

W13.20.0454/III

35 660

Voorstel van wet van de leden Ellemeet en Veldman houdende wijziging van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg in verband met de invloed van zorgverleners

Nr. 2

VOORSTEL VAN WET

Wij Willem-Alexander, bij de gratie Gods, Koning der Nederlanden, Prins van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Allen, die deze zullen zien of horen lezen, saluut! doen te weten:

Alzo, Wij in overweging genomen hebben, dat het gewenst is de invloed van zorgverleners op het zorgbeleid van zorgaanbieders wettelijk te borgen;

Zo is het, dat Wij, de Afdeling advisering van de Raad van State gehoord, en met gemeen overleg der Staten-Generaal, hebben goedgevonden en verstaan, gelijk Wij goedvinden en verstaan bij deze:

ARTIKEL I

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 3 wordt als volgt gewijzigd:

1. Voor de tekst wordt de aanduiding “1.” geplaatst.
2. Er wordt een lid toegevoegd, luidende:
 2. De zorgaanbieder, indien hij een instelling is, stelt de zorgverleners die zorg verlenen aan zijn cliënten, in de gelegenheid invloed uit te oefenen op zijn beleid ter uitvoering van het eerste lid, voor zover dat beleid direct van belang is voor hun bijdrage aan het verlenen van goede zorg.

B

In artikel 7, tweede lid, onderdeel b, wordt “artikel 3” vervangen door “artikel 3, eerste lid,”.

C

In artikel 24, tweede lid, wordt “de artikelen 2 en 3” vervangen door “de artikelen 2 en 3, eerste lid,”.

D

Aan artikel 31 wordt een lid toegevoegd, luidende:

3. Onze Minister zendt binnen vijf jaar na de inwerkingtreding van artikel 3, tweede lid, aan de Staten-Generaal een verslag over de doeltreffendheid en de effecten van die bepaling in de praktijk.

ARTIKEL II

Deze wet treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip.

Lasten en bevelen dat deze in het Staatsblad zal worden geplaatst en dat alle ministeries, autoriteiten, colleges en ambtenaren die zulks aangaat, aan de nauwkeurige uitvoering de hand zullen houden.

Gegeven

De Minister voor Medische Zorg,

Nr. 3

MEMORIE VAN TOELICHTING

1. Inleiding

Met dit wetsvoorstel wordt artikel 3 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) aangepast. Met de voorgestelde wetswijziging valt onder het begrip ‘goede zorg’ ook de invloed van zorgverleners op het primaire proces van zorgverlening en zorginhoudelijk beleid van de organisatie. Het uitgangspunt van deze wetswijziging is dat binnen zorginstellingen niks over de vakinhoud en beroepsontwikkeling van de zorgverlener wordt besloten, zonder deze daarbij te betrekken.

2. Hoofdpijnen van het wetsvoorstel

Achtergrond en aanleiding van het wetsvoorstel

Dertig jaar geleden, in 1990, werd de commissie Werner ingesteld naar aanleiding van de 'witte woede'. Te hoge werkdruk, gebrek aan erkenning en zeggenschap dreef de beroepsgroep tot wanhoop¹. De eerste aanbeveling van de commissie Werner luidde als volgt:

"Voor een goed functioneren van de verpleging en verzorging binnen instellingen en organisaties is een vertegenwoordiging in beleid en management op alle niveaus onontbeerlijk. De Commissie stelt voor dat de instellingen en organisaties een stafconvent verpleging en verzorging instellen om op centraal niveau in de organisatie de stem van de beroepsgroep te laten klinken."

Een goed functionerende verpleging en verzorging binnen organisaties ligt aan de basis van goede zorg. Zoals ook al in artikel 3 van de Wkkgz staat vermeld, moet een zorgaanbieder zorgverlening op zodanige wijze organiseren dat dit redelijkerwijs moet leiden tot goede zorg. De inspraak van de zorgverlener op het zorginhoudelijk beleid en de uitvoering daarvan is daarbij essentieel².

Binnen de medisch specialistische zorg is de inspraak van artsen op zorginhoudelijk beleid relatief goed geregeld. Elk ziekenhuis in Nederland heeft een medische staf die de Raad van Bestuur (RvB) adviseert over het te voeren zorginhoudelijk beleid en hoe medische specialisten dit zo goed mogelijk kunnen uitvoeren. De vertegenwoordiging van verpleegkundigen en verzorgenden binnen ziekenhuizen, maar zeker binnen zorginstellingen die geen medisch specialistische zorg leveren, blijft hierbij achter³.

In 2010 werd toenmalig Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) Ab Klink door de Tweede Kamer gevraagd de bevindingen van de commissie Werner te evalueren. De minister zette toen in op het ontwikkelen van verpleegkundig leiderschap en stimuleren van verpleegkundige en verzorgende adviesraden.

Nu, tien jaar later, kunnen we concluderen dat deze ontwikkeling nog niet snel genoeg gaat. Onlangs concludeerde de Sociaal Economische Raad (SER) in het rapport *Zorgen voor de toekomst* dat er "weinig ruimte voor werken vanuit vakmanschap en professionele kennis" is⁴. Ook Chief Nursing Officer (CNO) van het Ministerie van VWS, Bianca Buurman stelt dat er beter geluisterd moet worden naar verpleegkundigen en dat de beroepsgroep de regie moet voeren over de ontwikkelingen in het verpleegkundig beroep⁵.

Ook de coronacrisis van 2020 laat zien dat de ontwikkeling naar meer invloed van verpleegkundigen en verzorgenden op het zorginhoudelijk beleid niet snel genoeg gaat. Na de

¹ Advies over zeggenschap en positionering verpleegkundigen en verzorgenden van Bianca Buurman (<https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/publicaties/2020/09/02/investeringsagenda-zeggenschap-en-positionering-verpleegkundigen-en-verzorgenden>)

² "De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, bedient zich zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personele en materiële middelen en, voor zover nodig, bouwkundige voorzieningen en, indien hij een instelling is, draagt tevens zorg voor een zodanige toedeling van verantwoordelijkheden, bevoegdheden alsmede afstemmings- en verantwoordingsplichten, dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede zorg."

³ Lalleman, P., Yocarini, X., Boers, M., & Verhoeven, A. (2020). Invloed VAR op zorgbeleid. TVZ-Verpleegkunde in praktijk en wetenschap, 130(1), 30-33.

⁴ <https://www.ser.nl/nl/Publicaties/zorg-voor-de-toekomst>

⁵ Kamerstuk 2020D33313

eerste coronagolf maakte de zorgsector zich klaar voor een mogelijke tweede golf, maar de voorbereiding voor de opschaling van de Intensive Care (IC) verliep stroef. Van de IC-verpleegkundigen in ziekenhuizen is 70% niet betrokken bij de plannen voor de opvang van COVID-19 patiënten in hun ziekenhuis⁶. Dat terwijl het de verpleegkundigen zijn die de meeste zorg aan COVID-19 patiënten verlenen.

Dertig jaar geleden werd er voor het eerst ingezet op het verbeteren van invloed van verpleegkundigen en verzorgenden op zorginhoudelijk beleid. Tien jaar geleden heeft toenmalig minister Ab Klink hier een nieuwe impuls aan gegeven, maar het blijkt niet genoeg. Daarom is het nu tijd om de invloed van zorgverleners wettelijk te borgen. Dit is in het bijzonder van belang vanwege de invloed van verpleegkundigen en verzorgenden in de praktijk.

Doel van het wetsvoorstel: verbeteren van kwaliteit van zorg door invloed van zorgverleners op zorginhoudelijk beleid en het primaire proces van zorgverlening

De onderliggende aanname bij dit wetsvoorstel is dat zorgverleners intrinsiek gemotiveerd zijn om de best mogelijke zorg te leveren. Door de zorgverlener, vanuit de eigen professionele expertise in positie te brengen om mee te praten over de zorgverlening van de organisatie, zal de kwaliteit van zorg daardoor ook toenemen.

Deze aanname wordt ondersteund door verschillende wetenschappelijke onderzoeken naar verpleegkundig leiderschap en kwaliteit van zorg.

Binnen de wetenschappelijke literatuur wordt gesproken over '*structural empowerment*', de professionele governance structuur waarbinnen de zorgverlener floreert door betrokken te zijn, zich te ontwikkelen en verantwoordelijk te zijn voor het ontwikkelen en implementeren van het vak om zo de beste kwaliteit zorg te kunnen leveren. Om hier ten volle aan te kunnen voldoen moet een verpleegkundige of verzorgende betrokken worden bij de beslissingen die de verpleegkundige of verzorgende praktijk raakt⁷.

