

Beginselenwet Zorginstellingen

Een onderzoek naar de mogelijkheden van het wetsvoorstel



Joke Nijholt

Studentnummer: 301837
Email: 301837jn@eur.nl
Begeleider: Mr. Dr. A.P. den Exter
Meelezers: Prof. Mr. Dr. M.A.J.M. Buijsen
Dr. J.D.H van Wijngaarden
Datum: 02-08-2013

Voorwoord

Dit onderzoek is uitgevoerd in de vorm van een Masterscriptie, als afstudeerproject van de Master Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Deze scriptie is interessant voor mensen uit de provincie Zuid-Holland die geïnteresseerd zijn in de hervormingen in de langdurige zorg en de gevolgen die de Beginselenwet zorginstellingen kan hebben voor voornamelijk de kwaliteit van deze langdurige zorg.

Graag wil ik mijn begeleider en meelezers bedanken voor alle snelle reacties en commentaren.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting.....	4
Summary	6
1. Inleiding	8
2. Probleemanalyse	9
3. Probleemstelling en deelvragen.....	13
4. Theoretisch Kader.....	15
4.1 Kwaliteit van zorg	15
4.1.1 Het framework van Donabedian	17
4.2 Mensenrechten en grondrechten	18
4.2.1 Internationale rechten	19
4.2.2 Landelijke wetgeving.....	22
4.2.3 ‘Soft Law’	24
4.2.4 Het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg.....	26
4.3 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) - De huidige langdurige zorg.....	28
4.4 Hervormingen in de langdurige zorg.....	29
4.4.1 Scheiden van wonen en zorg.....	30
4.4.2 Begeleiding decentraliseren naar de Wmo	31
4.4.3 Wetsvoorstellen Wcz en Beginselenwet zorginstellingen.....	31
4.4.4 Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars	32
4.4.5 Doelgroep AWBZ beperken	32
4.4.6 Persoonsgebonden budget (pgb)	33
4.4.7 ‘Ouderen in veilige handen’	33
5. Onderzoeksopzet.....	34
5.1 Validiteit en betrouwbaarheid	34
6. Resultaten.....	36
6.1 Uitleg over het wetsvoorstel Beginselenwet zorginstellingen.....	36
6.2 De Beginselenwet zorginstellingen als onderdeel van bestaande wetgeving	39
6.2.1 Internationale wetgeving	39
6.2.2 Landelijke wetgeving	40
6.2.3 Bijdrage van de veranderingen in de langdurige zorg.....	42
6.3 De acht punten van de Beginselenwet zorginstellingen zijn niet nieuw.....	44

6.3.1 De mening van de verpleeg- en verzorgingshuizen over de Beginselenwet zorginstellingen	44
6.3.2 Verwachte voor- en nadelen	47
6.4 Een aantal punten kan bijdragen aan verbetering	50
6.4.1 Regie over het eigen leven	50
6.4.2 Dagelijkse hygiëne	52
6.4.3 Een eenpersoonskamer of een kamer met een partner	54
6.4.4 Dagelijkse buitenlucht	55
6.4.5 Minder discutabele punten	57
6.5 Kwaliteitsgarantie in de toekomst: Beginselenwet is niet nodig	61
6.5.1 Eigen betalingen en mantelzorgers	61
6.5.2 Andere door de instelling aangedragen oplossingen	64
6.5.3 De rol van de Beginselenwet in de toekomst	65
6.6 Mening van de cliënt zelf	66
7. Discussie en Conclusie	69
7.1 Beantwoording van de probleemstelling	69
7.2 Verdere conclusies	72
7.3 Tekortkomingen	73
7.4 Aanbevelingen voor de praktijk	74
7.5 Suggesties voor verder onderzoek	75
Literatuur	77
Bijlage 1	82

Samenvatting

Inleiding

Door de toename van het aantal ouderen als gevolg van de vergrijzing en het dreigende tekort aan zorgpersoneel komt de langdurige zorg onder druk te staan. De kwaliteit van deze zorg staat reeds onder druk vanwege incidenten en ontevreden cliënten. Wanneer men de kwaliteit van de langdurige zorg in de toekomst wil blijven garanderen, dienen hier maatregelen voor genomen te worden. Eén van deze maatregelen is de Beginselenwet zorginstellingen, die moet zorgen voor meer regie voor de cliënt. Of dit wetsvoorstel kan bijdragen aan het op peil houden van de kwaliteit van zorg zal worden onderzocht.

Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is het doorlichten van het wetsvoorstel Beginselenwet zorginstellingen, waarbij interviews worden gedaan met directeuren van verpleeg- en verzorgingshuizen met de vraag wat zij belangrijk vinden voor het borgen van de kwaliteit van zorg voor de toekomst en welke rol de Beginselenwet zorginstellingen hierin kan spelen. Hierbij zal de probleemstelling van dit onderzoek dienen als leidraad voor de vragen die gesteld worden.

Theorie en methoden

Het theoretisch kader wordt gevormd door een uitleg over het begrip kwaliteit van zorg en een uiteenzetting van internationale en nationale wetgeving met hierin aandacht voor de huidige langdurige zorg en de komende veranderingen die hierin gaan plaatsvinden. De reden voor het beschrijven van al deze wetgeving is om erachter te komen of de acht punten uit de Beginselenwet niet reeds staan weergegeven in andere wetten, wat invoering van de wet onnodig maakt.

De methoden waarmee dit onderzoek is gedaan bestaan uit het doen van onderzoek naar de wetten en het doen van interviews met zeven directeuren van verpleeg- en verzorgingshuizen. De reden voor het doen van de interviews is dat de verwachting was dat men vanuit de praktijk anders tegen het wetsvoorstel aan zou kijken dan de staatssecretaris doet vanuit haar (zijn) visie.

Resultaten

Wanneer de reeds bestaande wetgeving wordt vergeleken met de acht rechten voor de cliënt blijkt dat deze niet allen reeds worden gedekt en dat de meeste rechten nog dienen te worden ingevoerd. De directeuren van de verpleeg- en verzorgingshuizen zeggen allen cliëntgericht te werken en zijn geen voorstander van het invoeren van de Beginselenwet. Zij zeggen te voldoen aan het belangrijkste recht van het wetsvoorstel; de regie over de zorg bij de cliënt leggen. Wanneer bepaalde andere rechten worden ingevoerd is de wet volgens hen financieel niet haalbaar. Ook wordt gesteld dat niet alle cliënten gebruik zullen maken van

de rechten omdat zij nu ook niet om deze zaken vragen of dit van huis uit al niet gewend waren en daarom nu ook niet zullen willen.

Conclusie

Er kan een tweedelige conclusie worden getrokken uit het onderzoek. Aan de ene kant staan niet alle acht punten in de huidige wetgeving en zullen, wanneer besloten wordt de wet in te voeren, de ontbrekende punten in de wet opgenomen moeten worden. Het recht op vrijheid van godsdienst en het recht op ontplooiing blijken voldoende voor te komen in de bestaande wetgeving waardoor deze uitgezonderd kunnen worden.

Aan de andere kant zeggen de directeurs van de verpleeg- en verzorgingshuizen dat zij de wet niet noodzakelijk achten, aangezien zij werken volgens de normen verantwoorde zorg, met het zorgplan en volgens de wensen van de cliënt. Volgens hen zou de wet niets toevoegen aan de kwaliteit van de geleverde zorg. Deze wet is, naast dat ze financieel niet haalbaar is voor de instellingen, geen aanvulling voor de werkzaamheden van de instellingen. Wanneer het kabinet graag ziet dat de wet wordt ingevoerd wordt aangegeven welke punten wettelijk verankerd moeten worden, echter dienen zij rekening te houden met de mogelijkheden die de instellingen hebben om dit op korte termijn te realiseren. Ook, wanneer uit verder onderzoek blijkt dat cliënten inderdaad een aantal rechten niet zullen gebruiken, moet worden gekeken hoe deze anders omschreven kunnen worden aangezien de wet de rechten van de cliënt en niet de wensen van de regering dient te behartigen.

Summary

Introduction

Because of the rise of the number of elderly thanks to the ageing of the people and the impending shortage of care staff, the long-term care is under pressure. The quality of this care is already under pressure on account of incidents and unsatisfied clients. When the quality of the long-term care must be guaranteed in the future, measures should be taken. One of these measures is the 'Beginselenwet zorginstellingen', that should ensure the control that clients have over their own lives. Whether this law proposal can contribute to the maintenance of the quality of care, is investigated.

Purpose of the investigation

The purpose of the investigation is the screening of the law proposal 'Beginselenwet zorginstellingen'. Therefore interviews are held with directors of long-term care facilities, in which they were asked what they think is important for guaranteeing the quality of care in the future. They were also asked what role they think the 'Beginselenwet zorginstellingen' will play in the future. The research question is the guide for the questions asked.

Theory and methods

Theory used for this investigation includes an explanation of the term quality of care and a discussion of international and national legislation with attention for the current long-term care and the upcoming changes. The reason for describing the legislation is to find out whether the eight rights of the 'Beginselenwet' already exist in other laws, what makes the 'Beginselenwet' unnecessary.

The methods used to do the research include an investigation to the laws and interviewing seven directors of long-term care facilities. The reason this investigation includes interviews is that the researcher expects that one would look different from practice than the Secretary does from her (his) vision.

Results

When one compares the existing legislation with the eight rights for the client, one will notice that most rights are not yet to be found. Most rights within the proposal must still be imported. The directors of the long-term care facilities all say that they work client focused and are not in favor of entering the 'Beginselenwet'. According to them, they all meet the key right of the client; putting the client in charge of their own care. The importing of several other rights is not financially viable. The directors also say that not all the clients will use the rights because they don't ask for it now or they are not used to it so they don't want it.

Conclusion

The conclusion that can be drawn has two parts. On the one hand one will not find all eight points in the current legislation and the missing points need to be included when the law is entered. The right for freedom of religion and the right to unfolding could be except because these two are already reflected in the current legislation.

On the other hand the directors of the long-term care facilities say that they don't think the law is necessary. They work according to the standards appropriate care, the care plan and the

wishes of the client so that the law adds nothing to the quality of care. This law is, besides being not financially possible, no complementary to the work they do. When the government really wants to enter the law, they should take into account the possibilities the facilities have to enter this in a short time. Also, when further investigation shows that clients indeed will not use every right, one must think of a way to describe the rights otherwise. This is because the law should look after the rights for clients and not the wishes of the government.

1. Inleiding

In dit onderzoek zal de Beginselenwet zorginstellingen centraal staan. Deze wet is ontworpen door voormalig staatssecretaris van Volksgezondheid Marlies Veldhuizen van Zanten tijdens de regeerperiode van kabinet Rutte I en is onderdeel van een grote reorganisatie binnen de langdurige zorg. Het doel van het ontwerpen van dit wetsvoorstel was een aantal berichten in het nieuws over de zogenaamde pyjamadagen en toiletrondes, waaruit bleek dat de kwaliteit in verpleeg- en verzorgingshuizen niet overal kan worden gegarandeerd.

Komende jaren zal een vergrijzingsgolf Nederland bereiken, waardoor druk komt te staan op de langdurige ouderenzorg, een druk die volgens de staatssecretaris reeds bestaat en waarvoor de Beginselenwet zorginstellingen is ontworpen. Wanneer de kwaliteit van de ouderenzorg behouden of op enkele punten verbeteren moet, is het zaak voorbereidende maatregelen te treffen met het oog op de toekomst, wanneer men van een verzorgde oude dag wil blijven genieten. Het onderzoek zal voornamelijk de kwaliteitsaspecten belichten die gemoeid zijn met de langdurige zorg en de toekomst hiervan, daar de kwaliteit van de langdurige zorg in de toekomst niet zonder meer vanzelfsprekend te noemen is. In de probleemanalyse zal uitgelegd worden waarom een reorganisatie binnen de langdurige zorg noodzakelijk is, waarna verder wordt ingegaan op deze reorganisatie en de rol van de Beginselenwet zorginstellingen hierbij.

Het doel van het onderzoek is het doorlichten van het wetsvoorstel Beginselenwet zorginstellingen, waarbij interviews worden gedaan met directeurs van verpleeg- en verzorgingshuizen met de vraag wat zij belangrijk vinden voor het borgen van de kwaliteit van zorg voor de toekomst en welke rol de Beginselenwet zorginstellingen hierin kan spelen. Hierbij zal de probleemstelling van dit onderzoek dienen als leidraad voor de vragen die gesteld worden. De probleemstelling luidt:

“Zal de Beginselenwet zorginstellingen bijdragen aan het kwaliteitsbehoud en de kwaliteitsverbetering in de toekomst in de AWBZ-zorg?”

1.1 Leeswijzer

Dit onderzoek zal begonnen worden met een probleemanalyse, waarbij wordt uitgelegd hoe groot het probleem van de vergrijzing in Nederland wordt. Er wordt uitgelegd dat het vorige kabinet is begonnen met het opstellen van een aantal maatregelen, waaronder de Beginselenwet zorginstellingen. Het hoofdstuk hierna zal de probleemstelling en de deelvragen bevatten, met hierin de motivatie voor de gekozen vragen. Hierop volgt het theoretisch kader dat alle relevante theorie over dit onderwerp beschrijft. Vervolgens wordt de opzet van het onderzoek uitgelegd in het volgende hoofdstuk. De laatste twee hoofdstukken zijn de resultaten en de discussie en conclusie.

2. Probleemanalyse

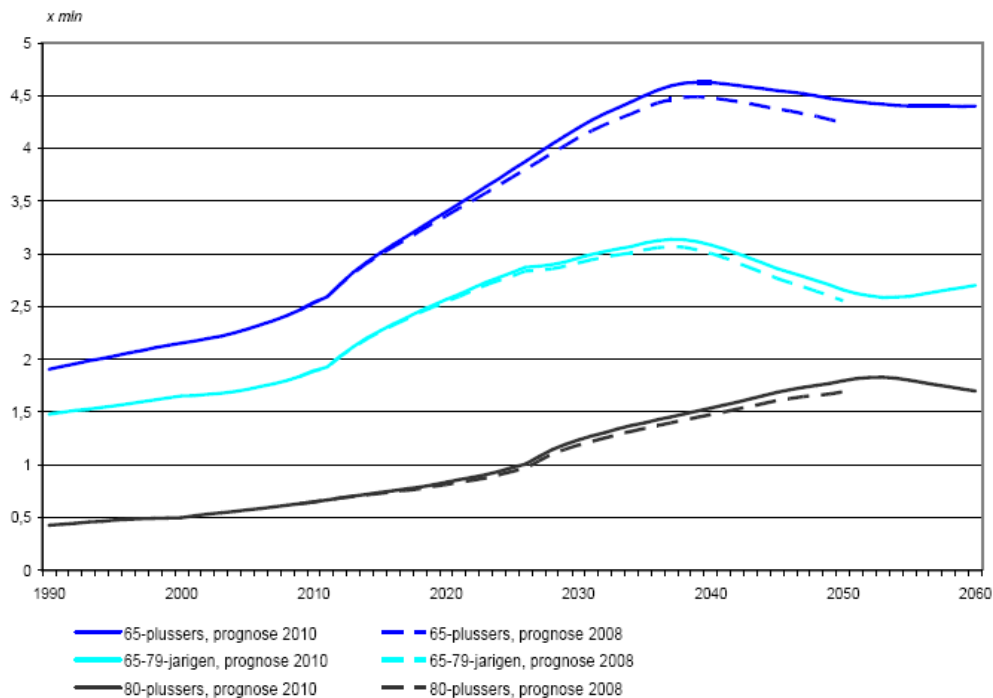
Vergrijzing in Nederland is een steeds groter wordend probleem. Het aantal ouderen is reeds enkele jaren sterk aan het stijgen, een trend die de komende jaren alleen nog maar sterker door zal zetten. De vergrijzing wordt veroorzaakt door een drietal ontwikkelingen binnen de bevolking. Ten eerste zal een stijging van de levensverwachting plaatsvinden, voornamelijk de komende vijftig jaar (van Duin en Garssen 2010). Ten tweede zorgt een afnemend geboortecijfer voor een relatieve toename van het aantal ouderen. Er worden minder kinderen geboren omdat ouders steeds later aan kinderen beginnen en ook kiezen voor een kleiner gezin, waardoor het aantal ouderen relatief gezien groter wordt. Ook is de daling van het aantal geboortes toe te schrijven aan een daling van het aantal vrouwen in de meest vruchtbare levensklassen (van Duin en Garssen 2010). Tenslotte draagt de vergrijzing van de baby-boom generatie van vlak na de Tweede Wereldoorlog bij aan de vergrijzing van de Nederlandse bevolking. In deze periode zijn exponentieel meer baby's geboren dan in voorgaande jaren, een zogenaamde bevolkingsexplosie. De mensen die tijdens de bevolkingsexplosie geboren zijn, worden over enkele jaren tegelijk vijfenzeestig jaar, waardoor zij vallen onder de ouderen van de bevolking (van der Grift 2008).

Figuur 1 is een figuur uit 2010 die laat zien dat het aantal ouderen in Nederland de komende jaren nog zal blijven stijgen. De top van de vergrijzing ligt zoals te zien is rond het jaar 2038. Wat verder kan worden afgeleid uit de figuur is dat vergrijzing geen tijdelijk probleem is. Alhoewel het aantal ouderen weer langzaam zal dalen na 2038, blijft het aantal tachtig plussers binnen deze groep wel stijgen tot aan 2050. Deze groep ouderen staat bekend als grootverbruiker van zorg, gefinancierd vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), ook wel de langdurige zorg genoemd. De kosten voor de zorg en ondersteuning die vanuit de gemeenten en de overheid voor deze mensen worden gemaakt zullen de komende jaren dus stijgen.

Figuur 2 onderschrijft dat ouderen het merendeel van het leven na het vijfenzeestigste levensjaar doorbrengen zonder veel lichamelijke of geestelijke beperkingen, echter blijft bij een groot deel van de ouderen een vraag naar zorg bestaan. Een aantal aandoeningen is kenmerkend voor ouderen waardoor vraag naar zorg zeker voor deze aandoeningen zal blijven bestaan. Deze aandoeningen bestaan voornamelijk uit gewrichtsaandoeningen (40%), psychische klachten (15%), hartziekten (10%), diabetes (10%), chronische ziekten (10%) en verschillende vormen van kanker (minder dan 5%). De percentages verwijzen naar het percentage mensen boven de vijfenzeestig jaar in Nederland die lijden onder deze aandoening (Knook 2007).

Figuur 1

Prognose voor het aantal ouderen, 1990-2060



Bron: Van Duin en Garssen 2010

Figuur 2

Huidige levensverwachting 65 jarigen

	Man	Vrouw
Totale levensverwachting	15,3	19,2
Goed ervaren gezondheid	9,3	9,9
Zonder lichamelijke beperkingen	12,1	12,8
Goede geestelijke gezondheid	14	16,4

Bron: Ministerie van VWS 2005

Met de komende vergrijzing zullen meer mensen een beroep doen op voorzieningen uit de AWBZ zorg, waardoor de druk op onder andere verzorgings- en verpleeghuizen toeneemt. Met het toenemen van de druk, waaronder ook de druk op het personeel, zou de kwaliteit van zorg kunnen verminderen omdat men minder tijd heeft voor iedere individuele cliënt (Ministerie van VWS 2005). Om deze druk te verlichten heeft de overheid een aantal andere maatregelen voorgesteld die ook verderop besproken zullen worden. Het vorige kabinet Rutte I is hiermee begonnen, in samenwerking met staatssecretaris van Volksgezondheid Marlies Veldhuijzen van Zanten. In het Theoretisch kader (paragraaf 4.4) worden deze veranderingen genoemd en beschreven.

Wat hier reeds wel kan worden vermeld is dat de maatregelen die bedacht en opgezet zijn, echter moeilijk te behalen blijken, gezien de schaarste die er bestaat aan zorgpersoneel. Met het krimpen van de beroepsbevolking ten opzichte van het aantal ouderen (van Duin en Garssen 2010) zullen nog meer mensen in de zorg werkzaam moeten zijn in de toekomst. In de programmabrief van de

staatssecretaris (TK Kamerstuk: kamerbrief 2011(2)) wordt aandacht besteed aan het dreigende tekort aan zorgpersoneel. In 2010 waren er in Nederland 1,3 miljoen mensen werkzaam in de zorg- en welzijnssector. Dit aantal zal bij een ongewijzigd beleid ten opzichte van ouderenzorg met 400.000 moeten toenemen in de komende 15 tot 20 jaar. Met een krimpende beroepsbevolking lijkt dit aantal niet haalbaar.

Om het probleem helder te krijgen kan het volgende worden gesteld: Door zowel de absolute als relatieve toename van het aantal ouderen en het dreigende tekort aan zorgpersoneel in ons land komt de langdurige zorg onder druk te staan. De kwaliteit van deze zorg staat reeds onder druk door een reeks incidenten en ontevreden cliënten en heeft een redelijk negatief imago. Wanneer gewenst wordt de ouderenzorg in de toekomst kwalitatief op een gelijk niveau te houden zullen hiervoor dus maatregelen genomen moeten worden.

Een van de maatregelen die zijn voorgesteld tijdens kabinet Rutte I om een goede kwaliteit van zorg binnen de langdurige zorg te kunnen waarborgen in de toekomst is de Beginselenwet zorginstellingen, het onderwerp van dit onderzoek. Dit wetsvoorstel wil toewerken naar een meer cliëntgerichte zorg waarbij de autonomie en zelfbeschikking van de cliënt in acht worden genomen en is onderdeel van het wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg (Wcz). Staatssecretaris Veldhuijzen van Zanten heeft voor de Beginselenwet een achttal rechten voor cliënten opgesteld, waarop zij zich altijd kunnen beroepen wanneer zij van mening zijn onjuist bejegend te worden. De reden voor het invoeren van deze wet is de ondermaatse kwaliteit van zorg die wordt geleverd in een aantal langdurige zorginstellingen zoals verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Door cliënten te wijzen op hun rechten moet het mogelijk worden de instellingen die ondermaats presteren aan te pakken. Een voorbeeld van een recht dat eigenlijk vanzelfsprekend zou moeten worden uitgevoerd door de zorginstelling is het recht voor de cliënt om zelf te bepalen wanneer hij/zij gedoucht wil worden (TK Kamerstuk: kamerbrief 2011(1)).

Tijdens het verloop van dit onderzoek is een nieuw kabinet gevormd, met hierbij ook andere ministers en staatssecretarissen. De minister van VWS is dezelfde gebleven, echter de staatssecretaris is gewijzigd van Marlies Veldhuijzen van Zanten naar Martin van Rijn. Een nieuwe regeringsperiode betekent een nieuwe vraag vanuit het kabinet naar het wetgevend programma voor deze kabinetsperiode. De minister en de nieuwe staatssecretaris zijn hierbij overeengekomen dat de Wcz niet zal worden doorgevoerd zoals deze oorspronkelijk bedoeld is. Aanpassingen aan wetgeving blijven erin staan, andere wetsvoorstellen zullen eruit worden gehaald en individueel worden bekeken (Kamerstuk: Toelichting 2013). Zo is het, na enige aanpassingen omdat de Beginselenwet overeenkomsten had met de Wcz, nog altijd mogelijk dat deze wet wordt ingevoerd. De nieuwe staatssecretaris zegt hier het volgende over (Kamerstuk: Kamerbrief 2012):

“Ik ben tot de conclusie gekomen dat het voorstel, ongeacht de verdere hervormingen in de langdurige zorg, tot zinvolle en noodzakelijke verbeteringen leidt voor de groep cliënten die AWBZ-zorg ontvangt. Dat is de reden waarom het kabinet dit wetsvoorstel wil doorzetten. Wij zien de behandeling van dit wetsvoorstel als de snelste weg om de in het voorstel verankerde zeggenschap van de onderhavige groep afhankelijke AWBZ-cliënten te realiseren. Dat laat onverlet

dat deze verankering van de zeggenschap bij de hervormingen in de langdurige zorg en de nieuwe opzet van de AWBZ kan en zal worden betrokken.” (Kamerstuk 33109 nr.9 2013)

De relevantie van dit onderzoek blijft hiermee bestaan. In het onderzoek zal worden bekeken of alle acht punten van de Beginselenwet bij kunnen dragen aan een verbetering voor de cliënt of dat enkele punten weggelaten kunnen worden.

3. Probleemstelling en deelvragen

In dit onderzoek zal de Beginselenwet zorginstellingen centraal staan. In de probleemschets is opgenomen dat het aantal ouderen in Nederland stijgt wat de druk op het zorgstelsel vergroot, waardoor de kwaliteit in langdurige zorginstellingen, die al niet optimaal is, in het gedrang komt. De overheid heeft een aantal maatregelen bedacht om zowel de financiële situatie als het waarborgen van de kwaliteit van zorg toekomstbestendig te maken, waaronder het wetsvoorstel van de voormalig staatssecretaris van Volksgezondheid, de Beginselenwet zorginstellingen.

Wanneer gesproken wordt over de kwaliteit van zorg zal dit voor een arts iets anders betekenen dan voor een ouder persoon in een verzorgingshuis. Verderop in dit onderzoek is te lezen dat ouderen de kwaliteit van zorg niet zien als de kunde van een arts of verpleegkundige, maar meer het contact dat deze mensen met hen hebben. De kwaliteit van zorg is laag voor ouderen wanneer zij hun vragen niet kunnen stellen of geen serieus gesprek met de zorgverleners kunnen hebben, omdat die tijd er niet is. Met de Beginselenwet zorginstellingen kan het ook zo zijn dat de kwaliteit niet toeneemt omdat het de bedoeling is dat cliënten bijvoorbeeld aan kunnen geven wanneer ze willen douchen, maar niet dat ze een half uur willen douchen of met de verpleegster willen praten. Belangrijk wanneer het om kwaliteit gaat is dus om de meningen van de ouderen mee te nemen in de conclusie.

De belangrijkste vraag die bij bovenstaande informatie gesteld kan worden is of de Beginselenwet zorginstellingen daadwerkelijk bijdraagt aan een verhoging van de kwaliteit van zorg, waarmee de probleemstelling van dit onderzoek de volgende wordt:

Zal de Beginselenwet zorginstellingen bijdragen aan het kwaliteitsbehoud en de kwaliteitsverbetering in de toekomst in de AWBZ-zorg?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden kunnen een aantal deelvragen worden opgesteld:

De eerste vraag die hierbij gesteld kan worden heeft te maken met de noodzaak van een nieuwe wet op het gebied van cliëntenrechten. Echter, zijn de cliëntenrechten niet reeds vastgelegd in andere wet- en regelgeving en internationale verdragen?

1. De Beginselenwet zorginstellingen bevat acht rechten voor cliënten. Zijn deze rechten elders in wet- en regelgeving of internationale verdragen reeds benoemd, wat deze wet overbodig maakt?
2. Wat is de mening van de zorginstellingen over de Beginselenwet zorginstellingen en wat denken zij dat voor- en nadelen van de wet zijn? Welke veranderingen zouden de instellingen moeten invoeren om te kunnen voldoen aan de punten van de Beginselenwet en de bijbehorende kwaliteitsverbetering?
3. Op welke manier zijn de acht punten van de Beginselenwet terug te vinden in het huidige beleid van de zorginstellingen?
4. Welke rol zien de zorginstellingen de Beginselenwet zorginstellingen spelen in de toekomst? Denken zij dat de Beginselenwet nodig is voor een garantie voor de kwaliteit van zorg in de toekomst?

5. Wat is de rol van de mening van de cliënten wanneer het gaat over het opstellen van kwaliteitsbeleid? In hoeverre denkt men dat de mening van ouderen over de kwaliteit positief zal veranderen na invoering van de Beginselenwet zorginstellingen?

Vraag twee tot en met vijf zullen verder worden uitgediept in verscheidene interviews die zullen worden gehouden. De antwoorden op deze vragen zullen worden geverifieerd aan de hand van de relevante literatuur.

4. Theoretisch Kader

In dit hoofdstuk zal de theorie worden beschreven die nodig is bij het beantwoorden van zowel de hoofdvraag als de deelvragen. Aangezien de hoofdvraag van het onderzoek te maken heeft met het al dan niet bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit van zorg zal begonnen zal worden met een uitleg over de kwaliteit van zorg, waar het uit bestaat en hoe het in de loop der jaren gevormd is binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Hierna zal de wetgeving aan bod komen die reeds bestaat inzake de kwaliteit van zorg, omdat aan de hand van de reeds bestaande wetgeving kan worden geconcludeerd of de Beginselenwet zorginstellingen een zinvolle toevoeging brengt. Met behulp van de uitleg over deze wetgeving kan later de eerste deelvraag worden beantwoord.

4.1 Kwaliteit van zorg

Al geruime tijd is een goede kwaliteit van zorg belangrijk in de Nederlandse gezondheidszorg. Voornamelijk het op peil houden en zo nodig verbeteren van de kwaliteit en daarmee het verhogen van de veiligheid en tevredenheid van cliënten en patiënten staat al jarenlang op de agenda van zowel het ministerie van VWS als de zorgorganisaties zelf (Wiegers et al. 2007). Het verwerven van kwaliteit speelt zich af tussen cliënt en zorgverlener, dus tijdens het primaire proces. Goed geoliede processen zijn een voorwaarde voor het leveren van goede kwaliteit. Het managen van de primaire processen is hiermee een essentiële voorwaarde voor een goede kwaliteit van zorg (Kunst et al. 2010).

Kwaliteitssystemen en kwaliteitsverbetering zijn sinds 1990 een punt op de agenda van verpleeg- en verzorgingshuizen. Echter hebben zij tot het jaar 2000 niet veel vorderingen gemaakt met de ontwikkeling hiervan. Hieraan zijn verschillende oorzaken te wijden zoals de duur van het implementeren van veranderingen in een organisatie, het te weinig terugkoppelen en evalueren en het teveel opleggen van bovenaf waardoor personeel op de werkvloer, die werkelijk met de verandering aan de slag moeten gaan, niet voldoende betrokken worden. In deze tijd konden nog niet veel kwaliteitssystemen dan ook als goed functionerend worden beschouwd, waarbij ‘goed functionerend’ als volgt wordt omschreven (Ikkink en Wagner 2000):

“Een kwaliteitssysteem is pas als goed functionerend te beschouwen als activiteiten op elkaar zijn afgestemd en de resultaten van die activiteiten worden gebruikt om het kwaliteitsbeleid te evalueren en zo nodig bij te stellen”.

Dat er na 2000 ook niet voldoende werd gedaan aan het optimaliseren van kwaliteitssystemen blijkt uit het rapport van NIVEL uit 2007, waarin wordt beschreven dat er in de jaren voorafgaand aan het onderzoek veel onrust is geweest inzake de kwaliteit van zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen. Er werd zowel door familieleden van bewoners als door instellingsdirecties geklaagd over onvoldoende gekwalificeerde verzorgenden en gebrek aan kwaliteit van de woonomstandigheden. In deze jaren is er gesproken over het meetbaar en inzichtelijk maken van kwaliteit (Wiegers et al. 2007). Een manier om te zorgen dat kwaliteit inzichtelijk wordt is het zogenaamde Benchmarking, waarbij de prestaties van instellingen in kaart worden gebracht aan de hand van vooraf opgestelde prestatie-indicatoren.

