

Vergaderjaar 2021–2022

**32 402**

## **Regels ter bevordering van de kwaliteit van zorg en de behandeling van klachten en geschillen in de zorg (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg)**

**AD**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VOOR LANGDURIGE ZORG EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 1 juli 2022

In deze brief verwoord ik mijn reactie op de evaluatie van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). De toenmalig Minister voor Medische Zorg en Sport heeft uw Kamer bij de toezending van het evaluatieonderzoek laten weten de reactie op de evaluatie van deze wet over te laten aan het nieuwe kabinet.<sup>1</sup> Met deze brief voldoe ik aan deze toezegging. Deze reactie wordt gelijktijdig aangeboden aan de Tweede Kamer.

Alvorens in te gaan op de evaluatie en op de 32 aanbevelingen die de onderzoekers in het evaluatieonderzoek doen, geef ik eerst een korte introductie op de Wkkgz en op de met deze wet door de wetgever beoogde doelen.

#### **1. De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg**

De Wkkgz heeft als belangrijkste doelen de kwaliteit van de zorg te bevorderen en de positie van cliënten in de zorg te versterken. Deze wet regelt daartoe onder meer de verplichting voor zorgaanbieders om goede zorg te leveren. Goede zorg is zorg van goede kwaliteit en van goed niveau, die veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. Tot goede zorg hoort ook dat zorgaanbieders en zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiend uit de professionele standaard en kwaliteitsstandaarden. Verder is van belang voor goede zorg dat de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en dat de cliënt met respect wordt behandeld. De Wkkgz bevat een aantal bepalingen gericht op het actief bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de zorg, als ook een aantal verplichtingen voor de zorgaanbieder als zaken toch misgaan. Daarnaast kent deze wet

<sup>1</sup> Kamerstukken I 2020/2021, 32 402, AC.

cliënten het recht toe op een laagdrempelige en effectieve behandeling van klachten en geschillen over de zorgverlening. De Inspectie gezondheidszorg en jeugd (IGJ) houdt toezicht op de naleving van de Wkkgz.

## **2. De evaluatie van de Wkkgz**

Op grond van de Wkkgz dient de Staten-Generaal binnen vijf jaar na inwerkingtreding van deze wet een verslag te ontvangen over de doeltreffendheid en de effecten van deze wet in de praktijk (artikel 31). Ter uitvoering van deze wettelijke verplichting heeft de toenmalige Minister voor Medische Zorg en Sport aan ZonMw opdracht gegeven de wetsevaluatie van de Wkkgz uit te laten voeren. Hierover is uw Kamer per brief van 5 juli 2019 geïnformeerd.<sup>2</sup> ZonMw heeft de onderzoeksopdracht toegekend aan het Nivel, dat in samenwerking met onderzoekers van de Universiteit van Amsterdam het evaluatieonderzoek heeft uitgevoerd.

Om inzicht te verkrijgen in doeltreffendheid en de effecten van de Wkkgz, zijn aan de onderzoekers de volgende vragen gesteld:

- Hoe functioneert de Wkkgz in de praktijk?
- Doen zich bij de toepassing van deze wet knelpunten of onvoorziene neveneffecten voor, in het bijzonder gelet op de ontwikkelingen in de zorg en in de maatschappij?
- In hoeverre worden in het licht daarvan de doelstellingen van de wetgever gerealiseerd?

De onderzoekers hebben deze vragen onderzocht, vooral aan de hand van vier thema's: de reikwijdte van de wet, kwaliteit en veiligheid, klacht- en geschilrecht, en toezicht door de IGJ.

## **3. De conclusies van de evaluatie van de Wkkgz op hoofdlijnen**

In deze paragraaf ga ik in op de conclusies van de evaluatie van de Wkkgz en op de aanbevelingen die de onderzoekers doen voor mogelijke aanpassingen in de praktijk en van de wet- en regelgeving. Eerst geef ik in deze paragraaf de hoofdconclusies uit de door de onderzoekers uitgevoerde evaluatie weer. Vervolgens komen de vier thema's die door de onderzoekers onder de loep zijn genomen aan bod: reikwijdte van de wet, kwaliteit en veiligheid, klacht- en geschilrecht en toezicht. Telkens geef ik eerst per thema een samenvatting van de conclusies en aanbevelingen van de onderzoekers en meteen aansluitend per thema mijn reactie daarop. Bij de reactie op de aanbevelingen zijn de beide breed gedragen doelen van de wet – het bevorderen van de kwaliteit van de zorg en het versterken van de positie van cliënten – de leidraad. De aanbevelingen worden soms geclusterd behandeld, omdat ze aan hetzelfde thema raken. Voor het overzicht is in bijlage 1 de reactie per aanbeveling opgenomen. Uit dit overzicht blijkt dat het grootste deel van de aanbevelingen door mij wordt overgenomen.

### *3.1. Hoofdconclusies*

Belangrijke conclusie van de onderzoekers is dat de algemene indruk is dat de Wkkgz daadwerkelijk bijdraagt aan het bevorderen van de beide doelen die met de wet werden beoogd – te weten het bevorderen van de kwaliteit van de zorg en het versterken van de positie van cliënten. De doelen worden ook door het veld herkend en erkend.<sup>3</sup> De Wkkgz wordt volgens het evaluatieonderzoek in brede kring als een werkbaar en nuttige

<sup>2</sup> Kamerstukken I 2018/2019, 32 402, AA.

<sup>3</sup> R.D. Friele e.a., Evaluatie Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, Den Haag ZonMw, 2021, blz. 203.

regeling gezien, die een duidelijke en logische plaats heeft in het geheel van de Nederlandse regelgeving op het terrein van de kwaliteit van de zorg en de rechten van cliënten. Ook concluderen de onderzoekers dat er breed draagvlak is voor de benadering waarin zorgaanbieders enerzijds veel ruimte en eigen verantwoordelijkheid hebben voor de kwaliteit van zorg, maar de overheid anderzijds mogelijkheden heeft om toezicht te houden en te handhaven in situaties waarin de kwaliteit van de zorg ondermaats dreigt te worden, bijvoorbeeld wanneer sprake is van onveilige, ondoelmatige of niet-cliëntgerichte zorg. De uitgangspunten van de Wkkgz worden breed gedragen. Tegelijkertijd zijn er onderdelen van de wet en de praktijk die volgens de onderzoekers reflectie behoeven, wat heeft geleid tot 32 aanbevelingen. Deze aanbevelingen zijn besproken met onder meer brancheorganisaties, cliëntenorganisaties, vertegenwoordigers van een aantal geschilleninstanties en deskundigen. Daarnaast is overleg geweest met de IGJ.

### *3.2. De reikwijdte van de Wkkgz*

#### *Conclusies en aanbevelingen van de onderzoekers over de reikwijdte van de wet*

Een belangrijke conclusie van de onderzoekers is dat er grote verschillen zijn tussen zorgaanbieders in de bekendheid met de wet en in de implementatie van de wet. Dat verschil heeft volgens de onderzoekers voor een belangrijk deel te maken met het feit dat de wetten die de voorlopers waren van de Wkkgz, zijnde de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwz) en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz), alleen golden voor instellingen die zorg verlenen als omschreven in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De Wkkgz kent een veel breder toepassingsbereik: de wet is van toepassing op zorgaanbieders. Zorgaanbieders zijn in de wet instellingen *en* solistisch werkende zorgverleners. Daarnaast is de Wkkgz, anders dan Kwz en de Wkcz, niet alleen van toepassing op aanbieders van zorg als bedoeld in de Zvw of de Wet langdurige zorg (Wlz), maar ook op aanbieders van zogenoemde andere zorg, zoals aanbieders van cosmetische zorg en aanbieders van alternatieve zorg. Dit alles had tot gevolg dat de Wkkgz voor de zorgaanbieders die reeds bekend waren met de Kwz en de Wkcz, slechts ten dele nieuwe verplichtingen met zich mee bracht. Voor een groot aantal zorgaanbieders waren de eisen waarmee ze te maken kregen echter geheel nieuw. Daar komt bij dat de Wkkgz volgens de onderzoekers vooral geschreven lijkt te zijn voor de grotere instellingen, en veel minder voor de kleinschalige zorgaanbieders en de solo-praktijken, terwijl voor deze zorgaanbieders dezelfde eisen gelden. De onderzoekers noemen het «one size fits all». Een aantal aanbevelingen in de evaluatie heeft betrekking op dit verschil in bekendheid met de wet, de implementatie daarvan en de verschillen tussen de zorgaanbieders.