Op plekken waar zorgverleners een hogere tevredenheid over de aansturing en de leidinggevendenden rapporteren, zijn er ook meetbaar betere uitkomsten voor patiënten. Zo rapporteren patiënten een hogere tevredenheid, maar worden er ook lagere sterftecijfers gerapporteerd. Het verband wordt sterker als zorgverleners zich meer betrokken voelen bij het beleid⁸. Om verpleegkundigen en verzorgenden blijvend te betrekken bij het beleid is een governance structuur waarbij beslissingen samen worden genomen met de zorgverlener cruciaal⁹.

⁶ <https://www.venvn.nl/nieuws/peiling-voorbereiding-opscaling-ic-s-verloopt-stroef-verpleegkundigen-nog-te-weinig-betrokken/>

⁷ Clavelle, J.T., O'Grady, T.P., Weston, M.J. & Verron V.A. (2016) Evolution of Structural Empowerment: Moving From Shared to Professional Governance. *The Journal of Nursing Administration*. 46(6): 308-312.

⁸ Dawson, J.F., West, M.A., Admasachew, L. & Topakas, A. (2011) NHS Staff Management and Health Service Quality: Results from the NHS Staff Survey and related data. London: Department of Health.

⁹ Olender, L., Capitolo, K. & Nelson, J (2020) The Impact of Interprofessional Shared Governance and a Caring Professional Practice Model on Staff's Self-report of Caring, Workplace Engagement, and Workplace Empowerment Over Time. *The Journal of Nursing Administration*. 50(1): 52-58.

Verpleegkundigen en verzorgenden ontwikkelen zelf ook tot betere zorgverleners als ze meer eigenaar worden van het vak en mee kunnen praten over hoe goede zorg wordt verleend binnen de organisatie. Binnen een '*professional governance structuur*' is de zorgverlener mede verantwoordelijk voor het ontwikkelen en implementeren van protocollen en voor het verder verdiepen in de vakinhoud. De gedeelde verantwoordelijkheid is daarmee de fundering waarop de verpleegkundige en verzorgende zich kan ontwikkelen¹⁰.

Door invloed van zorgverleners, en met name verpleegkundigen en verzorgenden te borgen wordt kwaliteit van zorg volgens de initiatiefnemers op twee manieren verbeterd. Aan de ene kant worden verpleegkundigen en verzorgenden gestimuleerd om zich actief te ontwikkelen en mee te denken en zo nog betere zorg te leveren en aan de andere kant worden zij beter in staat gesteld om goede zorg te kunnen leveren. Hiermee wordt de nu al goede kwaliteit van zorg in Nederland nog verder verbeterd.

Hoewel de focus binnen dit initiatiefwetsvoorstel ligt op het verbeteren van de invloed van verpleegkundigen en verzorgenden op zorginhoudelijk beleid en het primaire proces, gaat het wetsvoorstel gelden voor iedereen die volgens de Wkkgz een zorgverlener is. De aanname dat de zorgverlener vanuit zijn of haar eigen professionele expertise zelf het best weet hoe je goede zorg verleent, geldt ook voor zorgverleners die geen verpleegkundigen of verzorgenden zijn. De initiatiefnemers hebben ervoor gekozen om zich specifiek op verpleegkundigen en verzorgenden te richten, omdat de invloed van deze groep ten opzichte van de andere groepen achterloopt. Daardoor zal dit wetsvoorstel ook voornamelijk effect hebben op het werk van verpleegkundigen en verzorgenden en minder op het werk van andere zorgverleners. Op het moment dat de invloed al goed is geborgd, zoals dat bij artsen het geval is, vereist deze beoogde wetswijziging geen veranderingen.

Om te beoordelen of de beoogde wetswijziging de beoogde effecten heeft, zal het voorgestelde wetsartikel na drie jaar worden geëvalueerd. De evaluatie zal tenminste uit twee onderdelen bestaan. Ten eerste zal er een kwaliteitsonderzoek worden gedaan bij zorginstellingen op indicatoren die de kwaliteit van het werk van verpleegkundigen en verzorgenden duiden. Daarnaast zal worden onderzocht hoe de invloed van zorgverleners vorm heeft gekregen bij verschillende instellingen.

Aanpassing van de Wkkgz

De initiatiefnemers beogen artikel 3 van de Wkkgz aan te passen. Zoals in de memorie van toelichting van de Wkkgz staat, bepalen professionals sinds jaar en dag mede wat goede zorg is. Dit uit zich onder andere in professionele standaarden¹¹. Hiermee hebben professionals wel inspraak op wat goede zorg is in de breedte van de zorgsector, maar nog niet op instellingsniveau.

Om (mede)zeggenschap wettelijk te borgen zijn er verschillende opties, maar liggen de volgende twee het meest voor de hand. Er kan enerzijds worden gekozen om een bepaalde structuur wettelijk te verplichten, zoals in de Wet medezeggenschap cliëntenraden zorginstellingen (Wmcz) of er kan worden gekozen voor een open norm.

¹⁰ O'Grady, T.P. & Clavelle, J.T. (2020) The Structural Framework for Nursing Professional Governance: Foundation for Empowerment. *Elsevier*. 18(2): 181-189.

¹¹ Kamerstukken II 2018/19, 35124, nr. 3.

De initiatiefnemers kiezen niet voor een vaste bestuursstructuur, zoals daar wel voor is gekozen binnen de Wmcz. De commissie Werner beschreef al dat vertegenwoordiging op alle niveaus van de organisatie nodig is. Tevens blijkt uit de onderzoeken naar uitstroom in de zorg, dat het niet luisteren van de directe leidinggevende een belangrijke reden is om het vak te verlaten. Door een vaste bestuursstructuur wettelijk te regelen, zou alleen invloed op beleid van de Raad van Bestuur (RvB) geregeld worden, terwijl het ook wenselijk is dat zorgverleners invloed hebben op de beslissingen die door de directe leidinggevende worden genomen.

Ook de grote verscheidenheid aan zorgorganisaties maakt dat het verplichten van een bepaalde structuur in de ogen van de initiatiefnemers niet passend is voor de hele zorg. Een wet gespiegeld aan de Wmcz, waarbij de cliëntenraad in het geval van verpleegkundigen en verzorgenden een verpleegkundige staf of verpleegkundige en/of verzorgende adviesraad (VAR) kan zijn, past niet op alle verschillende zorgorganisaties. Voordat een VAR een vruchtbare optie is om invloed te borgen, moet een zorgorganisatie daar wel groot genoeg voor zijn. Omdat invloed van zorgverleners ook bij kleine organisaties van belang is, menen de initiatiefnemers dat deze vorm niet optimaal is om invloed voor zorgverleners te realiseren.

Door te kiezen voor een open norm, namelijk dat zorgverleners invloed moeten hebben op het primaire proces van zorgverlening en zorginhoudelijk beleid van organisaties, wordt invloed van de zorgprofessional geborgd door alle lagen van de organisatie. Dat betekent zowel op het niveau van de RvB, maar ook bij besluiten die op de werkvloer worden genomen.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) gaat toezien op de wettelijke opdracht dat werkgevers invloed van zorgverleners binnen hun organisaties op het beleid en de wijze van zorgverlening een plek geven. In de jaarlijkse kwaliteitsgesprekken met zorginstellingen bevraagt de IGJ de werkgever, maar ook de zorgverleners op (mede)zeggenschap binnen de organisatie. Daarnaast krijgt ook de Raad van Toezicht een rol het toezicht en de handhaving, zodat er ook intern controle op de borging van de invloed van zorgverleners kan plaatsvinden.

Beoogde effecten van het wetsvoorstel

Instellingen kunnen op verschillende manieren de invloed van zorgverleners borgen. Vanwege de grote verscheidenheid aan instellingen en organisatievormen wordt niet de manier waarop invloed tot uiting moet komen vastgelegd, maar enkel dat zorgverleners invloed moeten kunnen uitoefenen op zorginhoudelijk beleid en het primaire proces van zorgverlening. De verantwoordelijkheid voor het borgen van de invloed van de zorgverleners ligt bij de instelling. Het is daarmee niet enkel een recht van de zorgverlener, maar ook een plicht voor de instelling.

Met deze wetwijziging wordt ook een cultuuromslag beoogd. Uiteindelijk moeten de bestuurders, managers en zorgverleners samen tot goede zorg komen. Hiervoor moet er ook een cultuuromslag binnen de zorg plaatsvinden, naar een meer *professional governance structuur*.