Hierbij kunnen organisaties worden vergeleken, zodat verbeteringen die noodzakelijk zijn inzichtelijk worden gemaakt. Echter worden hier nogal eens fouten mee gemaakt omdat men organisaties vergelijkt die niet vergeleken kunnen worden. Het ene ziekenhuis is het andere niet en daarom moet heel specifiek worden omgegaan met het vergelijken. Hoorn et al hebben hiervoor een nieuw model van benchmarking ontwikkeld waarbij specifieker moet worden gekeken naar wat vergeleken wordt. Zo moet voor een vergelijkbaar proces worden gekozen, voor een vergelijkbare partner en vergelijkbare prestatie-indicatoren. Ook moet bij het meten niet alleen rekening worden gehouden met de cijfers die daaruit naar voren komen, maar ook de afweging die de organisatie maakt tussen zorgkwaliteit, arbeidskwaliteit en doelmatigheid moet worden bekeken om te zien of de gevonden resultaten wel mogen worden vergeleken (van Hoorn et al. 2006).

‘Normen voor Verantwoorde zorg’, een initiatief van onder andere ActiZ, het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland, is een van de methoden die wordt gebruikt voor het meetbaar maken van de kwaliteit van zorg. ‘Normen van Verantwoorde zorg’ is een visiedocument waarin verantwoorde zorg wordt beschreven als (Wiegers et al. 2007):

“zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig, veilig en patiëntgericht verleend wordt en die is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt”

Om te zorgen dat kwaliteit meetbaar is voor de instellingen zelf en ook voor de Inspectie van de Gezondheidszorg, die de instellingen controleert, is een Toetsingskader Verantwoorde zorg V&V opgezet, waarmee inzicht gegeven kan worden in hoeverre verpleeg- en verzorgingshuizen voldoen aan de normen van het leveren van verantwoorde zorg (Wiegers et al. 2007).

Naast het vergelijken van zorginstellingen werken zorginstellingen zelf ook intern aan verbetering van de kwaliteit van de zorg en de bijbehorende processen. In de jaren '70 van de vorige eeuw is men begonnen met invulling geven aan het begrip richtlijnen. Verbetering van het kwaliteitsbeleid stond in deze jaren hoog op de agenda en al snel waren de richtlijnen populair bij verschillende beroepsgroepen. In 1992 werd evidence based medicine geïntroduceerd, waarna al snel ook de richtlijnen moesten voldoen aan wetenschappelijke eisen. Richtlijnen dragen sinds deze tijd bij aan een veiligere manier van zorg verlenen, waardoor de kwaliteit wordt verhoogd. De laatste jaren hebben richtlijnen er een betekenis bijgekregen, ze bevatten namelijk steeds vaker ook duidelijke kwaliteitseisen en behandeldoelen die aan de hand van indicatoren worden getest. Ook voor cliënten biedt dit veel duidelijkheid, daar zij zelf kunnen controleren wat de arts tijdens de behandeling dient te hebben gedaan (Regieraad kwaliteit van zorg 2010).

Belangrijk voor het meten van de kwaliteit van zorg is de mening over de geleverde zorg van de mensen die de zorg ontvangen. Waar voorheen instellingen zelf methoden ontwikkelden om de tevredenheid van cliënten te meten, heeft het ministerie van VWS om dit te vereenvoudigen en inzichtelijker te maken voor één enkele methode gekozen, namelijk de CAHPS-QUOTE. Deze methode is ontstaan uit een andere Nederlandse methode en een Amerikaanse methode en is samengevoegd tot de Consumer Quality- ofwel CQ-Index. Voor het opstellen van de CQ-Index zijn de

ervaringsvragen en belangenvragen gebruikt uit de QUOTE methode en de bijdrage van de CAHPS methode bestaat uit het vervangen van tevredenheid door de nadruk op frequentie van ervaringen (Wiegers et al. 2007).

De bovenstaande paragraaf maakt duidelijk dat kwaliteit van zorg in Nederland als een belangrijk punt wordt gezien, wat de uitkomst van dit onderzoek belangrijk maakt. Wanneer blijkt dat de Beginselenwet zorginstellingen geen verbetering levert voor de kwaliteit van zorg, zal naar andere oplossingen moeten worden gezocht om de mogelijk in de toekomst teruglopende kwaliteit op te kunnen vangen.

4.1.1 Het framework van Donabedian

Donabedian ontwierp een framework in 1969 dat tegenwoordig veelal wordt gebruikt als basis voor kwaliteit gerelateerde vraagstukken. Donabedian merkte op dat wanneer men bezig is met het verbeteren van de kwaliteit, dat men zich moet realiseren dat de gezondheidszorg is ingebed in en grotendeels wordt beïnvloed door, een veel grotere externe omgeving (Stepaniak 2010). Deze omgeving bestaat volgens hem uit een drietal componenten. Deze drie componenten, structuur-, proces- en uitkomstcriteria, omschrijven drie verschillende kenmerken van het zorgsysteem die samen de omgeving vormen waarbinnen de zorgverlening plaatsvindt. Dit framework vond pas in 1980 aansluiting bij voornamelijk de verpleegkundigen die het verder ontwikkelden en wereldwijd opnamen in de opleidingsmethoden (Parsley 1999).

De structuurcriteria verwijzen naar voornamelijk de fysieke en organisatorische kenmerken van het zorgsysteem. Hierbij kan worden gedacht aan het feit dat er een team nodig is om een patiënt te behandelen en uit welke leden het team moet gaan bestaan. De mogelijkheden tot overleg, zoals het invoeren van een wekelijks multidisciplinair overleg, behoren ook tot de structuur.

De procescriteria hebben te maken met de acties van individuen om het doel te bereiken, dus de gedragingen van de zorgverleners. Met deze gedragingen wordt zowel de interactie met andere zorgverleners als de interactie met de cliënt bedoeld. De kwaliteit van zorg wordt verbeterd wanneer alle benodigde standaarden en protocollen worden nageleefd en uitgevoerd, ieder het werk doet wat van hem of haar verwacht wordt en de patiënt volledige informatie ontvangt.

Bij de uitkomstcriteria wordt gekeken of alles is gegaan zoals de bedoeling was. De patiënt moet tevreden naar huis zijn gegaan, zonder vragen of psychische schade. Ook moeten alle formulieren goed zijn ingevuld en moet worden nagegaan of de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners goed is verlopen (Parsley 1999).

Volgens Donabedian kan elk van de drie criteria apart worden gezien en beoordeeld evenals tegelijk. Ook is het zo dat wanneer structuur en proces goed zijn, men kan verwachten dat de uitkomst positief zal zijn (Stepaniak 2010).

Dit framework wordt in de Nederlandse gezondheidszorg ook gebruikt wanneer het gaat om het meten van de kwaliteit van zorg. In het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg (2010) is te lezen dat het uitgangspunt is zoveel mogelijk op uitkomsten te meten. De reden hiervoor is dat het niet nodig zou moeten zijn tot in detail vast te leggen hoe organisaties en zorgprofessionals de zorg verlenen, maar dat het belangrijker is wat de resultaten (voor de patiënten) zijn. Wanneer onder bepaalde omstandigheden geen uitkomstcriteria beschikbaar zijn, worden structuur- of procescriteria gebruikt

die een directe relatie hebben met de te monitoren uitkomst (Stuurgroep Kwaliteitskader VV&T 2010).

Wanneer dit framework zou worden ingezet bij de kwaliteitsverbetering van de ouderenzorg in Nederland zou het niet verstandig zijn mee te gaan met het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg. In de probleemschets is uitgelegd dat ouderen een andere beleving van kwaliteit hebben dan het verzorgend personeel en de artsen. Wanneer naar uitkomsten zou worden gekeken, zou het zo kunnen zijn dat de kwaliteit omhoog gaat na een bepaalde interventie, echter is dit de kwaliteit die de artsen en verpleegkundigen ervaren, de kwaliteit van een behandeling of verblijf. Wanneer naar de ouderen geluisterd zou worden, zou de aanpak moeten liggen op procesniveau, bij het handelen van de artsen en verpleegkundigen. Deze zouden door een vriendelijk gesprek en meer tijd per handeling hoger scoren op kwaliteit bij ouderen. Wanneer dit framework ergens wordt gebruikt is het dus belangrijk om te kijken naar de context waarin het wordt gebruikt.

4.2 Mensenrechten en grondrechten

Er bestaan veel verschillende soorten mensenrechten welke zijn vastgelegd in internationale verdragen waarvan de belangrijkste hieronder zullen worden benoemd en besproken. Mensenrechten worden ook vastgelegd in grondwetten, zo ook de Nederlandse grondwet en worden daarna vaak grondrechten genoemd. Het belang van mensenrechten wordt door Koster (2012) als volgt uitgelegd:

“Mensenrechtenverdragen bieden burgers in Nederland bescherming in hun grondrechten. Door mensenrechten te eerbiedigen wordt de gelijkwaardigheid en menselijke waardigheid van iedereen gerespecteerd. Een land waarin mensenrechten zijn gegarandeerd voor iedereen leidt tot een stabiele, rechtvaardige samenleving en dat is goed voor de economie (Koster 2012).”

Voor dit onderzoek is het van belang te weten welke mensenrechten en grondrechten van belang zijn voor de kwaliteit van zorg, voornamelijk de kwaliteit van ouderenzorg. De verschillende soorten mensenrechten kunnen worden onderscheiden in klassieke, culturele, collectieven en sociale en economische rechten. De sociale en economische rechten zijn de enigen van belang, gezien het feit dat het recht op gezondheid hieronder valt. Koster (2012) schreef een brief aan de Tweede Kamer namens het College voor de Rechten van de Mens, waarin adviezen worden gegeven aan het nieuwe kabinet. Hierin komen de ouderen uitvoerig ter sprake. Zij stelt in haar brief dat een aantal mensenrechten voor een kwetsbare groep ouderen in het geding komt door fouten bij verzorgings- en verpleeghuizen:

“Voor de kwetsbare en afhankelijke ouderen lijken aldus het recht op gezondheid (kwaliteit, toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg) en andere mensenrechten, zoals privacy en zelfbeschikking in het geding te zijn. Het College zal hiernaar onderzoek uitvoeren en wil handvatten aanreiken voor de waarborging van de mensenrechten van deze kwetsbare groep door overheid en zorginstellingen (Koster 2012).”

Uit dit citaat blijkt dat onder het recht op gezondheid onder andere de kwaliteit van zorg valt, wat laat zien dat mensenrechten hier invloed op kunnen hebben en hiermee relevant zijn voor dit onderzoek.

In deze paragraaf zal uiteengezet worden onder welke grondrechten en mensenrechten, zowel landelijk als internationaal, de inwoners van Nederland leven. Hierbij wordt, na een korte introductie, alleen gekeken naar de rechten betrekking hebbend op de gezondheidszorg en de kwaliteit van zorg, gezien de relevantie hiervan voor dit onderzoek. De reden hiervoor is te laten zien wat de overheid doet met de plichten die zij heeft. Wanneer de overheid veranderingen doorvoert, zijn deze altijd gebaseerd op de mensenrechten en grondrechten die de burgers bezitten.

4.2.1 Internationale rechten

Het internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten (IVESCR) is getekend door een groot aandeel van landen die aangesloten zijn bij de Verenigde Naties. Het document is gecomplementeerd op 16 december 1966, waarna het in de jaren hierop volgend door de deelnemende landen werd getekend. Het Verdrag is in Nederland goedgekeurd bij de wet op 24 november 1978 (van Voss en Keizer 2005). In dit verdrag wordt het recht op gezondheidszorg het breedst en het meest in grote lijnen genoemd. De reikwijdte en de betekenis van de rechten zijn uitgewerkt door het comité dat toeziet op de naleving van het Verbond en neergezet als de 'General Comment on Health' (Freedman 2001).

Dit verdrag wordt hier genoemd vanwege artikel 12, dat met de kwaliteit van zorg te maken heeft:

1. De Staten die partij zijn bij dit Verdrag erkennen het recht van een ieder op een zo goed mogelijke lichamelijke en geestelijke gezondheid.
2. De door de Staten die partij zijn bij dit Verdrag te nemen maatregelen ter volledige verwezenlijking van dit recht omvatten onder meer die welke nodig zijn om te komen tot:
 - a. Vermindering van het aantal doodgeborenen en van de kindersterfte, alsmede een gezonde ontwikkeling van het kind;
 - b. Verbetering van alle aspecten betreffende de hygiëne van het gewone milieu van de mens en van het arbeidsmilieu;
 - c. Voorkoming, behandeling en bestrijding van epidemische en endemische ziekten, alsmede van beroepsziekten en andere ziekten;
 - d. Het scheppen van omstandigheden die in ieder geval van ziekte geneeskundige bijstand en verzorging waarborgen.

(Bron vertaling: van Voss en Keizer 2005)

Toelichtingen bij alle artikelen van het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten zijn gegeven in de 'General Comment on Health'. General Comment 14 voorziet dit artikel 12 van enige verduidelijking (van Voss en Keizer 2005). Hierin wordt onder andere besproken dat iedereen het recht heeft op een zo goed mogelijke gezondheidszorg en dat dit mogelijk moet worden gemaakt aan de hand van beleid, gezondheidsprogramma's en landelijke wetten (van Voss en Keizer 2005). Het recht op gezondheid in alle denkbare vormen bestaat altijd uit vier elementen:

availability, accessibility, acceptability en quality. Hiermee wordt getracht te garanderen dat er altijd zorg toegankelijk is, dat men hier toegang tot kan krijgen, dat men geaccepteerd wordt door het personeel en iedereen een gelijke behandeling krijgt en dat de zorg van een goede kwaliteit is. Onder het kopje kwaliteit valt goed geschoold medisch personeel, medicatie en uitrusting die wetenschappelijk goedgekeurd is en dus niet experimenteel is, veilig en drinkbaar water en adequate sanitaire voorzieningen (General Comment no. 14 in den Exter 2009).

Verder is te lezen in het General Comment dat het trachten te behalen van een zo hoog mogelijke gezondheidsstandaard niet het recht geeft op gezondheid, maar op gezondheidszorg. Dit dient niet verward te worden. Een derde belangrijk punt in General Comment 14 is dat het Verdrag er rekening mee houdt dat niet iedere Staat die lid is kan voldoen aan het leveren van voldoende en kwalitatief goede gezondheidszorg, dus dat zij moeten voldoen aan het geven wat voor hen het hoogst haalbare is (General Comment No.14 2000).

Bij het naleven van het IVESCR hebben de overheden een aantal verplichtingen. De belangrijkste verplichting is het nakomen van de in het verdrag afgesproken punten, echter hoeven zij dit niet altijd direct te doen. In General Comment no.14 wordt uitgelegd dat een geleidelijke verwezenlijking mogelijk is vanwege limieten en beschikbare middelen. In het geval van het recht op gezondheid geldt dit recht niet overal, bijvoorbeeld wanneer het gaat om het uitvoeren van een bepaald recht, zal dit direct zonder enige vorm van discriminatie moeten gebeuren. Het progressief verwezenlijken van deze rechten wil niet zeggen dat de verplichtingen niets meer voorstellen, het is juist zo dat overheden nu een specifieke en continue verplichting hebben om zo snel en effectief mogelijk naar de volle realisatie van het doel toe te werken (General Comment no.14 in den Exter 2009).

Aangezien dit onderzoek betrekking heeft op de langdurige zorg in Nederland is het van belang specifieke richtlijnen te hebben voor de kwaliteit van zorg voor ouderen. Het enige dat General Comment 14 zegt over ouderen is het volgende:

“With regard to the realization of the right to health of older persons, the Committee [...] reaffirms the importance of an integrated approach, combining elements of preventive, curative and rehabilitative health treatment. Such measures should be based on periodical check-ups for both sexes; physical as well as psychological rehabilitative measures aimed at maintaining the functionality and autonomy of older persons; and attention and care for chronically and terminally ill persons, sparing them avoidable pain and enabling them to die with dignity.”

Wat uit dit citaat afgeleid kan worden is dat de Nederlandse overheid maar ook zorginstellingen zelf, dit op een eigen wijze in kunnen vullen door de breedte waarin dit is opgezet. Zo nauwkeurig als uitvoering van de ouderenzorg wordt beschreven in de Beginselenwet Zorginstellingen, staat deze hier niet, waardoor gesteld kan worden dat het Verdrag en bijbehorende General Comment niet voldoende kwaliteit van zorg kunnen genereren voor de Nederlandse ouderen. Hierboven is reeds gesteld dat de Staten die dit Verdrag hebben geratificeerd dit Verdrag moeten uitvoeren door middel

van landelijke wetgeving en dergelijke, waardoor de Beginselenwet één van deze wetten kan worden.

Naast het IVESCR zijn er nog enkele andere rechten die internationaal gelden. Op het gebied van bescherming van burgers zijn internationale verdragen van kracht welke tot stand zijn gekomen in de periode vlak na de Tweede Wereldoorlog. Mensenrechten zijn bedoeld om de burger te beschermen tegen de macht van de staat en zijn internationaal vastgelegd in de Universele Verklaring voor de Rechten van de Mens (UVRM) en het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM). De Universele Verklaring voor de Rechten van de Mens is een product van een vergadering van de Verenigde Naties (VN) uit 1948 en bestaat uit dertig universele mensenrechten die hiermee dus altijd, voor iedereen en overal gelden. Een aantal voorbeelden van rechten uit deze Verklaring zijn het recht op leven, vrijheid en veiligheid, het recht op gelijkheid voor de wet, het recht op privacy en bewegingsvrijheid en het recht op een behoorlijke levensstandaard (gezondheidszorg, voeding, kleding, huisvesting) (Noordam en Klosse 2008).

Het EVRM vindt zijn oorsprong in 1950 en is bedoeld de mensenrechten te specificeren voor Europa. Het Europees Hof voor de Rechten van de Mens ziet erop toe dat de zevenenveertig lidstaten van de Raad van Europa zich aan het verdrag houden (Wetstekst EVRM). Wanneer men spreekt over de interpretatie en toepassing van het EVRM hebben overheden in hoge mate de verantwoordelijkheid voor de bescherming en de bevordering van de gezondheid van mensen (Hendriks 2009). Zo is de overheid onder meer verantwoordelijk voor het uitvoeren van de volgende rechten: recht op leven, recht op vrijheid en veiligheid, recht op eerbiediging van privé- en familielevens en dat er een verbod staat op foltering en onmenselijke behandeling (Wetstekst EVRM). Alhoewel in het EVRM en de rechtspraak van het EHRM niet de gehele gezondheidswetgeving staat beschreven, is dit toch van belang hier:

“Hoewel het EVRM slechts een beperkt aantal – m.n. klassieke grondrechten bevat, vormen die rechten het fundament van de vigerende patiëntenwetgeving in Nederland en elders. Eisen als informed consent, kwaliteit en veiligheid van zorg, zelfbeschikking van de patiënt en het verbod op onthouden van noodzakelijke zorg liggen diep verankerd in de EVRM-rechten. Bestuur, wetgever en rechter hier te lande dienen zich bij de vervulling van hun taken hiervan terdege rekenschap te geven (Hendriks 2009).”

Tevens is tijdens verscheidene rechtszaken die met gezondheidswetgeving te maken kregen verwezen naar een artikel uit het EVRM. Een voorbeeld van een rechtszaak waarbij op basis van het EVRM uitspraak werd gedaan over gezondheidszorg is het volgende. De uitzetting van een illegale aidspatiënt kan worden tegengegaan wanneer de zorg voor deze patiënt in het land van herkomst beduidend minder goed van kwaliteit is dan in het uitzettende land (van der Pot 2006). Wanneer deze patiënt uitgezet zou worden, zou dit een schending zijn van art.3 EVRM, dat het verbod op vernederende en onmenselijke behandeling onderschrijft (Wetstekst EVRM). Kennis van het EVRM en de EHRM-jurisprudentie zijn hiermee noodzakelijk teneinde het voldoende kunnen normeren van gezondheidsrechtelijke vraagstukken (Hendriks 2009).

Een laatste belangrijk internationaal verdrag is het Biogeneeskundeverdrag. Dit verdrag, dat tot stand is gekomen door de Raad van Europa, is echter nog niet in werking getreden in Nederland en wacht tot op heden op ratificatie van het Parlement. Het Verdrag inzake de rechten van de mens en de biogeneeskunde, zoals het Biogeneeskundeverdrag voluit heet, is het mensenrechtenverdrag voor de gezondheidszorg. In dit verdrag staan de belangrijkste uitgangspunten voor de biogeneeskunde en de rechten van de patiënten (Den Exter 2008).

Met invoering van het Biogeneeskundeverdrag worden de menselijke waardigheid en hiervan afgeleide rechten en vrijheden voor de eerste keer juridisch vastgelegd. De opstellers van het verdrag stellen dat de vooruitgangen in de medische wereld ten alle tijden de waardigheid van de patiënt moeten blijven garanderen en schiepen hierom een aantal voorwaarden voor toekomstige methoden en onderzoeken, maar ook een aantal verboden ten aanzien van het betreden van de persoonlijke levenssfeer van patiënten en het werken met wilsonbekwamen. Deze verboden worden nogmaals weergegeven bij de bepalingen over rechtsbescherming waarin beschreven staat wat de mogelijkheden zijn tot het vorderen van een schadevergoeding bij Verdragsschending (Den Exter 2008).

De relatie tussen het biogeneeskundeverdrag en de kwaliteit van zorg wordt gelegd met artikel 4, dat gaat over de professionele standaarden. Artikel 4 luidt:

“Any intervention in the health field, including research, must be carried out in accordance with relevant professional obligations and standards” (Den Exter 2009).

Door het naleven van dit artikel zorgt men ervoor dat alle professionele handelingen en onderzoeken aan de standaarden en regels van de beroepsgroep voldoen waardoor fouten kunnen worden vermeden en de kwaliteit omhoog gaat.

4.2.2 Landelijke wetgeving

Naast de Europese Verdragen waarin mensenrechten worden benoemd, kent Nederland ook een eigen Grondwet. Artikel 22 van de Grondwet beschrijft het recht op Volksgezondheid, Woongelegenheid en Ontplooiing. Hierin wordt beschreven dat de overheid maatregelen moet nemen om de volksgezondheid te bevorderen, moet zorgen dat er voldoende woonruimte is en moet zorgen dat burgers zich maatschappelijk en cultureel kunnen ontplooien, bijvoorbeeld door het openen van musea en sportaccommodaties (Grondwet van het Koninkrijk der Nederlanden 2008). Het eerste deel van dit artikel, waarin wordt gesteld dat de overheid moet zorgen voor het bevorderen van de volksgezondheid, sluit aan bij de wens van de Staatssecretaris om de Beginselenwet zorginstellingen in te voeren.

Om dit artikel uit te voeren heeft de overheid in de loop der jaren een aantal wetten opgesteld, zodat duidelijk is waar zij voor zorgt maar ook wat tegen de wet ingaat en bestraft moet worden. Zo is op 18 januari 1956 de Gezondheidswet in werking getreden, waarin onder andere de Gezondheidsraad wordt toegelicht, maar ook het toezicht dat de Staat houdt op de Volksgezondheid. In artikel 36b wordt beschreven dat ambtenaren de taak hebben toezicht te houden op de naleving van de wetten betreffende de Volksgezondheid, overtredingen op te sporen en deze te rapporteren aan de minister (Koekkoek 2000).

Een heel belangrijke wet betreffende de kwaliteit van de gezondheidszorg is de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZi) omdat, zoals de naam van de wet al duidelijke maakt, deze de zorginstellingen verplicht de eigen kwaliteit te bewaken, beheersen en verbeteren. De wet noemt vier kwaliteitseisen waaraan iedere zorginstelling moet voldoen, namelijk: het leveren van goede en verantwoorde zorg, het opstellen van een beleid gericht op kwaliteit, het opzetten van een kwaliteitssysteem en het maken van een jaarverslag (Wettekst KZi). Het leveren van verantwoorde zorg is een verplichting, waaronder wordt verstaan dat “de zorg die wordt geleverd van voldoende niveau is, in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt” (art 2 KZi).

De langdurige zorg of de ouderenzorg wordt niet specifiek genoemd in deze wet, evenals enige andere specificatie. Dit betekent dat het kwaliteitsbeleid van de Nederlandse gezondheidszorg voor de wet voor iedere instelling gelijk is. Men kan zich hierbij afvragen of de kwaliteitswetten niet dienen te worden aangepast voor bepaalde groepen patiënten en cliënten.

De wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) heeft ook een aandeel in het leveren van kwaliteitszorg. Deze wet zorgt dat iedere arts, verpleegkundige of ander die een vergelijkbaar beroep uitoefent wordt geregistreerd. Zo kan altijd worden bijgehouden of degene die bezig is met het uitoefenen van een beroep in de gezondheidszorg, hiervoor gekwalificeerd is. Wanneer gekwalificeerden een fout maken of zelf ziek worden kunnen zij (tijdelijk) worden uitgeschreven uit het register en mogen de werkzaamheden niet vervolgen. Dit alles om kwaliteit te kunnen blijven garanderen (Wettekst BIG).

De wet BIG kent een hoofdstuk dat gewijd is aan de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Hierin wordt onder andere vermeld dat een persoon die is opgenomen in het register verantwoorde zorg dient te leveren, waar de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg onder dienen te vallen (Wettekst wet BIG hoofdstuk 5, art.40).

Het medisch tuchtrecht is ook een onderdeel van de wet BIG. In artikel 47 lid 2 van de wet BIG worden alle beroepen genoemd die onder het medisch tuchtrecht vallen. Het tuchtrecht heeft te maken met het bewaken van de kwaliteit van zorg en kan worden ingezet wanneer een gedraging van een beroepsbeoefenaar aan één van de twee criteria van artikel 47 voldoet. De criteria bestaan uit het niet voldoende handelen of nalaten van handelen bij een persoon waarover hij de verantwoordelijkheid heeft of waar hij bij is geroepen of een in nood verkerend persoon en het niet op een goede manier handelen of helemaal niet handelen inzake de individuele gezondheidszorg. Artikel 65 van de wet BIG vermeldt dat inzake het tuchtrecht kan een klacht worden ingediend door de patiënt zelf of een andere rechtstreeks belanghebbende, maar bijvoorbeeld ook de werkgever of het bestuur van de instelling. Na een onderzoek kan uiteindelijk worden geconcludeerd dat de arts in kwestie niet op de juiste manier heeft gehandeld, waar sancties aan verbonden zijn. Aangezien dit recht alleen doelt op de verbetering van de kwaliteit van zorg is het voor patiënten niet mogelijk een schadevergoeding te krijgen, wel kan een waarschuwing, berisping, boete, schorsing of zelfs doorhaling van de inschrijving in het register worden opgelegd. De hoogste straf voor de arts is hiermee het niet meer mogen uitoefenen van het beroep (Art. 48 wet BIG).

Bovengenoemde wetten hebben directe invloed op de kwaliteit van zorg en zijn hier belangrijk voor. Naast deze wetten zijn er ook nog enkele wetten die maar voor een deel te maken hebben met de

kwaliteit en zich verder richten op overige gebieden van de gezondheidszorg, namelijk de Wet Marktordening Gezondheidszorg en de Wet Publieke Gezondheid (Koekkoek 2000). De Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) is ontworpen om toezicht te houden op de financiële kant van de zorg, zoals de eventuele fusies, kostenbeheersing en doelmatig omgaan met middelen. De Wet Publieke Gezondheid is bedoeld om te zorgen voor afstemming tussen zorgaanbieders en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg. Ook zorgt deze wet voor preventieprogramma's zoals inenting voor kinderen. Ouderenzorg wordt specifiek benoemd in deze wet in paragraaf 3, artikel 5a, waarin wordt beschreven dat ouderenzorg valt onder het gezag van burgemeester en wethouders. Deze moeten ontwikkelingen in de gezondheid van ouderen signaleren en hiermee de zorgbehoefte van ouderen in kaart brengen. Ook preventie, voorlichting, advies en begeleiding zijn onderdeel van de verantwoordelijkheid van de gemeenten ten aanzien van de oudere inwoners (Koekkoek 2000). Het artikel over ouderenzorg in de Wet Publieke Gezondheid kan later in het onderzoek helpen met het beantwoorden van de vraag of er reeds voldoende beschreven staat over de kwaliteitsnormen in de AWBZ-zorg.

Bij deze invloeden voor de kwaliteit van zorg kunnen ook de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) worden genoemd. De minister stelt de regels ten aanzien van de beoordeling van aanvragen waarbij onder andere wordt gelet op de bouwkundige en functionele staat (WTZi art.4). De eisen die komen kijken bij het aanvragen en bouwen van een nieuwe zorginstelling zorgen ervoor dat vanaf de eerste dag dat er patiënten mogen worden behandeld in de instelling, alle voorzieningen in orde zijn en hiermee ook een deel van de kwaliteit gewaarborgd kan worden (Wetstekst WTZi). De WGBO gaat over de overeenkomst die ontstaat tussen de zorgvrager en de zorgverlener waarbij artikel 453 onderstreept wat de rol van de zorgverlener is bij deze overeenkomst: "De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard" (WGBO art.453).

De AWBZ kan ook in dit rijtje genoemd worden, echter zal deze verderop worden uitgewerkt in paragraaf 3.3.

4.2.3 'Soft Law'

Naast de nationaal geldende rechtsregels geldt in Nederland nog een ander systeem van gedragsregels, dat ook juridisch bepalend kan zijn. Soft law wordt door Luijendijk en Senden (2011) als volgt omschreven:

"Soft law is een van de middelen om de doelstellingen van Europese integratie te bewerkstelligen. We kunnen onder dit begrip verstaan: gedragsregels die worden vastgelegd in instrumenten die als zodanig geen verbindende kracht zijn toegekend, maar die desalniettemin bepaalde (indirecte) juridische effecten kunnen hebben in de praktijk."

Aangezien deze definitie niet geheel duidelijkheid verschaft over de werking van soft law volgt hier een verdere uitleg. Internationaal bestaat er nog steeds verwarring over het begrip soft law. Volgens Guzman en Meyer (2010) is de reden hiervoor dat het aan de ene kant helemaal geen wetgeving is

maar dat het aan de andere kant ook niet zomaar uitspraken zijn en dat men er toch een zekere waarde aan moet hechten. Wat volgens deze auteurs ook niet gezegd kan worden, is de term ‘quasi-wetgeving’, want hiermee komt ook de vraag wat de quasi-wetgeving dan scheidt van de non-wetgeving aan de ene kant en de reguliere wetgeving aan de andere kant. Soft law moet dus wel gezien worden als wetgeving, maar dan de wetgeving die niet past binnen de internationale wetten en dus landelijk kan worden afgesproken (Guzman en Meyer 2010). Tollenaar (2012) heeft hier voor Nederland specifiek aan toe te voegen dat soft law een aanvulling is op het internationale recht en moet worden gezien als een manier om de internationale wetgeving uit te voeren.

In Nederland gebruikt men in de gezondheidszorg ook soft law. Onder soft law worden protocollen en richtlijnen verstaan, maar ook de term ‘goed hulpverlenerschap’ en het medische tuchtrecht. Goed hulpverlenerschap is een term afkomstig uit de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en sluit aan bij de hierna te noemen protocollen en richtlijnen. Protocollen en richtlijnen zijn onderdeel van de professionele standaard waar naar gehandeld moet worden (Boog et al. 2002). Artikel 453 van de WGBO stelt het volgende:

“De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.”

