

Wet kwaliteit, klachten en geschillen (in de) zorg

Zorgen moet je doen, niet maken



Bachelorscriptie

Auteur:

Studentnummer Avans Hogeschool:

Plaats en datum uitgave:

Elisa van Boesschoten

2050595

Bergen op Zoom, mei 2016

Wet kwaliteit, klachten en geschillen (in de) zorg

Zorgen moet je doen, niet maken



Naam:	Elisa van Boesschoten
Studentnummer:	2050595
Onderwijsinstelling:	Juridische Hogeschool Avans-Fontys
Locatie:	Tilburg
Opleiding:	HBO-Rechten
Blok:	E3/E4 Afstuderen
Afstudeerperiode:	8 februari 2016 tot en met 13 mei 2016
Afstudeerorganisatie:	Stichting Bravis ziekenhuis
Afstudeerlocatie:	Bergen op Zoom
Afstudeermentoren:	Mevr. mr. P. Verdult-Hazen en mevr. mr. F. Klaassen
Eerste afstudeerdocent:	Mevr. J. Zevenbergen
Tweede afstudeerdocent:	Mevr. S. van Willigenburg
Classificatie:	Intern
Datum:	Mei 2016

Niets uit dit rapport mag worden verveelvoudigd, opgeslagen of openbaargemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeerscriptie *‘Wet kwaliteit, klachten en geschillen (in de) zorg: zorgen moet je doen, niet maken’*. Deze scriptie heb ik geschreven tijdens mijn afstudeerstage bij het Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom. Gedurende de periode van 8 februari 2016 tot en met 13 mei 2016 heb ik in opdracht van het Bravis ziekenhuis onderzoek gedaan naar de nieuwe *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg* welke op 1 januari 2016 in werking is getreden. Ik heb naast de inhoudelijke verdieping in de wet ook gekeken naar de praktische relevantie van deze wet voor het Bravis ziekenhuis.

Tijdens het onderzoek heb ik het Bravis ziekenhuis leren kennen als een organisatie waar op alle fronten samengewerkt wordt. Dankzij mijn onderzoek is mijn kennis inzake de organisatie en werkzaamheden binnen en buiten het ziekenhuis, met name op het gebied van kwaliteit, veiligheid, klachten en geschillen, sterk uitgebreid. Dit komt onder meer door de personen die ik in het kader van mijn onderzoek heb mogen interviewen. Hiervoor wil ik dan ook bedanken: dhr. A. van Gool, dhr. C. van Beek, mevr. J. van Vliet, dhr. mr. A. Mattheussens, dhr. J. Oostenbrink en mevr. G. Wijma. Ook wil ik mijn dankwoord richten aan mevr. mr. J. de Vries (Holla advocaten) voor de hulp en medewerking aan mijn onderzoek.

Natuurlijk wil ik het Bravis ziekenhuis bedanken voor het door hen in mij gestelde vertrouwen voor deze ontzettend interessante en leerzame opdracht. Daarnaast wil ik nog enkele mensen in het bijzonder bedanken die betrokken zijn geweest bij de totstandkoming van mijn scriptie. Ik wil mijn stagementoren, mevr. mr. P. Verdult-Hazen en mevr. mr. F. Klaassen, bedanken voor de goede, persoonlijke en leuke begeleiding/ondersteuning. Het enthousiasme waarmee zij mij hebben begeleid, heeft zeker bijgedragen aan een waardige afsluiting van mijn studie aan de Juridische Hogeschool.

Graag wil ik mijn eerste afstudeerdocent, Jeanine Zevenbergen, bedanken voor haar goede feedback en gedegen begeleiding vanuit de Juridische Hogeschool. Daarnaast wil ik mijn tweede afstudeerdocent, Sabrina van Willigenburg, bedanken.

Tot slot wil ik iedereen bedanken die een bijdrage heeft geleverd aan dit onderzoek, maar niet bij naam genoemd zijn.

Allen bedankt voor deze onvergetelijke, leerzame en leuke afstudeerperiode.

Ik wens u allen veel leesplezier!

Elisa van Boesschoten

Studente aan de Juridische Hogeschool Avans-Fontys

Stagiaire Juridische Bestuursondersteuning (JUBO) bij Stichting Bravis ziekenhuis Bergen op Zoom

Bergen op Zoom, mei 2016.

Inhoudsopgave

Samenvatting	9
Lijst met begrippen en afkortingen	11
1. Inleiding	15
1.1 Organisatiebeschrijving	15
1.1.1 Juridische werkzaamheden	15
1.2 De aanleiding	15
1.3 De probleembeschrijving	16
1.4 Centrale vraag en deelvragen	16
1.4.1 Centrale vraag	16
1.4.2 Deelvragen	16
1.5 Doelstelling	16
1.6 Onderzoeksstrategieën	17
1.7 Bronnen, methoden en verantwoording	17
1.7.1 Bronnen	17
1.7.2 Methoden	17
1.7.3 Verantwoording	17
1.8 Leeswijzer	17
2. De Wkkgz	18
2.1 Reikwijdte betrokkenen bij de Wkkgz	18
2.1.1 De zorgaanbieder	18
2.1.1.1 Zorg in de zin van de Wkkgz	18
2.1.2 Het ziekenhuis als zorgaanbieder	18
2.1.3 Het MSB als zorgaanbieder	19
2.1.4 De zorgverlener	19
2.1.5 De zorgverlener in het ziekenhuis	19
2.1.6 De cliënt	20
2.1.7 De cliënt in het ziekenhuis	20
2.2 De reeds bestaande wettelijke verplichtingen uit de Wkkgz	20
2.3 De nieuwe wettelijke verplichtingen uit de Wkkgz	21
2.3.1 Bepalingen ter bevordering van de kwaliteit van zorg	21
2.3.2 Bepalingen ter versterking van de positie van de cliënt	23
2.3.3 Bepalingen over het functioneren van medewerkers	26
2.3.4 Regels ten behoeve van klachten en geschillen	29
2.4 Tussenconclusie	34
3. Huidige beleid Bravis ziekenhuis ten aanzien van kwaliteit, klachten en geschillen	35
3.1 Bepalingen ter bevordering van de kwaliteit van zorg	35
3.2 Bepalingen ter versterking van de positie van de cliënt	39
3.3 Bepalingen over het functioneren van medewerkers	41
3.4 Regels ten behoeve van klachten en geschillen	44
3.5 Tussenconclusie	45
4. Wijzigingen huidige beleid Bravis ziekenhuis ten aanzien van kwaliteit, klachten en geschillen	46
4.1 Bepalingen ter bevordering van de kwaliteit van zorg	46
4.2 Bepalingen ter versterking van de positie van de cliënt	47
4.3 Bepalingen over het functioneren van medewerkers	49
4.4 Regels ten behoeve van klachten en geschillen	50
4.5 Tussenconclusie	51
5. Conclusies en aanbevelingen	52
5.1 Conclusies	52
5.2 Aanbevelingen	55

Bronnenlijst

59

Bijlage 1:	Bronnen, methoden en verantwoording inleiding (per deelvraag uitgewerkt)
Bijlage 2:	Schematisch overzicht wettelijke overgangstermijnen <u>nieuwe</u> verplichtingen Wkkgz
Bijlage 3	Interview dhr. A. van Gool
Bijlage 4:	Interview dhr. C. van Beek
Bijlage 5:	Interview mevr. J. van Vliet
Bijlage 6:	Interview dhr. mr. A. Mattheussens
Bijlage 7:	Interview dhr. J. Oostenbrink
Bijlage 8:	Interview mevr. G. Wijma

Samenvatting

Op 1 januari 2016 is de Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (hierna: Wkkgz), het Uitvoeringsbesluit Wkkgz en de Uitvoeringsregeling Wkkgz in werking getreden. De Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector zijn met de inwerkingtreding van de Wkkgz vervallen. De Wkkgz komt voort uit het in 2010 ingediende wetsvoorstel *Wet cliëntenrechten zorg*. Dit wetsvoorstel is vanwege haar complexiteit en omvang opgesplitst in vier afzonderlijke onderdelen, waarvan de Wkkgz als eerste doorgang heeft gevonden. De Wkkgz heeft daarom nog slechts betrekking op de onderdelen kwaliteit, klachten en geschillen. De Wkkgz moet zorgen voor meer transparantie en openheid over klachten en incidenten in de zorg. Daarnaast waarborgt de Wkkgz dat cliënten kunnen vertrouwen op goede zorg, een goede en snelle maar vooral laagdrempelige afhandeling van klachten en geschillen. De verplichtingen uit de Wkkgz moeten worden nageleefd door alle zorgaanbieders die zorg in de zin van de Wkkgz verlenen. Het ziekenhuis valt als zorgaanbieder onder de reikwijdte van deze wet. Om deze reden wenst het Bravis ziekenhuis meer duidelijkheid over de uit de wet voortvloeiende nieuwe verplichtingen, de daaraan gestelde (wettelijke) overgangstermijnen en de wijze waarop zij de nieuwe verplichtingen kunnen implementeren in het bestaande beleid.

Naar aanleiding van de uitvoering van dit onderzoek in literatuur, wetten, kamerstukken, beleidsstukken, procedures, het bijwonen van bijeenkomsten en het afnemen van interviews met de uitvoerders in de praktijk is er gekomen tot de conclusie dat het Bravis ziekenhuis in ieder geval het navolgende moet wijzigen om aan de onderstaande nieuwe verplichtingen uit de Wkkgz te voldoen. Het Bravis ziekenhuis moet ten aanzien van de *verplichting tot het verlenen van goede zorg* meer invulling geven aan de begrippen cliëntgerichtheid en veiligheid. Daarnaast moeten ten aanzien van de *verplichting tot het veilig incident melden* een aantal aspecten, maar vooral de bescherming van melders en de betrokkenen, in het VIM-beleid opgenomen worden. Het Bravis ziekenhuis moet de cliënt in het kader van *het recht op keuze-informatie* meer informeren over de bewezen werkzaamheid van zorg, de uit de Wkkgz voortvloeiende rechten en de kwaliteit van zorg. Ook moet het Bravis ziekenhuis de *informatieplicht over incidenten* borgen in zijn beleid, evenals de *meldingsplicht (IGZ) geweld in de zorgrelatie*. Voorts moet het Bravis ziekenhuis selectiecriteria voor medewerkers opstellen ten aanzien van de *vergewisplicht*. Voor Medisch Specialisten moet het opvragen van een referentie in de selectieprocedure verplicht worden gesteld. In het kader van de *VOG-plicht* voor de Wlz-zorg, kan het ziekenhuis een ontbindende voorwaarde opnemen in de arbeidsovereenkomst voor nieuwe medewerkers op de PAAZ-afdeling. Daarnaast moet het Bravis ziekenhuis een *meldingsplicht (IGZ) ontslag wegens disfunctioneren* opnemen in zijn beleid. Aan de samenwerkingsovereenkomsten en overeenkomsten van opdracht moet het Bravis ziekenhuis meer invulling geven in het kader van de verplichting tot het nader invullen van *schriftelijke overeenkomsten*. Ook moet het ziekenhuis, op grond van de *verplichting tot het hebben van een klachtenregeling*, in de klachtenregeling de onafhankelijkheid van de klachtenfunctionaris waarborgen en bepalingen omtrent ketenzorg opnemen. Tot slot moet het ziekenhuis zich *aansluiten bij een erkende geschilleninstantie*.

De meeste nieuwe verplichtingen bestaan sinds 1 januari 2016, behoudens de verplichting tot het intern melden van incidenten, de plicht tot het sluiten van een schriftelijke overeenkomst, de plicht tot het vaststellen van een klachtenregeling en de aansluiting bij een erkende geschilleninstantie. Deze verplichtingen kennen achtereenvolgens een overgangstermijn van een half jaar en één jaar. Naast de voorgaande voorgestelde wijzigingen voor het beleid worden, mede in verband met de wettelijk gestelde overgangstermijnen, de volgende aanbevelingen gedaan aan het Bravis ziekenhuis:

Algemeen: beleid en procedures harmoniseren, definities aanpassen aan huidige omstandigheden, cliëntfolders harmoniseren, zoekfuncties verbeteren/verouderde documenten verwijderen, website cliëntvriendelijker maken, betrokkenen bij de Wkkgz inlichten en rekening houden met het medezeggenschapsrecht. **Goede zorg:** nagaan of de voor het ziekenhuis geldende professionele standaard in de registers van het Zorginstituut is opgenomen en zorgverleners toetsen aan deze standaard. **Vergewisplicht:** rekening houden met de 'zuiverheid' van referenties en de referenties op papier opvragen. **VOG-verklaring:** terugwerkende kracht aan de VOG-plicht toekennen voor medewerkers die na 1 januari 2016 in dienst zijn getreden op de PAAZ-afdeling. **Klachten:** hoorzittingen klachtencommissie houden op de locatie waar de klacht is ontstaan en de huidige klachtenregeling toetsen aan het model klachtreglement van de NVZ. **Geschillen:** de mogelijkheid tot het oprichten van een eigen geschilleninstantie. **Contact en bijwonen bijeenkomsten:** het Bravis ziekenhuis wordt tot slot aanbevolen om contact te houden met de NVZ, Centramed. Tot slot moet het ziekenhuis de actualiteit/ontwikkelingen blijven volgen.

Lijst met begrippen en afkortingen

Begrippen

Afstemming (op de reële behoefte van de cliënt)

Zorg die goed past bij hetgeen de cliënt nodig heeft in verband met zijn gezondheidsklachten.¹ Zorgaanbieders zijn verplicht kwalitatief goede zorg te leveren, die op iedere cliënt in het bijzonder is afgestemd.

Alternatieve- zorgaanbieder

Een solistisch werkende, niet-geregistreerde zorgverlener die andere zorg levert, dan wel een instelling die uitsluitend door niet-geregistreerde zorgverleners andere zorg doet verlenen.

Andere zorg

Handelingen als bedoeld in artikel 1 Wet op de beroepen in de gezondheidszorg, niet zijnde Wet langdurige zorg of zorg conform de Zorgverzekeringswet, alsmede handelingen met een andere doel dan het bevorderen of bewaken van de gezondheid van de cliënt.

Bedrijfsmatig

In het kader van de uitoefening van het bedrijf.

Beroepsmatig

In het kader van de uitoefening van een beroep.

Calamiteit

Een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid.²

Claim

Een verzoek tot toekenning van schadevergoeding

Cliënt

Een natuurlijke persoon die zorg vraagt of aan wie de zorg wordt verleend.³

Doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht

Zorgaanbieders dienen – met inachtneming van de voor die zorg betreffende professionele standaarden - de meest doelmatige en doeltreffende zorgmogelijkheid te bieden aan de cliënt. Dit betekent dat per cliënt moet worden gekeken naar de te verwachten effecten, de te verwachten bijwerkingen en de daaraan verbonden kosten (welke passend en aanvaardbaar moeten zijn).⁴

Disfunctioneren

Opzegging, ontbinding of niet-voortzetting van een overeenkomst tussen een zorgverlener en een zorgaanbieder op grond van het oordeel van de zorgaanbieder dat de zorgverlener ernstig is tekort geschoten in zijn functioneren.⁵

Geregistreerde zorgverlener

Een zorgverlener die staat ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, dan wel diegene die een beroep uitoefent waarvan de opleiding krachtens artikel 34 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg is geregeld of aangewezen.

Goede zorg

Zorg van goede kwaliteit en van goed niveau.⁶ Hieronder wordt verstaan: zorg die in ieder geval veilig,

¹ Kamerstukken II 2009/10, 32402, 3, p. 40. (MvT)

² Art. 1 lid 1 Wkkgz

³ Art. 1 lid 1 Wkkgz

⁴ Kamerstukken II 2009/10, 32402, 3, p. 40. (MvT)

⁵ Art. 1.1 Uitvoeringsbesluit Wkkgz

⁶ Art. 2 lid 2 Wkkgz

doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt.⁷

Incident

een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg, en heeft geleid, had kunnen leiden of zou kunnen leiden tot schade bij de cliënt.⁸

Instelling

Een rechtspersoon die bedrijfsmatig zorg verleent, een organisatorisch verband van natuurlijke personen die bedrijfsmatig zorg verlenen, alsmede een natuurlijk persoon bedrijfsmatig zorg doet verlenen.⁹

Melding

Een schriftelijk of elektronisch bericht over:

- 1) het functioneren van de zorg of kwaliteitsborging van een zorgaanbieder;
- 2) het professioneel functioneren van een zorgverlener;
- 3) een product of apparaat dat toepassing vindt in de zorg, of het handelen van het bij dat product of apparaat betrokken bedrijf.¹⁰

Nabestaande

- a. de niet van tafel en bed gescheiden echtgenoot en de geregistreerde partner van de overledene;
- b. andere bloed- of aanverwanten van de overledene, mits deze reeds ten tijde van het overlijden geheel of ten dele in hun levensonderhoud voorzag of daartoe krachtens rechtelijke uitspraak verplicht was;
- c. degene die reeds vóór de gebeurtenis waarop de aansprakelijkheid berust, met de overledene in gezinsverband samenwoonde en in wier levensonderhoud hij geheel of voor een groot deel voorzag, voor zover aannemelijk is dat een en ander zonder het overlijden zou zijn voortgezet;
- d. degene die met de overledene in gezinsverband samenwoonde en in wiens levensonderhoud de overledene bijdroeg door het doen van de gemeenschappelijke huishouding;
- e. bloedverwanten van de overledene in de eerste graad en in de tweede graad in de zijlijn.¹¹

Niet-geregistreerde zorgverlener

Een zorgverlener die niet staat ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3 Wet op beroepen in de individuele gezondheidszorg, noch een beroep uitoefent waarvan de opleiding krachtens artikel 34 Wet op beroepen in de individuele gezondheidszorg is geregeld of aangewezen.

Solistisch werkende zorgverlener

Een zorgverlener die, anders dan in dienst of onmiddellijk of middellijk in opdracht van een instelling beroepsmatig zorg verleent.¹²

Veiligheid en kwaliteit (uit het begrip goede zorg)

De zorgaanbieder draagt zorg voor een goede organisatie in zijn zorgverlening. Dit komt veelal tot uiting in een goede interne communicatie tussen personeelsleden en de aanwezigheid van bekwaam personeel. Het moet voorts duidelijk zijn wie welke werkzaamheden uit mag voeren, wie daarvoor verantwoordelijk is en op welke wijze de verantwoordelijkheid afgelegd wordt. Goede zorg moet door de zorgaanbieder gewaarborgd worden door de aanwezigheid van kwaliteitssystemen waarmee zorgaanbieders de kwaliteit van zorg bewaken, beheersen en verbeteren.¹³ Veiligheid van de zorgverlening is voor de cliënt een basisvereiste voor kwaliteit. Om het aantal onveilige situaties te minimaliseren, wordt het verlenen van veilige zorg een expliciete verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder. Veiligheid, moet stipt bovenaan staan in de dagelijkse organisatie.¹⁴ Veiligheid van zorg

⁷ Art. 2 lid 2 sub a Wkkgz

⁸ Art. 1.1 Uitvoeringsbesluit Wkkgz

⁹ Art. 1 lid 1 Wkkgz

¹⁰ Art. 1 lid 1 Wkkgz

¹¹ Art. 1 lid 1 Wkkgz

¹² Art. 1 lid 1 Wkkgz

¹³ Definitie van kwaliteitssysteem: een systeem waarin de organisatorische structuur, bevoegdheden, verantwoordelijkheden, procedures, processen en voorzieningen nodig voor de uitvoering van het kwaliteitsbeleid en het bereiken van de kwaliteitsdoelstellingen zijn opgenomen.

¹⁴ Kamerstukken II 2009/10, 32402, 3, p. 40. (MvT)

kan vergroot worden als het belang van veilige zorg benadrukt wordt. Veiligheid wordt daarom expliciet als element van goede zorg genoemd.¹⁵

Vertegenwoordiger

De persoon of personen die een zorgaanbieder op grond van enige wettelijke bepaling in plaats van of naast de cliënt moet betrekken bij de nakoming van verplichtingen jegens de cliënt.¹⁶

Zorg

Zorg in de zin van de:

- Wet langdurige zorg;
- Zorgverzekeringswet; of
- Andere zorg, waarop de wet BIG van toepassing is. Hieronder wordt **niet** verstaan zorg op basis van de Jeugdwet en Wet maatschappelijke ondersteuning. Forensische zorg is in beginsel **wel** zorg in de zin van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, tenzij in de daarop toepasselijke wet- en regelgeving toch anders is bepaald.

Zorgaanbieder

Solistisch werkende zorgverleners of instellingen die 'zorg' als bedoeld in de Wkkgz verlenen.¹⁷

Zorgverlener

Een natuurlijke persoon die beroepsmatig zorg verleent.¹⁸

Afkortingen

AMvB	Algemene maatregel van bestuur
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
ca.	Circa
CIBG	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg
CVC	Centrale VIM-commissie
GOMA	Gedragscode Openheid medische Aansprakelijkheid
IFMS	Individueel Functioneren Medisch Specialisten
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
jo.	Juncto
Kwz	Kwaliteitswet zorginstellingen
LGZ	Landelijke Geschillencommissie Zorginstellingen
m.b.t.	Met betrekking tot
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg
NPCF	Nationale Patiënten Consumenten Federatie
Nza	Nederlandse Zorgautoriteit
o.a.	Onder andere
Onze minister	Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
OR	Ondernemingsraad
Patiënten Service Bureau	PSB
PRISMA-methode	Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analys
PDCA	Plan Do Check Act
VIM	Veilig Incident Melden
Vs.	Versus
Wcz	Wet cliëntenrechten zorg
Wet BIG	Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg
WGBO	Wet op de Geneeskundige behandelingsovereenkomst
Wkcz	Wet klachtrecht cliënten zorgsector
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
Wlz-zorg	Wet langdurige zorg
Wmg	Wet marktordening gezondheidzorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning

¹⁵ Kamerstukken II 2009/10, 32402, 3, p. 41. (MvT)

¹⁶ Art. 1 lid 1 Wkkgz

¹⁷ Art. 1 lid 1 Wkkgz

¹⁸ Art. 1 lid 1 Wkkgz

Wtzi

Zvw- zorg

Wet toelating zorginstellingen

Zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de
Zorgverzekeringswet

Hoofdstuk 1: inleiding

Dit hoofdstuk dient ter inleiding op het onderzoek. In §1.1 wordt uiteengezet binnen welke organisatie het onderzoek plaats heeft gevonden. In §1.2 wordt de aanleiding voor dit onderzoek toegelicht. In §1.3 wordt vervolgens het centraal staande probleem beschreven. In §1.4 en §1.5 worden achtereenvolgens de centrale vraag, de deelvragen en de doelstelling uiteengezet. Vervolgens worden in §1.6 en §1.7 de onderzoeksstrategieën en methoden en bronnen voor het onderzoek besproken. Ook zal in deze paragraaf verantwoording worden afgelegd over de gebruikte bronnen en methoden. Tot slot zal in §1.8 de opbouw van dit onderzoek middels een leeswijzer worden besproken.

1.1 Organisatiebeschrijving

Het Bravis ziekenhuis is op 1 januari 2015 ontstaan na een fusie tussen het Lievensberg ziekenhuis in Bergen op Zoom en het Franciscus ziekenhuis in Roosendaal. Het ziekenhuis biedt een breed palet van medisch-specialistische zorg voor de regio West-Brabant. In het Bravis ziekenhuis werken 243 medisch specialisten, ca. 3000 medewerkers en ca. 250 vrijwilligers.¹⁹ Samenwerking tussen collega's in het ziekenhuis, met de zorgverleners, de zorgverzekeraars en de patiënt, staat binnen deze organisatie voorop. Door deze samenwerking is het Bravis ziekenhuis in staat om zorg naar uitzonderlijke kwaliteit te brengen.²⁰

1.1.1 Juridische werkzaamheden

Tot de werkzaamheden van een juridisch medewerker binnen deze organisatie behoren onder meer het bieden van ondersteuning aan zorgverleners die betrokken zijn bij aansprakelijkheidsstellingen, claims en tuchtzaken. Men houdt zich bezig met ondersteuning en advisering van o.a. de Raad van Bestuur, Raad van Toezicht en het managementteam met betrekking tot juridische aangelegenheden. Daarnaast draagt men als juridisch medewerker bij aan beleidsontwikkeling op het gebied van juridische aangelegenheden, waaronder het gezondheids- aansprakelijkheids- en klachtenrecht. Tot slot signaleert de juridisch medewerker relevante ontwikkelingen op het gebied van wet- en regelgeving, beoordeelt de ontwikkeling op de praktische toepasbaarheid voor het ziekenhuis en onderneemt (on)gevraagd gerichte acties.

1.2 De aanleiding

Na een lange en omstreken discussie heeft de Eerste Kamer op 6 oktober 2015 ingestemd met het wetsvoorstel Wkkgz van minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: onze minister).²¹ Het wetsvoorstel Wkkgz is de voortzetting van het in juni 2010 ingediende omvangrijke wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg (hierna: Wcz). Op 7 juni 2010 werd dit wetsvoorstel ingediend bij de Tweede Kamer.²² De Wcz had als doel om de bestaande, omvangrijke en versnipperde regelgeving met betrekking tot cliëntenrechten samen te voegen in één wet.²³ Cliëntenrechten waren op deze manier tamelijk ontoegankelijk voor de cliënt.²⁴ Vanwege de omvang, complexiteit, het aantal vragen over en de weerstand tegen de Wcz, heeft de minister op 8 februari 2013 besloten het wetsvoorstel Wcz niet in de oorspronkelijke opzet voort te zetten.²⁵ Het wetsvoorstel Wcz werd vervolgens in vier onderdelen gesplitst.²⁶ De Wkkgz heeft als eerste doorgang gevonden.²⁷ De naamswijziging alsmede de inhoudelijke wijziging van het oorspronkelijke wetsvoorstel zijn geregeld in de derde nota van wijziging Wcz.²⁸ Ten gevolge van deze nota van wijziging heeft het wetsvoorstel Wkkgz nog slechts betrekking op de onderdelen: kwaliteit, klachten en geschillen. De bepalingen van het oorspronkelijke wetsvoorstel Wcz inzake cliëntenrechten, medezeggenschap, goed bestuur zijn geschrapt. Deze onderwerpen zullen op een later tijdstip opgenomen worden in afzonderlijke wetsvoorstellen.²⁹

Het wetsvoorstel Wkkgz heeft na instemming door de Eerste Kamer geleid tot inwerkingtreding van de Wkkgz op 1 januari 2016. Datzelfde geldt voor het Uitvoeringsbesluit Wkkgz en de Uitvoeringsregeling Wkkgz. Zowel het besluit als de regeling bevatten nadere regels ter uitvoering van de Wkkgz. De Uitvoeringsregeling ziet op de eisen die aan de geschilleninstantie worden gesteld.

¹⁹ 'Over Bravis', *Bravis ziekenhuis* 10 februari 2016, bravisziekenhuis.nl (zoek op over Bravis) (geraadpleegd februari 2016)

²⁰ 'Over Bravis', *Bravis ziekenhuis* 10 februari 2016, bravisziekenhuis.nl (zoek op over Bravis) (geraadpleegd februari 2016)

²¹ 'Eerste kamer akkoord met Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg', *Rijksoverheid* 6 oktober 2015, rijksoverheid.nl (zoek op Wkkgz) (geraadpleegd februari 2016); *Handelingen I* 2015/16, nr. 3, item 3.

²² *Kamerstukken II* 2009/10, 32402, nr. 1. (Koninklijke boodschap) en nr. 2. (Voorstel van de wet)

²³ *Kamerstukken II* 2009/10, 32402, 3, p. 7. (MvT)

²⁴ NPCF, 'De Zorgconsumentenwet, Wat er in moet staan', 2007 (brochure)

²⁵ *Kamerstukken II* 2012/13, 32620, nr. 78 (Brief van de Minister van VWS)

²⁶ *Kamerstukken II* 2012/13, 32620, nr. 78, p. 8. (Brief van de Minister van VWS); *Kamerstukken I* 2012/13, 32402, A. (Brief van de Minister van VWS) en *Kamerstukken II* 2012/13, 32402, nr. 11. (Brief van Minister van VWS)

²⁷ *Kamerstukken II* 2013/14, bijlage bij kamerstuk 32402, 12, p. 1. (toelichting)

²⁸ *Kamerstukken II* 2013/14, 32402, 12. (Derde nota van wijziging); *Kamerstukken I* 2012/13, 32402, E. (Gewijzigd Voorstel van Wet)

²⁹ *Kamerstukken II* 2013/14, bijlage bij kamerstuk 32402, 12, p. 2. (toelichting)

1.3 De probleembeschrijving

Sinds 1 januari 2016 is de Wkkgz in werking getreden. Deze wet moet ervoor zorgen dat er meer openheid over klachten en incidenten komt, zodat hiervan geleerd wordt, om zo samen de zorg te verbeteren. De wet waarborgt dat cliënten kunnen vertrouwen op een goede zorg en een goede, snelle maar vooral ook laagdrempelige afhandeling van klachten en geschillen. Met de ingang van deze wet vervallen de Kwaliteitswet zorginstellingen (hierna: Kwz) en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (hierna: Wkcz).³⁰ De inhoud van de Kwz keert echter grotendeels terug in de Wkkgz. Bepalingen uit de Wkcz worden in de Wkkgz niet gehandhaafd. De Wkkgz regelt het klachtrecht namelijk wezenlijk anders dan in deze Wkcz.³¹

De verplichtingen de Wkkgz moeten worden nageleefd door alle zorgaanbieders.³² Het Bravis ziekenhuis valt als zorgaanbieder onder de reikwijdte (en daarmee ook onder de verplichtingen) van deze wet. Voor het Bravis ziekenhuis is daarom van belang om de nieuwe wet in kaart te brengen. Daarnaast is het voor het ziekenhuis van belang om zijn huidige beleid, binnen de wettelijk gestelde overgangstermijnen, aan te passen aan de nieuwe wetgeving, en goed in te voeren en te borgen in de zorgverlening van het ziekenhuis.

Het Bravis ziekenhuis heeft op de invoering van de Wkkgz gewacht om het oude beleid van de beide fusieziekenhuizen op alle aspecten die de Wkkgz noemt te vervangen. Zo bestaan er momenteel nog twee klachtenprocedures, twee wijzen van veilig incidenten melden (hierna: VIM) en een beperkt beleid voor het melden van incidenten bij de inspectie. Deze situaties kunnen niet veel langer voortduren dan de wettelijk bepaalde overgangstermijnen.

Dit onderzoeksrapport dient naast een beschrijving van de Wkkgz als handelingsvoorstel in de vorm van een advies aan het Bravis ziekenhuis, waarin het Bravis ziekenhuis wordt geadviseerd over de wijzigingen die hij aan zijn bestaande beleid ten aanzien van kwaliteit, klachten en geschillen kan en/of moet veranderen en wat aan nieuw beleid ingevoerd moet worden, zodat het ziekenhuis voldoet aan het bepaalde in de Wkkgz.

1.4 Centrale vraag en deelvragen

1.4.1 Centrale vraag

Om mijn doelstelling te verwezenlijken is er een centrale vraag opgesteld welke aan het einde van mijn onderzoek zal worden beantwoord. De centrale vraag luidt als volgt:

‘Op welke wijze kan het Bravis ziekenhuis de voor ziekenhuizen van toepassing zijnde, nieuwe, juridische verplichtingen, die voortvloeien uit de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, met inachtneming van de wettelijk gestelde overgangstermijnen, implementeren in zijn beleid?’

1.4.2 Deelvragen

Om mijn centrale vraag te kunnen beantwoorden zijn een aantal deelvragen opgesteld. De antwoorden op de deelvragen vormen tezamen het antwoord op mijn centrale vraag.