De bedoeling van de verbreding van de reikwijdte van de Wkkgz naar solistisch werkende zorgverleners en alternatieve zorgaanbieders was dat daarmee de kwaliteitseisen in de zorg breed van toepassing werden. Volgens de onderzoekers wordt dit uitgangspunt door het veld gedeeld. Wel wijzen zij erop dat deze verbreding van de reikwijdte voor een aantal specifieke vraagstukken zorgt. Zo zijn niet alle bepalingen van de Wkkgz voor alle zorgaanbieders even gemakkelijk uitvoerbaar, aldus de onderzoekers. Ook bestaan er soms onduidelijkheden over de toepassing van definities en begripsbepalingen. Dit is mede het gevolg van organisatorische ontwikkelingen in de zorg, zoals zorgverlening waarbij de uitvoering van de zorg geheel of gedeeltelijk wordt uitbesteed, zorgverlening in franchise-constructies, of organisaties waarbij sprake is van voor een combinatie van wel of niet onder de Wkkgz vallende activiteiten, zoals

zorg verleend door zorgboerderijen. Daarnaast is er de ontwikkeling naar toenemende netwerkzorg.

*Reactie op de conclusies en aanbevelingen met betrekking tot de reikwijdte*

### Bekendheid met de Wkkgz en toepassing van de Wkkgz (aanbevelingen 1, 2 en 3)

De onderzoekers bevelen aan om zorgaanbieders, in het bijzonder zorgaanbieders die eerst in 2016 met de Wkkgz te maken kregen, te informeren over de inhoud en strekking van de Wkkgz en hierbij ook de rol van brancheorganisaties te stimuleren (aanbevelingen 2 en 3). Ik vind het belangrijk dat zorgaanbieders bekend zijn met de vereisten waaraan zij op grond van de Wkkgz moeten voldoen. Samen met de beroeps- en brancheverenigingen en de cliënten organisaties span ik mij in om de bekendheid met de Wkkgz te vergroten. Zo heb ik voorlichtingsmateriaal ontwikkeld en hebben de beroeps- en brancheverenigingen hun leden tools aangereikt voor de implementatie van de Wkkgz. Ik blijf in gesprek met de beroeps- en brancheverenigingen om de bekendheid met en de naleving van de Wkkgz te stimuleren.<sup>4</sup> De IGJ vervult eveneens een stimulerende rol om de bekendheid met de Wkkgz te vergroten door in gesprekken met het brancheorganisaties en zorgaanbieders de kwaliteitseisen aan de orde te stellen. Met de komst van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) is er bovendien een nieuw instrument bijgekomen om ervoor te zorgen dat zorgaanbieders zich bewust worden van de eisen waaraan ze moeten voldoen. Vanaf 1 januari 2022 moeten alle nieuwe zorgaanbieders zich melden via het portal [www.toetredingzorgaanbieders.nl](http://www.toetredingzorgaanbieders.nl). Dat geldt ook voor kleine zorgaanbieders. Bij het portal wordt het grootste deel van de meldingen gedaan door solistisch werkende zorgverleners, die met zorgverlening willen starten. Het meldformulier leidt hen door een aantal vragen, ook op het terrein van kwaliteit. Via deze website kunnen zorgaanbieders ook een kwaliteitscheck doen, om te bekijken of ze aan de eisen voldoen. Elk onderwerp in de kwaliteitscheck is voorzien van extra informatie. De meldplicht geldt ook voor bestaande aanbieders, wanneer ze niet zijn opgenomen in het Landelijk Register Zorgaanbieders (LRZa). Op deze wijze blijf ik mij inspannen voor de bekendheid van de wet, ook onder kleine aanbieders.

Apart aandacht verdienen nog de mogelijkheden die de Wkkgz in de uitvoering biedt voor differentiatie (aanbeveling 1). De onderzoekers doen de aanbeveling om bij de implementatie van de Wkkgz de mogelijkheden voor differentiatie te benutten, bijvoorbeeld als het gaat om het kwaliteitsstelsel. De onderzoekers merken in dit kader op dat er grote verschillen zijn tussen zorgaanbieders. Invulling van de eisen uit de Wkkgz zal voor een grote instelling anders zijn dan voor een kleinschalige zorgaanbieder, bijvoorbeeld als het gaat om een kwaliteitssysteem. Uit de aard der zaak heeft een universitair medisch centrum een uitgebreider kwaliteitsstelsel nodig dan een solistisch werkende zorgverlener. Daar komt bij dat een grote instelling vaak over meer menskracht beschikt en meer ondersteuning heeft om de eisen te implementeren. Ik zie dat de mogelijkheden die de Wkkgz biedt om de wet te implementeren op een wijze die geschikt is voor de betreffende sector, in de praktijk benut worden. De brancheorganisaties vervullen daarin een belangrijke rol; zij ondersteunen hun leden, bijvoorbeeld door het opstellen van handreikingen. Ook de IGJ gaat bij haar toezicht uit van een flexibele invulling, zo zijn er voor verschillende sectoren aparte toezichtkaders opgesteld, zoals

<sup>4</sup> Zo is er een aparte brochures ontwikkeld voor zzp'ers om hen te faciliteren bij de implementatie van de Wkkgz.

onlangs voor de wijkverpleging. Ik zie op dit moment geen aanleiding om hier iets aan toe te voegen.

#### Lerende organisatie (aanbevelingen 4 en 5)

De onderzoekers doen een aantal aanbevelingen op het terrein van een lerende organisatie. Hierop zal ik ingaan bij het thema dat gaat over de kwaliteit van zorg (paragraaf 3.3).

#### Samenwerking (aanbeveling 6)

De onderzoekers bevelen aan om aan de Wkkgz een bepaling toe te voegen die zegt dat zorgaanbieders die met elkaar samenwerken in een netwerk geacht worden samenwerkingsafspraken met elkaar te maken (aanbeveling 6). Dit is een waardevolle aanbeveling om de kwaliteit van de zorg en de cliëntgerichtheid van de zorg verder te ondersteunen. Samenwerking is een heel breed thema en komt voor in allerlei soorten en maten. In de aanbeveling gaat het over samenwerking tussen zorgaanbieders in een netwerk, vandaar dat deze reactie zich daartoe beperkt. In het evaluatierapport wordt geen definitie gegeven van een netwerk of netwerkzorg. Over netwerkzorg zeggen de onderzoekers dat – ondanks dat de netwerkzorg in de praktijk toeneemt – het een aspect is dat in de Wkkgz niet of nauwelijks aan de orde komt. De Wkkgz heeft het alleen over «afstemmingsplichten» (artikel 3), aldus de evaluatie.<sup>5</sup> Voor deze afstemmingsplichten geldt dat deze in de wet zijn opgenomen met als doel de samenhang in de zorg rondom één cliënt te verbeteren daar waar cliënten zorg van verschillende zorgaanbieders nodig hebben. Hierdoor neemt het belang van goede samenwerking tussen zorgaanbieders bij de zorg van één cliënt toe.<sup>6</sup> De IGJ constateert dat het anders inrichten van zorgsystemen en de totstandkoming van samenwerkingsafspraken tijd en veel energie van alle betrokkenen vraagt. Hoewel de mate van samenwerking sterk verschilt, worden goede initiatieven genomen. Zowel door individuele zorgverleners als op regionaal, bestuurlijk niveau. In veel gevallen kan er echter meer dan nu gebeurt. Partijen maken vaak nog onvoldoende duidelijk wat zij van elkaar kunnen verwachten en is niet helder bij wie de regie ligt. Dit brengt risico's voor het aanbieden van goede zorg met zich mee. Voor de IGJ is het belangrijk dat zorgaanbieders kunnen worden aangesproken op hun inspanningen op samenwerking, daar waar die samenwerking in het belang van de kwaliteit of toegankelijkheid van zorg onvoldoende tot stand komt.<sup>7</sup> Omdat de Wkkgz niet expliciet bepaalt dat goede zorg ook inhoudt dat moet worden samengewerkt tussen zorgaanbieders om de cliënt de beste zorg te bieden, ervaart de IGJ in de toezichtspraktijk soms te weinig handvaten om zorgaanbieders aan te kunnen spreken op het ontbreken van die samenwerking in het belang van goede zorg. Ook ontbreekt het aan duidelijke professionele normen, die de noodzakelijke onderlinge samenwerking beschrijven. Ik wil in de Wkkgz de samenwerking tussen zorgaanbieders als onderdeel van goede zorg een plaats geven en hiervoor de Wkkgz aanpassen. Ik zal deze aanpassing de komende periode afstemmen met onder meer de IGJ, de NZa en veldpartijen. Op deze wijze wil ik invulling geven aan deze

<sup>5</sup> Artikel 3 van de Wkkgz zegt: «de zorgaanbieder de zorg op zodanige wijze moet organiseren, zich zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personele en materiele middelen en, voor zover nodig, bouwkundige voorzieningen moet bedienen en, indien hij een instelling is, tevens zorg moet dragen voor een zodanige toedeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden als

mede afstemmings- en verantwoordingsplichten, dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede zorg».