In de Nederlandse gezondheidszorg worden alle behandelingen volgens de professionele standaard uitgevoerd, waaronder de richtlijnen en protocollen vallen. Boog et al (2002) geven de definitie van een protocol zoals opgesteld door het Centraal Begeleidingsorgaan voor kwaliteitsbevordering in de gezondheidszorg (CBO):

“Een protocol is een geëxpliciteerde vorm van consensus over de (multidisciplinaire) aanpak van een bepaald probleem.”

Leytens en Wagner (2000) beschrijven het op een andere manier maar de inhoud van de bewering komt overeen met het CBO:

“Een protocol is een document dat tot doel heeft de behandelaren te ondersteunen bij het uitvoeren van zorginhoudelijke handelingen, met andere woorden: het geeft aan hoe een behandeling uitgevoerd kan worden.”

Er zijn twee soorten protocollen te onderscheiden, namelijk de handelingsgerichte protocollen waarbij het uitvoeren van het protocol overeenkomt met het uitvoeren van een handeling tijdens de behandeling van een patiënt en zorgprocesgerichte protocollen welke gericht zijn op een proces van behandeling en herstel in plaats van op een specifieke uitvoering tijdens de behandeling.

Naast protocollen bestaan er ook richtlijnen die door Leytens en Wagner (2000) als volgt worden gedefinieerd:

“Een richtlijn is een document dat tot doel heeft de besluitvorming van behandelaren te ondersteunen en aan te geven wat er gedaan kan worden gedurende een bepaald zorgproces bij een omschreven groep zorgvragers.”

Hiermee wordt het verschil tussen een protocol en een richtlijn duidelijk, gezien een protocol stuurt op het op een bepaalde manier uitvoeren van een handeling en een richtlijn men slechts een bepaalde kant op stuurt, maar waarbij er meer vrijheid resteert voor de behandelaar.

Wat protocollen en richtlijnen gemeen hebben is het doel dat alle behandelaren de procedures en behandelingen op dezelfde manier uitvoeren, zodat de kwaliteit van zorg vergroot wordt en de kans op fouten verkleind. Waar men altijd voor moet waken bij het werken met protocollen is dat het werk niet alleen gebaseerd moet worden op de protocollen omdat deze ook verouderd kunnen zijn. Artsen moeten de eigen bekwaamheid en creativiteit nooit uit het oog verliezen (Boog et al. 2002).

De in deze paragraaf beschreven wetten en regels zullen in het hoofdstuk Resultaten worden gebruikt bij de beantwoording van de eerste deelvraag, namelijk of de rechten die worden benoemd in de Beginselenwet niet reeds in bestaande wetgeving te vinden zijn zodat invoering van de Beginselenwet overbodig is.

4.2.4 Het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg

Naast alle wet- en regelgeving en de soft law bestaat er ook het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg, dat niks met wetten te maken heeft en dus niet bindend is, maar waar in de verpleging, verzorging en thuiszorg wel waarde aan wordt toegekend. Door een aantal brancheorganisaties wordt dit document gebruikt en organisaties die aangesloten zijn dienen het te gebruiken zoals bedoeld aangezien zij hierop worden getoetst en de resultaten openbaar worden gemaakt. Dit maakt dat dit document, tezamen met het feit dat het sterk overeenkomt met de Beginselenwet zorginstellingen, de moeite waard is hier te vermelden.

Het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg bevat de normen die beschrijven wat de partijen, die verenigd zijn in de Stuurgroep Verantwoorde zorg, verstaan onder ‘vakbekwaam zorgen voor de kwaliteit van leven’ van zowel mensen die gebruik maken van de intramurale ouderenzorg als de mensen die slechts thuiszorg geleverd krijgen. Het kan hierbij gaan om organisaties die zowel verpleging, verzorging als thuiszorg leveren, en zowel over AWBZ-zorg die met een pgb wordt betaald alsmede AWBZ-zorg die verzekeraars vergoeden. Het doel achter het opstellen van dit kader is dat het belangrijk is dat verantwoorde zorg wordt geleverd, maar dat niet altijd duidelijk is wat verantwoorde zorg is. Om dit te verduidelijken en om de zorg meetbaar en inzichtelijk te maken, is dit kader opgesteld. De metingen die worden gedaan zijn bedoeld om zorgverleners en Raden van Bestuur inzicht te geven waar ze de kwaliteit van zorg kunnen verbeteren, maar ook bijvoorbeeld voor cliënten, zodat zij een weloverwogen beslissing kunnen maken voor een zorginstelling (Stuurgroep VV&T 2010).

Het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg heeft een aantal zaken gemeen met de Beginselenwet zorginstellingen, echter is de Beginselenwet een wet en zijn ouderenzorginstellingen niet altijd verplicht te werken volgens het Kwaliteitskader. Hetgeen overeenkomt is dat het leven van de cliënt

centraal staat, het doel is het verbeteren van de kwaliteit van leven van de cliënt. Het Kwaliteitskader bestaat uit een aantal normen, zoals de Beginselenwet uit acht punten bestaat. De eerste norm is het leveren van verantwoorde zorg. De definitie hiervan is: “zorg die in ieder geval doeltreffend, doelmatig, veilig en cliëntgericht wordt verleend” (Stuurgroep VV&T 2010). Dit houdt in dat de cliënt zorg ontvangt volgens de laatste inzichten, geautoriseerde richtlijnen en professionele standaarden. De tweede norm is kwaliteit van leven, waaronder het zoveel mogelijk geven van eigen verantwoordelijkheid aan de cliënt wordt verstaan. Het is de bedoeling dat zorgorganisaties de cliënten in een positie plaatsen waarbij zij in staat worden gesteld zoveel mogelijk de eigen regie te houden. De norm loopt over in de volgende, namelijk eigen regie en individuele inkleuring. “de cliënt kan binnen de kaders van de indicatie kiezen voor die vormen van zorg die het beste aansluiten bij de eigen wensen, voorkeuren en gebruiken. De zorgorganisatie en de cliënt maken afspraken over de gewenste persoonlijke invulling van een groot aantal aspecten van de zorg. Deze afspraken staan beschreven in het zorgleefplan dat de organisatie en de cliënt samen bespreken” (Stuurgroep VV&T 2010).

Naast deze duidelijk geformuleerde normen waar de zorg aan hoort te voldoen, kent het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg vier domeinen van de kwaliteit van leven, namelijk: Lichamelijk welbevinden en gezondheid, woon- en leefsituatie, participatie en mentaal welbevinden. Bij ieder van deze vier domeinen horen ook weer een aantal normen waaraan voldaan moet worden, concrete omschrijvingen van wat gedaan moet worden wanneer de instelling aan de eisen wil voldoen en zorg wil leveren van voldoende kwaliteit. Zo hoort bij Lichamelijk welbevinden en gezondheid onder andere: tijdig herkennen van gezondheidsrisico's en preventie van zorgproblemen, signaleren van veranderingen in het lichamelijke welzijn en de gezondheid, aanpassing van de zorg aan deze veranderingen en de bijbehorende beperkingen en mogelijkheden, verstrekken van informatie en toelichting. Bij woon- en leefsituatie kunnen onder andere respect van de zorgverlener voor de leefsfeer en leefpatronen van de cliënt, beperking van het aantal vaste zorgverleners dat over de vloer komt, aandacht voor onveilige situaties in huis en ondersteuning bij het wonen met voldoende aandacht voor levenssfeer en privacy, waardoor de cliënt zich op zijn gemak kan voelen in de aanwezigheid van de zorgverlener, worden genoemd. Participatie bestaat uit de ondersteuning van de cliënt in zijn autonomie om zoveel mogelijk de dingen te blijven doen die hij zelf belangrijk vindt, ondersteuning van de cliënt bij het vinden en gebruik maken van de sociale activiteiten en dagbestedingsmogelijkheden en de signalering van eenzaamheidsproblematiek. Tenslotte kunnen bij mentaal welbevinden de volgende normen worden genoemd: aandacht voor het eigen leven en de persoonlijke waarde die daaraan toegekend en ontleend wordt, hulp bij mogelijkheden om de regie over het eigen leven te behouden, een luisterend oor bieden voor zorgen en emotionele problemen en voor zaken die naar de mening van de cliënt niet goed gaan in de zorgverlening, betrokkenheid en presentie, het signaleren van veranderingen in het mentaal welbevinden van de cliënt zoals somberheid, vergeetachtigheid, depressieve gevoelens en stemmingswisselingen (Stuurgroep VV&T 2010).

Hiernaast zijn er in het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg ook hoofdstukken opgenomen over de kwaliteit van de zorgverleners en de kwaliteit van zorgorganisaties. Zorgverleners moeten cliëntgericht zijn, deskundig en betrouwbaar en moeten op een goede manier omgaan met de cliënt. Zorgorganisaties dienen te zorgen voor een zorgleefplan dat in samenspraak met de cliënt tot stand komt en waarin invulling wordt gegeven aan de vier domeinen van de kwaliteit van leven. Ook

moeten zij zorgen dat er mogelijkheden zijn voor inspraak van cliënten, een goede informatievoorziening hebben, over voldoende competente zorgverleners beschikken en de plaats in de keten kennen en hier ook naar handelen (Stuurgroep VV&T 2010).

Hierboven is reeds genoemd dat een belangrijk onderdeel van het Kwaliteitskader het meten van resultaten is. Om te kunnen meten en de resultaten te kunnen vergelijken is het van belang dat men overal hetzelfde meet. Hiervoor zijn de verschillende normen opgesteld, zodat alle organisaties dezelfde zaken kunnen meten. Het meten gebeurt grotendeels op basis van uitkomstindicatoren, omdat het niet het meest belangrijk is hoe de zorg wordt uitgevoerd, als bepaalde resultaten maar worden gerealiseerd. Echter, wanneer dit niet mogelijk is worden structuur- of procesindicatoren gebruikt. De resultaten van de meningen worden gepubliceerd op de website kiesbeter.nl, zodat iedereen hier inzicht in heeft en cliënten een weloverwogen beslissing voor een instelling kunnen maken (Stuurgroep VV&T 2010).

4.3 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) - De huidige langdurige zorg

In deze paragraaf wordt de langdurige zorg beschreven zoals deze op dit moment in Nederland is georganiseerd. De reden hiervoor is om te laten zien hoe de overheid op dit moment de wet- en regelgeving heeft vertaald naar het zorgbeleid voor de langdurige zorg. Ook is deze paragraaf opgenomen om in de volgende paragraaf de veranderingen te kunnen illustreren.

De AWBZ is ingegaan op 14 december 1967 (wettekst AWBZ 2006) en is ontworpen om medische kosten die niet onder de zorgverzekering vallen, die behoren tot “voorzieningen tot behoud herstel of ter bevordering van de arbeidsgeschiktheid of strekkende tot verbetering van levensomstandigheden” (Art.6 lid 2 AWBZ), te dekken. Langdurige zorg werd in Nederland tot 1 januari 2007 alleen verstrekt vanuit de AWBZ, hierna is de ondersteuning gedecentraliseerd naar de gemeenten die hier via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) invulling aan zijn gaan geven. Iedere inwoner van Nederland is automatisch verzekerd voor de AWBZ door middel van een inkomensafhankelijke bijdrage in de vorm van een percentage van het inkomen. Dit betekent dat iedere inwoner ook recht heeft op voorzieningen vanuit de AWBZ wanneer deze nodig zijn. De zorg die geleverd wordt vanuit de AWBZ is alle zorg die niet onder de zorgverzekeringswet valt (van Schooneveld 2007). De AWBZ wordt jaarlijks door een groot aantal mensen benaderd, in 2010 kwam dit aantal uit op 600.000 mensen met een indicatie. Meer dan de helft hiervan (340.000 cliënten) ontvangt de zorg thuis, hetzij in natura, hetzij via een persoonsgebonden budget (pgb) waarmee zij zelf zorg in kunnen kopen. De overige 260.000 mensen kregen de zorg in 2010 intramuraal geleverd (TK Kamerstuk: kamerbrief 2011(2)).

De volgende zorgvormen worden reeds gefinancierd vanuit de AWBZ (van Schooneveld 2007):

- assistentie algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL);
- begeleiding;
- behandeling;
- doventolk zorg;
- kortdurend verblijf
- neonatale hielprik;

- persoonlijke verzorging;
- uitleen van verpleegartikelen;
- vaccinaties;
- verblijf;
- verpleging;
- (zieken)vervoer;
- zwangerschapsafbreking.

Zoals hierboven te zien is, is de AWBZ een zeer uitgebreide wet die voorziet in allerlei vormen van (langdurige) zorg. Zo voorziet zij in zorg en ondersteuning bij langdurige ziekte, handicap of ouderdom. Het kan hierbij gaan om thuiszorg, maar ook om verpleging, verzorging, behandeling en begeleiding in verzorgingshuizen, verpleeghuizen, instellingen voor gehandicapten en chronisch psychiatrische patiënten. Indien het verblijf langer duurt dan 365 dagen, vallen ook ziekenhuiszorg en zorg in een revalidatie-instelling onder de AWBZ.

Wat uit het bovenstaande afgeleid kan worden is dat de kosten die deze wet met zich meebrengt enorm moeten zijn. Toegenomen zorggebruik, een afnemende beroepsbevolking en stijgende kosten zorgen voor de wens om de AWBZ meer toekomstbestendig te maken wanneer in de toekomst voldoende kwaliteit gegenereerd moet blijven. Het meer cliëntgericht maken van het stelsel in plaats van de instellingsgerichte manier van zorg verlenen moet ook bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit en het kunnen behouden van deze kwaliteit in de toekomst. De Beginselenwet zorginstelling zal, wanneer ingevoerd, zorg dragen voor het verlenen van zorg volgens de cliëntgerichte manier (TK Kamerstuk: kamerbrief 2011(2)).

4.4 Hervormingen in de langdurige zorg

Deze paragraaf staat in het teken van een aantal maatregelen voor de langdurige zorg die zijn aangedragen tijdens de regeerperiode van kabinet Rutte I. De maatregelen die te maken hebben met de langdurige zorg en de ouderenzorg zullen hier besproken worden. De maatregelen die tot nu toe voornemens zijn en niet goedgekeurd en uitgevoerd zijn, kunnen in mindere mate als toetsingskader worden gebruikt en dienen vooral ter illustratie van de veranderende langdurige zorg, waarbij het zorgdragen voor een goede kwaliteit van zorg voorop staat bij de staatssecretaris. Hiermee wordt de context waaronder de Beginselenwet zorginstellingen tot stand is gekomen helderder bij de lezer.

Het vorige kabinet onder leiding van Minister President Rutte is tijdens de regeringsperiode van dit gedoogkabinet in samenwerking met staatssecretaris Veldhuijzen van Zanten begonnen aan een hervorming van de AWBZ (TK Kamerstuk: kamerbrief 2011(3)). Zij gaf in het Gedoogakkoord aan een uitgebalanceerd pakket maatregelen te willen introduceren met een bijzondere aandacht voor ouderen. Een van de redenen hiervoor is de forse toename van het aantal ouderen en dementerenden door de vergrijzing, waardoor een tekort kan ontstaan aan beschikbare bedden en kamers in verpleeg- en verzorgingshuizen (TK Kamerstuk: kamerbrief 2011(2)). Echter is ook het ontbreken van een goede kwaliteit van zorg in een aantal verpleeg- en verzorgingshuizen een reden

geweest te beginnen met het nemen van maatregelen om het de hulpbehoevende ouderen gemakkelijker te maken (Den Draak, SCP 2010).

Het kabinet streefde ernaar kwaliteit van zorg te verbeteren en tegelijkertijd de regie over leven en zorg zoveel mogelijk bij de cliënt te laten en is begonnen met het nemen van maatregelen om de positie van de cliënt in het zorgsysteem te versterken. Deze maatregelen werden zowel getroffen voor cliënten die in een instelling verblijven als voor mensen die zelf zorg inkopen door middel van een toegewezen persoonsgebonden budget (pgb) (TK Kamerstuk: kamerbrief 2011(3)). De staatssecretaris laat op deze manier weten wat het doel is van de hervormingen:

“De toekomst van het zorgstelsel ligt bij het samenspel van de cliënten en hun netwerk, zorgverleners, gemeenten, vrijwilligers, mantelzorgers en organisaties die zorg en ondersteuning bieden. Met de Rijksoverheid op gepaste afstand als uiteindelijk verantwoordelijke voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg voor iedereen die dat nodig heeft” (TK Kamerstuk: kamerbrief 2011(2)).

Er zijn een aantal maatregelen getroffen en in gang gezet. Een aantal met als doel de zorg dichter bij de burger te organiseren, een aantal om het mogelijk te houden de zorg te kunnen blijven financieren in de toekomst. Zo is het de bedoeling zorgkantoren te sluiten en zorgverzekeraars AWBZ-zorg te laten inkopen, wordt de doelgroep die aanspraak kan maken op de AWBZ beperkt en worden er aanpassingen gedaan aan het Persoonsgebonden budget (pgb). Ook zal er een scheiding plaats gaan vinden tussen wonen en zorg, zal begeleiding worden gedecentraliseerd vanuit de AWBZ naar de gemeenten en liggen er wetsvoorstellen klaar voor de Wet Cliëntenrechten Zorg (Wcz) en de Beginselenwet zorginstellingen. Tenslotte maakte het kabinet plannen om ouderenmishandeling tegen te gaan, door het opstellen van het actieplan ‘ouderen in veilige handen’.

Deze maatregelen zullen hier genoemd en hieronder kort uitgewerkt worden, niet met als doel deze te gebruiken bij het verdere onderzoek, maar om het voor de lezer duidelijk te maken dat er heel veel gaande is in de langdurige zorg op het moment, dat de wetten en regels met betrekking tot ouderenzorg steeds veranderend zijn en dat het met alle veranderingen niet overzichtelijker wordt.

4.4.1 Scheiden van wonen en zorg

Het scheiden van wonen en zorg houdt in dat meer verschillende woonvormen en voorzieningen worden opgezet, naar de wensen van de cliënt omdat zij ervoor gaan betalen. Aan de andere kant zullen mensen langer thuis blijven wonen en is het noodzakelijk ook hier voorzieningen voor te treffen. Een afstemming tussen wijkverpleegkundige, huisarts, thuiszorg, mantelzorg, apotheek, maar ook het ziekenhuis is uiterst belangrijk, waarbij de wijkverpleegkundige zal optreden als schakel tussen de cliënt en familie en de verschillende zorgverleners (TK Kamerstuk: kamerbrief 2011(2)).

Het doel van het scheiden van wonen en zorg is het verbeteren van de kwaliteit van zorg door het vergroten van de keuzemogelijkheden voor de cliënt (TK Kamerstuk: kamerbrief 2011(2)). Voordat dit geïmplementeerd kan worden moet echter aan een aantal voorwaarden zijn voldaan. Cliënten moeten zelf de woonlasten gaan betalen dus moeten zij in aanmerking kunnen komen voor huurtoeslag wanneer hun inkomen onder een bepaalde grens ligt. Ook moeten eventuele partners thuis geen negatieve gevolgen ondervinden van het feit dat er tweemaal woonlasten worden

betaald. Het aantal eenpersoonskamers zal moeten stijgen omdat daar vraag naar zal ontstaan wanneer men zelf voor het zeggen heeft waar hij/zij wil wonen. De staatssecretaris wil per 1 januari 2014 starten met het scheiden van wonen en zorg voor de lichtere Zorgzwaarte pakketten (ZZP's) (TK Kamerstuk: kamerbrief 2011(2)).

4.4.2 Begeleiding decentraliseren naar de Wmo

De staatssecretaris wil stappen gaan zetten in de richting van een cliëntvolgende bekostiging, waarbij een betere afstemming van ondersteuning op de individuele cliënt noodzakelijk is. Om dit te realiseren is bedacht alle extramurale begeleiding te decentraliseren naar de gemeenten, die dit via de Wmo ten uitvoering zullen brengen. Door middel van het op deze manier inrichten van de extramurale begeleiding kan ondersteuning op maat geboden worden, dichterbij de cliënt en beter afgestemd op diens behoeften en lokale mogelijkheden, waardoor de kwaliteit van de geboden zorg zal stijgen. De staatssecretaris heeft een overgangsperiode ingesteld, waarbij alle nieuwe cliënten vanaf 1 januari 2013 terecht kunnen bij de gemeenten en alle bestaande klanten overgaan vanaf 2014. Gevaar hierbij is echter dat gemeenten geen zorgplicht hebben maar een compensatieplicht. Zij moeten de inwoners compenseren voor handelingen die zij niet meer zelfstandig uit kunnen voeren, maar mogen dit doen op verschillende manieren. Een verandering in de compensatieplicht biedt uitkomst:

“Gemeenten moeten voorzieningen treffen die de burger in staat stellen dagelijkse levensverrichtingen uit te voeren en het persoonlijk leven te structureren en daarover regie te voeren.” (TK Kamerstuk: kamerbrief 2011(2)).

Voorbeelden die hierbij gegeven kunnen worden zijn een zinnige dagbesteding en het beheer van huishoudgeld (TK Kamerstuk: kamerbrief 2011(2)). De wet Publieke Gezondheid stelt echter reeds dat gemeenten verplichtingen hebben richting de oudere inwoners, in de zin van preventie, voorlichting, advies en begeleiding (Staatsblad 460; Art. 5a WPG), waardoor het decentraliseren van extramurale begeleiding als aanvulling hierop kan worden gezien.

4.4.3 Wetsvoorstellen Wcz en Beginselenwet zorginstellingen

Voor het versterken van de positie van de cliënt is in juni 2010 het Wetsvoorstel cliëntenrechten zorg (Wcz) ingediend. Het doel van deze wet is het versterken van de positie van de cliënt in de individuele relatie met de zorgaanbieder. Een aantal voorbeelden van deze versterkte positie zijn het recht op informatie over incidenten, een grotere bevoegdheid van cliëntenraden en een betere klachtenregeling waardoor cliënten rechten gemakkelijker kunnen afdwingen. Tot op heden bestaat er voor cliënten alleen de wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ), die ervoor zorgt dat cliënten klachten kunnen indienen en dat deze serieus genomen worden (Wettekst WKCZ) en de wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector (WMCZ) die het zorgaanbieder verplicht een cliëntenraad te hebben en te zorgen dat deze bepaalde bevoegdheden bezit (Wettekst WMCZ). Alle overige rechten en plichten van zowel patiënt/cliënt als zorgverlener zijn opgenomen in de wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Hierin staat onder meer dat patiënten recht hebben op informatie en bij behandelingen op alternatieven gewezen moeten worden. Ook staat er genoemd dat een behandeling alleen plaats mag vinden wanneer hier toestemming voor gegeven is en dat een medisch dossier wordt bijgehouden van alle patiënten (Wettekst WGBO).

Tijdens de regeerperiode van het huidige kabinet is op 8 februari 2013 door de nieuwe staatssecretaris van Rijn bepaald dat de Wcz niet op de manier wordt ingevoerd zoals deze oorspronkelijk bedoeld is. Men stuitte bij dit voorstel op een aantal onduidelijkheden waardoor is besloten deze wet op te knippen. Het onderscheid is gemaakt tussen wettelijke regelingen die met de Wcz worden aangepast en overige nieuwe wetsvoorstellen. De nieuwe wetsvoorstellen worden ieder individueel bekeken, de wetgeving die slechts aanpassing vereist blijft in de de Wcz zitten. Door deze verandering is ook de naam van de wet veranderd, waardoor deze voortaan de Wet kwaliteit, klachten en geschillen (Wet kkgz) gaat heten (Kamerstuk: Toelichting 2013).

De Beginselenwet zorginstellingen poogt de dialoog die er tussen cliënt en zorgverlener plaatsvindt, wettelijk te verankeren om zeker te zijn van het plaatsvinden hiervan. Door middel van deze dialoog is het voor de cliënt gemakkelijker wensen te uiten en vragen te stellen, wat de kwaliteit van zorg bevordert (TK Kamerstuk: kamerbrief 2011(2)). Het wetsvoorstel Beginselenwet zorginstellingen behoort bij de wetsvoorstellen die vielen onder de Wcz en nu apart bekeken gaan worden. Een aantal artikelen van de Beginselenwet echter, waren opgesteld om in werking te treden samen met bepalingen uit de Wcz. Deze bepalingen zijn uit de Beginselenwet geschrapt (Kamerstuk: Toevoeging 2013). Het onderzoek dat centraal staat in deze scriptie zal zich wijden aan het verloop van dit wetsvoorstel.

4.4.4 Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars

Heden ten dagen zijn het zorgkantoren die de uitvoering van de AWBZ voor hun rekening nemen. De verantwoordelijkheid ligt echter wel bij de verzekeraars, echter hebben zij vrijwel alle bijbehorende taken neergelegd bij de zorgkantoren die vaak de volmacht hebben om namens alle zorgverzekeraars in een regio te werken. De regeling betreffende de AWBZ verschilt in een regio hierdoor niet per verzekeraar, waardoor de keuze voor de cliënt verdwijnt. Met het laten uitvoeren van de AWBZ door de zorgverzekeraars zelf zullen deze wel weer onderling verschillend worden. Door een verschil in aanbod met een verschillende prijs worden consumenten kritischer en zal er weer worden geconcurrerd met AWBZ-zorg. Wat het kabinet hier verder mee probeert te bereiken is een betere afstemming en opvolging van Zvw en AWBZ-zorg, doordat verzekeraars dit op elkaar af kunnen stemmen. Ook wordt de verzekeraar hét aanspreekpunt voor de cliënt, zodat deze slechts naar één loket hoeft, wat de zorgverlening vergemakkelijkt (van Schooneveld 2007).

4.4.5 Doelgroep AWBZ beperken

Reeds hierboven beschreven is dat de AWBZ een wet is waar veel kosten aan zijn verbonden. Om deze kosten enigszins te kunnen drukken had de staatssecretaris bedacht de doelgroep mensen die aanspraak kan maken op zorg gefinancierd vanuit de AWBZ te verkleinen. Inwoners van Nederland met een IQ van maximaal 85 kunnen aanspraak maken op bepaalde vormen van AWBZ gefinancierde zorg, waar dat in de ons omringende landen slechts tot een IQ van 70 mogelijk is. Deze grens wilde de staatssecretaris doortrekken naar Nederland, ingaande 1 januari 2013 (TK Kamerstuk: kamerbrief 2011(2)). Echter hebben een aantal groepen, zoals cliëntenraden en professionals, protest aangetekend waardoor het plan bij het demissionair kabinet gestrand is. Reden voor dit protest is gegrond wanneer blijkt dat bepaalde groepen mensen nu buiten de zorg vallen die zij wel nodig

hebben, aangezien het recht op goede en verantwoorde zorg deze mensen wordt ontnomen. Een voorbeeld van een protest is van het Platform VG (verstandelijk gehandicapten) (Platform VG 2010):

“Mensen met een licht verstandelijke beperking kunnen zich nu met enkele uren ondersteuning per week doorgaans redelijk handhaven. Valt deze ondersteuning weg, dan ‘verdwalen’ ze snel in onze complexe samenleving. Het gaat om mensen die hun leven lang kwetsbaar blijven door de combinatie van leermoeilijkheden, beperkte sociale vaardigheden en een laag zelfbeeld.”

Tot op heden is de staatssecretaris er niet in geslaagd deze verandering door te voeren.

4.4.6 Persoonsgebonden budget (pgb)

De verandering wat betreft het pgb ligt het meest in de toekomst, implementatie wordt verwacht vanaf 1 januari 2014. Het aantal mensen dat gebruik maakt van het pgb is de afgelopen jaren sterk gestegen, evenals de hiermee gemoeide uitgaven. De reden hiervoor is dat het pgb gebruikt wordt door mensen die zonder het pgb nog geen gebruik gemaakt hadden van de langdurige zorg. Er kan niet gezegd worden dat mensen die het pgb gebruiken, reeds gebruik maakten van andere vormen van zorg, er is geen verlaging te zien in het gebruik van de zorg in natura. Om het pgb de komende jaren in stand te kunnen houden zal meer worden gedaan om fraude te voorkomen en is de toegang beperkt. Zo is sinds 1 januari 2012 het pgb alleen nog toegankelijk voor mensen met een verblijfsindicatie, waardoor het een alternatief wordt voor intramurale zorg (Veldhuijzen van Zanten 2011(2)).

4.4.7 ‘Ouderen in veilige handen’

Het demissionair kabinet is gestart met dit actieplan, dat verschenen is op 30-03-2011 (TK Kamerstuk: kamerbrief 2011(3)). bestaat uit tien actiepunten, om ouderenmishandeling tegen te gaan en het taboe dat hierop rust te doorbreken. Het doel is een verbetering van de positie van ouderen die afhankelijk zijn van langdurige zorg. De actiepunten bestaan uit preventie, gerichte voorlichting over ouderenmishandeling voor de familie, een screening van het zorgpersoneel met hierbij een verplichte verklaring omtrent gedrag (VOG), een toolkit voor vrijwilligers, een meldingsplicht voor mishandeling gepleegd door professionals en een meldcode voor mishandeling in huiselijke kring met bijbehorende richtlijn ouderenmishandeling, een training voor het signaleren van ouderenmishandeling, verscheidene meldpunten, hulp en ondersteuning voor de slachtoffers en ondersteuning van de slachtoffers bij ontspoorde mantelzorg, het aanpakken van de daders en tenslotte intensivering van het toezicht op ouderenmishandeling (TK Kamerstuk: kamerbrief 2011(3)).

Wat men uit bovenstaande paragraaf kan concluderen is dat zowel het vorige als het huidige kabinet bezig zijn en zijn geweest met hervormingen binnen de langdurige zorg. Deze hervormingen zijn bedoeld voor alle doelgroepen, echter hebben de meeste veranderingen betrekking op ouderen, zowel thuis als binnen een verpleeg- of verzorgingshuis. Dat hervormen tijd kost bewijst het wetsvoorstel Wcz uit 2010, dat tot op heden niet op voldoende steun kon rekenen en daarom een aantal maanden geleden is opgeknapt.

5. Onderzoeksopzet

Dit onderzoek is kwalitatief opgezet. In het hoofdstuk Probleemstelling en deelvragen is reeds beschreven dat een aantal van de deelvragen zullen worden uitgewerkt tijdens interviews. De antwoorden die verkregen zijn tijdens de interviews worden in het resultatenhoofdstuk getoetst aan de hand van relevante literatuur in het hiervoor beschreven theoretisch kader. Deelvragen die niet aan bod komen tijdens de interviews zullen geheel op basis van de literatuur beantwoord worden. De reden dat voor deze methode is gekozen is het belang dat door de onderzoeker wordt gehecht aan meningen uit de praktijk. Op basis van de bestaande theorie kan veel worden gezegd over de Beginselenwet zorginstellingen, echter is het ook belangrijk te weten wat de mensen die er in de toekomst mee moeten gaan werken ervan vinden. Zij werken met de ouderen en horen de meningen van deze mensen, zij weten of de kwaliteit al dan niet verbeterd moet worden en zij zijn degenen die moeten zorgen voor het behoud van een kwalitatief goede zorg in de toekomst.