- Deelvraag 1: *Wat zijn, op grond van de Wkkgz, verplichtingen voor ziekenhuizen met betrekking tot kwaliteit, klachten en geschillen in de zorgsector?*
- Deelvraag 2: *Wat is het huidige beleid van het Bravis ziekenhuis ten aanzien van kwaliteit, klachten en geschillen?*
- Deelvraag 3: *Met welke wijzigingen in het huidige beleid kan het Bravis ziekenhuis aan de nieuwe verplichtingen uit de Wkkgz voldoen?*

1.5 Doelstelling

Aan dit onderzoek, in opdracht van het Bravis ziekenhuis, ligt de volgende doelstelling ten grondslag:

‘Op 30 mei 2016 wordt aan de secretaris van de Raad van Bestuur, mevr. mr. P. Verdult-Hazen, en de juridisch stafmedewerker, mevr. mr. F. Klaassen, van het Bravis ziekenhuis een onderzoeksrapport opgeleverd, waarin duidelijkheid wordt verschaft over de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg en de wijze waarop het Bravis ziekenhuis deze nieuwe wet op een juridisch correcte en zorgvuldige wijze kan implementeren, zodat zij het bestaande beleid binnen de wettelijk gestelde overgangstermijnen, in kunnen voeren en kunnen borgen in de zorgverlening van het ziekenhuis.’

³⁰ ‘Eerste kamer akkoord met Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg’, *Rijksoverheid* 6 oktober 2015, rijksoverheid.nl (zoek op Wkkgz) (geraadpleegd februari 2016)

³¹ ‘Zorginstellingen, is uw geschilleninstantie Wkkgz-proof?’, *Esther Paans* 25 januari 2016, rechtindezorg.nl (zoek op Wkkgz) (geraadpleegd februari 2016)

³² In veel gevallen wordt de zorg verleend door zorgverleners die voor een zorgaanbieder werkzaam zijn. In sommige gevallen is zorgaanbieder ook de zorgverlener. Omdat het Bravis ziekenhuis in dit geval een zorgaanbieder is, wordt hier niet gesproken over de zorgaanbieder die tevens zorgverlener is.

Met dit onderzoeksrapport heeft het Bravis ziekenhuis een inhoudelijk overzicht van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg. Daarnaast is het onderzoek voor het ziekenhuis praktisch relevant omdat zij op basis van mijn aanbevelingen de nieuwe wetgeving tijdig kunnen implementeren in het huidige beleid.

1.6 Onderzoeksstrategieën

Een onderzoeksstrategie is bepalend voor de effectiviteit en de efficiëntie van het onderzoek.³³ In dit onderzoek zullen theoretische en praktische vragen beantwoord worden. Er zullen dan ook diverse onderzoekstrategieën worden toegepast om alle deelvragen binnen dit onderzoek op een gepaste wijze te kunnen beantwoorden. In bijlage 1 is per deelvraag uitvoerig opgenomen welke onderzoeksstrategie wordt toegepast. Hiervoor is gekozen in verband met de beperkte omvang van de scriptie.

1.7 Bronnen, methoden en verantwoording

1.7.1 Bronnen

Bronnen zijn vindplaatsen van gegevens en kennis.³⁴ In bijlage 1 is per deelvraag uitvoerig opgenomen welke bronnen zijn geraadpleegd. Hiervoor is gekozen in verband met de beperkte omvang van deze scriptie.

1.7.2 Methoden

Een methode geeft aan hoe je uit bronnen op een valide en systematische wijze de gewenste data of inzichten tevoorschijn kunt halen.³⁵ In bijlage 1 is uitvoerig per deelvraag opgenomen welke methoden zijn geraadpleegd. Hiervoor is gekozen in verband met de beperkte omvang van deze scriptie.

1.7.3 Verantwoording bronnen en methoden

Methodische verantwoording is de verantwoording van de keuze voor bronnen en methoden in het onderzoek.³⁶ Om de informatie die in dit rapport is verwerkt zo betrouwbaar en valide mogelijk te maken, zijn er bronnen geraadpleegd en methoden gebruikt waarmee de deelvragen op een vakkundige manier beantwoord kunnen worden. In bijlage 1 is per deelvraag de verantwoording van de geraadpleegde bronnen en de gebruikte methoden opgenomen. Hiervoor is gekozen in verband met de beperkte omvang van deze scriptie.

1.8 Leeswijzer

In dit hoofdstuk is de inleiding van dit onderzoek besproken. In hoofdstuk 2 zal wordt u meegenomen in de nieuwe wet. In dit hoofdstuk wordt namelijk ingegaan op de reikwijdte van de betrokkenen bij de Wkkgz en de verplichtingen die de Wkkgz met zich meebrengt. In hoofdstuk 3 zal worden bekeken wat het Bravis ziekenhuis op dit moment al heeft geregeld ten aanzien van de nieuwe verplichtingen die uit de Wkkgz voortvloeien. Hoofdstuk 4 wordt besproken wat het Bravis ziekenhuis aan zijn huidige beleid en huidige procedures kan en moet wijzigingen om aan deze nieuwe verplichtingen te voldoen. Dit onderzoek wordt afgesloten met hoofdstuk 5: de conclusies en aanbevelingen die voortvloeien uit dit praktijk gericht juridisch onderzoek.

³³ Van Schaaijk, *Praktijkgericht Juridisch onderzoek* 2011, p. 82.

³⁴ Van Schaaijk, *Praktijkgericht Juridisch onderzoek* 2011, p. 83.

³⁵ Van Schaaijk, *Praktijkgericht Juridisch onderzoek* 2011, p. 87.

³⁶ Van Schaaijk, *Praktijkgericht Juridisch onderzoek* 2011, p. 92.

Hoofdstuk 2: de Wkkgz

De Wkkgz heeft tot gevolg dat ziekenhuizen het nodige moeten ondernemen om aan de nieuwe wet te voldoen. Zeker nu de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: IGZ) heeft aangekondigd actief te gaan controleren op de naleving van de verplichtingen uit de Wkkgz, is het voor ziekenhuizen van belang een goed beeld te krijgen van de nieuwe verplichtingen.³⁷ In dit hoofdstuk staat daarom de volgende deelvraag centraal: *Wat zijn, op grond van de Wkkgz, verplichtingen voor ziekenhuizen met betrekking tot kwaliteit, klachten en geschillen in de zorgsector?* Alvorens wordt overgegaan tot de verplichtingen, wordt in paragraaf 1 toegelicht waarom het ziekenhuis, de daar werkende zorgverleners en de daar komende cliënten onder de reikwijdte van de Wkkgz vallen. Dit hoofdstuk bestaat uit achtereenvolgens de volgende paragrafen:

§ 2.1: Reikwijdte betrokkenen bij de Wkkgz

§ 2.2: De reeds bestaande wettelijke verplichtingen uit de Wkkgz

§ 2.3: De nieuwe wettelijke verplichtingen uit de Wkkgz

§ 2.4: Tussenconclusie hoofdstuk 2

2.1 Reikwijdte betrokkenen bij de Wkkgz

De zorgaanbieder, de zorgverlener en de cliënt zijn betrokkenen bij de Wkkgz. In deze paragraaf wordt toegelicht waarom zij betrokken zijn bij de wet. Daarbij wordt de verbinding gemaakt naar (de personen in) het ziekenhuis.

2.1.1 De zorgaanbieder

In artikel 1 lid 1 Wkkgz wordt het begrip *zorgaanbieder* gedefinieerd als 'een instelling dan wel een solistisch werkende zorgverlener'. Een instelling is volgens hetzelfde artikel 'een rechtspersoon die *bedrijfsmatig* zorg verleent, een organisatorisch verband van natuurlijke personen die *bedrijfsmatig* zorg verlenen of doen verlenen, alsmede een natuurlijk persoon die *bedrijfsmatig* zorg doet verlenen. Als solistisch werkende zorgverlener wordt conform artikel 1 Wkkgz aangemerkt 'een zorgverlener die, anders dan in dienst of onmiddellijk of middellijk in opdracht van een instelling beroepsmatig zorg verleent'.³⁸

Indien er sprake is van een zorgaanbieder, moet deze ook nog zorg als bedoeld in de Wkkgz verlenen om onder de reikwijdte van deze wet te vallen.

Zorg in de zin van de Wkkgz

Het begrip *zorg* wordt eveneens in artikel 1 Wkkgz gedefinieerd. Onder het begrip *zorg* valt zorg conform de Wet langdurige zorg (hierna: Wlz-zorg) en de zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw-zorg).³⁹ Daarnaast valt ook andere zorg onder de term *zorg* in de zin van de Wkkgz. Andere zorg is zorg waarop de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (hierna: Wet BIG) van toepassing is. Zorg op basis van de Jeugdwet evenals zorg op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (hierna: Wmo) valt buiten de reikwijdte van andere zorg. Forensische zorg valt in beginsel wel onder de reikwijdte van de Wkkgz, tenzij anders is bepaald in de daarop toepasselijke wet- en regelgeving.⁴⁰

2.1.2 Het ziekenhuis als zorgaanbieder

De ziekenhuisbranche bestaat uit organisaties die bedrijfsmatig een samenhangend pakket van medisch-specialistische zorg bieden.⁴¹ Dit samenhangend pakket bestaat voornamelijk uit diagnostiek, behandeling, verpleging en verzorging.⁴² Een ziekenhuis is doorgaans een privaatrechtelijke rechtspersoon in de vorm van een stichting. Het ziekenhuis is dus een rechtspersoon die bedrijfsmatig zorg verleent. Daarmee valt het ziekenhuis onder het bredere begrip 'instelling' van artikel 1 lid 1 Wkkgz. Omdat het ziekenhuis onder het begrip instelling valt, is het ziekenhuis een zorgaanbieder in de zin van de Wkkgz.

³⁷ IGZ houdt toezicht op nieuwe wet: de Wkkgz, IGZ 31 december 2015, igz.nl (zoek op toezicht Wkkgz) (geraadpleegd maart 2016)

³⁸ Hieronder kan bijvoorbeeld een zelfstandige zonder personeel worden verstaan.

³⁹ Langdurige zorg omvat zorg die doorgaans van langdurige aard is waardoor ziektekosten van de behandeling hoog oplopen. Het gaat dan bijvoorbeeld om thuiszorg, verblijf in een verpleeginrichting, instelling voor gehandicaptenzorg of psychiatrische opname langer dan 3 jaar. De meeste andere noodzakelijke medische kosten worden door zorgverzekeraars vergoed. Daarvoor is men meestal apart verzekerd via de zorgverzekering.

⁴⁰ Holla, 'Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg: is uw organisatie Wkkgz-proof?' 2016 (flyer)

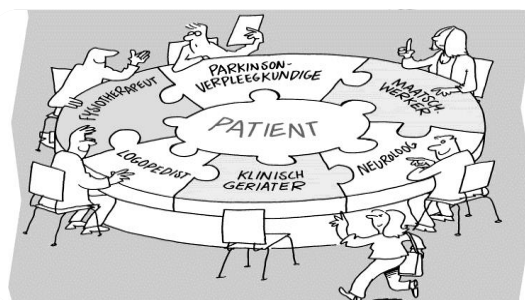
⁴¹ In het ziekenhuis wordt medisch specialistische zorg geboden door de daar werkzame medisch specialisten.

⁴² 'Ziekenhuizen', NVZ, nvz.nl (zoek op over de branche) (geraadpleegd maart 2016)

Zorg in de zin van de Wkkgz

Voordat het ziekenhuis zorg (op basis van de de Zvw of Wlz) mag verlenen, toetst het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (hierna: CIBG) of de zorginstelling aan het bepaalde in de Wet toelating zorginstellingen (hierna: Wtzi) voldoet.⁴³ Afhankelijk van de uitkomst van deze toets wordt aan het ziekenhuis toestemming gegeven om zorg in de zin van de Zvw of Wlz te verlenen.⁴⁴ Het ziekenhuis heeft een Wtzi-toelating. Het ziekenhuis verleent dus zorg in de zin van de Wkkgz.⁴⁵

Samenvattend betekent het voorgaande dat het ziekenhuis als zorgaanbieder onder de reikwijdte van de Wkkgz valt.



Afbeelding 2.1 → Zorgaanbieder, zorgverlener en de cliënt.

2.1.3. Het MSB als zorgaanbieder

Veel medisch specialisten hebben zich binnen het ziekenhuis verenigd in een Medisch Specialistisch Bedrijf (hierna; MSB). Een MSB is een samenwerkingsvorm waarin meerdere medisch specialisten (van verschillende dan wel dezelfde specialismen) verenigd zijn. Deze samenwerkingsvorm kan een maatschap, coöperatie of bv zijn. In beginsel lijkt het MSB dus onder definitie van een instelling te vallen. Echter wordt hier in artikel 1 lid 5 Wkkgz een uitzondering op gemaakt. Dit artikel zegt: *'Een instelling die binnen het kader van de binnen een andere instelling verleende zorg een deel van die zorg verleent, wordt niet aangemerkt als instelling in de zin van deze wet'*. Met andere woorden betekent dit dat het MSB niet aangemerkt kan worden als instelling en dus geen zorgaanbieder is in de zin van de Wkkgz.

Wat betekent dit voor ziekenhuizen met een MSB?

Ziekenhuizen zijn wel zorgaanbieder in de zin van de Wkkgz. Dit betekent dat het ziekenhuis als zorgaanbieder eindverantwoordelijk is voor het naleven van de verplichtingen uit deze wet. Het ziekenhuis moet dus zorgen dat de verplichtingen, zoals die in de Wkkgz gesteld zijn, door een MSB worden nageleefd.

2.1.4 De zorgverlener

In artikel 1 lid 1 Wkkgz wordt het begrip *zorgverlener* gedefinieerd als 'een natuurlijke persoon die beroepsmatig zorg verleent'. In tegenstelling tot de zorgaanbieder, die in het kader van de uitoefening van een bedrijf zorg verleent, verleent de zorgverlener zorg in het kader van de uitoefening van een beroep. Zorgverleners kunnen worden onderverdeeld in geregistreerde en niet-geregistreerde zorgverleners. Voor enkele zorgverleners geldt op grond van artikel 3 Wet BIG een inschrijfverplichting in het BIG-register. Dit zijn de geregistreerde zorgverleners.⁴⁶ Een niet geregistreerde zorgverlener staat niet ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3 Wet BIG en oefent ook geen beroep uit waarvan de opleiding krachtens artikel 34 BIG is geregeld of staat aangewezen. Desalniettemin vallen beide categorieën zorgverleners vallen onder de reikwijdte van deze wet.

2.1.5 De zorgverlener in het ziekenhuis

Een zorgverlener is juridisch verbonden met het ziekenhuis op basis van onder andere (hierna: o.a.) een arbeidsovereenkomst, via een samenwerkingsovereenkomst in het kader van het medisch specialistisch bedrijf ofwel via een overeenkomst van opdracht. Het dienstverband spreekt in dit kader voor zich. De samenwerkingsovereenkomst is een overeenkomst die het MSB juridisch bindt aan het ziekenhuis.⁴⁷ De medisch specialisten binnen het MSB verbinden zich weer met het MSB middels een ledenovereenkomst. Deze laatstgenoemde overeenkomst geeft geen directe juridische verbondenheid met het ziekenhuis. Een overeenkomst van opdracht wordt vaak gesloten met een chef du clinique, een waarnemer of gastspecialist die werkzaamheden van een medisch specialist verricht. Met een overeenkomst van opdracht treedt de chef du clinique, de waarnemer, dan wel de gastspecialist niet in

⁴³ 'Een Wtzi-toelating aanvragen', CIBG, wtzi.nl (zoek op toelating) (geraadpleegd maart 2016)

⁴⁴ Dit wordt ook wel de Wtzi-toelating genoemd.

⁴⁵ Het ziekenhuis verleent in beperkte mate zorg in de zin van de Wlz. In het ziekenhuis wordt zorg Wlz-zorg verleend op de PAAZ-afdeling.

⁴⁶ Zorgverleners die zich verplicht in moeten laten schrijven in het BIG-register zijn: artsen, tandartsen, apothekers, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen.

⁴⁷ NVZ Zicht op zorg, *Passend model: over de relatie tussen ziekenhuizen en medisch specialisten na 2015*, Utrecht: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen 2013. (brochure)

dienst van het ziekenhuis, maar verleent wel zorg in opdracht van het ziekenhuis.

De zorgverlener is dus op basis van een arbeidsovereenkomst, een samenwerkingsovereenkomst dan wel een overeenkomst van opdracht juridisch verbonden met het ziekenhuis. Het ziekenhuis als zorgaanbieder is verplicht om de verplichtingen uit de Wkkgz na te leven. Om deze reden vallen zorgverleners die juridisch verbonden zijn met het ziekenhuis onder de reikwijdte van de Wkkgz.

2.1.6 De cliënt

In artikel 1 lid 1 Wkkgz wordt het begrip *cliënt* gedefinieerd als 'een natuurlijke persoon die zorg vraagt of aan wie de zorg wordt verleend (patiënt)'.⁴⁸ Iedereen die zich in verband met een ziekte of uit zorg voor zijn gezondheid met een verzoek tot informatie, onderzoek, advies, behandeling, verpleging of verzorging wendt tot een zorgaanbieder, wordt als cliënt aangemerkt. De verplichtingen uit de Wkkgz gelden jegens iedere zorgvrager.

2.1.7 De cliënt in het ziekenhuis

Indien een cliënt een gezondheidsklacht heeft, wil hij of zij daarmee geholpen worden. De cliënt komt dan met zijn gezondheidsklachten terecht bij een zorgverlener. De juridische grondslag voor de zorgverlening is vaak de geneeskundige behandelingsovereenkomst op grond van artikel 446 WGBO. De zorgverlener helpt de cliënt op basis van deze overeenkomst. Hij is weer juridisch verbonden met het ziekenhuis op basis van één van de drie overeenkomsten genoemd in § 2.1.4. Het ziekenhuis als zorgaanbieder is verplicht om de verplichtingen uit de Wkkgz na te leven. Dit maakt de cirkel rond. Om deze reden valt de cliënt dan ook onder de reikwijdte van de Wkkgz.

Dit onderzoek beperkt zich tot het ziekenhuis, de daar werkende zorgverleners en de daar komende cliënten. Om deze reden wordt vanaf dit moment enkel nog gesproken over het ziekenhuis in plaats van de zorgaanbieder. Dit laat onverlet dat de verplichtingen uit de Wkkgz ook voor andere zorgaanbieders gelden.

2.2 De reeds bestaande wettelijke verplichtingen uit de Wkkgz

Deze paragraaf is in het onderzoek opgenomen om het ziekenhuis (tezamen met § 2.3) een compleet beeld te geven van alle verplichtingen die op grond van de Wkkgz voor het ziekenhuis gelden. Opmerking verdient dat dit onderzoek zich niet richt op de reeds bestaande verplichtingen die onlangs in de Wkkgz zijn opgenomen. Op deze verplichtingen wordt, buiten het benoemen ervan, dan ook niet verder ingegaan. De reeds in de Kwz opgenomen wettelijke verplichtingen welke op grond van de Wkkgz eveneens voor ziekenhuizen gelden zijn:

- Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling;⁴⁹
- Melden van calamiteiten bij de IGZ.⁵⁰

Belangrijk om hiernaast nog op te merken is de verplichting met betrekking tot *de veilige toepassing van medische technologie*, zoals genoemd in artikel 5 Wkkgz. Deze verplichting geldt al sinds 2011 voor ziekenhuizen. Brancheorganisaties, waaronder de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, hebben in november 2011 een convenant genaamd *Veilige toepassing van medische technologie in het ziekenhuis* als veldnorm aangeboden aan onze minister. Omdat het convenant als veldnorm diende, waren ziekenhuizen destijds al verplicht dit convenant te implementeren in het eigen beleid. Op dat moment was de implementatie van het convenant nog geen wettelijke verplichting, zoals dat nu in de Wkkgz wel als wettelijke verplichting wordt genoemd.

Enkel het feit dat de zojuist genoemde verplichtingen al bestonden voor de inwerkingtreding van de Wkkgz laat onverlet dat het ziekenhuis rekening moet houden met de in de Wkkgz genoemde verplichtingen en de daaraan gestelde eisen. Zeker nu zeer recentelijk, d.d. 25 mei 2016, is gebleken dat het Amphia ziekenhuis onder verscherpt toezicht is gesteld, omdat het convenant Veilige toepassing medische technologie in het ziekenhuis onvoldoende geïmplementeerd blijkt te zijn.⁵¹ Het

⁴⁸ Om geen verwarring te creëren wordt verder in deze scriptie enkel gesproken over de cliënt. Hieronder kan tevens de patiënt worden verstaan.

⁴⁹ Art. 3a lid 1 Kwz

⁵⁰ Art. 4a lid 1 sub a Kwz

⁵¹ 'Amphia ziekenhuis onder verscherpt toezicht', IGZ, igz.nl (zoek op Amphia) (geraadpleegd mei 2016)

Bravis ziekenhuis wordt daarom aangeraden zijn beleid op dit punt nogmaals te controleren, dan wel te wijzigen. Hiervoor kan het Bravis ziekenhuis o.a. gebruik maken van het inspectierapport dat door de IGZ naar aanleiding van het bezoek aan het Amphia ziekenhuis is opgesteld en gepubliceerd.⁵²

2.3 De nieuwe wettelijke verplichtingen uit de Wkkgz

De Wkkgz bevat tezamen met het Uitvoeringsbesluit Wkkgz ook enkele nieuwe verplichtingen waaraan het ziekenhuis moet voldoen. Deze verplichtingen kunnen worden onderverdeeld in bepalingen ter bevordering van de kwaliteit van zorg, bepalingen ter versterking van de positie van de cliënt, bepalingen over het functioneren van medewerkers en regels ten behoeve van klachten en geschillen. Op deze verplichtingen zijn overgangstermijnen van toepassing. Deze overgangstermijnen worden weergegeven in bijlage 2 van dit onderzoek. In § 2.3.1 zal worden ingegaan op de bepalingen ter bevordering van kwaliteit van zorg. In § 2.3.2 worden de bepalingen ter versterking van de positie van de cliënt besproken, waarna in § 2.3.3 de bepalingen over het functioneren van medewerkers worden besproken. Tenslotte wordt in § 2.3.4 ingegaan op de regels ten behoeve van de klachten en geschillen.

2.3.1 Bepalingen ter bevordering van kwaliteit van zorg

Verplichting tot het verlenen van goede zorg

Op grond van artikel 2 Wkkgz is het ziekenhuis verplicht om goede zorg aan te bieden.⁵³ Onder goede zorg wordt in de Wkkgz verstaan: zorg van goede kwaliteit en van goed niveau.⁵⁴ Dit betekent dat de zorg veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht moet zijn. Ook moet de zorg tijdig worden verleend en de zorg is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt.⁵⁵ Goede zorg betekent eveneens: zorg waarbij zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheden die voortvloeien uit de voor hen geldende professionele standaard.⁵⁶ Om aan de definitie van goede zorg te voldoen moeten daarnaast eveneens de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht genomen worden en moet de cliënt met respect worden behandeld.⁵⁷

De norm van goede zorg vloeit voort uit artikel 2 lid 1 van de Kwz en artikel 40 van de Wet BIG. Ingevolge artikel 2 lid 1 Kwz jo. artikel 40 Wet BIG rustte, voor de inwerkingtreding van de Wkkgz, op de zorgaanbieder de verplichting om verantwoorde zorg te verlenen. Verantwoorde zorg werd in artikel 453 WGBO betiteld als goed hulpverlenerschap.

De begrippen *verantwoorde zorg* uit de Kwz en de Wet BIG en *zorg van een goed hulpverlener* uit artikel 453 WGBO zijn in de Wkkgz geïntegreerd tot de norm *goede zorg*. Deze begrippen zijn geïntegreerd om eenduidigheid tussen de verschillende begrippen te bevorderen en om discussies over de reikwijdte van de verschillende definities te voorkomen.⁵⁸ Net als het begrippen ‘verantwoorde zorg’ en ‘goed hulpverlener’ impliceert ‘goede zorg’ dat zorg moet worden verleend zoals dat van een redelijk bekwaam hulpverlener mag worden verwacht. Daarnaast moet zorg in elk geval voldoen aan de professionele standaard.⁵⁹ Het gedrag van de goed hulpverlener zal dus nog steeds worden getoetst aan het *goed hulpverlenerschap* uit artikel 453 WGBO en daarom bepalend zijn voor de beoordeling van de tekortkoming in de nakoming van een verplichting of onrechtmatige daad van de hulpverlener.

Het voorgaande maakt duidelijk dat hetgeen in de Kwz nog ‘verantwoorde zorg’ heette, nu (in de Wkkgz) ‘goede zorg’ betekent. Deze tekstuele wijziging heeft geen andere inhoudelijke betekenis gekregen. De aspecten die uit artikel 2 lid 2 Wkkgz voortvloeien komen overeen met hetgeen in de Kwz, artikel 2 lid 1, bepaald was. Wel nieuw in de Wkkgz is de, in artikel 2 lid 2 Wkkgz, expliciete norm om *veilige zorg* te verlenen. Voorts is *de respectvolle behandeling van de cliënt* een norm die nu geëxpliciteerd is in de Wkkgz. Tot op heden waren deze normen dus nog niet expliciet opgenomen in de Kwz, maar werden deze normen als vanzelfsprekend ervaren. In de Wkkgz zijn deze normen nu geen vanzelfsprekendheid meer. Het is voor het ziekenhuis daarom van belang om de zojuist genoemde normen nadere concretisering te geven. In eerste instantie krijgt het ziekenhuis hier zelf de ruimte voor.

⁵² Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Rapport van het Inspectiebezoek Convenant “Veilige toepassing van medische technologie in het ziekenhuis”*, Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg 2016.

⁵³ Art. 2 lid 1 Wkkgz

⁵⁴ Art. 2 lid 2 Wkkgz

⁵⁵ Art. 2 lid 2 sub a Wkkgz

⁵⁶ Art. 2 lid 2 sub b Wkkgz

⁵⁷ artikel 2 lid 2 sub c Wkkgz

⁵⁸ Kamerstukken II 2009/10, 32402, 3, p. 39. (MvT)

⁵⁹ Kamerstukken II 2009/10, 32402, 3, p. 102. (MvT)

Nieuw in de Wkkgz is de bepaling in artikel 2 lid 2 sub b Wkkgz. Hierin wordt bepaald dat zorgverleners moeten handelen in overeenstemming met de voor hen geldende professionele standaard, zoals die in de openbare register van het Zorginstituut is opgenomen.⁶⁰

Naar aanleiding van het bovenstaande kan opgemerkt worden dat de term goede zorg een tweeledige functie heeft. Enerzijds worden ziekenhuizen verplicht de term goede zorg te gebruiken ter verbetering van de kwaliteit van zorg. Anderzijds speelt de term goede zorg een rol bij de beoordeling van verwijtbaar gedrag, gelegen in een tekortkoming in de nakoming van een verplichting of een onrechtmatige daad.⁶¹ In elk geval kan de term goede zorg worden gezien als een norm waaraan door de IGZ wordt getoetst bij de beoordeling van de kwaliteit van het ziekenhuis.

*De uitwerking van de norm goede zorg staat in de artikelen 3 tot en met 12 van de Wkkgz. Deze artikelen stellen o.a. wettelijke normen met betrekking tot het intern melden van incidenten, het recht op keuze informatie, het melden van incidenten aan de cliënt en het melden van geweldsincidenten in de zorgrelatie. Daarnaast bevatten deze artikelen bepalingen over o.a. goed personeel, goed gedrag van personeel, melden van ontslag wegens ernstig disfunctioneren (aan de IGZ) en het hebben van schriftelijke overeenkomsten met zorgverleners.*⁶²

Verplichting tot het intern melden van incidenten

Het ziekenhuis moet op grond van de Wkkgz zorg dragen voor een systematische bewaking, beheersing en verbetering van kwaliteit van de zorg.⁶³ Middels kwaliteitssystemen moet het ziekenhuis voortdurend streven naar een verbetering van kwaliteit en veiligheid van zorg. Door feiten en gebeurtenissen in de zorg goed te registreren, verkrijgt het ziekenhuis inzicht in de door hem geleverde kwaliteit. Met deze (uit feiten en gebeurtenissen voortvloeiende) informatie kan het ziekenhuis leren van zijn fouten en verantwoording afleggen over de geleverde prestaties.⁶⁴ Om de kwaliteit en veiligheid van zorg te bewaken en te waarborgen, is het van belang dat zorgverleners intern incidenten kunnen melden, zonder dat deze gegevens worden gebruikt voor andere doeleinden.⁶⁵ Om aan de interne meldingsplicht te voldoen moet het ziekenhuis een systeem hebben om intern veilig incidenten te melden.⁶⁶ Dit systeem wordt ook wel een VIM-systeem genoemd.⁶⁷

Artikel 9 lid 2 Wkkgz verplicht het ziekenhuis een interne procedure vast te stellen waarin stapsgewijs wordt aangegeven hoe omgegaan wordt met signalen van incidenten.

De meeste ziekenhuizen hebben al een interne procedure voor het melden van incidenten. De wetgever heeft echter besloten om, in aanvulling op artikel 9 Wkkgz, in artikel 6.1 Uitvoeringsbesluit Wkkgz nadere eisen te stellen aan deze procedure, omdat uit de toezichtspraktijk van de IGZ is gebleken dat bepaalde elementen nog aandacht behoeven in de praktijk. Daarnaast zijn op advies van het College Bescherming Persoonsgegevens enkele eisen opgenomen die ertoe strekken de bescherming van persoonsgegevens te waarborgen.⁶⁸ Voor ziekenhuizen is het dus raadzaam om nogmaals hun interne procedures op dit punt te controleren en eventueel bij te werken.

De interne procedure melden incidenten moet op grond van *artikel 6.1 lid 1 onder a tot en met d Uitvoeringsbesluit Wkkgz* in elk geval regels bevatten inzake de wijze waarop binnen de organisatie:

- incidenten in kaart worden gebracht en (ten behoeve van het uitvoeren van een analyse) worden gemeld;
- incidenten, met inschakeling van de daarbij betrokken zorgverlener, collega's en andere deskundigen, worden onderzocht;
- zo snel mogelijk wordt besloten over de (op basis van het onderzoek van een melding) te nemen maatregelen;

⁶⁰ Met deze bepaling komt het begrip 'professionele standaard' nu (inclusief de bepaling in de Wkkgz) op drie plaatsen voor. Artikel 453 WGBB blijft de basisbepaling: de hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen, daarbij rekening houdend met de voor hem geldende professionele standaard. Artikel 66b Zorgverzekeringswet bepaalt dat het Zorginstituut een openbaar register bijhoudt waarin professionele standaarden en meetinstrumenten worden opgenomen. Beide artikelen noemen het begrip 'professionele standaard'. Het verschil is dat art. 453 WGBB de 'professionele standaard' in brede zin bedoelt (namelijk: alle regels, normen, literatuur, ervaringen en dergelijke waarmee een zorgverlener geacht wordt rekening te houden). Met 'professionele standaard' in art. 66b Zorgverzekeringswet wordt bedoeld: de 'professionele standaard' in beperkte zin (namelijk: richtlijnen en protocollen). In art. 2 lid 2 Wkkgz wordt de 'professionele standaard' in brede zin bedoeld, met inbegrip van de 'professionele standaard' in beperkte zin (dus de richtlijnen en protocollen uit art. 66b Zorgverzekeringswet).

⁶¹ Van een tekortkoming in de nakoming van een verplichting is sprake indien tussen het ziekenhuis en de patiënt een overeenkomst bestaat. Bij een onrechtmatige daad is er geen overeenkomst tussen het ziekenhuis en de patiënt, maar wordt er wel verwijtbaar gehandeld.