<sup>6</sup> Kamerstukken II 2009/2010, 32 402, nr. 3, p. 39 en 41–43

<sup>7</sup> IGJ en NZa, Toezicht op regionale aanpak wachttijden ggz: resultaten verkenning mei-juli 2021, 22 oktober 2021.

aanbeveling. Ik betrek hierbij de gevolgen voor de noodzakelijke gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders die met elkaar samenwerken met het oog op goede zorg.<sup>8</sup>

### Organisatorische ontwikkelingen en de Wkkgz (aanbeveling 7)

De organisatie van de zorg verandert. Dat roept vragen op over hoe de Wkkgz op die nieuwe organisatievormen moet worden toegepast en wat dat betekent voor het toezicht. De onderzoekers doen de aanbeveling om in overleg tussen het ministerie, de toezichthouder en het veld een handreiking te ontwikkelen over de toepassing van de Wkkgz in situaties waar zorg wordt verleend in verschillende ondernemingsconstructies en vormen van netwerkzorg (aanbeveling 7). Deze aanbeveling neem ik over. Ik volg daarbij de suggestie van de onderzoekers om – voor de ontwikkeling van die handreiking – dit onderwerp de komende periode verder te doordenken en uit te werken, samen met de IGJ en met het veld. Aan de hand van voorbeelden van nieuwe organisatievormen uit de praktijk wil ik meer inzicht krijgen in hoe de organisatie van de zorg in bepaalde situaties eruitziet, tot welke vragen dat aanleiding geeft en wat dat betekent voor de toepassing van de Wkkgz en voor de uitoefening van het toezicht door de IGJ. Aan de hand daarvan zal ik een handreiking opstellen, in aanvulling op het reeds ontwikkelde voorlichtingsmateriaal.

### Onderaanneming

De evaluatie van de Wkkgz doet geen aanbeveling op het terrein van onderaannemers. In een brief aan de Tweede Kamer van 10 februari 2020 heeft mijn voorganger toegezegd dat hij aan de hand van de evaluatie van de Wkkgz zou beoordelen of een aanpassing van de Wkkgz op het punt van onderaannemers wenselijk is.<sup>9</sup> De Wkkgz legt verplichtingen op aan de zorgaanbieder, die eindverantwoordelijk is voor het verlenen van goede zorg (hoofdaannemer), ook als (een deel van) de zorg wordt uitbesteed aan onderaannemers. Wanneer sprake is van tekortkomingen in de zorg, spreekt de IGJ de hoofdaannemer hierop aan. Bij de plenaire behandeling van de Wtza kwam de vraag aan de orde of de IGJ voor een effectief toezicht ook de onderaannemer(s) moet kunnen aanspreken op de kwaliteit van zorg en aan die onderaannemer(s) maatregelen moet kunnen opleggen als de kwaliteit van zorg onvoldoende is. Hoewel het evaluatierapport zoals gezegd geen specifieke aanbeveling doet op het terrein van onderaanneming, wordt door de onderzoekers wel geconstateerd dat als de zorgaanbieder een deel van de zorg of de gehele zorg uitbesteedt, het voor de IGJ niet altijd helder is op wie de verantwoordelijkheden van de Wkkgz rusten.

Met de IGJ is verkend of de onhelderheid die door de onderzoekers wordt geschetst een probleem oplevert voor de toezichtspraktijk, en zo ja, hoe groot dit probleem is. Conclusie van deze verkenning is dat de IGJ in zijn algemeenheid met de huidige regeling in de Wkkgz uit de voeten kan. Wel kan zich voor de IGJ soms een probleem voordoen als in spoedeisende gevallen sprake is van een complexe organisatiestructuur, omdat in dat geval de IGJ, terwijl snel gehandeld moet worden, dan eerst moet achterhalen wie de hoofdaannemer is. De nieuwe meldplicht uit de Wtza biedt hier soelaas, omdat alle nieuwe zorgaanbieders zich moeten melden en daarbij moeten aangeven of zij met onderaannemers gaan werken en zo ja, of zij een overeenkomst hebben gesloten met de onderaannemer waarin is opgenomen aan welke eisen de onderaannemer moet voldoen. Hiermee wordt een zorgaanbieder ook bekend gemaakt met het feit dat

<sup>8</sup> Kamerstukken II 2021/2022, 27 529, nr. 276.

<sup>9</sup> Kamerstukken II 2019/2020, 34 767, nr. 56.

als een zorgaanbieder voor het verlenen van zorg een andere zorgaanbieder (onderaannemer) inschakelt, hij op grond van artikel 4, lid 1, onder b, van de Wkkgz een overeenkomst moet sluiten waarin afspraken worden gemaakt over de kwaliteit van zorg. Dit draagt bij aan de bekendheid met deze verplichting, waarvan de onderzoekers constateren dat die niet altijd bekend is. Voorts ontstaat met de inwerkingtreding van de Wtza naar verwachting nog meer zicht op de verschillende ondernemingsvormen en de organisatorische ontwikkelingen die zich voordoen in de zorg. Zo ontstaat meer zicht op zorgaanbieders die een deel van de zorg of alle zorg uitbesteden. Wat dat betekent voor de toepassing van de Wkkgz, is onderdeel van het traject dat ik heb geschetst bij aanbeveling 7 (organisatorische ontwikkelingen en de Wkkgz), waar ik, samen met IGJ en het veld, tot een handreiking wil komen over de toepassing van de Wkkgz bij verschillende constructies. Alles overziend zie ik op dit moment geen aanleiding om ook de onderaannemers onder de reikwijdte van de Wkkgz te brengen.

### *3.3. Kwaliteit*

#### *Conclusies en aanbevelingen van de onderzoekers met betrekking tot de kwaliteit*

Eén van de doelstellingen van de Wkkgz is het bevorderen van de kwaliteit van zorg. Zorgaanbieders hebben volgens de onderzoekers ten aanzien van deze kwaliteit van zorg een grote eigen verantwoordelijkheid. Voor het bevorderen van kwaliteit is het leren van klachten, incidenten en calamiteiten essentieel. De onderzoekers stellen dat om dit lerend vermogen van zorgaanbieders te stimuleren, bepaalde onderdelen van de wet als potentieel knellend worden ervaren. De onderzoekers wijzen daarbij op de te grote regeldichtheid van de meldplichten en stellen voor die regeldichtheid te verminderen; de IGJ zou meer flexibiliteit kunnen gebruiken in de afhandeling van meldingen. Ook geven de onderzoekers aan dat instellingen goed zijn geworden in het uitvoeren van calamiteitenonderzoeken, maar dat het belang voor het verbeteren van patiëntveiligheid niet altijd duidelijk is. Goed uitvoeren van het onderzoek als zodanig betekent immers niet automatisch dat er ook wordt geleerd van wat er fout is gegaan. De onderzoekers geven ter overweging zorgaanbieders niet per calamiteit of geweldssituatie onverwijld melding te laten doen bij de IGJ, maar (half)jaarlijks. Naast deze aanbevelingen over de meldplichten, doen de onderzoekers ook een aantal andere aanbevelingen op het terrein van leren en verbeteren en openheid na incidenten. Tenslotte doen de onderzoekers aangaande de veiligheid en de kwaliteit nog een aantal «losse» aanbevelingen op het terrein van de VOG-plicht en kwaliteitsregistraties.

#### *Reactie op de conclusies en aanbevelingen met betrekking kwaliteit*

##### De meldplichten (aanbevelingen 4, 8 en 9)

De Wkkgz kent de verplichting voor zorgaanbieders om een calamiteit, geweld in de zorgrelatie en ontslag van een zorgverlener wegens ernstig tekortschieten in het functioneren onverwijld te melden bij de IGJ (artikel 11 Wkkgz). Het Uitvoeringsbesluit Wkkgz beschrijft uitvoerig de stappen die vervolgens gezet dienen te worden om de calamiteit, het geweld of het ontslag te onderzoeken. De onderzoekers doen de aanbeveling om de regeldichtheid van de meldplichten in het Uitvoeringsbesluit Wkkgz te heroverwegen en eveneens de rol van de IGJ met betrekking tot de meldplichten nader te bezien (aanbeveling 8). Ik deel met de onderzoekers dat de mate waarin het onderzoek in elke specifieke situatie moet worden uitgevoerd vrij gedetailleerd in het Uitvoeringsbesluit is opgenomen. Deze

regeldichtheid van het Uitvoeringsbesluit wil ik dan ook verminderen. Zowel bij de meldplicht vanwege ontslag bij disfunctioneren, als bij de meldplicht bij calamiteiten, kan meer flexibiliteit worden geboden, zonder in te boeten op de veiligheid of de kwaliteit van zorg of het belang van de cliënt.

