

Evaluatie van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen

Onderzoek naar procedure en effecten evaluatie

Kwaliteitswet zorginstellingen

**Faculteit Sociale Wetenschappen
van de Erasmus Universiteit Rotterdam**

**Een onderzoek als afstudeerproject
voor de studie bestuurskunde,
verricht door:**

**Koos Graniewski
(studentennummer: 013940)**

**Zoetermeer,
24 augustus 2004**

Eindscriptie Bestuurskunde

Van: mr. J.E.Graniewski.
 Studentennummer: 013940
 Studiebegeleider, eerste lezer: dr. F-B van der Meer
 Tweede lezer: dr. F.K.M. van Nispen

Evaluatie van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen

	Inhoudsopgave	blz
Voorwoord		1
Algemene inleiding, probleemstelling		2
Overzicht eindscriptie (leeswijzer)		3
Hoofdstuk 1.	Een theoretische beschouwing over evaluatie	8
1.1.	Inleiding	8
1.2.	Verschillende begrippen van evaluatie	8
1.3.	Verschillende vormen van evaluatie	9
1.4.	Verschillende vormen van organisatie van evaluatie	11
1.5.	Evaluatie, onderdeel van een beleidsproces	12
1.6.	Evaluatie, onderdeel van beleidsanalyse	15
1.7.	Functies van evaluatie voor beleid of wetgeving	16
1.8.	Effecten van evaluatie	19
1.9.	Beleidsinstrumenten	20
1.10.	Beleidswetenschappelijke perspectieven	22
1.11.	Beleidstheorieën	25
1.12.	De relatie tussen evaluatie en andere begrippen uit dit hoofdstuk en mijn evaluatie-onderzoek	27
Hoofdstuk 2.	Evaluatie van de evaluatie van wetgeving	28
2.1.	Inleiding, onderzoeksvragen	28
2.2.	Aanpak onderzoek	28
2.3.	Evaluatie van de evaluatie van acht gezondheidswetten; een meta-onderzoek door E.T.M. Olsthoorn-Heim	29
2.4.	Kwaliteitscriteria voor evaluatie van gezondheidswetten?	32
2.5.	Bevindingen op basis van het evaluatie-onderzoek van Olsthoorn	34
2.6.	Opmerkingen naar aanleiding van het evaluatie-onderzoek van Olsthoorn	34
2.7.	Effect evaluatie-onderzoek Olsthoorn op mijn onderzoek naar de evaluatie van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen.	36

Hoofdstuk 3.	De evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen; het Evaluatierapport Kwaliteitswet zorginstellingen van ZonMw als basis voor een beschouwing	blz 37
3.1.	Inleiding	37
3.2.	Evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen door ZonMw	37
3.3.	Bevindingen op basis van het evaluatie-onderzoek van ZonMw	40
3.4.	Opmerkingen naar aanleiding van het evaluatierapport ZonMw	41
3.5.	Toetsing Evaluatierapport ZonMw aan aandachtspunten Olsthoorn	47
Hoofdstuk 4.	Effect evaluatie door ZonMw van de Kwaliteitswet zorginstellingen	50
4.1.	Inleiding	50
4.2.	Brief van de Minister van VWS van 10 juni 2002, naar aanleiding van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen	50
4.3.	Opmerkingen naar aanleiding van de brief van de Minister van VWS	51
4.4.	Onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, december 2002	52
4.5.	Opmerkingen naar aanleiding van het onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg	53
4.6.	Brief van de Staatssecretaris van VWS van 4 december 2002	53
4.7.	Opmerkingen naar aanleiding van de brief van de Staatssecretaris van VWS	54
4.8.	Conclusies met betrekking tot doorwerking van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen	54
Hoofdstuk 5.	Empirisch onderzoek; opzet en resultaten onderzoek	55
5.1.	Inleiding	55
5.2.	Wat onderzoek ik en wat verwacht ik van de onderzoeken en onderzoeksresultaten?	55
5.3.	Opzet en methodologie onderzoeken	56
5.4.	Eerste onderzoek onder deelnemers symposium AbvaKabo Bevindingen en opmerkingen onderzoek, gebaseerd op enquête deelnemers AbvaKabo-symposium	57
5.5.	Tweede onderzoek: individuele interviews onder personen uit zorgveld en ministerie VWS Bevindingen en opmerkingen onderzoek, gebaseerd op interviews onder individuele beroepsbeoefenaren, directeuren zorginstelling, een zorgverzekeraar en ambtenaren VWS	64
5.6.	Derde onderzoek onder leden van de Zorgvragersraad Zoetermeer Bevindingen derde onderzoek, gebaseerd op een enquête onder de leden van de Zorgvragersraad Zoetermeer	76
5.7.	Samenvattend overzicht indicatoren	82