Invulling van de open norm

Invloed wordt op twee niveaus geborgd. Ten eerste hebben zorgverleners invloed op het primaire proces van zorgverlening. Zodra er beslissingen worden gemaakt die het primaire proces van zorgverlening raken, moeten zorgverleners invloed kunnen uitoefenen op deze

beslissing. De leidinggevende, waar de beslissingsmacht is belegd, behoudt het recht om een beslissing te maken, maar moet hierbij wel ook de mogelijkheid bieden aan zorgverleners om hun professionele opinie te geven met betrekking tot de zorgverlening. Dit hoeft niet continu bij elke beslissing, maar wel op regelmatige basis.

Een leidinggevende die luistert, en een verpleegkundige of verzorgende die autonoom zijn of haar werk kan doen heeft allerlei voordelen. Een simpel voorbeeld is de verpleegkundige of verzorgende zelf laten bepalen in welke volgorde ze de ronde maken in het ziekenhuis of in de wijk. Er zijn verschillende manieren om te bepalen in welke volgorde een ronde wordt gedaan. Patiënten met dezelfde soort aandoening kunnen worden geclusterd, patiënten met de zwaarste zorgvraag kunnen voorrang krijgen of de kortste route kan als uitgangspunt worden genomen. Uiteindelijk weten verpleegkundigen en verzorgenden zelf, vanuit hun professionele ervaring, welke manier op welk moment het beste werkt. Door ze dat zelf te laten bepalen stel je de verpleegkundige en verzorgende beter in staat goede zorg te leveren.

Bij het capaciteitsmanagement is invloed van de verpleegkundigen en verzorgenden ook essentieel. Het afstemmen van de zorgvraag en het zorgaanbod blijft lastig, maar de ervaren werkdruk van de verpleegkundige en verzorgende is het meest valide oordeel. Of er meer patiënten bij kunnen komen, er bedden afgestoten moeten worden of er handen aan het bed bij moeten komen op een afdeling, kan het best worden ingeschat door de verpleegkundige en verzorgende. Als er niet goed wordt geluisterd naar de professional kan dat tot gevolg hebben dat er teveel mensen op een afdeling liggen, waardoor verpleegkundigen en verzorgenden overbelast raken en geen optimale kwaliteit van zorg meer kunnen leveren.

Om voor dit soort problemen de invloed van zorgverleners te borgen kunnen organisaties ervoor kiezen om regelmatig (wekelijks of maandelijks) overleggen te organiseren waarbij de zorgverlening wordt geëvalueerd en de zorgverleners in staat worden gesteld om hun eigen ideeën naar voren te brengen. Door regelmatig de knelpunten in de zorg aan te wijzen en samen naar oplossingen te zoeken, wordt de invloed van zorgverleners en de kwaliteit van zorg verbeterd. Het is dan wel belangrijk dat zorgverleners dan ook daadwerkelijk het gevoel hebben invloed uit te kunnen oefenen. Voor de toezichthouders (IGJ en RvT) is het daarom van belang dat er niet alleen gekeken wordt naar of dit soort overleggen plaatsvinden, maar ook hoe zorgverleners dat ervaren.

Naast invloed bij de directe leidinggevende, wordt ook invloed geregeld op zorginhoudelijk beleid van zorgorganisaties: de professionele inbreng in het aansturen van de organisatie. Als organisaties beleid willen maken dat de zorgverlening raakt, worden zorgverleners hierbij betrokken. Het is belangrijk dat zorgverleners vanaf het begin worden betrokken, zodat bij het maken van het beleid de juiste keuzes gemaakt kunnen worden. Een organisatie voldoet dus niet aan het criterium 'goede zorg' als zorgverleners pas in de laatste fase betrokken worden bij het maken van beleid, omdat dit kan leiden tot suboptimale keuzes.

In het verlengde van het bovengenoemde capaciteitsmanagement op individuele afdelingen, is het anno 2020 ook relevant om verpleegkundigen en verzorgenden beter te betrekken bij het beleid rondom de capaciteit van een zorginstelling. De planning van de opschaling van de IC-zorg voor de tweede coronagolf is daarbij het meest aansprekende voorbeeld. Hoe je de zorg anders gaat leveren om de capaciteit te vergroten heeft grote impact op de manier van werken. Het opschalen van coronazorg stelt de instelling voor veel keuzes. Er wordt besloten hoe de corona afdelingen eruit komen te zien, welke zorgverleners welke taken krijgen en welke zorg op welke manier wordt afgeschaald. Dit zijn allemaal keuzes waarbij het perspectief van

degene die de zorg verleent essentieel is. De verpleegkundigen op de IC weten dan bij uitstek wat er nodig is en op welke manier je verantwoord anders kan werken in een crisis situatie op de IC en de verpleegkundigen op andere afdelingen weten welke zorg er op welke afgeschaald kan worden.

Voorbeelden van andere ontwikkelingen waarbij zorgverleners goed betrokken moeten worden zijn de transities die de komende jaren gaan plaatsvinden binnen de zorg. Binnen het traject de juiste zorg op de juiste plek zal meer zorg in de eerste/anderhalve lijn worden georganiseerd: Zorg buiten het ziekenhuis en waar passend met gebruik van digitale hulpmiddelen. Om deze transities vorm te kunnen geven binnen instellingen is de professionele expertise van de zorgverlener onontbeerlijk. Zeker ook omdat het een grote impact heeft op de manier waarop professionals zorg verlenen.

De invloed van zorgverleners op beleid kan ook over simpelere, maar misschien minder voor de hand liggende beleidskeuzes gaan. Bijvoorbeeld bij de aanschaf van nieuwe bedden. Bij deze aanschaf kunnen bestuurders kiezen voor normale bedden of slimme bedden. Slimme bedden kunnen bijvoorbeeld het gewicht van de patiënt meten en dit direct in het dossier van de patiënt zetten. Voor sommige afdelingen kan dit veel werk schelen, omdat de verpleegkundigen dan niet de patiënt uit bed hoeven te halen en op de weegstoel te zetten om vervolgens het gewicht te noteren in het dossier van de patiënt. Dit kan zwaar en tijdrovend werk zijn. Om tot de beste keuze voor bedden te komen is het verstandig om verpleegkundigen te betrekken, want die weten hoeveel tijd wordt bespaard met slimme bedden. Met die inzichten kan een bestuurder vervolgens beter afwegen of de investering in slimme bedden rendabel is en bijdraagt aan kwalitatief goede zorg op een bepaalde afdeling of binnen de instelling in het algemeen. Maar dan moet de bestuurder in eerste instantie wel de verpleegkundige in positie brengen om mee te praten.

Om invloed op zorgbeleid goed te borgen kunnen organisaties verschillende strategieën kiezen. Een instelling kan kiezen voor een verpleegkundig of verzorgende/professionele adviesraad (VAR/PAR) als gesprekspartner van de RvB. Een groep van zorgverleners uit de instelling die het bestuur adviseren en meedenken over te voeren beleid. Onder een adviesraad kan dan nog een verpleegkundig platform worden georganiseerd. Deze vervult dezelfde functie als de VAR, alleen adviseren zij over zorginhoudelijk beleid op het niveau van de afdeling/divisie. Dit initiatiefwetsvoorstel heeft betrekking op de invloed van alle zorgverleners, hoe de uiteindelijk adviesraad er dan uit komt te zien is afhankelijk van de samenstelling van zorgverleners binnen een instelling. Het is de bedoeling dat alle zorgverleners in een instelling worden vertegenwoordigd in een adviesraad.

Tegelijkertijd is de aanstelling van een of meerdere CNO's, verpleegkundige directeur of een verpleegkundig decaan ook een goede manier om invloed op zorginhoudelijk beleid in een organisatie te verstevigen. Een CNO heeft verschillende taken. Ten eerste is de CNO een gesprekspartner van de RvB. De CNO kan de Raad van Bestuur attenderen op de gevolgen van beleid op het primaire proces en het belang om zorgverleners hierbij te betrekken. Het is voor leden van de Raad van Bestuur niet altijd evident dat en hoe beslissingen het proces van zorgverlening raken. Daarnaast kan een CNO binnen een organisatie de invloed van de verpleegkundige en verzorgende versterken. Om meer (mede)zeggenschap binnen organisaties te versterken is het niet alleen nodig dat dit formeel is geborgd, ook moeten zorgverleners uitgenodigd worden om hun stem te laten horen en leidinggevend om te luisteren.

Om de technologische ontwikkelingen beter te laten aansluiten op de verpleegkundige praktijk zijn er al instellingen die een Chief Nursing Information Officer hebben aangesteld. Deze functie beperkt zich nu nog tot een aantal ziekenhuizen. De CNIO is een verpleegkundige die de brug slaat tussen het verpleegkundig domein en de IT, zodat de technologische ontwikkelingen ook daadwerkelijk bijdragen aan de kwaliteit van zorg.

