad van Toezicht regelmatig geïnformeerd door de Raad van Bestuur.

Met name rondom de informatie-uitwisseling tussen de Raad van Bestuur en het Medisch Stafbestuur is nog verbetering wenselijk. De voorzitters van de Raad van Bestuur gaven aan met wisselende frequentie formeel geïnformeerd te worden over kwaliteit van zorg door het Medisch Stafbestuur. Ook hebben nog maar weinig ziekenhuizen een informatieprotocol voor rapportage door medisch specialisten aan de Raad van Bestuur. Het zou voordelig kunnen zijn wanneer ook tussen hen goede afspraken worden gemaakt over verantwoordelijkheden, frequente informatievoorziening en verantwoording.

Zoals verwacht is er op het punt van aandacht voor kwaliteit van zorg binnen ziekenhuizen absoluut geen sprake van een nul-situatie. Het onderwerp behoort tot de prioriteiten van Raden van Bestuur en Medisch Specialisten. De rol van Raad van Toezicht met betrekking tot kwaliteit van zorg lijkt wat beperkter te zijn. Bij een toekomstige evaluatie zou vooral ook ingegaan moeten worden op de manier waarop Raden van Toezicht invulling geven aan hun verantwoordelijkheid op het gebied van kwaliteit van zorg. Ook zou nagegaan moeten worden welke ontwikkelingen er zijn bij de totstandkoming van informatieprotocollen op dit gebied en kan gekeken worden naar de eventuele samenhang tussen deze ontwikkelingen.

Literatuurlijst

- Algemene Rekenkamer (2009). *Implementatie kwaliteitswet zorginstellingen*. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
- Algemene Rekenkamer (2010). *Afstemming van de zorg rond chronische aandoeningen. Terugblik 2010*. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
- Baan, C. A., Hutten, B. J. F., & Rijken, P. M. (2003). *Afstemming in de zorg. Een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening*. Bilthoven: RIVM.
- Beijersbergen, M., Christians, M., Asmoredjo, J., & Wolf, J. (2010). *De CQ-index voor de maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en zwerfjongerenopvang: Ontwikkeling van een meetinstrument voor cliëntervaringen met de opvang*. Nijmegen: Umc St Radboud.
- Berendsen, A. J., de Jong, M. G., Schuling, J., Bosveld, H. E. P., de Waal, M. W. M., Mitchell, G. K. et al. (2010). De informatiebehoefte van de verwezen patiënt. *Ned. Tijdschr Geneesk.*, 154, A1603.
- BOZ (2010). *Zorgbrede Governancecode*. Utrecht: BOZ.
- Brabers, A. E. M., Reitsma-van Rooijen, M., Wigersma, L., & Jong, J. D. d. (2012). *Samenwerking in de zorg kan beter denken zowel zorggebruikers als artsen*. Utrecht: NIVEL.
- Casparie, A. F., Legemaate, J., Rijkschroeff, R. A. L., Brugman, M. J. E., Buijsen, M. A. J. M., & Hulst, E. H. (2001). *Evaluatie kwaliteitswet zorginstellingen*. Den Haag: ZonMw.
- CKZ/NIVEL (2010). *Jaarrapportage klantervaringen in de zorg 2009*. Utrecht: CKZ, Centrum Klantervaring Zorg/NIVEL.
- Claessen, S. J. J., Francke, A. L., Sixma, H., Brandt, H. E., van der Putten, M. J. A., de Veer, A. J. E. et al. (2009). *Op weg naar een CQ-index Palliatieve Zorg: meetinstrumentontwikkeling*. Utrecht: NIVEL.
- Damman, O. C., Hendriks, M., Triemstra, A. H. M., & Sixma, H. J. (2007). *CQ-index Mammacare: meetinstrumentontwikkeling. Kwaliteit van zorg rondom een borstafwijking vanuit het perspectief van patiënten*. Utrecht: NIVEL.
- Dane, A., van Lindert, H., & Friele, R. D. (2000). *Klachtopvang in de Nederlandse gezondheidszorg*. Utrecht: NIVEL.
- Daniel, A. E., Burn, R. J., & Horarik, S. (1999). Patients' complaints about medical practice. *Med J Aust*, 170, 598-602.
- de Bakker, D., Raams, J., Schut, E., Vrijhoef, B., Wildt, J. E., Simons, H. et al. (2012). *Monitoring integrale bekostiging zorg voor chronisch zieken: tweede rapportage van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging*. Utrecht: NIVEL.
- De Geschillencommissie (2011). *Jaarverslag Consumentenzaken 2010*. Den Haag: De Geschillencommissie.
- De Savornin Lohman, J., Rijkschroeff, R., Verkuyl, L., Gelder van, K., & Overbeek, v. R. (2000). *Evaluatie Wet medezeggenschap cliënten zorgsector*. Den Haag: ZorgOnderzoek.
- Delnoij, D. J. M., Rooijen, A. P. M., Wigersma, L., & Groenewegen, P. P. (2003).