⁶² Artikel 3 Wkkgz gaat over de organisatie van de zorgverlening. De organisatie moet zodanig zijn dat sprake is van goede zorg. In de Kwz (art. 3) was deze verplichting voor verantwoorde zorg ook al opgenomen. Zorg moest zodanig zijn ingericht dat deze redelijkerwijs leidde tot het verlenen van verantwoorde zorg. Artikel 3 Wkkgz is daarom geen nieuwe verplichting.

⁶³ Art. 7 lid 1 Wkkgz

⁶⁴ Kamerstukken II 2009/10, 32402, 3, p. 45. (MvT)

⁶⁵ Kamerstukken II 2009/10, 32402, 3, p. 45. (MvT)

⁶⁶ Art. 9 lid 6 Wkkgz

⁶⁷ Art. 9 lid 1 Wkkgz

⁶⁸ Kamerstukken II 2015/16, bijlage bij kamerstuk 32402, 447, p. 20. (Nota van toelichting)

- de betrokken zorgverlener en de betrokken zorggroep worden ingelicht over de uitkomsten en conclusies van de analyse.

Daarnaast bevat een interne procedure melden incidenten op grond van *artikel 6.1 lid 2 onder a tot en met e Uitvoeringsbesluit Wkkgz*:

- de aanwijzing van één of meer personen bij wie incidenten worden gemeld;
- een toedeling van verantwoordelijkheden aan de onder punt 1) genoemde personen;
- uitgangspunten inzake de onafhankelijke oordeelsvorming, deskundigheid en bij- en nascholing van de onder punt 1) bedoelde personen;
- waarborgen voor de bescherming van persoonsgegevens, waaronder in elk geval het voorkomen van bovenmatige gegevensverwerking, het zo spoedig mogelijk anonimiseren van gegevens en de beveiliging van het meldingssysteem;
- waarborgen voor de melder en de onder punt 1. genoemde personen tegen de gevolgen van het naleven van de interne procedure.

Met de laatstgenoemde voorwaarde heeft de wetgever bedoeld dat het VIM-systeem bescherming moet bieden aan de melders en betrokken zorgverleners m.b.t. intern gemelde incidenten.⁶⁹ Dit betekent dat gegevens uit het meldingssysteem niet openbaar zijn, niet door de IGZ mogen worden opgevraagd en in beginsel niet mogen worden gebruikt als bewijs voor aansprakelijkheid dan wel schuld.⁷⁰ Niet in strafrechtelijke, tuchtrechtelijke en niet in civielrechtelijke procedures.⁷¹ De informatie mag in beginsel dus niet als bewijsmateriaal worden benut in procedures die kunnen leiden tot het treffen van maatregelen tegen individuele zorgverleners. Dit geldt overigens niet voor de gegevens uit het meldingsregister die calamiteiten betreffen. Deze gegevens kunnen wel als bewijs worden gebruikt in een juridische procedure van welke aard dan ook.⁷² Volgens onze minister is het verplicht melden van een calamiteit namelijk bedoeld om de IGZ in staat te stellen om te handhaven. Daarmee is het verplicht melden van calamiteiten van een geheel andere aard dan het VIM-systeem.⁷³

Op de beschermingsplicht van het VIM-systeem bestaat één uitzondering. De gegevens uit het VIM-systeem mogen wel als strafrechtelijk bewijs worden gebruikt indien er sprake is van een strafbaar feit en de gegevens redelijkerwijs niet langs een andere weg door het OM kunnen worden verkregen.⁷⁴ In dat geval mag het Openbaar Ministerie dus gegevens uit het VIM-systeem gebruiken in de juridische procedure.⁷⁵

2.3.2 Bepalingen ter versterking van de positie van de cliënt

Het recht op keuze-informatie

De vertrouwensband tussen de zorgverlener, het ziekenhuis en de cliënt vormt de basis voor goede zorgverlening. Dit vertrouwen wordt versterkt als de band is ontstaan omdat de cliënt daar zelf voor heeft gekozen. Om te kunnen kiezen uit verschillende ziekenhuizen, moet de cliënt (lees in vervolg van deze paragraaf ook wel: consument) goede informatie krijgen over de inhoud, prijs en kwaliteit van zorg, om op basis daarvan te kiezen voor bepaalde zorgverlening. Op grond van artikel 10 lid 1 en lid 2 Wkkgz heeft de cliënt daarom recht op keuze informatie.⁷⁶ Het recht op keuze informatie is van toepassing op het ziekenhuis en de cliënt. Dit recht staat los van de vraag of er sprake is van een zorgrelatie tussen het ziekenhuis en cliënt.

De aanleiding van de invoering van laatstgenoemd artikel is het onsamenhangende stelsel van informatievoorzieningen en verplichtingen voor zorgaanbieders. Voorheen moesten ziekenhuizen, in het belang van de consument en het toezicht op de marktordening, op grond van artikel 38 Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg), informatie geven over tarieven en kwaliteit van prestaties en diensten. Op grond van de Wtzi moesten ziekenhuizen door middel van een jaardocument hun maatschappelijke verantwoording afleggen aan het CIBG. Op grond van de Kwz moest het ziekenhuis verslag doen van de gerealiseerde kwaliteit en het kwaliteitsbeleid. Daarnaast

⁶⁹ Een melder kan een fout of incident, gemaakt door een andere zorgverlener, melden. Onder een melder kan ook worden verstaan: degene die zelf de fout heeft gemaakt of het incident heeft gepleegd en daarvan ook zelf de melding doet.

⁷⁰ Kamerstukken II 2009/10, 32402, 3, p. 46. (MvT)

⁷¹ Kamerstukken II 2009/10, 32402, 3, p. 45. (MvT)

⁷² Kahn, *Het toezicht, de meldingsplicht en de rechtsbescherming van de zorgverlener* 2016/80.

⁷³ Kamerstukken I 2013/14, 32402, F, p. 40.

⁷⁴ Iedere uitzondering op het recht van bescherming van de melder, zet de meldingsbereidheid onder druk. Het OM heeft voor zover bekend nog nooit gegevens uit de interne meldingssysteem van zorginstellingen opgevraagd. Het OM wijst er zelf ook op dat het gebruik van gegevens uit het interne meldsysteem de meldingsbereidheid en dus het kwaliteitssysteem van zorginstellingen kan frustreren; Leegemate, *De Wkkgz over kwaliteit van zorg* 2016/59.

⁷⁵ Kamerstukken II 2009/10, 32402, 3, p. 46. (MvT)

⁷⁶ Kamerstukken II 2009/10, 32402, 3, p. 48. (MvT)

bevatte de Wkcz een jaarverslagverplichting (de verslagverplichtingen op grond van de Kwz en Wkcz zijn met de inwerkingtreding van de Wkkgz vervallen).⁷⁷ Doordat deze verplichtingen tamelijk onsamenhangendheid waren geregeld, was het voor cliënten erg lastig om de zorgprestaties van de verschillende zorgaanbieders te vergelijken. De wetgever heeft met artikel 10 Wkkgz een einde willen maken aan deze onsamenhangendheid.⁷⁸

Op grond van de Wkkgz is het ziekenhuis verplicht om de cliënt informatie te verstrekken over:

- Zorg die hij verleent;⁷⁹
- Kwaliteit van de zorg die hij verleent;⁸⁰
- Tarieven voor die zorg (met name voor de niet-verzekerden);⁸¹
- Cliëntervaringen over die zorg;⁸²
- De bewezen werkzaamheid van die zorg;⁸³
- Wachttijden;⁸⁴
- (op verzoek van de cliënt) Uit de Wkkgz voortvloeiende rechten voor de cliënt.⁸⁵

Belangrijk om op te merken is dat aan de informatieverstrekking over 'het al dan niet bestaan van een wetenschappelijk bewezen werkzaamheid van de zorg' niet te zwaar getild moet worden. Zo blijkt uit de memorie van toelichting dat een *wetenschappelijk betoog* over de bewezen werkzaamheid van zorg niet nodig is. Een verwijzing naar een richtlijn of een website kan al voldoende zijn.⁸⁶

Bij het informeren van de cliënt over zijn rechten kan gedacht worden aan rechten op grond van de behandelingsovereenkomst.⁸⁷

De zojuist genoemde keuze-informatie moet voor iedereen beschikbaar zijn. In beginsel kan het ziekenhuis daarom volstaan met keuze-informatie op het internet.⁸⁸ Echter moet worden voorkomen dat alleen de goed ontwikkelde burgers toegang hebben tot deze keuze-informatie. Daarom is in de Wkkgz, in aanvulling op artikel 38 Wmg, bepaald dat het ziekenhuis, *op verzoek van de cliënt*, informatie moet verstrekken over zijn tarieven en kwaliteit van zorg.⁸⁹ Het ziekenhuis *kan* hierbij een nadere toelichting geven *als de cliënt dit wenst*.⁹⁰

Opmerking verdient dat artikel 10 lid 3 Wkkgz niet genoemd is. In dit artikel wordt de informatieplicht over incidenten geregeld. Enerzijds kan dit artikel worden gezien als 'een recht op informatie voor de cliënt'. Anderzijds is dit een nieuwe losstaande verplichting waaraan het ziekenhuis moet voldoen. De informatieplicht over incidenten wordt daarom hieronder nader uitgewerkt.

Informatieplicht over incidenten

Ziekenhuizen moeten hun cliënten informeren over incidenten en daarvan aantekeningen maken in het cliëntendossier.⁹¹ Deze verplichting kan worden beschouwd als een aanvulling op de al bestaande informatieplicht die de zorgverlener heeft jegens de cliënt op basis van de behandelingsovereenkomst op grond van artikel 448 WGBO. Tot aan de inwerkingtreding van de Wkkgz was de informatieplicht over incidenten niet wettelijk geregeld. Per 1 januari 2016 heeft deze informatieplicht zijn wettelijke grondslag gekregen in artikel 10 lid 3 Wkkgz.

⁷⁷ Kamerstukken II 2009/10, 32402, 3, p. 48. (MvT)

⁷⁸ Opmerking verdient dat het recht op keuze-informatie niet hetzelfde is als het recht op informatie op grond van artikel 448 WGBO.

⁷⁹ Art. 10 lid 1 Wkkgz

⁸⁰ Art. 10 lid 1 Wkkgz

⁸¹ Art. 38 Wmg jo. art. 10 lid 1 Wkkgz

⁸² Art. 10 lid 1 Wkkgz

⁸³ Art. 10 lid 2 Wkkgz; Het ziekenhuis is verplicht om (voor zorg die hij verleent) de cliënt te informeren over het **al dan niet** bestaan van een wetenschappelijk bewezen werkzaamheid; Kamerstukken II 2009/10, 32402, 3, p. 48. (MvT)

⁸⁴ Art. 10 lid 2 Wkkgz

⁸⁵ Art. 10 lid 4 Wkkgz

⁸⁶ Kamerstukken II 2009/10, 32402, 3, p. 113. (MvT)

⁸⁷ Kamerstukken II 2009/10, 32402, 3, p. 113. (MvT)

⁸⁸ Op de website van het ziekenhuis.

⁸⁹ Kamerstukken II 2009/10, 32402, 3, p. 49. (MvT); Op grond van art. 38 Wmg moet de zorgaanbieder informatie verstrekken over tarieven en kwaliteit van prestaties en diensten.

Het recht op keuze-informatie borduurt voort op dit artikel. Het ziekenhuis moet dus nog steeds de op grond van art. 38 Wmg gestelde informatie geven. Indien de cliënt echter verzoekt om informatie over tarieven of kwaliteit, moet het ziekenhuis deze informatie ook aan de cliënt kunnen geven. **Over de wijze van informatieverstrekking stelt de Wkkgz geen eisen** (Hierbij kan gedacht worden aan het verstrekken van folders of het mondeling aan de patiënt verstrekken van informatie).

⁹⁰ Kamerstukken II 2009/10, 32402, 3, p. 49. (MvT)

⁹¹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Overzicht nieuwe verplichtingen Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg*, Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2013.

Het laatstgenoemde artikel verplicht het ziekenhuis om aan een cliënt, vertegenwoordiger, dan wel een nabestaande van de cliënt, onverwijld mededeling te doen van de aard en toedracht van een incident voor zover deze aard en toedracht tot merkbare gevolgen heeft geleid of merkbare gevolgen kan hebben (voor de cliënt).⁹² Aangenomen kan worden dat onverwijld betekent: zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval nadat duidelijk is geworden dat het om een incident in de zin van artikel 10 lid 3 Wkkgz gaat.⁹³

Uitleg incident

*Het begrip 'incident' wordt in de Wkkgz niet gedefinieerd, maar in artikel 1.1 van het Uitvoeringsbesluit wel. Hierin staat dat een incident een onverwachte gebeurtenis is, die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg, en heeft geleid, had kunnen leiden of zou kunnen leiden tot schade bij de cliënt. Hieruit blijkt dat ook **near misses** ('had kunnen leiden tot schade') moeten worden gemeld en geanalyseerd.*

Naast de mededeling van de aard en toedracht van het incident maakt het ziekenhuis eveneens aantekening (in het cliëntendossier) van de aard en toedracht van het incident (voor zover deze aard en toedracht tot merkbare gevolgen heeft geleid of voor zover deze aard en toedracht merkbare gevolgen kunnen hebben). Daarnaast moet in het cliëntendossier aantekening worden gemaakt van het tijdstip waarop het incident heeft plaatsgevonden en wie de betrokkenen bij het incident waren. Het ziekenhuis dient tevens de cliënt te informeren over mogelijkheden om de gevolgen van het incident weg te nemen of te beperken.⁹⁴

Opmerkelijk is dat onder deze informatieplicht ook meldingen vallen die voorkomen in het VIM-systeem.⁹⁵ Voor de incidentmeldingen die voorkomen in het VIM-systeem, zal het noemen van namen (in het cliëntendossier) voor de betrokken zorgverleners in de praktijk mogelijk nadelige gevolgen kunnen hebben voor de bescherming van melders.⁹⁶

Uitbreiding meldplicht IGZ – geweld in zorgrelatie –

Geweld in welke vorm dan ook past niet in een afhankelijke, onevenwichtige zorgrelatie.⁹⁷ Daarom moet het ziekenhuis op grond van artikel 11 lid 1 sub b Wkkgz alle geweldsincidenten in de zorgrelatie melden aan de IGZ.⁹⁸ De definitie van het begrip 'geweld in de zorgrelatie' maakt duidelijk dat het gaat om alle vormen van geweld, inclusief seksueel misbruik, waar de cliënt bij betrokken is.⁹⁹ Uit de definitie van artikel 1 Wkkgz kan tevens worden opgemaakt dat alleen geweld vanuit de zorgverlener richting de cliënt en geweld tussen cliënten onderling moet worden gemeld bij de IGZ.¹⁰⁰

Allereerst spreekt artikel 1 Wkkgz over seksueel binnendringen dan wel ontucht met de cliënt. Deze betekenis van deze begrippen vinden zijn grondslag in het Wetboek van Strafrecht. Ditzelfde geldt voor geweld zoals bijvoorbeeld mishandeling, dwang (door geweld), of door bedreiging om wederrechtelijk iemand te dwingen iets te doen, na te laten of te dulden.¹⁰¹ Ook voor deze begrippen moet de definitie gezocht worden in het Wetboek van Strafrecht. In het tweede gedeelte van artikel 1 Wkkgz is door de wetgever een beperking aangebracht voor het melden van geweldsincidenten bij de IGZ (indien het geweld tussen cliënten onderling betreft). De wetgever spreekt hierbij over een situatie waarin cliënten gedurende een etmaal of dagdeel verblijven in de accommodatie van het ziekenhuis. Deze beperking heeft de wetgever willen maken om aan te geven dat de cliënt in zo'n situatie afhankelijk is van het optreden van het ziekenhuis die zijn belangen moet beschermen. Dit laat onverlet dat het ziekenhuis bij geweld in alle andere gevallen (dus voor cliënten die geen etmaal of dagdeel verblijven in de accommodatie), waaronder bijvoorbeeld geweld in de wachtkamer, op moet treden. Alleen in die gevallen hoeft het ziekenhuis dan géén melding te doen bij de IGZ.¹⁰²

Voor ziekenhuizen is deze verplichting nieuw omdat de Wkkgz heeft bepaald dat 'seksueel misbruik' voortaan onder het bredere begrip 'geweld in de zorgrelatie' valt. Op grond van de Wkkgz volstaat het ziekenhuis niet meer met een melding van seksueel misbruik waarbij een cliënt of zorgverlener van het ziekenhuis was betrokken, maar moeten zij melding doen van elk geweldsincident in de zorgrelatie.

⁹² De genoemde *near misses* vallen buiten de informatieplicht van artikel 10 lid 3. Dit betekent dat een incident dat had kunnen leiden tot gevolgen niet onder deze verplichting valt.

⁹³ Leegemate, *De Wkkgz over kwaliteit van zorg* 2016/57.

⁹⁴ Art. 10 lid 3 Wkkgz

⁹⁵ Voor de exacte definitie van incident wordt verwezen naar artikel 1.1 Uitvoeringsbesluit Wkkgz. In dit artikel wordt een 'incident' gedefinieerd als: een onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg, en heeft geleid, had kunnen leiden of zou kunnen leiden tot schade bij de cliënt.

⁹⁶ De praktijk moet uitwijzen of de bescherming van betrokken melders in het geding komt als incidenten (die voortvloeien uit het VIM-systeem) met naam- en toenaam in het cliëntendossier moeten worden gemeld.

⁹⁷ Kahn, *Het toezicht, de meldingsplicht en de rechtsbescherming van de zorgverlener* 2016/78.

⁹⁸ Art. 24 lid 1 jo. art. 11 lid 1 sub b Wkkgz

⁹⁹ Art. 1 Wkkgz: 'Seksueel binnendringen van het lichaam van of ontucht met een cliënt, alsmede geweld jegens een cliënt, door iemand die in dienst of in opdracht van een instelling of opdrachtnemer van een instelling werkzaam is, dan wel door een andere cliënt met wie de cliënt gedurende het etmaal of een dagdeel in een accommodatie van een instelling verblijft.

¹⁰⁰ De definitie van grensoverschrijdend gedrag is door de wetgever bewust ruim gelaten om discussie te voorkomen.

¹⁰¹ Kahn, *Het toezicht, de meldingsplicht en de rechtsbescherming van de zorgverlener* 2016/78.

¹⁰² Kahn, *Het toezicht, de meldingsplicht en de rechtsbescherming van de zorgverlener* 2016/78.

De melding bij de IGZ geschiedt onverwijld. Dit betekent: zo snel mogelijk, zonder uitstel, maar in ieder geval nadat het ziekenhuis kennis heeft gekregen van het geweld.¹⁰³ Melden kan bij de IGZ zowel schriftelijk als elektronisch.¹⁰⁴ De melding bevat een feitelijke omschrijving van het geweld en de datum waarop dit heeft plaatsgehad, de naam, de contactgegevens en de functie van de zorgverlener(s) die bij het geweld waren betrokken.¹⁰⁵ Daarnaast moet de melding een beknopte omschrijving bevatten van acties die door of namens het ziekenhuis zijn en nog zullen worden ondernomen om 1) het 'geweldsincident' te onderzoeken 2) de gevolgen van het 'geweldsincident' te beperken/herstel te bevorderen 3) de cliënt (of vertegenwoordiger) in te lichten over het 'geweldsincident'. Daarnaast bevat de melding maatregelen die naar aanleiding van het incident door het ziekenhuis zullen worden genomen.¹⁰⁶ Daarbij moet worden aangegeven binnen welke termijn de maatregelen zullen worden genomen. Bij een verplichte melding van geweld in de zorgrelatie wordt voorts gemeld of het geweldsincident in verband met een redelijk vermoeden van een strafbaar feit ter kennis zal worden gebracht van het openbaar ministerie.¹⁰⁷

Het ziekenhuis en de betrokken zorgverleners verstrekken na een melding van een geweldsincident vanuit zichzelf *alle* gegevens die noodzakelijk zijn voor het onderzoek van de IGZ.¹⁰⁸ Onder *alle* gegevens worden ook bijzondere persoonsgegevens verstaan.¹⁰⁹ Het is voor de IGZ echter niet altijd mogelijk om onderzoek te doen op basis van de verstrekte gegevens van het ziekenhuis. In sommige gevallen hebben zij dan ook nadere gegevens betreffende de gezondheid van een cliënt of zorgverlener nodig om een gedegen onderzoek te kunnen verrichten.¹¹⁰ Het ziekenhuis is dan op grond van artikel 11 lid 2 Wkkgz ook verplicht de door de IGZ opgevraagde nadere gegevens betreffende de gezondheid te verstrekken.¹¹¹ Het ziekenhuis hoeft hiervoor geen toestemming te vragen aan de cliënt. Het ziekenhuis moet van de gegevensverstrekking wel mededeling doen (aan de cliënten) op basis van de Wet bescherming persoonsgegevens (hierna: Wbp).¹¹²

2.3.3 Bepalingen over het functioneren van medewerkers

Vergewisplicht

Indien het ziekenhuis voornemens is een nieuwe zorgverlener in dienst te nemen, is deze verplicht om te controleren of de nieuwe medewerker geschikt is om zorg te verlenen. Dit wordt de vergewisplicht genoemd.¹¹³ De geschiktheid kan betrekking hebben op zowel zorginhoudelijke als communicatieve aspecten, alsmede op eerdere voorvallen die iemand minder geschikt maken om goede zorg te kunnen verlenen.¹¹⁴ Met deze plicht moet worden voorkomen dat het slechte functioneren van de zorgverlener elders in de zorgsector wordt voortgezet. De vergewisplicht geldt voor elk ziekenhuis die voornemens is een nieuwe zorgverlener aan te trekken, die *beroepsmatig* zorg wil gaan verlenen.

Met de inwerkingtreding van de Wkkgz is 'het vergewissen' als expliciete norm in de wet opgenomen. Dit betekent dat het ziekenhuis nu verplicht is om zich te vergewissen van nieuwe werknemers, waar dat voorheen nog geen wettelijke verplichting was. Ziekenhuizen vergewisten zich in het verleden ook al wel van nieuwe medewerkers, maar dit was destijds meer een vanzelfsprekendheid. Nieuw is wel dat de vergewisplicht nu onder het toezicht van de IGZ staat.¹¹⁵ Het ziekenhuis moet zich vanaf nu dus actief inspannen om aan de vergewisplicht te voldoen.

De wijze waarop het ziekenhuis kan voldoen aan zijn vergewisplicht, is niet geregeld in de Wkkgz. De komende tijd zal dus moeten blijken op welke manieren het ziekenhuis zich moet vergewissen. Desondanks kan op verschillende manieren onderzoek naar het arbeidsverleden van een zorgverlener worden gedaan. Het ziekenhuis dient de informatie uit het verkregen onderzoek zelf te beoordelen en daaruit conclusies te trekken over het al dan niet in dienst nemen van een zorgverlener. Het ziekenhuis heeft dus een zekere verantwoordelijkheid in het beoordelen van de door hen opgevraagde informatie. Informatie moet in ieder geval worden ingewonnen door het opvragen van

¹⁰³ Kamerstukken II 2015/16, bijlage bij kamerstuk 32402, 447, p. 24. (Nota van toelichting)

¹⁰⁴ Art. 8.1 lid 1 Uitvoeringsbesluit Wkkgz (in dit artikel staan de verplichte basisgegevens die gemeld moeten worden bij een verplichte melding)

¹⁰⁵ Art. 8.3 onder a en b Uitvoeringsbesluit Wkkgz.

¹⁰⁶ Art. 8.3 onder c Uitvoeringsbesluit Wkkgz

¹⁰⁷ Art. 8.3 onder d Uitvoeringsbesluit Wkkgz

¹⁰⁸ Art. 11 lid 2 Wkkgz

¹⁰⁹ Het kan dan gaan om gegevens van betrokken zorgverlener als gegevens van de bij de gemelde feiten betrokken cliënt(en). Bijzondere persoonsgegevens van een zorgverlener kunnen bijvoorbeeld nodig zijn als een zorgverlener door een medische situatie niet meer in staat is om goede zorg te verlenen dan wel een risico vormt voor het leveren van goede zorg of in situatie van seksueel misbruik; art. 8.6 Uitvoeringsbesluit Wkkgz

¹¹⁰ Indien de IGZ nadere gegevens betreffende de gezondheid van een cliënt of zorgverlener wenst te verkrijgen, moeten zij (als extra waarborg tegen niet noodzakelijke verwerking van deze gegevens) wel motiveren om welke reden zij de nadere gegevens noodzakelijk achten voor het onderzoek → Art. 8.6 Uitvoeringsbesluit Wkkgz

¹¹¹ De IGZ mag nadere gegevens opvragen op grond van art. 16 jo. art. 21 lid 1 sub f Wbp.

¹¹² Art. 8.6 Uitvoeringsbesluit Wkkgz jo. art. 33 lid 1 Wbp;

¹¹³ Art. 4 lid 1 sub a Wkkgz

¹¹⁴ Kamerstukken II 2010/11, 32402, 7, p. 52. (Nota van wijziging)

¹¹⁵ 'IGZ houdt toezicht op nieuwe wet: de Wkkgz', IGZ, igz.nl (zoek op Vergewisplicht) (geraadpleegd maart 2016)

referenties bij eerdere werkgevers.¹¹⁶ Daarnaast moet het ziekenhuis het BIG-register/de online lijst voor BIG-geregistreerden en de tuchtrechtspraken raadplegen indien de zorgverlener een BIG-geregistreerde is.¹¹⁷ Elk ziekenhuis die Wlz-zorg ofwel intramurale geestelijke gezondheidszorg levert, dient verplicht een VOG te hebben van nieuwe zorgverleners, die beroepsmatig met cliënten in aanraking komen.¹¹⁸ Het ziekenhuis moet van deze personen dus ook een VOG vragen. Daarnaast kan het ziekenhuis middels het *aanmeldformulier vergewisplicht* informatie inwinnen bij de IGZ.¹¹⁹ De IGZ deelt het ziekenhuis mede of ten aanzien van de zorgverlener is vastgesteld dat er sprake is van een situatie die veiligheid van cliënten of de veiligheid van de zorg in gevaar brengt (ofwel: of er sprake is van disfunctioneren).¹²⁰ Opmerking verdient dat er uitsluitend wordt gekeken naar de situatie zoals die na 1 januari 2016 is vastgesteld. Voor het ziekenhuis is het wel raadzaam informatie bij de IGZ op te vragen, maar de informatie levert vooralsnog weinig op.¹²¹

Verklaring omtrent gedrag voor medewerkers in de langdurige- en intramurale geestelijke gezondheidszorg

Een VOG is een verklaring waaruit blijkt dat iemand in het verleden geen strafbare feiten heeft gepleegd die bezwaarlijk kunnen zijn voor het uitoefenen van zijn of haar functie.¹²² De verplichting tot het hebben van een dergelijke verklaring bestond tot op heden nog niet voor zorgmedewerkers. Om deze reden hebben de beroepsvereniging van verpleegkundigen en verzorgenden en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (hierna: NPCF) het afgelopen jaar gepleit dat een verklaring omtrent gedrag (hierna: VOG) verplicht moet worden gesteld voor alle zorgmedewerkers.¹²³ Aanleiding hiervoor was de strafzaak tegen een verpleegkundige van het Atrium-ziekenhuis in Heerlen.¹²⁴

Volgens een meerderheid van de Tweede Kamer zou de VOG-plicht voor alle zorgverleners een te grote administratieve last veroorzaken en instellingen teveel belasten.¹²⁵ Met de inwerkingtreding van de Wkkgz is de VOG-plicht daarom opgenomen voor een beperkte omvang van zorgverleners. Op grond van artikel 4 lid 2 en 3 Wkkgz jo. artikel 3.1 Uitvoeringsbesluit Wkkgz geldt de VOG-plicht slechts voor nieuwe medewerkers in de Wlz- en de intramurale geestelijke gezondheidszorg, die beroepsmatig met cliënten in aanraking komen.¹²⁶ De VOG-plicht ziet niet op vrijwilligers en stagiairs.¹²⁷ Dat de VOG-verplichting enkel voor nieuwe medewerkers geldt, moet in combinatie met de vergewisplicht, in de toekomst, bijdragen aan het voorkomen van onveilige situaties en slechte zorg voor cliënten.¹²⁸

Bij algemene maatregel van bestuur (hierna: AMvB) zal nog moeten worden vastgesteld in welke situaties een instelling in het bezit moet zijn van een VOG-verklaring voor medewerkers. Voorts moeten nog nadere regels worden gesteld met betrekking tot de eisen die aan de verklaring kunnen worden gesteld.¹²⁹ Tot op heden is nog niet duidelijk wanneer deze AMvB's volgen.

Uitbreiding meldplicht IGZ – ernstig disfunctioneren –

*'Van de zorgverleners die een collega zien disfunctioneren, trekt een op de drie niet aan de bel. Ook al is het welzijn van de patiënt in het geding.'*¹³⁰

Met de inwerkingtreding van de Wkkgz is het ziekenhuis op grond van artikel 11 lid 1 sub c Wkkgz verplicht om ontslag van een zorgverlener wegens ernstig disfunctioneren te melden aan de IGZ. De Wkkgz hanteert geen vaste definitie voor de term disfunctioneren. Volgens het rapport 'Staat van de Gezondheidszorg' is er sprake van disfunctioneren als er sprake is van een structurele situatie van

¹¹⁶ Met toestemming van de cliënt.

¹¹⁷ Leegemate, *De Wkkgz over kwaliteit van zorg* 2016/56.

¹¹⁸ Intramurale geestelijke gezondheidszorg: instelling in geestelijke gezondheidszorg die 24-uurszorg biedt aan mensen die intensieve zorg en begeleiding nodig hebben (GGZ)

¹¹⁹ 'Kwaliteit van de zorg', *Rijksoverheid*, rijksoverheid.nl (zoek op *Vergewisplicht*) (geraadpleegd maart 2016)

¹²⁰ Belangrijk op te merken hierbij is dat de IGZ geen mededeling doet over nog lopende en niet afgeronde onderzoeken.

¹²¹ 'Aanvraag informatie in het kader van vergewisplicht', *IGZ*, igz.nl (zoek op *Vergewisplicht*) (geraadpleegd maart 2016)

¹²² 'Wat is een VOG', *Justis*, justis.nl (zoek op *Verklaring omtrent het gedrag*) (geraadpleegd maart 2016)

¹²³ 'Roep om verplicht bewijs van goed gedrag binnen zorgsector', *P. de Graaf* 26 augustus 2015, volkskrant.nl (zoek op VOG) (geraadpleegd maart 2016)

¹²⁴ Regionaal tuchtcollege voor de gezondheidszorg Eindhoven 5 november 2014, ECLI:NL:TGZREIN:2014:93. In dit hoger beroep stond de ontuchtverpleegkundige, Dave V. centraal. Dave V. ging in hoger beroep tegen een eerdere uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege, dat hem een beroepsverbod oplegde. In oktober 2009 werkte Dave V. als verpleegkundige psychiatrie in het Atrium Medisch Centrum. In mei 2009 was Dave V. al eens veroordeeld tot een werk- en voorwaardelijke celstraf wegens ontucht in een ander ziekenhuis. Bij zijn sollicitatie in het Atrium Medisch Centrum zweeg hij over dit verleden. Het Atrium Medisch Centrum had door een VOG aan te vragen kunnen zien dat Dave V. al een veroordeling op zijn naam had staan. Dit deden zij echter niet. Dave V. wordt aangenomen als psychiatrisch verpleegkundige in het Atrium Medisch Centrum, waar hij met zeer kwetsbare patiënten werkt. Nadat twee patiënten aangifte jegens Dave V. (wegens seksueel misbruik en verkrachting) hebben gedaan, blijkt uit politieonderzoek dat Dave V. al een veroordeling op naam had staan. In totaal hebben 3 patiënten aangifte gedaan tegen Dave V. Justitie ziet aanleiding om Dave V. te vervolgen. Tegen Dave V. is momenteel 3 jaar cel geëist door het Openbaar Ministerie.