Voor de interviews zullen verschillende intramurale ouderenzorginstellingen worden benaderd om erachter te komen wat men weet van de Beginselenwet zorginstellingen en hoe men hier tegenaan kijkt. De keuze voor intramurale instellingen is gemaakt omdat de punten van de Beginselenwet hier het meest bij aansluiten. De vragen die gesteld gaan worden zullen op basis van de onderzoeksvraag en de deelvragen worden opgesteld, zoveel mogelijk in lijn met de deelvragen zodat de antwoorden op de interviewvragen zorgen voor een correcte beantwoording hiervan. Er is gekozen het onderzoek te beperken tot de provincie Zuid-Holland, meer specifiek een straal van twintig kilometer vanaf de woonplaats van de onderzoeker, aangezien het anders te uitgebreid wordt voor het tijdsbestek. Ook is deze keuze gemaakt omdat de resultaten dan in ieder geval te generaliseren zijn voor deze regio en eventueel ook voor de provincie.

Bij iedere benaderde instelling is gesproken met de locatiedirecteur. Voor begonnen werd met het onderzoek trachtte de onderzoeker ook interviews te doen met verpleegkundigen of verzorgenden, aangezien veranderingen door invoering van de wet veranderingen in de werkwijze van deze personen inhoudt. Wegens onoverkoombare problemen heeft het doen van interviews met deze mensen echter niet kunnen gebeuren en zijn alleen interviews met directeurs gedaan. Het doel van het spreken met directeurs was diens mening en visie op de komende veranderingen te weten te komen. Bij elk interview is voor aanvang gevraagd of het kon worden opgenomen. Tweemaal is bezwaar gemaakt tegen een opname, waardoor deze interviews meegeschreven zijn. De directeurs toonden begrip en praatten langzamer of herhaalden antwoorden zodat deze in alle volledigheid uitgewerkt konden worden.

5.1 Validiteit en betrouwbaarheid

Bij elk onderzoek hoort rekening gehouden te worden met de validiteit en betrouwbaarheid, zo ook bij dit onderzoek. Voor het waarborgen van de validiteit is het belangrijk dat het onderzoek meet wat het moet meten. Het is hierbij dus de bedoeling dat de mensen die geïnterviewd worden de waarheid spreken zodat er geen verkeerd beeld ontstaat. Tevens dient de interviewer de antwoorden van de geïnterviewde personen juist te interpreteren. Om te zorgen voor voldoende validiteit zullen zo veel

mogelijk open vragen worden gesteld. Zo kan de persoon die geïnterviewd wordt zelf het verhaal vertellen en wordt deze niet beïnvloed door de door de interviewer gevormde gesloten vraag. Ook wanneer er na een antwoord zal worden doorgevraagd, zal dit zoveel mogelijk gebeuren met behulp van open vragen.

De betrouwbaarheid kan worden gewaarborgd door te zorgen dat iemand anders het onderzoek na kan doen op precies dezelfde manier en tot dezelfde resultaten kan komen. Om te zorgen dat het onderzoek nagedaan kan worden, zal de lijst met vragen die is gesteld tijdens de interviews worden opgenomen in de bijlagen. Zo kan een volgende onderzoeker dezelfde vragen stellen.

Interne validiteit

Om te zorgen dat de antwoorden op de vragen zo goed mogelijk vergeleken konden worden, zijn de vragen gecodeerd. Dit is in dit geval gebeurd met kleuren. Nadat de interviews getranscribeerd waren, heeft ieder onderwerp een andere kleur tekst gekregen. Zo was het, bij beantwoording van de deelvragen en het schrijven van de resultaten, voor de onderzoeker gemakkelijk terugzoeken welk antwoord door welke directeur op welke vraag gegeven was.

Verder zal gebruik worden gemaakt van datatriangulatie door middel van het opvragen van data over kwaliteitsmetingen die zijn gedaan binnen de instelling. Deze informatie is niet verkregen via de instellingen zelf, maar is door de onderzoeker opgezocht via de website www.kiesbeter.nl. De antwoorden die de geïnterviewde personen hebben gegeven kunnen op deze manier worden vergeleken met de verkregen data. Wanneer directeurs tijdens het interview bijvoorbeeld zeggen dat zij hoog scoren op een bepaald onderdeel zal dit vergeleken worden met de resultaten van kies beter.

Externe validiteit

Het nadeel dat vastzit aan dit onderzoek is dat lang niet alle verzorgings- en verpleeghuizen kunnen worden ondervraagd. Een onderzoeker die hetzelfde onderzoek uitvoert in bijvoorbeeld een andere provincie zou tot een ander resultaat kunnen komen. De externe validiteit van dit onderzoek is dus erg laag. De uitkomsten kunnen niet naar andere provincies of landelijk gegeneraliseerd worden.

6. Resultaten

In dit hoofdstuk zal een antwoord worden geformuleerd op de deelvragen en hierna op de onderzoeksvraag, aan de hand van de bestaande theorie en de gehouden interviews. Begonnen wordt met een uitleg over de Beginselenwet zorginstellingen en de stand van zaken en veranderingen in het wetsvoorstel, om vervolgens te gaan kijken of de wet iets toevoegt en wat deze wet kan toevoegen aan de bestaande wetgeving.

6.1 Uitleg over het wetsvoorstel Beginselenwet zorginstellingen

In deze paragraaf zal het wetsvoorstel voor de Beginselenwet zorginstellingen worden toegelicht. Uitgelegd zal worden wat de drijfveer voor de staatssecretaris was om met dit voorstel te komen, wat het in gaat houden wanneer het in deze vorm invulling krijgt en worden de acht rechten voor de cliënten benoemd.

De Beginselenwet zorginstellingen is ontstaan uit de gedachte dat de zorg uit dient te gaan van de mogelijkheden van cliënten en patiënten en niet van de beperkingen. Dit wetsvoorstel, daar het nog niet is goedgekeurd door de Kamer, is ontworpen door Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) Marlies Veldhuijzen van Zanten die van mening is dat een zorginstelling de reactie 'dit kan bij ons niet' niet zou mogen geven. Met de Beginselenwet zorginstellingen wordt het makkelijker om deze reactie om te vormen tot 'het gaat om u, wij denken met u mee en proberen een creatieve oplossing te vinden'. Hierbij moet het mogelijk worden voor cliënten om voor een groter deel zelf invulling te geven aan de dagelijkse zorg die zij ontvangen (TK Kamerstuk: kamerbrief 2011(1)). De staatssecretaris is van mening dat veel van de Nederlandse instellingen voor langdurige zorg op een goede manier omgaan met bijvoorbeeld de privacy van bewoners en cliënten, waarbij voldoende aandacht wordt besteed aan de kwaliteit van zorg en er wordt ingespeeld op veranderingen. Echter zijn een aantal zaken zorgelijk gebleken, waaronder een aantal incidenten in verpleeginstelling die te maken hadden met een verminderde kwaliteit van zorg. Ook kwam er veel kritiek van cliënten zelf, waarbij de voornaamste kritiekpunten bestonden uit het gebrek aan respect voor privacy en autonomie en het niet zelf kunnen bepalen van de tijden van de verzorging. Het Sociaal Cultureel Planbureau heeft in 2008/2009 een onderzoek gedaan naar de tevredenheid van ouderen in verpleeginstellingen en heeft hierover in 2010 een rapport uitgebracht, genaamd 'Oudere Tehuisbewoners'. Over de daadwerkelijke kwaliteit van zorg kan niet worden geoordeeld in dit rapport, omdat het volledig berust op vragenlijsten die afgenomen zijn bij cliënten. Wel kwam in het onderzoek naar voren dat de meeste cliënten niet eens ontevreden zijn over het tehuis of de kunde van het personeel, maar wel over het gebrek aan tijd dat het personeel heeft voor het beantwoorden van een vraag of het voeren van een serieus gesprek. Ook de tijd die met de cliënten wordt doorgebracht tijdens de verzorgingsmomenten wordt door hen als haastig benoemd. Verpleeghuisbewoners hebben naast verzorgingshuisbewoners nog een kritiekpunt aan te merken, namelijk het gebrek aan autonomie bij een behandeling. Volgens het rapport zijn deze kritiekpunten niet nieuw, daar zij reeds in andere onderzoeken naar voren zijn gekomen (den Draak, SCP 2010).

Een volgend rapport van het SCP uit 2011, genaamd 'Zorg in de laatste jaren' laat zien dat ouderen in de loop der jaren positiever gaan antwoorden op de vraag of ze zelf mogen bepalen wanneer ze opstaan en over het feit dat verzorgenden de kamer binnenkomen zonder te kloppen. Anderzijds worden de resultaten voor de tijd die het personeel heeft voor de cliënten steeds slechter en bestaan er nog steeds toiletrondes, waarbij cliënten geen zeggenschap hebben over het moment waarop zij van het toilet gebruik wensen te maken maar zij moeten wachten tot zij aan de beurt zijn voor de toiletronde (SCP 2011).

Het risico dat de langdurige zorg niet zo wordt verleend als de cliënten dit willen komt voort uit een aantal zaken. Zo is het voor ouderen een hele stap wanneer zij binnenkomen in een tehuis en niet meer afhankelijk zijn van de vertrouwde familieleden maar van de inzet en houding van zorgmedewerkers. Hierbij komt dat het bij bepaalde aandoeningen en ouderdomsverschijnselen moeilijker wordt voor de bewoner om aan te geven wat hij/zij wil, waardoor de zorgvraag onvoldoende kenbaar wordt gemaakt en het mogelijk is dat deze door de zorgmedewerkers wordt onderschat. Een andere mogelijkheid, wanneer de bewoner de zorgvraag niet voldoende kenbaar kan maken, is dat deze naar de ideeën en normen van de zorgmedewerker wordt ingevuld (TK Kamerstuk 33109 2012).

De kwaliteit van zorg, zoals deze wordt beleefd door de bewoner, hangt niet af van de medische kennis van de zorgverlener, maar van de aandacht die wordt geschonken. Zo wordt de kwaliteit van zorg in de beleving van de bewoner lager wanneer niet alert wordt gereageerd op een zorgvraag, wanneer geen rekening wordt gehouden met de belevingswereld van de cliënt of wanneer onnodig wordt geholpen als de bewoner wenst een bepaalde handeling zelf uit te voeren. Hieruit kan worden afgeleid dat de interactie tussen medewerkers en cliënten essentieel is en dat zorgmedewerkers moeten openstaan voor gesprekken met cliënten en diens vertegenwoordigers (TK Kamerstuk 33109 2012).

Met het invoeren van de Beginselenwet zorginstellingen wordt beoogd de oude gedachtegang betreffende de langdurige zorg te doorbreken. Nog steeds is de langdurige zorg gericht op het beeld van een cliënt die niet in staat is voor zichzelf te zorgen en hierbij geholpen moet worden. Het kabinet heeft zich echter ten doel gesteld dit beeld te veranderen naar een toekomst waarin de burger wordt gestimuleerd zoveel mogelijk deel te nemen aan de samenleving, waarbij deze zoveel mogelijk zelf de zeggenschap heeft over het leven en zoveel als mogelijk ook zelf de verantwoordelijkheid neemt. De Beginselenwet zorginstellingen is hiermee dus niet ontstaan om zorginstellingen verdere verplichtingen en restricties op te leggen, maar kijkt vanuit het principe dat zorg maatwerk is naar het vormgeven van de rechten die cliënten vanzelfsprekend moeten hebben. De wet zal gaan bestaan uit een achttal rechten waarop cliënten zich, wanneer het wetsvoorstel wordt goedgekeurd, mogen beroepen (TK Kamerstuk: kamerbrief 2011(1)).

1. Recht op regie over het eigen leven, zodat de cliënt zelf invloed heeft op de kwaliteit van leven. De cliënt oefent de regie uit in contact met de familie en vrienden. Waarden en normen waaraan de cliënt zich hecht zijn het uitgangspunt. Andere rechten staan in het teken hiervan.

2. Recht op dagelijkse lichamelijke hygiëne, bijvoorbeeld door een dagelijkse douchebeurt. Hierbij horen ook snelle hulp bij de toiletgang (geen toiletrondes) en het tijdig wisselen van incontinentiemateriaal.
3. Recht op gezonde en voldoende voeding en drinken. Het spreekt vanzelf dat uitdroging en ondervoeding worden voorkomen.
4. Recht op een eigen kamer of een kamer met een partner, als dat de wens van de cliënt is. Daarnaast is een huiselijke, schone en verzorgde leefruimte belangrijk.
5. Recht op een respectvolle bejegening, passend bij de eigenheid van de cliënt (bijvoorbeeld de seksuele geaardheid) en een veilige en prettige sfeer.
6. Recht op de mogelijkheid tot het beleven van godsdienst of levensovertuiging. Met godsdienst of levensovertuiging van de cliënt zal zoveel mogelijk rekening worden gehouden.
7. Recht op een zinvolle dag invulling, beweging en dagelijkse buitenlucht.
8. Recht op aandacht voor ontwikkeling en ontplooiing.

Het naleven van deze acht rechten zal worden ingevuld in samenspraak met de cliënt maar dient wel te gebeuren binnen redelijke grenzen en binnen de normen van verantwoorde zorg. Om dit alles te vergemakkelijken en om zorgverleners te helpen is het Zorgleefplan opgesteld, dat wordt ingevuld door de zorgverlener in overleg met de cliënt, zodat voor iedere behandelaar te zien is hoe met deze cliënt omgegaan dient te worden. Het Zorgleefplan kan worden gezien als een persoonlijke agenda van de cliënt waarop alle dagelijkse bezigheden en behoeften van de cliënt zichtbaar worden gemaakt. Voor instellingen wordt het belangrijk te weten of zij aan de wensen van de cliënten kunnen voldoen, alvorens de cliënt de organisatie binnenkomt. Op deze manier kan een instelling vooraf bepalen of zij al dan niet aan diens wensen kunnen voldoen en welke alternatieven er zijn. Een manier om een aankomend cliënt duidelijk te maken wat de instelling te bieden heeft is het plaatsen van informatie op de website, zodat cliënten deze kunnen vergelijken en de instelling uitkiezen die het best bij de wensen past (TK Kamerstuk: kamerbrief 2011(1)). De nieuwe staatssecretaris vindt de Beginselenwet zorginstellingen voornamelijk belangrijk bij binnenkomst in een instelling. De Beginselenwet schrijft volgens hem cruciale onderwerpen voor als handvatten tijdens de zorgplanbespreking, onderwerpen die bij het vergroten van de regie van de cliënt zeker besproken moeten worden. Dit om af te dwingen dat men direct bij binnenkomst goed afstemt over de verwachtingen omtrent de zorgverlening. De staatssecretaris zegt hier het volgende over:

“De Beginselenwet zorginstellingen maakt van het zorgplan dus echt een middel om beide partijen met elkaar in gesprek te laten gaan, en om een wederzijds verwachtingspatroon in stand te houden (Kamerstuk: Kamerbrief 2013).”

Om de zorgaanbieders te helpen met het meer cliëntgericht werken, geeft de staatssecretaris hen meer ruimte om naar eigen inzicht te handelen. Ook zal de administratieve last van zorginstellingen met 5% per jaar gaan dalen, om te streven naar meer tijd voor zorg voor de cliënt. “Zorgaanbieders moeten hun vak terugkrijgen zonder overbodige administratieve belasting” (TK Kamerstuk: kamerbrief 2011(2)), p.10). Een manier om de administratieve druk te verlagen is het sneller en gemakkelijker maken van een indicatiestelling voor de langdurige zorg. Voor een indicatiestelling kunnen standaardprotocollen worden opgesteld zodat de cliënten zonder specifieke wensen sneller een indicatie kunnen krijgen. Ook is de bedoeling de geldigheidstermijn van een indicatiebesluit te

verlengen van vijf jaar naar vijftien jaar, waardoor cliënten met een stabiele situatie niet opnieuw een indicatie aan hoeven te vragen na vijf jaar. Ook eventuele belemmerende wetgeving voor vrijwilligers zal worden bekeken en indien nodig gewijzigd. Om erachter te komen welke reglementen overbodig zijn zal de staatssecretaris een twee jaar durend experiment opzetten waarbij zorgverleners melden welke regels kwaliteits- en doelmatigheidsverbeteringen in de weg staan. Vervolgens zullen deze worden aangepast of zullen ze vervallen (TK Kamerstuk: kamerbrief 2011(1)).

Het invoeren van de Beginselenwet zorginstellingen kan niet leiden tot een betaling van een eigen bijdrage, omdat het zorg betreft die wordt verleend vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) waar de cliënt een indicatie voor gekregen heeft. De Beginselenwet zorginstellingen zal bestaan als een leidraad om die zorg te verlenen waar een indicatie voor is afgegeven en niet als een extra onderdeel van de zorg (TK Kamerstuk: kamerbrief 2011(1)).

6.2 De Beginselenwet zorginstellingen als onderdeel van bestaande wetgeving

De probleemanalyse van dit onderzoek heeft reeds vermeld dat de Beginselenwet zorginstellingen zoals deze door de staatssecretaris is bedoeld, met de nieuwe staatssecretaris nog steeds kans heeft om ingevoerd te worden. Hierdoor zijn de acht rechten voor de cliënt waaruit het wetsvoorstel bestaat nog altijd van belang voor een verbetering van de kwaliteit van zorg voor ouderen. Deze acht punten zullen, voor zover deze niet reeds in bestaande wetgeving te vinden zijn, een aanvulling zijn op bestaande wetgeving en zorgen voor meer regie voor de cliënt en dienen daarom ingevoerd te worden. In deze paragraaf zal worden uitgezocht of alle acht punten uit de Beginselenwet zorginstellingen voldoende uitvoerig aan bod komen in de reeds bestaande wetgeving.

6.2.1 Internationale wetgeving

De Beginselenwet zorginstellingen stelt hele specifieke en concrete eisen aan de ouderenzorg. Zo concreet als deze eisen is de internationale wetgeving duidelijk niet, deze dient alleen als kader waarbinnen nationale wetten geformuleerd dienen te worden. Om te beginnen met het IVESCR, hierin wordt over ouderenzorg alleen gesteld dat verschillende vormen van ouderenzorg integraal moeten worden samengebracht voor een betere aanpak. Chronische en terminale patiënten worden apart benoemd, er moet regelgeving zijn voor het minimaliseren van pijn en de mogelijkheid om in waardigheid te sterven.

Het EVRM legt ook verplichtingen op zoals het verbod op foltering en onmenselijke of vernederende behandeling (art.3 EVRM), het recht op vrijheid en veiligheid van zijn eigen persoon (art. 5 EVRM), het recht op respect voor het privéleven, familie- en gezinsleven, woning en correspondentie zonder inmenging van de overheid (art. 8 EVRM), waarmee dit verdrag zich richt op het beschermen van de lichamelijke integriteit. In het UVRM wordt het recht op vrijheid genoemd (art.8 UVRM) evenals het recht op een behoorlijke levensstandaard, die hoog genoeg is voor de gezondheid en het welzijn van zichzelf en zijn gezin. Hieronder worden voeding, kleding, huisvesting, geneeskundige verzorging en sociale diensten geschaard (art. 25 UVRM). In beide verdragen wordt ingegaan op de godsdienstvrijheid. Dit is in het EVRM artikel 9 en in het UVRM artikel 18. In de bepalingen van het EVRM en het UVRM zijn een aantal punten van de Beginselenwet zorginstellingen

te herkennen. Voornamelijk punt 5 (recht op een respectvolle bejegening), punt 6 (recht op de mogelijkheid tot het beleven van godsdienst of levensovertuiging. Met godsdienst of levensovertuiging van de cliënt zal zoveel mogelijk rekening worden gehouden) en punt 7 (recht op een zinvolle dag invulling, beweging en dagelijkse buitenlucht) zijn te herkennen in de verschillende artikelen van de twee internationale verdragen. De artikelen over vrijheid van godsdienst zijn heel uitgebreid in de internationale verdragen, waardoor het niet noodzakelijk lijkt deze nogmaals in de wetgeving op te nemen. De andere genoemde punten 5 en 7 van de Beginselenwet hebben nog wel enige verdieping nodig.

Het laatste Europese verdrag dat in de theorie werd besproken is het Verdrag inzake de rechten van de mens en de biogeneeskunde ofwel het Biogeneeskundeverdrag. Dit verdrag is in Nederland nog niet geaccepteerd en ingevoerd, echter wanneer dit zou gebeuren heeft dit verdrag betrekking op de menselijke waardigheid en hiervan afgeleide rechten en vrijheden. Artikel 3 van het Biogeneeskundeverdrag is getiteld: 'Gelijke toegangsmogelijkheden tot de gezondheidszorg.' In dit artikel wordt beschreven dat men met de middelen die beschikbaar zijn, moet zorgen voor gelijke toegangsmogelijkheden tot gezondheidszorg van voldoende kwaliteit. Artikel 4 van dit Verdrag, dat gaat over de professionele standaarden, legt de link tussen dit Verdrag en de kwaliteit van zorg. Wanneer gekeken wordt naar de acht punten van de Beginselenwet zorginstellingen kan gesteld worden dat het biogeneeskundeverdrag iets zegt over alle punten, aangezien de menselijke waardigheid juist hetgeen is dat de staatssecretaris wil bewaken en dat alleen goede zorg kan worden geleverd wanneer iedereen die het nodig heeft er ook gebruik van kan maken (van Aartsen 1999).

6.2.2 Landelijke wetgeving

Wanneer gekeken wordt naar de landelijke wetgeving wordt duidelijk dat deze meer toegespitst is op het opstellen van regels en precieze rechten en plichten dan slechts kaders. Zo beschrijft artikel 22 van de Grondwet het recht op Volksgezondheid, Woongelegenheden en Ontplooiing waarmee dit past bij punt 7 van de Beginselenwet zorginstellingen. Wanneer het recht op ontplooiing staat genoemd in de grondwet is het niet noodzakelijk dit nogmaals in een wet te vermelden. Misschien wel wanneer de staatssecretaris het meer specificeert, nu staat er twee keer exact hetzelfde.

De volgende landelijke wet is de KZi, die bestaat uit een viertal eisen waar iedere zorginstelling aan moet voldoen, maar die ook te breed zijn om een punt uit de Beginselenwet weg te strepen. Het enige artikel dat kan bijdragen is artikel 2, waarin wordt vermeld dat de verantwoorde zorg die moet worden geleverd moet zijn afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Echter wordt hier niet bij vermeld of met de reële behoefte de behoefte aan medische zorg wordt bedoeld of ook alles er omheen, zoals de omstandigheden wanneer men in een langdurige zorginstelling verblijft.

De overige wetgeving die werd benoemd heeft wel betrekking op de kwaliteit van zorg, maar dan in relatie met de artsen (wet BIG), de concurrentie (WVG), de afstemming tussen zorgaanbieders en samenhang in de publieke gezondheidssector (WPG) en de kwaliteit van de voorzieningen binnen een instelling (WTZi). Ook het medisch tuchtrecht is alleen te raadplegen wanneer op medisch gebied een misser gemaakt is en is hiermee geen indicator voor de kwaliteit van zorg.

Naast de internationale en nationale wetgeving is soft law genoemd. In de Nederlandse gezondheidszorg bestaan talloze richtlijnen en protocollen voor heel veel verschillende

behandelingen en ingrepen. Echter zijn protocollen en richtlijnen opgesteld voor medische handelingen en helpen de zorgverlener te handelen volgens het goed hulpverlenerschap. Protocollen en richtlijnen zeggen niet hoe laat een patiënt uit bed moet worden gehaald en wanneer deze naar het toilet moet worden gebracht.

Om erachter te komen hoe de wetgeving in de praktijk werkt zullen hieronder een aantal uitspraken van tuchtrechtzaken worden gegeven. Wanneer de wet abstract blijft is het aan de rechter om een uitspraak te doen in een zaak. Hiermee kan gekeken worden of de wetgeving misschien toch meer punten van de Beginselenwet beslaat dan uit het hierboven staande stuk kan worden afgeleid.

De eerste uitspraak gaat over de zaak van een man in een verpleeghuis die een hele hoge eigen bijdrage moet betalen per maand maar in zijn ogen geen verantwoorde zorg hiervoor geleverd krijgt. De klachtencommissie onderschrijft klachten te hebben gekregen over niet nakomen afspraken, slechte communicatie tussen de man en de verpleging, het geven van medicijnen op verkeerde tijden en het niet in acht nemen van de regels betreffende persoonlijke hygiëne. Het Zorgkantoor wijst het verzoek af omdat uit de rapportages van het verpleeghuis niet blijkt dat zij nalatig zijn geweest. Ook de internist die wist van de problemen van meneer zegt dat dit bij het overige personeel onvoldoende onderkend werd en een brief van de directie stelt dat zij het betreuren te horen dat er nog geen verbetering te zien is. Het komt tot een hoger beroep omdat deze meneer geen gelijk krijgt, en de Raad besluit dat alle proceskosten door de verzekeraar moeten worden betaald, dat meneer gelijk heeft en dat de verzekeraar een deel van het betaalde eigen risico moet vergoeden, op basis van een weloverwogen beslissing (Centrale Raad van Beroep 06/305 2008). In de hierop volgende uitspraak heeft de rechter de uitspraak niet-ontvankelijk verklaard en komt er een nieuwe rechtszaak met nieuwe bewijsvoering. Hierin krijgt de cliënt deels gelijk, er is geen sprake van onverantwoorde zorg maar perfecte verantwoorde zorg is het ook niet. De zorgverzekeraar hoeft hiermee niet de hele eigen bijdrage die meneer heeft betaald te vergoeden, maar moet deze wel met een derde verlagen tot aan te tonen is dat de kwaliteit van zorg zodanig omhoog gegaan is dat we weer sprake is van verantwoorde zorg. De verzekeraar wordt opgedragen de gemaakte kosten van de cliënt te vergoeden (Rechtbank Leeuwarden 09/208 2010).

Een andere zaak over de kwaliteit van zorg is de volgende. Bewoonsters van een verpleeghuis spannen een zaak aan tegen het verpleeghuis omdat zij vinden recht te hebben op permanent toezicht op de huiskamers waarin zij zich bevinden uit veiligheidsoverwegingen, vanuit het oogpunt van hygiëne willen zij eenmaal per dag douchen en ze willen aanspraak kunnen maken op gelegenheid om tenminste eenmaal per dag een kwartier te wandelen. In het contract dat het zorgkantoor heeft met het verpleeghuis is te lezen dat zij kwalitatief verantwoorde zorg moeten leveren wat inhoudt dat de zorg cliëntgericht, doeltreffend en doelmatig moet worden verleend. Het basispakket waaraan verantwoorde zorg in ieder geval moet voldoen houdt onder meer de eisen van de bewoners in, wat dus niet gebeurt. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft een onderzoek ingesteld naar de kwaliteit en heeft hierna het verpleeghuis twee maanden de tijd gegeven een plan van aanpak op te stellen om de kwaliteit van de basiszorg te verbeteren. Het zorgkantoor vindt dat de eisen van de basiszorg kunnen worden aangepast en dat het verpleeghuis voldoende zorg levert. De rechtbank verklaart dat de bewoners wel aanspraak mogen maken op permanent toezicht in de huiskamers maar dat de overige zaken worden uitgevoerd volgens de norm verantwoorde zorg en de aanvullingen die zij wensen worden niet toegekend (Rechtbank Groningen 03/426 2004).

Echter gaat het bij zaken over de kwaliteit van zorg niet altijd over de verzekeraars en de zorgkantoren, ook de instellingen zelf kan worden verweten dat zijn niet de juiste zorg leveren. In deze uitspraak gaat het om een instelling die niet voldoende toezicht heeft gehouden op het voldoende instrueren van de medewerkers. De handeling die niet op de juiste manier is uitgevoerd wat resulteerde in het overlijden van de cliënt was geen ongebruikelijke handeling waardoor de betrokken hulpverleners hadden moeten weten wat ze moesten doen. Hierbij komt dat de cliënt in kwestie op de psychogeriatrische afdeling verbleef, waar het gedrag van de cliënten niet volledig aan henzelf kan worden toegeschreven en er dus meer toezicht moet zijn. De stichting wordt schuldig bevonden en krijgt een geldboete opgelegd (Rechtbank Rotterdam 10/693008-06 2008).

Uitspraken waarbij cliënten geen gelijk krijgen worden ook gedaan, zoals de uitspraak in de volgende zaak. Een aantal bewoners van een verpleeghuis woont nu op de benedenverdieping. Het verpleeghuis gaat echter renoveren waardoor zij op de eerste etage te wonen komen waardoor zij geen onbeperkte en vrije toegang meer zullen hebben tot de tuin. De voorzieningenrechter stelt, dat ondanks de achteruitgang van de kwaliteit van zorg door het niet meer onbeperkt naar de tuin kunnen, de bewoners hier geen aanspraak op kunnen maken omdat zij collectieve zorg ontvangen en hierdoor geen aanspraak kunnen maken op extra voorzieningen die voor anderen niet gelden (Rechtbank Leeuwarden 06/347 2006).

Niet alleen op basis van de KZi kan de rechter besluiten nemen, ook de wet BIG komt in de jurisprudentie een aantal malen voor. De volgende uitspraak heeft niets te maken met het verpleeghuis of de ouderenzorg maar illustreert wat er gebeurt wanneer een beroepsbeoefenaar die valt onder de wet BIG, zich niet aan de regels houdt. Een onderzoek werd ingesteld naar het werk van een psychiater, nadat een melding was binnengekomen van het overlijden van een van diens patiënten. Het onderzoek werd uitgevoerd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg en wees uit dat de man niet werkte volgens de protocollen, dat hij de agenda en patiëntendossiers niet op orde had en dat er vaker fouten waren gemaakt. De psychiater was ondertussen niet meer in dienst bij de instelling waar het voorval plaats had gevonden, maar was zelfstandig verder gegaan. Hiermee mocht hij uiteindelijk niet verder gaan (Rechtbank Amsterdam 12/1386 2012).

De conclusie die kan worden getrokken uit het bovenstaande is dat de wetgeving niet altijd duidelijk aangeeft wat er moet gebeuren waardoor een rechter tijdens een tuchtrechtzaak beslissingen kan nemen. Hierdoor is het niet alleen belangrijk dat men de wetgeving kent, maar ook de uitspraken van tuchtcolleges om op die manier te kunnen zien wat er kan gebeuren met zo'n wet en zeker in relatie met een abstract begrip als kwaliteit van zorg.

6.2.3 Bijdrage van de veranderingen in de langdurige zorg

Onder leiding van kabinet Rutte I is begonnen met een aantal veranderingen in de langdurige zorg. De Beginselenwet zorginstellingen vloeit voort uit het wetsvoorstel Wcz, dat dient om de positie van de cliënt te versterken in de individuele relatie met de zorgaanbieder. De Beginselenwet is opgesteld om te zorgen dat de dialoog die er hoort te zijn tussen de cliënt en de zorgverlener, daadwerkelijk plaatsvindt en is hiermee een onderdeel van een groter plan om cliënten de regie over het eigen leven en de zorg die zij ontvangen, terug te geven. Het wetsvoorstel Wcz en hiermee de Beginselenwet zorginstellingen zijn weer een deel van het grote plaatje van hervormingen binnen de langdurige zorg.

In het theoretisch kader zijn een aantal maatregelen genoemd om de langdurige zorg te verbeteren en betaalbaar te houden. Het is van belang te weten welke van deze voorgenomen maatregelen invloed hebben op de acht punten van de Beginselenwet. Wanneer één of meerdere van de punten worden gedekt door andere hervormingen is het niet nodig dit nogmaals door te voeren.