- Botsingen in de spreekkamer: publiek en artsen oordelen over vraaggestuurde inrichting van de zorg. *Medisch Contact*, 11, 419-422.
- den Brok, W., Triemstra, M., & Rademakers, J. (2011). *CQ-index CVA: meetinstrumentontwikkeling. Kwaliteit van zorg na een CVA of beroerte vanuit het patiëntenperspectief*. Utrecht: NIVEL.
- Doig, G. (2004). Responding to formal complaints about the emergency department: Lessons from the service marketing literature. *Emergency Medicine*, 16, 353-360.
- Dute, J. C. J., Friele, R. D., & Gevers, J. K. M. (2000). *De evaluatie van de WGBO*. Den Haag: ZonMw.
- Enthoven, A. & van de Ven, W. (2007). Going Dutch - Managed-Competition Health Insurance in the Netherlands. *The New England Journal of Medicine*, 357, 2421-2423.
- Fabbricotti I. & Huijsman R. (2000). Fusiegolf in ouderenzorg nog niet voorbij. *Zorg en Ondernemen*, 2, 12-15.
- Faber, M. J., Burgers, J. S., & Westert, G. P. (2011). *International Health Policy Survey 2011. Commonwealth Fund. Onderzoek onder patiënten in 11 landen*. Nijmegen: UMC St Radboud, Scientific Institute for Quality of Health Care (IQ Health Care).
- Friele, R. D., Albada, A., & Sluijs, E. M. (2006). *Patiënten over hun rechten in de gezondheidszorg: een overzichtsstudie. Achtergrondstudie bij de Staat van de Gezondheidszorg 2006*. Den Haag: IGZ.
- Friele, R. D., Ruiter, C. d., Wijmen, F. v., & Legemaate, J. (1999). *Evaluatie wet klachtrecht cliënten zorgsector [Evaluation of the Clients' Right of Complaint Act]*. Utrecht: ZonMw.
- Gal, I. & Doron, I. (2007). Informal complaints on health services: hidden patterns, hidden potentials. *Int J Qual Health Care*, 19, 158-163.
- Hoogerwerf, R., Nievers, E., & Scholten, C. (2004). *De invloed van cliëntenraden. Het verzwaaard adviesrecht in de dagelijkse praktijk vanuit cliëntenraadperspectief*. Leiden: Research voor Beleid.
- Hopman, E. P. C., Batenburg, R. S., & De Bakker, D. H. (2009). *Organisatorische samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn - een verkenning*. Utrecht: NIVEL.
- IGZ (2006a). *Staat van de Gezondheidszorg 2006. Patiënt en recht, de positie van de patiënt goed verzekerd?* Den Haag: IGZ.
- IGZ (2006b). *Staat van de Gezondheidszorg 2006. Patient en recht, de positie van de patient goed verzekerd?* Den Haag: IGZ.
- IGZ (2009a). *Het resultaat telt 2008. Kwaliteitsindicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg*. Den Haag: IGZ.
- IGZ (2009b). *Staat van de Gezondheidszorg 2009. De vrijblijvendheid voorbij, sturen en toezicht houden op kwaliteit en veiligheid in de zorg*. Den Haag: IGZ.
- IGZ (2011a). *Staat van de Gezondheidszorg 2011. Informatie-uitwisseling in de zorg: ICT lost knelpunten zonder standaardisatie van de informatie-uitwisseling niet op*. Den Haag: IGZ.
- IGZ (2011b). *Toezichtkader Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid* Den Haag: IGZ.

- ITS (2010). *CQ-index Verstandelijke Gehandicaptenzorg. Meetverantwoording cliëntenraadpleging*. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Kinds, E., Koopman, L., Triemstra, M., & Rademakers, J. (2009). *CQ-index Rughernia: meetinstrumentontwikkeling. Kwaliteit van rugherniazorg vanuit het perspectief van patiënten*. Utrecht: NIVEL.
- KNMG (2010). *Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg*. Utrecht: KNMG.
- Kruikemeier, S., Coppen, R., Rademakers, J. J. D. J. M., & Friele, R. D. (2009). *Ervaringen van mensen met klachten over de Gezondheidszorg*. Utrecht: NIVEL.
- Lammerts, R., Verwijs, L. M., Homberg, J., Hekkert, K. D., Kroon, S. J. W., & Kamphuis, H. C. M. (2010a). *Patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties in Nederland. Brancherapport Cliëntenraden in beeld. Cliëntenraden van GGZ-instellingen*. Utrecht: LOC.
- Lammerts, R., Verwijs, L. M., Homberg, J., Hekkert, K. D., Kroon, S. J. W., & Kamphuis, H. C. M. (2010b). *Patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties in Nederland. Brancherapport Cliëntenraden in beeld. Cliëntenraden van Revalidatiecentra*. Utrecht: LSR.
- Lammerts, R., Verwijs, L. M., Homberg, J., Hekkert, K. D., Kroon, S. J. W., & Kamphuis, H. C. M. (2010c). *Patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties in Nederland. Brancherapport Cliëntenraden in beeld. Cliëntenraden van Thuiszorgorganisaties*. Utrecht: LOC.
- Lammerts, R., Verwijs, L. M., Homberg, J., Hekkert, K. D., Kroon, S. J. W., & Kamphuis, H. C. M. (2010d). *Patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties in Nederland. Brancherapport Cliëntenraden in beeld. Cliëntenraden van Ziekenhuizen*. Utrecht: LSR.
- Landelijke Beroepscommissie Klachten (2010). *Jaarverslag 2009 Landelijke Beroepscommissie Klachten*. Landelijke Beroepscommissie Klachten.
- Leenen, H. J. J., Dute, J. C. J., & Kastelein, W. R. (2008). *Handboek Gezondheidsrecht Deel II: Gezondheidszorg en Recht*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Legemaate, J. (1996). *Verantwoordingsplicht en aansprakelijkheid in de gezondheidszorg*. Zwolle: Tjeenk Willink.
- Legemaate, J. (2009). *Verantwoordelijkheid nemen voor kwaliteit*. Amsterdam: VU.
- Linschoten, C. P. v. & Moorer, P. (2005). *Kennis van patiënten over de WGBO*. Groningen: Argo Rijksuniversiteit Groningen.
- Lu, C. Y. & Roughead, E. (2011). Determinants of patient-reported medication errors: a comparison among seven countries. *International journal of Clinical Practice*, 65, 733-740.
- Lugtenberg, M. & Westert, G. P. (2007). *Kwaliteit van de gezondheidszorg en keuze-informatie voor burgers* Tilburg: Tranzo.
- Mollema, D. F. A. (2009). Governance in de gezondheidszorg. *Vennootschap en Onderneming*, 10, 201-205.
- Moore, C., Wisnivesky, J., Williams, S., & McGinn, T. (2003). Medical Errors Related to Discontinuity of Care from an Inpatient to an Outpatient Setting. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 646-651.