Ten slotte kan een organisatie ervoor kiezen om een zorgverlener op te nemen in de Raad van Bestuur. Voor bepaalde organisaties, met een homogene beroepsgroep, kan dit ook een goede manier zijn om invloed van zorgverleners te borgen. In het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is al zo'n bepaling opgenomen:

*"Elke zorgorganisatie borgt professionele inbreng in het aansturen van de organisatie door opname van een specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundige of psychosociaal zorgverlener als lid van de Raad van Bestuur. Zolang dit (nog) niet is gerealiseerd dient er structureel overleg te zijn tussen de Raad van Bestuur met vertegenwoordigers van de genoemde beroepsgroepen."*¹²

Het is aan zorgorganisaties zelf om te kiezen op welke manier zij professionele invloed op zorginhoudelijk beleid borgen. Ze kunnen daar zelf in samenspraak met de beroepsgroep plannen voor maken. Afhankelijk van hoe groot en hoe divers een organisatie is, kiest een organisatie voor de methode die het best bij die organisatie past. Naast de wijze waarop de invloed vorm wordt gegeven dient in het plan te worden opgenomen hoe de zorgverleners binnen de instelling worden geëquipeerd om ook invloed uit te kunnen oefenen. Het is vervolgens aan de organisatie om met deze plannen aan te tonen aan de toezichthouder hoe zij professionele invloed vorm willen geven.

Kleine instellingen en solisten

Ook voor kleine instellingen geldt dat de invloed van de zorgverlener op het zorginhoudelijke beleid en de wijze van zorgverlening onmisbaar is om goede zorg te realiseren. In kleine organisaties zijn overlegstructuren, zoals een CNO of een VAR onwerkbaar. Mede hierom is er gekozen voor een open norm. Binnen kleine organisaties vindt er vaak op informele wijze al afstemming plaats over de wijze van zorgverlening en het zorginhoudelijke beleid. Dit geldt in het bijzonder voor kleine eerstelijns zorgaanbieders, waar vaak helemaal geen sprake is van een managementlaag of een directie. De praktijkhouder is vaak zelf een zorgverlener die al veel afstemt met het overige personeel. Als binnen kleine eerstelijns instellingen, formeel of informeel, al sprake is van invloed van de zorgverleners op het zorginhoudelijke beleid, dan volstaat dat. Het is aan de IGJ om op een kwalitatieve wijze te toetsen of de zorgverleners binnen kleine instellingen zich voldoende gehoord voelen. Dit kan in een gesprek tussen de IGJ en de zorgaanbieder, waardoor er geen extra administratie bijgehouden hoeft te worden.

Solisten bepalen zelf al op welke wijze ze zorg verlenen en zijn verantwoordelijk voor hun eigen beleid. Om die reden zijn zij uitgezonderd van dit wetsvoorstel.

Wetgeving als instrument

¹² Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (2017), via:
<https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/publicatie/2017/01/13/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg>. Pag. 21.

Binnen de zorg is de invloed van artsen op het zorginhoudelijk beleid en de wijze van zorgverlening goed geregeld en dat is zonder wettelijke borging tot stand gekomen. De positie van artsen in ziekenhuizen is historisch zo gegroeid. De structuur binnen ziekenhuizen, met in het verleden de maatschappen en nu de medisch specialistische bedrijven, dragen bij aan de positie van de arts. Doordat zij altijd een eigen entiteit zijn geweest binnen de ziekenhuizen, hebben artsen van oudsher meer invloed op het beleid binnen de instelling en invloed op de wijze waarop ze hun zorg verlenen. Voor de andere zorgverleners, binnen en buiten de ziekenhuizen, heeft deze ontwikkeling niet of in mindere mate plaatsgevonden. Door te kiezen voor een wetswijziging worden alle zorgverleners in positie gebracht om invloed uit te oefenen op het zorginhoudelijk beleid en op de wijze van zorgverlening.

De initiatiefnemers zijn zich ervan bewust dat het borgen van invloed door zorgverleners in grote mate samenhangt met een cultuuromslag binnen de zorgorganisatie. De werkcultuur binnen een organisatie wordt niet bij wet geregeld. Een wettelijke grondslag voor betrokkenheid van zorgverleners dwingt, daar waar nodig, zorginstellingen deze cultuuromslag te maken.

Wetgeving om een cultuuromslag naar meer medezeggenschap binnen de zorg teweeg te brengen is in het verleden wel een goed instrument gebleken. Uit de evaluatie van de wet medezeggenschap cliëntenraden zorginstellingen (Wmcz) wordt geconcludeerd dat die wet zo'n cultuuromslag ten gevolge heeft gehad¹³.

Directe betrokkenheid van zorgverleners bij ontwikkelingen op de werkvloer en bij het beleid moet in de praktijk tot stand komen. Er is ruimte nodig voor maatwerk. Daar zijn de initiatiefnemers zich terdege van bewust. De initiatiefnemers zijn van mening dat een wettelijke grondslag voor de medezeggenschap van zorgverleners beoogd moet worden met een balans tussen wettelijke regulering en zelfregulering. Op die manier zullen zorginstellingen zoveel mogelijk volgens eigen kaders kunnen blijven werken en zal niet voorgeschreven worden hoe invloed vormgegeven moet worden. Wel wordt voorgeschreven dat zorgverleners invloed hebben op het zorgbeleid en de manier van zorgverlening binnen zijn of haar instelling.

Gezien deze doelstelling stellen de initiatiefnemers met dit wetsvoorstel een wijziging van artikel 3 van de Wkkgz voor. In dit artikel wordt de verplichting opgenomen dat een instelling haar zorgverleners in de gelegenheid stelt kennis en ervaring in te brengen ten aanzien van hun eigen werk en ten aanzien van het zorginhoudelijk beleid met als doel het verbeteren van de kwaliteit van de zorgverlening. De wijze waarop deze gelegenheid wordt geboden door de instelling kan op verschillende manieren vorm gegeven worden.

Artikel 3 van de Wkkgz stelt dat de zorgaanbieder de zorgverlening op zodanige wijze organiseert, zich zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personele en materiële middelen bedient en, voor zover nodig, bouwkundige voorzieningen en, indien hij een zorgaanbieder is als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel f, onder 1°, tevens zorg draagt voor een zodanige toedeling van verantwoordelijkheden, bevoegdheden alsmede afstemmings- en verantwoordingsplichten, dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede zorg.

¹³ Evaluatie Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (2000), via: <https://www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/j9vvij5epmj1ey0/vkoed830edz6>. Pag. 40.

De initiatiefnemers menen met dit wetsvoorstel een goede grond te hebben voor het aanpassen van artikel 3 van de Wkkgz en daarmee het waarborgen van invloed van zorgverleners, waaronder in het bijzonder verpleegkundigen en verzorgenden op zorginhoudelijk beleid en het proces van zorgverlening. Zij vertegenwoordigen in veel zorginstellingen de grootste beroepsgroep, maken de patiënt dag en nacht mee en kennen de dagelijkse praktijk op de werkvloer. Dit geldt overigens niet uitsluitend voor verpleegkundigen en verzorgenden. Alle professionals die zorg verlenen moeten vanuit hun professionele expertise invloed kunnen uitoefenen op het zorginhoudelijke proces en de wijze waarop zorg wordt verleend. Dit geldt voor alle zorgverleners die krachtens de Wkkgz zorg verlenen, dus bijvoorbeeld ook voor fysiotherapeuten, anesthesiemedewerkers en psychologen. Samenvattend achten de initiatiefnemers het perspectief van zorgverleners, en in het bijzonder van verpleegkundigen en verzorgenden, onmisbaar in het realiseren van kwalitatief goede zorg.

De initiatiefnemers zijn van mening dat het belang van medezeggenschap van verpleegkundigen en verzorgenden zoveel mogelijk vanuit de praktijk wordt erkend en aangezwengeld. Dit is op verschillende plekken in de zorg het geval. Daarom willen de initiatiefnemers geen zwaardere middelen inzetten dan nodig. Zij zijn echter wel van mening dat een wettelijke verankering juist die impuls geeft om de goede beweging in het veld voort te zetten en vooral te versnellen. Deze wettelijke verankering normeert en geeft ruimte voor zelfregulering en maatwerk.

Het wettelijk borgen van een vorm van medezeggenschap komt vaker voor. Binnen het onderwijs bestaat de Wet Medezeggenschap Scholen, welke regelt dat aan elke school een medezeggenschapsraad verbonden is met leden die uit het personeel gekozen zijn en twee leden uit (deels) de ouders en/of deels de leerlingen. Binnen de zorg is medezeggenschap geborgd via de Wmcz, waarbij instellingen worden verplicht om een cliëntenraad in te stellen die de RvB gevraagd en ongevraagd van advies kan voorzien.