Op grond van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz dient bij elk ontslag wegens disfunctioneren de IGJ precies dezelfde stappen te doorlopen, ook indien dit uit oogpunt van de veiligheid van de zorg weinig toegevoegde waarde heeft. Ontslag wegens disfunctioneren kan vele achtergronden hebben, zonder dat er altijd risico voor de veiligheid of de kwaliteit van de zorg achter schuilgaat. Denk bijvoorbeeld aan ontslag wegens een verstoorde arbeidsrelatie, zonder dat deze verstoring de communicatie over de zorgverlening onder druk heeft gezet. Daarom wil ik het Uitvoeringsbesluit aanpassen in die zin dat de IGJ de mogelijkheid krijgt op basis van triage naar risico's voor de patiëntveiligheid en voor de kwaliteit van de zorg de meldingen van ontslag wegens disfunctioneren te beoordelen. De IGJ kan zich richten op die situaties waarin mogelijk risico zit voor de patiëntveiligheid of de kwaliteit van de zorg. Op deze wijze kan de IGJ haar toezicht op ontslagen zorgverleners flexibeler en effectiever inrichten. Als de IGJ op grond van de triage besluit dat de situatie aldus is dat zij nader onderzoek wil doen, is dat onderzoek op grond van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz aan een aantal regels gebonden. Sommige regels lijken niet zonder meer logisch of nodig. Zo dient in een nader onderzoek naar een melding van ontslag wegens disfunctioneren in geval van een BIG-geregistreerde zorgverlener altijd een gesprek plaats te vinden; in geval van een niet-BIG-geregistreerde zorgverlener is dit niet voorgeschreven. Het ligt meer voor de hand de doelen van de wet tot uitgangspunt te nemen en dus de risico's voor de veiligheid en de kwaliteit van de zorg leidend te laten zijn in de beantwoording van de vraag of een gesprek nodig is in een specifieke situatie, ongeacht of de zorgverlener wel of niet BIG-geregistreerd is. Het Uitvoeringsbesluit Wkkgz wil ik hierop aanpassen.

Bij meldingen van calamiteiten wil ik, in overeenstemming met aanbeveling 8, meer differentiatie mogelijk maken in de afhandeling van deze meldingen door de IGJ. De IGJ krijgt de mogelijkheid om de wijze waarop zij het toezicht op calamiteitenmeldingen inricht, af te stemmen op de fase van ontwikkeling waarin de (sub)sector of de individuele zorgaanbieder zich bevindt en de context van het risico van de melding. Als er vertrouwen is dat calamiteiten op een juiste manier worden gemeld en onderzocht, kan de focus worden verlegd naar de volgende stappen van leren en de vraag of er daadwerkelijk wordt geleerd en verbeterd. Concreet betekent dit dat zorgaanbieders waarbij zich een calamiteit heeft voorgedaan, dit onverwijld blijven melden bij de IGJ. Ook blijft het uitgangspunt dat de zorgaanbieder de calamiteit zelf onderzoekt en dat de zorgaanbieder daarbij de cliënt, diens wettelijke vertegenwoordiger of diens nabestaanden informeert over de calamiteit en over de maatregelen die hij naar aanleiding van de calamiteit neemt of zal nemen. De zorgaanbieder wordt in alle gevallen gevraagd te rapporteren over zijn calamiteitenonderzoek. De wijze waarop, daarin kan de IGJ differentiëren. Opsturen door de zorgaanbieder van het integrale calamiteitenrapport en integrale boordeling hiervan door de IGJ, is niet in alle gevallen meer nodig. Belangrijk hierbij is dat de wijze waarop de IGJ differentieert navolgbaar is. De criteria die zij hanteert bij differentiatie zal de IGJ daarom vastleggen in een beleidsregel. Overigens houdt de IGJ te allen tijde de mogelijkheid om, zoals nu reeds het geval, zelf (aanvullend) onderzoek in te stellen naar een calamiteit als zij daartoe aanleiding ziet.



De onderzoekers stellen met betrekking tot de meldplichten eveneens voor om zorgaanbieders (half)jaarlijks te laten melden in plaats van onverwijld (aanbeveling 9). Dit acht ik niet wenselijk. In geval van een calamiteit, geweld in de zorgrelatie en/of ontslag wegens disfunctioneren kan sprake zijn een ernstige bedreiging voor goede zorg of de veiligheid van cliënten. In die gevallen is het van belang dat de IGJ hiervan tijdig op de hoogte is en zo nodig kan ingrijpen. Daarop zicht willen hebben, door onverwijld melding bij de IGJ te verlangen, past naadloos in de doelen van de wet. Uitzondering op deze regel is geweld tussen cliënten, waarbij er sprake is van minder ernstige lichamelijke of geestelijke geweldsincidenten. Deze minder ernstige incidenten hoeven door de zorgaanbieder niet onverwijld aan de IGJ te worden gemeld, maar moeten door de zorgaanbieder worden geregistreerd en jaarlijks op een geaggregeerd niveau worden geanalyseerd en beschikbaar worden gesteld aan de IGJ voor haar toezicht.<sup>10</sup>

#### VOG-plicht (aanbeveling 10)

De evaluatie beveelt aan de VOG-plicht uit te breiden tot alle sectoren die onder de Wkkgz vallen en geeft ter overweging mee een herhaalde VOG-plicht in te voeren, bijvoorbeeld elke vijf jaar (aanbeveling 10). Op grond van de huidige regelgeving dienen zorgaanbieders die Wlz-zorg verlenen of die ggz-zorg met verblijf verlenen een VOG te hebben voor zorgverleners en voor andere personen die beroepsmatig met de cliënten in contact kunnen komen (artikel 3 Uitvoeringsbesluit Wkkgz). In het oorspronkelijke wetsvoorstel dat tijdens de parlementaire behandeling voorlag zat een VOG-plicht voor alle nieuwe medewerkers die bij een zorgaanbieder gingen werken. Bij amendement is die algemene verplichting destijds vervangen door de huidige – beperktere en gerichtere – bepalingen.<sup>11</sup> Overweging daarbij was «dat een algemene verplichting hoge kosten en administratieve lasten met zich meebrengt, terwijl dat niet in alle gevallen opweegt tegen het daarmee te dienen belang van goede zorgverlening<sup>12</sup>». De beperktere bepalingen die destijds zijn opgenomen in het Uitvoeringsbesluit verplichten een VOG alleen voor zorgverleners die zorg leveren aan de meest kwetsbare cliënten. Deze situatie wil ik laten zoals het nu is. Er zijn geen nieuwe inzichten die vragen om een uitbreiding van de VOG-plicht. Bovendien kunnen werkgevers altijd een VOG verlangen, ook als dat niet wettelijk verplicht is.

#### Model-overeenkomst tussen hoofdaannemer en onderaannemer (aanbeveling 11)

De evaluatiecommissie stelt voor (aanbeveling 11) dat het Ministerie van VWS om een model-overeenkomst vaststelt, die kan dienen als voorbeeld voor een overeenkomst tussen hoofdaannemer en onderaannemer. Deze aanbeveling neem ik niet over. Het Ministerie van VWS stelt geen modelovereenkomsten vast, het is aan branchepartijen om desgewenst voor hun sector een model op te stellen. Ook voor andere onderdelen van de Wkkgz, bijvoorbeeld de klachtenregeling, zijn door VWS geen modellen opgesteld, maar gebeurt dat door branchepartijen met het oog op de bijzonderheden van hun achterban. Deze modelovereenkomsten kunnen voorts per sector verschillen. Vanwege de mogelijkheid om dit sectorspecifiek in te kunnen vullen (zie ook aanbeveling 3) wil ik voor deze overeenkomst geen blauwdruk geven.

<sup>10</sup> Beleidsregels meldplicht geweld tussen cliënten. Staatscourant 2017, 46305.

<sup>11</sup> Amendement van het lid van der Staaij, Kamerstukken II 2012/13, 32 402, nr. 61.

<sup>12</sup> Zie de toelichting op het Uitvoeringsbesluit Wkkgz, paragraaf 3.

## Kwaliteitsregistraties (aanbeveling 12)

De onderzoekers bevelen aan de wettelijke basis te verbreden voor het zonder toestemming mogen gebruiken van herleidbare patiëntengegevens in het kader van het kwaliteitsbeleid van de zorgaanbieder, in gevallen waarin dat van wezenlijk belang is (aanbeveling 12). Kwaliteitsregistraties zijn een belangrijk instrument voor het meten en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Kwaliteitsregistraties rapporteren aan zorgverleners en zorgaanbieders via periodieke rapportages, online dashboards en maatwerkanalyses over de kwaliteit van bijvoorbeeld een behandeling ten opzichte van de landelijke of regionale norm. Deze rapportages dienen ertoe te kunnen «leren en verbeteren» en kunnen ook gebruikt worden ten behoeve van het «samen beslissen» in de spreekkamer. Ook kunnen de uitkomsten van kwaliteitsregistraties ertoe leiden dat onderdelen van de professionele standaard, kwaliteitsstandaarden dan wel meetinstrumenten worden aangepast.