- Nabitz U., Klazinga N., & Walburg J. (2000). The EFQM excellence model: European and dutch experiences with the EFQM approach in health care. *International journal for Quality in Health Care*, 12, 191-201.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2008). *Invloed consumenten op kwaliteit AWBZ-zorg*. Utrecht: NZa.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2010). *Uitvoeringstoets Uitbreiding integrale bekostiging ketenzorg. Verruiming grenzen en soorten ketens*. Utrecht: NZa.
- NPCF (2007). *de Zorgconsumentenwet: wat er in moet staan*. Utrecht: NPCF.
- NPCF (2011). *Rapport meldactie 'Hoe maakt u een keuze in de gezondheidszorg?'* Utrecht: NPCF.
- Onderzoeksraad voor Veiligheid (2008a). *Brand in een operatiekamer. Twenteborgziekenhuis, Almelo, 28 september 2006* Den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid.
- Onderzoeksraad voor Veiligheid (2008b). *Een onvolledig bestuurlijk proces: hartchirurgie in het UMC St. Radboud. Onderzoek naar aanleiding van berichtgeving op 28 september over te hoge mortaliteit* Den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid.
- Orde van Medisch Specialisten (2010). *Kwaliteitskader van medisch specialisten. Richtlijnen voor medisch specialisten en Raden van Bestuur*.
- Peeters, J. M., Francke, A. L., & Pot, A. M. (2011). *Organisatie en invulling van "case-management dementie" in Nederland. Verslaglegging van een landelijke peiling onder regionale projectleiders*. Utrecht: NIVEL.
- Reitsma-van Rooijen, M., Brabers, A., Masman, W., & Jong, d. J. D. (2012). *De kiezende burger*. Utrecht: NIVEL.
- Reitsma-van Rooijen, M., Brabers, A. E. M., Wigtersma, L., & Jong, J. D. d. (2012). *Zorggebruikers denken minder positief dan artsen over de afhandeling van klachten binnen de gezondheidszorg*. Utrecht: NIVEL.
- RIVM (2010). *Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 'Van gezond naar beter'*. Bilthoven: RIVM.
- RVZ (2006). *De cliënt beter aan zet met een Zorgconsumentenwet?* Den Haag: RVZ.
- RVZ (2009). *Governance en kwaliteit van zorg* Den Haag: RVZ.
- RVZ (2010). *De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg. Briefadvies*. Den Haag: RVZ.
- RVZ (2011). *Medisch-specialistische zorg in 20/20. Dichtbij en ver weg*. Den Haag: RVZ.
- Schoen, C., Osborn, R., How, S. K. H., Doty, M. M., & Peugh, J. (2008). In Chronic Condition: Experiences Of Patients With Complex Health Care Needs, In Eight Countries. *Health Affairs*, 28, w1-w16.
- Sijmons, J. G. (2010). Goed bestuur en de organisatie van de zorginstelling. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 8, 624-638.
- Sixma, H., Spreuwenberg, P., Zuidgeest, M., & Rademakers, J. (2009). *CQ-index Ziekenhuisopname: meetinstrumentontwikkeling. Kwaliteit van de zorg tijdens ziekenhuisopnames vanuit het perspectief van patiënten. De ontwikkeling van het instrument, de psychometrische eigenschappen en het discriminerend vermogen* Utrecht: NIVEL.

- Sluijs, E. M., Friele, R. D., & Algera, M. (2002). *Onvrede met de klachtbehandeling: fase I: factoren die mogelijk een rol spelen bij onvrede van cliënten over de klachtbehandeling in het kader van de Wet Klachtrecht Clienten Zorgsector (WKCZ)*. Utrecht: NIVEL.
- Sluijs, E. M., Friele, R. D., & Hanssen, J. E. (2004). *De WKCZ-klachtbehandeling in ziekenhuizen: verwachtingen en ervaringen van cliënten: fase II: ervaringen van cliënten met de WKCZ-klachtbehandeling in ziekenhuizen vergeleken met hun verwachtingen ten aanzien van de klachtbehandeling en de werkwijze van de klachtencommissies*. Den Haag: ZonMw.
- Sluijs, E. M. & Wagner, C. (2000). *Tabellenboek. Kwaliteitssystemen de stand van zaken per zorgsector in 2000*. Utrecht: NIVEL.
- Struijs, J. N., de Jong-van Til, J. T., Lemmens, L. C., Drewes, H. W., de Bruin, S. R., & Baan, C. A. (2012). *Drie jaar integrale bekostiging van diabeteszorg Bilthoven*: RIVM.
- Struijs, J. N., van Til, J. T., & Baan, C. A. (2009). *Experimenteren met de keten-DBC diabetes: De eerste zichtbare effecten*. Bilthoven: RIVM.
- TNS NIPO (2003). *Kiezen in de gezondheidszorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Trappenburg, M. J. (2008). *Genoeg is genoeg. Over gezondheidszorg en democratie*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Ursum, J., Rijken, M., Heijmans, M., Cardol, M., & Schellevis, F. (2011). *Overzichtsstudies. Zorg voor chronisch zieken. Organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie*. Utrecht: NIVEL.
- van Boheemen, C. A. M., van Geffen, E. C. G., Philbert, D., Bouvy, M. L., Bos, M., & van Dijk, L. (2010). *Vasculair Risicomanagement vanuit patiëntperspectief: volgens de zorgstandaard? Nulmeting patiënten*. Utrecht: NIVEL.
- van der Kraan, W. G. M. & Meurs, P. (2008). *Effectieve medezeggenschap. Een verkennend onderzoek naar effectieve vormgeving van medezeggenschap van cliënten in algemene ziekenhuizen*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.
- van der Voet, G. W. (2005). *De kwaliteit van de WMCZ als medezeggenschapswet*. Erasmus School of Law, Rotterdam.
- van Dijk, C. E. & Korevaar, J. C. (2011). *Integrale bekostiging. Eerste ervaringen na één jaar invoering* Utrecht: NIVEL.
- van Doornen, A., Triemstra, M., & Rademakers, J. (2008). *cQ-index Spataderen: meetinstrumentontwikkeling. Kwaliteit van zorg bij spataderen vanuit het perspectief van de patiënt*. Utrecht: NIVEL.
- van Wijmen, F. C. B. (2011). Goed toezicht in ziekenhuizen. *Tijdschrift voor Toezicht* 2011, 2.
- van Wijngaarden B., Meije D., & Kok I. (2008). *Het onderscheidend vermogen van een Consumer Quality Index voor kortdurende ambulante geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg* Utrecht: Trimbo-instituut.
- van Wijngaarden, B., Meije, D., Oskam, K., & Kok, I. (2009). *De psychometrische kwaliteiten van een Consumer Quality Index voor langdurende en klinische geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg*. Utrecht: Trimbo-instituut.