Medezeggenschap is ook via de Wet op de ondernemingsraden (WOR) geregeld. Instellingen waar meer dan 50 personen werken hebben een personeelsvertegenwoordiging waarin de personeelsbelangen worden vertegenwoordigd. Dit initiatiefwetsvoorstel heeft raakvlakken met de WOR, omdat de ondernemingsraad (OR) bijvoorbeeld ook werkoverleggen stimuleert. Toch is naast de WOR dit initiatiefwetsvoorstel nodig. Ten eerste omdat de WOR enkel geldt voor instellingen met meer dan vijftig werknemers en dit initiatiefwetsvoorstel ook de invloed van zorgverleners bij kleinere zorgaanbieders beoogt te realiseren. Ten tweede dient dit wetsvoorstel een ander doel. Het doel is het verbeteren van de kwaliteit van zorg door middel van het verbeteren van de invloed van de zorgverleners op het zorginhoudelijke beleid en het primaire proces van zorgverlening. Binnen de WOR is niet geregeld dat leidinggevenden zorgverleners de ruimte moeten bieden om vanuit hun eigen professionele expertise invloed uit te oefenen op de wijze waarop de zorgverlening wordt ingericht. Daarmee heeft dit initiatiefwetsvoorstel nog een meerwaarde ten opzichte van de bestaande WOR.

3. Verhouding tot nationale regelgeving

Een wijziging van de Wkkgz werkt door/heeft betrekking op de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi), die zal overgaan in de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza).

De initiatiefnemers achten het van urgent belang om niet te wachten op nadere wet- en regelgeving om dit perspectief in de medezeggenschap te realiseren. De regering heeft een wetsvoorstel Integere Bedrijfsvoering zorgaanbieders (Wibz) aangekondigd. Het Kabinet is

voornemens om met de Wibz de wettelijke eisen aan de bedrijfsvoering van zorgaanbieders aan te scherpen¹⁴. Daarmee wordt beoogd de IGJ en NZa meer instrumenten in handen te geven om rechtstreeks hierop te kunnen handhaven. Hoe ver en hoe de precieze invulling van de Wibz precies eruit komt te zien is nu nog niet bekend. Met dit initiatiefwetsvoorstel willen de initiatiefnemers vastleggen dat er tenminste invloed moet zijn van zorgverleners op het zorginhoudelijk beleid en op het primaire proces van zorgverlening ten behoeve van de kwaliteit van zorg.

De minister heeft aangekondigd dat de verwachting is dat de internetconsultatie van de Wibz dit najaar van start zal gaan. Bij het schrijven van deze memorie van toelichting is deze internetconsultatie nog niet van start gegaan. Na de internetconsultatie kan het ook nog wel een tijd duren voordat het wetsvoorstel aan wordt genomen. De Wibz is erg omvangrijk en het is niet ondenkbaar dat, zoals bij de invoering van de Wtza, het nog lang kan duren voordat het wetgevend traject is afgerond. In deze crisisperiode is het volgens de initiatiefnemers van groot belang dat er zorgvuldig, maar snel gehandeld wordt om invloed van verpleegkundigen en verzorgenden te borgen, juist omdat de komende periode rondom COVID-19 veel onzekerheid met zich meebrengt en medewerkers van zorginstellingen en zorgorganisaties er volledig op toegerust moeten zijn om kwalitatief goede zorg te kunnen blijven leveren. De initiatiefnemers beogen met dit initiatiefwetsvoorstel niet te conflicteren met de Wibz. Zoals hierboven aangegeven is op dit moment niet bekend hoe de invulling van de Wibz er precies uit zal gaan zien. De initiatiefnemers achten het aannemelijk dat dit initiatiefwetsvoorstel en de Wibz complementair aan elkaar zijn. De Wibz regelt dat de wettelijke eisen aan de bedrijfsvoering van zorgaanbieders aangescherpt worden. Dit initiatiefwetsvoorstel borgt wettelijk de invloed van verpleegkundigen en verzorgenden ten behoeve van het verbeteren van de kwaliteit van zorg. De manier waarop dit gebeurt zou, indien noodzakelijk binnen de Wibz nader vastgelegd kunnen worden.

4. Gevolgen

De belangrijkste doelstelling van dit wetsvoorstel is het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Na implementatie van dit wetsvoorstel worden zorgverleners beter in staat gesteld om goede zorg te verlenen en te bieden vanuit hun instelling. Doordat zorgverleners beter in staat zijn om goede zorg te leveren, zal dat ook nog een aantal andere belangrijke positieve effecten hebben.

Arbeidsmarktproblematiek

Het gebrek aan invloed heeft een negatieve impact op de arbeidsmarkt. Uit de derde voortgangsrapportage van het Actieprogramma Werken in de zorg kan worden geconcludeerd dat het met betrekking tot instroom een relatief succesvol programma is. De instroom van zorgmedewerkers is in twaalf maanden tijd gestegen van 136.000 naar 152.000 werknemers. Tegelijkertijd neemt de uitstroom nagenoeg niet af en is het aantal werknemers dat jaarlijks de zorg verlaat stabiel rond de 111.000 mensen¹⁵.

De belangrijkste reden voor werknemers om de sector zorg en welzijn te verlaten, die binnen de invloedssfeer van de werkgever ligt, is slecht communiceren/luisteren door de directe leidinggevende. Uit het uitstroom-onderzoek van RegioPlus blijkt dat deze reden nog

¹⁴ Kamerstukken II 2019/20, 34767, nr. 19.

¹⁵ Derde voortgangsrapportage werken in de zorg (2019D53630)

belangrijker is dan werkdruk, salaris of doorgroeimogelijkheden¹⁶. In totaal geeft 18,4% van de respondenten aan dat de werkgever het vertrek van de zorgprofessional voorkomen had kunnen worden als de directe leidinggevende beter had geluisterd/gecommuniceerd.

Volgens de meest recente prognoses is het tekort aan medewerkers in 2022 80.000 medewerkers¹⁷. Met dit initiatiefwetsvoorstel beogen de initiatiefnemers het tekort terug te dringen, door het werkplezier en het eigenaarschap van het vak voor zorgverleners te versterken, waardoor meer personeel behouden blijft voor de sector.

De laagste uitstroomcijfers in de zorg worden genoteerd bij ziekenhuizen, centra voor medisch specialistische zorg en universitaire medische centra (8,5% en 7,1%). De uitstroomcijfers zijn in elke andere sector binnen de zorg en welzijn hoger, met 9,7% voor de verpleging en verzorging thuis en zelfs 11,5% voor de jeugdzorg¹⁸. Uit het onderzoek van RegioPlus blijkt dat de manier van werken en aansturing voor elke sector, behalve binnen de ziekenhuizen, in de top drie staat van redenen om te vertrekken¹⁹. Dat dit bij ziekenhuizen een minder groot probleem is, kan komen doordat eigenlijk alle ziekenhuizen wel een VAR hebben, terwijl dat bij de overige zorginstellingen een stuk minder het geval is²⁰. Met andere woorden: de verpleegkundigen en verzorgenden staan te ver van de besluitvorming af in deze zorginstellingen.

Deze analyse wordt ook door de Sociaal Economische Raad (SER) gemaakt. In het rapport *Zorgen voor de toekomst*²¹ wordt geconcludeerd dat hoge uitstroom onder andere wordt veroorzaakt door “*weinig ruimte voor werken vanuit vakmanschap en professionele kennis*”. Daarnaast deelt ook hoogleraar acute ouderenzorg en Chief Nursing Officer van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) Bianca Buurman deze analyse. Zij stelt dat een van de manieren om het personeelstekort op te lossen is door beter naar verpleegkundigen te luisteren, of zoals zij het stelt: niets over ons zonder ons^{22 23}.

Ten slotte kan meer invloed en strategische positionering van zorgverleners (middels een VAR of een CNO) ook een extra carrièremogelijkheid zijn voor zorgverleners. Naast de verdere professionele ontwikkeling wordt het dan ook mogelijk om jezelf als bestuurder in de zorg te ontwikkelen. Doordat er dan meer doorgroeimogelijkheden zijn, wordt de keuze voor een carrière in de zorg ook aantrekkelijker.