Op dit moment zijn de mogelijkheden voor kwaliteitsregistraties om conform wet- en regelgeving (bijzondere) persoonsgegevens te verwerken niet toereikend om goed te kunnen functioneren. Zorgaanbieders moeten nu toestemming vragen aan cliënten om persoonsgegevens te verstrekken aan kwaliteitsregistraties. Dit betekent naast een hoge administratiedruk ook dat datasets onvolledig zijn en daarom niet representatief zijn voor de daadwerkelijk verleende zorg. Er wordt een wetsvoorstel voorbereid, dat de Wkkgz wijzigt, waarin kwaliteitsregistraties waarvan is vastgesteld dat zij het algemeen belang dienen en die worden opgenomen in een register voor kwaliteitsregistraties bij Zorginstituut Nederland, een verwerkingsgrondslag krijgen om gepseudonimiseerde (bijzondere) persoonsgegevens te verwerken. Het vragen van toestemming aan cliënten is in deze gevallen niet langer nodig. Voor de kwaliteitsregistraties LADIS en LTR is per 1 januari 2022 reeds een verwerkingsgrondslag opgenomen in de Wkkgz. De inwerkingsdatum voor LADIS en LTR is 1 juli 2022.

## Openheid na calamiteiten en incidenten (aanbevelingen 13, 14 en 15)

De onderzoekers doen een aantal aanbevelingen op het terrein van openheid na incidenten. Deze aanbevelingen neem ik zeer ter harte en de aanbevelingen die aan het ministerie zijn gericht (aanbevelingen 14 en 15) volg ik dan ook op. Als er iets mis gaat in de behandeling van een cliënt, is het van groot belang dat daar door de zorgaanbieder openheid over wordt gegeven. Niet alleen hebben cliënten er recht op om te weten wat er in hun behandeling is misgegaan, zij hebben ook informatie nodig om het incident te verwerken en adequaat te kunnen reageren op de mogelijke gevolgen.<sup>13</sup> Bovendien is openheid belangrijk om van incidenten te kunnen leren. Openheid over incidenten is sinds de inwerkingtreding van de Wkkgz een wettelijke eis. In artikel 10, derde lid, van de Wkkgz is opgenomen dat de zorgaanbieder aan een cliënt (of zijn vertegenwoordiger of een nabestaande van de cliënt) onverwijld mededeling doet van incidenten die zich bij de zorgverlening hebben voorgedaan en die voor de cliënt merkbare gevolgen hebben of kunnen hebben. Openheid en open communicatie bij incidenten is niet gemakkelijk, het kan moeilijk zijn om te erkennen dat er iets niet goed is gegaan.

---

<sup>13</sup> B.S Laarman, A.J Akkermans, J. Legemaate, R.Bouwman & R.D. Friele, Ervaringen met de organisatie van een OPEN beleid in Nederlandse ziekenhuizen: verslag en resultaten van handelingsonderzoek, 2018.

Om die openheid te bevorderen doen de onderzoekers aan zorgaanbieders de aanbeveling om het recht van de patiënt en zijn naasten te plaatsten in een breder beleid inzake «open disclosure» van incidenten en fouten en daarbij gebruik te maken van de aanbevelingen van het OPEN-project (aanbeveling 13). Deze aanbeveling is gericht aan beroepsorganisaties en patiëntenorganisaties. Het OPEN project is een project dat is gericht op het bevorderen van open en eerlijke omgang met klachten en incidenten in de zorg.<sup>14</sup> In het veld zijn meerdere initiatieven die in lijn zijn met de bevindingen en aanbevelingen van het OPEN-project. Zo is in de Governancecode zorg 2022, opgesteld door een aantal branchepartijen in de zorg, een aantal zaken over openheid na incidenten opgenomen.<sup>15</sup> Het OPEN-project benoemt de cruciale rol die leidinggevendenden vervullen in het creëren van een veilige cultuur. De Governancecode zorg 2022 zegt hierover onder meer dat een waarden gedreven organisatie een open en veilige cultuur kent. Ook geeft de code aan dat bestuurders van een instelling in hun eigen gedrag laten zien dat zij aanspreekbaar zijn en anderen durven aanspreken. Er moet open en eerlijk over fouten (kunnen) worden gecommuniceerd, om ervan te leren.<sup>16</sup> Ander initiatief zijn de peer supportprogramma's die een aantal zorgaanbieders heeft opgezet voor zorgverleners die te maken hebben gehad met een incident of calamiteit. Ook voor de betrokken zorgverleners kan een incident of calamiteit een ingrijpende en traumatische gebeurtenis zijn en leiden tot gevoelens van angst, schaamte en onzekerheid over het eigen functioneren. Opvang en begeleiding door collega's kan helpen om te praten over wat er gebeurd is en dit te helpen verwerken. Ook scholing kan een belangrijke rol spelen in leren open te communiceren over wat er is gebeurd, ook richting cliënt, diens vertegenwoordiger of nabestaanden. Een open gesprek kan ervoor zorgen dat cliënten of diens naasten beter kunnen verwerken wat er gebeurd is en kan mogelijk de kans op een lang juridisch traject voorkomen. Ook de verwerking door de zorgverlener wordt door een open gesprek met cliënt en naasten bevorderd. Emoties van de deelnemers aan het gesprek maken het vaak moeilijk voor de zorgverlener om open te zijn. Scholing, zoals gesprekstaining en coaching kunnen hierbij behulpzaam zijn. Ook hier zie ik de nodige initiatieven. Hiermee constateer ik dat door het veld goede stappen worden gezet, die op veel grotere schaal navolging verdienen. Ik zal in gesprekken met het veld de opvolging van deze aanbeveling blijven volgen.

Openheid kan ook bevorderd worden door wet- en regelgeving aan te passen. De evaluatie doet de aanbeveling om het onderzoeksrapport dat een zorgaanbieder naar aanleiding van een calamiteit aan de IGJ zendt, desgewenst aan de cliënt te verstrekken (aanbeveling 15).). Ik vind openheid over incidenten en calamiteiten belangrijk, zoals ik hiervoor reeds heb aangegeven. Bij calamiteiten gaat het om niet beoogde of onverwachte gebeurtenissen in de zorg met ernstige gevolgen voor de cliënt: de cliënt overlijdt of heeft ernstige schade. Dan wil je als cliënt (of vertegenwoordiger of nabestaande van de cliënt) weten wat er is gebeurd, hoe dat is gebeurd, en welke stappen zijn ondernomen om in de toekomst herhaling te voorkomen. Belangrijk is dat – als zich een calamiteit heeft voorgedaan – de cliënt (of zijn vertegenwoordiger of nabestaande van de cliënt) wordt betrokken bij het calamiteitenonderzoek en dat hij zich gehoord voelt. Het calamiteitenrapport dat naar aanleiding van het onderzoek wordt opgesteld, heeft als doel te onderzoeken wat er niet

---

<sup>14</sup> Uit het OPEN onderzoek in ziekenhuizen blijkt dat om die openheid tot stand te brengen op drie niveaus maatregelen nodig zijn: op het niveau van de leidinggevende, de zorgverlener en de cliënt.

<sup>15</sup> De Governancecode Zorg geldt voor zorgaanbieders verenigd in de Brancheorganisaties Zorg (BoZ): ActiZ, de Nederlandse ggz, NFU, NVZ en VGN.

<sup>16</sup> Governancecode Zorg 2022, met name principe 2.

goed ging, daarvan te leren en waar mogelijk verbetermaatregelen te treffen. Wanneer zorgmedewerkers bij voorbaat weten dat een cliënt een afschrift van het rapport kan verlangen, kan dit volledige openheid bij het calamiteitenonderzoek in de weg staan en kan dat ertoe leiden dat de mogelijkheden om te leren niet optimaal worden benut. Dit komt de kwaliteit van zorg uiteindelijk niet ten goede is dat is ook in het nadeel van (toekomstige) cliënten. De aanbeveling om cliënten een afdwingbaar recht te geven om desgewenst een afschrift van het calamiteitenrapport te ontvangen, zal ik daarom niet overnemen. Wat vooral van belang is, is dat de zorgaanbieder met de cliënt in gesprek treedt en blijft over het onderzoek.<sup>17</sup> Na afloop van het calamiteitenonderzoek wil ik dat de cliënt het recht heeft, tenzij hij aangeeft daar geen behoefte aan te hebben, op een mondelinge terugkoppeling van de bevindingen van het calamiteitenonderzoek. Indien de cliënt daar prijs op stelt, moet hij een schriftelijke samenvatting ontvangen van wat precies is onderzocht, wat de uitkomsten van het calamiteitenonderzoek zijn, alsmede de verbetermaatregelen die de zorgaanbieder naar aanleiding van het onderzoek zal treffen. Ik zal dit recht in de Wkkgz en het Uitvoeringsbesluit Wkkgz expliciteren, in aanvulling op wat reeds geregeld is over het betrekken van de cliënt (of diens vertegenwoordiger of nabestaande) in geval van een incident of calamiteit.<sup>18</sup> Ik zal dit doen in overleg met de IGJ en veldpartijen.