- Visser, A., Keulen, R., & Roggeveen, L. (2009). *Evaluatieonderzoek voor het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg voor de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VV&T) Eindrapportage deel 2: Inhoudelijke evaluatie*. Utrecht: Mediquest.
- Vos de Wael, N. (1998). *Clientenraden Algemene Ziekenhuizen. Eindverslag Inventarisatieonderzoek*. Utrecht: Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie.
- Wagner, C., Bakker, D. H., & Groenewegen, P. P. (1999). A measuring instrument for evaluation of quality systems. *International journal for Quality in Health Care*, 11, 119-130.
- Westert, G. P., van den Berg, M. J., Zwakhals, S. L. N., & Verkleij, H. (2010). *Zorgbalans 2010. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg*. Bilthoven: RIVM.
- Wiegiers, T. A. & Bekkema, N. (2011). *Clïëntervarings Indicatoren en Etalageplus-informatie voor de Eerstelijns Verloskunde Meetinstrumentontwikkeling en praktijktest*. Utrecht: NIVEL.
- Wiegiers, T. A., Stubbe, J. H., & Triemstra, A. H. M. (2007). *Ontwikkeling van een CQ-Index voor verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg. Kwaliteit van zorg volgens bewoners, vertegenwoordigers en cliënten*. Utrecht: NIVEL.
- Wigersma, L., Brabers, A., Reitsma-van Rooijen, M., & de Jong, J. (2010). *Vraagsturing in de zorg, wat is ervan terecht gekomen?* Utrecht: KNMG & NIVEL.
- Wigersma, L., Brabers, A., Reitsma-van Rooijen, M., & de Jong, J. D. (2011). De transparantie is niet zichtbaar: onderzoek naar opvattingen over vraagsturing in de zorg. *Medisch Contact*, 66, 2776-2778.
- Zuidgeest, M., Luijkx, K. G., Westert, G. P., & Delnoij, D. J. M. (2010). *Sturen op cliëntervaringen? Transparantie en kwaliteitsbevordering in verpleeg- en verzorgingshuizen*. Tilburg: Tranzo.
- Zuidgeest, M., Reitsma-van Rooijen, P. M., Sixma, H. J., van der Hoek, L., & Rademakers, J. J. D. J. M. (2010). *CQ-index Revalidatiecentra: meetinstrumentontwikkeling en bepaling van het discriminerend vermogen. Kwaliteit van revalidatiecentra vanuit het perspectief van (ouders van) patiënten* Utrecht: NIVEL.

Geraadpleegde bronnen per hoofdstuk

- *Geraadpleegde bronnen bij hoofdstuk 1: afstemming*

Allereerst is er door literatuuronderzoek in kaart gebracht welke ontwikkelingen er gaande zijn op het gebied van afstemming in de zorg. Daarnaast zijn verschillende gegevensbronnen gebruikt om de kwaliteit van en afstemming van zorg vanuit cliëntenperspectief in kaart te brengen.

In de Zorgbalans 2010 van het RIVM (Westert et al., 2010) zijn gegevens samengebracht met betrekking tot de afstemming van zorg. In dit rapport wordt onder andere gebruik gemaakt van data uit Consumer Quality (CQ) Indexen.

Consumer Quality Indexen (CQ-indexen) worden ontwikkeld door het Centrum Klantervaring Zorg. Dit is een gestandaardiseerde methodiek om klantervaringen in de zorg te meten, te analyseren en te rapporteren. Meestal wordt aan patiënten en cliënten een schriftelijke vragenlijst voorgelegd. Daarnaast wordt gewerkt met online vragenlijsten en met interviews. Op deze manier kan men achterhalen wat patiënten en cliënten belangrijk vinden in de zorg én wat hun concrete ervaringen zijn. De data uit CQ-indexen die is opgenomen in de Zorgbalans 2010 betreft de CQ-indexen revalidatie, ziekenhuisopname, rughernia, heup/knieoperatie. Daarnaast zijn er voor deze studie nog aanvullende gegevens van CQ-indexen CVA (N=448), Eerstelijns Verloskunde (N=717), Palliatieve zorg (N=85), Spataderzorg (N=2416), Rughernia (N=615), ziekenhuisopname (N=22380) en Mammacare (N=1528) voor deze kennisvraag gebruikt. CQ-indexen meten de visies en ervaringen van patiënten met betrekking tot de kwaliteit van een bepaalde sector of behandeling in de zorg. Deze vragen zijn zeer geschikt voor eventuele toekomstige vergelijkingen aangezien ze direct vragen naar kennis en ervaringen en niet naar meningen of overtuigingen. Ook data over de afstemming van zorg uit andere gegevensbronnen, zoals de Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2010, zijn gerapporteerd in de Zorgbalans 2010. Deze gegevens zijn eveneens meegenomen in deze kennisvraag. We verwijzen naar de Zorgbalans 2010, en vullen waar mogelijk gegevens aan. In 2011 is de Commonwealth Fund International Health Policy Survey wederom afgenomen. Ook Nederland participeert in deze survey waarin ook aandacht is besteed aan afstemming en samenhang in de zorg. Ook deze data zijn meegenomen in deze kennisvraag.

Ook uit de NIVEL overzichtsstudie naar mensen met een chronische ziekte is voor deze kennisvraag geput (Ursum et al., 2011). Hier wordt ingegaan op de organisatie van zorg, zelfmanagement en de ondersteuning daarvan, en ondersteuning van zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie. De informatie die hierin is verwerkt is vergaard door een literatuurstudie en analyse van beleidsdocumenten.

Ten slotte is aan een steekproef uit het Consumentenpanel (COPA) Gezondheidszorg van het NIVEL in juni 2010 een aantal vragen voorgelegd met betrekking tot de afstemming van zorg. Het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL is in 1992 opgericht om informatie te verzamelen over de kennis, verwachtingen en ervaringen van de algemene bevolking in Nederland met betrekking tot de gezondheidszorg. Het panel bestond in 2011 uit ongeveer 6.000 leden van 18 jaar en ouder, woonachtig in Nederland (Brabers, Reitsma-van Rooijen, & Jong, 2011). In de voor dit hoofdstuk gebruikte juni 2010 peilinggegevens ligt de nadruk op het belang van afstemming van zorg. Uiteindelijk hebben 987 respondenten de vragenlijst ingevuld, de respons op de vragenlijst was 69% (Brabers et al., 2012; Wigersma et al., 2010; Wigersma et al., 2011).