¹²⁵ 'Roep om verplicht bewijs van goed gedrag binnen zorgsector', *P. de Graaf* 26 augustus 2015, volkskrant.nl (zoek op VOG) (geraadpleegd maart 2016)

¹²⁶ De verplichting geldt niet alleen voor zorgverleners die zorg verlenen in het kader van de Wlz of intramurale geestelijke gezondheidszorg. Ook personen die geen zorgverlener zijn en beroepsmatig in contact kunnen komen met cliënten op de afdeling Wlz en intramurale geestelijke gezondheidszorg, moeten in het bezit zijn van een VOG. Dit kunnen dus ook schoonmakers zijn die in het ziekenhuis op een afdeling werken waar zorg wordt verleend op basis van de Wlz.

¹²⁷ Voor een stagiair heeft een VOG geen toegevoegde waarde omdat zij onder begeleiding staan van een professionele zorgverlener die wel een VOG aan heeft moeten vragen.

¹²⁸ 'Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)', de gevolgen voor de arbeidsverhoudingen', *NVZ*, nvz-ziekenhuizen.nl (zoek op *Wkkgz*) (geraadpleegd maart 2016)

¹²⁹ 'Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)', de gevolgen voor de arbeidsverhoudingen', *NVZ*, nvz-ziekenhuizen.nl (zoek op *Wkkgz*) (geraadpleegd maart 2016)

¹³⁰ E. Kreulen, 'Een op drie artsen meldt falen van collega niet', *Trouw* 15 februari 2016.

tekortschietende beroepscompetenties of onverantwoorde zorgverlening, waardoor cliënten worden geschaad of het risico lopen te worden geschaad en waarbij de beroepsbeoefenaar niet (meer) in staat of bereid is de problemen zelf op te lossen.¹³¹ Volgens de website van de IGZ is er sprake van disfunctioneren als er een situatie bestaat die voor de veiligheid van cliënten of de zorg een ernstige bedreiging kan betekenen, als er aanwijzingen zijn dat lichamelijke of psychische ziekte of verslaving een rol speelt of bij een calamiteit of langdurig slecht functioneren waarbij iemand geen stappen tot verbetering zet.¹³² Het disfunctioneren van een zorgverlener dient door het ziekenhuis zelf te worden beoordeeld. Dit betekent dat hij zelf dient vast te stellen of er sprake is van een disfunctionerende zorgverlener. Hiervoor zijn enkele handvatten zoals bijvoorbeeld: de professionele standaarden, de beroepscode, de Canmeds en eigen reglementen met betrekking tot disfunctioneren.¹³³

Een melding omtrent disfunctioneren moet onverwijld aan de IGZ worden gedaan. Dit betekent: zo snel mogelijk, zonder uitstel, maar in ieder geval nadat het ziekenhuis kennis heeft gekregen van het geweld.¹³⁴ Melden kan bij de IGZ zowel schriftelijk als elektronisch.¹³⁵ De verplichte melding van ontslag in verband met disfunctioneren bevat een feitelijke omschrijving van het ernstig tekortschieten van een zorgverlener dat tot ontslag in verband met disfunctioneren door het ziekenhuis heeft geleid of kennelijk aanleiding heeft gegeven de overeenkomst niet voort te zetten.¹³⁶ Daarnaast bevat een verplichte melding in verband met ontslag wegens ernstig disfunctioneren de naam, contactgegevens en de functie van de betrokken zorgverlener, alsmede het BIG-registratie nummer (indien BIG-geregistreerd).¹³⁷

Op grond van artikel 8.4 sub c onder 1 en 2 Uitvoeringsbesluit Wkkgz, moet de melding voorts een beknopte omschrijving bevatten dat het ziekenhuis de zorgverlener tijdig in kennis heeft gesteld dat er sprake is van disfunctioneren. Daarnaast moet beknopt worden omschreven of het ziekenhuis voldoende actie heeft ondernomen om de zorgverlener in de gelegenheid te stellen zijn functioneren te verbeteren.¹³⁸ Het ziekenhuis heeft dus te onderzoeken of een zorgverlener nog te herplaatsen is in de organisatie alvorens hij melding doet van ernstig disfunctioneren aan de IGZ.¹³⁹

Ook bij deze melding verstrekken zowel het ziekenhuis als de betrokken zorgverleners na een melding van ontslag wegens ernstig disfunctioneren vanuit zich zelf *alle* gegevens die noodzakelijk zijn voor het onderzoek.¹⁴⁰ Op dit punt wordt terugverwezen naar de informatie dat in het stuk '*Uitbreiding meldplicht IGZ - geweld in zorgrelatie*' staat.

Plicht tot het sluiten van een schriftelijke overeenkomst

Op grond van artikel 4 lid 1 sub b Wkkgz mag het ziekenhuis alleen zorg laten verlenen door zorgverleners en opdrachtnemers met wie een schriftelijke overeenkomst is gesloten. Het ziekenhuis verleent zelf geen zorg. Doorgaans wordt zorg geleverd door natuurlijke personen of rechtspersonen. Die personen kunnen op basis van een arbeidsovereenkomst, samenwerkingsovereenkomst, dan wel op basis van een overeenkomst van opdracht (in)direct werkzaam zijn voor het ziekenhuis. Ongeacht de relatie tot het ziekenhuis blijft het ziekenhuis verantwoordelijk voor de gang van zaken en kwaliteit van zorgverlening verricht door deze personen.¹⁴¹

Het ziekenhuis dient zich aan de verplichtingen die de Wkkgz stelt, te houden. Daarom moet het ziekenhuis ervoor zorgen dat degenen die voor hen zorg (doen) verlenen, zich ook door de verplichtingen uit de Wkkgz laten leiden. Het ziekenhuis moet daarom personen instrueren of zodanige contractuele afspraken maken waarin wordt gewaarborgd dat de wettelijke verplichtingen uit de Wkkgz en de regels van het ziekenhuis, betreffende de zorgverlening, door hen worden nagekomen. Met deze regels wordt bedoeld: regels die gelden binnen de ziekenhuis.¹⁴²

Voor personen die op basis van een arbeidsovereenkomst werken, vormt die overeenkomst voldoende basis voor het geven van aanwijzingen en opdrachten. Voor degenen die op basis van een samenwerkingsovereenkomst dan wel overeenkomst van opdracht werken, liggen de

¹³¹ Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Staat van de Gezondheidszorg; Op weg naar aantoonbaar verantwoord functionerende beroepsbeoefenaren in de zorg*, Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg 2013, p. 8.

¹³² 'Melden van ontslag wegens disfunctioneren', IGZ, igz.nl (zoek op *disfunctioneren*) (geraadpleegd april 2016)

¹³³ Canmeds zijn competenties waaraan zorgverleners moeten voldoen.

¹³⁴ Kamerstukken II 2015/16, bijlage bij kamerstuk 32402, 447, p. 24. (Nota van toelichting)

¹³⁵ Art. 8.1 lid 1 Uitvoeringsbesluit Wkkgz (in dit artikel staan de verplichte basisgegevens die gemeld moeten worden bij een verplichte melding)

¹³⁶ Art. 8.4 sub a Uitvoeringsbesluit Wkkgz

¹³⁷ Art. 8.4 sub b Uitvoeringsbesluit Wkkgz

¹³⁸ Voordat ontslag (wegens disfunctioneren) kan worden gegeven is het van belang dat het ziekenhuis voorwaarden in acht neemt. Deze voorwaarden kunnen worden vertaald naar acties die het ziekenhuis moet ondernemen, voordat hij melding maakt bij de IGZ.

¹³⁹ Vermeldenswaardig is nog het feit dat het ontslag wegens disfunctioneren is gebaseerd op gronden die vermeldt staan in artikel 669 lid 3 sub d WGBO of artikel 669 lid 3 sub e WGBO.

¹⁴⁰ Art. 11 lid 2 Wkkgz

¹⁴¹ Kamerstukken II 2009/10, 32402, 3, p. 98. (MvT)

¹⁴² Bijvoorbeeld professionele standaarden, beroepscode, protocollen en reglementen.

verantwoordelijkheden minder duidelijk.¹⁴³ Aan deze overeenkomsten moet dan ook op grond van artikel 4 lid 1 sub b Wkkgz over het algemeen meer inhoud worden gegeven door het ziekenhuis. De verantwoording voor de invulling van deze overeenkomsten ligt bij het ziekenhuis zelf. In ieder geval dient het ziekenhuis aanwijzingen te geven van zowel financiële als organisatorische aard. Daarnaast dient hij aanwijzingen te geven ter bevordering van de orde en goede gang van zaken omtrent de uitvoering van de te verlenen zorg. Ook zal het ziekenhuis de zorgverlener erop moeten wijzen dat de overeenkomst kan worden opgezegd indien er sprake is van ernstig disfunctioneren. Tot slot dienen ook afspraken omtrent de verantwoording vastgelegd te worden.¹⁴⁴

2.3.4 Regels ten behoeve van klachten en geschillen

Plicht tot het vaststellen van een klachtenregeling

De wetgever vindt het belangrijk dat elke cliënt in de zorg met zijn klacht bij de zorgaanbieder, in dit geval het ziekenhuis, terecht kan. Ook prof. mr. J. Leegemate, hoogleraar gezondheidsrecht, deelt deze mening. Hij vindt eveneens dat cliënten behoefte hebben aan een informele en laagdrempelige vorm van klachtenafhandeling.¹⁴⁵ Klachten moeten zoveel mogelijk bij de bron aangepakt worden.¹⁴⁶ Om deze reden wordt met de inwerkingtreding van de Wkkgz gestreefd naar een, voor alle cliënten in de zorg, toegankelijke, laagdrempelige en effectieve opvang, behandeling en afhandeling van klachten. Deze wijze van klachtenafhandeling moet leiden tot een informele en oplossingsgerichte aanpak in plaats van het onnodig juridiseren van klachten.¹⁴⁷ Concreet streeft de Wkkgz met de nieuwe klachtenregeling twee doelen na. Ten eerste het bieden van genoegdoening aan de klager door de zorgaanbieder te verplichten een eigen klachtenregeling tot stand te brengen die voldoet aan de eisen die daaraan door de wet worden gesteld, mede gelet op de aard van de zorg en de eigenschappen van de doelgroep van de cliënten.¹⁴⁸ Daarnaast heeft de Wkkgz tot doel om de kwaliteit van zorg te waarborgen.¹⁴⁹ Deze kwaliteit wordt gewaarborgd door de laagdrempelige en effectieve opvang, behandeling en afhandeling van klachten.

De klachtenregeling

Een informele aanpak van klachten kan niet bestaan zonder een daartoe door het ziekenhuis schriftelijk vastgestelde klachtenregeling. De Wkkgz verplicht het ziekenhuis daarom op grond van artikel 13 lid 1 Wkkgz een schriftelijke interne klachtenregeling vast te stellen voor de opvang en afhandeling van klachten. Deze regeling moet voldoen aan de bepalingen van paragraaf 1 van hoofdstuk 3 van de Wkkgz.

Inhoud van de klachtenregeling

De inhoud van de klachtenregeling is niet nader ingevuld door de wetgever. Hij heeft zorgaanbieders de ruimte willen geven om zelf een op de aard van de zorg en de aard van cliënten toegespitste klachtenregeling vast te stellen. Desalniettemin zijn in het Uitvoeringsbesluit Wkkgz enkele eisen gesteld waaraan de klachtenregeling in ieder geval moet voldoen.¹⁵⁰ Zo moet de klachtenregeling van het ziekenhuis op grond van artikel 7.2 Uitvoeringsbesluit Wkkgz een bepaling bevatten die regelt dat het ziekenhuis op de hoogte is van de ontvangen klachten en de afhandeling daarvan.

Voorts zijn ter uitvoering van een amendement van Tweede Kamerlid Kuzu in het Uitvoeringsbesluit enige eisen gesteld die betrekking hebben op de behandeling van klachten in het geval van ketenzorg.¹⁵¹ De klachtenregeling van het ziekenhuis moet voorzien in een integrale en gecoördineerde behandeling van klachten. Dit betekent dat het ziekenhuis en de ketenpartners hun klachtenregelingen met elkaar moeten afstemmen, zodat niet met verschillende klachtenregelingen gewerkt wordt.¹⁵² Concreet betekent dit dat de klachtenregeling van het ziekenhuis moet waarborgen dat de behandeling van een klacht, die betrekking heeft op het handelen van een ander, op zorgvuldige wijze wordt overgedragen aan de betreffende, mits de cliënt hiervoor toestemming gegeven heeft. Niet

¹⁴³ Kamerstukken II 2009/10, 32402, 3, p. 98. (MvT)

¹⁴⁴ Kamerstukken II 2009/10, 32402, 3, p. 98. (MvT)

¹⁴⁵ Leegemate, *Nieuwe wetgeving over klachtrecht: winst of verlies?* 2013/450.

¹⁴⁶ Kamerstukken II 2015/16, bijlage bij kamerstuk 32402, 447, p. 21. (Nota van toelichting)

¹⁴⁷ Kamerstukken II 2015/16, bijlage bij kamerstuk 32402, 447, p. 21. (Nota van toelichting)

¹⁴⁸ Kamerstukken II 2009/10, 32402, 3, p. 53. (MvT)

¹⁴⁹ Kamerstukken II 2012/13, 32402, 12, p. 24. (Nota van wijziging)

¹⁵⁰ Art. 13 lid 5 Wkkgz

¹⁵¹ Kamerstukken II 2015/16, bijlage bij kamerstuk 32402, 447, p. 23. (Nota van toelichting); Kamerstukken II 2012/13, 32402, 29; Het ziekenhuis is onderdeel van een zorgketen.

Om deze reden zijn deze verplichtingen noodzakelijk voor het ziekenhuis.

¹⁵² Deze afstemming is voor de cliënt die te maken krijgt met ketenzorg belangrijk. Het wekt voor de cliënt namelijk verwarring op als ketenpartners een andere klachtenregeling hanteren.

duidelijk is op welke wijze deze toestemming geschiedt.¹⁵³ Daarnaast moet de klachtenregeling van het ziekenhuis een gecombineerde behandeling van klachten waarborgen (indien de klacht betrekking heeft op de zorg die wordt verleend in samenhang met zorg, ondersteuning of hulp die een andere zorgaanbieder verleent, en de klager aangeeft bij beide zorgaanbieders een klacht in te zullen dienen).¹⁵⁴ Ook moet de klachtenregeling van het ziekenhuis waarborgen dat de afhandeling van een zojuist genoemde 'dubbele klacht' plaatsvindt door of namens het ziekenhuis en de betrokken andere zorgaanbieder(s).¹⁵⁵

Vaststelling klachtenregeling

Het ziekenhuis moet de klachtenregeling in eerste instantie met een representatief te achten organisatie van cliënten vaststellen op grond van artikel 13 lid 2 Wkkgz. Dit lid is echter niet van toepassing voor zover de klachtenregeling betrekking heeft op het ziekenhuis en het ziekenhuis op grond van enige wettelijke bepaling advies of instemming nodig heeft van een Cliëntenraad.¹⁵⁶

Openbaarmaking klachtenregeling

De klachtenregeling dient door het ziekenhuis onder de aandacht van de cliënten en vertegenwoordigers van cliënten gebracht te worden.¹⁵⁷ Het ziekenhuis staat vrij in de wijze waarop zij hieraan vormgeven. De wet spreekt enkel van 'een geschikte wijze'. Dit kan bijvoorbeeld informatie via de website van het ziekenhuis zijn, maar ook informatie door middel van folders.

De klacht

Een klacht kan betrekking hebben op alle aspecten van de naleving van de Wkkgz door het ziekenhuis. Dit kan een klacht zijn over de kwaliteit van zorg, maar dit kan ook een klacht over bejegening zijn. De wetgever heeft zich in de Wkkgz niet beperkt tot één van de twee bovengenoemde aspecten.¹⁵⁸ Op grond van artikel 14 lid 1 Wkkgz kan over een gedraging *jegens een cliënt* in het kader van de zorgverlening een klacht worden ingediend.¹⁵⁹ Het ziekenhuis geeft doorgaans zijn eigen invulling aan de definitie van een *klacht*. Dit wordt dan ook vaak in de klachtenregeling van het ziekenhuis vastgelegd.

Indienen klacht

Op grond van artikel 14 lid 1 Wkkgz kan een klacht over een gedraging jegens de cliënt *schriftelijk* worden ingediend door de cliënt, de nabestaande van de overleden cliënt, dan wel de vertegenwoordiger van de cliënt.¹⁶⁰ Voorts kan over de weigering van de zorgaanbieder om een persoon in het kader van de zorgverlening als vertegenwoordiger van een cliënt te beschouwen, door die persoon *schriftelijk* een klacht worden ingediend.¹⁶¹ Het schriftelijkheidsvereiste ziet in de praktijk niet op de klachtenopvang/de klachtenbemiddeling. In deze fase probeert een klachtenfunctionaris de klacht op een laagdrempelige manier af te handelen. Indien de bemiddeling niet slaagt kan de klacht alsnog schriftelijk worden ingediend.

*De klachtenfunctionaris*¹⁶²

De Wkkgz verplicht ziekenhuizen tot het in dienst nemen van één of meer personen die de klager van gratis advies voorzien met betrekking tot de indiening van een klacht, bijstaan bij het formuleren van een klacht dan wel het vinden van een gepaste oplossing (door bijvoorbeeld bemiddeling) voor de klacht.¹⁶³ Deze persoon wordt ook de klachtenfunctionaris genoemd. In de meeste ziekenhuizen is de opvang van klachten door een klachtenfunctionaris al vast onderdeel van de klachtenprocedure. Met de inwerkingtreding van de Wkkgz heeft de verplichting om een klachtenfunctionaris in dienst te hebben een wettelijke basis gekregen.¹⁶⁴

¹⁵³ Art. 7.3 lid 1 Uitvoeringsbesluit Wkkgz

¹⁵⁴ Art. 7.3 lid 2 Uitvoeringsbesluit Wkkgz

¹⁵⁵ Art. 7.3 lid 3 Uitvoeringsbesluit Wkkgz

¹⁵⁶ Art. 13 lid 3 Wkkgz

¹⁵⁷ Art. 13 lid 4 Wkkgz

¹⁵⁸ Kamerstukken II 2009/10, 32402, 3, p. 54. (MvT)

¹⁵⁹ In aanvulling op artikel 14 lid 1 Wkkgz zijn weigeringen van zorg en het nalaten en innemen van standpunten of het nemen van beslissingen ook gedragingen waarover een klacht kan worden ingediend. Met de bepaling *jegens de cliënt* wordt duidelijk gemaakt dat over schendingen jegens anderen (bijvoorbeeld de Cliëntenraad) geen klacht kan worden ingediend.

¹⁶⁰ Voor de definitie van cliënt, nabestaande en vertegenwoordiger wordt verwezen naar de begrippen en afkortingenlijst.

¹⁶¹ Art. 14 lid 2 Wkkgz

¹⁶² De praktijk kent naast de klachtenfunctionaris verschillende beroepsprofielen: patiëntenvertrouwenspersoon, klachtenbemiddelaar, cliëntenvertrouwenspersoon. Indien de functie voldoet aan de gestelde eisen uit de Wkkgz en het Uitvoeringsbesluit kunnen in de praktijk meerdere beroepsprofielen voldoen aan de functie.

¹⁶³ Artikel 15 lid 1 Wkkgz

¹⁶⁴ Kamerstukken II 2009/10, 32402, 3, p. 54. (MvT)

Onafhankelijk en onpartijdig

Een klachtenfunctionaris moet zijn functie onafhankelijk en onpartijdig uitoefenen.¹⁶⁵ Dit betekent dat de klachtenregeling van het ziekenhuis, moet waarborgen dat de klachtenfunctionaris (ongeacht of hij in dienst van het ziekenhuis is) de vrijheid heeft om zijn taak uit te oefenen overeenkomstig de wet, de voor hem geldende beroepsnormen en taakomschrijving, zonder dat het ziekenhuis zich daarin mengt.¹⁶⁶ Daarnaast moet de klachtenregeling van het ziekenhuis waarborgen dat de klachtenfunctionaris, die bij hem in dienst is, zijn taak onpartijdig kan uitoefenen.¹⁶⁷ Naast de onafhankelijkheid en onpartijdigheid waarmee de klachtenfunctionaris zijn werkzaamheden verricht, vervult de klachtenfunctionaris een vertrouwensfunctie. Deze functie impliceert met name dat de functionaris zich onthoudt van oordeelsvorming over de klacht.

Naar aanleiding van een amendement van Tweede Kamerlid Bruins-Slot zijn extra waarborgen voor de onafhankelijke positie van de klachtenfunctionaris opgenomen in het Uitvoeringsbesluit Wkkgz.¹⁶⁸ In dit besluit staan drie eisen die in de klachtenregeling van het ziekenhuis moeten worden geïmplementeerd. Ten eerste mag de functionaris zelf niet betrokken zijn bij de zorgverlening waarop de klacht betrekking heeft.¹⁶⁹ Ten tweede moet de klachtenfunctionaris zich bij zijn werkzaamheden richten op een zo bevredigend mogelijke oplossing voor de klacht.¹⁷⁰ Niet duidelijk is wat hieronder moet worden verstaan. De zorgaanbieder dient dit dus zelf nader in te vullen. Ten derde (een extra waarborg voor de onafhankelijkheid van de klachtenfunctionaris) moet de klachtenfunctionaris (ongeacht of hij in een gezagsverhouding tot het ziekenhuis staat) de vrijheid genieten om professioneel en onafhankelijk te kunnen handelen, zonder het risico te lopen op ongewenste beïnvloeding door het ziekenhuis.¹⁷¹

De klachtencommissie

Indien tezamen met de klachtenfunctionaris niet tot een bevredigende oplossing voor de cliënt kan worden gekomen, kan de klachtencommissie van het ziekenhuis over de klacht oordelen. Op dit moment beschikken ziekenhuizen over een klachtencommissie omdat deze verplicht was onder de Wkcz. De Wkkgz heft deze verplichting op.¹⁷² Dit betekent dat het met de inwerkingtreding van de Wkkgz niet meer verplicht is om een klachtencommissie te hebben. Het ziekenhuis staat vrij om te bepalen of hij de bestaande klachtencommissie al dan niet wenst te behouden in welke vorm dan ook. Hieraan staat geen wettelijke bepaling in de weg.

Klachtenbehandeling

Vanaf het moment dat de klacht (formeel) is ingediend bij het ziekenhuis, heeft het ziekenhuis op grond van artikel 17 lid 1 Wkkgz een termijn van zes weken om te oordelen over de klacht.¹⁷³ Op grond van artikel 17 lid 2 Wkkgz kan de in het eerste lid bedoelde termijn van zes weken worden verlengd met ten hoogste vier weken, indien het ziekenhuis dat noodzakelijk acht voor het in het kader van de klacht te verrichten onderzoek.¹⁷⁴ Na veel kritiek op de relatief korte termijn van klachtenafhandeling is de strikte termijn van zes en vier weken steeds meer afgezwakt. De oorspronkelijke strikte afhandelingstermijn wordt dus op dit moment niet meer gehandhaafd. Volgens onze minister houdt de zes-weken termijn op dit moment in dat het ziekenhuis in ieder geval binnen zes weken een reactie moet geven waarin hij aangeeft met de klachtbehandeling bezig te zijn. Indien de klachtenbehandeling na tien weken nog niet afgerond is en daar gewichtige redenen voor zijn (bijvoorbeeld omdat er een mediation-traject is gestart) zal de cliënt moeten wachten op een oordeel van het ziekenhuis.¹⁷⁵ In dit geval kan een cliënt in alle redelijkheid niet van de ziekenhuis verlangen dat hij binnen de termijn van tien weken een oordeel geeft (bovendien is het onwaarschijnlijk dat een cliënt tussentijds naar de geschilleninstantie stapt als het proces van klachtenafhandeling goed verloopt).¹⁷⁶ Volgens onze minister kan daarnaast ook volstaan worden met een voorlopig oordeel binnen de termijn van tien weken, waarna dan alsnog

¹⁶⁵ Art. 15 lid 2 Wkkgz; Aan zijn taakuitoefening worden op grond van art. 7.1 Uitvoeringsbesluit kwaliteitseisen gesteld.

¹⁶⁶ Art. 7.1 sub c Uitvoeringsbesluit Wkkgz; Voor de positie, taken en (opleidings-)vereisten van de klachtenfunctionaris wordt verwezen naar de beroepsprofielen, die door de Vereniging van Klachtenfunctionarissen in Instellingen voor de Gezondheidszorg (VKIG) worden vastgesteld.

¹⁶⁷ Art. 7.1 sub a Uitvoeringsbesluit Wkkgz; Voor een onpartijdige behandeling van een klacht is het van belang dat zowel de klager als de betrokkenen een gelijke behandeling genieten (Bijvoorbeeld: hoor- en wederhoor voor beide partijen).

¹⁶⁸ Kamerstukken II 2012/13, 32402, 13. (amendement)

¹⁶⁹ Art. 7.1 sub a Uitvoeringsbesluit Wkkgz; Indien de klachtenfunctionaris zelf ook zorg verleent, moet er altijd een andere persoon zijn die de functionaris kan vervangen als de klacht over zijn eigen zorgverlening gaat.

¹⁷⁰ Art. 16 lid 2 Wkkgz jo. art. 7.1 sub b Uitvoeringsbesluit Wkkgz

¹⁷¹ Art. 7.1 sub c Uitvoeringsbesluit Wkkgz

¹⁷² Kamerstukken II 2015/16, bijlage bij kamerstuk 32402, 447, p. 21. (Nota van toelichting)

¹⁷³ Van deze 6-weken termijn mag in onderling overleg met de cliënt worden afgeweken.

¹⁷⁴ Dit kan het geval zijn als een klacht zodanig complex is dat bijvoorbeeld veel mensen gehoord moeten worden in kader van het onderzoek.

¹⁷⁵ Handelingen I 2015/16, 2, item 8, p. 55.

¹⁷⁶ Handelingen I 2015/16, 2, item 8, p. 44.

een definitief oordeel gegeven kan worden.¹⁷⁷ Kortom, vooral van belang is de intentie om de klacht zo spoedig mogelijk af te handelen. Indien de cliënt niet instemt met de bemiddeling van de klachtenfunctionaris gaat de termijn van zes weken pas lopen vanaf het moment van ontvangst van de schriftelijke klacht. Het ziekenhuis moet over zijn oordeel voor het verstrijken van de zes- of tien-weken-termijn schriftelijk mededeling doen aan de klager. Of deze mededeling ook gedaan moeten worden binnen zes weken is niet duidelijk.

Het oordeel van de zorgaanbieder

Er bestaat nog onduidelijkheid wat onder de definitie en reikwijdte van de term oordeel moeten worden verstaan. Volgens de heer de Groot, wetgevingsjurist bij het ministerie van VWS, hoeft een oordeel in de praktijk niet perse een formeel besluit van de Raad van Bestuur te zijn.¹⁷⁸ Een oordeel kan ook een bevestiging van het ziekenhuis zijn, waarin hij aangeeft dat de zes-weken termijn verlengd wordt, omdat met de patiënt afgesproken is dat er een mediation-traject wordt gestart of dat er nog een deskundige wordt ingeschakeld. Kortom, aan een oordeel van het ziekenhuis moet geen hoge eis gesteld worden. Iedere afrondende constatering kan een oordeel in de zin van de Wkkgz zijn.

Indien het ziekenhuis een oordeel heeft over de klacht, dient dit oordeel schriftelijk aan de klager te worden medegedeeld.¹⁷⁹ Indien het oordeel een gegrond- of ongegrondverklaring is, moet de schriftelijke mededeling aan de klager evenwel maatregelen bevatten die het ziekenhuis naar aanleiding van de klacht heeft genomen. Daarnaast moet het ziekenhuis bij zijn oordeel aangeven binnen welke termijn de maatregelen worden gerealiseerd.¹⁸⁰

Zorgvuldigheid

Niet onbelangrijk, en daarom ook wettelijk vastgelegd, is dat een klacht zorgvuldig wordt onderzocht.¹⁸¹ Dit impliceert in ieder geval dat het oordeel over de klacht zo neutraal mogelijk is en hoor- en wederhoor wordt toegepast bij de klachtenbehandeling. Daarnaast moet de cliënt van de voortgang van de behandeling van de klacht op de hoogte worden gehouden.¹⁸² Voorts moet de behandeling van de klacht gericht zijn op een voor de klager en het ziekenhuis bevredigende oplossing.¹⁸³

Aansluiting bij een erkende geschilleninstantie

In eerste instantie moet met de klachtenregeling van het ziekenhuis worden beoogd dat de klacht intern wordt afgehandeld. Met andere woorden: het ziekenhuis moet haar klachtenbehandeling op zodanige wijze organiseren dat zoveel mogelijk klachten op een laagdrempelige manier tot een bevredigende oplossing leiden voor de cliënt. In sommige gevallen bestaat er echter behoefte om het oordeel van een onafhankelijke derde in te roepen. De cliënt kan dan een civiele procedure volgen. Deze procedures zijn echter kostbaar en duren vaak lang. Voor de cliënt vormt dit een barrière als hij schending van zijn rechten aan de orde wil stellen. Veel cliënten hechten dan ook waarde aan een snelle, eenvoudige, laagdrempelige en goedkope wijze van geschillenbeslechting. Met de komst van de Wkkgz biedt de wetgever de cliënt in bepaalde gevallen het recht op een snelle, laagdrempelige en goedkope mogelijkheid om een bindende uitspraak te krijgen over een geschil.¹⁸⁴

De aansluiting bij de geschilleninstantie

De wettelijke bepalingen over de geschilleninstantie staan in hoofdstuk drie, paragraaf twee, van de Wkkgz. De geschilleninstantie moet voldoen aan de vereisten in deze paragraaf.¹⁸⁵ Op grond van artikel 18 lid 1 jo. 18 lid 2 jo. 18 lid 3 Wkkgz moet het ziekenhuis zich aansluiten bij een door onze minister erkende geschilleninstantie die op grond van art. 19 lid 2 Wkkgz is ingesteld door een of meer representatief te achten cliëntenorganisaties en een of meer representatief te achten organisaties van zorgaanbieders.¹⁸⁶ De representatief te achten organisatie bestaat in ieder geval uit landelijke brancheorganisaties, waaronder de Nvz, en de landelijke cliëntenorganisaties, waaronder NPCF en Zorgbelang.¹⁸⁷ Buiten de zojuist genoemde organisaties, kunnen ook andere organisaties, die het

¹⁷⁷ Kamerstukken I 2014/15, 32402, O, p. 8.

¹⁷⁸ Bijeenkomst NVZ d.d. 19 april 2016.

¹⁷⁹ Art. 17 lid 1 Wkkgz

¹⁸⁰ Art. 17 lid 1 Wkkgz

¹⁸¹ Art. 16 lid 1 Wkkgz

¹⁸² Art. 16 lid 3 Wkkgz

¹⁸³ Art. 16 lid 2 Wkkgz

¹⁸⁴ Kamerstukken II 2009/10, 32402, 3, p. 55. (MvT)

¹⁸⁵ Art. 18 lid 1 Wkkgz

¹⁸⁶ Voor de erkenning van de geschilleninstantie en de erkenningseisen wordt verwezen naar de Uitvoeringsregeling Wkkgz.