De meeste maatregelen die zijn genomen door de staatssecretaris zijn niet vergelijkbaar met de acht rechten voor de cliënt uit de Beginselenwet zorginstellingen. Het kan wel zo zijn dat door het invoeren van deze maatregelen, een aantal van deze punten wordt verbeterd, echter zal dit pas na invoering te zien zijn. Het scheiden van wonen en zorg bijvoorbeeld, zorgt voor een vergroting van de keuzemogelijkheden voor de cliënt. Cliënten moeten wel meer zelf gaan betalen en zullen hierdoor waarschijnlijk meer eisen stellen aan de zorg die zij ontvangen. Dit kan echter nog niet bewezen worden omdat het scheiden van wonen en zorg nog niet in werking is gesteld. Wanneer daadwerkelijk blijkt dat cliënten veeleisender worden, is bijvoorbeeld punt 1, het recht op de regie over het eigen leven, naar alle waarschijnlijkheid een punt dat zal verbeteren. Verbetering is echter hierdoor mogelijk op alle punten, waar het plaatsvindt ligt aan de prioriteiten van de cliënten zelf.

Ook het actieplan ‘ouderen in veilige handen’ kan na volledige implementatie zorgen voor een direct verschil in kwaliteit van zorg voor ouderen en daarmee voor een verbetering van de acht punten van de Beginselenwet. Doordat ouderenmishandeling verplicht gemeld moet worden wanneer dit gepleegd wordt door professionals en er een meldcode komt voor alle overige vormen van ouderenmishandeling kan dit sneller aan het licht komen waardoor ouderen sterker in hun recht staan wanneer zij zich beroepen op de acht rechten uit de Beginselenwet.

Wanneer gesproken wordt over het al dan niet sluiten van deze Zorgkantoren en hiermee het teruggeven van de inkoop van langdurige zorg aan de zorgverzekeraars, spreekt men over een verandering die een aantal jaren geleden is bedacht en ingevoerd had moeten worden op 1 januari 2009 (Schut 2009). Tot op heden is hiervan nog niets te zien. De vraag is, of zorgkantoren, zo lang zij de inkopers zijn van de langdurige zorg, kunnen bijdragen aan de kwaliteit van zorg. Zorgkantoren lopen geen financieel risico. Zij moeten binnen een regiobudget budgetafspraken maken met zorgaanbieders. Echter zijn zij verplicht met alle in de regio aanwezige aanbieders een contract te sluiten en door de weinig beschikbare plaatsen leidt dit niet tot concurrentie, waardoor ook geen kwaliteitsvoordeel te zien zal zijn. Zorgkantoren hebben een monopolypositie wat betreft de inkoop van langdurige zorg bij verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en gehandicaptenzorg instellingen waardoor zij zelf kunnen bepalen wat zij belangrijk vinden bij gecontracteerde zorg (Schut 2009). Schut (2009) zegt hier het volgende over:

“Het zorgkantoor bepaalt of en in hoeverre kwaliteit en service een rol spelen bij de budgettoedeling. Zorgkantoren hebben daarbij geen prikkel om rekening te houden met de wensen van de zorgvrager; deze kan immers toch niet kiezen.”

Wanneer zorgkantoren gesloten zouden worden komt de regie over het inkoopbeleid van langdurige zorg weer terecht bij de zorgverzekeraars waardoor concurrentie terugkeert, cliënten een keuze hebben en hierdoor de kwaliteit kan verbeteren. Zolang de monopolypositie van de zorgkantoren blijft bestaan zal dit niet gebeuren.

De overige veranderingen, reeds ingevoerd dan wel gepland, hebben geen directe invloed op een verbetering van de acht punten van de Beginselenwet, omdat zij niet net als de Beginselenwet

zijn gericht op alleen ouderen in verpleeg- en verzorgingstehuizen. Deze veranderingen zijn ontworpen voor andere uiteenlopende doelgroepen van de AWBZ en ouderen die nog in hun eigen huis wonen en zijn niet van belang voor dit onderzoek.

Uit het bovenstaande kan worden geconcludeerd dat de Beginselenwet zorginstellingen in zowel de huidige internationale en nationale wetgeving evenals de genoemde soft law en de aankomende hervormingen niet volledig wordt gedekt. Slechts een aantal punten komt aan bod, echter is dit nog niet volledig genoeg. De hervormingen zijn nog niet doorgevoerd waardoor hiervan niet kan worden gezegd in hoeverre deze bijdragen aan een verbetering van de acht punten. Verwacht wordt dat er een bijdrage wordt geleverd door het actieplan 'ouderen in veilige handen', maar dit kan niet met zekerheid worden gezegd.

6.3 De acht punten van de Beginselenwet zorginstellingen zijn niet nieuw

Deze paragraaf zal beginnen met het uiteenzetten van de meningen van de directeurs van de verpleeg- en verzorgingshuizen over het wetsvoorstel Beginselenwet zorginstellingen. Hierna zal worden ingegaan op de voor- en nadelen die de directeurs zien, wanneer de wet zou worden ingevoerd.

6.3.1 De mening van de verpleeg- en verzorgingshuizen over de Beginselenwet zorginstellingen

De eerste vraag die tijdens de interviews werd gesteld was de vraag of men bekend was met de Beginselenwet zorginstellingen en wat de mening was over dit wetsvoorstel. Hier werd op geantwoord dat het niets nieuws is omdat het onder andere gelijkenissen vertoont met de normen verantwoorde zorg. Deze normen, reeds in het theoretisch kader beschreven, houden het volgende in:

"Zorg van goed niveau die in ieder geval doeltreffend, doelmatig, veilig en patiëntgericht verleend wordt en die is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt." (Wiegers et al. 2007)

Ook het zorgleefplan wordt genoemd als middel waarmee de rechten reeds worden gehanteerd binnen de instellingen. De vraag die de interviewer meerdere malen tijdens de interviews terugkreeg was de vraag waarom grondbeginselen die in de instellingen dagelijks worden gehandhaafd, in een wet moeten worden geplaatst. De bezochte instellingen hanteren allen voor het overgrote deel de acht punten van de Beginselenwet zorginstellingen en vragen zich af hoe deze wet voor hen nog kan bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit van leven voor de cliënten. Directeur de K van verpleeghuis P zegt hierover het volgende:

"Het probleem is alleen dat je kan zeggen dat iemand recht heeft op lichamelijke hygiëne, maar wat voegt dat toe aan de dagelijkse hygiëne? Op welk niveau en vanuit welke norm? En dan heeft hij recht op aandacht en dan heeft hij recht op voldoende voeding. Dat heeft voor mij geen toegevoegde waarde want het is al zo."

Directrice van M van verpleeghuis L is iets minder positief gestemd over het wetsvoorstel, wat blijkt uit het volgende citaat:

“Ik vind het eigenlijk te triest voor woorden dat je in een wet zou moeten zetten, ik lees even voor: recht op dagelijkse lichamelijk hygiëne. Zijn we nou zover afgezaakt in dit land dat we dat in een wet moeten zetten? Doen we dat dan zo slecht? Zorgen we daar nu dan niet voor?”

Volgens deze directrice, die zelf werkt volgens de normen verantwoorde zorg, zijn deze normen verantwoorde zorg opgesteld om pyjamadagen en dergelijke zaken te voorkomen en zou wettelijke verankering hiervan niet nodig zijn. Zaken zoals respectvolle bejegening zou men volgens haar moeten kunnen verwachten wanneer men zich inhuist in een verpleeg- of verzorgingshuis. Ook directrice van H van verpleeghuis E weet niet waarom wettelijke verankering van dezelfde punten die ook terug te vinden zijn in de normen verantwoorde zorg, moet plaatsvinden. Ook de visie en de missie van de organisatie spelen hier een rol bij de invulling van de rechten van de cliënt, waar recht op regie over het eigen leven centraal staat. Wanneer men als cliënt binnen komt bij deze organisatie wordt er gevraagd hoe men daar wil wonen en wat de relatie daarin is van familie en vrienden. Binnen zes weken na aankomst wordt een zorgleefplan opgesteld waarin staat wat de cliënt wil of, in het geval van een dementerende cliënt, wat de familie wil.

Volgens directeur van D van verpleeghuis F gaat de Beginselenwet vooral om bureaucratische aanpassingen. Wanneer de politiek vindt dat de acht rechten voor de cliënt in een wet moeten komen te staan, is dit volgens hem geen probleem, zijn verpleeghuis is vanuit het zorgleefplan reeds bezig cliëntenrechten te waarborgen, rechten die nauw overeen komen met degenen uit de Beginselenwet. Echter zou er volgens hem en ook volgens een aantal andere directeuren, wel een verandering in de budgettering vanuit de politiek moeten komen om deze invoering te kunnen realiseren.

Directeur V van verpleeghuis V werkt naar de acht punten van de Beginselenwet toe vanuit de visie van de organisatie:

“Wij werken hier met name volgens het hogere doel: uw eigen leven leiden, dat vinden wij belangrijk. Dat gaat heel erg over keuzes, recht op het willen en jezelf mogen zijn, welke keuzes je maakt om hier jezelf te kunnen zijn. En als je kijkt naar ons doel, dan willen wij beperkingen vertalen naar mogelijkheden. Dat is precies wat je in de Beginselenwet ook terugvindt. Dus we zijn wel met de Beginselenwet bezig, maar vanuit onze eigen visie.”

Voor het verwezenlijken van deze visie is men gestart met het project ‘Van moeten naar ontmoeten’ waarbij medewerkers onder andere geschoold worden om erachter te komen wat nodig is voor cliënten om hun eigen leven te kunnen leiden binnen de muren van de instelling. Door hiermee zoveel mogelijk op de wensen van de cliënten in te gaan, wordt al aan een deel van de punten van de Beginselenwet voldaan.

Een andere instelling die werkt vanuit de visie is D, waar gesproken is met directeur O. Tijdens dit interview verwijst de directeur naar een uitspraak van de Staatssecretaris, namelijk dat de reactie 'dit kan bij ons niet' niet mag worden gegeven. Volgens de directeur is dit waar het om gaat, wat ook de reden is dat in de missie en de visie van deze instelling is opgenomen dat 'nee' zeggen niet gepast is. Wel is het de bedoeling met de cliënt te onderhandelen over zaken die hij of zij graag zou willen, omdat niet alles volledig volgens de wensen van de cliënt te operationaliseren is. Wanneer cliënten iets vragen dat niet direct, maar wel met enige aanpassing mogelijk te maken is, wordt geen 'nee' maar 'ja, mits' gezegd.

Over het algemeen kan gesteld worden dat men het niet eens is met de invoering van de Beginselenwet, niet omdat het niet haalbaar is, maar meer omdat de instellingen reeds werken volgens deze normen. Ook zijn de instellingen van mening dat het niet het meest belangrijk is dat de zorg rondom deze normen wordt ingericht, maar dat dit naar de eigen wil van de cliënten gebeurt. Wanneer het zo mocht zijn dat een recht uit de Beginselenwet niet wordt behaald bij een cliënt, hoeft dit niet te betekenen dat de cliënt hier nadeel van ondervindt, in tegendeel. Directeur B van verzorgingshuis S legt uit waarom:

"We leveren zorg zoals de bewoner het wil. Dat is ook zo met de activiteiten die we hier organiseren. Er is hier heel veel te doen voor de mensen, voor iedereen wat. Maar jij gaat toch ook alleen maar naar een bepaalde club als je dat zelf leuk vindt? Wij gaan niet tegen de bewoners zeggen, vandaag moet je naar je brei club en morgen naar handwerken, wanneer deze mensen net een sportzender op hun televisie hebben gekregen en in plaats van breien liever de hele middag sport gaan kijken."

Op deze manier wordt bijvoorbeeld het punt zinvolle dagbesteding niet behaald. Ook het punt gezonde voeding werd op deze manier aangehaald, door directrice van M van verpleeghuis L:

"Als een diëtiste zegt dat iemand van 85 gezond moet eten omdat hij al heel zijn leven 10 kilo te zwaar is maar die man heeft als enige pluspunt een paar bonbons op een dag, moet je dat dan afnemen? Wie zijn wij dan om te zeggen dat die man alleen aardappels met sperziebonen mag eten omdat dat gezond is? En als iemand een sigaretje wil roken, ja het is niet gezond, zal het ook nooit worden, maar wie zijn wij om een man van 80 die dat al heel zijn leven doet, dat af te nemen?"

De vraag die de instellingen stelden bij deze vraagstukken was of zij, wanneer de Beginselenwet zou worden ingevoerd, afgerekend zouden worden op dit soort zaken. Zij zijn het er allen over eens dat een nieuwe wet zorgt voor een nieuwe controle, maar deze controle zou niet moeten leiden tot boetes en dergelijke voor het niet naleven van de wet, wanneer niet gekeken is of het overtreden van de wet in het voordeel of het nadeel van de cliënt is gebeurd.

6.3.2 Verwachte voor- en nadelen

Zoals in bovenstaande paragraaf duidelijk is gemaakt, zijn de zorginstellingen niet positief gestemd over het wetsvoorstel. Toch verwachten enkele directeuren dat het invoeren van het wetsvoorstel voordelen kan opleveren. Deze voordelen wegen echter niet op tegen de nadelen die zij verwachten. Directrice van M van verpleeghuis L, geeft als nadeel van de wet aan dat zij niet kan voldoen aan de eisen met betrekking tot de kamers. Dit verpleeghuis moet volgens haar in vijftig jaar worden afgeschreven en moet nu nog tien jaar mee. Toen het veertig jaar geleden gebouwd werd, was dat naar de normen van toen. Zij heeft nu het probleem dat er veel tweepersoonskamers zijn waar geen eenpersoonskamers van kunnen worden gemaakt omdat het gebouw dan betaald moet worden met de helft van de cliënten. Een kamer met een partner is ook een probleem:

“Het is niet goed geregeld, als hier iemand bij komt is daar geen geld voor. Aan de ene kant moeten we iets regelen waar ze aan de andere kant de middelen niet voor geven in geld, of weer regels stellen waar je niet aan kunt voldoen. Aan de ene kant zeg je: u hebt recht op een kamer met een partner, maar aan de andere kant zeg je tegen de partner: sorry, u hebt geen indicatie, u mag hier niet wonen.”

De kamer met de partner is echter niet alleen een probleem in verpleeghuis L. Ook verpleeghuis P kan geen kamer met een partner en overigens ook niet altijd een eenpersoonskamer garanderen, hier ook vanwege de indeling van het gebouw. In verpleeghuis P is men echter wel bezig met een andere aanpak; verpleeghuiszorg thuis. De directeur heeft in een straal van anderhalve kilometer rondom het verpleeghuis verpleeghuiszorg thuis aangeboden, waardoor cliënten zorg vanuit het verpleeghuis krijgen en daardoor langer thuis kunnen blijven wonen. Dit is een manier om toch een kamer met een partner te kunnen garanderen.

Directeur V van verpleeghuis V zegt wel een kamer met een partner te kunnen leveren wanneer de cliënten beide een indicatie hebben:

“We hebben hier eerder een echtpaar gehad, beide licht dementerend, dus beide met een toegangskaartje zeg maar. En toen hadden we voor die mensen twee kamers tegenover elkaar. Eentje was als woonkamer ingericht en de andere als slaapkamer.”

Wanneer men een kamer met een partner zonder indicatie wil bij verpleeghuis V, is dit niet mogelijk. Echter kan de partner ervoor kiezen in de naastgelegen aanleunwoningen te gaan wonen, waardoor hij of zij altijd dichtbij is en de hele dag door op bezoek mag komen. Het is zelfs mogelijk, wanneer de partner graag een keer zou willen blijven slapen, dit te realiseren door middel van het plaatsen van een stretcher in de kamer van de cliënt.

In verpleeghuis E is het mogelijk een partner zonder zorg indicatie te laten verblijven op basis van een verblijfsindicatie. Echter is de instelling hier steeds minder toe bereid omdat de gezonde, niet-geïndiceerde helft vaak overblijft wanneer de ander overlijdt. Deze gezonde helft mag vervolgens blijven, zonder dat er geld beschikbaar is voor deze persoon. Een kamer met een partner die wel een indicatie heeft is geen probleem bij E. Ook in verpleeghuis D is een kamer met een geïndiceerde partner geen probleem, echter, wanneer de partner niet geïndiceerd is, is deze niet

welkom. Directeur O legt uit dat voor de partner zonder indicatie slechts €32 per dag beschikbaar is, waar alles van gedaan moet worden. Echter is men ook hier bereid oplossingen te zoeken voor mensen die er alles aan willen doen om bij de partner te blijven. Het kan namelijk zo geregeld worden dat de partner huurt, dat wil zeggen, de prijs van een zorgzwaartepakket 1. De prijs van een zzp 1 ligt op €57 per dag, wat volgens directeur O uitkomt op ongeveer €1600 per maand. Een aantal partners of kinderen van cliënten betaalt dit op het ogenblik. Een andere mogelijkheid is, wanneer de ene partner een indicatie voor verpleeghuiszorg heeft en de andere alleen een indicatie voor thuiszorg, dat diegene dan huur betaalt alleen voor de kamer en de thuiszorg daar ontvangt. Dit is echter alleen nog een idee, dat moet nog berekend en uitgedacht worden.

Een tweede nadeel dat door het merendeel van de directeuren wordt gegeven heeft te maken met de volgens hen in Nederland aanwezige claimcultuur. Wanneer de Beginselenwet zou worden ingevoerd heeft iedere cliënt in een verpleeg- of verzorgingshuis recht op bepaalde zaken, waar zij, volgens de directeuren, ook gebruik van zullen gaan maken. Directeur de K van verpleeghuis P gaf hier het volgende voorbeeld bij:

“We leven in een ontzettende claimcultuur, vind ik. En ik zie het aan mijn eigen ouders. Mijn moeder heeft een scootmobiel, omdat ze dat recht heeft. En ze gebruikt hem niet één keer per maand, nog erger, ze gebruikt hem niet één keer in het half jaar. Maar die meneer van de gemeente zei het is uw recht. Mijn ouders horen dat ze een recht hebben en maken hier dankbaar gebruik van.”

De andere directeuren spreken, wanneer het gesprek gaat over de claimcultuur, over bijvoorbeeld de dagelijkse douchebeurt. Deze zal volgens de directeuren niet door alle cliënten geclaimd worden, maar wanneer enkele mensen dit wel zouden willen zou eerst gekeken moeten worden of dit aantal uren zich wel bevindt in het zorgzwaartepakket. Wanneer mensen lichte verzorgingshuis zorg nodig hebben zal het aantal uren dagelijkse verzorging niet toestaan dat men iedere dag gedoucht wordt. Directeur V van verpleeghuis V zegt voornamelijk cliënten te hebben welke zijn geïndiceerd met zzp 5. Zelfs bij dit zorgzwaartepakket vraagt hij zich af of het realiseren van dit recht voor de cliënt mogelijk is. Ook directrice M van verpleeghuis L zegt de trend die men heeft om te claimen te zien als iets dat een goede invoering van de Beginselenwet in de weg zal staan. Volgens haar begon men reeds met claimen met de invoering van de zorgzwaartepakketten. Als een cliënt op een andere kamer met hetzelfde zorgzwaartepakket meer aandacht kreeg, claimde de familie dat moeder of vader recht had op hetzelfde. Dit gedrag zou met de invoering van de Beginselenwet kunnen aansterken.

Directeur O van verpleeghuis D is niet bang voor de het claimgedrag van mensen na de invoering van de Beginselenwet. Hij zegt met de mensen te gaan praten en uit te leggen wat wel en niet gaat en waarom. De basis wordt aangeboden en wat men extra wil kan worden gedaan door mantelzorger of moet extra voor worden betaald. Hier is directeur B van verpleeghuis S het mee eens. Men heeft recht op het aantal uren zorg dat in het zorgzwaartepakket wordt aangegeven. Dit zal naar ieders wensen en hiermee dus voor iedere cliënt op een andere wijze worden ingevuld. Wanneer men iets wil waar geen uren meer voor zijn zal een andere activiteit moeten worden

geschrapt of zal men een bijdrage moeten betalen hiervoor. Op dit onderwerp zal verderop, in paragraaf 6.5 dieper worden ingegaan.

Een derde en laatste nadeel aan het invoeren van de Beginselenwet is de kosten die het met zich mee zal brengen. Wanneer men echt eenpersoonsskamers en kamers met partners aan moet gaan bieden zal men hiervoor moeten verbouwen in een aantal instellingen. Directeur de K van verpleeghuis P weet te stellen dat het zonder een bijgeleverde zak met geld voor een verbouwing niet uitvoerbaar zal zijn. Directeur van D van verpleeghuis F heeft een uitgesproken mening over deze kwestie:

“Het is niet te financieren, zo simpel is het. Doordat medewerkers sneller moeten gaan werken zullen ze slordiger worden en zullen de klachten toenemen. Afnemende motivatie van het personeel, dat krijg je ervan, meer ziekteverzuim. Wat ze willen doen met deze wet is het expliciet vastleggen van rechten die de mensen al lang hebben, hier in ieder geval. Alleen als iedereen woord voor woord gaat lezen waar hij wel of geen recht op heeft dan krijg je echt een probleem. Je moet zorgen dat je cliënten tevreden zijn en dan geven ze helemaal niet om meer rechten.”

Directeur V van verpleeghuis V vindt dat de invoering van de Beginselenwet tegenover de bezuinigingen staat:

“Het botst natuurlijk heel erg met de andere ontwikkelingen die er zijn hè, de bezuinigingen. En daarvoor hebben we natuurlijk al de zorgzwaartepakketten, waarin het aantal uren zorg al afgebakend is. En dan kan je je afvragen of er binnen een zorgzwaartepakket, binnen het aantal uren zorg dat mensen hebben, wel ruimte is voor een dagelijkse douchebeurt. En dat is een spanning. Ook het dagelijkse rondje wandelen buiten vind ik een hele interessante. Ook wel een lastige om te realiseren zonder meer personeel.”

Naast bovenstaande reacties verwijzen de directeurs ook naar de zorgzwaartepakketten. Wanneer een cliënt vaker wil wandelen maar er niet meer uren in het pakket zitten voor activiteiten, kan er niet meer worden georganiseerd voor deze cliënt. Wanneer dagelijkse buitenlucht met invoering van de Beginselenwet een recht wordt, is de vraag hoe dit opgelost dient te worden met betrekking tot de invoering van de zorgzwaartepakketten. Instellingen krijgen immers niet meer geld per cliënt dan in het zorgzwaartepakket wordt aangegeven, maar er moet wel meer gedaan worden met de cliënt.

Het enige verwachte voordeel aan de Beginselenwet, wordt maar door twee directeurs benoemd. De overige geïnterviewde directeurs laten weten dat de wet, zoals deze nu is opgesteld, beter niet ingevoerd kan worden. Het genoemde voordeel heeft betrekking op de essentie van de wet, namelijk het waarborgen van de kwaliteit van zorg in de instellingen waar dit nog niet gebeurt. De twee directeurs die dit als voordeel zien, noemen echter ook alle hierboven genoemde nadelen en zijn

het eveneens niet eens met het op deze manier invoeren van de wet. Directeur van D van verpleeghuis F verwoordt dit voordeel als volgt:

“De wet zorgt voor een wettelijk geborgd uitgangspunt, een uitgangspunt dat wij eigenlijk al hanteren dus is het niet verkeerd. Wanneer je het namelijk zo doet, dat het echt op deze manier moet, dan kan de kwaliteit bij instellingen die nu niet zo werken wel verbeteren.”

Een meer verduidelijkend citaat over wat er precies positief is aan het invoeren van de punten van de Beginselenwet is het volgende, van directeur V van verpleeghuis V:

“De wensen van de mensen komen centraal te staan, wat volgens mij ook het allerbelangrijkste is binnen de ouderenzorg, dat de cliënten worden gehoord en dat de zorg rondom hen wordt georganiseerd. En één van de belangrijkste rechten die wordt vastgelegd is het recht op regie over het eigen leven, zodat de mensen zelf sturing kunnen aangeven.”

Hiermee kan worden gesteld dat het voordeel dat wordt gezien, niet geldt als een voordeel voor één van de geïnterviewde instellingen. Voor hen heeft de invoering van de Beginselenwet geen enkel voordeel.

6.4 Een aantal punten kan bijdragen aan verbetering

In deze paragraaf zal duidelijk worden gemaakt dat het, in ieder geval voor de geïnterviewde instellingen, niet noodzakelijk is voor het behouden van de kwaliteit van zorg om de Beginselenwet zorginstellingen in te voeren. Met behulp van citaten zal worden onderbouwd welke van de acht rechten van de Beginselenwet al bestaan bij de instellingen, zonder dat dit gerelateerd is aan het gebruik van de Beginselenwet.

6.4.1 Regie over het eigen leven

Regie over het eigen leven staat bij elk van de instellingen centraal. Volgens directeur O van verpleeghuis D is het belangrijk dat de mensen blijven doen wat zij thuis ook gewend waren te doen. Dit om te zorgen dat ze niet volledig afhankelijk worden gemaakt maar hun eigen keuzes blijven maken en hun zelfstandigheid niet verliezen door gewinning aan het gemak van een verpleeghuis. Naar aanleiding van een verandering die meneer O heeft doorgevoerd is duidelijk te zien dat, wanneer mensen niet zelfstandig worden gehouden, gemakzucht gaat overheersen.

“Op ons oude gebouw werd ’s morgens altijd koffie gedronken in een grote zaal en die koffie werd altijd ingeschonken door een vrijwilliger. Bij al die tafels, daar zaten ze dan met vijftig dames en heren. En het tweede bakje, dat werd ook ingeschonken. En dat is natuurlijk eigenlijk te gek. Dus toen heb ik gezegd: we kopen nieuwe koffiekannen. Die worden op de tafels gezet, en het eerste bakje word dan ingeschonken en de koffiekann blijft daarna op tafel staan. Dan gaat u zelf het tweede bakje maar inschenken, iemand van de tafel kan dat doen. Dan

word je eerst bijna met eieren en tomaten die zaal uit gejaagd, dat willen ze niet, want wat zeggen ze dan: dat doen ze hier al dertig jaar en waarom nu opeens niet meer? En na een week of twee was het over. Dan zag je wel dat mensen dat zelf gingen doen. Ze moesten ook wel want anders hadden ze geen koffie. En dit is dus een combinatie. Vraaggericht werken, dus ingaan op de vraag, kijken wat mensen zelf kunnen en mensen daarmee dus de eigen regie geven over wat ze willen wanneer ze ingehuisd worden. Nou dat heet dus de eigen regie, en dat hebben we hier hoog staan.”

Echter kan dit worden gezien als een manier van de regie teruggeven aan de cliënt die niet direct op steun kan rekenen en hiermee vanuit de organisatie redelijk dwingend kan overkomen. Een andere manier om de cliënten duidelijk te maken dat zij het voor het zeggen hebben wat betreft de invulling van het verblijf, is het aanbieden van vele verschillende activiteiten waaruit zij de keuze mogen maken. Directeur B van verpleeghuis S stelt dat zijn instelling een groot aantal activiteiten organiseert waar men zelf van mag bepalen of zij hieraan willen deelnemen.

“Wij hebben vrijwilligers nodig bij alle activiteiten die we organiseren. Zij doen dit samen met een activiteitenbegeleider. We hebben nogal wat te organiseren, want we hebben hier dertig verenigingen! Onder andere een mannenvereniging, daar komen de mannen die dat willen voor een borreltje, een muziekvereniging, eentje voor koken, handwerken, bloemschikken, noem maar op! Bij elke vereniging loopt een professional om te zorgen voor een goede inhoud, zij worden verder ondersteund door alleen onze driehonderd vrijwilligers.”

Directeur de K van verpleeghuis P vindt het belangrijk dat de cliënten zich thuis voelen in de instelling, waardoor hij nog verder gaat met het teruggeven van de regie aan de cliënten:

“Als je kijkt naar bijvoorbeeld de gemeenschappelijke huiskamer, dan willen wij daar een nieuw behangetje op doen, een ander kleurtje en dan begint het hele geneuzel. Want dan wil ik groen, en dan hebben we negen familieleden die iets anders willen, en dan moet ik de knoop gaan doorhakken. Dan krijg je: zie je, het heeft hier toch geen zin om mee te praten. Dus nu ga ik het omdraaien. Dit is uw huiskamer. U hebt recht op een huiskamer, dat hebben we beschreven, succes. Het enige dat ik wil is veiligheid, brandveiligheid, meubelveiligheid. Dat is het kader, u bepaalt het zelf verder.”

Cliënten krijgen de kans om met elkaar een andere kleur voor het behang van de huiskamer te kiezen, naast het feit dat zij de eigen kamer ook naar eigen smaak mogen inrichten en aankleden. De regie bij de cliënt leggen betekent hier dus ook dat de cliënt zich niet alleen thuis mag voelen op de eigen kamer, maar ook in de gemeenschappelijke woonkamer.

Naast deze eigen initiatieven van de instellingen bestaat ook het zorgleefplan binnen de instellingen. Hierin wordt alles beschreven wat de cliënt kan verwachten wanneer hij of zij in het verpleeghuis komt wonen, de rechten en plichten van beide partijen worden omschreven. Directeur

van D van verpleeghuis F verwoord als volgt wat er gebeurt wanneer een nieuwe cliënt binnenkomt en het zorgleefplan wordt opgesteld:

“Wij bespreken met nieuwe cliënten het zorgpakket dat ze hebben via de verzekeraar en wat daarvoor mogelijk is. Dus mensen hebben dan bijvoorbeeld ik zeg maar wat recht op tien uur zorg waarvan zeven uur verzorging en de andere drie uur voor activiteiten. Wanneer zij dan ervoor kiezen om bijvoorbeeld een uur in het snoezelbad te willen gaat er een uur van die drie uur af. En wanneer er niet genoeg is, kunnen mensen bijkopen. Het belangrijkste is dat de basis er altijd is en dat mensen die meer luxe willen dit altijd kunnen tegen betaling.”

Met het zorgleefplan kan men de uren die niet voor de zorg gebruikt worden indelen met activiteiten die zij zelf graag willen ondernemen, waardoor zij zelf de vrije tijd kunnen indelen en de regie over het eigen leven behouden blijft. Directrice van H van verpleeghuis L heeft hier nog een meer uitgebreide uitleg over:

“Wat wij doen als mensen hier komen is vragen hoe zij hier willen wonen en leven en wat de relatie daarin is van familie en vrienden. Hoe zij dat willen hebben. En dat doen we met behulp van een zorgleefplan, dat wordt binnen zes weken opgesteld als mensen hier wonen, dat wordt elk half jaar geëvalueerd of als er een wijziging is in de situatie. Op die manier gaan we met de eigen regie om. De zeggenschap in de zorg via afstemming wat de cliënt wil in het zorgleefplan. Hebben mensen te maken met dementie of kunnen ze niet meer zelf beslissen, dan hebben wij een familielid of een ander iemand die hun zaken waarneemt waarmee wij afstemmen, iemand die zoveel mogelijk weet over de geschiedenis en de wensen van deze cliënt.”

Het eerste punt van de Beginselenwet is als volgt verwoord: ‘Recht op regie over het eigen leven, zodat de cliënt zelf invloed heeft op de kwaliteit van leven. De cliënt oefent de regie uit in contact met de familie en vrienden. Waarden en normen waaraan de cliënt zich hecht zijn het uitgangspunt. Andere rechten staan in het teken hiervan.’ Uit het bovenstaande kan worden afgeleid dat de instellingen de regie van de cliënten over het eigen leven in ogenschouw nemen en hier met behulp van het zorgleefplan of andere methoden vorm aan geven, waarmee dit punt van de wet niet noodzakelijk dient te worden ingevoerd.