- ***Geraadpleegde bronnen bij hoofdstuk 2: recht op keuze-informatie en keuzevrijheid***

In 1999 is in het kader van de evaluatie van de WGBO onder de leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg (COPA) (N=1597) en het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (N=2611) van het NIVEL onderzoek gedaan naar de kennis van rechten (Dute et al., 2000). Het onderzoek dat in 1999 is uitgevoerd, betrof vooral de rechten uit de Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WGBO). Deze rechten zijn nog steeds relevant en over het algemeen ook weer opgenomen in het voorstel voor de Wcz. De informatie uit 1999 kan daardoor dienen als achtergrond van deze kennisvraag .

Voor het onderwerp keuze-informatie is voor deze kennisvraag een aantal vragen opgesteld en afgenomen in het Consumentenpanel (COPA) Gezondheidszorg. Hierbij is vooral gefocust op in hoeverre cliënten zelf kiezen voor een ziekenhuis of medisch specialist. Ook is ingegaan op de vraag in hoeverre cliënten hun zorgverlener om keuze-informatie vragen. Daarnaast is een aantal vragen gesteld met betrekking tot de kennis van verschillende rechten uit de WGBO, Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp), en Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz). De vragenlijst is uitgezet onder 1500 respondenten in november 2011. De respons was 59%.

Daarnaast is in deze kennisvraag een aantal publicaties meegenomen

waarin eveneens een steekproef van het Consumentenpanel is bevroegd over keuze-informatie. In maart 2011 zijn aan 1500 leden van het Consumentenpanel (respons=75%) ook vragen met betrekking tot keuze-informatie voorgelegd. Deze resultaten zullen ook worden meegenomen in deze kennisvraag. Hierbij is vooral ingegaan op in hoeverre cliënten naar informatie zoeken, en op basis waarvan keuzes in de zorg worden/zijn gemaakt (Reitsma-van Rooijen et al., 2012).

In juni 2010 zijn vragen met betrekking tot het belang van keuze-informatie voorgelegd aan het Consumentenpanel Gezondheidszorg en aan het KNMG-ledenpanel. Het KNMG-ledenpanel (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) bestaat uit 4000 leden die representatief zijn voor het ledenbestand van de KNMG, die ongeveer 65% van alle artsen in Nederland vertegenwoordigt (Wigersma et al., 2010). Hierbij zijn vragen voorgelegd die in 2003 al eens zijn voorgelegd aan het KNMG-ledenpanel en aan een internetsteekproef van de Nederlandse bevolking (uitgevoerd door Intromart). De data van 2010 zijn vergeleken met de data van 2003. Aan het onderzoek in 2003 deden 504 respondenten van de internetsteekproef (respons 59%) en 691 KNMG-leden (respons=60%) mee (Delnoij et al., 2003). In juni 2010 zijn 1.422 leden van het Consumentenpanel aangeschreven, 987 panelleden hebben de vragenlijst ingevuld. Dit is een respons van 69%. Van het KNMG-ledenpanel hebben in 2010 1935 leden geparticipeerd, met een respons van 57% (Wigersma et al., 2010).

De resultaten zijn beschrijvend gepresenteerd. De jaartallen van afname van de vragen onder de panels worden bij de resultaten vermeld, evenals de publicaties waarin de resultaten staan beschreven.

- ***Geraadpleegde bronnen bij hoofdstuk 3: klachtrecht***

In dit hoofdstuk geven we inzicht in de ontwikkelingen rondom de klachtenregelingen in een beperkt aantal sectoren: ziekenhuizen, de verpleging, verzorging en thuiszorg (vvt), en zelfstandige behandelcentra en privéklinieken (zbc&pk). Door te kiezen voor deze sectoren ontstaat er een vrij breed inzicht, met uitzondering van de zelfstandig gevestigde beroepsbeoefenaren. Daarnaast geldt dat voor deze sectoren al geschillencommissies zijn ingesteld, zodat ook enig inzicht kan worden verkregen in het belang van deze commissies. Een aantal eerder uitgevoerde studies naar de formele klachtbehandeling onder de Wkcz hebben al enig inzicht gegeven in de omvang en kenmerken van de informele klachtprocedure in de Nederlandse gezondheidszorg. Deze informatie dient als basis, echter de beschikbare informatie is van geringe omvang. Om goed zicht te krijgen op de klachtenregelingen van zorginstellingen zijn aanspreekpunten voor klachten in ziekenhuizen, vvt en zbc&pk benaderd.

Het onderzoek is uitgevoerd in twee fasen: ten eerste zijn de instellingen telefonisch benaderd, waarbij gezocht is naar de persoon die geldt als aanspreekpunt voor de behandeling van klachten. Vervolgens zijn deze personen benaderd met een enquête. Dit zal hieronder worden toegelicht.

In aanvulling op deze dataverzameling zijn vragen voorgelegd aan het Consumentenpanel (COPA) van het NIVEL en zijn de resultaten van onderzoek met verschillende CQ-indexen geraadpleegd, om zo ook inzicht te krijgen in het cliëntenperspectief. Daarnaast zijn er aantallen klachten ingediend bij de Geschillencommissies van de Stichting Geschillencommissies voor Consumentenzaken gepresenteerd die zijn verkregen uit de jaarverslagen van de commissie.