Regeldruk: administratieve lasten

Al jaren is het aanpakken van administratieve lasten een prioriteit voor de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Met dit initiatiefwetsvoorstel worden geen extra administratieve lasten beoogt. De mate waarin invloed tot stand komt, wordt kwalitatief

¹⁶ <https://www.regioplus.nl/nieuws/2019/uitstroomonderzoek-zorg-en-welzijn-4-op-de-5-wil>

¹⁷ Derde voortgangsrapportage werken in de zorg (2019D53630)

¹⁸ <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2020/35/azw-smal-aandeel-uitstroom-baansselectie-2017-2020>

¹⁹ <https://www.regioplus.nl/nieuws/2019/uitstroomonderzoek-zorg-en-welzijn-4-op-de-5-wil>

²⁰ <https://www.tvzdirect.nl/magazine-artikelen/invloed-var-op-zorgbeleid/>

²¹ <https://www.ser.nl/nl/Publicaties/zorg-voor-de-toekomst>

²² <https://www.telegraaf.nl/nieuws/2035274201/zorgprofessor-tekort-verpleegkundigen-oplossen-betaal-ze-meer-en-luister-naar-ze>

²³ <https://www.nursing.nl/magazine-artikelen/bianca-buurman-nieuwe-chief-nursing-officer-wij-zijn-een-beroepsgroep-met-ideen/>

gemeten door de IGJ in de jaarlijkse kwaliteitsgesprekken en er hoeft ook geen extra administratie bijgehouden te worden om aan te tonen hoeveel invloed zorgverleners hebben.

Daarnaast kan dit initiatiefwetsvoorstel ook een positieve invloed hebben op de totale hoeveelheid aan administratie die nu in de zorg bijgehouden moet worden. Er worden nu ook al wel kleine stappen gemaakt om de administratieve lasten terug te dringen, maar over het algemeen blijft de ervaren administratieve druk onverminderd hoog²⁴.

Administratieve verplichtingen kunnen op tal van manieren ontstaan. Een deel komt vanuit zorgverzekeraars, een deel vanwege kwaliteitseisen van de beroepsgroep en een ander deel komt uit de organisatie zelf. Met betrekking tot administratie die vanuit de instelling zelf verplicht wordt, zal invloed van zorgverleners op zorginhoudelijk beleid ook bijdragen aan de oplossing. Of administratie nuttig is en bijdraagt aan goede zorg kan namelijk het best worden beoordeeld door verpleegkundigen en verzorgenden. Met dit initiatiefwetsvoorstel worden zorgverleners in positie gebracht om met de leidinggevenden binnen de instelling te bepalen welke administratieve lasten moeten blijven en welke weg moeten. Door een verlaging van de administratieve lasten, zal de werkdruk dalen en zijn zorgverleners minder vaak over belast. Daarnaast houden zorgverleners meer tijd over voor de patiënt, waardoor ook op die manier zorgverleners in staat zijn om betere zorg te leveren.

Regeldruk: extra handelingen

Dit initiatiefwetsvoorstel zal tot gevolg hebben dat leidinggevenden vaker met zorgverleners zullen overleggen alvorens zij een besluit nemen. Voor de leidinggevende en de zorgverlener zal dit tijd kosten. Het hoeft overigens niet veel tijd in beslag, als er op regelmatige basis kort overleg plaatsvindt waarin zorgverleners invloed kunnen uitoefenen op de wijze waarop de zorgverlening is georganiseerd. Dan wordt voldaan aan de eisen van dit wetsvoorstel. Deze overleggen kunnen ook plaatsvinden binnen overlegstructuren die er al zijn, waardoor dit niet veel tijd hoeft te kosten. Desalniettemin moet deze tijd wel worden vrijgemaakt.

Bij grotere instellingen wordt ook invloed op het zorginhoudelijke beleid van de instelling gerealiseerd. Daarvoor is een vorm van personeelsvertegenwoordiging nodig. Zoals eerder beschreven kan dit met een VAR/PAR al dan niet in combinatie met één of meerdere CNO's. Dat betekent dat er meerdere zorgverleners een aantal uur per week bezig zullen zijn met de vertegenwoordiging. Een VAR/PAR bestaat over het algemeen uit 5 tot 15 leden die allen twee tot vier uur per week worden vrijgespeeld voor hun werkzaamheden als lid van de VAR/PAR. Daarnaast moeten de leden van de VAR/PAR specifieke vaardigheden ontwikkelen die nodig zijn om op een goede manier de beroepsgroep binnen een instellingen te vertegenwoordigen.

Met het vergroten van de invloed van zorgverleners op het beleid en de praktijk wordt overigens ook tijdsbesparing verwacht aangezien er minder beslissingen genomen zullen worden die in de zorgpraktijk niet goed blijken te werken en weer teruggedraaid of gecorrigeerd hoeven te worden.

Van instellingen wordt ook verwacht dat ze een plan maken met de beroepsgroep, waarin ze uiteenzetten hoe de invloed binnen de zorginstelling vormgegeven wordt. Dit is binnen instellingen die een VAR hebben al de praktijk, waarbij dit initiatiefwetsvoorstel de inhoud

²⁴ Merkbaarheidsscan (Ont)regel de zorg (2020D30035)

van die plannen aanscherpt, maar er daardoor niet of nauwelijks extra tijd hoeft worden vrijgemaakt voor het maken van de plannen. Als er nog nooit een plan is gemaakt om de invloed van de zorgverleners op het primaire proces en het zorginhoudelijk beleid vorm te geven, dan is dat nu een extra handeling.

Hierbij moet wel worden opgemerkt dat vrijwel alle ziekenhuizen al een VAR hebben en ook ook instellingen binnen de VVT steeds vaker een VAR optuigen. Voor deze instellingen zijn deze handelingen dus niet extra. De handelingskosten voor deze instellingen zit hem dan ook niet in het optuigen van een VAR, maar enkel in het aanscherpen van de taakomschrijving. Want enkel een VAR hebben is niet genoeg, deze moet ook worden betrokken bij de besluitvorming over zorginhoudelijk beleid.

Mogelijke neveneffecten van een open norm

De initiatiefnemers hebben gekozen voor een open norm, zodat er ruimte is voor zorgaanbieders om de invloed van zorgverleners op het zorginhoudelijke beleid en het primaire proces zo passend mogelijk vorm te geven. De open norm biedt ruimte voor het gewenste maatwerk. Dat betekent ook dat het niet op voorhand evident is wanneer een zorgaanbieder aan de norm voldoet.

Een mogelijk gevolg hiervan kan zijn dat de toezichthouders, bijvoorbeeld in het Kader/governance kader goed bestuur, de invulling van de open norm nader uitwerken. Het gevolg daarvan kan zijn dat uiteindelijk alsnog wordt vastgelegd hoe een instelling aan deze norm moet voldoen. Als de toezichthouders ervoor kiezen de norm in de toezichtkaders verder in te vullen, dan moet daarbinnen nog altijd het gewenste maatwerk mogelijk zijn. Als na de eerste wetsevaluatie blijkt dat bepaalde structuren erg goed werken binnen bepaalde instellingen, kan er voor worden gekozen om de open norm verder in te vullen, maar in de nabije toekomst blijven instellingen vrij om op hun eigen manier de invloed van zorgverleners te organiseren, als de invloed van zorgverleners maar wel wordt georganiseerd.

Een tweede mogelijk gevolg van de open norm voor zeggenschap van zorgverleners kan zijn dat zorgaanbieders niet weten hoe ze hieraan invulling moeten geven. Daarom is het van belang dat de instelling in samenspraak met de zorgverleners een plan maakt waarin ze uiteenzetten hoe ze de invloed van zorgverleners willen gaan borgen. Dit plan kan in het jaarlijkse kwaliteitsgesprek worden besproken met de IGJ. De IGJ moet dan toetsen of dit ook aan de wensen van de zorgverleners voldoet. Tevens biedt dit plan een handvat voor de IGJ om toezicht te houden op de individuele instelling.

5. Toezicht en handhaving

Het toezicht en handhaving van de open norm invloed van zorgverleners op zorginhoudelijk beleid en het primaire proces van zorgverlening gebeurt zowel intern als extern. Intern is de Raad van Toezicht het aangewezen orgaan en extern zullen de IGJ en de NZa gezamenlijk toezicht houden.

Intern toezicht

Het aangescherpte kader Goed Bestuur van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), gepresenteerd op 3 juli 2020, biedt handvatten aan zorginstellingen over wat er verwacht wordt van zorgbestuurders en interne toezichthouders

op het gebied van kwaliteit, veiligheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. In het vernieuwde kader zijn de verantwoordelijkheden voor de raad van toezicht aangescherpt en verder verdiept. In het onderdeel over de raad van toezicht hebben IGJ en NZa zes thema's benoemd:

De raad van toezicht investeert in een eigen toezichtvisie en formuleert doelstellingen en acties. De raad van toezicht ziet toe op beheersing van risico's met aandacht voor gedrag en cultuur. De raad van toezicht dient ook het maatschappelijk belang over de grenzen van de eigen organisatie.