¹⁸⁷ Een samenwerkingsverband tussen cliëntenraden wordt niet als representatief geacht in het kader van artikel 19 lid 2 Wkkgz omdat deze organisaties het belang van cliënten in één zorginstelling hebben. Zij behartigen niet de belangen van cliënten in algemene zin.

vereiste van representativiteit bezitten, een geschilleninstantie inrichten.¹⁸⁸ De mogelijkheid om een geschil aan de geschilleninstantie voor te leggen, moet op een daarvoor geschikte wijze onder de aandacht van de cliënt en de vertegenwoordigers van de cliënt worden gebracht.¹⁸⁹

Taak geschilleninstantie

De geschilleninstantie heeft als taak geschillen over gedragingen van het ziekenhuis jegens de cliënt te beslechten.¹⁹⁰ Een geschil kan bestaan uit een klacht, een verzoek tot toekenning van schadevergoeding (hierna: claim) of een combinatie van een klacht en een claim. De geschilleninstantie beoordeelt claims tot een bedrag van in ieder geval € 25.000.¹⁹¹ De cliënt beoordeelt zelf of hij de claim bij de geschilleninstantie dan wel de burgerlijk rechter voor wil leggen.

Voorleggen van geschil aan de geschilleninstantie

Een geschil met het ziekenhuis kan schriftelijk ter beslechting aan de aangesloten geschilleninstantie worden voorgelegd door de cliënt zelf, een nabestaande van de overleden cliënt dan wel een vertegenwoordiger van de cliënt. Deze mogelijkheid bestaat indien het ziekenhuis niet aan de vereisten uit paragraaf 1 van hoofdstuk 3, inzake klachtenbehandeling, voldoet.¹⁹² Ten tweede kan een geschil aan de geschilleninstantie worden voorgelegd indien de cliënt het inhoudelijk niet eens is met de wijze waarop zijn klacht is afgedaan.¹⁹³ Hoewel het bij de geschilleninstantie niet gaat om een procedure bij de rechter, kan de geschilleninstantie in dat geval dienen als hoger beroepsinstantie. Ten derde is het op grond van artikel 21 lid 1 sub c Wkkgz mogelijk dat de cliënt zich rechtstreeks (zonder de klachtenbehandeling van het ziekenhuis te hebben doorlopen) tot de geschilleninstantie wend. Deze mogelijkheid bestaat indien van de cliënt in alle redelijkheid niet kan worden verlangd dat hij de klachtenprocedure van het ziekenhuis doorloopt.¹⁹⁴ Hierbij kan gedacht worden aan seksueel misbruik van de cliënt door de zorgverlener.¹⁹⁵ Op grond van artikel 21 lid 2 Wkkgz kan een persoon die ten onrechte niet als vertegenwoordiger is beschouwd door het ziekenhuis ook een geschil aanwenden bij de geschilleninstantie. Tot slot kan ook een vereniging of stichting die op grond van statuten een in het geding zijnd belang behartigen zich tot de geschilleninstantie wenden met een geschil (behoudens van claims).¹⁹⁶ Een voorbeeld van zo'n vereniging of stichting kan bijvoorbeeld een patiëntenorganisatie of een cliëntenraad zijn.

Uitspraak geschilleninstantie

De geschilleninstantie doet uitspraak binnen zes maanden.¹⁹⁷ In spoedgevallen kan de uitspraak eerder worden gedaan.¹⁹⁸ De spoedeisendheid hangt af van de aard van het geschil en de daarbij betrokken belangen.¹⁹⁹ Uitspraken van de geschilleninstantie vormen een bindend advies.²⁰⁰ Dit laat onverlet dat de geschilleninstantie ook op een andere wijze het geschil kan oplossen.²⁰¹

Bindend advies

Naar Nederlands recht is een bindend advies een beslissing die wordt genomen krachtens een vaststellingsovereenkomst (artikel 7:900 BW). Het bindend advies is een beslissing waarin wordt geconcretiseerd welke verbintenissen partijen op zich hebben genomen bij hun vaststellingsovereenkomst.

Reikwijdte vaststellingsovereenkomst

Indien een cliënt besluit om zijn geschil aan de geschilleninstantie voor te leggen, komt daarmee dus een vaststellingsovereenkomst tot stand. Partijen komen daarin overeen dat de uitspraak van de geschilleninstantie als een bindend advies wordt gekwalificeerd. Indien de geschilleninstantie bevoegd is in een bindend advies te oordelen dat *geen goede zorg is verleend*, lijkt in beginsel de

¹⁸⁸ 'Representatieve organisaties', Nvz, nvz-ziekenhuizen.nl (zoek op *geschilleninstantie*) (geraadpleegd april 2016)

¹⁸⁹ Art. 18 lid 5 Wkkgz; De wet geeft geen aanwijzingen op welke wijze aan deze verplichting invulling moet worden gegeven.

¹⁹⁰ Art. 19 lid 1 Wkkgz

¹⁹¹ Art. 20 Wkkgz; Nog niet bekend is of dit bedrag inclusief alle kosten van de procedure is.

¹⁹² Art. 21 lid 1 sub a Wkkgz; Hier kan bijvoorbeeld sprake van zijn indien het ziekenhuis geen klachtenregeling heeft getroffen of indien over de klacht niet binnen de termijn (van 6 weken of langer indien overleg met de cliënt is geweest) een oordeel is gegeven.

¹⁹³ Art. 21 lid 1 sub b Wkkgz; Dit doet zich voor als het ziekenhuis met de klachtenafhandeling de klacht van de cliënt onvoldoende weg heeft weten te nemen.

¹⁹⁴ Art. 21 lid 1 sub c Wkkgz; Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij seksueel misbruik door een zorgverlener van het ziekenhuis.

¹⁹⁵ Kastelein, *De Wkkgz is er: een nieuwe klachten- en claimregeling in de zorg!* 2016/69.

¹⁹⁶ Art. 21 lid 3 Wkkgz

¹⁹⁷ Art. 22 lid 1 Wkkgz; De termijn van 6 maanden begint te lopen vanaf het moment dat het geschil schriftelijk is voorgelegd aan de geschilleninstantie.

¹⁹⁸ Art. 22 lid 2 Wkkgz

¹⁹⁹ *Kamerstukken II* 2012/13, 32402, 12, p. 30. (Toelichting – Nota van wijziging); De wetgeschiedenis geeft geen duidelijkheid over wat onder een spoedgeval kan worden verstaan.

²⁰⁰ Uit de regeling van de geschilleninstantie zal moeten blijken wat zij verstaan onder een spoedgeval.

²⁰¹ Art. 20 Wkkgz

²⁰¹ Bijvoorbeeld door middel van mediation.

aansprakelijkheid van het ziekenhuis vast te staan. Het bindend advies kan daarna slechts door de rechter worden vernietigd indien de wijze van totstandkoming dan wel de inhoud van het advies niet redelijk is.²⁰²

Het ziekenhuis kan in beginsel wel vernietiging van het bindend advies vorderen, maar de vraag is of deze vordering slaagt. Het bindend advies van de geschilleninstantie zal namelijk alleen worden vernietigd indien de gebondenheid aan de overeenkomst, gelet op de inhoud of wijze van totstandkoming, naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Gezien het voorgaande lijkt het voor het ziekenhuis dus bijna onmogelijk om in hoger beroep te komen tegen dit bindend advies van de geschilleninstantie.

2.4 Tussenconclusie

Hierboven is een overzicht gegeven van de op 1 januari 2016 in werking getreden Wkkgz en de daarbij behorende nieuwe verplichtingen voor het ziekenhuis. Naast ziekenhuizen vallen ook de zorgverleners en cliënten onder de reikwijdte van de Wkkgz. Het MSB valt niet onder de definitie instelling en is dus geen zorgaanbieder in de zin van de Wkkgz. De Wkkgz stelt regels ter bevordering van de kwaliteit van zorg, normen ter versterking van de positie van de cliënt, bepalingen over het functioneren van medewerkers van zorginstellingen en regels omtrent klachten en geschillen. Daarnaast stelt de wet voor een aantal verplichtingen overgangstermijnen. Zo geldt voor het VIM-systeem een overgangstermijn van een half jaar. De bestaande schriftelijke overeenkomsten moeten per 1 januari 2017 aan de eisen uit de Wkkgz voldoen. Het ziekenhuis krijgt eveneens tot 1 januari 2017 de tijd om een klachtenregeling voor de opvang en afhandeling van klachten (conform de eisen van de Wkkgz) te treffen en zich aan te sluiten bij de geschilleninstantie. De overige verplichtingen: goede zorg, keuze-informatie, informatieplicht over incidenten, uitbreiding meldplicht – geweld in de zorgrelatie, vergewisplicht, VOG-plicht en de uitbreiding meldplicht – ontslag wegens ernstig disfunctioneren, kennen geen overgangstermijn. Dit betekent dat deze verplichtingen per 1 januari 2016 al van toepassing zijn op het ziekenhuis. Het ziekenhuis moet haar huidige beleid dus enerzijds, voor de verplichtingen die per 1 januari gelden, en anderzijds voor de verplichtingen die een overgangstermijn kennen, conformeren aan de nieuwe verplichtingen uit de Wkkgz. In het volgende hoofdstuk wordt het huidige beleid van het ziekenhuis uiteengezet, waarna in hoofdstuk drie wordt besproken wat het ziekenhuis aan haar huidige beleid moet veranderen om aan de Wkkgz te voldoen.

²⁰² Art. 7:904 lid 1 BW

Hoofdstuk 3: Huidige beleid Bravis ziekenhuis ten aanzien van kwaliteit, klachten en geschillen

In dit hoofdstuk staat de volgende deelvraag centraal: *Wat is het huidige beleid van het Bravis ziekenhuis ten aanzien van kwaliteit, klachten en geschillen?*

Hieronder zal daarom het beleid van het Bravis ziekenhuis met betrekking tot kwaliteit, klachten en geschillen uiteen worden gezet. Per *nieuwe* wettelijke verplichting uit de Wkkgz zal achtereenvolgens worden bekeken welk beleid het Bravis ziekenhuis op dat punt hanteert. De beantwoording van deze deelvraag is mede tot stand gekomen door de informatie die vanuit de praktijk is verzameld. De interviews, die in het kader van deze deelvraag zijn afgenomen, vormen dan ook de basis voor het schrijven van dit hoofdstuk. Om deze reden wordt niet bij elke paragraaf verwezen naar de interviews. Dit wordt enkel gedaan als het de tekst in dit hoofdstuk nader kan ondersteunen. Opmerking verdient dat tijdens het interview met dhr. mr. A. Mattheussens niets gevraagd is over het huidige beleid van het Bravis ziekenhuis, omdat deze persoon een onafhankelijke positie inneemt ten opzichte van het Bravis ziekenhuis. Dit interview is desalniettemin zeker van toegevoegde waarde voor dit onderzoek, omdat dit interview heeft bijgedragen aan het formuleren van een aantal aanbevelingen voor dit onderzoek. Alle interviews zijn achtereenvolgens na te lezen in bijlage 3 tot en met 8 van dit onderzoek.

Voor de overzichtelijkheid wordt dit hoofdstuk op dezelfde wijze opgebouwd als hoofdstuk 2.

3.1 Bepalingen ter bevordering van kwaliteit van zorg

De verplichting tot het verlenen van goede zorg

De nieuwe aspecten van goede zorg: *cliëntgericht* en *veilig* komen tot uitdrukking in het *dynamisch beleidsplan* van het Bravis ziekenhuis. De overige aspecten van goede zorg (doeltreffend, doelmatig, tijdig en afstemming) komen voor het Bravis ziekenhuis met name tot uitdrukking in de *visie*, de *kernwaarden*, het *dynamisch beleidsplan* en *prestatie- en kwaliteitsindicatoren*. Daarnaast komt goede zorg tot uiting in de normen die door het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg worden gesteld aan zorgverlening.²⁰³

cliëntgericht en veilig uit veldonderzoek

In het kader van de nieuwe normen die de Wkkgz stelt (met betrekking tot de aspecten cliëntgericht en veilig), is tijdens veldonderzoek gevraagd wat diverse personen onder deze nieuwe aspecten verstaan. Naar aanleiding van het veldonderzoek kan worden geconcludeerd dat veiligheid geen vaste definitie kent binnen het Bravis ziekenhuis. Volgens de heer A. van Gool is veiligheid terug te vinden in een aantal elementen (bijvoorbeeld het VIM-systeem). Daarnaast moet de zorg geëvalueerd kunnen worden, men moet openstaan voor knelpunten en bereid zijn om iets aan die knelpunten te doen.²⁰⁴ De heer C. van Beek vindt veiligheid een belangrijk aspect van de zorg. De definitie die hij eraan geeft is dat er vooral regelingen moeten zijn die de patiëntveiligheid borgen.²⁰⁵ Mevrouw J. van Vliet vindt het vooral belangrijk dat je voor cliënten de goede dingen doet en dat je die dingen ook goed doet. Echter wordt veiligheid vaak ook aangenomen als iets vanzelfsprekends. Volgens haar is het een enorme uitdaging om met veel mensen, in een complexe organisatie, veiligheid te garanderen.²⁰⁶ Mevrouw G. Wijma verstaat onder veilige zorg: *‘Veilige zorg betekent dat je de patiënt geen schade doet’*.²⁰⁷ Over het aspect cliëntgerichtheid zijn de meeste veldpartijen eenduidig: *‘Stel de patiënt niet alleen centraal, maar verdiep je in de gedachten van de patiënt en help de patiënt waar dat nodig is’*.

Het standpunt van mevrouw van Vliet met betrekking tot veiligheid sluit mooi aan bij de gedachte van de Wkkgz. Tot aan de inwerkingtreding was veilige zorg wel iets waar rekening mee gehouden moest worden en waar de IGZ op controleerde, maar het was geen wettelijke verplichting om veilige zorg te bieden aan de cliënt. Met andere woorden: het was vanzelfsprekend dat veilige zorg geboden werd.

²⁰³ Bijlage 7 (interview met dhr. J. Oostenbrink)

²⁰⁴ Bijlage 3 (interview met dhr. A. van Gool)

²⁰⁵ Bijlage 4 (interview met dhr. C. van Beek)

²⁰⁶ Bijlage 5 (interview met mevr. J. van Vliet)

²⁰⁷ Bijlage 8 (interview met mevr. G. Wijma)

Visie

De visie van het Bravis ziekenhuis is terug te vinden in het visiedocument *Visie op de ziekenhuiszorg in West-Brabant*. Goede zorg wordt in dit visiedocument betiteld als:

- Samen zorgdragen voor continuïteit, toegankelijkheid en (verantwoorde) kwaliteit van de ziekenhuiszorg voor de patiënten in West-Brabant;
- Tegemoet komen aan kwaliteitseisen en volumennormen van externe partijen, zoals de wetenschappelijke verenigingen, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de zorgverzekeraars;
- Concentratie van zorg regelen waar dit noodzakelijk en mogelijk is;
- Waar mogelijk ondersteunende diensten en afdelingen samenvoegen, ter verbetering van de efficiency.

Kernwaarden

Goede zorg wordt door het Bravis ziekenhuis ook tot uiting gebracht in zijn kernwaarden. De kernwaarden van het Bravis ziekenhuis komen terug in het *Kernwaardenboekje* met de klantbelofte **'samen doen waar we goed in zijn'**. In dit *Kernwaardenboekje* staan de kernwaarden: deskundig, verbindend, lef en vrij centraal. Daarnaast heeft het Bravis ziekenhuis ook een *kernwaarden kaartje*. Op dit kaartje wordt voornamelijk de cliëntgerichtheid van het Bravis ziekenhuis benadrukt.

Dynamisch beleidsplan

In het *dynamisch beleidsplan* van het Bravis ziekenhuis worden ambities, kernwaarden, marktpositionering en strategische doelen voor de komende twee jaar gesteld. De naam dynamisch betekent dat het plan zal kunnen en moeten meebewegen met de ontwikkelingen van buitenaf.²⁰⁸ Zo'n ontwikkeling kan bijvoorbeeld nieuwe regelgeving als de Wkkgz zijn.

In het *dynamisch beleidsplan* komen de begrippen *cliëntgericht* en *veilig* terug in strategische programma's waar het Bravis ziekenhuis zich de komende jaren op richt. Twee van de in totaal vijf strategische programma's richten zich op *cliëntgerichtheid* en *veiligheid*. De twee strategische programma's worden in het dynamisch beleidsplan bestempeld als:

1. Versterken van de patiënt;
2. Kwaliteit en veiligheid.

Prestatie- en kwaliteitsindicatoren

De prestatie- en kwaliteitsindicatoren komen vooral tot uitdrukking in het *Kwaliteitsvenster* en uit *klanttevredenheidsonderzoeken*. Het kwaliteitsvenster biedt inzicht in tien kwaliteitsthema's, namelijk: cliëntervaringen, wachttijden, risicovolle operaties, controle medicijnen, werk van artsen, pijnscore, keurmerken, sterftcijfers, infecties en tevredenheid van medewerkers. De cliënt vindt per kwaliteitsthema betrouwbare informatie en cijfers/percentages over de kwaliteitskenmerken van het Bravis ziekenhuis. Het venster is zowel voor de vestiging in Bergen op Zoom als de vestiging in Roosendaal te vinden op de website van het Bravis ziekenhuis. Door het inzichtelijk maken van de gemeten prestaties wordt de transparantie van kwaliteit volgens het Bravis ziekenhuis vergroot. Het Bravis ziekenhuis wil met deze transparantie de cliënt de mogelijkheid bieden om basis van kwaliteit te kiezen voor zijn zorgverlening.²⁰⁹

Naast het *Kwaliteitsvenster* peilt het Bravis ziekenhuis de kwaliteit van zijn zorgverlening door middel van klanttevredenheidsonderzoeken.

Verplichting tot het intern melden van incidenten

In verband met de fusie van het voormalige Lievensberg ziekenhuis te Bergen op Zoom en het Franciscus ziekenhuis te Roosendaal bestaan nu nog twee wijzen van veilig incident melden. In Bergen op Zoom worden met betrekking tot het veilig incident melden de volgende regelingen gehanteerd: *Reglement VIM-commissie*, *Reglement centrale VIM-commissie*, *Werkwijze VIM* en *Handleiding Veilig Incident Melden*. Roosendaal kent op dit moment één reglement met betrekking tot het intern melden van incidenten: *Veilig incident melden Reglement Franciscus ziekenhuis Roosendaal*. In deze paragraaf wordt gekeken of het beleid van zowel Bergen op Zoom als Roosendaal voldoet aan het bepaalde in de Wkkgz.

²⁰⁸ Bijlage 5 (interview met mevr. J. van Vliet)

²⁰⁹ 'Kwaliteit', Bravis, bravisziekenhuis.nl (zoek op Over Bravis – Kwaliteit) (geraadpleegd april 2016)

Het ziekenhuis voldoet op dit moment aan de eis van het hebben van een VIM-systeem. Aan deze verplichting heeft het ziekenhuis op dit moment dus voldaan. Hieronder wordt beschreven of zij ook aan het bepaalde in het Uitvoeringsbesluit Wkkgz voldoen.

- Artikel 6.1 lid 1 onder a: het VIM-systeem bevat in ieder geval regels over de wijze waarop binnen de organisatie incidenten in kaart worden gebracht en gemeld.

In het beleid *Reglement VIM-commissie* wordt onder het kopje *rapportage* beschreven hoe incidenten in kaart worden gebracht. De centrale VIM-commissie heeft in haar beleid *Reglement Centrale VIM-commissie* ook een kopje *rapportage* opgenomen waarin wordt gemeld hoe incidenten in kaart worden gebracht. Over de wijze waarop incidenten worden gemeld maakt het Bravis ziekenhuis gebruik van een *Handleiding Veilig Incident Melden (VIM)*.²¹⁰ In deze handleiding staat stap voor stap op welke wijze een incident in het VIM-systeem kan worden gemeld.

In het beleid *Veilig Incident Melden Reglement Franciscus ziekenhuis Roosendaal* wordt onder het kopje *VIM-team* beschreven op welke wijze de VIM-teams de meldingen in kaart brengen. In ditzelfde reglement staat onder het kopje *Centrale VIM-commissie* hoe zij incidenten in kaart brengen. Over de wijze waarop incidenten worden gemeld wordt kort ingegaan onder punt 4 (betiteld: VIM-procedure). Het Bravis ziekenhuis hanteert hier dus geen aparte handleiding voor.

- Artikel 6.1 lid 1 onder b: het VIM-systeem bevat in ieder geval regels over de wijze waarop binnen de organisatie incidenten, met inschakeling van de daarbij betrokken zorgverlener, collega's en andere deskundigen, worden onderzocht.

De wijze waarop incidenten worden onderzocht, wordt in het *Reglement VIM-commissie* beschreven onder het kopje *werkwijze*. VIM-meldingen worden door de voorzitter van de VIM-commissie beoordeeld middels een risicomatrix. Deze risicomatrix wordt gebruikt om aan te geven wat de ernst en de frequentie van het incident is. Scores van één tot en met drie worden afgehandeld door de VIM-commissie op de afdeling. Scores van vier en afdelingsoverstijgende meldingen worden binnen een termijn van twee weken doorgestuurd naar de centrale VIM-commissie voor verdere afhandeling.

Indien de melding bij de centrale VIM-commissie komt, regelt het *Reglement Centrale VIM-commissie* eveneens onder het kopje *werkwijze*, hoe de centrale VIM-commissie meldingen onderzoekt. De centrale VIM-commissie adviseert de Raad van Bestuur en de Vereniging Medische Staf omtrent het al dan niet over gaan tot het treffen van noodzakelijke maatregelen. Voorts wordt in het beleid *Werkwijze VIM* per risicomatrix-score beschreven wat de te ondernemen acties zijn.

In het beleid *Veilig Incident Melden Reglement Franciscus ziekenhuis Roosendaal* wordt onder het kopje *VIM-procedure* beschreven hoe een incidentmelding wordt onderzocht. Zodra een melding op de afdeling bij het VIM-team terecht komt, wordt door het VIM-team een risicomatrix ingevuld. De risicomatrix van Roosendaal werkt niet, zoals in Bergen op Zoom, met getallen maar met kleuren. De kleur 'rood' geeft aan dat het om een melding gaat die extreme consequenties heeft en waarbij de kans op herhaling vrijwel zeker is. Om de frequentie en het herhalingsrisico te bepalen zijn, naast de tabel van de risicomatrix, nog twee informatieve tabellen in het reglement opgenomen. In de tabellen wordt aan de hand van de grootte van het gevolg en de hoogte van het herhalingsrisico bepaald wat zowel de consequentie als het herhalingsrisico inhoudt. Daarnaast wordt nog een tabel weergegeven waarin per kleur wordt aangegeven wat de te ondernemen acties zijn en door wie deze acties gedaan moeten worden. Meldingen van incidenten in de categorie 'oranje' en 'rood' en incidenten die zich in korte tijd meermaals herhalen worden middels de Prevention and Recovery Information Systeem for Monitoring and Analysis (hierna: PRISMA-methode) geanalyseerd.²¹¹ Daarbij moet dan verplicht een oorzakenboom worden gemaakt. Na de analyse van een melding beslist het VIM-team of er een verbeteractie uiteengezet dient te worden. Bij het uiteenzetten van een verbeteracties wordt eveneens een Plan Do Check Act plan (hierna: PDCA) geregistreerd in het VIM-systeem. Indien de PDCA op zijn minst één keer is doorlopen, kan de melding worden afgehandeld door het VIM-team. Indien de verbeteracties voldoende worden geacht, wordt geen verdere actie ondernomen door de Centrale VIM-commissie. Indien de centrale VIM-commissie tot de conclusie komt dat een melding niet goed is afgehandeld, wordt hiervan een rapportage gemaakt aan de Raad van Bestuur. Tot slot neemt het afdelingshoofd doeltreffende maatregelen om het incident in de toekomst te voorkomen.

²¹⁰ De medische staf zal per Medisch Specialistisch Bedrijf een vorm vinden om het vimen vorm te geven.

²¹¹ PRISMA is een bepaalde methode van onderzoek.

- Artikel 6.1 lid 1 onder c: het VIM-systeem bevat in ieder geval regels over de wijze waarop binnen de organisatie zo snel mogelijk wordt besloten over de (op basis van het onderzoek van een melding) te nemen maatregelen.

In het *Reglement VIM-commissie* wordt onder het kopje *besluitvorming* beschreven dat meldingen met de categorie 1,2 en 3 binnen twee weken afgehandeld moeten zijn. Uit het reglement blijkt niet of deze afhandeling inclusief alle verbeteracties is. In het reglement wordt verder niets geregeld over de wijze waarop zo snel mogelijk wordt besloten over de verbeteracties. Dit geldt eveneens voor het *Reglement Centrale VIM-commissie* en *Werkwijze VIM*. Ook in deze beleidsstukken wordt niet beschreven hoe op een zo snel mogelijke manier wordt besloten over de verbeteracties naar aanleiding van een melding. Het *Veilig Incident Melden Reglement Franciscus ziekenhuis Roosendaal* behandelt onder het kopje *VIM-procedure* wel kort dat de centrale VIM-commissie bij een 'rode melding' twee wekelijks bij elkaar komt om de afhandeling van de melding te beoordelen en al dan niet aanbevelingen te geven. Daarna neemt het afdelingshoofd maatregelen.

- Artikel 6.1 lid 1 onder d: het VIM-systeem bevat in ieder geval regels over de wijze waarop binnen de organisatie betrokken zorgverlener en de betrokken zorggroep worden ingelicht over de uitkomsten en conclusies van de analyse.

In het *Reglement VIM-commissie* staat niets over de wijze waarop betrokken zorgverleners en/of zorggroep wordt ingelicht over de uitkomsten en conclusies van de analyse. Wel wordt onder het kopje *rapportage* gesproken over een terugkoppeling naar de afdeling. Wat hierbij teruggekoppeld wordt, is niet duidelijk. Dit zouden dus eventueel de uitkomsten en conclusies van een analyse kunnen zijn. Ook uit het *Reglement Centrale VIM-commissie* is niet duidelijk hoe betrokken zorgverleners/ zorggroepen worden ingelicht over de uitkomsten en conclusies van de analyses. Ook in het *Veilig Incident Melden Reglement Franciscus ziekenhuis Roosendaal* wordt niets uitgelegd over de wijze waarop de uitkomsten en conclusies van de analyse worden besproken met betrokken zorgverleners en zorggroepen.

- Artikel 6.1 lid 2 onder a: een interne procedure melden bevat een aanwijzing van één of meer personen bij wie een incident wordt gemeld.

In eerste instantie wordt de melding gedaan bij één van de zeven inhoudsdeskundigen. In het beleid *Handleiding Veilig Incident Melden (VIM)* worden de inhoudsdeskundigen genoemd. De inhoudsdeskundigen zijn: patiëntveiligheid, medicatieveiligheid, medewerkerveiligheid, apparatuurveiligheid, informatieveiligheid en gebouwveiligheid. In het verdiepende document *Werkwijze inhoudsdeskundigen centrale VIM-commissie* worden, in afwijking van de handleiding, geen inhoudsdeskundigen patiëntveiligheid en medewerkerveiligheid genoemd. In de *Werkwijze inhoudsdeskundigen centrale VIM-commissie* zijn namelijk de volgende inhoudsdeskundigen genoemd: behandeling en verzorging (twee zorgmanagers), fixatie (voorzitter fixatiecommissie), steriele medische hulpmiddelen (DSMH), medicatie (apotheker), medische apparatuur (klinisch fysicus), informatieveiligheid (coördinator informatieveiligheid) en gebouwveiligheid (HHD en HBT).

De inhoudsdeskundige kan de melding doorsturen naar de VIM-commissie. De VIM meldingen met een score van 1 tot en met 3 worden door de voorzitter van de VIM-commissie beoordeeld.²¹² Meldingen met een score van 4 worden door de Centrale VIM-commissie behandeld. In Roosendaal komen in meldingen in eerste instantie op afdelingsniveau terecht bij het VIM-team. Afdelingsoverstijgende meldingen worden behandeld door de betrokken VIM-teams. Meldingen met de kleur 'rood' worden direct zichtbaar voor de centrale VIM-commissie. Ook in Roosendaal wordt op basis van het *Veilig Incident Melden Reglement Franciscus ziekenhuis* gewerkt met inhoudsdeskundigen op het gebied van: bloedproducten, medicatie of medische apparatuur.

- Artikel 6.1 lid 2 onder b: een interne procedure melden bevat een aanwijzing van een toedeling van verantwoordelijkheden aan de personen bij wie de meldingen terecht komen.

De verantwoordelijkheid van de inhoudsdeskundige wordt benoemd in de *Werkwijze inhoudsdeskundige centrale VIM-commissie*. Hierin staat dat de inhoudsdeskundigen gericht actie ondernemen richting zorggroepmanagers en zorgmanagers als daar aanleiding toe is. Daarnaast kunnen zij de Raad van Bestuur adviseren. De VIM-commissie is verantwoordelijk voor de afhandeling van incidenten bij een risicoscore 1,2 of 3. De wijze waarop zij aan deze verantwoording invulling geven

²¹² Bij de instelling van de VIM-commissie is het afdelingshoofd de voorzitter voor een periode van drie jaar. Daarna kiest de VIM-commissie zelf een voorzitter. De VIM meldingen worden door de voorzitter van de VIM-commissie beoordeeld.

staat onder het kopje *taken en functies*. Dit geldt eveneens voor de centrale VIM-commissie. Ook hier wordt onder het kopje *taken en functies* de verantwoording van de centrale VIM-commissie toegedeeld. In het beleid van Roosendaal staan de verantwoordelijkheden minder scherp uitgedrukt in het beleid. Onder het kopje *VIM-team* en het kopje *Centrale VIM-commissie* wordt een korte toelichting gegeven over de verantwoording. Voor de deskundige die een rol speelt bij incidenten op het gebied van bloedproducten, medicatie of medische apparatuur, is geen verantwoordelijkheidstoedeling opgenomen.

- Artikel 6.1 lid 2 onder c: een interne procedure melden bevat uitgangspunten inzake de onafhankelijke oordeelsvorming, deskundigheid en bij- en nascholing van de personen bij wie de meldingen terecht komen.

In het *Reglement VIM-commissie* wordt onder het kopje *bevoegdheden/verplichtingen* de onafhankelijke oordeelsvorming benadrukt. Een lid van de VIM-commissie, die als medewerker feitelijk betrokken is bij een melding, dient zich te onthouden van deelneming aan de VIM-procedure met betrekking tot de melding van die melder. Dezelfde bepaling is terug te vinden in het *Reglement Centrale VIM-Commissie* onder eveneens hetzelfde kopje. Uitgangspunten inzake de deskundigheid worden gegeven onder het kopje *Uitgangspunten* van het *Reglement Centrale VIM-commissie*. Over bij- en nascholing wordt niets gemeld. In het beleid van Roosendaal wordt geen invulling gegeven aan uitgangspunten omtrent onafhankelijke oordeelsvorming, deskundigheid en bij- en nascholing.

- Artikel 6.1 lid 2 onder d: een interne procedure melden bevat waarborgen voor de bescherming van persoonsgegevens, waaronder in elk geval het voorkomen van bovenmatige gegevensverwerking, het zo spoedig mogelijk anonimiseren van gegevens en de beveiliging van het meldingssysteem.

Zowel Bergen op Zoom als Roosendaal heeft hieraan geen invulling gegeven in zijn beleid met betrekking tot het intern melden van incidenten. Waarborgen voor de bescherming van persoonsgegevens, waaronder het verwerken van bovenmatige informatie en de beveiliging van gegevens uit het meldingssysteem worden wel in het Bravis-brede *Informatiebeveiligingsbeleid* en het Bravis-brede *Reglement Informatiebeveiliging voor medewerkers Bravis ziekenhuis* gewaarborgd. Over het zo spoedig mogelijk anonimiseren is niets opgenomen in het huidige VIM-beleid. Volgens mevr. J. van Vliet is een melding echter nooit herleidbaar tot een persoon.²¹³

- Artikel 6.1 lid 2 onder e: een interne procedure melden bevat waarborgen voor de melder en de onder a van dit lid) genoemde personen, tegen de gevolgen voor het naleven van de interne procedure.