Naast het pleidooi voor meer openheid bij incidenten en calamiteiten, brengen de onderzoekers tegelijkertijd ook onder de aandacht dat de wettelijke regelingen over incidenten in de praktijk ook kunnen leiden tot weerstand en gevoelens van onveiligheid bij zorgverleners (aanbeveling 14). Zo wordt op grond van de Wkkgz nu in geval van een incident standaard aantekening gemaakt van de namen van de betrokkenen bij een incident.<sup>19</sup> In de evaluatie wordt in het licht van de veiligheid van zorgverleners de aanbeveling gedaan om te onderzoeken of dit op een iets andere wijze zou kunnen worden geregeld en wel in die zin dat de cliënt (of diens vertegenwoordiger of nabestaande) desgevraagd kan beschikken over de namen van de betrokkenen bij een incident, zonder dat deze namen standaard in het dossier van de cliënt worden aangetekend. Doordat cliënten nu direct (real time) inzage hebben in het dossier, kunnen zij de situatie en de namen van betrokkenen lezen en op basis hiervan overgaan tot ongewenst gedrag, zoals het benaderen van de betrokken zorgverlener op dreigende wijze of het openbaar maken van de situatie op sociale media, aldus de onderzoekers. De vraag rijst hiermee of het echt nodig is dat alle betrokkenen bij een incident in het dossier van de cliënt staan. Tegelijkertijd moeten cliënten weten bij wie ze terecht kunnen met vragen over het incident of de calamiteit en moeten zij weten tegen wie zij een klacht kunnen indienen als zij van dat recht gebruik willen maken. Daarom wil ik in – overeenstemming met de aanbeveling – onderzoeken hoe ik kan komen tot een regeling die aan beide aspecten meer recht doet, zowel het aspect van de veiligheid van de zorgmedewerkers als het aspect van het belang van de cliënt.

#### Vergewisplicht (aanbeveling 16)

De onderzoekers adviseren om de koppeling tussen de vergewisplicht en de meldplicht disfunctioneren te heroverwegen (aanbeveling 16). Nu kunnen zorgaanbieders die een instelling zijn in het kader van de

<sup>17</sup> Zie ook I. van Leiden, A. van Wijk & N. Brouwer, Medische missers, de gevolgen en nasleep van medische incidenten en ervaringen met de ondersteuning van de gedupeerden door het Casemanagement Medische Incidenten, 2021, p. 41.

<sup>18</sup> Zie onder meer artikel 10, derde lid, Wkkgz en artikel 8.7 Uitvoeringsbesluit Wkkgz.

<sup>19</sup> Artikel 10, derde lid Wkkgz.

vergewisplicht bij de IGJ navragen of ten aanzien van de zorgverlener sprake is van een situatie als bedoeld in artikel 25, eerste lid van de Wkkgz («een situatie die voor de veiligheid van cliënten of de zorg een ernstige bedreiging kan betekenen»). In de evaluatie wordt gezegd dat deze koppeling om meerdere redenen niet werkt. Uit de evaluatie blijkt dat in de periode 2016–2019 geen van de 24.847 vergewisaanvragen bij de IGJ heeft geleid tot een signaal. Tegelijkertijd vraagt het reageren op vergewisaanvragen van de IGJ veel capaciteit. Bovenop de al geringe signaalkans, is de meerwaarde van deze vergewissing ook gering, omdat vanwege het onderzoek tussen de melding en registratie bij de IGJ gemiddeld een jaar tijdsverloop zit. De ontslagen zorgverlener is dan mogelijk al weer elders aan het werk. Conclusie is derhalve dat deze koppeling niet goed werkt en ik neem de aanbeveling van de onderzoekers daarom over. Dat laat onverlet dat de vergewisplicht blijft bestaan en hier niet aan getornd wordt. Zorgaanbieders blijven op grond van de Wkkgz verplicht zich te vergewissen of de wijze waarop zorgverleners in het verleden hebben gefunctioneerd niet in de weg staat aan het inzetten van de zorgverleners bij het verlenen van zorg. Alleen de mogelijkheid om navraag te doen bij de IGJ vervalt.

De evaluatiecommissie noemt het Waarschuwingsregister Zorg en Welzijn als mogelijk alternatief, indien de hiervoor genoemde koppeling los zou worden gelaten. Over het Waarschuwingsregister Zorg en Welzijn heeft mijn voorganger de Tweede Kamer eind vorig jaar gemeld dat dit register wordt afgebouwd wegens onvoldoende bestuurlijk draagvlak.<sup>20</sup> Per 1 januari 2022 bestaat het Waarschuwingsregister Zorg en Welzijn niet meer. Omdat ik een veilige zorgrelatie onverminderd van belang vind, wordt in de plaats daarvan toegewerkt naar een samenhangend instrumentarium van preventieve en repressieve instrumenten met betrekking tot de veilige zorgrelatie.

#### Leren en verbeteren (aanbevelingen 5, 17 en 19)

De Wkkgz heeft als doel de kwaliteit van zorg te bevorderen, mede door leren van klachten, incidenten en calamiteiten. Dit onderwerp, leren en verbeteren, is op verschillende plekken in deze reactie al aan de orde geweest. Er wordt door de onderzoekers ook nog een aantal specifieke aanbevelingen op dit terrein gedaan, daar ga ik in deze paragraaf op in. Als het gaat om leren en verbeteren, zie ik in eerste instantie een rol voor de zorgaanbieders zelf. Zij zijn aan zet. Wetgeving kan hier in zekere mate een stimulerende rol vervullen, zeggen ook de onderzoekers, maar naast wetgeving zijn juist andere initiatieven en ontwikkelingen vereist. Hier volgen een aantal voorbeelden.

Het programma Tijd voor Verbinding, een gezamenlijk veiligheidsprogramma van zes branchepartijen, heeft als doel te komen tot een open en lerende cultuur. Dit programma ontvangt een financiële bijdrage vanuit VWS. Zie hiervoor de brief aan de Tweede Kamer over de Monitor Zorggerelateerde Schade 2019 van 11 maart jongstleden.<sup>21</sup> In het programma Tijd voor Verbinding is ook aandacht gevraagd voor onderzoek gericht op Safety II, een ontwikkeling waaraan ook de onderzoekers refereren. Bij Safety II gaat het om leren van de dagelijkse praktijk en van de dingen die goed gaan. Een ander voorbeeld is de implementatie van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, waarvan het motto luidt: «Samen leren en ontwikkelen».<sup>22</sup> Vanwege alle reeds lopende

<sup>20</sup> Kamerstukken II 2021–2022, 32 620, nr 272.

<sup>21</sup> Kamerstukken II 2021/2022, 31 016, nr. 348.

<sup>22</sup> Patiëntenfederatie Nederland, LOC, Verenso, V&VN, Zorgthuisnl, ActiZ, Zn. Kwaliteitskader verpleeghuiszorg, samen leren en ontwikkelen, actualisatie augustus 2021.

initiatieven en ontwikkelingen op het terrein van leren en verbeteren (zie ook de reactie op de aanbevelingen over de meldplichten en de aanbevelingen over openheid bij incidenten), neem ik aanbeveling 17, die gaat over het entameren van onderzoek naar de mogelijkheden voor een geïntegreerde aanpak van incidenten, klachten en claims te bevorderen met als doel om de mogelijkheden voor leren te verbeteren, niet over.

Specifiek voor de aanbeveling over het leren van tuchtklachten (aanbeveling 5), wil ik verwijzen naar de brief aan de Tweede Kamer betreffende de bevindingen van de verkenning toekomstbestendigheid Wet BIG van 29 april jongstleden, met name het gedeelte over het onderzoek lerende werking tuchtrecht.<sup>23</sup> Het verbeteren van de mogelijkheden om te leren van de bevindingen van klachtenfunctionarissen (aanbeveling 19) is in eerste instantie aan de zorgaanbieders en de beroepsorganisaties. De evaluatie noemt specifiek de rol van de Vereniging van Klachtenfunctionarissen in de Gezondheidszorg (VKIG). Voor de geregistreerde leden van de VKIG is het verplicht om deel te nemen aan intervisietrajecten om zo van elkaars ervaringen te leren. De VKIG organiseert ook opleidingen en cursussen voor haar leden om de kwaliteit van de klachtenfunctionarissen te waarborgen en de deskundigheid te bevorderen. Eén van de cursussen die door de VKIG wordt georganiseerd behelst de wijze waarop klachtenfunctionarissen kunnen rapporteren over de klachten die zij ontvangen. Dit is van belang omdat vooral in de grotere instellingen klachtenfunctionarissen doorgaans periodiek rapporteren aan het bestuur, management en aan anderen binnen de organisatie die zich met kwaliteit van zorg bezighouden over de klachten die zij ontvangen, de eventuele trend(s) die ze daarin waarnemen en de lessen/aanbevelingen die daar mogelijk uit getrokken kunnen worden. Het is vervolgens vooral aan het bestuur om – waar opportuun – met de bevindingen uit de rapportages aan de slag te gaan, op dezelfde wijze waarop dat ook gebeurt met de bevindingen uit bijvoorbeeld calamiteitenrapporten. Daarmee moet dit punt («het leren van klachten») niet geïsoleerd worden gezien, maar worden gezien vanuit het perspectief van de lerende organisatie. Op dat terrein gebeurt veel, zoals ook blijkt uit andere onderdelen van deze reactie.