Alle algemene en academische ziekenhuizen zijn benaderd door een call center (N=90). Een lijst van zelfstandige behandelcentra en privé-klinieken is verkregen via de website van de IGZ. In geval van concerns zijn de locaties niet apart benaderd, omdat er vanuit is gegaan dat de klachtenregelingen in de locaties hetzelfde zijn. In totaal zijn er 183 zelfstandige behandelcentra en privéklinieken gebeld. Verder zijn er in Nederland ca. 2500 verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen bekend bij de IGZ. Deze vallen onder het bestuur van 635 concerns, die vaak verschillende soorten zorg aanbieden. Op concernniveau is een steekproef van 200 instellingen getrokken. Een belangrijk doel van deze telefonische benadering was het verkrijgen van het e-mailadres van het aanspreekpunt voor klachten, om een digitale enquête aan te bieden. Daarnaast bood dit de mogelijkheid om informatie te verzamelen over de toegankelijkheid van een aanspreekpunt voor klachten bij de zorginstellingen. Er zijn drie belpogingen naar zorginstellingen ondernomen op maandagen, dinsdagen en donderdagen tussen 09.00 en 17.00 uur. In totaal zijn er telefoonnummers van 90 ziekenhuizen, 200 instellingen in de verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT), en 183 zelfstandige behandelcentra en privéklinieken (ZBC&PK) aangeleverd aan een callcenter, met een totaal van 473 telefoonnummers. Wanneer de eerste poging geen contact met een klachtenaanspreekpunt en/of emailadres opleverde zijn meer belpogingen ondernomen. De eerste keer zijn er 468 telefoonnummers gebeld, van 5 instellingen zijn misssende data. Vanwege diverse redenen bleek een deel van de telefoonnummers niet bruikbaar. De belangrijkste oorzaak was dat een aantal telefoonnummers fout was, dit waren er 33. Faillissement kan hier een reden voor zijn. Daarnaast bleken 14 telefoonnummers dubbel in het bestand voor te komen. Dit kan het geval zijn wanneer instellingen een aftakking zijn van een ziekenhuis, en van hetzelfde algemene telefoonnummer en klachtenregeling gebruik maken.

Wanneer de call-centermedewerker door de telefonist(e) werd doorver-

bonden naar een aanspreekpunt voor klachten, werd deze uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek. Daarnaast zijn er aanvullende vragen gesteld over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van het aanspreekpunt voor klachten. Wanneer de telefonist(e) niet kon doorverbinden, werd hiervan de reden gevraagd en werd om het e-mailadres gevraagd van het aanspreekpunt voor klachten. Ook werden er aanvullende vragen gesteld. Wanneer de telefonist(e) het e-mailadres niet kon geven, werd er een terugbelafpraak gemaakt, eventueel met het directe telefoonnummer van het aanspreekpunt voor klachten. Wanneer het e-mailadres van een aanspreekpunt voor klachten werd verstrekt heeft het call center direct na het telefoongesprek een e-mail verzonden met daarin een link naar de digitale enquête. Er zijn dan geen volgende belpogingen ondernomen. Wanneer na driemaal bellen geen informatie werd verkregen over een aanspreekpunt, werd dit genoteerd.

De tweede fase van het onderzoek bestond uit het afnemen van een digitale enquête die via e-mail is aangeboden aan de aanspreekpunten voor klachten. De structuur van de vragenlijst is gebaseerd op de verschillende klachtmogelijkheden zoals die nu in het algemeen voorkomen in zorginstellingen. De basis hiervoor was een analyse van de informatie over klachtenregelingen op websites van 19 ziekenhuizen, 6 ZBC&PK en 8 VVT-organisaties en eerder uitgevoerd onderzoek zoals Dane et al. (2000) en Kruijkemeier et al. (2009). De vragenlijst is opgedeeld in de eerste klachtopvang, klachtbemiddeling en formele klachtbehandeling.

Er is gekeken naar de punten waarvan verwacht kan worden dat het voorstel voor de Wcz hier invloed op zal hebben (zie tabel 12). Over de belangrijkste klachtmogelijkheden zijn verschillende vragen gesteld. Er zijn vragen opgenomen over de manier waarop nu de informele klachtbehandeling is vormgegeven, zoals wie binnen een instelling het eerste aanspreekpunt is, wat zijn of haar positie en achtergrond is, of er afspraken zijn gemaakt over de werkwijze en doorlooptijd. Ook is er naar aantallen klachten gevraagd. Daarnaast is er navraag gedaan over de aansluiting bij geschillencommissies, en de ervaring rondom klachten binnen de instelling en klachten over externe samenwerkingsverbanden. Ook is er getracht inzicht te krijgen in hoe klachten bij dragen aan kwaliteitsverbeteringen.

De meeste vragen hadden een gesloten karakter en meerdere antwoordmogelijkheden waaruit er één of meer konden worden gekozen. Daarnaast bevatte de vragenlijst ook een aantal open vragen. De enquête is met een link in een e-mail aangeboden. Er zijn daarna nog twee herinneringen gestuurd waarin de link opnieuw is aangeboden. Omdat de respons vanuit de VVT en ZBC&PK op de digitale vragenlijst laag was, is besloten om nog een verkorte schriftelijke vragenlijst te ver-

sturen om de respons te verhogen. Deze schriftelijke vragenlijst is alleen verstuurd naar de instellingen waarvan het e-mailadres verkregen is. De resultaten zijn beschrijvend gepresenteerd.

De gegevens uit de enquête onder instellingen is in beperkte mate aangevuld met gegevens uit een enquête onder leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL. In juni 2010 zijn 1.422 panelleden aangeschreven, 987 panelleden hebben de vragenlijst ingevuld. Dit is een respons van 69% (Reitsma-van Rooijen et al., 2012).

Ten slotte zijn er resultaten van onderzoek met verschillende CQ-indexen meegenomen in deze kennisvraag. Hierbij gaat het om de volgende CQ-indexen: kortdurende ambulante geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (N=1426), klinische en langdurige GGZ (N=2048), verstandelijk gehandicaptenzorg (N=739), hulp bij het huishouden (N=2258), ziekenhuisopname (N=22.380), revalidatiezorg (n=1959), maatschappelijk opvang (N=997), en ten slotte de geboortezorg (N=1931). Hierin zijn vragen gesteld over de informatievoorziening over de klachtenprocedure in zorginstellingen.

In tabel B1 is de respons op de vragenlijsten te zien. De respons is berekend aan de hand van het aantal e-mailadressen dat verkregen is via het call center. Omdat de respons vanuit de VVT en ZBC&PK op de digitale vragenlijst laag was, is besloten om nog een verkorte schriftelijke vragenlijst te versturen om de respons te verhogen. Deze schriftelijke vragenlijst is alleen verstuurd naar de instellingen waarvan het e-mailadres verkregen is. Daarnaast zijn ook vragenlijsten gestuurd naar instellingen die de vragenlijst slechts half hebben ingevuld (gedeeltelijke non-respons). De data uit de digitale en de schriftelijke enquête zijn vervolgens gecombineerd (zie tabel). Na het moment van versturen van de schriftelijke vragenlijst, zijn er nog enkele digitale vragenlijsten worden ingevuld.