Het Bravis ziekenhuis kent een *Klokkenluidersregeling*. In deze regeling wordt gewaarborgd dat iedere medewerker van het ziekenhuis op veilig wijze melding kan doen van misstanden (zo niet intern, dan wel in bepaalde gevallen extern). Dit staat echter los van het bepaalde in artikel 6.1 lid 2 onder e. In dit geval gaat het namelijk om meldingen die voortkomen uit het VIM-systeem. In dat kader is nog niets geregeld in het beleid van het Bravis ziekenhuis.

3.2 Bepalingen ter versterking van de positie van de cliënt

Het recht op keuze-informatie

Aan het recht op keuze-informatie, conform de Wkkgz, wordt door het Bravis ziekenhuis invulling gegeven door digitale informatieverstrekking en informatieverstrekking middels cliëntfolders. Digitaal wordt voornamelijk informatie verstrekt via de website van het Bravis ziekenhuis. Cliëntfolders zijn zowel digitaal als in papiervorm te raadplegen voor de cliënt. De digitale versie van de cliëntfolder kan de cliënt op de website van het Bravis ziekenhuis vinden. De folder in papiervorm vindt de cliënt in het ziekenhuis bij het Patiënten Service Bureau. Daarnaast wordt de cliënt de mogelijkheid geboden om bij één van de medewerkers van het PSB informatie over uiteenlopende onderwerpen te verkrijgen.

Digitale informatie

Digitaal kan de cliënt op de website van het Bravis ziekenhuis informatie vinden over uiteenlopende aspecten van de zorg. In het kader van dit onderzoek wordt enkel ingegaan op de aspecten zoals deze genoemd staan in artikel 10 lid 1 Wkkgz.

²¹³ Bijlage 5 (interview mevr. J. van Vliet)

Informatie over tarieven

Het Bravis ziekenhuis heeft op zijn website een aparte rubriek met *kosten ziekenhuiszorg*.²¹⁴ In deze rubriek wordt informatie verstrekt over tarieven, eigen risico en zorgnota's. Daarnaast wordt er op de pagina verwezen naar diverse documenten waaronder: *de contractafspraken die het ziekenhuis en de zorgverzekeraars tezamen hebben gemaakt over het leveren van zorg, een overzicht van contractspartijen met wie het ziekenhuis vóór 2016 contracten heeft gesloten, een digitale cliëntenfolder over kosten van de ziekenhuiszorg (vestiging Roosendaal), een brochure over de nieuwe zorgnota en een flyer met zes belangrijke vragen over de zorgnota*. Voorts wordt de cliënt op een relatief 'simpele wijze' geïnformeerd over ziekenhuiskosten middels een animatiefilm van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: Nza) (waar naar wordt verwezen op de website).

Cliëntervaringen in de zorg

In het *kwaliteitsvenster*, zoals genoemd in §1 van dit hoofdstuk, is het kwaliteitsthema 'patiëntervaringen' opgenomen.²¹⁵ De patiëntervaringen kunnen zowel voor de vestiging Bergen op Zoom als de vestiging in Roosendaal worden bekeken. Het Bravis ziekenhuis vindt het belangrijk om de ervaringen van patiënten te toetsen. Door de ervaringen van de patiënt te toetsen, kan de zorg nog beter afgestemd worden op de behoefte van de patiënt en kan er gewerkt worden aan verbeterpunten.²¹⁶ Het Bravis ziekenhuis, locatie Roosendaal, peilt zijn cliëntervaringen voornamelijk door middel van cliënttevredenheidsonderzoeken.²¹⁷ Het Bravis ziekenhuis, locatie Bergen op Zoom, peilt met verschillende instrumenten zijn cliëntervaringen, maar voornamelijk met focusgesprekken en door middel van digitale enquêtes.²¹⁸ Zowel voor de locatie Roosendaal als de locatie Bergen op Zoom zijn in het *kwaliteitsvenster* rapportcijfers weergegeven. Dit rapportcijfer is afkomstig van cliënten en geeft een algemene indruk van de ervaring van de cliënten met het betreffende ziekenhuis.

Bewezen werkzaamheid van de geleverde zorg

Op dit moment wordt er op de website van het Bravis ziekenhuis nog niet verwezen naar richtlijnen of websites omtrent de wetenschappelijk bewezen werkzaamheid van zorg.

Wachttijden

In het *kwaliteitsvenster*, zoals genoemd in §1 van dit hoofdstuk, is het kwaliteitsthema 'wachttijden' opgenomen. Elke maand laat het zowel het Bravis ziekenhuis op zijn website zien wat de actuele wachttijden per specialisme zijn. De wachttijden hebben betrekking op een eerste afspraak voor de polikliniek, diagnostiek en veel voorkomende behandelingen (zoals operaties). Daarnaast is per locatie te vinden wat de actuele wachttijden zijn (per specialisme). Voorts laat het Bravis ziekenhuis in een cirkeldiagram (percentueel) zien wat de gemiddelde wachttijd van een behandeling is (gebaseerd op gegevens van het afgelopen jaar).

Uit de Wkkgz voortvloeiende rechten voor de cliënt (op verzoek van de cliënt)

Op dit moment geeft het Bravis ziekenhuis in zijn cliëntenfolders wel informatie over de rechten van de cliënt die voortvloeien uit de WGBO (bijvoorbeeld het recht op informatie en het recht op goed hulpverlenerschap), maar wordt nog geen invulling gegeven aan het geven van informatie over de uit de Wkkgz voortvloeiende rechten voor de cliënt.

Cliëntenfolders

Op dit moment beschikt het Bravis ziekenhuis over de cliëntenfolder *kosten van ziekenhuiszorg* en de folder *U bent onverzekerd, wat nu?*. Over de kwaliteit van zorg binnen het Bravis ziekenhuis wordt enkel in de opnamegids informatie verstrekt. Er bestaat geen aparte folder waarin het Bravis ziekenhuis de cliënt informeert over zijn kwaliteit van zorg.

Informatieplicht over incidenten

Op dit moment is er in de *calamiteitenprocedure patiëntenzorg* van het Bravis ziekenhuis een zekere informatieplicht over incidenten melden opgenomen. Op grond van deze procedure moet de

²¹⁴ 'Kosten ziekenhuiszorg', Bravis, bravisziekenhuis.nl (zoek op *Over Bravis – Kosten ziekenhuiszorg*) (geraadpleegd april 2016)

²¹⁵ Hier wordt het woord patiënt gebruikt omdat dit zo op de website van het Bravis ziekenhuis staat. Men kan hier evenwel cliënt lezen.

²¹⁶ 'Hoe ervaren patiënten het Bravis ziekenhuis, locatie Bergen op Zoom?', Bravis, bravisziekenhuis.nl (zoek op *Over Bravis → kwaliteit → kwaliteitsvenster Bergen op Zoom → patiëntervaringen*) (geraadpleegd maart/april 2016)

²¹⁷ 'Hoe ervaren patiënten het Bravis ziekenhuis, locatie Roosendaal?', Bravis, bravisziekenhuis.nl (zoek op *Over Bravis → kwaliteit → kwaliteitsvenster Roosendaal → patiëntervaringen*) (geraadpleegd maart/april 2016)

²¹⁸ In een focusgesprek praten zes tot acht cliënten met elkaar over hun ervaringen met de zorg van het Bravis ziekenhuis, locatie Bergen op Zoom. De verhalen van cliënten geven een inzicht in hetgeen de cliënt belangrijk vindt en waarom hij of zij dat belangrijk vindt.

hoofdbehandelaar van de patiënt/vertegenwoordiger de patiënt/vertegenwoordiger informeren over een incident dat een (mogelijke) calamiteit is. Indien er sprake is van een calamiteit wordt deze tevens gemeld bij de IGZ.

Uitbreiding meldplicht IGZ – geweld in de zorgrelatie

Zowel het voormalige Franciscus ziekenhuis te Roosendaal als het voormalige Lievensberg ziekenhuis te Bergen op Zoom heeft beleid met betrekking tot geweldsincidenten. Dit beleid heeft echter, in afwijking van het bepaalde in de Wkkgz, betrekking op geweldsincidenten vanuit de cliënt richting de zorgverlener en niet op geweldsincidenten vanuit de zorgverlener richting de cliënt en geweld tussen cliënten onderling. Tot op heden viel de melding seksueel misbruik onder de *calamiteitenprocedure patiëntenzorg*. Met de inwerkingtreding van de Wkkgz is seksueel misbruik uit de *calamiteitenprocedure patiëntenzorg* gehaald, omdat van seksueel misbruik nu een aparte melding moet worden gemaakt bij de IGZ. Op dit moment bestaat er dus nog geen (meldings-)procedure geweld, waaronder seksueel misbruik valt, binnen het Bravis ziekenhuis. Wel heeft zowel het Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom als het Bravis ziekenhuis te Roosendaal algemene gedragscodes. Bergen op Zoom hanteert de *Gedragscode voor patiënten en bezoekers*. Roosendaal hanteert de algemene *Gedragscodes voor medewerkers en specialisten*. In de gedragscodes van beide locaties staan gedragscodes voor medewerkers en gedragscodes voor patiënten en bezoekers. Onder de gedragscode van patiënten en bezoekers wordt agressie en geweld genoemd. Daarnaast heeft de PAAZ-afdeling in het Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom een eigen beleid met betrekking tot grensoverschrijdend gedrag. Voorts leggen artsen binnen het ziekenhuis een artseneed af waarmee zij verklaring zich aan de gedragscodes te houden.

3.3 Bepalingen over het functioneren van medewerkers

Vergewisplicht

Medewerkers

Het Bravis ziekenhuis hanteert de Bravis-brede *Werving- en selectieprocedure* bij het aannemen van nieuwe werknemers. Deze procedure is op alle medewerkers, met uitzondering van de medische staf van toepassing. In de *Werving- en selectieprocedure* is op dit moment nog geen expliciete bepaling opgenomen over de wijze van vergewissen.

Medisch specialisten

De medische staf hanteert drie Bravis-brede procedures voor werving en selectie, te weten: één voor het klein MSB, één voor het groot MSB en één voor de medisch specialisten in dienstverband.²¹⁹ Achtereenvolgens zijn dit de procedures:

- **Klein MSB:** *Werving en Selectie Medisch Specialist lid van een MSB in het Bravis ziekenhuis, niet zijnde een Coöperatie MSB Bravis U.A. ('MSB') + addendum objectieve kwaliteitscriteria + addendum regeling chef du clinique + addendum regeling waarnemer + addendum gastspecialist;*
- **Groot MSB:** *Werving en Selectie Medisch Specialist lid van Coöperatie MSB Bravis U.A. ('MSB') + addendum objectieve kwaliteitscriteria + addendum regeling chef du clinique + addendum regeling waarnemer + addendum gastspecialist;*
- **Specialist in dienstverband:** *Werving en Selectie Medisch specialist in dienstverband van (Stichting) Bravis ziekenhuis + addendum objectieve kwaliteitscriteria + addendum regeling chef du clinique (in dienst van het ziekenhuis) + addendum regeling waarnemer (in dienst van het ziekenhuis) + addendum gastspecialist (in dienst van of ingehuurd door het ziekenhuis).*

In de addenda behorende bij deze procedures zijn de volgende objectieve kwaliteitscriteria opgenomen die een geschikte kandidaat dient aan te leveren:

- Kopie actuele BIG-registratie;
- Kopie actuele RGS-registratie;
- Deelcertificaten (indien van toepassing);

²¹⁹ In het Bravis ziekenhuis zijn op dit moment 7 Medisch Specialistische Bedrijven gevestigd. Één groot Medisch Specialistisch bedrijf en zes kleine Medisch Specialistische Bedrijven. Daarnaast zijn er zeven specialisten in loondienst van het Bravis ziekenhuis (dit zijn dus de specialisten in dienstverband).

- Verklaring van kandidaat over tuchtzaken en klachtenprocedures die aanhangig zijn dan wel de afgelopen 5 jaar aanhangig zijn geweest;
- Positieve recente referenties (na goedkeuring kandidaat).

De informatie die voortvloeit uit de objectieve kwaliteitscriteria moeten bij het klein en het groot MSB door het MSB-bestuur worden gecontroleerd alvorens het MSB-bestuur besluit over de benoembaarheid van de kandidaat. Bij de specialist in dienstverband vindt deze controle plaats door de Raad van Bestuur.

- Addenda klein MSB – chef du clinique, waarnemer, gastspecialist

In het addendum chef du clinique is niets opgenomen over de objectieve kwaliteitscriteria. In het addendum regeling waarnemer worden de objectieve kwaliteitscriteria alleen genoemd bij een dienstverband korter dan zes maanden. Bij een dienstverband langer dan zes maanden worden de objectieve kwaliteitscriteria niet genoemd. In het addendum gastspecialist is eveneens geen bepaling over de objectieve kwaliteitscriteria opgenomen.

- Addenda Groot MSB – chef du clinique, waarnemer, gastspecialist

In het addendum chef du clinique is niets opgenomen over de objectieve kwaliteitscriteria. In het addendum regeling waarnemer worden de objectieve kwaliteitscriteria alleen genoemd bij een dienstverband korter dan zes maanden. Bij een dienstverband langer dan zes maanden worden de objectieve kwaliteitscriteria niet genoemd. In het addendum gastspecialist is eveneens geen bepaling over de objectieve kwaliteitscriteria opgenomen.

- Addenda specialist in dienstverband

In het addendum chef du clinique is niets opgenomen over de objectieve kwaliteitscriteria. In het addendum regeling waarnemer worden de objectieve kwaliteitscriteria alleen genoemd bij een dienstverband korter dan zes maanden. Bij een dienstverband langer dan zes maanden worden de objectieve kwaliteitscriteria niet genoemd. In het addendum gastspecialist is eveneens geen bepaling over de objectieve kwaliteitscriteria opgenomen.

Verklaring omtrent gedrag voor medewerkers in de langdurige- en intramurale geestelijke gezondheidszorg

Op dit moment wordt er voor medewerkers die werkzaam zijn op de PAAZ-afdeling in het Bravis ziekenhuis géén VOG-verklaring opgevraagd. Een uitzondering op het opvragen van een VOG-verklaring geldt voor medewerkers van het Bravis ziekenhuis die structureel gedetacheerd worden naar de Mytyschool. Dit wordt op verzoek van de Mytyschool gedaan.

Uitbreiding meldplicht IGZ – ernstig disfunctioneren

Medewerkers

Op dit moment heeft het Bravis ziekenhuis een *Procedure functioneringsproblemen*. De procedure informeert de leidinggevenden en medewerkers binnen het Bravis ziekenhuis enerzijds welke formele afspraken er zijn indien zich een situatie voordoet dat een medewerker niet of niet meer voldoet aan de bij zijn functie behorende functie-eisen. Anderzijds beschrijft deze procedure hoe in zo'n situatie gehandeld wordt. De procedure beschrijft, in het kader van artikel 8.4 sub c onder 1 en 2 Uitvoeringsbesluit Wkkgz, dat de medewerker in het jaarlijkse functioneringsgesprek en de daaropvolgende vervolggesprekken, tijdig op de hoogte wordt gesteld over zijn of haar functioneringsprobleem. Ook is in deze procedure het verbetertraject met eventuele herplaatsing van de medewerker opgenomen. In de huidige procedure is nog geen meldingsplicht aan de IGZ opgenomen.

Medisch specialisten

Voor de leden van de Medische Staf gelden op dit moment twee procedures omtrent functioneringsproblemen. Bergen op Zoom kent de procedure *Kwaliteitsprocedure borging functioneren leden Medische Staf*. Locatie Roosendaal kent het reglement *Opvolging 'soft signals' bij vermeend disfunctioneren* en het Reglement *mogelijk disfunctionerend specialist*.

De *Kwaliteitsprocedure borging functioneren leden Medische Staf* van Bergen op Zoom is niet bedoeld om disfunctioneren aan het licht te brengen, maar ziet op het vroegtijdig onderkennen van problemen op het gebied van professioneel handelen en/of professioneel gedrag bij een staflid om zo

nodig de handeling of het gedrag van deze stafleden te verbeteren. Deze procedure beschrijft, in het kader van artikel 8.4 sub c onder 1 en 2 Uitvoeringsbesluit Wkkgz, dat het Stafbestuur (nadat het stafbestuur heeft besloten een melding, over het functioneren van een staflid, in behandeling te nemen), het betreffende staflid op de hoogte brengt van de melding omtrent zijn functioneren, nog voordat het verbetertraject wordt gestart. Daarnaast wordt in deze procedure omschreven wat het ziekenhuis doet om het functioneren van het staflid te verbeteren, ofwel: het verbetertraject. In de huidige procedure is nog geen meldingsplicht aan de IGZ opgenomen.

De procedure *Opvolging 'soft signals' bij vermeend disfunctioneren* regelt hoe omgegaan moet worden met signalen en geruchten over een vermeend disfunctionerend medisch specialist. Het *Reglement mogelijk disfunctionerend specialist* beschrijft de procedure om te onderzoeken of er wel of geen sprake is van disfunctioneren. Deze procedure beschrijft in het kader van artikel 8.4 sub c onder 1 en 2 Uitvoeringsbesluit Wkkgz, dat de melder, alvorens hij melding (over mogelijk disfunctioneren van een medisch specialist) doet bij het Stafbestuur, in overleg treedt met de betreffende medisch specialist omtrent zijn mogelijk disfunctioneren. Vervolgens stuurt het Stafbestuur binnen één week na ontvangst van de melding een afschrift van de melding aan de betrokken medisch specialist. Naar aanleiding van de melding wordt onderzoek ingesteld om te bepalen of er wel of geen sprake is van disfunctioneren. Indien er wel sprake is van disfunctioneren wordt dit terstond gemeld aan de betrokken medisch specialist. Daarnaast wordt in deze procedure omschreven wat het ziekenhuis doet om functioneren van de medisch specialist te verbeteren. Evenwel is in deze procedure ook een meldingsplicht aan de IGZ opgenomen.

Voorts beoordelen artsen elkaars werk elke twee jaar middels de landelijke methode Individueel Functioneren Medisch Specialist (hierna: IFMS). Met deze methode verbeteren artsen hun werkzaamheden doordat de feedback die zij van collega's krijgen, wordt besproken. Hiervandaan wordt een persoonlijk ontwikkelplan opgesteld. In vervolggesprekken wordt dan gecontroleerd of de arts zijn werk heeft verbeterd.

Plicht tot het sluiten van een schriftelijke overeenkomst

In deze paragraaf worden samenwerkingsovereenkomst MSB, de ledenovereenkomst en de overeenkomst van opdracht besproken, omdat de arbeidsovereenkomst in beginsel volstaat.²²⁰

In de samenwerkingsovereenkomst MSB zijn in paragraaf drie en vijf achtereenvolgens bepalingen van organisatorische aard als bepalingen van financiële aard opgenomen. De uitvoering van zorg wordt in paragraaf één en paragraaf vier besproken. Afspraken omtrent verantwoording zijn opgenomen in paragraaf zes van de samenwerkingsovereenkomst MSB. Daarentegen is geen bepaling omtrent opzegging wegens disfunctioneren niet opgenomen in de samenwerkingsovereenkomst MSB.

Het Bravis ziekenhuis heeft ervoor gekozen om in de ledenovereenkomst grotendeels te verwijzen naar de bepalingen in de samenwerkingsovereenkomst MSB. De aanwijzingen van financiële en organisatorische aard zijn voornamelijk terug te lezen in artikel 4 lid 4, artikel 6 en artikel 7 van de ledenovereenkomst. Over de uitvoering van zorg wordt uitvoerig gesproken in artikel 4 en artikel 5 van de ledenovereenkomst. Afspraken omtrent verantwoording zijn opgenomen in artikel 4 lid 2 van de ledenovereenkomst. In de ledenovereenkomst is in artikel 10 betreffende *opzegging en beëindiging* geen bepaling opgenomen omtrent het opzeggen van de overeenkomst in verband met disfunctioneren.

In de overeenkomst van opdracht zijn in artikel 2.2 *Geen arbeidsrechtelijke overeenkomst/onafhankelijkheid* en in artikel 6 *Aansprakelijkheid* bepalingen van organisatorische aard opgenomen. In artikel 3 *Vrijwaring en verrekening*, artikel 4 *Vergoeding* en artikel 5 *Omzetbelasting over de vergoeding* zijn bepalingen opgenomen van financiële aard. Over de uitvoering van zorg wordt gesproken onder het kopje *In aanmerking nemende dat*. Hieronder wordt gezegd dat de opdrachtnemer vrij is om te bepalen op welke wijze de opdracht wordt uitgevoerd. Voorts staat in artikel 2.2 *Geen arbeidsrechtelijke overeenkomst/onafhankelijkheid* dat de opdrachtnemer zijn taken onafhankelijk vervult, binnen de gestelde kaders van het ziekenhuis. Afspraken omtrent verantwoording zijn eveneens opgenomen onder het kopje *In aanmerking nemende dat*. Hieronder wordt vermeld dat de opdrachtnemer en het ziekenhuis gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit en kwantiteit van geboden zorg. De opdrachtnemer als eerstverantwoordelijke en het ziekenhuis als eindverantwoordelijke. In de overeenkomst wordt niets vermeld over een opzeggingsgrond.

²²⁰ Zie hoofdstuk 2.

3.4 Regels ten behoeve van klachten en geschillen

Plicht tot het vaststellen van een klachtenregeling

Op dit moment is de nieuwe klachtenregeling nog niet in werking, omdat deze nog vastgesteld dient te worden. Zodra deze klachtenregeling is vastgesteld met instemming van de cliëntenraad en de klachtenregeling op een geschikte wijze onder de aandacht van de cliënt is gebracht, is voldaan aan het bepaalde in artikel 13 lid 1 jo. artikel 13 lid 2 jo. artikel 13 lid 3 jo. artikel 13 lid 4 Wkkgz. De *klachtenregeling patiënten* is al conform de Wkkgz schriftelijk opgesteld en gericht op een effectieve en laagdrempelige opvang en afhandeling van klachten.

In het Uitvoeringsbesluit zijn, conform artikel 13 lid 5 Wkkgz, voorts een aantal nadere regels vastgelegd met betrekking tot de inhoud van de klachtenregeling. Uit de tekst in de *klachtenregeling patiënten* blijkt dat de klachtenfunctionaris een onpartijdige rol heeft. Daarentegen is in deze regeling niet conform artikel 7.1 sub a Uitvoeringsbesluit Wkkgz een bepaling opgenomen waarin staat dat de klachtenfunctionaris geen klachten mag afhandelen indien hij zelf bij de klacht betrokken is. Wel is in de klachtenregeling, conform artikel 7.1 sub b Uitvoeringsbesluit Wkkgz, in artikel 5.3 *Schriftelijke bemiddeling* en artikel 5.4 *Mondelinge bemiddeling* opgenomen dat de klachtenfunctionaris streeft naar een bevredigend mogelijke oplossing voor de klacht. Daarentegen wordt in de klachtenregeling geen invulling gegeven aan het bepaalde in artikel 7.1 sub c Uitvoeringsbesluit Wkkgz met betrekking tot de onafhankelijkheid van de klachtenfunctionaris.

Op dit moment is in de *klachtenregeling patiënten* nog niet voorzien in integrale en gecoördineerde behandeling van klachten. Er is daarom nog niet voldaan aan het bepaalde in artikel 7.3 Uitvoeringsbesluit Wkkgz. Dit betekent dat er nog geen bepalingen omtrent ketenzorg zijn opgenomen in de *klachtenregeling patiënten*.

De klachtenregeling voldoet op dit moment wel aan het bepaalde in artikel 14 lid 1 Wkkgz. Desalniettemin wordt in de klachtenregeling niet geheel voldaan aan het bepaalde in artikel 14 lid 2 Wkkgz. Op grond van dit artikel kunnen namelijk ook personen die door de ziekenhuis onterecht niet als vertegenwoordiger van de cliënt zijn aangemerkt schriftelijk een klacht indienen. Op dit moment wordt in hoofdstuk 2 slechts gesproken over de cliënt, de naaste en de vertegenwoordiger.

De klachtenregeling voldoet op dit moment niet geheel aan het bepaalde in artikel 15 lid 1 Wkkgz. De klachtenregeling wijst in hoofdstuk vijf wel een klachtenfunctionaris aan, maar in de klachtenregeling wordt niet genoemd dat de klachtenfunctionaris de klager van kosteloos advies voorziet. Voorts komt ook niet voldoende in de klachtenregeling terug dat de klachtenfunctionaris kan adviseren omtrent de indiening en het bijstaan bij het formuleren van een klacht. Wel wordt in de klachtenregeling voldoende waarborg gegeven aan het feit dat de klachtenfunctionaris onderzoek doet naar mogelijkheden om de klacht op te lossen. Dit staat voornamelijk in hoofdstuk vijf van de *klachtenregeling patiënten*. Op dit moment voldoet de klachtenregeling ook niet aan het bepaalde in artikel 15 lid 2 Wkkgz, waarin wordt bepaald dat de klachtenfunctionaris onafhankelijk moet zijn. Hiervoor verwijs ik terug naar alinea twee in deze paragraaf.

Aan het bepaalde in artikel 16 wordt op dit moment wel voldaan. Uit de klachtenregeling blijkt dat zowel bij de klachtenopvang als bij de klachtenbemiddeling als bij de klachtencommissie hoor- en wederhoor wordt toegepast. Tevens wordt er gestreefd naar een tevreden klager. Hiervoor verwijs ik terug naar alinea 2 van deze paragraaf. Tot slot is in de klachtenregeling in paragraaf 5.7 opgenomen dat de klager op de hoogte wordt gehouden van de behandeling van de klacht.

Aan het bepaalde in artikel 17 Wkkgz is nog niet geheel voldaan. De klachtenregeling vermeldt in artikel 5.7 dat de klager binnen zes weken een uitkomst over zijn klacht ontvangt. Daarnaast wordt in dezelfde paragraaf aangegeven dat deze termijn met zes weken kan worden verlengd conform artikel 17 lid 2 Wkkgz. Echter wordt niet aangegeven dat de mededeling binnen zes weken schriftelijk wordt gedaan aan de klager. Eveneens is niet bepaald dat bij verlenging ook een schriftelijke mededeling wordt gedaan.

Aansluiting bij een erkende geschilleninstantie

Op dit moment is het Bravis ziekenhuis aangesloten bij de Landelijke Geschillencommissie Zorginstellingen (hierna: LGZ).²²¹ De LGZ verschilt op verschillende punten met de Wkkgz-geschilleninstantie. De Wkkgz-geschilleninstantie zal dienen als een beroepsinstantie, terwijl de LGZ een los van de Wkkgz geregelde procedure is. Daarnaast kan de LGZ alleen op geld waardeerbare

²²¹ 'Zorginstellingen', *Geschillencommissie*, www.geschillencommissie.nl (zoek op zorginstellingen) (geraadpleegd april 2016)

geschillen behandelen, terwijl de Wkkgz-geschilleninstantie ook over klachten met betrekking tot gedragingen kan oordelen.

Het Bravis ziekenhuis heeft op dit moment nog een overeenkomst met de LGZ. Tot op heden gaan er vanuit het Bravis ziekenhuis geen geschillen naar de LGZ. Met de komst van de geschilleninstantie zal daar volgens alle geïnterviewden weinig verandering in komen. Zij zien allen het nut van de komst van de geschilleninstantie niet in. Sterker nog, de meeste geïnterviewden hebben nog geen idee wat de geschilleninstantie gaat betekenen. De geïnterviewden is ook de vraag voorgelegd om te kiezen tussen een landelijke/regionale en een algemene/per sector ingerichte geschilleninstantie. Op deze vraag werden diverse antwoorden gegeven. Overduidelijk is het standpunt van een sectorgerichte geschilleninstantie. Vrijwel alle geïnterviewden stemden hiermee in. Over de vraag landelijk/regionaal verdeelden de meningen nog sterk.

3.5 Tussenconclusie

In dit hoofdstuk is weergegeven wat het Bravis ziekenhuis op dit moment heeft geregeld ten aanzien van het bepaalde in de Wkkgz. Op dit moment kan geconcludeerd worden dat het huidige beleid van het Bravis ziekenhuis nog niet geheel voldoet aan het bepaalde in de Wkkgz. Dit geldt zowel voor bestaande verplichtingen als voor nieuwe verplichtingen die uit de Wkkgz voortvloeien. Het Bravis ziekenhuis moet dus nog wijzigingen doorvoeren om aan de gestelde verplichtingen uit de Wkkgz en het Uitvoeringsbesluit Wkkgz te voldoen.

Hoofdstuk 4: Wijzigingen huidige beleid Bravis ziekenhuis ten aanzien van kwaliteit, klachten en geschillen

In dit hoofdstuk staat de volgende deelvraag centraal: *Met welke wijzigingen in het huidige beleid kan het Bravis ziekenhuis aan de nieuwe verplichtingen uit de Wkkgz voldoen?*

In dit hoofdstuk wordt daarom per nieuwe wettelijke verplichting worden besproken wat het Bravis ziekenhuis kan/moet wijzigen aan zijn beleid om aan de Wkkgz te voldoen. Voor de overzichtelijkheid wordt dit hoofdstuk op dezelfde wijze opgebouwd als hoofdstuk 2 en 3.

4.1 Bepalingen ter bevordering van kwaliteit van zorg

De verplichting tot het verlenen van goede zorg

Het Bravis ziekenhuis kan de begrippen *cliëntgericht* en *veiligheid* nadrukkelijker borgen in zijn visie en kernwaarden. Het ziekenhuis kan dit doen door in zijn visie en kernwaarden uit te drukken wat zij onder cliëntgericht en veiligheid verstaan. Door een eigen en enigszins eenduidige invulling te geven aan de betekenis van de begrippen kan het Bravis ziekenhuis zichzelf nog meer onderscheiden op het gebied van goede zorg. De begrippen kunnen bijvoorbeeld nader worden uitgedrukt aan de hand van het bepaalde hieromtrent in het dynamisch beleidsplan van het ziekenhuis.

Verplichting tot het intern melden van incidenten

Op dit moment voldoet het bestaande beleid niet geheel aan het bepaalde uit de artikelen 6.1 en 6.2 Uitvoeringsbesluit Wkkgz. Het Bravis ziekenhuis dient ten aanzien van de volgende artikelen het onderstaande te wijzigen.

Artikel 6.1 lid 1 onder a Uitvoeringsbesluit Wkkgz

Het systeem van het Bravis ziekenhuis te Roosendaal geeft op dit moment onvoldoende invulling aan de wijze waarop incidenten moeten worden gemeld binnen het ziekenhuis. Bergen op Zoom geeft daarentegen wel voldoende gehoor aan deze verplichting door middel van een aparte handleiding voor het melden van incidenten. Aan te raden is om deze handleiding in het nieuwe Bravis-brede VIM-beleid te borgen.

Artikel 6.1 lid 1 onder b Uitvoeringsbesluit Wkkgz

Hoewel beide locaties van het Bravis ziekenhuis voldoen aan het bepaalde in dit artikel, is de wijze van onderzoek in Roosendaal helder en overzichtelijk beschreven. Daarbij is de risicomatrix die het ziekenhuis te Roosendaal hanteert op een heldere manier vormgegeven. Deze heldere vormgeving ontbreekt op dit moment in het Bravis ziekenhuis Bergen op Zoom. Het is dus raadzaam om de werkwijze van de vestiging te Roosendaal over te nemen in het nieuwe beleid.

Artikel 6.1 lid 1 onder c Uitvoeringsbesluit Wkkgz

Op beide locaties wordt vrijwel geen invulling gegeven aan deze verplichting. Het is daarom noodzakelijk dat binnen de organisatie wordt vastgesteld op welke wijze zij zo snel mogelijk beslissen over het nemen van verbeteracties.