## **Klachten en geschillen**

### *Conclusies en aanbevelingen van de onderzoekers over het klacht- en geschilrecht*

Uitgangspunt van de Wkkgz is het creëren van een laagdrempelige klachten- en geschilregeling, waar klachten in een vroeg stadium worden opgelost, bij voorkeur in een goede dialoog tussen zorgaanbieder en cliënt, en dat escalatie en verdere juridisering zoveel mogelijk wordt voorkomen. Volgens de onderzoekers wordt dit uitgangspunt door alle partijen met wie zij een gesprek hebben gevoerd in het kader van deze evaluatie gedeeld. Ook blijkt de overgrote meerderheid van de mensen waarbij de klacht werd behandeld door een klachtenfunctionaris, positief over het proces bij de klachtenfunctionaris. Kritischer zijn de onderzoekers over de geschilleninstanties. Dan gaat het onder meer om de ervaren formele aanpak door de geschilleninstanties, de gepercipieerde onafhankelijkheid en het feit dat er tussen de geschilleninstanties aanzienlijke verschillen bestaan.

---

<sup>23</sup> Kamerstukken II 2021/2022, 29 282, nr. 461.

Klachtbehandeling (aanbevelingen 17 t/m 22)

De belangrijkste aanbevelingen op het terrein van het klachtrecht gaan over de termijnen voor klachtafhandeling. Uit de evaluatie komt naar voren dat een aantal respondenten (ziekenhuizen en tandartsen) hebben aangegeven dat de termijn voor klachtafhandeling problemen oplevert. De evaluatie doet hiervoor een aantal voorstellen (aanbevelingen 20 en 21). De termijn die voor deze klachtbehandeling staat is zes weken, met de mogelijkheid om vier weken te verlengen (artikel 17 Wkkgz). De evaluatiecommissie doet het voorstel om de activiteiten van de klachtenfunctionaris niet onder de termijn van zes weken te laten vallen. Er zou volgens de onderzoekers bij de klachten- en geschilregeling onderscheid moeten worden gemaakt tussen twee onderdelen: advies en bijstand voor de cliënt door een klachtenfunctionaris en de mogelijkheid voor de cliënt om over zijn klacht of verzoek om schadevergoeding een oordeel van de zorgaanbieder te verlangen. Ook wordt in de evaluatie het voorstel gedaan om aan de Wkkgz een bepaling toe te voegen dat met instemming van de klager van de termijnen kan worden afgeweken.

De oplossing om de klachtenprocedure in de Wkkgz zodanig aan te passen dat de activiteiten van de klachtenfunctionaris niet onder de termijn van zes weken vallen en de toepassing van de termijn beperkt is tot de situatie waarin de cliënt op zijn klacht een oordeel van de zorgaanbieder verlangt, acht ik onwenselijk. Kern van de klachtenregeling in de Wkkgz is dat de klager een snelle, eenvoudige en informele mogelijkheid wordt geboden om zijn recht te halen. Dat versterkt de positie van de cliënt. Onnodige formalisering, waarin de klager allerlei procedurele eisen en barrières ontmoet, moet zoveel mogelijk worden voorkomen. Wat ook moet worden voorkomen is dat een klachtenprocedure voor de klager te lang duurt. Het is de bedoeling van de Wkkgz dat klachten in een zo vroeg mogelijk stadium worden opgelost. Bij de wetsgeschiedenis is aan de orde geweest dat na zes (of tien) weken in overleg met de cliënt ook een voorlopig oordeel op de klacht kan volgen, bijvoorbeeld dat herhaling ongewenst is en nader onderzoek nodig is.<sup>24</sup> Anders gezegd: er hoeft niet altijd binnen zes of tien weken een definitief oordeel te zijn dat de klacht gegrond of ongegrond is. Een andere reden om de procedure voor klachtbehandeling op dit punt niet wijzigen is dat de wettelijke termijn niet voor alle zorgaanbieders een probleem is. Zo blijkt uit de evaluatie niet dat deze termijn voor huisartsen, instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking of zorgaanbieders van andere zorg een probleem is. Dat laat onverlet dat het voorstelbaar is, zeker als de klacht gaat over complexe medische handelingen met een schadecomponent, dat meer tijd nodig is. Daarom wil ik in de Wkkgz een bepaling opnemen die verlenging van de termijn mogelijk maakt onder de voorwaarde dat aan de klager wordt toegelicht waarom de termijn wordt verlengd en de klager met de verlenging van de termijn instemt en met de door de zorgaanbieder voorgestelde (realistische) termijn waarop de klacht wel afgehandeld moet zijn.

In de evaluatie wordt ook de aanbeveling gedaan om de kring van klachtgerechtigden tussen de Wkkgz en de Wet BIG gelijk te trekken (aanbeveling 22). Bij de Wkkgz zijn degenen die een klacht in kunnen dienen: de cliënt, een nabestaande van de overleden cliënt dan wel een vertegenwoordiger van de cliënt. Bij de Wet BIG is de groep van degenen

<sup>24</sup> Kamerstukken I 2014/2015, 32 402, I (memorie van antwoord), Handelingen I, 2015/2016, 32 402, nr. 2, item 8.

die een klacht kunnen indienen ruimer: de rechtstreeks belanghebbende (meestal de cliënt, een naaste of een vertegenwoordiger van de cliënt, maar dat kan onder omstandigheden ook een collega zijn, een patiënten- of beroepsorganisatie of een andere rechtstreeks belanghebbende), mensen die een werkrelatie hebben met diegene over wie wordt geklaagd en de IGJ. De aanbeveling om de kring van klachtgerechtigden gelijk te trekken neem ik niet over, omdat het doel van het medisch tuchtrecht op grond van de Wet BIG een andere is dan het doel van de klachten- en geschillenregeling in de Wkkgz. Doel van het medisch tuchtrecht is het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening, het doel van het klachtrecht in de Wkkgz is het komen tot een oplossing voor de klacht tussen zorgaanbieder en cliënt. Daarom kan bij de Wet BIG bijvoorbeeld ook de IGJ een klacht indienen. Dat er verschillen zijn is met andere woorden met reden.

#### Geschilleninstanties (aanbevelingen 23 t/m 27)

De evaluatiecommissie plaatst enkele kritische kanttekeningen bij het functioneren van de geschilleninstanties, onder meer op het terrein van de gepercipieerde onafhankelijkheid en haar formalistische opstelling. Daarnaast constateert de evaluatiecommissie dat er grote verschillen zijn in de financiering van de geschilleninstanties, dat de uitspraken van de verschillende geschilleninstanties niet op één vaste plek openbaar worden gemaakt en dat het landschap van geschilleninstanties zo wordt ingericht dat elke instantie voldoende kennis en ervaring kan opbouwen.

De aanbevelingen van de evaluatiecommissie op het terrein van de geschilleninstanties geven mij aanleiding tot zorg en doen de vraag rijzen of het stelsel hier werkt zoals beoogd. Om die vraag echt goed te kunnen beantwoorden, is nader onderzoek nodig. Ik zal daarom in overeenstemming met de aanbeveling van de evaluatiecommissie een verdiepend onderzoek laten doen naar de geschilleninstanties (aanbeveling 23). Dat onderzoek zal niet alleen gaan over het functioneren van de geschilleninstanties, maar ook over de wijze van financiering (aanbeveling 24) en het landschap van geschilleninstanties en het stimuleren van de kwaliteit (aanbeveling 25). Naast een verdiepingsslag op de door de evaluatie gesignaleerde knelpunten, zal het onderzoek ook voorstellen moeten doen voor oplossingen van die knelpunten. Ik wil niet op de uitkomsten van dat onderzoek vooruitlopen door nu naar aanleiding van de evaluatie reeds een aantal zaken in de wet te wijzigen. Dat is ook niet wat de onderzoekers op dit punt aanbevelen.

De onderzoekers doen ook de aanbeveling om de uitspraken van de geschilleninstanties op één vaste plaats openbaar te maken (aanbeveling 25). Dat is nu nog niet het geval. Ik zal hierover met de geschilleninstanties verder in gesprek gaan en stappen ondernemen met als doel dit op 1 januari 2024 te realiseren.

Tenslotte doet de evaluatie nog de aanbeveling dat in de wet gespecificeerd moet worden dat cliënten en hun naasten tijdig informatie ontvangen over de aard en consequenties van de geschillenprocedure (aanbeveling 27). Ik neem deze aanbeveling over, in gesprekken met het veld hoor ik ook dat voor cliënten niet altijd duidelijk is wat zij van de geschilleninstanties kunnen verwachten en hoe de procedure eruit ziet.