De raad van toezicht zorgt voor zijn eigen diversiteit en vakmanschap.

De raad van toezicht borgt onafhankelijkheid en voorkomt vermenging van belangen.

De raad van toezicht ziet toe op transparante en afgewogen besluitvorming en zorgt voor openbare verantwoording.

De RvT draagt zorg voor vakmanschap en ziet toe op transparante en afgewogen besluitvorming. De initiatiefnemers beogen met dit wetsvoorstel aan te sluiten op het huidige kader goed bestuur, waardoor het toezicht en de handhaving op artikel 3 van de Wkkgz via het kader goed bestuur kan verlopen. Daarmee beogen de initiatiefnemers het perspectief van verpleegkundigen en verzorgenden steviger te verankeren in het intern toezichthoudende orgaan. Verpleegkundigen en verzorgenden zijn in veel zorginstellingen de grootste beroepsgroep. Gelet op de thema's zoals benoemd door de IGJ en de NZa zijn de initiatiefnemers van mening dat het betrekken van het perspectief van de grootste beroepsgroep bij het interne toezicht zorgt voor een betere en vollediger invulling van deze punten.

Extern toezicht

Het toezicht op artikel 3 van de Wkkgz is in hoofdstuk 4 van de Wkkgz bij de IGJ en de NZa belegd. De IGJ en de NZa houden op basis van het kader Goed Bestuur samen onder andere toezicht op de invloed van zorgverleners op zorginhoudelijk beleid en het primaire proces van zorgverlening. Het zesde thema uit het kader Goed Bestuur is dat de raad van toezicht toeziet op transparante en afgewogen besluitvorming en zorgt voor openbare verantwoording. Afgewogen besluitvorming kan volgens de initiatiefnemers alleen plaatsvinden als het perspectief van verpleegkundigen en verzorgenden daarin wordt meegenomen. Daarmee valt het borgen van het meenemen van dit perspectief volgens de initiatiefnemers onder de toezichtstaak van de NZa en IGJ. In de jaargesprekken die de IGJ met zorgaanbieders houdt, komt het toezichtskader Goed Bestuur al aan bod. De initiatiefnemers achten het daarom logisch om het toezicht op de uitbreiding die middels dit initiatiefwetsvoorstel wordt voorgesteld bij de IGJ te laten, in het jaarlijkse gesprek. Daardoor ontstaat er geen extra administratieve last, geen extra kader en geen extra belasting voor IGJ of NZa. Voor de IGJ hoeven dan ook geen extra middelen, mensen of bevoegdheden worden afgegeven. Daarnaast kan de IGJ ook gebruik maken van het bestaande handhavingskader wat zij gebruikt in haar toezicht en hoeven ook voor de handhaving geen extra regels worden opgetuigd.

Op het moment dat zorgaanbieders zich niet conformeren naar de nieuwe norm van invloed voor zorgverleners op het beleid in het proces van zorgverlening, beschikken de IGJ en de NZa over dezelfde handhavingsinstrumenten waar ze nu gebruik van kunnen maken als ze toezicht houden op basis van het kader Goed Bestuur.

6. Financiële gevolgen

Leidinggevenden zullen vaker met zorgverleners overleggen over het primaire proces en de wijze waarop dat is ingericht. Dit hoeven geen uitgebreide overleggen te zijn en dit zal ook binnen de huidige structuur van werkoverleggen passen. Belangrijk is dat de zorgverleners daadwerkelijk invloed uit kunnen oefenen. Als er al een goede overlegstructuur aanwezig is, dan hoeft daar geen nieuwe voor worden gecreëerd. Het kan wel zijn dat de bestaande overleggen wat meer tijd in beslag nemen of dat er iets vaker wordt overlegd. Hiervoor moet ruimte binnen de werktijd worden vrijgemaakt door de instelling. Mogelijke financiële gevolgen hiervan, met name op de korte termijn, liggen bij de werkgever. Tegelijkertijd is de verwachting dat zeggenschap van zorgverleners ook op langere termijn leidt tot tijdswinst – er zal minder beleid aangepast hoeven te worden omdat het in de zorgpraktijk niet goed uitpakt – en tot personeelsbehoud, wat ook positieve financiële consequenties heeft. De tijd die zorgverlener en leidinggevenden hieraan kwijt zijn telt als werktijd.

De hoogte van de totale kosten van de VAR zijn moeilijk in te schatten. De VAR bestaat uit 5 tot 15 leden die allen twee tot vier uur per week bezig zijn met hun werkzaamheden als lid van de VAR. Daarnaast moet een VAR tussen de €5.000 en €10.000 budget hebben voor de bijbehorende activiteiten, waaronder scholing en ontwikkeling²⁵. De personeelskosten van een VAR komen ongeveer overeen met 1 fte. Hoeveel dit uiteindelijk gaat kosten verschilt per instelling en is in sterke mate afhankelijk van de grootte van de instelling.

Voor veel zorginstellingen zullen dit overigens geen extra kosten zijn. De meeste ziekenhuizen hebben al een VAR en ook binnen de VVT worden er steeds meer VAR's opgetuigd. Binnen deze instellingen is er dan al budget vrijgemaakt voor de VAR en komen daar geen extra financiële lasten bij.

Afhankelijk van de instelling kan er ook in plaats van of in combinatie met een VAR gekozen worden voor één of meerdere CNO's. De kosten die daarmee samenhangen zijn weer anders. De tijdsbesteding per CNO verschilt per instelling. Per CNO kan een instelling rekenen op kosten die ongeveer gelijkstaan aan 1 fte.

Zorgverzekeraars en zorgkantoren zullen in de contractering rekening moeten houden met deze extra kosten die zorginstellingen maken om aan de eisen van dit initiatiefwetsvoorstel te voldoen. Daartegenover staat wel dat de kwaliteit van zorg en ook de doelmatigheid van het zorgbeleid op de langere termijn stijgt.

Uit de internetconsultatie blijkt dat vooral partijen die zorg verlenen vanuit de Wlz zorgen hebben over de tarieven. Binnen de Wlz stelt de NZa kostendekkende tarieven vast. Hierbij wordt het belangrijk dat de NZa ook de kosten die voortvloeien uit dit wetsvoorstel opgenomen worden in de tarieven. Buiten de Wlz geldt dit ook in andere sectoren waar de NZa maximum tarieven vaststelt, zoals de wijkverpleging en de kraamzorg.

Ten slotte is het belangrijk om te realiseren dat de kosten die gemaakt worden vanwege dit wetsvoorstel, kosten zijn die uiteindelijk toch wel gemaakt zouden worden. Al dertig jaar probeert de overheid met beleid de positie van verpleegkundigen en verzorgenden te verbeteren. Door dit wetsvoorstel nu in te dienen wordt deze ontwikkeling versneld, waardoor de bijbehorende kosten voor zorginstellingen in de tijd naar voren worden gehaald.

²⁵ <https://www.venvn.nl/media/npujqkqi/1-v-vn-var-factsheet-var-par.pdf>

7. Evaluatie

Het voorgestelde artikel 3, tweede lid, wordt na drie jaar geëvalueerd. Bij die evaluatie moet in eerste instantie onderzocht worden in welke mate de invloed van zorgverleners op zorgbeleid en op het primaire proces van zorgverlening is toegenomen en wat daarvan de impact is op de kwaliteit van zorg. Daarnaast worden ook de effecten op de arbeidsmarkt en de administratieve lasten meegenomen.

Naast een evaluatie van het wetsartikel zijn de NZa en de IGJ in een goede positie om de effecten van het wetartikel monitoren. Zo kunnen ze jaarlijks een kort verslag maken van de ontwikkelingen naar meer invloed van zorgverleners aan de hand van de jaarlijkse kwaliteitsgesprekken.

8. Advies en consultatie

De initiatiefnemers hebben het wetsvoorstel breed uitgezet ter consultatie. Het voorstel heeft immers invloed op de werkwijze van zorginstellingen en werknemers en raakt daarmee dagelijkse praktijk. Volgens initiatiefnemers genoeg reden om het voorstel te toetsen in het veld.

Het meest benoemde punt is de vraag of dit wetsvoorstel echt nodig is, daar er al regelgeving bestaat over medezeggenschap in de zorg. De initiatiefnemers zijn van mening dat medezeggenschap in de praktijk vaak nog onvoldoende geborgd is, ondanks het feit dat er wel al regelgeving voor handen is die dit zou moeten regelen. Bestaande regelgeving heeft nog te weinig effect op gehad op medezeggenschap van professionals op zorgbeleid. Daarom heeft dit voorstel wel degelijk meerwaarde, zeker aangezien het voorstel ook toeziet op het toezicht op medezeggenschap.