Artikel 6.1 lid 1 onder d Uitvoeringsbesluit Wkkgz

Het ziekenhuis moet in het nieuwe VIM-beleid duidelijk maken op welke wijze conclusies van een analyse worden besproken met betrokken zorgverleners en zorggroepmanagers. Hiervoor kan het ziekenhuis het beleid van Bergen op Zoom overnemen (uit het *Reglement VIM-commissie*). In dit beleid wordt onder *Rapportage* weergegeven op welke wijze gecommuniceerd wordt naar de afdeling. Deze wijzen van communicatie kan eveneens gebruikt worden voor de communicatie richting zorgverleners en zorggroepmanagers.

Artikel 6.1 lid 2 onder a Uitvoeringsbesluit Wkkgz

Het Bravis ziekenhuis handelt op dit punt in overeenstemming met het bepaalde in het Uitvoeringsbesluit Wkkgz. In Bergen op Zoom wordt gewerkt met inhoudsdeskundigen, VIM-commissies en een centrale VIM-commissie. In de beleidsdocumenten wordt aangegeven wie de inhoudsdeskundigen zijn en uit welke leden de VIM-commissie en centrale VIM-commissie bestaan. In Roosendaal wordt met VIM-teams en een VIM-commissie gewerkt. Aangezien de wet niet verder uitwijkt over het noemen van personen bij naam, lijkt het ziekenhuis in eerste instantie aan deze

verplichting te voldoen. Desalniettemin is het wel van belang dat het Bravis ziekenhuis in het VIM-beleid gaat kiezen voor ofwel een VIM-commissie ofwel een VIM-team. Het ziekenhuis kan hiervoor het beste kiezen voor een VIM-team. Deze definitie schept namelijk het minste verwarring met de Centrale VIM-commissie. Daarnaast is het raadzaam dat het ziekenhuis in het nieuwe VIM-beleid blijft werken met inhoudsdeskundigen. Daarbij is het raadzaam om te kiezen voor inhoudsdeskundigen zoals die op dit moment in Bergen op Zoom werkzaam zijn, omdat Roosendaal slechts een beperkt beleid met betrekking tot inhoudsdeskundigen kent. Dit betekent wel dat het Bravis ziekenhuis de inhoudsdeskundigen, zoals die in de handleiding zijn benoemd, gelijk moet stellen met de inhoudsdeskundigen die in het document *Werkwijze inhoudsdeskundigen centrale VIM-commissie* staan genoemd.

Artikel 6.1 lid 2 onder b Uitvoeringsbesluit Wkkgz

De verantwoordelijkheidstoedeling uit het document *Werkwijze inhoudsdeskundigen centrale VIM-commissie* moet worden overgenomen in het nieuwe VIM-beleid.

Artikel 6.1 lid 2 onder c Uitvoeringsbesluit Wkkgz

Het huidige beleid van Bergen op Zoom lijkt op zowel de onafhankelijke oordeelsvorming als de deskundigheid te voldoen aan het bepaalde in dit artikel. Het enige wat in dit beleid ontbreekt, is een bepaling betreffende de bij- en nascholing van personen bij wie de melding van een incident terecht komt. Een dergelijke bepaling moet dus nog worden geborgd in het beleid. In het beleid van Roosendaal wordt in zijn geheel geen invulling gegeven aan het bepaalde in dit artikel. Het is dus van belang om de bepalingen van Bergen op Zoom over te nemen inclusief een aanvullende bepaling omtrent bij- en nascholing van personen.

Artikel 6.1 lid 2 onder d Uitvoeringsbesluit Wkkgz

Het ziekenhuis moet in het nieuwe VIM-beleid een bepaling opnemen omtrent het voorkomen van bovenmatige gegevensverwerking en de beveiliging van het meldingssysteem. Het ziekenhuis kan hiervoor informatie gebruiken, zoals die in het informatiebeveiligingsbeleid en het reglement informatiebeveiliging voor medewerkers Bravis ziekenhuis is opgenomen. Het is voor het ziekenhuis raadzaam om een dergelijke bepaling expliciet uit te drukken in het VIM-beleid en niet te verwijzen naar het zojuist genoemde beleid en het zojuist genoemde reglement. Bepalingen ten aanzien van veiligheid van het meldingssysteem worden namelijk als zeer belangrijk geacht door de wetgever. Daarnaast moet in het nieuwe VIM-beleid invulling worden gegeven aan een bepaling omtrent het zo spoedig mogelijk anonimiseren van persoonsgegevens.

Artikel 6.1 lid 2 onder e Uitvoeringsbesluit Wkkgz

In het VIM-beleid moet worden opgenomen dat de melders en betrokken zorgverleners beschermt worden tegen de gevolgen van het melden. Dit betekent dat in het VIM-beleid moet worden opgenomen dat gegevens uit het meldingssysteem niet openbaar zullen zijn, niet door de IGZ worden opgevraagd en in beginsel niet mogen worden gebruikt als bewijs voor aansprakelijkheid dan wel schuld. Tevens moet in het VIM-beleid worden opgenomen dat het OM in bepaalde gevallen wel informatie kan gebruiken als strafrechtelijk bewijs. Het is raadzaam dat het Bravis ziekenhuis daarnaast aangeeft dat de bescherming op grond van dit artikel niet geldt voor meldingen die calamiteiten zijn.

4.2 Bepalingen ter versterking van de positie van de cliënt

Het recht op keuze informatie

Het ziekenhuis moet de cliënt/consument ongeacht of er een zorgrelatie is, informeren over de bewezen werkzaamheid van zijn zorg. Dit kan het ziekenhuis doen door op zijn website te verwijzen naar richtlijnen en websites waar de bewezen werkzaamheid van zijn zorg wordt aangetoond. Daarnaast moet het ziekenhuis de cliënt/consument meer informatie geven over de uit de Wkkgz voortvloeiende rechten indien hij of zij een behandelingsovereenkomst aan zal gaan met de betrokken zorgverlener c.q. het ziekenhuis. Het ziekenhuis kan hierbij denken aan het kapstokartikel *goede zorg* en bijvoorbeeld *het recht op informatie over een incident*. Het ziekenhuis moet naast de digitale informatie op de website een fysieke folder maken omtrent de kwaliteit binnen het ziekenhuis. Het is raadzaam om in de cliëntenfolder algemene informatie over de kwaliteit binnen het Bravis ziekenhuis te vermelden en niet de informatie uit het *kwaliteitsvenster*, omdat het *kwaliteitsvenster* informatie bevat

die continue actualisatie verdiend. Wel kan in de cliëntenfolder worden verwezen naar het aanwezige Kwaliteitsvenster op de website van het Bravis ziekenhuis, zodat de cliënt ook de actuele informatie over de kwaliteit van zorg kan volgen. Doordat de folder algemeen gehouden wordt, maar toch wordt verwezen naar het kwaliteitsvenster, hoeft het Bravis ziekenhuis zijn folder niet continue te actualiseren en heeft de cliënt een compleet beeld van de kwaliteit binnen het Bravis ziekenhuis. Tot slot is het raadzaam dat het ziekenhuis in de *Opnamefolder* onder de rubriek *rechten en plichten van de patiënt* de aanvullende informatieplicht (in de Wkkgz: informatieplicht over incidenten) opneemt onder het kopje *recht op informatie*.

Informatieplicht over incidenten

Het ziekenhuis kan deze informatieplicht incident het beste opnemen in de bestaande Bravis-brede *informed consent* procedure. In eerste instantie lijkt het opnemen van de nieuwe informatieplicht in strijd met het bepaalde in de *informed consent* procedure. Waar de *informed consent* procedure ziet op de informatieplicht voorafgaande aan een behandeling of onderzoek door een zorgverlener, ziet de nieuwe informatieplicht over incidenten toe op het geven van informatie over incidenten die zich tijdens een behandeling/onderzoek voordoen. Desalniettemin is het raadzaam om de informatieplicht over incidenten in deze procedure op te nemen, omdat de nieuwe informatieplicht als aanvulling op de eerstgenoemde informatieplicht wordt gezien. Om het zojuist genoemde onderscheid tussen beide informatieverplichtingen te behouden is het raadzaam om voor de informatieplicht over incidenten een nieuwe bepaling op te nemen in het beleid.

In de procedure *informatie en toestemming aan volwassen wilsbekwame patiënten* kan de informatieplicht over incidenten het beste worden opgenomen onder stap (6) *uitvoering onderzoek en/of behandeling*. Door de informatieplicht hier op te nemen, wordt er onderscheid gemaakt tussen de informatie voorafgaande aan de behandeling en de informatieplicht over incidenten ten tijde van de behandeling. Daarnaast moet de informatieplicht over incidenten ook worden opgenomen in de toelichting. Het ziekenhuis wordt aangeraden om hierover een aparte alinea op te nemen onder de alinea die gaat over *de wettelijke informatieplicht*.

In de procedure *Informatie en toestemming aan minderjarige patiënten* kan de informatieplicht over incidenten eveneens om dezelfde reden het beste worden opgenomen onder stap (4) *uitvoering onderzoek en/of behandeling*. Daarnaast moet de informatieplicht ook worden opgenomen in de toelichting. Eveneens wordt aangeraden om hierover een aparte alinea op te nemen onder de alinea die gaat over *de wettelijke informatieplicht*.

De procedure *Informatie en toestemming aan wilsonbekwame patiënten* bevat nog geen stap *uitvoering onderzoek en/of behandeling*. Het ziekenhuis kan deze stap toe voegen in de procedure en daaronder eveneens de informatieplicht over incidenten op te nemen. Daarnaast moet de informatieplicht over incidenten worden opgenomen in de toelichting. Ook in deze procedure kan het ziekenhuis hierover een aparte alinea opnemen onder de alinea die gaat over *de wettelijke informatieplicht*.

Uitbreiding meldplicht IGZ – geweld in de zorgrelatie

Het ziekenhuis kan voor deze verplichting een nieuwe procedure maken waarin zowel het geweld van de zorgverlener jegens de cliënt als het geweld tussen cliënten onderling is opgenomen. Daarbij kan het ziekenhuis de definitie van geweld overnemen zoals deze in de Wkkgz wordt benoemd. Daarnaast moet duidelijk in de procedure worden gedefinieerd dat geweld tussen cliënten onderling enkel moet worden gemeld als de cliënten gedurende een etmaal of dagdeel verblijven in de accommodatie van het ziekenhuis. In deze procedure kan het ziekenhuis tevens de meldplicht aan de IGZ opnemen evenals de wijze van melding aan de IGZ. Voorts kan het ziekenhuis in haar kernwaarden nader specificeren dat geweld in welke relatie dan ook niet getolereerd wordt. Tot slot kan het ziekenhuis de gedragscodes van beide locaties aanpassen. In de gedragscode voor medewerkers kan worden opgenomen dat zorgverleners zich niet moeten uiten in een vorm van agressie of geweld jegens de cliënt. In de gedragscode voor patiënten en bezoekers kan worden opgenomen dat van patiënten onderling wordt verwacht dat zij geen seksuele handelingen jegens elkaar verrichten.

4.3 Bepalingen over het functioneren van medewerkers

Vergewisplicht

Medewerkers

Het ziekenhuis kan in de *Werving en selectieprocedure* een bepaling opnemen waarin staat dat het ziekenhuis bij het werven van nieuwe zorgverleners in ieder geval: referenties opvraagt, het BIG-register raadpleegt (indien een BIG-geregistreerde zorgverlener), tuchtrechtspraken raadpleegt en een VOG-verklaring opvraagt (voor medewerkers op de PAAZ-afdeling in ieder geval verplicht). Daarnaast kan als aanvullende bepaling worden opgenomen dat het ziekenhuis informatie op kan vragen bij de IGZ over het mogelijk disfunctioneren van zorgverleners.

Medisch specialisten

Het ziekenhuis kan voorts in alle *Werving en Selectie Medisch Specialist procedures* het opvragen van referenties verplicht stellen. De huidige 'kan-bepaling' moet dan dus uit de procedure worden gehaald en vervangen worden door een verplichting. Voorts is het raadzaam dat het ziekenhuis in de procedure voor de chef du clinique, de waarnemer als de gastspecialist, opneemt dat de objectieve kwaliteitscriteria moeten worden doorlopen alvorens één van deze personen wordt benoemd, omdat het MSB-bestuur zich dan consequent van eenieder (ongeacht de duur van het dienst verband of de aard van de overeenkomst) op dezelfde wijze vergewist. Omdat het MSB een eigen procedure heeft om zich te vergewissen is het tevens van belang dat het ziekenhuis, als eindverantwoordelijke voor de naleving van deze verplichting, ervoor moet zorgen dat het MSB in ieder geval referenties opvraagt en de objectieve kwaliteitscriteria zorgvuldig in acht neemt bij het vergewissen van nieuwe medisch specialisten. Het is daarom raadzaam om in de samenwerkingsovereenkomsten te verwijzen naar de procedure *Werving en Selectie Medisch Specialist*, zodat de medisch specialisten c.q. het MSB contractueel gebonden zijn deze procedure in acht te nemen.

Verklaring omtrent gedrag voor medewerkers in de langdurige- en intramurale geestelijke gezondheidszorg

Het ziekenhuis kan vanuit arbeidsrechtelijk perspectief in de arbeidsovereenkomst voor medewerkers op de PAAZ-afdeling een VOG-plicht als ontbindende voorwaarde opnemen, zodat wordt voorkomen dat de medewerker zonder een daartoe overlegde VOG-verklaring te werk gaat op de zojuist genoemde afdeling.

Uitbreiding meldplicht IGZ – ernstig disfunctioneren

Medewerkers

De meldplicht omtrent ernstig disfunctioneren moet worden opgenomen in de bestaande *Procedure functioneringsproblemen*. In deze procedure kan naast de melding eveneens de wijze van melding worden opgenomen. Daarnaast kan in de procedure worden opgenomen welke procedure de IGZ doorloopt. Deze procedure is te vinden in het Uitvoeringsbesluit Wkkgz. Tevens is het raadzaam om in deze procedure de term 'disfunctioneren' te definiëren. Hiervoor kan de definitie van disfunctioneren van de IGZ overgenomen worden, aangezien de IGZ de aangewezen instantie is bij wie de melding moet worden gemaakt. Op deze manier wordt voorkomen dat er misstanden ontstaan omtrent het doen van een melding.

Medisch specialisten

De meldplicht omtrent ernstig disfunctioneren kan worden opgenomen in een nieuwe Bravis-brede procedure omtrent het disfunctioneren van medisch specialisten. De bestaande procedures (te weten: de *Kwaliteitsprocedure borging Medisch Specialist* en het *Reglement mogelijk disfunctionerend specialist*) moeten namelijk nog geharmoniseerd worden. Aangezien beide procedures voldoen aan het bepaalde in artikel 8.4 sub c onder 1 Uitvoeringsbesluit Wkkgz is het raadzaam om het *Reglement mogelijk disfunctionerend specialist* als basis te gebruiken voor de nieuwe Bravis-brede procedure. In dit reglement wordt namelijk het disfunctioneren van medisch specialisten benadrukt (hetgeen aansluit met de achterliggende gedachte van de Wkkgz). Naast de meldingsplicht kan eveneens de wijze van melding aan de IGZ in de nieuwe Bravis-brede procedure worden opgenomen. Voorts is het raadzaam om de term 'disfunctioneren' te definiëren conform de definitie van de IGZ. Omdat het MSB

een eigen procedure heeft ten aanzien van disfunctioneren, is het van belang dat het ziekenhuis als eindverantwoordelijke voor de naleving van deze verplichting ervoor moet zorgen dat het MSB in ieder geval de procedure op een zorgvuldige wijze doorloopt. Het is daarom raadzaam om in de samenwerkingsovereenkomsten te verwijzen naar de geharmoniseerde procedure omtrent disfunctioneren, zodat de medisch specialisten c.q. het MSB contractueel gebonden zijn deze procedure in acht te nemen.

Plicht tot het sluiten van een schriftelijke overeenkomst

In artikel 17 van de samenwerkingsovereenkomsten tussen de MSB's en het Bravis ziekenhuis moet een nieuwe opzeggingsgrond worden opgenomen, namelijk: opzeggen in verband met disfunctioneren. Dit geldt eveneens voor de ledenovereenkomst, maar dan voor artikel 10 lid 1. In de overeenkomst van opdracht moet de bepaling uit de samenwerkingsovereenkomst, paragraaf 1, onder 13, overgenomen worden. De bepaling moet dan luiden: *'De opdrachtnemer laat zich bij zijn werkzaamheden leiden door de op de instelling rustende wettelijke verplichtingen en de regels die de instelling heeft vastgesteld omtrent de zorgverlening.'* Daarnaast is het raadzaam om in de overeenkomst van opdracht op te nemen dat de opdrachtnemer werkzaamheden verricht met inachtneming van het bepaalde in de samenwerkingsovereenkomst omtrent zorgverlening. Aanbevolen wordt om naar artikel 4 en 5 van de samenwerkingsovereenkomst te verwijzen. Ook moeten in de overeenkomst van opdracht opzeggingsgronden worden opgenomen, waaronder in ieder geval de opzeggingsgrond in verband met disfunctioneren.

4.4 Regels ten behoeve van klachten en geschillen

Plicht tot het vaststellen van een klachtenregeling

Openbaarmaking klachtenregeling

Voor het Bravis ziekenhuis is het raadzaam om de klachtenregeling middels patiëntenfolders onder de aandacht van cliënten te brengen. Vanuit de servicegedachte richting de cliënt is het raadzaam om deze folder in diverse talen te publiceren. Daarnaast is het raadzaam om de gehele klachtenprocedure, dus vanaf het één op één gesprek met de zorgverlener tot aan de geschilleninstantie op te nemen in een stroomschema en deze aan de patiëntenfolder toe te voegen. Op deze manier wordt de cliënt naast de informatieve tekst omtrent de klachtenprocedure ook op een inzichtelijke wijze geïnformeerd over de klachtenprocedure binnen het Bravis ziekenhuis. Daaraan toevoegend is het raadzaam dat de klachtenfunctionarissen en medewerkers hierover kunnen adviseren. In aanvulling op deze aanbeveling is het aan te raden om de cliënt in de patiëntenfolder eveneens te informeren over de verschillen tussen het voorleggen van een claim aan de burgerlijk rechter, dan wel het voorleggen van een claim aan de geschilleninstantie. Op deze manier zal de cliënt een goede afweging kunnen maken waar hij of zij zijn of haar claim indient.

De klachtenfunctionaris - onpartijdigheid

In de klachtenregeling zal in hoofdstuk 5 *Klachtenbemiddeling*, in paragraaf 5.1 *Onpartijdigheid en geheimhouding*, opgenomen moeten worden dat de klachtenfunctionaris geen klachten afhandelt indien het een klacht betreft die op hemzelf betrekking heeft. Daarbij is het raadzaam dat wordt opgenomen dat een vervangend klachtenfunctionaris de klacht dan in zo'n geval behandelt. Daarnaast zal in dit hoofdstuk moeten worden opgenomen dat de klachtenfunctionaris naast de onpartijdige positie ook een onafhankelijke positie inneemt ten aanzien van een klacht. Het is belangrijk dat het verschil tussen deze twee definities duidelijk gemaakt wordt. Onpartijdig betekent dat de klachtenfunctionaris de klacht behandelt zonder ofwel de klager ofwel de aangeklaagde te vooroordelen boven anderen. Onafhankelijkheid betekent dat de klachtenfunctionaris bij zijn werkzaamheden niet beïnvloed wordt door het ziekenhuis. De onafhankelijkheid mist nu nog in de klachtenregeling. Raadzaam is om dit in hoofdstuk 5 *Klachtenbemiddeling* op te nemen.

Ketenzorg

Het Bravis ziekenhuis moet in zijn klachtenregeling waarborgen dat de behandeling van een klacht, die betrekking heeft op het handelen van een ander, zorgvuldig en met toestemming van de cliënt, wordt overgedragen aan de betreffende ketenpartner. Daarnaast moet de klachtenregeling waarborgen dat

een gecombineerde klachtenafhandeling kan plaatsvinden indien de cliënt zowel een klacht bij het ziekenhuis indient als bij een van de ketenpartners van het ziekenhuis. Daarbij moet worden aangegeven dat het ziekenhuis de klacht in zo'n geval tezamen met de betreffende ketenpartner af zal handelen. Deze bepalingen kunnen het beste worden opgenomen in een apart hoofdstuk betreffende ketenzorg.

Kosteloos advies

De klachtenregeling zal in de inleiding van hoofdstuk 5 *Klachtenbemiddeling* opgenomen moeten worden dat de klachtenfunctionaris de klager van kosteloos advies voorziet. Dit is enerzijds een uit artikel 15 lid 1 Wkkgz voortvloeiende verplichting. Anderzijds is het voor te stellen dat een cliënt graag wil weten of er aan de klachtenbemiddeling kosten zijn verbonden.

Formuleren klacht

Op grond van artikel 15 lid 1 Wkkgz is het raadzaam om in hoofdstuk 5 *Klachtenbemiddeling*, paragraaf 5.5 *De aangeklaagde wenst geen bemiddeling*, op te nemen dat een klachtenfunctionaris de klager desgewenst kan helpen bij het formuleren van zijn of haar klacht.

Klachtenbehandeling – termijn

Voor de cliënt is het van belang dat hij weet dat de strikte termijn van zes tot tien weken niet altijd gehandhaafd kan worden/hoeft te worden gehandhaafd. Aan te bevelen is dat het Bravis ziekenhuis in zowel hoofdstuk 5 *Klachtenbemiddeling*, paragraaf 5.7 *Informeren* als in de cliëntenfolder, opneemt dat de termijn van zes tot tien weken niet altijd strikt gehandhaafd hoeft te worden/gehandhaafd kan worden. Raadzaam is het om daarbij de tekst te gebruiken die in dit onderzoek onder het stuk *klachtenafhandeling* staat. Voorts is het van belang dat de cliënt weet wat onder een uitkomst kan worden verstaan. Voor de voorbeelden wordt verwezen naar het stuk *Het oordeel van de zorgaanbieder*, die in hoofdstuk 1, paragraaf 2.3.4, van dit onderzoek worden genoemd.

Oordeel – mededeling

Ook zal in de klachtenregeling, op grond van artikel 17 lid 1 Wkkgz, moeten worden opgenomen dat de uitkomst van de klacht schriftelijk door de klachtenfunctionaris wordt medegedeeld aan de klager. Deze bepaling kan het beste worden opgenomen in hoofdstuk 5 *Klachtenbemiddeling*, paragraaf 5.7 *Informeren*, van de klachtenregeling.

Aansluiting bij een erkende geschilleninstantie

Zojuist heeft u in hoofdstuk 3 gelezen dat er op dit moment nog geen geschilleninstantie is. Het Bravis ziekenhuis kan daarom op dit moment nog niet voldoen aan de verplichting tot het aansluiten bij een erkende geschilleninstantie. Ook kunnen zij de mogelijkheid van de geschilleninstantie nog niet onder de aandacht van cliënten brengen, omdat er simpelweg nog veel onduidelijkheid heerst. Het ziekenhuis zal de ontwikkelingen hieromtrent moeten blijven volgen, zodat zij zich (indien de geschilleninstantie er is) vóór 1 januari 2017 aan kunnen sluiten bij een erkende geschilleninstantie. Daarnaast moet het ziekenhuis ervoor zorgen dat de cliënten op een geschikte wijze ingelicht zullen worden over de mogelijkheid van het voorleggen van een geschil aan de geschilleninstantie. Dit kan het ziekenhuis in ieder geval doen door de cliënt te informeren middels cliëntenfolders en informatie op de website van het Bravis ziekenhuis.

4.5 Tussenconclusie

In dit hoofdstuk is weergegeven wat het ziekenhuis aan zijn bestaande beleid moet wijzigen, dan wel aan het beleid moet toevoegen, om aan de Wkkgz te voldoen. Het ziekenhuis moet voor elke uit de Wkkgz voortvloeiende verplichting nog noodzakelijke wijzigingen doorvoeren om in ieder geval -tijdig- aan het bepaalde in de Wkkgz te voldoen.

Hoofdstuk 5: Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de (deel)conclusies en aanbevelingen besproken die uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen. De conclusie geeft daarbij een antwoord op de centrale vraag van dit onderzoek. De nieuwe verplichtingen uit de Wkkgz zullen worden uitgelicht. Daarbij wordt aangegeven wat het Bravis ziekenhuis kan doen om de nieuwe verplichtingen uit de Wkkgz te implementeren in zijn beleid. De centrale vraag van dit onderzoek luidt als volgt: *‘Op welke wijze kan het Bravis ziekenhuis de voor ziekenhuizen van toepassing zijnde, nieuwe, juridische verplichtingen, die voortvloeien uit de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, binnen de wettelijk gestelde overgangstermijnen, implementeren in zijn beleid?’* In §6.1 worden de conclusies van dit onderzoek uiteengezet. In §6.2 zullen vervolgens de aanbevelingen voor het Bravis ziekenhuis worden besproken.

5.1 Conclusies

1. Op 1 januari 2016 is de Wkkgz in werking getreden. Het ziekenhuis, de daar werkende zorgverleners en de daarkomende cliënten, vallen onder de reikwijdte van deze wet. De verplichtingen uit de Wkkgz moeten worden nageleefd door alle zorgaanbieders die zorg in de zin van de Wkkgz verlenen. Het ziekenhuis kan worden aangemerkt als zorgaanbieder. Het MSB binnen het ziekenhuis wordt door de Wkkgz niet als zorgaanbieder aangemerkt. Dit betekent dat het ziekenhuis eindverantwoordelijke is voor de naleving van de verplichtingen uit de Wkkgz.
2. Het Bravis ziekenhuis heeft voor de meeste nieuwe verplichtingen uit de Wkkgz al beleid en procedures, maar dit beleid en deze procedures voldoen op dit moment inhoudelijk nog niet geheel aan het bepaalde ten aanzien van de nieuwe verplichtingen uit de Wkkgz.
3. Hoe het Bravis ziekenhuis de nieuwe verplichtingen kan implementeren in zijn beleid wordt hieronder per nieuwe verplichting weergegeven:

Verplichting tot het verlenen van goede zorg

Uit dit onderzoek is gebleken dat het Bravis ziekenhuis meer invulling moet geven aan de begrippen *cliëntgerichtheid* en *veiligheid* in het kader van goede zorg. Door een eigen en eenduidige invulling te geven aan de begrippen *cliëntgericht* en *veiligheid* kan het Bravis ziekenhuis zich onderscheiden op het gebied van goede zorg en kan de IGZ toetsen of het Bravis ziekenhuis conform de eigen invulling goede zorg, in de zin van de Wkkgz, verleent. Inhoudelijk is in het dynamisch beleidsplan al het één en ander opgenomen over cliëntgerichtheid en veiligheid. Het ziekenhuis kan hieruit zijn informatie halen voor de borging van de begrippen in de visie en de kernwaarden.

Verplichting tot het intern melden van incidenten

Uit dit onderzoek is gebleken dat de VIM-procedure van het Bravis ziekenhuis nog niet geheel aan het bepaalde uit artikel 6.1 lid 1 en 2 Uitvoeringsbesluit Wkkgz voldoet. Wat met name belangrijk is, en wat tevens nog goed gewaarborgd moet worden in het interne VIM-beleid, is de bescherming van melders en bij het incident betrokken (overige) zorgverleners (6.1 lid 2 sub e Uitvoeringsbesluit Wkkgz). In de VIM-procedure moet nadrukkelijk worden opgenomen dat de informatie uit een VIM-melding niet kan worden gebruikt in een gerechtelijke procedure, dan wel voor het opleggen van enige sancties of maatregelen, met uitzondering van een strafrechtelijke procedure (indien aan het bepaalde voldaan wordt).

Om aan deze verplichtingen te voldoen moet het Bravis ziekenhuis op grond van het Uitvoeringsbesluit het voorts het volgende implementeren:

- 6.1 lid 1 sub a: de wijze van incident melden. Hiervoor kan het Bravis ziekenhuis de *Handleiding VIM*, die nu slechts in Bergen op Zoom van toepassing is, overnemen in het nieuwe VIM-beleid.
- 6.1 lid 1 sub b: de wijze waarop incidenten worden onderzocht. Hiervoor kan het Bravis ziekenhuis het beste de wijze van onderzoek van Roosendaal overnemen, omdat deze praktischer van aard is dan de procedure in Bergen op Zoom;
- 6.1 lid 1 sub c: de wijze waarop het Bravis ziekenhuis zo snel mogelijk beslist over de te nemen verbeteracties naar aanleiding van het onderzoek naar een melding. In de huidige procedure wordt wel aangegeven dat verbeteracties worden genomen, maar niet op welke wijze het ziekenhuis daar zo snel mogelijk over beslist. Hier moet het Bravis ziekenhuis dus nog invulling aan geven.

- 6.1 lid 1 sub d: de wijze waarop conclusies van een analyse wordt besproken met betrokken zorgverleners en zorggroepmanagers. Deze verplichting lijkt volgens G. Wijma in de praktijk een algemene verplichting te zijn. Het Bravis ziekenhuis moet dit dan wel borgen in het VIM-beleid. Hiervoor kan het Bravis ziekenhuis het bestaande beleid uit Bergen op Zoom overnemen. In het *Reglement VIM-commissie* wordt onder het kopje *Rapportage* weergegeven op welke wijze gecommuniceerd wordt met de afdeling. Deze wijze van communicatie kan eveneens geborgd worden richting zorgverleners en zorggroepmanagers;
- 6.1 lid 2 sub a: in eerste instantie lijkt het Bravis ziekenhuis aan deze verplichting te voldoen. In het nieuwe beleid moet echter bepaald worden of er met VIM-commissies of VIM-teams gewerkt gaat worden. Een VIM-team lijkt hiervoor de beste optie, omdat de verwarring met de centrale VIM-commissie dan het minst groot is. Daarnaast kan het ziekenhuis in het nieuwe VIM-beleid opnemen om te werken met inhoudsdeskundigen. Op beide locaties wordt al met inhoudsdeskundigen gewerkt. Het is raadzaam om met de inhoudsdeskundigen van Bergen op Zoom te werken aangezien de inhoudsdeskundigen in Roosendaal maar op een minimaal aantal deskundigheden werken. Wel moet het Bravis ziekenhuis de documenten *Werkwijze inhoudsdeskundigen* en de *Handleiding VIM* dan gelijkstellen met elkaar;
- 6.1 lid 2 sub b: in het VIM-beleid moet de verantwoordelijkheidstoedeling uit het document *Werkwijze inhoudsdeskundigen* worden overgenomen;
- 6.1 lid 2 sub c: in het VIM-beleid moet nog een bepaling worden opgenomen ten aanzien van bij- en nascholing van personen bij wie een melding terecht komt. Voor wat betreft de bepaling omtrent onafhankelijke oordeelsvorming en deskundigheid kan het beleid van Bergen op Zoom overgenomen worden;
- 6.1 lid 2 sub d: het huidige VIM-beleid van het Bravis ziekenhuis mist op dit moment bepalingen omtrent bovenmatige gegevensverwerking, beveiliging van het meldingssysteem en een bepaling omtrent het zo spoedig mogelijk anonimiseren van persoonsgegevens. Dergelijke bepalingen moeten dus nog worden opgenomen in het VIM-beleid. Het ziekenhuis kan hiervoor informatie gebruiken uit het *informatiebeveiligingsbeleid* en het *reglement informatiebeveiliging* voor medewerkers Bravis ziekenhuis. Daarbij wordt aangeraden dergelijke bepalingen expliciet op te nemen in het beleid en niet te verwijzen naar de zojuist genoemde documenten.