De respons voor de ziekenhuizen was 91%, waarvan 19% gedeeltelijke non-respons was. De respons vanuit de VVT was 66%, met een gedeeltelijke non-respons van 21%. Ten slotte was de respons vanuit de ZBC&PK 53% waarvan 39% non-respons. De totale respons kwam uiteindelijk neer op 70%.

Interessant is het duidelijke verschil in respons en gedeeltelijke non-respons tussen de sectoren. Het is mogelijk dat de vragen in de vragenlijst moeilijker te beantwoorden waren voor respondenten uit de VVT en ZBC&PK omdat deze weinig tot geen klachten blijken te ontvangen.

Tabel B1

Respons op vragenlijsten ziekenhuizen, vvt, ZBC&PK en totaal

	Ziekenhuizen	vvt	ZBC&PK	Totaal
Telefoonnummers aangeleverd aan call center	90	200	183	473
E-mailadres verkregen door call center & digitale vragenlijst gestuurd door NIVEL	75	167	129	371
Respons digitale vragenlijst ontvangen	68 (91%)	77 (46%)	51 (39%)	196 (53%)
Gedeeltelijke non-respons (voor het einde gestopt met vragenlijst)(% van ontvangen)	13 (19%)	16 (21%)	20 (39%)	49 (25%)
Schriftelijke vragenlijst gestuurd	n.v.t.	108	98	206
Respons schriftelijke vragenlijst ontvangen	n.v.t.	44 (40%)*	21 (21%)**	65 (32%***)
Totale netto respons (digitale + schriftelijke vragenlijst)	68 (91%)	110 (66%)	69 (53%)	247 (67%)

* (waarvan 11 personen van gedeeltelijke non-respons)

** (waarvan 3 personen van gedeeltelijke non-respons)

***(waarvan 14 personen van gedeeltelijke non-respons)

In tabel B2 is het gemiddelde en de spreiding te zien van het aantal bedden of cliënten en het aantal werkzame personen van de instellingen die in dit onderzoek hebben geparticipeerd. Gemiddeld hadden de ziekenhuizen een capaciteit van 459 bedden, variërend van 140 tot 1386, en er waren gemiddeld 2638 personen werkzaam, variërend van 600 tot 10.000. In de vvt is er niet naar het aantal bedden gevraagd maar naar het aantal cliënten. De capaciteit in de vvt was gemiddeld 2287 cliënten, met een spreiding van 20-50.000. Het gemiddeld aantal werkzame personen was 941, variërend van 3 tot 8500. In de vvt zijn er dus veel verschillen tussen de instellingen in termen van capaciteit. Veel ZBC&PK bieden alleen poliklinische behandelingen aan. Er is daarom gekozen om alleen het aantal cliënten te presenteren. Gemiddeld zijn er in 2010 in de ZBC&PK in 2411 cliënten behandeld, met een spreiding van 200-11.075. Daarnaast waren er gemiddeld 523 personen werkzaam, variërend van 2-5113. In de onderzoekspopulatie is dus sprake van een spreiding in de grootte van de instellingen.

Tabel B2

Gemiddelden en minimum en maximum van aantal bedden/ totaal aantal behandelde cliënten en aantal werkzame personen in 2010 (verzameld in 2011)

	Ziekenhuizen	VVT	ZBC&PK
Aantal bedden/ cliënten	459 bedden (140-1386, N=47)	2287 cliënten (20-50.000, N=89)	2323 cliënten (200-11.075, N=18)
Aantal werkzame personen	2638 (600-10.000, N=46)	941 (3-8500, N=88)	523 (2-5113, N=18)

In de ziekenhuizen waren de respondenten gemiddeld 8.2 jaar (spreiding 1.2-21.8) werkzaam als aanspreekpunt van klachten. De respondenten in de VVT gaven aan gemiddeld 5.9 jaar (spreiding 1.1-19.9) werkzaam te zijn als aanspreekpunt voor klachten. In de ZBC&PK waren de aanspreekpunten gemiddeld iets minder lang werkzaam, namelijk 5.7 jaar (spreiding 0-18.9).

• ***Geraadpleegde bronnen bij hoofdstuk 4: medezeggenschap***

Dit deel van de kennisvraag wordt voornamelijk onderzocht door middel van literatuuronderzoek, omdat er actuele publicaties beschikbaar zijn welke de ervaringen van cliëntenraden centraal stellen. Het doel van deze kennisvraag is om een zo actueel mogelijk inzicht te geven in de positie van cliëntenraden in de Nederlandse gezondheidszorg. Er zijn relevante publicaties beschikbaar vanaf 2007. Daarnaast is in 2000 de Wmcz geëvalueerd (De Savornin Lohman et al., 2000) en in 2004 is er een onderzoek uitgevoerd naar de invloed van cliëntenraden (Hoogerwerf et al., 2004). Deze publicaties zullen dienen als achtergrond.

De beschikbare literatuur is eerst verkend. Uit deze verkenning bleek dat een aantal onderwerpen, die ook als indicatoren kunnen worden aangemerkt voor de positie van cliëntenraden, aan de orde kwamen in verschillende onderzoeksrapporten.

Er zijn negen bruikbare onderzoeksrapporten gevonden waarin cliëntenraden zijn bevraagd over een aantal onderwerpen, als materiële en financiële ondersteuning; betrokkenheid in besluitvormingsprocessen; onderwerpen waarover advies wordt gegeven; en het effect van deze adviezen. Niet in elk rapport komen dezelfde onderwerpen naar voren, maar de gegevens vullen elkaar aan. De onderzoeken waren gericht op

verschillen zorgsectoren; algemene ziekenhuizen, de verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT), de gehandicaptenzorg (GHZ), de thuiszorg, de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de Revalidatiezorg. In één studie zijn kwalitatieve methodes gebruikt en zeven studies hebben een vragenlijst voorgelegd aan cliëntenraden van verschillende zorginstellingen. In de kwalitatieve studie zijn verschillende experts geïnterviewd, zoals leden van cliëntenraden, leden van Raden van Bestuur, ondersteuners van cliëntenraden, en regionale patiënten- en consumentenplatforms. In het negende rapport is door middel van de CQ-index gekeken hoe belangrijk bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen en hun vertegenwoordigers het vinden om informatie over de cliëntenraad te ontvangen.