6.4.2 Dagelijkse hygiëne

De dagelijkse hygiëne van de cliënten bleek tijdens de interviews een discutabel punt. Tijdens elk interview waarbij gesproken werd over het recht op de dagelijkse douchebeurt, wierp dit vragen op bij de directeurs. Het is volgens hen niet mogelijk om met de huidige regelingen rondom de zorgzwaartepakketten, alle cliënten iedere dag te douchen, wel is het mogelijk voor de cliënten aan te geven op welk moment van de dag zij dit willen. Gebleken is dat nagenoeg iedere cliënt de ochtend of de avond hiervoor prefereert, mede door het feit dat men dan toch aan- of uitkleedt en dit overdag niet nogmaals hoeft te doen. Directeur van D van verpleeghuis F heeft een berekening

gemaakt die laat zien dat het niet mogelijk is alle cliënten op een dag te douchen, te zien aan het volgende citaat:

“Je moet kijken naar de budgettering tegenover het aantal plaatsen. Laten we zeggen dat een verpleegafdeling 30 plaatsen heeft. En laten we ervan uitgaan dat 80% van die mensen die daar ligt iedere dag wil douchen. Een persoon douchen kost 20 minuten netto, en dan is dat nog aan de lage kant maar laten we zeggen 20 minuten. Het personeel bestaat uit 7 verzorgenden, en dat is dan exclusief leiding, vacatures, ziekteverzuim en alles. Dat betekent dat op een ochtend, de meeste mensen willen 's morgens douchen, 24×20 minuten = 480 minuten moet worden besteed alleen al aan het douchen van mensen. En dan heb ik het nog niet over weer aankleden en ga zo maar door. Het is een mythe, het kan niet, niet mogelijk!”

Echter is het volgens alle directeuren geen probleem dat niet alle cliënten op dezelfde dag gedoucht kunnen worden, dit zouden zij niet willen. In verpleeghuis F, waar de cliënten de keuze hebben uit wassen met alleen een washand, wassen met een waskom of onder de douche, blijkt dat niet iedereen dagelijks voor de douchebeurt kiest. Volgens de directeur van verpleeghuis V zijn oudere mensen vaak niet gewend dagelijks te douchen en gaan zij dit ook niet doen wanneer zij in een verpleeghuis terecht komen. In verpleeghuis L is het niet anders, ook hier stelt de directrice dat ouderen vaak niet onder de douche willen:

“De meesten willen niet eens iedere dag douchen, die vinden dat niet prettig. Het doet pijn en het duurt nog langer dat er iemand aan je zit, je laat je afhankelijkheid weer zo zien. Die mensen denken misschien laat mij maar lekker buiten op het terras zitten, dus doe maar even snel een lapje. Dat is zo'n beeld wat je als gezond mens denk ik hebt. Wij douchen iedere dag. Zo ben je opgegroeid, de mensen die hier in het verpleeghuis zitten hadden niet eens een douche vroeger.”

Verpleeghuis D belooft ook het recht op de dagelijkse douchebeurt, maar vermeld hier ook weer bij dat ouderen dit vaak niet willen. Wanneer de invoering van de wet zou betekenen dat mensen meer gaan claimen en dat sommigen driemaal per dag willen douchen zal er gepraat moeten worden met de betreffende cliënt, maar zover komt het volgens directeur O niet. Hij zegt dat ouderen zich vroeger met een emmer boven de gootsteen wisten omdat zij geen douche hadden, wat de reden is dat zij in het verpleeghuis ook niet snel zullen vragen om meerdere douchebeurten.

Het tweede deel van het tweede punt van de Beginselenwet betreft snelle hulp bij de toiletgang. Ook hier waren de instellingen zeer eensgezind over: toiletrondes worden niet gedaan. Eén instelling wist wel een toiletronde te noemen, namelijk vlak voor het slapengaan. Volgens de directeur van verpleeghuis V is het logisch dat men voordat de lichten uit gaan nogmaals de gelegenheid krijgt naar het toilet te gaan. Op een aantal afdelingen wordt dit ook gedaan voordat men voor het eten aan tafel gaat. Directrice van H van verpleeghuis E heeft een andere betekenis aan het woord toiletronde toegekend, waardoor dit geen negatieve betekenis meer heeft:

“Je moet geen toiletronde houden om een toiletronde te houden. Je houdt een toiletronde voor mensen voor wie het goed is ze eraan te herinneren dat ze naar het toilet moeten. En daarnaast doe je gewoon snelle hulp.”

Het tweede punt van de Beginselenwet is als volgt verwoord: Recht op dagelijkse lichamelijke hygiëne, bijvoorbeeld door een dagelijkse douchebeurt. Hierbij horen ook snelle hulp bij de toiletgang (geen toiletrondes) en het tijdig wisselen van incontinentiemateriaal. Hieraan zeggen alle geïnterviewde instellingen te voldoen waarmee ook dit punt niet noodzakelijk dient te worden ingevoerd.

6.4.3 Een eenpersoonskamer of een kamer met een partner

De vraag die tijdens de interviews werd gesteld aan de directeuren over het recht dat cliënten hebben op een eigen kamer of op een kamer met een partner bleek het volgende discussiepunt. Een aantal huizen leent zich namelijk niet voor het inrichten van een kamer waarbij een partner aanwezig kan zijn, een aantal huizen leent zich zelfs niet voor een eenpersoonskamer voor iedere cliënt. Verpleeghuis P is één van de huizen waar men niet in staat is iedere cliënt een eigen kamer aan te bieden. Vanwege dit feit heeft men besloten voor het merendeel alleen somatische cliënten aan te nemen, die verblijven voor korte tijd omdat zij revaliderend zijn. Dit verpleeghuis heeft wel psychogeriatrische afdelingen, echter verblijft men hier op tweepersoonskamers. Wanneer men een eenpersoonskamer prefereert is dit mogelijk in een andere vestiging binnen dezelfde zorggroep. Ook verpleeghuis L kan niet voldoen aan deze eis van de Beginselenwet. De directrice heeft te maken met een oud huis en daarmee met veel tweepersoonskamers. Op de vraag wat er zou gebeuren wanneer dit punt van de wet op korte termijn zou worden ingevoerd antwoordde zij:

“Ik denk dat we dan maar caravans gaan verhuren of zo! Dan ga je iets aanbieden waarvan ik denk, er is geen zorggebouw in Nederland wat hieraan kan voldoen. Je kan een bed erbij zetten op een eenpersoonskamer, dan heb je eraan voldaan. Maar is je sanitair dan ook voldoende als er opeens twee keer zoveel mensen op de afdeling verblijven? En moet ik ze dan ook eten geven en die kamer poetsen? Die ene mevrouw moet ik wel wassen en voor haar moet ik wel poetsen maar onder het bed van die meneer kan ik overslaan.”

De andere instellingen waren minder negatief over dit punt en hebben allen oplossingen bedacht voor wanneer het punt ingevoerd wordt. In verpleeghuis E zijn de appartementen 25m² en hebben alleen een slaapkamer en een badkamer. Deze zijn groot genoeg voor een partner, echter is men hier verder aan het denken en wil men kamers van 45m² met een woonkamer, slaapkamer en badkamer. Dit is niet iets dat op korte termijn gerealiseerd gaat worden maar men is wel bezig hier plannen voor te maken. De mening van de overige instellingen over de kamer met een partner is hierboven in paragraaf 5.3.2 verwoord, waarbij is gebleken dat de instellingen niet allemaal direct gehoor kunnen geven aan deze eis, maar wel manieren hebben om zo dicht mogelijk in de buurt te komen. Ook hier is echter de vraag in hoeverre de cliënten wel alleen op een kamer willen liggen. Directeur O van verpleeghuis D zegt voorheen in een ziekenhuis gewerkt te hebben waar bleek dat men veel liever

iemand had om mee te praten dan dat men alleen op een kamer lag. Volgens hem is dat in een verpleeghuis niet anders. Hiermee vind deze directeur dit punt discutabel, aangezien recht op een eigen kamer niet de wens is van iedere cliënt, en er juist naar de wensen van de cliënt moet worden geluisterd, waardoor het ook voor kan komen dat men niet op een eenpersoonskamer verblijft. Directeur de K van verpleeghuis P is het hierin eens met directeur O:

“Uit de praktijk blijkt dat cliënten dat zelf niet altijd even leuk vinden. Als je ouder bent eindigt je leven ook en hoor je van verschillende mensen: ik wil samen op een kamer anders voel ik me eenzaam en als ik 's nachts wakker wordt, wat oudere mensen nogal eens hebben, dan weet ik niet of ik dood ben of levend. Als ik dan iemand hoor ademen weet ik dat ik nog leef. En de wet zegt dan, gij zult alleen maar eenpersoonskamers maken. Dan passeer je die cliënt.”

Directeur V van verpleeghuis V stelt dat men in een verpleeghuis ook niet van de partner kan verwachten dat deze op een gesloten afdeling wil verblijven. Dit is wel mogelijk wanneer men revalideert of wanneer er alleen sprake is van verzorgingshuiszorg:

“Een kamer met een partner kan niet, nee, maar dat moet je hier ook niet willen. Dan woon je dus op een verpleegafdeling, gesloten, met mensen om je heen die agressief kunnen zijn. Nee ik denk dat er geen cliënt zou zijn die hier met zijn partner zou willen wonen. Kijk, een verzorgingshuis is natuurlijk anders.”

Wanneer de partner wel welkom is, maar geen CIZ indicatie heeft voor AWBZ zorg is er bij alle instellingen een probleem. Men weet bij een aantal instellingen niet hoe zij de partner moeten opvangen, of zij deze ook zorg moeten verlenen en eventueel tegen welke prijs. Instellingen met alleen dementerenden zeggen geen partners aan te kunnen nemen omdat deze gezonde mensen dan terecht komen op een gesloten afdeling. Ook dit onderwerp is reeds bij de mogelijke problemen van de Beginselenwet beschreven in paragraaf 5.3.2.

Dit punt van de Beginselenwet wordt als volgt omschreven: ‘Recht op een eigen kamer of een kamer met een partner, als dat de wens van de cliënt is. Daarnaast is een huiselijke, schone en verzorgde leefruimte belangrijk.’ De zorginstellingen kunnen hier niet allemaal aan voldoen, tenminste niet op korte termijn. Zij zeggen ook te weten dat de cliënten niet altijd een eigen kamer willen en dat aan de wens van de cliënt moet worden voldaan zodat huizen met alleen eenpersoonskamers niet moeten worden gebouwd. Wanneer hier gesteld zou worden dat dit punt van de Beginselenwet wel moet worden ingevoerd, omdat niet alle instellingen hier reeds aan voldoen, moet wel in ogenschouw genomen worden dat de wens van de cliënt en niet die van de wetgever hier voorop staat. Wanneer blijkt dat het merendeel van de cliënten meer privacy noodzakelijk acht of een kamer met een partner prefereert kan dit het eerste punt zijn dat dient te worden ingevoerd.

6.4.4 Dagelijkse buitenlucht

Het laatste punt van de Beginselenwet dat discussie oproept is het punt over de zinvolle dag invulling en dagelijkse buitenlucht. Ook dit blijkt niet voor iedere instelling haalbaar, vanwege uiteenlopende

redenen. Bij het ene huis is het niet mogelijk omdat er geen omheinde tuin is waar de dementerende cliënten zonder de weg kwijt te raken kunnen verblijven, bij het andere huis zijn er teveel bewoners om iedere dag mee te gaan wandelen. Bij dit punt zijn de instellingen echter ook bezig met verandering en verbetering. Directeur V van verpleeghuis V is degene met het probleem met de tuin. Er wordt echter gewerkt om een tuin te realiseren met een hekwerk en geen gevaarlijke objecten, zodat de gesloten afdelingen ook cliënten in de tuin kunnen laten recreëren. Op dit moment is dat niet mogelijk. Wel is deze instelling begonnen met een wekelijkse wandelclub, waarbij telkens aan een aantal cliënten of familieleden van cliënten wordt gevraagd of zij interesse hebben. Met deze wandelingen kunnen niet alle cliënten tegelijk mee, het zijn 62 rolstoelafhankelijke mensen waarvan er 54 op gesloten afdelingen verblijven. Om te zorgen dat de cliënten vaker naar buiten kunnen doet men hier een beroep op vrijwilligers en mantelzorgers. Ook directrice van M van verpleeghuis L kan nog niet voldoen aan dagelijkse buitenlucht voor alle bewoners:

“Waarschijnlijk zaten er allemaal mensen buiten toen jij aan kwam lopen, maar daar zitten de mensen die zelf naar buiten kunnen. Als je kijkt naar de PG afdelingen, de mensen die beneden wonen kunnen wel een besloten tuin in, de mensen die boven wonen niet, daar is dan een balkonnetje. Maar dat heeft soms ook gewoon met je gebouw te maken. En als je dan vraagt wat vind je het meest schrijnend dan is dat inderdaad het naar buiten gaan, dat je niet de mensen hebt om dat te kunnen. Iemand van de afdeling PG kan niet alleen naar buiten, alleen wanneer dat een besloten omgeving is waar het veilig is. En als je gebouw zich daar niet voor leent dan is dat er eentje waarvan ik denk dat niet iedereen die zal kunnen waarmaken. Ook met de inzet van vrijwilligers kan ik nog niet garanderen dat 200 mensen dagelijks naar buiten kunnen.”

Ook directeur O van verpleeghuis D zegt niet te kunnen garanderen dat er iedere dag met de cliënten naar buiten gegaan wordt. Hij zegt dat, wanneer met bewoners wordt gewandeld, hij daarvoor een verpleegkundige niveau 3 moet meesturen, die dan van de afdeling afgehaald moet worden en daardoor de overige cliënten niet tijdig naar het toilet kan laten gaan. Van het één komt volgens deze directeur het ander. Wat men tegen de cliënt wel zou kunnen zeggen is dat gekeken kan worden wat mogelijk is, misschien met een vrijwilliger of een eigen bijdrage voor de persoon van niveau 3 die meeloopt. Ook bij dit punt wordt aangegeven dat de ouderen misschien niet iedere dag naar buiten willen, dus dat wanneer dit punt ingevoerd wordt wel moet worden gekeken naar de wensen van de cliënten zelf. Onder andere directeur de K van verpleeghuis P denkt niet dat iedere cliënt dagelijkse buitenlucht prefereert:

“Dagelijkse buitenlucht dat hoef je niet te vragen, dat willen ze niet eens allemaal. Zeker niet met het weer hier. Sorry, het is uw recht, naar buiten, dan kunnen we u gelijk poetsen.”

Wanneer het gaat over de zinvolle dag invulling geven de instellingen aan voldoende activiteiten te organiseren waar men aan deel kan nemen. Echter is het afhankelijk van het zorgzwaartepakket hoeveel uur per week men kan deelnemen aan deze activiteiten. Dit wordt bij binnenkomst in de

instelling aan de cliënten duidelijk gemaakt, waarna zij kunnen kiezen bij welke activiteit de voorkeur ligt. Het kwaliteitssysteem van verpleeghuis E draagt bij aan de realisering van de zinvolle dag invulling, doordat het in dit systeem verankerd is. Met behulp van het zorgleefplan wordt aan de cliënt duidelijk gemaakt wat er mogelijk is. Ook wordt dan direct gekeken of de activiteiten binnen of buiten moeten worden gehouden en of daar vrijwilligers voor nodig zijn. Naast deze instelling, verpleeghuis E, is er niet nog een instelling die deze manier van werken deelt. De overige instellingen doen wat mogelijk is binnen het zorgzwaartepakket en leggen verder de regie bij de mantelzorgers en de portemonnee van de cliënt, die, wanneer meer activiteiten worden geprefereerd, bij moet gaan betalen. Het bijbetalen voor activiteiten wordt uitgebreid behandeld in paragraaf 5.5, waar de visie van de instellingen met betrekking tot de toekomst van de AWBZ wordt besproken.

Dit punt van de beginselenwet is omschreven als volgt: ‘Recht op een zinvolle dag invulling, beweging en dagelijkse buitenlucht.’ Dit is het tweede punt waar de instellingen niet van kunnen garanderen dat het daadwerkelijk gebeurt, waardoor ook dit punt ingevoerd kan worden. De zinvolle dag invulling wordt geregeld via de zorgzwaartepakketten en is hiermee voldoende maar wanneer men een laag pakket heeft, zijn er bijna geen uren over voor leuke activiteiten. Men is van plan in de toekomst meer verantwoordelijkheid hiervoor te leggen bij de mantelzorgers, bijvoorbeeld voor de wandelingen buiten. Ook kunnen cliënten andere activiteiten tegen betaling alsnog doen. Wanneer dit algemeen geaccepteerd wordt kan dit de oplossing zijn voor de zinvolle dag invulling. Dit wordt, zoals eerder genoemd, besproken in paragraaf 5.5. De dagelijkse buitenlucht is geen probleem waar bij de instellingen op korte termijn geen oplossing voor kan worden bedacht, echter moeten deze oplossingen er wel komen waardoor dit deel van het punt ingevoerd kan worden.

6.4.5 Minder discutabele punten

Naast de hierboven uitgebreid uitgewerkte punten van de Beginselenwet zijn er nog een aantal punten die iets minder aandacht toebedeeld hebben gekregen tijdens de interviews. Dit is deels te verklaren doordat deze punten zo vanzelfsprekend zijn dat men ze zeker uitvoert, deze punten zijn vaak ook terug te vinden in de kwaliteitskaders van de instellingen. Aan de andere kant zijn enkele punten ook minder besproken omdat de directeuren niet wisten wat ze zich erbij voor moesten stellen of omdat tijdens de interviews alleen de discutabele punten zijn behandeld. In deze paragraaf zullen deze beide worden besproken. Allereerst het recht op voldoende voeding en drinken. Dit is volgens de directeuren een recht waar men niet omheen kan en wat ook vanzelfsprekend zou moeten zijn. Verpleeghuis V zorgt ervoor dat de ondervoeding gemeten wordt, waaruit kan worden afgeleid of de cliënten voldoende voeding binnen krijgen. Directeur V geeft aan dat zijn verpleeghuis altijd goed scoort wanneer het gaat over ondervoeding. Het rapport van KiesBeter heeft geen scorekaart op ondervoeding, alleen op kwaliteit van het eten. Het eten in verpleeghuis V scoort twee sterren, wat staat voor minder dan gemiddeld. Hier kan echter geen ondervoedingscijfer uit worden opgemaakt. Volgens directrice van M van verpleeghuis L kan het zo zijn dat cliënten ondervoed zijn, maar niet omdat de verpleeghuizen te weinig voeding aanbieden:

“Als je kijkt naar recht op voldoende voeding en drinken, dan denk niet dat er een instelling is die niet voldoende te eten en te drinken geeft. Dat er cliënten zijn die niet voldoende eten en niet voldoende drinken, dat kan, maar niet omdat ze het niet krijgen. Meer omdat ze het niet willen.”

Directrice van H van verpleeghuis E weet ook bij dit punt naar het zorgleefplan te verwijzen. De voeding van de cliënt staat hierin beschreven en wordt nauwlettend in de gaten gehouden:

“De maaltijden en de voeding zijn onderdeel van de afspraken in het zorgleefplan. En dit opstellen en aanpassen doen we als volgt: als er sprake is van gewichtsverandering of als er sprake is van risico's. Dat wordt ingeschat, ook als mensen komen, en bij veranderingen die wij waarnemen wordt er met risicosignaleringsformulieren gewerkt. Op basis van het risicosignaleringsformulier wordt er een gesprek gevoerd met de huisarts en de verpleeghuisarts en wordt er bepaald wat er moet gebeuren.”

Aan bovenstaande twee citaten te zien, zijn de instellingen zeker bezig met het zorgen voor voldoende voeding en drinken. Echter zijn deze twee instellingen daar niet zo actief mee bezig als verpleeghuis D, waar directeur O ervoor heeft gezorgd dat de medewerkers op de woongroepen koken in de huiskamers. Wanneer een bezoek wordt gebracht aan één van de woongroepen rond etenstijd, kan men de keuken ruiken en zitten de bewoners in een lucht van vers gekookte groenten en vlees. Volgens directeur O is dat erg belangrijk voor demente mensen:

“Ja, voor dementerende mensen is dat heel belangrijk, geur. Ze zijn veel beter gaan eten. Dus wij zien gewichtstoename, dat is toch geweldig!”

Dit punt van de Beginselenwet luidt: ‘Recht op gezonde en voldoende voeding en drinken. Het spreekt vanzelf dat uitdroging en ondervoeding worden voorkomen.’ Met bovenstaande citaten kan worden aangeduid dat men in de verschillende instellingen bezig is met de controle op het geven van voldoende voeding en drinken. Hiermee is het niet noodzakelijk dit punt van de Beginselenwet in te voeren.

Het volgende punt heeft te maken met de respectvolle bejegening van de cliënt. Hierbij is het belangrijk dat de medewerkers zich bewust zijn van het feit dat zij te gast zijn bij de cliënt en niet andersom. Ook dienen zij cliënten met respect voor de leeftijd aan te spreken, waarmee wordt bedoeld dat zij ‘u’ dienen te zeggen. Directrice van M van verpleeghuis L is zich ervan bewust dat medewerkers op de vloer weleens onbeleefd zijn tegen de cliënten, soms zonder dat zij het door hebben. Zij zegt zelf overal respectvol behandeld te willen worden, maar ziet een maatschappelijke trend in onbeleefd gedrag, bijvoorbeeld mensen die bellend proberen af te rekenen bij de supermarkt of medewerkers van het ziekenhuis die iemand laten wachten omdat zij zelf nog aan het praten zijn. Volgens haar, wanneer het een maatschappelijke trend bevat, kan het niet anders dan dat het in een verpleeghuis ook gebeurt. Het is niet goed te keuren, maar het gebeurt wel. Haar mening hierover is de volgende:

“En dan denk ik die mensen wonen hier of die revalideren hier, dan ben je maar gewoon aardig omdat je dat moet zijn. En als je dat niet van binnenuit kan, dan doe je maar alsof. Ik denk dat wij ons soms wat meer gast bij de cliënt moeten voelen dan dat de cliënt gast is bij ons. Wij zorgen voor de cliënt omdat het voor hen niet anders kan, ze zijn er niet voor ons.”

Aan dit citaat is te zien dat men wel wil dat de bejegening altijd op de goede manier gebeurt maar dat de garantie hierop nog niet altijd gegeven kan worden. Directeur O van verpleeghuis D is van mening dat de respectvolle bejegening bij hen op de juiste manier gebeurt:

“Recht op respectvolle bejegening, nou ja, dat is een inkoppertje. Dat staat in onze visie, we hebben een gedragscode hoe je met mensen om moet gaan, passend bij de eigenheid van de cliënt. Daar maken wij ook geen onderscheid in, geaardheid of kleur, of het maakt niet uit wat. Dat bejegenen we allemaal respectvol.”

In verpleeghuis E zegt de directrice dat de bejegening deel uitmaakt van het kwaliteitssysteem, dat tweejaarlijks wordt bevestigd. De vragen worden gesteld aan cliënten en bij PG cliënten aan de familie. Wanneer hier uitkomsten uit gegeneerd worden die niet acceptabel zijn wordt hier actie ondernomen.

Omdat dit punt van de Beginselenwet, ‘Recht op een respectvolle bejegening, passend bij de eigenheid van de cliënt (bijvoorbeeld de seksuele geaardheid) en een veilige en prettige sfeer’, wel wordt benoemd bij de instellingen maar niet zonder meer gegarandeerd kan worden, is dit een punt dat na invoering bij kan dragen aan betere methoden om te zorgen dat de medewerkers de cliënten respectvol behandelen. Daarom zou ook dit punt bij een eventuele invoering meegenomen moeten worden.

Het op één na laatste punt van de Beginselenwet heeft betrekking op het mogen beleven van een godsdienst naar keuze in de instellingen. Hierover wordt in de interviews gezegd dat de mensen het recht zeker hebben maar dat een instelling automatisch een bepaalde geloofsrichting heeft die overheersend is. Ook zitten er grenzen aan de mogelijkheden die de instellingen hebben met betrekking tot bepaalde handelingen die cliënten willen verrichten voor het geloof.

Directrice van H van verpleeghuis E heeft het in haar antwoord op de vraag die hier over werd gesteld over de beperking die de instelling heeft met betrekking tot de Islam:

“De mensen hebben hier de kans om hun godsdienst of religie te beleven. Het is wel zo dat we automatisch wat meer een bepaalde richting hebben. Er staat hier geen moskee aangebouwd. Maar mensen hebben wel het recht op godsdienst of levensovertuiging en als ze dat willen organiseren. Als ze vaker willen bidden, dan kunnen ze in overleg gaan en dan wordt dat georganiseerd.”

Dat de instellingen een bepaalde voorkeur van geloof genieten is te zien aan het volgende citaat van directeur O van verpleeghuis D:

“Beleving godsdienst of levensovertuiging dat is ook geen probleem. Elke vrijdagochtend is er een katholieke bijeenkomst en er is een weeksluiting, dat soort dingen dus dat is ook geen probleem.”

Er is volgens bovenstaand citaat geen probleem met het beleven van godsdienst, echter is er alleen een katholieke bijeenkomst en zegt deze directeur op deze manier aan de wensen van de cliënten te voldoen. Verpleeghuis P heeft hetzelfde probleem. Dit is een Christelijke instelling waar de meeste mensen die er werken, het Christelijke geloof aanhangen evenals de cliënten. Wanneer een cliënt een ander geloof zou hebben zou hier apart een regeling voor bedacht moeten worden, aangepast naar de wensen van deze cliënt.

De laatste instelling waarbij het geloof uitgebreid is besproken tijdens het interview is verpleeghuis L. Dit is ook het enige verpleeghuis waar meerdere godsdiensten standaard een plek hebben in de kerkdiensten die worden gegeven:

“Als we dan verder kijken naar het beleven van godsdienst, iedere zondag wordt er een kerkdienst gedraaid en dat is iedere keer iets anders. Dat is niet om 10 uur de katholieke en om 12 uur weer wat anders, dat niet, maar die ruimte is er.”

Dit punt van de Beginselenwet luidt: ‘Recht op de mogelijkheid tot het beleven van godsdienst of levensovertuiging. Met godsdienst of levensovertuiging van de cliënt zal zoveel mogelijk rekening worden gehouden.’ In de meeste instellingen wordt rekening gehouden met de wensen van de cliënt, wanneer het gaat over de godsdienst. Echter, wanneer men specifieke wensen heeft of een ander geloof aanhangt dan het merendeel van de cliënten of het personeel, kan het zijn dat deze godsdienst minder aandacht krijgt. Dit kan bijvoorbeeld zo zijn wanneer er wel een gebedsruimte aanwezig is, maar deze niet voldoet aan de eisen van de Islam. Met het oog op de multiculturele samenleving in Nederland kan worden gesteld dat de eisen van de cliënten, wanneer men spreekt over de godsdienst, met het invoeren van de Beginselenwet meer aandacht krijgen. Deze eisen moeten vanzelfsprekend wel binnen het bereik van de instelling liggen. Wanneer dit punt wordt ingevoerd en ieder geloof evenveel aandacht krijgt binnen een instelling kan dit discriminatie voorkomen.

Het laatste punt van de Beginselenwet is een door een aantal directeuren onbegrepen punt. Het ‘Recht op aandacht voor ontwikkeling en ontplooiing’ zal verder gedefinieerd moeten worden als de staatssecretaris wil dat de instellingen hieraan gaan voldoen. Directeur O van verpleeghuis D is één van de directeuren die niet begrijpt wat de bedoeling is van dit punt, zeker niet voor verpleeghuizen:

“De gemiddelde leeftijd hier is 82, die mensen die hebben zich al ontplooid. En je hebt je nooit helemaal ontplooid, je kan altijd leren, als iemand dat zou willen. Er zijn verhalen van mensen in de tachtig die het gelukt is af te studeren.. Maar daar zitten die mensen niet op te wachten. Ik vind wel, je mag ze wel scherp houden. Dus je zou gesprekken aan kunnen gaan over de dagelijkse dingen, die mensen kijken natuurlijk ook televisie en lezen de krant. Als hiermee bedoeld wordt dat je ze niet behandelt als kleine kinderen, ze niet betuttelt, daar ben ik het mee eens, maar recht op ontwikkeling en ontplooiing in een instelling waar de gemiddelde leeftijd 82 jaar is..”

Directeur de K van verpleeghuis P denkt dat dit punt alleen aan bod komt in combinatie met de zogenaamde claimcultuur. Dat familieleden van cliënten samen met de cliënt het lijstje van rechten doornemen en uiteindelijk uitkomen bij dit laatste punt:

“ Een dochter gaat straks met moeder even dit lijstje affietsen en dan komen ze bij mij en dan zeggen ze moeder wil zich ontwikkelen en ontplooien. Meneer de K, gaat u dat maar eens even regelen. Dat klinkt een beetje bizar hè.”

Deze directeur gaat er hiermee vanuit dat dit soort punten geen toevoeging hebben aan het op peil houden van de kwaliteit van zorg. Verpleeghuis E is het enige verpleeghuis waar volgens directrice van H wordt voldaan aan het recht op ontwikkeling en ontplooiing. Echter heeft deze directrice wel een andere invulling van dit recht dan de andere instellingen, waarmee weer wordt bevestigd dat dit recht beter gedefinieerd moet worden wanneer het ingevoerd zou worden. Directrice van H zegt hierover het volgende:

“Het recht op aandacht voor ontwikkeling en ontplooiing hebben we ook, want we willen zoveel mogelijk dat mensen zelfstandig zijn en blijven als ze hier wonen. Dus in feite voldoen wij hieraan, mede doordat dit ook voorkomt in de normen verantwoorde zorg.”

Doordat er zoveel verschillende meningen zijn over de betekenis van dit punt en niet alle instellingen weten wat ze moeten doen om dit punt te verwezenlijken is het goed dit punt ook in te voeren. Voordat dit kan zal de staatssecretaris het goed moeten definiëren om te zorgen dat de instellingen op de juiste manier invulling gaan geven aan dit punt.

6.5 Kwaliteitsgarantie in de toekomst: Beginselenwet is niet nodig

Vanwege de aankomende vergrijzingsgolf en steeds mondiger en veeleisender wordende cliënten is het noodzakelijk de langdurige zorg te veranderen, zodat het in de toekomst voor iedere cliënt nog steeds vanzelfsprekend is kwalitatief goede zorg te ontvangen. Tijdens de interviews is aan de directeuren gevraagd wat zij aan maatregelen klaar hebben liggen om de zorg in de toekomst betaalbaar en kwalitatief goed te houden. Wanneer zij niet bezig waren met het invoeren van maatregelen is wel gevraagd wat zij konden bedenken als maatregelen. De vraag die hierbij gesteld kan worden is of de instellingen een meerwaarde zien in de Beginselenwet, wanneer het gaat om het garanderen van een toekomst voor de langdurige zorg.