Een ander punt dat vaker naar voren kwam in de consultatie is de toename van administratieve lasten wat dit voorstel teweeg zou brengen. Initiatiefnemers achten deze kans klein, daar kwalitatief getoetst wordt of er sprake is van invloed. Er hoeft geen extra administratie bijgehouden te worden om aan te tonen in welke mate invloed van medewerkers wordt geborgd. De initiatiefnemers kunnen het zich wel voorstellen dat dit een van de onderwerpen is die bij een evaluatie getoetst kunnen worden.

Het optuigen van een overlegstructuur brengt ook financiële gevolgen met zich mee. Dat was een terugkerende zorg bij de consultatie, van vooral organisaties werkzaam in de langdurige zorg. Initiatiefnemers onderschrijven deze zorg en hebben daarom een passage toegevoegd met daarin de rol van de NZa bij dit wetsvoorstel. Indien tarieven door dit voorstel niet meer kostendekkend zijn, verwachten de initiatiefnemers dat de NZa de tarieven hierop aanpast.

Een minder vaak voorkomende suggestie was dat het wetsvoorstel teveel geschreven is vanuit invloed voor verpleegkundigen en verzorgenden, terwijl medezeggenschap van alle professionals die werkzaam zijn in de zorg belangrijk is. De initiatiefnemers willen onder geen beding de suggestie wekken dat dit voorstel alleen bedoeld is voor invloed vanuit verpleegkundigen en verzorgenden. Dit wetsvoorstel raakt elke professional die werkzaam is in de zorg. De initiatiefnemers hebben dat geprobeerd te verduidelijken in het voorstel.

Partijen zagen ook overeenkomsten tussen het wetsvoorstel en ondernemingsraden en het was voor sommigen onduidelijk wat de meerwaarde was van dit voorstel ten opzichte van de ondernemingsraad. De initiatiefnemers hebben daarop een verduidelijking geschreven in het voorstel.

Een laatste punt uit de consultatie is dat medewerkers wel capabel genoeg moeten zijn om medezeggenschap op een juiste manier vorm te geven. Er moeten voldoende handvaten zijn voor professionals om hun invloed goed te borgen. De initiatiefnemers steunen dit uitgangspunt en vinden dan ook dat werkgevers hierover in gesprek moeten gaan met medewerkers om te bezien hoe zij hen hierin kunnen ondersteunen.

ARTIKELSGEWIJS

Artikel I

Onderdeel A

Artikel 3 Wkkgz bepaalt dat de zorgaanbieder de zorgverlening op zodanige wijze organiseert, zich zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig bedient van personele en materiële middelen en, voor zover nodig, bouwkundige voorzieningen en, indien hij een instelling is, tevens zorgdraagt voor een zodanige toedeling van verantwoordelijkheden, bevoegdheden alsmede afstemmings- en verantwoordingsplichten, dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede zorg. Dit wordt hier kortweg aangeduid als het zorginhoudelijk beleid. Zoals uiteengezet in het algemeen deel van de memorie van toelichting, strekt deze wijziging van de Wkkgz ertoe te borgen dat zorgverleners invloed kunnen uitoefenen op het zorginhoudelijk beleid van de zorgaanbieder waar zij werkzaam zijn. Deze invloed is erop gericht om zorgverleners vanuit hun kennis en ervaring een optimale bijdrage aan goede zorg kunnen laten leveren. De wettelijke explicitering hiervan is vooral van belang om de invloed van verpleegkundigen en verzorgenden in de praktijk gestalte te geven.

Alle zorgaanbieders die onder de reikwijdte van de Wkkgz vallen, worden verplicht de bovengeschetste gelegenheid tot invloed te bieden. De zorgaanbieder bepaalt zelf op welke wijze de gelegenheid wordt geboden, zodat de uitvoering van deze verplichting kan worden toegesneden op de specifieke kenmerken van de zorgaanbieder. Ook de frequentie of de timing wordt niet voorgeschreven. Het kan ad hoc en structureel zijn, formeel en informeel. Van belang is dat zorgverleners op relevante momenten in de besluitvorming over het zorginhoudelijk beleid binnen een redelijke termijn en op basis van relevante informatie een reële mogelijkheid hebben om hun inbreng te geven. De flexibiliteit die de voorgestelde bepaling in de uitvoering biedt, maakt dat alle zorgaanbieders in staat moeten worden geacht eraan te voldoen. Indien van de mogelijkheid tot het uitoefenen van invloed geen gebruik wordt gemaakt, is dat een indicatie voor de zorgaanbieder om de manier waarop de gelegenheid wordt geboden kritisch te bezien en indien nodig aan te passen.

De gelegenheid tot het uitoefenen van invloed moet worden geboden aan alle zorgverleners in de zin van artikel 1 Wkkgz die bij de zorgaanbieder werkzaam zijn in de zorgverlening. Het maakt niet uit of zij in dienstverband, als uitzendkracht of op een andere grondslag werkzaam zijn bij de zorgaanbieder. Waar het om gaat, is dat zij in hun hoedanigheid van zorgverlener deelnemen aan het primaire proces van zorgverlening.

Uiteindelijk blijft de zorgaanbieder verantwoordelijk voor het zorginhoudelijk beleid. Hij neemt de beslissingen daarover. Anders gezegd, behoudt de zorgaanbieder de zeggenschap. Het wetsvoorstel geeft zorgverleners de mogelijkheid invloed uit te oefenen op de beslissingen van de zorgaanbieder. Deze invloed kan verschillende vormen aannemen. Het kan direct of indirect plaatsvinden. Bij directe participatie kunnen alle zorgverleners hun stem laten horen. Hierbij valt te denken aan inspraak. Bij indirecte participatie is het een vertegenwoordiging die namens de zorgverleners spreekt. Dit kan aan de orde zijn bij medezeggenschap. Het onderscheid tussen directe en indirecte participatie is in de praktijk niet zo zwart-wit. Er zijn immers ook vormen van beïnvloeding waarbij via indirecte participatie zoals panels, werkgroepen en adviesraden gebruik wordt gemaakt om opvattingen in kaart te brengen.

Zorgverleners moeten invloed kunnen uitoefenen op het zorginhoudelijk beleid waar zij in de dagelijkse praktijk mee te maken hebben. Het betreft aangelegenheden die rechtstreeks relevant zijn voor hun werkzaamheden. In algemene zin is niet te duiden welke aangelegenheden daar wel en niet onder vallen. Deze afbakening zal de zorgaanbieder, rekening houdend met het gevoel bij zijn zorgverleners, invullen. Dit hangt onder meer af van de besluitvorming in kwestie, de aard van de zorg van de aanbieder en de rol van de desbetreffende zorgverleners binnen de zorgverlening.

Een en ander betekent niet dat de zorgaanbieder steeds elke beslissing die gevolgen kan hebben voor zorgverleners eerst aan hen moet voorleggen. De beoogde invloed ziet op het beleid van de zorgaanbieder. Bovendien kan de zorgaanbieder periodiek de uitvoering van het beleid aan de orde stellen waarbij kan worden gezien of bijstelling nodig is.

Doordat de verplichting met betrekking tot de invloed van zorgverleners op het zorginhoudelijk beleid wordt opgenomen in artikel 3 Wkkgz, kunnen op grond van artikel 5, onderdeel b, Wkkgz bij of krachtens algemene maatregel van bestuur ten aanzien van de bij de maatregel aangewezen categorieën van zorgaanbieders nadere regels over deze verplichting worden gesteld.

Onderdeel B

De systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg uit hoofde van artikel 7 Wkkgz omvat niet de wijze waarop uitvoering is gegeven aan de invloed van zorgverleners bij de besluitvorming over het zorginhoudelijk beleid. Verder is het toezicht op de naleving van goede zorg en zorginhoudelijk beleid mede gericht op het bevorderen van het gebruik van standaarden door zorgaanbieders en zorgverleners (artikel 24, tweede lid, Wkkgz). Dergelijke kwaliteitsstandaarden hebben geen betrekking op de invloed van zorgverleners in het zorginhoudelijk beleid. Daarom zijn de verwijzingen in genoemde artikelen naar artikel 3 Wkkgz beperkt tot het eerste lid (nieuw).

Artikel II

Bij koninklijk besluit wordt bepaald wanneer de wet in werking treedt. Het streven is gericht op invoering per 1 juli 2021.

Ellemeet
Veldman