In tabel B3 zijn de kenmerken van de onderzoeksrapporten te zien.

Tabel B3
Kenmerken literatuur cliëntenraden

Auteur	Zorginstelling	Methode	Respons ²³	Care/Cure
Lammerts, LOC (2010a)	GGZ	Vragenlijst	47 (14%)	Care
Lammerts, LSR (2010b)	Revalidatie	Vragenlijst	13 (54%)	Cure
Lammerts, LOC (2010c)	Thuiszorg	Vragenlijst	34 (32%)	Care
Lammerts, LSR (2010d)	Ziekenhuis	Vragenlijst	47 (48%)	Cure
Kraan & Meurs (2008)	Ziekenhuizen	Kwalitatief	41 respondenten, 5 ziekenhuizen	Cure
NZa (2008)	GGZ, Gehandicaptenzorg, V&V	Vragenlijst	25 (50%)	Care
Zuidgeest (2010)	V&V	Vragenlijst	524 (34%)	Care
Vissers (2009)	V&V	Vragenlijst	90 (29%)	Care
Wiegers et al. (2007)	V&V	CQ-index	Bewoners: 311 (99%), Vertegenwoordigers: 164 (70%)	Care

²³ Voor sommige sectoren is de respons klein in aantal en/of klein als percentage van het aantal uitgezette vragenlijsten. Dit betekent dat voor deze individuele sectoren geen betrouwbare uitspraken gedaan kunnen worden. Deze cijfers zullen in deze rapportage dan ook met de nodige terughoudendheid worden gebruikt

Aan de hand van deze publicaties wordt een beschrijving gegeven van die aspecten die bijdragen aan de posities van cliëntenraden, en die iets zeggen over de inbreng van cliëntenraden in besluitvormingsprocessen van de zorgaanbieder.

Deze aspecten zijn:

- Adviezen bij besluitvorming
- Onderwerpen van het advies
- Invloed van adviezen
- Tijdigheid van vraag om advies
- Terugkoppeling en relatie met Raad van Bestuur
- Mate van financiële en facilitaire ondersteuning
- Ervaren knelpunten

• ***Geraadpleegde bronnen bij hoofdstuk 5: goed bestuur***

In dit hoofdstuk zoeken we naar een antwoord op de vraag in welke mate bestuurders in de zorg zich actief bezig houden met vragen rond kwaliteit en veiligheid. Daarbij beperken we ons tot één sector: de ziekenhuizen. Dit is goeddeels ingegeven doordat voor deze sector relevant materiaal beschikbaar is. Daarnaast geldt dat de in de inleiding genoemde incidenten voor de vergrootte aandacht voor dit onderwerp alle uit deze sector voortkomen.

Voor dit hoofdstuk maken we gebruik van een lopend NIVEL onderzoek (Botje & Wagner). Dit onderzoek is uitgevoerd onder bestuurders van ziekenhuizen. In het onderzoek is in 2010 een vragenlijst uitgezet bij voorzitters van de Raden van Bestuur (RVB), voorzitters van de Raden van Toezicht (RVT) en voorzitters van Medisch Stafbesturen (MSB) in 97 ziekenhuizen. Dit materiaal is geanalyseerd ten behoeve van deze kennisvraag en geeft inzicht in het relatieve belang dat in verschillende lagen in een ziekenhuis wordt gehecht aan het zorg dragen voor 'goede zorg'. Verschillende meerkeuzevragen zijn gesteld met betrekking tot het thema 'Governance en kwaliteit van zorg in ziekenhuizen'. Diverse indicatoren zijn gemeten in de vragenlijst, waarvan in dit onderzoek de volgende zijn meegenomen:

- aantal leden met achtergrond in kwaliteit van zorg
- frequentie kwaliteit van zorg op agenda in 2009
- monitoren van kwaliteit van zorg in 2009
- afstemming van verantwoordelijkheden voor kwaliteit van zorg
- de invloed van de verschillende organen op kwaliteit van zorg
- informatieverstrekking tussen RVB, RVT & MSB

Ook zijn vragen gesteld over het belang dat wordt gehecht aan het thema kwaliteit en veiligheid in vergelijking met het belang dat wordt gehecht aan andere zaken die belangrijk zijn voor bestuurders, zoals financiën, nieuwbouw of personeelsbeleid.

De respons op de vragenlijsten aan voorzitters van de Raden van Bestuur en Raden van Toezicht was 41%, en de respons op de vragenlijst aan de voorzitters van Medisch Stafbesturen was 69%.

De resultaten zijn vooral beschrijvend gepresenteerd. De analyses zijn uitgevoerd met het statistisch programma STATA 11.0.

Lijst van afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BOZ	Brancheorganisaties Zorg
BW	Burgerlijk Wetboek
COPA	Consumentenpanel Gezondheidszorg
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CQ	Consumer Quality
CVA	Cerebro Vasculair Accident
CVZ	College Voor Zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DMS	Document Medische Staf
EFQM	European Foundation for Quality Management
EPD	Elektronisch Patiëntendossier
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHZ	Gehandicaptenzorg
ICT	Informatie- en Communicatietechnologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
Kwz	Kwaliteitswet zorginstellingen
LBK	Landelijke Beroepscommissie Klachten
LKT	Landelijke Klachtencommissie Thuiszorg
LSP	Landelijk Schakelpunt
MSB	Medisch Stafbestuur
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NVZ	Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
Nzi	Nationaal Ziekenhuis Instituut

RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVB	Raad van Bestuur
RVT	Raad van Toezicht
RVZ	Raad voor Volksgezondheid en Zorg
SGC	Stichting Geschillencommissies voor Consumentenzaken
SOKG	Stichting Ondersteuning Klachtopvang Gezondheidszorg
VKIG	Vereniging van Klachtenfunctionarissen in Instellingen voor Gezondheidszorg
VVT	Verpleging, Verzorging en Thuiszorg
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wbp	Wet bescherming persoonsgegevens
Wcz	Wet cliëntenrechten zorg
Wet BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst
Wkcz	Wet klachtrecht cliënten zorgsector
Wmcz	Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
Wmo	Wet marktordening zorg
Wtzi	Wet toelating zorginstellingen
ZBC&PK	Zelfstandige Behandelcentra & Privéklinieken
ZKN	Zelfstandige Klinieken Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