6.5.1 Eigen betalingen en mantelzorgers

Tijdens de interviews kwamen twee oplossingen vaak naar voren, namelijk de cliënten laten bijbetalen wanneer zij meer zorg willen dan de uren die in het zorgzwaartepakket zijn inbegrepen en het vergroten van de rol van mantelzorgers, ook wanneer degene waar zij voor zorgen in een verpleeghuis woont. Over de eigen betalingen hebben de directeuren ieder een uitgesproken mening, bijvoorbeeld directeur van D van verpleeghuis F:

“Hier wil ik naartoe: iedereen krijgt standaard hetzelfde, iedereen heeft dezelfde rechten. Dus bijvoorbeeld met eten, wanneer we pizza eten. Iedereen krijgt standaard een pizza margarita, maar dan niet zomaar een pizza maar wel gewoon een goede, want het eten moet gewoon goed zijn. En wanneer ze daar een visje op willen of wat anders, dan kan dat, alles kan, maar dan moeten ze daar een beetje voor bijbetalen. Maar zeg nou zelf, dat moet jij toch ook bij de pizzeria? En het is echt niet zo dat we mensen zich helemaal scheel laten betalen, echt niet. Want het is alleen als ze iets extra’s willen en niet voor de standaard rechten zoals een wandeling, want daar hebben ze gewoon uren voor die ze kunnen inleveren die gewoon verzekerd worden. Als ze een specifieke 1 op 1 activiteit willen dan gaat dat gewoon uit het verzekerd pakket. Wanneer ze meer willen dan verzekerd wordt kan dit uiteraard ook tegen betaling, maar dat is dan niet veel hoor, het is alleen omdat dat dan niet verzekerd wordt.”

Ook directeur de K van verpleeghuis P heeft deze mening. Reeds twee jaar is hij bezig met het vaststellen van een bepaald minimum, zodat mensen weten wat ze kunnen verwachten. Als voorbeeld wordt het recht op minimaal drie maaltijden gegeven, zodat men veel meer aan de klant laat zien wat deze kan krijgen en automatisch waar meer voor betaald moet worden. Inkomensverschillen tussen mensen zijn volgens deze directeur geen probleem:

“Wanneer je zoiets doet krijg je argumenten als er zijn mensen die daar geen geld voor hebben. Daar hebben we wel een vangnet constructie voor, voor mensen die leven met een minimum. En weet je, nu is het ook anders. Jij stapt zo meteen in je auto, rijdt naar Wassenaar, springt in je zwembad, overdekt en al en laat een glas champagne met aardbeien aanrukken. En ik stap op mijn fiets en ga naar, weet ik veel, zo’n wijkje hier in Crooswijk, naar driehoog achter. Er zijn verschillen. En waarom zouden die niet meer in het verpleeghuis mogen? Omdat we opeens allemaal zielig zijn? En dan kan het zijn dat jij hier kaviaar krijgt, en dat ik op zondagmorgen genoeg moet nemen met een eitje. Zo gaat dat.”

In verpleeghuis S zijn eigen betalingen ook mogelijk wanneer cliënten meer activiteiten willen ondernemen dan dat er vergoed worden vanuit de zorgzwaartepakketten. Echter vind men dit hier niet de beste oplossing en kijkt men liever of er over gesproken kan worden en men samen met de cliënt een passende oplossing kan vinden:

“Wanneer het probleem zou ontstaan dat ouderen meer zorg of meer activiteiten willen is het een kwestie van uitleggen waar ze recht op hebben. En wanneer iemand echt iets nog extra wil dan zou je ervoor kunnen kiezen om zo iemand iets daarvoor te laten betalen of.. en die manier zijn wij wat meer van, je zou in overleg kunnen gaan. Wanneer iemand heel erg eenzaam is zou je dat op kunnen lossen met een vrijwilliger die wat vaker een praatje komt maken of mee uit wandelen gaat, als die vrijwilliger beschikbaar is. Je moet aanhoren waar de kern van het probleem zit, en dan kom je er bijna altijd wel uit. Met een eenzaam

persoon is een bezoeker ook nog een optie. Je ziet heel vaak dat op zondagmiddag de hele familie bij opa op bezoek komt, gezellig met zijn allen. En de rest van de week komt er niemand meer en zit opa maar alleen. We hebben al een aantal keren met een familie afgesproken dat bijvoorbeeld om de dag iemand komt, dat scheelt al een hoop.”

Dit citaat gaat ook richting een grotere rol voor mantelzorgers, waar verderop dieper op zal worden ingegaan. Directeur O van verpleeghuis D zegt niets over een plan voor eigen bijdragen in zijn instelling, echter geeft hij wel een voorbeeld van de reactie op de maatschappij wanneer ouderenzorg instellingen negatief naar voren komen. Regelingen als eigen betalingen voor ouderen kunnen een punt zijn, volgens de directeurs, dat negatief in de media kan komen, doordat mensen vinden dat bewoners van een verzorgings- of verpleeghuis niet alleen recht hebben op zorg en verzorging maar ook op activiteiten. Het voorbeeld hiervan van directeur O gaat over de verstrekking van toiletpapier:

“Er is eens een keer een verhaal geweest over mensen in een verzorgingshuis. En die mensen die wonen hier, ze betalen geen huur want dat wordt betaald uit de AWBZ, maar ze wonen hier en krijgen dus zorg. En er was een verhaal van een verzorgingshuis en daar kregen de mensen geen toiletpapier. Zo hoort het ook, anders kunnen we ook wel tandpasta kopen en douchschuim en shampoo. Dat moeten ze zelf kopen, staat ook netjes in de boekjes hoor, wat wij leveren. Dus ook geen toiletpapier. Nou, dat is opgeblazen, niet normaal! Dat was in een radioprogramma, daar zat die <..> in, en die heeft gezorgd dat er een hele vrachtwagen met toiletpapier naar een verzorgingshuis ging! En de directeur van dat verzorgingshuis werd aan de schandpaal genageld. Nu wel hè, nu moeten we er wel voor zorgen! Want dan roepen ze in de Tweede Kamer: schande dit en dat. En nu moeten wij toiletpapier regelen. En dat dat duizenden euro's per jaar kost voor zoveel mensen, en dat dat ten kosten gaat van andere dingen, dat realiseren ze zich niet. En dat is jammer.”

Wanneer eigen betalingen meer voor gaan komen binnen de langdurige ouderenzorg, kan het gebeuren dat de instellingen weer negatief in de media komen te staan omdat ze ouderen de rechten ontnemen. Echter denken de zorginstellingen hier anders over en kunnen zij in de toekomst niet anders dan voor aanvullende activiteiten een bijdrage vragen.

De tweede oplossing die door de instellingen zelf werd opgeworpen om de zorg in de toekomst betaalbaar te houden en de kwaliteit van de zorg te kunnen blijven garanderen is een grotere rol voor mantelzorgers. Directeur de K van verpleeghuis P is van mening dat het goed is dat de rechten voor cliënten worden verduidelijkt, maar zou dit aan willen vullen met een plichtenlijstje voor familie en mantelzorgers. Wanneer de familie niet bereid is mee te werken is er wel de gelegenheid om deze zorg af te kopen. Ook directrice van M van verpleeghuis L ziet de verandering van plichten voor mantelzorgers aankomen. Zij heeft echter wel een voorbeeld van een verpleeghuis waar dit niet in goede orde werd ontvangen:

“Een tijdje geleden, zulke koppen in de krant! Van een instelling die zeiden als u hier komt wonen dan moet uw mantelzorger een half uur of een uur per week, dat weet ik even niet meer, verplicht iets doen aan vrijwilligerswerk. Nou, de kranten waren te klein. Hoe ze het in hun hoofd haalden. En dan denk ik dat is ook een soort van onmacht, je wil van alles. En misschien gaat het wel de kant op dat mantelzorgers verplicht iets met de familie moeten doen. Dus de zorg niet, de lichamelijke zorg en de medicatie, maar in alles wat erbij komt.

6.5.2 Andere door de instelling aangedragen oplossingen

Naast deze twee oplossingen zijn twee instellingen met een andere, tijdbesparende oplossing gekomen. Het gaat hier om een andere methode om de cliënten te wassen, wat sneller gaat en waardoor men meer tijd over heeft om andere activiteiten te ondernemen met de cliënten. Directeur de K van verpleeghuis P legt de werkwijze als volgt uit:

“Ik heb twee verpleeghuizen met een nieuwe methode, swab heet dat, wassen zonder water. Ik heb gezegd je mag van mij een proef doen en kijken wat de cliënt ervan vindt, dat vind ik belangrijk. Als die zegt dit heeft voor mij toegevoegde waarde, ja dat ik dan een heel hoog niveau heb van dagelijkse hygiëne in mijn perceptie, dat doet dan niet ter zake. En prompt, er zijn nog mensen die het fijn vinden ook.”

Ook in verpleeghuis V denkt men aan deze methode. Hier is de directeur nog niet zover dat hij wil overgaan tot het invoeren van het wassen op deze manier, echter zal dit wel besproken worden. Directeur V geeft een uitleg over het wassen op deze manier en wat het op kan leveren:

“Er is een overweging om verzorgend wassen in te gaan voeren. Niet uit schaarste maar uit comfort eigenlijk. Dat is een proef, met doekjes die je in de magnetron doet en waar je dan iemand mee kan wassen zonder dat er water aan te pas komt. Dat scheelt tijd, en dat kan je als tijdsbesparing zien maar ik zie het als een kwaliteitsverbetering want de tijd die je over hebt kun je in welzijn steken. En volgens mij maak je iemand gelukkiger met een wandeling of met een arm om hem heen dan met een waterstraal onder de douche. Er zijn een aantal huizen al op overgegaan. Ik overweeg het nog, in het najaar heb ik daar een vergadering over met de cliëntenraad.”

Dit soort oplossingen zouden, wanneer zij worden geaccepteerd door de cliënten, kunnen zorgen voor een verlaging van de werkdruk van het personeel waardoor meer tijd overblijft om andere activiteiten te ondernemen zoals meer wandelingen maken. Een andere manier om meer tijd te besteden aan de cliënt, komt uit verpleeghuis F. De directeur stelt dat, wanneer de cliënten zich prettig voelen in de instelling, zij minder om zorg zullen vragen. Hij verwoordt dit op de volgende manier:

“Wij zijn van mening dat de hoeveelheid ‘zorg’ niet bepalend is voor een fijne oude dag. Wat wel heel belangrijk is, is welzijn en welbevinden, de zorg moet veel

meer dienstverlenend worden georganiseerd. Wij zoeken naar geluksmomenten voor cliënten en bezoekers, die zij vinden in de bij ons aangeboden dienstverlening. Traditioneel wordt gewerkt met een verdeling van personeel waarvan 70% zorgpersoneel is en 30% welzijnspersoneel. Wij zijn bezig deze verhoudingen om te draaien. Wanneer ouderen niet voldoende aandacht krijgen en er niet naar hen wordt geluisterd voelen ze zich niet lekker wat resulteert in een hogere zorgvraag. Maar de meeste mensen hier hebben helemaal geen zorg nodig, die willen een extra wandeling of iets anders, een andere wens kunnen ze ook laten horen. En wanneer de familie en de cliënt zelf zich lekker voelen en thuis voelen hebben ze helemaal niet zoveel zorg nodig.”

Deze oplossing is echter maar binnen één instelling aanwezig en is nog niet volledig ingevoerd. De directeur en zijn medewerkers zijn bezig deze verhoudingen tussen de verschillende zorgverleners om te draaien. Aangezien het nog niet volledig is ingevoerd en hierdoor ook nog niet getest is, kan nog niet gesteld worden dat het een goede manier van werken is, en dat het bijdraagt aan het op peil houden van de kwaliteit van zorg. Om rekening te houden met de cliënten van de toekomst heeft men hier bij de nieuwbouw aan gedacht. Eenpersoonskamers in het verpleeghuis zijn gerealiseerd, evenals koopappartementen die grenzen aan het verpleeghuis. Wanneer men een appartement wil kopen waar men zo lang mogelijk kan blijven wonen is dit een goede optie. De koopappartementen staan vast aan het verpleeghuis en de bewoners kunnen hier vanuit het verpleeghuis ook thuiszorg ontvangen waardoor ze niet direct opgenomen hoeven te worden in het verpleeghuis. Hiermee voldoet de instelling voorlopig aan de eisen van de toekomst. Verpleeghuis E richt zich ook op verbouwingen wanneer het gaat over de toekomst. In dit verpleeghuis bestaan nu eenpersoonskamers van 25m² die men uit wil breiden naar 45m² zodat iedere cliënt een woonkamer, slaapkamer en badkamer heeft.

Andere genoemde oplossingen zijn het aanbieden van verpleeghuiszorg thuis door verpleeghuis P, om te zorgen dat de cliënt zo lang mogelijk thuis kan blijven wonen. Dit gebeurt in een cirkel van anderhalve kilometer rondom de instelling. De laatste genoemde oplossing is het project ‘Van moeten naar ontmoeten’ waarbij scholing aangeboden wordt aan medewerkers van verpleeghuis V met als doel dat zij de wensen van de ouderen beter begrijpen en daardoor meer cliëntgericht kunnen werken.

Met het noemen van al deze, zeer uiteenlopende, oplossingen om betaalbaarheid en kwalitatief goede zorg te kunnen blijven garanderen denken de instellingen de Beginselenwet niet nodig te hebben. Zij zorgen zelf voor een goede oude dag voor de cliënten en denken dat de Beginselenwet hier niet aan bij kan dragen.

6.5.3 De rol van de Beginselenwet in de toekomst

Wanneer de directeuren wordt gevraagd welke rol zij de Beginselenwet willen toebedelen in de toekomst, komt hier een eenduidig antwoord uit. Zij zien, zoals bij de nadelen van deze wet reeds werd besproken, de invoering van de wet alleen gebeuren wanneer hiervoor middelen beschikbaar worden gesteld. Ook is men, zoals in de paragraaf hiervoor te lezen is, reeds zelf bezig de kwaliteit

van zorg in de toekomst op peil te houden, wat heeft geresulteerd in een aantal oplossingen en ontwikkelingen in de instellingen.

Aangezien de instellingen zelf de meeste punten van de Beginselenwet reeds op orde hebben en andere punten alleen kunnen worden gerealiseerd wanneer meer geld wordt vrijgemaakt hiervoor, denken de instellingen niet dat de Beginselenwet een bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van zorg. Hooguit, wordt gesteld, voor instellingen die het niet op orde hebben. Aan de andere kant wordt gesteld dat cliënten, wanneer zij een verpleeghuis binnen komen, mogen uitgaan van de meeste van deze rechten en dat er geen instellingen moeten bestaan die geen eerbied hebben voor het regie dat de cliënt heeft over het eigen leven. Anders gezegd: de Beginselenwet heeft alleen nut voor de enkele instelling die de rechten van de cliënt niet in acht neemt. De instellingen waar interviews zijn afgenomen zien dan ook geen rol voor de Beginselenwet zorginstellingen in de toekomst bij henzelf. Om dit te illustreren wordt het volgende citaat van directeur O van verpleeghuis D gegeven:

“Als het een wet wordt dan hebben mensen deze rechten, maar dan kan ik ze recht in de ogen kijken en zeggen dat recht is er. Ik maak me daar geen zorgen om. Ik vind hem overbodig. Het zet heel veel mensen aan het werk, maar dat geld kunnen ze beter gewoon in de zorg steken.”

6.6 Mening van de cliënt zelf

In de paragrafen hierboven is steeds de kwaliteit van zorg benoemd. Echter is bekend dat de kwaliteit van zorg, zoals deze wordt ervaren door ouderen, een andere soort kwaliteit is dan degenen die de medewerkers bedoelen. Ouderen zien de kwaliteit niet als de verpleegkundige die de medicijnen op tijd komt geven, maar als de helpende of de vrijwilliger die iets langer blijft om een praatje te maken. Dit is de reden dat tijdens de interviews is gevraagd of in de instellingen, bij het meten van de kwaliteit van zorg, de mening van de cliënten wordt meegenomen. Het is echter hun huis, dus is het belangrijk dat zij het leven daar van goede kwaliteit vinden. Volgens het framework van Donabedian, reeds beschreven in het theoretisch kader, is het mogelijk kwaliteit te meten op basis van structuur, proces of uitkomst. Structuur verwijst naar het zorgproces, het feit dat er een team nodig is om een patiënt te laten genezen. Proces heeft te maken met de gedragingen van zorgverleners, zowel de interactie met andere zorgverleners als de interactie met de cliënt. De standaarden moeten worden nageleefd, ieder doet het werk wat er van hem of haar verwacht wordt en de patiënt krijgt volledige informatie (Parsley 1999). Uitkomst is het punt waar in Nederland de kwaliteit het meest op gemeten wordt (Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg 2010), maar wat voor ouderenzorg niet de beste methode blijkt om mee te meten. De uitkomstcriteria meten of de hele behandeling volgens plan is gegaan, of alle formulieren zijn ingevuld en of cliënten geen vragen overhouden (Parsley 1999). In de wetenschap verkerende dat ouderen in een verpleeg- of verzorgingshuis de interactie met de medewerkers belangrijk vinden, kan hier beter worden gemeten met procescriteria. Het blijkt hiermee belangrijk dat de instellingen de mening van ouderen bij het meten van de kwaliteit van zorg meenemen, en hiermee de procescriteria hanteren. Op de vraag of zij dit doen werd een eenduidig antwoord verkregen. Alle verpleeg- en verzorgingshuizen zijn verplicht de kwaliteit van zorg te meten. Allen doen zij dit door middel van een extern bureau dat

audits doet alsmede door middel van het doen van interne metingen. Wanneer men ontevredenheid constateert bij de cliënten, of in het geval van PG cliënten de familie, wordt daar beleid op gemaakt. Verpleeghuis P is één van de instellingen waar men een uitgebreide interne kwaliteitsmeting uitvoert. Directeur de K omschrijft deze meting als volgt:

“Eén van de dingen die ik zelf ben begonnen drie jaar terug is een interne tevredenheidsmeting. En twee dingen maken die tevredenheidsmeting. Dat is enerzijds waar wij in de centrale meting matig op scoren, die wil ik steeds gemeten hebben om te zien of het een tendens is die doorzet of niet. Stel het eten is hier slecht, we weten allemaal dat als je meet met slecht weer en we hadden gisteren spruitjes en dat hoort niet bij dit jaargetijde, of nog erger, een Chinese maaltijd, vind ik helemaal niet lekker daar houd ik niet van, dan heb je de pech dat je daar slecht op scoort. Wat ik dan doe, waar we slecht op scoren daar zetten we beleid op. En blijft het slecht, hebben we te maken met een trend? Of was het een incident, een periode waarin de keuken slecht scoorde en gaat het nu wel weer goed? En welke aandachtsgebieden zijn er nu actueel voor de mensen? Elke keer weer wil ik weten waar de aandacht naar uit gaat, want je hebt ook steeds weer een nieuwe standaard. Drie jaar terug hadden we op de andere locatie bijna geen activiteitenbegeleiders. Nu hebben we er vijf rondlopen. Mensen van vier jaar terug die er nog zouden zijn die zeggen: wat een hoeveelheid, wat geweldig! De nieuwe mensen van vorige maand die zeggen, kan het niet een beetje meer, dat is wel heel weinig één keer per week bloemschikken. Dus dat meten we, dat volgen we en dat stellen we bij, elke keer weer. En die interne meting die wordt binnen de hele instelling gedaan, alle huizen, en die benchmarken we ook. Om te kijken of er daar nog overeenkomsten of verschillen zijn. En ik laat ze door iemand afnemen die doorvraagt. Die CQ meting van eens in de twee jaar dat is gewoon een vragenlijst, daar wordt niet doorgevraagd. Dus: eten is slecht, maar er wordt niet doorgevraagd, altijd? Hebben we misschien geen ander eten voor u? Of hebben we misschien vergeten te vragen wat u lekker vindt? Als u echt geen spruitjes lust.. Degene die dan de interne vragen stelt, die vraagt: is het dan altijd slecht? Nee, maar elke woensdag eten we worteltjes met vis, en ik houd niet van worteltjes met vis. En mijn buurvrouw, en eigenlijk alle negen, vinden we dat niet lekker maar jullie blijven dat maar geven. Nou, dan weten wij dat en dan moeten we dat gaan veranderen. En dat werkt, dat werkt goed.”

De in dit citaat genoemde CQ meting is door het ministerie van VWS ontworpen om te zorgen dat instellingen niet op de eigen manier de kwaliteit meten, maar met een systeem dat gecontroleerd kan worden. Nu blijkt uit dit citaat dat men niet tevreden is met de CQ meting en zelf weer metingen gaat doen.

Directeur V van verpleeghuis V weet te vermelden dat het doen van kwaliteitsmetingen en het hierop aanpassen van het beleid succesvol is. het rapportcijfer dat zij ontvangen van cliënten voor de meest uiteenlopende zaken is de afgelopen twee jaar gestegen. Ook verpleeghuis D scoort

het laatste jaar goed op cliënttevredenheid, zij krijgt gemiddeld een 8,1 van de cliënten en de familie. Volgens directeur O zijn dit hele uitgebreide onderzoeken en wordt ook hier beleid gemaakt voor zaken die minder goed scoren. Dit gaat volgens het plan-do-check-act principe, waarbij dus ook altijd achteraf wordt gekeken of het wel echt werkt. Directrice van M van verpleeghuis L zegt dat zij niet altijd tevreden is over de gedane metingen, vragen over privacy en voldoende personeel worden door de cliënten van verpleeghuis L niet altijd positief beantwoord. Hiervoor geeft zij de volgende reden:

“Als je hier komt wonen dan is dat een noodzakelijk kwaad. Je gaat niet naar een verzorgingshuis omdat je geen leukere plek hebt kunnen bedenken om te wonen. Dus je gaat hiernaartoe als het thuis niet meer gaat. En dan is de zorg, noem het de dagelijkse hygiëne en dergelijke. En daar heb je geen verstand van als klant, dat moet gewoon goed zijn, dat kan je eigenlijk niet beoordelen. Dus het zit in die andere punten. En dan komen deze vragen, is er voldoende privacy, is er voldoende personeel, heeft u voldoende inspraak? En dan scoren we daar vind ik slecht, dan schrik ik. En dan is wel steeds de discussie van stel nou ik ben cliënt, en dan vragen ze of er voldoende personeel is. Denkt de cliënt dan, wacht nou, als ik ja zeg dan krijg ik volgend jaar minder. Als ik nou zeg dat het niet zo is, dan moeten ze naar mij luisteren en dan komt er misschien wel meer. Ik antwoord nee.”

De vraag blijft natuurlijk of de cliënten echt denken op de manier die hierboven door de directrice wordt omschreven. Wanneer gekeken wordt naar de andere geïnterviewde instellingen is daar te zien dat de cliënttevredenheidsonderzoeken wel positieve resultaten opleveren.

Wanneer aan de directeuren wordt gevraagd of zij denken dat, wanneer de Beginselenwet zorginstellingen wordt ingevoerd, de meningen van de cliënten over de geleverde zorg veranderen is het antwoord hierop nee. De reden voor dit antwoord is dat er bij de instellingen niet veel verandert wanneer de wet wordt ingevoerd. Wat er wel wordt gezegd is dat er met de invoering van de wet nieuwe toetsingsmethoden komen om te kijken of alles wordt nageleefd. Hier zal men op in moeten spelen, waardoor de vraagstelling aan de cliënten bij de tevredenheidsonderzoeken zal kunnen veranderen. Een verandering in de mening van cliënten zal dit niet opleveren, omdat de belangrijke zaken waar cliënten een mening over moeten vormen al gebeuren in deze instellingen.

7. Discussie en Conclusie

In dit hoofdstuk worden de resultaten uit het vorige hoofdstuk gekoppeld aan de probleemstelling, om hierop een antwoord te kunnen formuleren. Nadat de uitkomsten van het onderzoek bekend zijn, wordt gekeken of er tekortkomingen zijn aan dit onderzoek en of deze tekortkomingen de waarde van de uitkomsten aantasten. Hierna zullen een aantal aanbevelingen aan de praktijk worden gedaan en worden suggesties voor verder onderzoek gegeven.

7.1 Beantwoording van de probleemstelling

In deze paragraaf zal een antwoord worden geformuleerd op de in het begin van dit onderzoek geformuleerde probleemstelling. Voor het beantwoorden van deze probleemstelling zijn een aantal deelvragen opgesteld, die in het vorige hoofdstuk reeds zijn beantwoord. Hier zullen de gevonden resultaten nog kort besproken worden.

Wanneer men kijkt naar de reeds geldende internationale en nationale wetgeving, soft law en jurisprudentie, blijkt dat de punten uit de Beginselenwet zorginstellingen hier niet volledig door worden gedekt. De internationale Verdragen EVRM en UVRM leveren een bijdrage door het punt van het recht op godsdienst weg te kunnen strepen. Artikel 22 van de Grondwet beschrijft het recht op ontplooiing, exact hetzelfde recht als de staatssecretaris in de Beginselenwet heeft beschreven, wat hiermee ook weggestreept kan worden. De jurisprudentie geeft cliënten in bepaalde zaken gelijk, zaken die na de Beginselenwet niet meer voorkomen doordat deze rechten daarmee wettelijk verankerd zijn. Cliënten hoeven na het invoeren van de Beginselenwet niet meer te twijfelen of zij wel recht hebben op deze zaken en instellingen weten van tevoren wanneer zij fout zitten. Dat kan een voordeel zijn van het invoeren van deze wet. De nog in ontwikkeling zijnde projecten scheiden van wonen en zorg en het actieplan 'ouderen in veilige handen' zouden in de toekomst bij kunnen dragen aan de punten van de Beginselenwet, echter kan dit nog niet onderzocht worden zolang deze innovaties nog niet ingevoerd zijn. Op basis van deze ontwikkelingen kunnen nog geen conclusies worden getrokken en nog geen punten van de Beginselenwet worden weggestreept. De eerste deelvraag van dit onderzoek was: "De Beginselenwet zorginstellingen bevat acht rechten voor cliënten. Zijn deze rechten elders in wet- en regelgeving of internationale verdragen reeds benoemd, wat deze wet overbodig maakt?" Op deze vraag kan worden geantwoord dat het niet mogelijk is alle punten van de Beginselenwet weg te strepen. Alleen het punt over godsdienst en het punt over ontplooiing komen duidelijk genoeg voor in de reeds bestaande wetgeving.

Wanneer tijdens de interviews de mening van de directeurs werd gevraagd over de Beginselenwet zorginstellingen waren zij hier heel duidelijk in. Ook de genoemde nadelen en het enkele voordeel laten duidelijk blijken dat instellingen niet content zijn met dit wetsvoorstel. De directeurs vinden in eerste instantie dat zij voldoen aan de punten van de Beginselenwet. Zij vinden het niet nodig dit wetsvoorstel in te voeren omdat volgens hen alle verpleeg- en verzorgingshuizen (moeten) voldoen aan deze punten, mede door de invoering van de zorgzwaartepakketten. Wanneer door wordt gevraagd op deze punten, en de directeurs duidelijk wordt gemaakt dat de punten na invoering van de wet rechten worden voor de cliënten, verandert de mening al snel. Zowel de dagelijkse buitenlucht als een eenpersoonskamer of een kamer met een partner blijken in de meeste

instellingen een probleem. Dit probleem is ook zodanig, dat het niet zonder meer op te lossen is na invoering van de wet. Wanneer men dit gaat eisen is de wet volgens de meeste instellingen niet haalbaar. Naast de haalbaarheid wordt de mening van de cliënten over de punten van de wet bediscussieert. Cliënten willen volgens de directeuren niet iedere dag onder de douche en in een aantal instellingen willen partners niet naast de dementerende cliënt slapen. Aan de ene kant is de wet niet haalbaar, maar aan de andere kant zouden niet alle punten nodig zijn om de cliënt tevreden te stellen. De tweede deelvraag van dit onderzoek is: ‘Wat is de mening van de zorginstellingen over de Beginselenwet zorginstellingen en wat denken zij dat voor- en nadelen van de wet zijn? Welke veranderingen zouden de instellingen moeten invoeren om te kunnen voldoen aan de punten van de Beginselenwet en de bijbehorende kwaliteitsverbetering?’ Het antwoord op deze vraag is dat het enige voordeel van de wet is dat de instellingen die nog niet cliëntgericht werken, als deze al bestaan, dat door invoering van de wet wel moeten gaan doen. De nadelen van de wet bestaan voornamelijk uit problemen met de financiering omdat veel gebouwen zich niet lenen voor eenpersoonskamers en dergelijke. Ook wanneer men na invoering van de wet deze punten gaat claimen kan een probleem ontstaan in de vorm van te weinig geld voor voldoende personeel. De veranderingen die moeten plaatsvinden zijn dan ook een verbouwing en hulpmiddelen vanuit de overheid.

Aangezien de directeuren vertelden dat zij reeds aan de meeste punten van de wet voldeden, is ook gevraagd hoe deze punten terug te vinden zijn in het huidige beleid van de instellingen. Het antwoord hierop was dat de normen verantwoorde zorg en het zorgleefplan zorgen voor een cliëntgerichte zorgverlening, waarin de cliënt zelf mag beslissen over activiteiten die hij of zij wil ondernemen buiten de ingeplande zorgmomenten. Het recht op het regie over het eigen leven is bij de geïnterviewde directeuren heel belangrijk en zal altijd in acht genomen worden. Verder wordt het zorgzwaartepakket gebruikt om de dagen van de cliënten in te vullen. Dat pakket geeft recht op een bepaald aantal uren zorg, naar aanleiding van de aandoening van de cliënt en hoeveel uren zorg daar voor nodig zijn. Zo weet elke cliënt bij binnenkomst in de instelling precies waar hij of zij recht op heeft. Er wordt uitgelegd hoeveel uur men bezig is met de zorg en hoeveel uur er overblijft voor andere activiteiten, die men dan zelf in kan delen. De derde deelvraag van dit onderzoek is: “Op welke manier zijn de acht punten van de Beginselenwet terug te vinden in het huidige beleid van de zorginstellingen?” Het antwoord op deze vraag is dat de instellingen, zonder de punten van de Beginselenwet te hanteren, toch aan de meeste van deze punten voldoen. De normen verantwoorde zorg in combinatie met het zorgleefplan en de eerder ingevoerde zorgzwaartepakketten zorgt ervoor dat veel punten van de Beginselenwet reeds ingelijfd zijn.

De toekomst van de langdurige zorg staat onder druk. De volgende vraag die tijdens de interviews werd gesteld ging dan ook over de toekomst. De onderzoeker wilde weten of de instellingen al maatregelen nemen voor de toekomst en of zij hierin ook een rol zien voor de Beginselenwet. Een aantal instellingen bleek zich reeds voor te bereiden op de toekomst. Hieronder vallen maatregelen als verbouwingen en ook het neerzetten van een nieuw verpleeghuis naast het oude om zo meer plaatsen te creëren. In de nieuwe gebouwen zijn eenpersoonskamers gerealiseerd om te voldoen aan de wensen van de ouderen wanneer zij deze hebben. Ook het wassen zonder water, het overgaan van meer zorg verlenend personeel naar meer dienstverlenend personeel om kosten te besparen en het invoeren van eigen betalingen en een grotere rol voor mantelzorgers zijn oplossingen die zijn genoemd. De ene instelling is meer bezig met de toekomst dan de andere maar

allen wilden nadenken over oplossingen voor de toekomst en sommigen hebben al een oplossing ingevoerd. De Beginselenwet zorginstellingen hoeft voor de directeuren geen rol te spelen in de toekomst. Zij zijn zelf bezig met het op peil houden van de kwaliteit en willen hier ook mee doorgaan. De Beginselenwet zou alleen een rol kunnen spelen wanneer hier financiële middelen voor ter beschikking worden gesteld. De vierde deelvraag van dit onderzoek luidt: “Welke rol zien de zorginstellingen de Beginselenwet zorginstellingen spelen in de toekomst? Denken zij dat de Beginselenwet nodig is voor een garantie voor de kwaliteit van zorg in de toekomst?” Deze vraag is met bovenstaande tekst beantwoord.