#### *3.4. Toezicht*

De IGJ houdt – zoals hierboven al gezegd – toezicht op de Wkkgz. Het toezicht komt dan ook uitvoerig in de evaluatie aan de orde, dwars door alle onderwerpen heen, met name bij de reikwijdte (zoals bij de organisatorische constructies, samenwerken, onderaanneming), en bij de kwaliteit (zoals bij de meldplichten). Het toezicht is dan ook in bovenstaande



paragrafen al uitgebreid in de reactie op de aanbevelingen betrokken. Naast aanbevelingen bij deze onderwerpen trekken de onderzoekers ook nog een aantal algemene conclusies over het toezicht en doen zijn nog een aantal specifieke aanbevelingen over het toezicht. Hierover gaat deze paragraaf.

#### *Conclusies en aanbevelingen van de onderzoekers over toezicht*

De onderzoekers concluderen dat de Wkkgz voor zowel de IGJ als het veld op het punt van toezicht niet tot grote vragen of knelpunten leidt. De combinatie van toezichtstijlen – te weten stimulerend en meedenkend waar het kan, hard en formeel waar het moet – betekent dat de wet flexibiliteit moet bieden om maatwerk te leveren, afhankelijk van wat in de bestaande situatie nodig is. De IGJ ziet daarvoor in algemene zin in de huidige wet voldoende mogelijkheden, aldus de onderzoekers. Ook concluderen de onderzoekers dat de IGJ goed uit de voeten kan met de instrumenten die de Wkkgz biedt. De onderzoekers geven tevens aan dat de Wkkgz niet los gezien kan worden van andere wetgeving op het terrein van de kwaliteit van de zorg, zoals de wet BIG.

#### *Reactie op conclusies en aanbevelingen over het toezicht*

##### Toezicht op lastige constructies (aanbeveling 28)

De onderzoekers stellen voor om een toezichtkader te ontwikkelen dat zich specifiek richt op «lastige» constructies in de zorg (aanbeveling 28). Deze aanbeveling heeft een nauwe relatie met aanbeveling 7, die meer in zijn algemeenheid ingaat op de gevolgen van organisatorische ontwikkelingen voor de toepassing van de Wkkgz. Ik wil bij het nader in kaart brengen van organisatorische ontwikkelingen in de zorg en de gevolgen daarvan voor de toepassing van de Wkkgz, ook de gevolgen voor het toezicht meenemen, meer specifiek de vraag wie in welke situatie aanspreekbaar is voor de kwaliteit van zorg. Met het opstellen van de handreiking conform aanbeveling 7, kom ik dus tevens tegemoet aan deze aanbeveling. Overigens heeft voor netwerkzorg – één van de organisatorische ontwikkelingen – de IGJ reeds handreikingen en factsheets ontwikkeld, die aangeven op welke wijze zij toezicht houdt op deze vormen van samenwerking in de zorg en aan welke normen en criteria de IGJ toetst.<sup>25</sup> Kern is dat een netwerk vraagt om nauwe afstemming en goede afspraken over de verdeling van verantwoordelijkheden tussen de zorgaanbieders in dat netwerk.

##### Veilige zorg (aanbeveling 29)

De door de onderzoekers voorgestelde wijziging van de wet om het begrip «veilige zorg» nader te omschrijven, acht ik niet nodig (aanbeveling 29). Veilige zorg is onderdeel van goede zorg. De Wkkgz regelt dat onder goede zorg wordt verstaan zorg van goede kwaliteit en van goed niveau. Dit betekent onder meer – zo regelt de Wkkgz – dat deze zorg veilig moet zijn. Uitgangspunt van de Wkkgz is dat zorgaanbieders verantwoordelijk zijn voor het verlenen van goede zorg, waarvan veilige zorg dus een onderdeel is. De Wkkgz biedt zorgaanbieders grote vrijheid en ruimte om dit zelf in te vullen. Daarbij past niet dat de wetgever nader gaat omschrijven wat «veilige zorg» is, dat is in de Wkkgz ook voor de andere onderdelen van goede zorg niet gedaan. Bovendien heeft de IGJ mij aangegeven dat het begrip «veilige zorg» in de praktijk van het toezicht

<sup>25</sup> IGJ, De juiste zorg op de juiste plek, Toezicht op zorgnetwerken, mei 2019. IGJ Toetsingskader Zorgnetwerken rond cliënten in de thuissituatie. IGJ, In beeld: het zorgnetwerk van een kind. Toezicht op zorgnetwerken, mei 2019. IGJ, calamiteit in een zorgnetwerk, december 2020.

niet tot vragen of knelpunten leidt. Ik zie dan te weinig grond voor een wetswijziging of voor nadere duiding van dit begrip.

#### Verspreiden van de lessons learned (aanbeveling 30)

De onderzoekers doen de aanbeveling om de «lessons learned» te verspreiden, opdat zorgaanbieders niet alleen leren van hun eigen organisatie en processen, maar ook van de kennis en ervaring van andere zorgaanbieders. Dit vind ik een zeer waardevolle aanbeveling en in de praktijk gebeurt dit reeds. De IGJ publiceert met enige regelmaat rapportages (al dan niet gezamenlijk met andere toezichthouders) met daarin aanbevelingen, kritische succesfactoren en goede voorbeelden. Zo heeft de IGJ recent op basis van haar bevindingen in het toezicht en best practices die zij hierbij is tegengekomen een toezichtvisie «Toezicht op een veilige zorgrelatie» gepubliceerd, waarin ze uiteenzet wat zorgaanbieders kunnen doen om een veilige zorgrelatie te stimuleren. De IGJ gaat graag in gesprek met veldpartijen om te bezien hoe ze er voor kan zorgen dat dit soort zaken (nog) beter onder de aandacht van zorgaanbieders wordt gebracht. Dat geldt ook voor het stimuleren van disseminatie van *lessons learned* tussen zorgaanbieders onderling. Ook congressen en symposia van branche- en beroepsverenigingen dragen bij aan de verspreiding kennis. Voorts worden ook via het programma Tijd voor Verbinding (zie ook onder het kopje «leren en verbeteren») goede voorbeelden verspreid.

#### Relatie Wet BIG en Wkkgz (aanbeveling 31)

De onderzoekers bevelen aan om in de Wet BIG en in de Wkkgz hetzelfde criterium te hanteren als het gaat om regulering van de positie van de cliënt (aanbeveling 31). De Wet BIG heeft het over «benadeling voor de gezondheid», de Wkkgz over «aanmerkelijke kans op schade voor de gezondheid». Ik neem deze aanbeveling over en pas de Wkkgz aan, aangezien ik voorstander ben om waar dat kan in wetten zoveel mogelijk dezelfde begrippen te hanteren.

#### Wetsevaluatie (aanbeveling 32)

De onderzoekers bevelen aan de toezichthouder bij wetsevaluatie een verslag van bevindingen op te laten stellen omtrent de naleving van de wet. De huidige wet kent alleen de verplichting binnen vijf jaar de wet te laten evalueren (artikel 32). Deze verplichting is eenmalig. Gezien de breedte van deze zorgwet sta ik positief tegenover het permanent maken van de evaluatieverplichting, in die zin dat ik voor wil stellen de Wkkgz elke acht jaar te laten evalueren. Evaluatie kan dan, net als bij de huidige eenmalige evaluatiebepaling het geval is, ingaan op de doeltreffendheid en de effecten van de wet in de praktijk en indien nodig gericht worden op specifieke onderwerpen, waaronder het toezicht. Een specifieke verslagleggingsverplichting voor de IGJ, naast de vele bronnen van informatie waarin de IGJ nu reeds voorziet, zoals het jaarbeeld toezicht van de IGJ, acht ik niet nodig, nu het voorstel is een permanente evaluatieverplichting in te voeren.

#### **Tot slot**

Ik ben de onderzoekers zeer erkentelijk voor het onderzoek dat zij hebben verricht. Ook alle veldpartijen die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van dit onderzoeksrapport, wil ik hartelijk bedanken voor hun inbreng. Het onderzoek heeft geleid tot belangrijke inzichten over de werking van de Wkkgz in de praktijk en de mate waarin de doelstellingen van de Wkkgz worden gerealiseerd. Het onderzoeksrapport laat zien dat in zijn algemeenheid de Wkkgz bijdraagt aan het bevorderen van de met

deze wet beoogde doelstellingen. Tegelijkertijd is de evaluatie aanleiding om een aantal zaken verder uit te werken of nader onderzoek te (laten) doen. Ik ga daar de komende periode graag met veldpartijen en de IGJ verder mee aan de slag, en zal uw Kamer over de verdere uitwerking nader informeren.

De Minister voor Langdurige Zorg en Sport,  
C. Helder