Recht op keuze-informatie

Uit dit onderzoek is gebleken dat het Bravis ziekenhuis de cliënt/consument (meer) informatie moet verschaffen over de bewezen werkzaamheid van zijn zorg, de uit de Wkkgz voortvloeiende rechten voor de cliënt en de kwaliteit van zorg. Over de bewezen werkzaamheid van zorg kan het Bravis ziekenhuis de cliënt/consument informeren door op de eigen website te verwijzen naar richtlijnen en websites. Bij de uit de Wkkgz voortvloeiende rechten voor de cliënt kan het Bravis ziekenhuis denken aan het opnemen van informatie over *het recht op goede zorg* en de *informatieplicht over incidenten*. Bestaande informatie moet dus worden aangepast naar 'goede zorg' (naast het nog altijd geldende '*goed hulpverlenerschap*' van de zorgverlener). Daarnaast moet de bestaande informatie worden aangevuld met het bepaalde omtrent de *informatieplicht over incidenten*. Over de kwaliteit van zorg kan het Bravis ziekenhuis een cliëntenfolder met algemene informatie over de kwaliteit maken, waarin wordt verwezen naar actuele informatie uit het Kwaliteitsvenster. Tot slot moet het Bravis ziekenhuis de informatieplicht over incidenten opnemen in de *Opnamefolder*.

Informatieplicht over incidenten

Uit dit onderzoek is gebleken dat het Bravis ziekenhuis de cliënt alleen over incidenten informeert wanneer deze (mogelijk) een calamiteit zijn. Nu de cliënt op grond van de Wkkgz ook geïnformeerd moet worden over andere incidenten (dan de zojuist genoemde), kan een de informatieplicht over incidenten niet enkel worden opgenomen in de huidige calamiteitenprocedure. Het Bravis ziekenhuis kan deze verplichting wel in de bestaande *informed consent* procedure borgen. In deze procedure kan in aanvulling op de bestaande informatieplicht de informatieplicht over incidenten worden opgenomen. In de informed consent procedures kan deze informatieplicht over incidenten het beste worden opgenomen onder de paragraaf *uitvoering onderzoek en incident*, omdat er dan concreet onderscheid wordt gemaakt tussen de wettelijke informatieplicht voorafgaand aan de behandeling/het onderzoek en de informatieplicht over incidenten ten tijde van de behandeling/het onderzoek. De paragraaf *uitvoering onderzoek en incident* ontbreekt nog in de procedure *Informatie en toestemming aan wilsonbekwame patiënten*. Het is dus raadzaam om een dergelijke paragraaf op te nemen in deze procedure en

daaronder de informatieplicht over incidenten te borgen. Daarnaast is het raadzaam om ook in de toelichting van de informed consent procedures de informatieplicht over incidenten op te nemen. Het Bravis ziekenhuis kan hierover een apart stuk opnemen onder het stuk *wettelijke informatieplicht*.

Uitbreiding meldplicht IGZ – geweld in de zorgrelatie

Uit dit onderzoek is gebleken dat het Bravis ziekenhuis nog geen procedure heeft voor geweldsincidenten tussen zorgverlener-cliënt, dan wel tussen cliënten onderling. Het Bravis ziekenhuis kan dus een nieuwe procedure maken waarin zowel geweld tussen zorgverlener en cliënt als cliënten onderling wordt opgenomen. Het Bravis ziekenhuis kan in deze procedure dan tevens de meldplicht aan de IGZ opnemen. Naast een procedure kan het Bravis ziekenhuis ook op andere wijzen duidelijk maken dat geweld tussen de zojuist genoemde personen niet getolereerd wordt. Tot slot kan in de gedragscodes worden opgenomen dat zorgverleners zich niet moeten uiten in een vorm van agressie en geweld jegens de cliënt en dat van cliënten onderling wordt verwacht dat zij geen seksuele handelingen jegens elkaar verrichten.

Vergewisplicht

Uit dit onderzoek is gebleken dat het ziekenhuis in de *Werving- en selectieprocedure* voor medewerkers nog geen selectiecriteria heeft opgenomen. In de zojuist genoemde procedure moet daarom nog worden opgenomen dat het ziekenhuis bij het werven van nieuwe zorgverleners:

- referenties opvraagt;
- het BIG-register raadpleegt (indien een BIG-geregistreerde);
- tuchtrechtspraken raadpleegt;
- een VOG-verklaring opvraagt (voor medewerkers op de PAAZ-afdeling verplicht);
- informatie op kan vragen bij de IGZ over het disfunctioneren van medewerkers.

Uit dit onderzoek is eveneens gebleken dat het ziekenhuis ten aanzien van de medisch specialisten nog geen referentieplicht heeft opgenomen. De huidige 'kan-bepaling' in alle *Werving en Selectie Medisch Specialist* procedures moet daarom worden vervangen door een verplichting. Daarnaast is het raadzaam dat het Bravis ziekenhuis in alle werving en selectieprocedures ten aanzien van de chef de clinique, de waarnemer en de gastspecialist de verplichting opneemt om de objectieve kwaliteitscriteria te doorlopen. Aan de objectieve kwaliteitscriteria voor de werving en selectie van medisch specialisten kan nog worden toegevoegd dat informatie opgevraagd kan worden bij de IGZ over disfunctioneren van medisch specialisten. Tot slot is het voor het Bravis ziekenhuis raadzaam in de samenwerkingsovereenkomst MSB te verwijzen naar de *Werving en Selectie Medisch Specialist* procedure, zodat de medisch specialisten c.q. het MSB contractueel gebonden zijn deze procedure in acht te nemen.

Verklaring omtrent gedrag voor zorgverleners in de langdurige en intramurale geestelijke gezondheidszorg

Uit dit onderzoek is ten aanzien van de VOG-verplichting gebleken dat het ziekenhuis nog geen VOG-plicht heeft opgenomen voor de medewerkers op de PAAZ-afdeling binnen het ziekenhuis. Het Bravis ziekenhuis kan aan deze verplichting vorm geven door deze per heden als ontbindende voorwaarde in de arbeidsovereenkomst op te nemen voor alle medewerkers die per 1 januari 2016 werkzaam zijn op de PAAZ-afdeling binnen het ziekenhuis. Op deze manier kan het Bravis ziekenhuis voorkomen dat er medewerkers op de PAAZ-afdeling werken zonder een dergelijke VOG-verklaring.

Uitbreiding meldplicht IGZ – ernstig disfunctioneren

Uit dit onderzoek blijkt dat het Bravis ziekenhuis voor zowel de medewerkers als medisch specialisten procedures heeft ten aanzien van het (dis)functioneren. In de procedure voor medewerkers, te weten de *Procedure functioneringsproblemen* kan de meldplicht aan de IGZ worden opgenomen. Naast de meldplicht is het raadzaam om de procedure voor het melden bij de IGZ op dit punt op te nemen. Voorts is het raadzaam dat het Bravis ziekenhuis de definitie van disfunctioneren, zoals de IGZ deze hanteert, overneemt in de procedure. Hetzelfde wordt aangeraden voor de procedure voor medisch specialisten.

Uit dit onderzoek blijkt dat voor medisch specialisten nog twee procedures bestaan. Het Bravis ziekenhuis moet deze procedures dus eerst nog harmoniseren. Aangeraden wordt het *Reglement mogelijk disfunctionerend specialist* over te nemen als basisprocedure (gezien de gedachtegang van de

Wkkgz). Na de harmonisatie kan in de procedure ten aanzien van de medisch specialisten eveneens een meldplicht aan de IGZ worden opgenomen. Tot slot is het voor het Bravis ziekenhuis raadzaam in de samenwerkingsovereenkomst MSB te verwijzen naar de (dan geharmoniseerde) procedure (dis)functioneren, zodat de medisch specialisten c.q. het MSB contractueel gebonden zijn deze procedure in acht te nemen.

Plicht tot het sluiten van een schriftelijke overeenkomst

Uit dit onderzoek is gebleken dat de bestaande samenwerkingsovereenkomst, de ledenovereenkomst en de overeenkomst van opdracht nog niet aan het bepaalde in de Wkkgz voldoen. Aan deze overeenkomsten moet op grond van de Wkkgz meer inhoud worden gegeven. De samenwerkingsovereenkomst MSB mist op dit moment nog de opzeggingsgrond 'disfunctioneren'. Een dergelijke opzeggingsgrond moet in alle overeenkomsten nog worden opgenomen. In de overeenkomst van opdracht moet meer gewaarborgd worden dat de wettelijke verplichtingen en de regels van het ziekenhuis betreffende de zorgverlening worden nagekomen door de mensen die in opdracht van het ziekenhuis werken. Voorts is het raadzaam dat het Bravis ziekenhuis in de overeenkomst van opdracht opneemt dat de opdrachtnemer zijn werkzaamheden verricht met inachtneming van het bepaalde in de samenwerkingsovereenkomst omtrent zorgverlening.

Plicht tot het instellen van een klachtenregeling

Hoewel het ziekenhuis net één Bravis-brede klachtenregeling geïmplementeerd heeft, blijkt uit dit onderzoek dat de klachtenregeling nog niet geheel voldoet aan het bepaalde in de Wkkgz. De klachtenregeling is op dit moment nog niet bekendgemaakt. Op grond van de Wkkgz moet dit op geschikte wijze gebeuren. Het Bravis ziekenhuis kan de klachtenregeling middels cliëntenfolders onder de aandacht van de cliënt brengen in diverse, gangbare, talen. Daarnaast is het raadzaam om de klachtenprocedure in beeld te brengen voor de cliënt door middel van een stroomschema. Daaraan toevoegend is het raadzaam dat de klachtenfunctionarissen en medewerkers hierover kunnen adviseren. Voorts kan het Bravis ziekenhuis in de cliëntenfolder de cliënt eveneens informeren over de verschillen tussen het voorleggen van een claim aan de burgerlijk rechter, dan wel het voorleggen van een claim aan de geschilleninstantie.

Uit dit onderzoek is eveneens gebleken dat er nog enkele bepalingen met betrekking tot het functioneren van de klachtenfunctionaris ontbreken. Zo moet het Bravis ziekenhuis in zijn klachtenregeling opnemen dat de klachtenfunctionaris geen klachten afhandelt indien hij daar zelf bij betrokken is en dat in zo'n geval een andere klachtenfunctionaris de klacht behandelt. Tevens moet de onafhankelijke positie van de klachtenfunctionaris benadrukt worden en moet worden opgenomen dat de klachtenfunctionaris de klager van kosteloos advies voorziet. Het ziekenhuis kan voorts in de klachtenregeling nadrukkelijker bepalen dat de klachtenfunctionaris de klager, desgewenst, helpt bij het formuleren van een klacht. Daarnaast moeten bepalingen betreffende ketenzorg worden opgenomen in de klachtenregeling.

In zowel de klachtenregeling als de cliëntenfolder over de klachtenregeling kan worden opgenomen dat de strikte termijn van zes weken, dan wel 10 weken, niet altijd gehandhaafd hoeft te worden/gehandhaafd kan worden. Hiervoor kan het Bravis ziekenhuis het bepaalde dat voortvloeit uit dit onderzoek overnemen.

Tot slot zal in de klachtenregeling opgenomen moeten worden dat de uitkomst van de klacht *schriftelijk* door de klachtenfunctionaris wordt medegedeeld aan de klager. Een dergelijke bepaling moet nog worden opgenomen in de klachtenregeling.

Aansluiting bij een erkende geschilleninstantie

Uit dit onderzoek is gebleken dat er op dit moment nog geen erkende geschilleninstantie is. Het Bravis ziekenhuis moet de ontwikkelingen hieromtrent dus blijven volgen. Indien er op 1 januari 2017 een geschilleninstantie is, moet het Bravis ziekenhuis zich hierbij verplicht aansluiten. Dan pas kan het Bravis ziekenhuis de cliënt hierover informeren. Dit kan het Bravis ziekenhuis doen middels een cliëntenfolder en informatie op de website van het ziekenhuis.

5.2 Aanbevelingen

In het kader van de implementatie van de nieuwe verplichtingen uit de Wkkgz, worden aan het Bravis ziekenhuis de volgende aanbevelingen gedaan:

Algemene aanbevelingen

1) **Harmoniseren van beleid en procedures**

Voor het Bravis ziekenhuis is het van belang dat bestaand beleid en bestaande procedures geharmoniseerd worden tot Bravis-brede regelingen. Deze aanbeveling geldt voor al het nog niet geharmoniseerde beleid en de nog niet geharmoniseerde procedures binnen het Bravis ziekenhuis. Het beleid en de procedures die uit dit onderzoek voortvloeien en nog geharmoniseerd moeten worden, worden hieronder weergegeven:

- *Reglement VIM-commissie; Reglement centrale VIM-commissie; Werkwijze VIM; Handleiding Veilig Incident Melden (Bergen op Zoom) vs. het Veilig Incident Melden Reglement Franciscus ziekenhuis (Roosendaal);*
- *Incidenten van agressie en geweld jegens medewerkers, uitgangspunten en procedure melding ziekenhuisbreed vs. Beleid geweldsincidenten (Bergen op Zoom) vs. Beleid geweldsincidenten (Roosendaal);*
- *Gedragscode voor patiënten en bezoekers (Bergen op Zoom) vs. Gedragscode voor medewerkers en specialisten (Roosendaal);*
- *Kwaliteitsprocedure borging functioneren leden Medische Staf (Bergen op Zoom) vs. Opvolging 'soft signals' bij vermeend disfunctioneren; Reglement mogelijk disfunctionerend specialist (Roosendaal)*

2) **'Lievevberg/Franciscus'**

In het bestaande beleid en de bestaande procedures die nog niet geharmoniseerd zijn, wordt nog vaak de benaming van het voormalige Lievevberg ziekenhuis dan wel de benaming van het voormalige Franciscus ziekenhuis genoemd. Dit geldt ook voor de bovenstaande, nog niet geharmoniseerde, beleidsstukken. Aan te bevelen is om dit in acht te nemen bij de harmonisatie van het beleid/de procedures.

3) **'Kwz/Wkcz'**

In het bestaande beleid en de bestaande procedures, maar ook in bestaande patiëntenfolders wordt nog veel gesproken over de Kwz en Wkcz. Deze bepalingen dienen te worden vervangen omdat deze wetten op dit moment niet meer in werking zijn. In plaats daarvan moet vanaf heden over de Wkkgz worden gesproken. Aan te bevelen is om dit in alle op dit moment bestaande procedures aan te passen.

4) **'Verantwoorde zorg - goed hulpverlenerschap/Goede zorg'**

In het bestaande beleid en de bestaande procedures, maar ook in de bestaande cliëntenfolders wordt eveneens nog veel gesproken over verantwoorde zorg en goed hulpverlenerschap. Aan te bevelen is om de verantwoorde zorg in ieder geval aan te passen naar **goede zorg**. Het goed hulpverlenerschap heeft namelijk nog een eigen betekenis met betrekking tot de individuele zorgverlener (en blijft naast de Wkkgz nog bestaan).

5) **Cliëntenfolders harmoniseren**

Op dit moment zijn er veel cliëntenfolders over uiteenlopende onderwerpen van zowel de vestiging Roosendaal als de vestiging Bergen op Zoom beschikbaar. Aan te bevelen is om deze cliëntenfolders per onderwerp te harmoniseren tot één gezamenlijke folder.

6) **Zoekfuncties verbeteren/verouderde documenten verwijderen**

Deze aanbeveling geldt ten eerste voor de informatie die op het zoekplatform IProva te vinden is. Aan te bevelen is om oude documenten uit IProva te verwijderen, zodat geen twijfel kan bestaan over nieuwe en/of oude documenten. Daarnaast is het aan te raden om documenten een 'logische' benaming te geven, zodat deze stukken voor een ieder gemakkelijk te vinden zijn. Ten tweede geldt deze aanbeveling voor de cliëntenfolders op de website van het Bravis ziekenhuis. Indien de cliënt op locatie zoekt naar een cliëntenfolder, wordt een tamelijk onoverzichtelijk overzicht gegeven. Aan te bevelen is om deze folders op een logische en makkelijk herleidbare wijze open te stellen voor de cliënt.

7) **Website cliëntvriendelijker maken**

Op dit moment moet de cliënt/consument nog veel te veel 'zoeken' naar informatie op de website van het Bravis ziekenhuis. Mede in het kader van het recht op keuze-informatie is het belangrijk dat een cliënt/consument gemakkelijk informatie over uiteenlopende, voor hem relevante, onderwerpen kan vinden. Daarnaast wordt op dit moment de klachtenregeling en de mogelijkheid tot het indienen van een klacht niet prominent in beeld gebracht. Hoewel het ziekenhuis dit ook niet graag prominent in beeld wil brengen, is het in het kader van deze wet en de transparantie van zorg, belangrijk dat dit

duidelijker wordt aangegeven. Aan de hand van klachten kan het Bravis ziekenhuis zijn zorg immers nog meer verbeteren.

8) Betrokkenen bij de wet inlichten over de Wkkgz

Uit de interviews, die in het kader van dit onderzoek zijn gehouden, kan geconcludeerd worden dat niet iedereen op de hoogte was van de nieuwe verplichtingen die uit de Wkkgz voortvloeien. Daarom wordt het Bravis ziekenhuis aanbevolen om de betrokkenen bij deze wet goed in te lichten over de veranderingen en wijzigingen in het ziekenhuisbeleid. Dit geldt voornamelijk voor het MSB, die binnen het ziekenhuis een aantal eigen procedures heeft. Het MSB moet goed ingelicht worden over de veranderingen binnen het beleid (naar aanleiding van dit onderzoek), omdat het ziekenhuis als eindverantwoordelijke moet zorgen dat de verplichtingen door hen worden nageleefd. Aanbevolen wordt om de informatie over de Wkkgz en de beleidsmatige wijzigingen binnen het ziekenhuis in ieder geval bekend te maken via intranet en nieuwsbrieven op de afdelingen. Daarnaast kan het Bravis ziekenhuis een bijeenkomst organiseren waarin hij de betrokkenen inlicht over de Wkkgz.

9) Medezeggenschap/overgangstermijnen

Het Bravis ziekenhuis zal, mede in verband met de gestelde overgangstermijnen, moeten beoordelen welke beleidsmatige wijzigingen, naar aanleiding van dit onderzoek, een lang implementatietraject moeten doorlopen. Deze beoordeling is belangrijk omdat het Bravis ziekenhuis op deze manier, met inachtneming van de gestelde overgangstermijnen, kan bepalen welke beleidsmatige wijzigingen als eerste moeten worden doorgevoerd. De tijdspanne zal daarbij voornamelijk afhankelijk zijn van het wettelijk advies- en instemmingsrecht van de Ondernemingsraad, het wettelijk (soms verzwaarde) advies van de Cliëntenraad en het adviesrecht van de Verpleegkundige Advies Raad en de Vereniging Medische Staf. Het Bravis ziekenhuis wordt daarom aanbevolen om per nieuwe wettelijke verplichting te bepalen of er al dan niet (wettelijk) advies- en instemmingsrecht verplicht is van de zojuist genoemde adviesorganen.

Aanbeveling met betrekking tot goede zorg

10) Professionele standaard

Het Bravis ziekenhuis wordt aanbevolen om na te gaan of de voor hen geldende professionele (voor zorgverleners) standaard is opgenomen in de openbare registers van het Zorginstituut. Daarnaast wordt het Bravis ziekenhuis aanbevolen de zorgverlener aan deze standaard te toetsen.

Aanbeveling met betrekking tot de vergewisplicht

11) Referenties

Het Bravis ziekenhuis wordt aanbevolen nauwkeurig referenties van voormalige werkgevers te checken. Daarbij moet het ziekenhuis rekening houden met de volgende punten:

- De werknemer kan zelf bepalen wie hij als referent opgeeft;
- Veel arbeidsovereenkomsten worden door middel van een vaststellingsovereenkomst beëindigd. Hierin is vaak de voorwaarde opgenomen dat de voormalig werkgever positieve referenties verstrekt aan (potentiële) nieuwe werkgevers. Het Bravis ziekenhuis wordt dus aanbevolen zorgvuldig te bepalen of de referenties 'zuiver' zijn.

Voorts wordt het Bravis ziekenhuis aanbevolen om referenties zo veel mogelijk schriftelijk op te vragen, zodat het ziekenhuis kan aantonen dat zij daadwerkelijk referenties checkt en in het bezit is van de referenties.

Aanbeveling met betrekking tot de VOG-verklaring voor medewerkers op de PAAZ

12) Terugwerkende kracht VOG-verklaring

In bijlage 2 van dit onderzoek (bijlage betreffende de overgangstermijnen) heeft u kunnen lezen dat het ziekenhuis aan de VOG-verplichting terugwerkende kracht kan toekennen. Vanwege administratieve en financiële redenen wordt het Bravis ziekenhuis aanbevolen dit niet te doen voor medewerkers die vóór de datum van inwerkingtreding van deze verplichting al werkzaam waren op de PAAZ-afdeling. Daarentegen wordt dit wel aanbevolen voor medewerkers op de PAAZ-afdeling die na 1 januari 2016 in dienst zijn getreden, omdat de verplichting per 1 januari 2016 van kracht is voor het Bravis ziekenhuis.

Aanbevelingen met betrekking tot klachten

13) Klachtencommissie

Binnen het Bravis ziekenhuis is gekozen voor het behouden van één (in plaats van drie) klachtencommissie(s) voor twee locaties. De klachtencommissie plant in het kader van de

zorgvuldigheid hoorzittingen in waarin zowel de klager als de aangeklaagde zich kunnen uiten over de klacht. Vanuit het serviceoogpunt van de cliënt en vanwege het feit dat er nog maar één klachtencommissie bestaat per heden, is het aan te bevelen om de hoorzittingen daar plaats te laten vinden waar de klacht is ontstaan.

14) Model klachtenregeling

Het Bravis ziekenhuis wordt aanbevolen om zijn klachtenregeling te toetsen aan het model klachtreglement van de NVZ. Met dit model wordt het ziekenhuis namelijk enige houvast geboden voor de inrichting van zijn klachtenregeling (in tegenstelling tot de Wkkgz die relatief open kaders stelt). Het model klachtreglement wordt binnenkort gepubliceerd op de website van de NVZ. Er wordt een model klachtreglement voor zorgaanbieders met een klachtencommissie en een model klachtreglement voor zorgaanbieders zonder een klachtencommissie gepubliceerd. Het Bravis ziekenhuis wordt aanbevolen zijn klachtenregeling te toetsen aan het eerst genoemde model klachtreglement, omdat de klachtencommissie wordt behouden.

Aanbevelingen met betrekking tot geschillen

15) Zelf een geschilleninstantie oprichten

Het Bravis ziekenhuis kan zich op dit moment nog niet aansluiten bij een erkende geschilleninstantie. Desalniettemin kan het ziekenhuis wel zelf actie ondernemen. Als het Bravis ziekenhuis expertise beschikbaar wil houden en de geschilleninstantie zo dicht mogelijk bij de patiënt en het ziekenhuis wil houden, is het aan te bevelen dat het Bravis ziekenhuis (alvorens geschilleninstanties erkend zullen worden) zelf om tafel gaan met regionale brancheorganisaties, regionale cliëntenorganisaties en andere ziekenhuizen en patiëntenorganisaties, om te bekijken of er een mogelijkheid bestaat zelf een gezamenlijke geschilleninstantie op te richten.²²² Door het zelf oprichten van een geschilleninstantie zal de kans groter zijn dat er iets terecht komt van de uitspraken die over de kwaliteit van zorg gaan. Indien het Bravis ziekenhuis besluit om tezamen met andere ziekenhuizen en patiëntenorganisaties een geschilleninstantie op te richten zullen zij het bepaalde in hoofdstuk drie § 2 Wkkgz en de Uitvoeringsregeling Wkkgz in acht moeten nemen.

Aanbevelingen met betrekking tot het onderhouden van contact en het bijwonen van bijeenkomsten

16) Contact met NVZ

Inmiddels zijn de minimumeisen voor het oprichten van een geschilleninstantie door de NVZ vastgesteld in het programma van eisen. Desalniettemin heeft het Bravis ziekenhuis nog geen duidelijkheid hoe de geschilleninstanties vorm zullen gaan krijgen. Ook is nog niet duidelijk wat er met de huidige geschillencommissie gaat gebeuren. Aan te bevelen is dat het Bravis ziekenhuis de ontwikkelingen hieromtrent blijft volgen. Daar kan aan toegevoegd worden dat het Bravis ziekenhuis contact moet blijven houden met de NVZ en vooral ook bijeenkomsten over de Wkkgz moet blijven bijwonen.

17) Contact met aansprakelijkheidsverzekeraar Centramed en onderlinge leden

Aangezien de aansprakelijkheidsverzekeraars zich nog niet echt hebben uitgelaten over de geschilleninstanties, is het ook aan te bevelen dat het Bravis ziekenhuis om tafel gaan met Centramed en overige leden van de Onderlinge. Het Bravis ziekenhuis zal afstemming moeten krijgen over o.a. de dekking van de schadevergoeding die toegewezen wordt aan de klager en de kosten van verweer in de geschillenprocedure bij de geschilleninstantie. Op 16 juni 2016 organiseert Centramed een bijeenkomst voor haar leden. Aanbevolen wordt om deze bijeenkomst in ieder geval bij te wonen en goede afspraken te maken met Centramed.

18) Bijeenkomsten bijwonen

Tot slot wordt het Bravis ziekenhuis aanbevolen om zoveel mogelijk bijeenkomsten, naast de bijeenkomsten van de NVZ en Centramed, bij te wonen om op de hoogte te blijven van de ontwikkelingen en actualiteiten die zich voordoen rondom de Wkkgz.

²²² Hier wordt gesproken over meerdere ziekenhuizen en patiëntenorganisaties omdat moet worden voldaan aan het representativiteitsvereiste van art. 19 lid 2 Wkkgz.

Bronnenlijst

Geraadpleegde literatuur

Bastiaans 2013

M.H. Bastiaans, *Leidraad voor juridische auteurs*, Deventer: Kluwer 2013.

Van Meersbergen – Biesart 2012

Mr. D.Y.A. van Meersbergen en Mr. M.C.I.H. Biesart, *Praktisch gezondheidsrecht*, Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers 2012.

Van Schaaijk 2011

G.A.F.M. van Schaaijk, *Praktijkgericht juridisch onderzoek*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2011.

Krantenartikelen

Kreulen, Trouw 15 februari 2016

E. Kreulen, 'Een op drie artsen meldt falen van collega niet', *Trouw* 15 februari 2016.

Vaktijdschriften

Kahn 2016

Kahn, Mr. dr. Ph. S. 'Het toezicht, de meldingsplicht en de rechtsbescherming van de zorgverlener', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2016.

Kastelein 2016

Kastelein, Mr. W.R. 'De Wkkgz is er: een nieuwe klachten- en claimregeling in de zorg!', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2016.

Leegemaate 2013

Leegemaate, Prof. mr. J. 'Nieuwe wetgeving over klachtrecht: winst of verlies?', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2013.

Leegemaate 2016

Leegemaate, Prof. mr. J. 'De Wkkgz over kwaliteit van zorg', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2016.

Websites

www.avans.nl (geraadpleegd februari 2016)
www.bravisziekenhuis.nl (geraadpleegd februari, maart, april, mei 2016)
www.deletselschaderaad.nl (geraadpleegd april 2016)
www.eerstekamer.nl (geraadpleegd februari 2016)
www.igz.nl (geraadpleegd februari, maart, mei 2016)
www.jhs.nl (geraadpleegd februari 2016)
www.justis.nl (geraadpleegd maart 2016)
www.knmg.nl (geraadpleegd februari 2016)
www.landelijkmeldpuntzorg.nl (geraadpleegd februari 2016)
www.minvws.nl (geraadpleegd februari 2016)
www.nvz.nl (geraadpleegd maart 2016)
www.overheid.nl (geraadpleegd februari 2016)
www.rechtindezorg.nl (geraadpleegd februari 2016)
www.rijksoverheid.nl (geraadpleegd februari, maart 2016)
www.trouw.nl (geraadpleegd februari 2016)
www.tweedekamer.nl (geraadpleegd februari 2016)
www.volkskrant.nl (geraadpleegd maart 2016)
www.wtzi.nl (geraadpleegd maart 2016)

Jurisprudentie

Regionaal Tuchtcollege voor de gezondheidszorg Eindhoven 5 november 2015,
ECLI:NL:TGZREIN:2014:93.

Parlementaire stukken

Stukken van de Eerste Kamer der Staten-Generaal
Kamerstukken I 2014/15, 32402, O.

Stukken van de Tweede kamer der Staten-Generaal
Kamerstukken II 2009/10, 32402, 1.
Kamerstukken II 2009/10, 32402, 2.
Kamerstukken II 2009/10, 32402, 3.
Kamerstukken II 2010/11, 32402, 7.
Kamerstukken II 2012/13, 32402, 11.
Kamerstukken II 2012/13, 32402, 13.
Kamerstukken II 2012/13, 32402, 29.
Kamerstukken II 2012/13, 32620, 78.
Kamerstukken II 2012/13, 32402, A.
Kamerstukken II 2012/13, 32402, E.
Kamerstukken II 2012/13, 32402, 12.
Kamerstukken II 2013/14, bijlage bij kamerstuk 32402, 12.
Kamerstukken II 2013/14, bijlage bij kamerstuk 32620, 78.
Kamerstukken II 2013/14, 32402, F.
Kamerstukken II 2015/16, bijlage bij kamerstuk 32402, 447.

Handelingen
Handelingen I 2015/16, 2, item 8.
Handelingen I 2015/16, 3, item 3.

Wet- en regelgeving

Burgerlijk Wetboek
Kwaliteitswet Zorginstellingen
Wet bescherming persoonsgegevens
Wet cliëntenrechten zorg
Wet klachtrecht cliënten zorgsector
Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
Wet langdurige zorg
Wet maatschappelijke ondersteuning
Wet marktordening gezondheidszorg
Wet medezeggenschap cliëntenrechten zorginstellingen
Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg
Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
Wet toelating zorginstellingen
Uitvoeringsbesluit Wkkgz
Uitvoeringsregeling Wkkgz
Zorgverzekeringswet

Convenanten

Convenant 'Veilige toepassing van medische technologie in het ziekenhuis'.

Rapporten

Rapport van het inspectiebezoek Convenant 'Veilige toepassing van medische technologie in het ziekenhuis' aan het Amphia ziekenhuis te Breda op 3 mei 2016 2016

Rapport van het inspectiebezoek Convenant 'Veilige toepassing van medische technologie in het ziekenhuis' aan het Amphia ziekenhuis te Breda op 3 mei 2016. Een rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg 2016.

Staat van de Gezondheidszorg; Op weg naar aantoonbaar verantwoord functionerende beroepsbeoefenaren in de zorg 2013

Staat van de Gezondheidszorg; Op weg naar aantoonbaar verantwoord functionerende beroepsbeoefenaren in de zorg. Een rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg 2013.

Overige

De Zorgconsumentenwet, Wat moet er in moet staan 2007

De Zorgconsumentenwet, Wat moet er in moet staan. Een brochure van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, Utrecht: Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie 2007.

Eerste kamer akkoord met Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg 2015

Eerste kamer akkoord met Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg. Een nieuwsbericht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2015.

Overzicht nieuwe verplichtingen: Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg 2015

Overzicht nieuwe verplichtingen: wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Een folder gemaakt door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2015.

Passend model: over de relatie tussen ziekenhuizen en medisch specialisten na 2015 2013

Passend model: over de relatie tussen ziekenhuizen en medisch specialisten na 2015. Een brochure gemaakt door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Utrecht: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen 2013.

Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg: is uw organisatie Wkkgz-proof? 2016

Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg: is uw organisatie Wkkgz-proof? Een flyer gemaakt door Holla Advocaten, 's-Hertogenbosch: Holla Advocaten 2016.

Wkkgz; een korte verkenning tegen de achtergrond van 'medische aansprakelijkheid' 2016

Wkkgz; een korte verkenning tegen de achtergrond van 'medische aansprakelijkheid' Een whitepaper gemaakt door Holla Advocaten, 's-Hertogenbosch: Holla Advocaten 2016.