De laatste deelvraag van het onderzoek heeft te maken met de mening van de cliënt. De cliënt heeft, zoals in dit onderzoek reeds eerder beschreven, een andere mening over de kwaliteit van zorg als bijvoorbeeld de verpleeghuisarts en de verpleegkundigen. Hierom is het belangrijk dat, wanneer men spreekt over de kwaliteit van zorg, de kwaliteit die de cliënten bedoelen wordt meegewogen, aangezien zij in een instelling verblijven. De laatste deelvraag is: “Wat is de rol van de mening van de cliënten wanneer het gaat over het opstellen van kwaliteitsbeleid? In hoeverre denkt men dat de mening van ouderen over de kwaliteit positief zal veranderen na invoering van de Beginselenwet zorginstellingen?” Uit de interviews is gebleken dat de mening van de cliënten zwaar meeweegt in het opstellen van het kwaliteitsbeleid. De instellingen houden cliënttevredenheidsonderzoeken en een aantal hebben daarnaast ook eigen kwaliteitsmetingen ingesteld om te zorgen dat veranderingen direct opvallen. Het beleid dat wordt gemaakt, wordt geformuleerd op basis van de uitkomsten van de onderzoeken. De mening van de ouderen zal volgens de instellingen niet of nauwelijks veranderen door de komst van de Beginselenwet omdat de meeste punten reeds bekend zijn in de instellingen. Voor de cliënten zal er met de invoering van de wet weinig veranderen waardoor de mening ook niet verandert. Hierbij komt dat, wanneer cliënten tevreden zijn met de manier waarop zij nu zorg ontvangen, waarschijnlijk niet veeleisend worden wanneer zij meer rechten ontvangen.

Na de beantwoording van de deelvragen kan nu een antwoord worden geformuleerd op de probleemstelling. Deze probleemstelling luidt:

“Zal de Beginselenwet zorginstellingen bijdragen aan het kwaliteitsbehoud en de kwaliteitsverbetering in de toekomst in de AWBZ-zorg?”

Uit de bovenstaande paragraaf kan worden geconcludeerd dat het op basis van de reeds bestaande wetgeving goed is een aantal punten uit de Beginselenwet wel in te voeren, aangezien deze punten niet volledig genoeg voorkomen in de internationale en nationale wetgeving, verdragen of jurisprudentie. De punten over de vrijheid van godsdienst en ontplooiing kunnen uitgezonderd worden, daar deze wel voorkomen in reeds bestaande wetgeving. Wanneer men kijkt naar de punten van de Beginselenwet die reeds worden gehanteerd binnen de instellingen, hebben de punten dagelijkse buitenlucht, dagelijkse douchebeurt en het recht op een eenpersoonskamer of een kamer met een partner de voorkeur om in te voeren, daar deze punten in een aantal instellingen op dit moment niet haalbaar zijn.

De instellingen zelf laten weten allen in het belang van de cliënt te handelen, men heeft in iedere instelling het recht op de regie over het eigen leven en de zorg en activiteiten vinden plaats in

overleg. De Beginselenwet zal volgens hen niets toevoegen omdat zij reeds het maximale doen voor de cliënt wat op dit moment haalbaar is. Wanneer de overheid deze wet in wil voeren en dit ook wil financieren kijken de instellingen er anders tegenaan.

De directeurs van de instellingen zijn allen bezig veranderingen te implementeren binnen de verpleeg- en verzorgingshuizen, om zich te richten op het kwalitatief goed en betaalbaar houden van de AWBZ-zorg in de toekomst. Hier zeggen zij de Beginselenwet niet voor nodig te hebben. Wanneer gevraagd wordt naar de mening van de cliënt over de kwaliteit van zorg, wat in elk van de instellingen wordt gedaan, zijn deze over het algemeen tevreden en waar dit niet het geval is wordt hier door de instellingen beleid op gemaakt om het te verbeteren.

De conclusie van dit onderzoek bestaat hiermee uit twee delen. Wanneer heel zwart-wit wordt gesteld dat de Beginselenwet zorginstellingen in de toekomst nodig is voor het op peil houden van de kwaliteit van zorg, moet er binnen de instellingen veel veranderen. Zij moeten dan zorgen dat ze voldoen aan alle punten, ook als dat betekent dat hiervoor verbouwd moet worden. Op de reeds genoemde uitzonderingen van de punten over godsdienst en ontplooiing na, moeten hiervoor alle punten worden ingevoerd.

Wanneer men echter kijkt naar de praktijk, blijkt dat de geïnterviewde zorginstellingen niet zo slecht met de cliënt omgaan als de instellingen waarvoor de staatssecretaris deze wet heeft ontworpen. Zij handelen allen in het belang van de cliënt en zijn zelf bezig met maatregelen om de zorg in de toekomst zowel kwalitatief goed als betaalbaar te houden. Volgens de directeurs van de instellingen heeft de Beginselenwet zorginstellingen geen meerwaarde.

Gekeken naar de theorie zal de Beginselenwet dus een bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg omdat de instellingen niet werken volgens alle punten, mede doordat deze punten reeds nergens in wetten te vinden zijn. Gekeken naar de praktijkervaring van de directeurs zal de Beginselenwet geen bijdrage leveren omdat zij werken naar tevredenheid van de cliënten, dit steeds monitoren en beleid aanpassen en zelf bezig zijn met het voorbereiden op de toekomst.

7.2 Verdere conclusies

Naast het beantwoorden van de probleemstelling, zijn er na het doen van dit onderzoek ook andere conclusies te trekken. Het eerste dat de onderzoeker verbaasde was het feit dat de Beginselenwet in meer of mindere mate wel bekend was bij de directeurs, maar dat zij niet reeds hadden bekeken of zij voldoen aan de punten. De meeste directeurs vroegen voor aanvang van het interview informatie om zich voor te bereiden en verdiepten zich hiermee voor de eerste keer in de rol die de Beginselenwet na invoering kan gaan spelen in hun instelling. Directeurs die geen informatie vroegen verdiepten zich zelf of verdiepten zich niet, waardoor de onderzoeker een en ander uit moest leggen bij aankomst.

Voor dit onderzoek zijn, zoals de onderzoeksopzet vermeldt, verpleeg- en verzorgingshuizen uit één regio benaderd. Deze regio heeft als centraal punt de woonplaats van de onderzoeker, waar een straal van twintig kilometer omheen is genomen om de interviews in te laten plaatsvinden. Dit betekent dat niet alle instellingen aangesloten zijn bij verschillende zorggroepen. Er zijn een aantal instellingen geïnterviewd die aangesloten zijn bij dezelfde zorggroep. Dit is deels expres gedaan, om

erachter te komen of deze instellingen de eigen identiteit behouden of dat zij werken volgens de regels van de zorggroep. De onderzoeker vindt het belangrijk dat ouderen binnen dezelfde regio keuze hebben voor verschillende instellingen en niet voor verschillende instellingen met dezelfde manier van werken en dezelfde regels. Tijdens de interviews werd duidelijk dat de directeurs van de instellingen van de zorggroep de regels alleen in grote lijnen krijgen. Verder is het de bedoeling dat zij zelf beleid maken, eigen regels opstellen en zelf bedenken wat goede maatregelen zijn voor de toekomst en deze ook laten onderzoeken en implementeren. Iedere geïnterviewde directeur sprak anders over de haalbaarheid en noodzakelijkheid van de Beginselenwet en ook anders over de maatregelen voor de toekomst, ook de instellingen die lid zijn van dezelfde zorggroep.

Een laatste conclusie die kan worden getrokken is dat de geïnterviewde directeurs het allen nagenoeg eens zijn over de Beginselenwet. Zoals het nu verwoord is, is het niet realiseerbaar. Wanneer men dit wil is financiering vanuit de overheid noodzakelijk. De verschillen die wel te vinden zijn tussen de interviews, zijn verschillen op basis van de huidige huisvesting. Directeurs met een nieuw gebouw zijn meer van mening dat het mogelijk is, omdat zij reeds eenpersoonkamers hebben met een omvang waarmee ook een kamer met een partner gerealiseerd kan worden. De directeurs die oude gebouwen tot hun beschikking hebben, kunnen eenpersoonkamers niet garanderen of zelfs helemaal niet realiseren waardoor invoering van de Beginselenwet minder makkelijk zal zijn. Een ander verschil in antwoorden komt voort uit de ideeën die er zijn over mantelzorgers en eigen bijdragen. Een aantal directeurs is van mening dat mantelzorgers een grotere rol moeten gaan spelen en zijn voor het invoeren van eigen bijdragen wanneer men extra activiteiten of aandacht wil. Andere directeurs zijn hier voorzichtiger mee en dragen andere oplossingen aan om de zorg in de toekomst betaalbaar en van goede kwaliteit te kunnen houden. Echter zijn wel alle directeurs bezig met een oplossing voor de toekomst, waarmee ook allen zeggen dat de Beginselenwet hieraan niet hoeft bij te dragen.

7.3 Tekortkomingen

Het feit dat dit onderzoek is uitgevoerd binnen een straal van twintig kilometer van de woonplaats van de onderzoeker is op zichzelf een tekortkoming van het onderzoek. Slechts één regio van het land is hiermee bevraagd. In heel Nederland bevinden zich 2180 verpleeg- en verzorgingshuizen (Zorgkaart Nederland 2013), waarvan er in dit onderzoek slechts zeven bevraagd zijn. De keuze voor deze zeven instellingen is willekeurig gemaakt. Een aantal instellingen zijn benaderd, waarvan de meesten geen tijd hadden of niet wilden meewerken. De zeven die zijn overgebleven zijn de instellingen waarvan de directeurs het meest enthousiast waren om mee te werken. Hierbij is wel rekening gehouden met verschillende zorggroepen en de omvang en leeftijd van het huis. De onderzoeker wilde zoveel mogelijk verschillen tussen de instellingen om erachter te komen of ieder dezelfde gedachte heeft met betrekking tot de Beginselenwet zorginstellingen.

Met het bevragen van zeven instellingen is de generaliseerbaarheid van het onderzoek voor Nederland zeer laag, maar voor de provincie Zuid-Holland hoger aangezien alle bevroegde instellingen zich in Zuid-Holland bevinden. De generaliseerbaarheid voor de regio waarbinnen de interviews gesteld zijn is het hoogst en ook voldoende omdat de instellingen dicht bij elkaar liggen en vergelijkbare antwoorden hebben gegeven. Er is niet één instelling bij die hele verschillende

antwoorden heeft gegeven, waardoor getwijfeld kan worden of er meer instellingen zijn met deze afwijkende mening. In de vorige paragraaf is uitgelegd waar de verschillen in antwoorden vandaan komen, wat ook de reden is geweest om zowel een oud verpleeghuis als een nieuwbouwhuis te benaderen.

Ook wanneer gekeken wordt naar de geïnterviewde personen kan een tekortkoming worden geconstateerd. De enige personen die zijn geïnterviewd zijn de directeurs van de instellingen. Het originele plan was zowel de directeurs als een verpleegkundige te interviewen, aangezien de verpleegkundige degene is die, wanneer de Beginselenwet wordt ingevoerd, hier dagelijks op de werkvloer mee te maken krijgt. Dit ontwerp stuitte op een aantal onoplosbare problemen waardoor is gekozen alleen directeurs te interviewen. Bij de conclusie wordt een conclusie getrokken vanuit de praktijk, echter is deze alleen gegeven door de directeurs en kan deze niet worden geverifieerd aan de hand van interviews met andere medewerkers.

Op basis van bovenstaande tekortkomingen van het onderzoek kan gesteld worden dat de generaliseerbaarheid van het onderzoek binnen de regio waarin het is opgezet, geen problemen oplevert. De instellingen zijn, op een aantal voorkeurscriteria na, random geselecteerd. Alleen wanneer men de resultaten landelijk zou willen bekijken zijn meer interviews nodig. Het probleem dat overblijft is dat alleen directeurs zijn geïnterviewd. Door een aantal van de directeurs werd verteld dat, wanneer wel verpleegkundigen werden bevraagd, zij hetzelfde antwoord zouden geven. De meeste directeurs vertelden dat de verpleegkundigen niets weten van de Beginselenwet, waardoor zij de vragen niet juist kunnen beantwoorden. Hierdoor kan dit nog wel een tekortkoming worden genoemd, maar niet met grote gevolgen voor de uitkomsten van het onderzoek. De conclusies die getrokken zijn in de vorige paragraaf blijven hiermee geldend.

7.4 Aanbevelingen voor de praktijk

De mogelijkheid tot het trekken van een tweedelige conclusie bij beantwoording van de probleemstelling leidt tot een aantal aanbevelingen. Wanneer vanuit de praktijk een andere conclusie naar voren komt dan degene die de wet heeft opgesteld bedoeld heeft vraagt dit om een verandering bij de regering en hiermee de staatssecretaris. Deze aanbevelingen zijn dan ook bedoeld voor de staatssecretaris en werden tijdens de interviews genoemd door de directeurs. De directeurs storen zich eraan dat een wetsvoorstel, van in dit geval de Beginselenwet, van bovenaf wordt opgelegd en men niet eerst in de praktijk kijkt waar de behoeften liggen. Het invoeren van deze wet zou de geïnterviewde instellingen veel geld kosten, geld dat er niet is en vanuit de regering zou moeten worden geïnvesteerd. De instellingen vinden dit echter onzin, omdat volgens hen veel van de regels die worden gesteld in het wetsvoorstel niet worden geapprecieerd door cliënten. Deze willen niet iedere dag onder de douche, willen niet altijd een eenpersoonskamer en wanneer alleen dementerende mensen op een afdeling wonen wil de partner hier niet bij intrekken. Het is de bedoeling dat men via de Beginselenwet meer cliëntgericht gaat werken, echter moeten wel de echte wensen van de cliënt in acht worden genomen en niet door de regering verzonden wensen van de cliënt. De directeurs stellen dat de personen die de wetten vormgeven veel meer contact moeten zoeken met de praktijk. Dit is dan ook wat de onderzoeker hier wil aanbevelen. Wanneer een

wet welke de rechten van de cliënten moet behartigen dit niet zal doen, heeft de bedenker van de wet niet voldoende inzicht in de praktijk en zal dit vergaard moeten worden.

Een tweede aanbeveling die de onderzoeker wil doen heeft betrekking op het geheel dan wel in delen invoeren van de Beginselenwet. Wanneer men, na het tot zich nemen van bovenstaande aanbeveling, doorgaat met de Beginselenwet, wordt aanbevolen alleen die punten in te voeren die haalbaar zijn voor alle verpleeg- en verzorgingshuizen. Het realiseren van eenpersoonsskamers bijvoorbeeld, kan bij een aantal van de instellingen pas gebeuren wanneer het gebouw afgeschreven is en men nieuw gaat bouwen. Tot die tijd kan men van deze instellingen niet verwachten dat zij aan dit punt kunnen voldoen en zal men uitzonderingen in de wet moeten toevoegen. Bij een aantal punten zal men zich moeten afvragen of het echt is wat de cliënt wil. Zo zou de dagelijkse douchebeurt kunnen worden vervangen door 'dagelijkse wasbeurt met de mogelijkheid tot douchen'. Wanneer instellingen weten dat hun cliënten niet allen iedere dag willen douchen, hoeven zij met dit punt weinig aan te passen terwijl zij met het vorige punt voldoende personeel beschikbaar moeten hebben om iedere cliënt iedere dag te douchen, terwijl ze weten dat dit niet nodig is. Ook zou bij invoering moeten worden gekeken naar de zorgzwaartepakketten. Wanneer het aantal uren zorg binnen een lage zzp niet kan leiden tot dagelijkse buitenlucht bijvoorbeeld, omdat deze cliënt naast de fysiotherapie en dergelijke niet voldoende uren meer overhoudt om een verpleegkundige mee te krijgen voor een wandeling, zou hier een oplossing voor moeten komen. Binnen alle zorgzwaartepakketten moet ruimte komen voor een dagelijkse douchebeurt wanneer men dit wenst en voor dagelijkse buitenlucht. Hierover moet van tevoren door de staatssecretaris goed na worden gedacht omdat dit kan betekenen dat er meer geld beschikbaar moet worden gesteld voor de zorgzwaartepakketten.

Een derde aanbeveling die wordt gedaan is een aanbeveling voor de directeuren. De onderzoeker verbaasde zich over het feit dat de Beginselenwet als term wel bekend was en in sommige gevallen een aantal punten ook, maar dat men zich hier verder niet in verdiept had. De onderzoeker wil de directeuren aanbevelen de wetgeving nauwlettender in de gaten te houden. De reden hiervoor is dat, wanneer de wet wel wordt aangenomen en wordt ingevoerd, men in korte tijd de doelstellingen van de wet moet realiseren terwijl de voorbereidingen reeds lange tijd gestart hadden kunnen zijn. Door het doen van de interviews met de directeuren zijn zij erachter gekomen waar zij niet aan voldoen en kunnen zij bij invoering gericht gaan kijken wat er mogelijk is om deze punten te realiseren. Ook hebben zij nu geconcludeerd dat het zonder extra financiering niet mogelijk is, wat zij tegen de wet in zouden kunnen brengen. Wanneer hier na invoering nog over na moet worden gedacht kan dit te laat komen voor bezwaar. Het is met deze aanbeveling niet de bedoeling te zeggen dat men nu moet gaan verbouwen, maar meer om te zeggen dat men de veranderingen moet volgen om zich voor te bereiden op de toekomst en op wat komen gaat.

7.5 Suggesties voor verder onderzoek

In paragraaf 6.3 is reeds aangegeven dat de generaliseerbaarheid van het onderzoek is beperkt tot een regio met een straal van twintig kilometer. Wanneer men wil weten of de resultaten van dit onderzoek landelijk gelden, is een suggestie voor verder onderzoek het uitbreiden van dit onderzoek. Men zou meer interviews kunnen doen bij meer instellingen verspreid over het land om een beter

beeld te kunnen krijgen van de mening van de verpleeg- en verzorgingshuizen met betrekking tot de Beginselenwet zorginstellingen.

Ook zou het onderzoek uitgebreid kunnen worden met interviews met andere personen, zoals cliënten of familie van cliënten. Hierbij moet aan deze mensen worden uitgelegd wat de Beginselenwet inhoudt en wat de bedoeling ervan is. Met deze aanvulling op het onderzoek zou men kunnen bepalen of de Beginselenwet, zoals de directeurs menen, echt geen invloed heeft op de mening van de cliënt over de zorg die verleend wordt.

Literatuur

Aartsen, van J.J. 1999. Tractatenblad van het Koninkrijk der Nederlanden. Jaargang 1999 nr.58. 14-04-1999

Boog, W., J.H.J. de Jong, J.A.M. Kerstens 2002. Inleiding in de verpleegkunde en de verpleegkundige beroepsuitoefening. Pag.230-231. Bohn, Stafleu en van Loghum 2002.

Centrale Raad van Beroep 06/305 AWBZ 2008. LJN: BF1248. Datum uitspraak 10-09-2008, datum publicatie 23-09-2008. Bereikbaar op: http://zoeken.rechtspraak.nl/resultpage.aspx?snelzoeken=true&searchtype=ljn&ljn=BF1248&vrije_tekst=kwaliteitswet+%22verantwoorde+zorg%22

Den Draak, M. 2010. Oudere tehuisbewoners. *Landelijk overzicht van de leefsituatie van ouderen in instellingen 2008/2009*. Sociaal en Cultureel Planbureau 06-2010.

Duin, C. van en J. Garssen. 2010. *Bevolkingsprognose 2010 tot 2060: Sterkere vergrijzing, langere levensduur*. CBS-website 17-12-2010. [Internet] Aangehaald op 17-05-2012. Bereikbaar op: <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/91E3EC1E-4FF2-4019-B47E-24DC24334180/0/2010bevolkingsprognose20102060sterkerevergrijzingart.pdf>

Exter, A. den, 2008. Zorg en Financiering: 1168 *Het Biogeneeskundeverdrag en de relevantie voor Nederland*. Vol.7 pp 9-20

Exter, A. den, 2009. International Health Law and Ethics – basic documents. Maklu 2009.

Freedman, L.P. 2001. Averting maternal death and disability. *Using human rights in maternal mortality programs: from analysis to strategy*. International Journal of Gynecology and Obstetrics 75 2001:51-60

General Comment on Health No.14 2000. Substantive issues arising in the implementation of the international covenant on economic, social and cultural rights. *The right to the highest attainable standard of health* : 11-08-2000. E/C.12/2000/4. Bereikbaar op: [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4)

Grift, M van der 2008. *De vergrijzing. De Nederlandse economie 2008* [Internet] Aangehaald op 15-05-2012 Bereikbaar op: <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/40A155E9-15E5-469B-95FE-F504A904C1D7/0/2008p19p155art.pdf>.

Grondwet van het Koninkrijk der Nederlanden 2008. Hoofdstuk 1: Grondrechten.

Guzman, A.T. en Meyer, T.L. 2010. International soft law. *Legal Analysis*. 01-01-2010 [Internet] Bereikbaar op: <http://scholarship.law.berkeley.edu/facpubs/695>

Hendriks, prof.mr. A.C. 2009. De betekenis van het EVRM voor het gezondheidsrecht. In: *Gezondheidszorg en Europees recht, preadvies 2009 van de Vereniging voor Gezondheidsrecht*. P.13-102

Hoorn, van A., M. van Houdenhoven, G. Wullink, E. Hans en G. Kazemier 2006. Een nieuw stappenplan voor Benchmarking. Nov/dec 2006.

Ikkink, K en C. Wagner 2000. De relatie tussen kwaliteits(deel)systemen en de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen. NIVEL 2000.

Knook 2007. Gerontologie – *Een demografische revolutie* 04-12-2007. Tijdschrift Geriatrie 2e ed. 15-92 pagina 15-22.

Koekkoek, A.K. 2000. De Grondwet. Een systematisch en artikelsgewijs commentaar. Hoofdstuk 1: algemene inleiding en systeem van het staatsrecht.

Koster, L.J.L. 2012. Adviezen en aandachtspunten van het College voor de Rechten van de Mens i.o. voor de kabinetsformatie. 25-09-2012

Kunst, E., J. Wiechers, J. van der Putten. Zorg voor beter – Landingsbaan voor kwaliteit. Over management van kwaliteit in organisaties voor langdurige zorg. Kluwer 2010. p.80

Leytens, J. en C. Wagner 2000. Richtlijnen en Protocollen. TvZ: nr. 18, 555-559, 2000

Luijendijk, H en L. Senden 2011. De gelaagde doorwerking van Europese administratieve soft law in de nationale rechtsorde. 2011

Ministerie van VWS. *Nota Ouderenbeleid 2005*. Aangehaald op 30-09-2009 [Internet] Bereikbaar op: http://www.minvws.nl/notas/zzoude_directies/dvvo/2005/nota-ouderenbeleid.asp

Noordam, F.M., S. Klosse 2008. Socialezekerheidsrecht. §16.3 Sociale zekerheid als grondrecht. 9^e druk, Kluwer 2008

Parsley, K. 1999. Quality improvement in healthcare – *Putting evidence into practise*. Hoofdstuk 2 p.46-48

Platform VG 2010. Reactie Platform VG op het regeerakkoord Vrijheid en Verantwoordelijkheid. 14 oktober 2010

Pot, C.W. van der, D.J. Elzinga, D. de Lange. 2006. Handboek van het Nederlandse Staatsrecht. Hoofdstuk 21: Sociale grondrechten. Kluwer 2006

Regieraad Kwaliteit van Zorg 2010. Een visie op richtlijnontwikkeling in Nederland. April 2010.

Rechtbank Amsterdam, AWB 12/1368 WET 2012. LJN: BX3370. Datum uitspraak 16-05-2012, datum publicatie 01-08-2012. Bereikbaar op: http://zoeken.rechtspraak.nl/resultpage.aspx?snelzoeken=true&searchtype=ijn&ijn=BX3370&vrije_tekst=kwaliteitswet+%22verantwoorde+zorg%22

Rechtbank Groningen, 65785 HAZA 03-426 2004. LJN: AR2147. Datum uitspraak en publicatie 15-09-2004. Bereikbaar op: http://zoeken.rechtspraak.nl/resultpage.aspx?snelzoeken=true&searchtype=ijn&ijn=AR2147&vrije_tekst=kwaliteitswet+%22verantwoorde+zorg%22

Rechtbank Leeuwarden, 79090 KGZA 06-347 2006. LJN: AZ3691. Datum uitspraak en publicatie 06-12-2006. Bereikbaar op: http://zoeken.rechtspraak.nl/resultpage.aspx?snelzoeken=true&searchtype=ijn&ijn=AZ3691&vrije_tekst=verpleeghuis+kwaliteit

Rechtbank Leeuwarden, 09/802 2010. LJN: BM9878. Datum uitspraak 29-04-2010, datum publicatie 01-07-2010. Bereikbaar op: http://zoeken.rechtspraak.nl/resultpage.aspx?snelzoeken=true&searchtype=ijn&ijn=BM9878&vrije_tekst=kwaliteitswet+%22verantwoorde+zorg%22

Rechtbank Rotterdam, 10/693008-06 2008. LJN: BG6738. Datum uitspraak en publicatie 12-12-2008. Bereikbaar op: http://zoeken.rechtspraak.nl/resultpage.aspx?snelzoeken=true&searchtype=ijn&ijn=BG6738&vrije_tekst=verpleeghuis+kwaliteit

Schooneveld, van E. 2007. De algemene wet bijzondere ziektekosten in vogelvlucht. Tijdschrift voor gezondheidsrecht 2007 31:274-28

SCP 2011. Zorg in de laatste jaren. *Gezondheid en hulpgebruik in verzorgings- en verpleeghuizen 2000–2008*. Sociaal en Cultureel Planbureau 11-2011.

Schut, E. 2009. Is Marktwerving in de zorg doorgeschoten? [Internet] Aangehaald op 15-07-2013. Bereikbaar op: http://repub.eur.nl/res/pub/22601/SenD_2009_7_8_68.pdf

Staatsblad 460 2008. Houdende bepalingen over de zorg voor de publieke gezondheid (Wet publieke gezondheid) Art. 5a

Stepaniak, P. 2010. Modeling and Management of Variation in the Operating Theatre.

Stuurgroep Kwaliteitskader VV&T 2010. *Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg. Zichtbare zorg verpleging verzorging thuiszorg*

TK Kamerstuk: Kamerbrief 2011(1). Houtskoolschets beginselenwet zorginstellingen. 17-01-2011

TK Kamerstuk: Kamerbrief 2011(2). Programmabrief langdurige zorg. 01-05-2011.

TK Kamerstuk: Kamerbrief 2011(2). Voortgangsrapportage hervorming langdurige zorg. 31-10-2011.

TK Kamerstuk: Kamerbrief 2012. Aanhangige en toekomstige wetgeving. 21-11-2012.

TK Kamerstuk: Kamerbrief 2013. Betreft Evaluatie Besluit Zorgplanbespreking AWBZ-zorg. 04-06-2013.

TK Kamerstuk Toelichting 2013. Toelichting derde nota van wijziging bij het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg. 15-04-2013.

TK Kamerstuk 33109, nr.3. 2012. Bepalingen ter versterking van de zeggenschap en bescherming tegen geweld in de zorgrelatie van cliënten in de AWBZ-Zorg (Beginselenwet AWBZ-zorg).

TK Kamerstuk 33109, nr.9. 2013. Bepalingen ter versterking van de zeggenschap en bescherming tegen geweld in de zorgrelatie van cliënten in de AWBZ-Zorg (Beginselenwet AWBZ-zorg).

Tollenaar, A. 2012. Soft la wand policy rules in the Netherlands. [Internet] Bereikbaar op: <http://www.nall.nl/tijdschrift/nall/2012/08/NALL-D-12-00005>

Voss, van H, A. Keizer 2005. Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele rechten, Internationale Arbeidsorganisatie. *Universiteit Leiden, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Faculteit der Sociale Wetenschappen*. Kluwer 2005.

Wetstekst AWBZ 2006. Gezondheidswetgeving in de praktijk, tekstuitgave 2006. P205-292

Wetstekst BIG 2006. Gezondheidswetgeving in de praktijk, tekstuitgave 2006. P487-552

Wetstekst KZi 2006. Gezondheidswetgeving in de praktijk, tekstuitgave 2006. P112-118

Wetstekst WGB0 2006. Gezondheidswetgeving in de praktijk, tekstuitgave 2006. P634-643

Wetstekst WKCZ 2006. Gezondheidswetgeving in de praktijk, tekstuitgave 2006. P613-618

Wetstekst WMCZ 2006. Gezondheidswetgeving in de praktijk, tekstuitgave 2006. P619-626

Wetstekst WTZi 2006. Gezondheidswetgeving in de praktijk, tekstuitgave 2006. P22-102

Wiegers, T.A., J.H. Stubbe, A.H.M. Triemstra 2007. Ontwikkeling van een CQ-index voor verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg. NIVEL 2007.

Bijlage 1

De bijlage betreft de vragen die tijdens de interviews werden gesteld. Hiermee wordt de reproduceerbaarheid van het onderzoek vergroot. Dit zijn de vragen waarmee de onderzoeker naar ieder interview ging, echter zijn de vragen tijdens de interviews niet exact op deze manier gesteld omdat de onderzoeker doorvroeg op de antwoorden van de directeuren. Alle vragen zijn wel in ieder interview aan bod gekomen.

1. Kunt u mij vertellen wat u weet over de Beginselenwet zorginstellingen?
2. Wat is uw mening over de Beginselenwet zorginstellingen, vindt u het een aanvulling op de bestaande wetgeving of wordt er al genoeg gedaan aan de wensen van de ouderen?
3. Welke punten van de Beginselenwet zijn nu al terug te vinden in de instelling?
4. Denkt u dat het voldoen aan deze punten bijdraagt aan het kwaliteitsbehoud of zelfs aan kwaliteitsverbetering? Zo ja, hoe wordt dit gerealiseerd?
5. Feit is dat de komende jaren het aandeel ouderen binnen de Nederlandse bevolking gaat stijgen, waarmee ook de vraag naar plaatsen in verzorgings- en verpleeghuizen stijgt. Welke maatregelen worden genomen om deze toestroom op te kunnen vangen? Is er met meer vraag nog ruimte voor de eisen van de Beginselenwet?
6. Hoe wordt binnen de instelling de kwaliteit van zorg gemeten?
7. Wordt hierbij ook naar de mening van de ouderen gevraagd en zo ja hoe? (ouderen vinden een praatje maken belangrijk)
8. Wanneer de Beginselenwet wordt opgenomen in bestaande wetgeving en hieraan moet worden voldaan, kan dan een verandering worden gezien in de kwaliteitsmetingen en zo ja op welke punten?