Hoofdstuk 6.	Analyse resultaten empirisch onderzoek en beantwoording onderzoeksvragen	blz 83
6.1.	Inleiding	83
6.2.	Analyse op basis van de onderzoeken en de relatie met beleidstheorieën	83
6.3.	Evaluatie van het effect van de conclusies en aanbevelingen in het Evaluatierapport ZonMw	87
6.4.	Beantwoording onderzoeksvragen uit mijn algemene inleiding en hoofdstuk 2, samenvatting onderzoek en onderzoeksresultaten	89
6.5.	Empirisch onderzoek en de terugkoppeling naar het theoretisch kader	93
Hoofdstuk 7.	Conclusies en aanbevelingen naar aanleiding van de evaluatie van de evaluatie de Kwaliteitswet zorginstellingen	96
7.1.	Inleiding	96
7.2.	Conclusies en aanbevelingen	96
Geraadpleegde literatuur		103

Bijlagen	blz
Bijlage 1 Kerngegevens uit het Evaluatierapport Kwaliteitswet zorginstellingen van ZonMw, met onder andere de 17 conclusies en aanbevelingen, inclusief een reactie daarop van de door mij geïnterviewden	a
Bijlage 2 Lijst door mij geïnterviewden	q
Bijlage 3 Enquêteformulier deelnemers AbvaKabo-symposium over de evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen, gehouden op 10 maart 2004	r
Bijlage 4 Enquêteformulier geïnterviewden over 17 conclusies en aanbevelingen Evaluatierapport ZonMw	t
Bijlage 5 Enquêteformulier leden Zorgvragersraad Zoetermeer over de Kwaliteitswet zorginstellingen en de evaluatie van die wet	u
Bijlage 6 Samenstelling van de commissies die waren betrokken bij het evaluatie-onderzoek Kwaliteitswet zorginstellingen van ZonMw	x

Eindscriptie Bestuurskunde

Van: mr. J.E.Graniewski.
Studentennummer: 013940
Studiebegeleider/eerste lezer: dr. F-B van der Meer
Tweede lezer: dr. F.K.M. van Nispen

Evaluatie van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen

Voorwoord

Als gepensioneerde kan je achter de geraniums gaan zitten of actief blijven. Ik koos voor dit laatste. Terug naar de universiteit om te onderzoeken of wat ik als ambtenaar bedacht en uitvoerde wel klopte met de theorie. Een studie bestuurskunde lag in de rede. Die volgde ik aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, waar ik in 1975 als extraneus mijn rechtenstudie voltooide. In deze levensfase koos ik voor 'evaluatie' als onderwerp van onderzoek. In het kader van mijn eindscriptie bestuurskunde werd dat 'evaluatie van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen'.

Bij het opzetten en uitwerken van mijn scriptie bleek leeftijd en ervaring niet altijd een pre te zijn, soms was het ballast, waarbij ik de theorie wel eens uit het oog verloor of te snel tot conclusies kwam. Als wetenschappelijk geweten fungeerde dr. F-B. van der Meer, van de faculteit Bestuurskunde, die ik zeer erkentelijk ben voor zijn opbouwende kritiek en die mij begeleidde bij mijn eindscriptie. Mijn dank gaat tevens uit naar dr. F.K.M. van Nispen, die bereid was om op zeer korte termijn mijn scriptie te beoordelen. Tevens bedank ik oud-collega en vriend, Dick de Bruijn, waarmee ik het empirisch gedeelte van mijn onderzoek doornam, herinneringen ophaalde aan onze ambtelijke bemoeienis met de Kwaliteitswet zorginstellingen en wat eraan voorafging. Dank ook aan mijn echtgenote, Hellen, die (gewild en ongewild) als klankbord fungeerde voor mijn soms primaire ideeën over aanpak, opzet en uitwerking van het evaluatie-onderzoek en die als informele 'eerste lezer' kritische noten plaatste. Verder wil ik iedereen bedanken, die heeft meegewerkt aan de enquêtes of interviews, die ik heb gehouden in verband met mijn scriptie.

Koos Graniewski

Zoetermeer, 24 augustus 2004

Algemene inleiding

Na een ambtelijke loopbaan van bijna veertig jaar, begon ik mijn studie bestuurskunde. Daarvan is met het schrijven van deze eindschrift de laatste fase ingegaan. Als onderwerp koos ik voor een wet, waarmee ik me de afgelopen jaren in verschillende hoedanigheden bezighield: de Kwaliteitswet zorginstellingen¹. Als beleidsmaker was ik betrokken bij de nota Kwaliteit van Zorg², de nota waarop de wet is gebaseerd; als wetgevingsjurist was ik belast met het opstellen van de wet zelf en als inspecteur voor de Gezondheidszorg voerde ik diezelfde wet uit. De Kwaliteitswet zorginstellingen is inmiddels geëvalueerd. En juist omdat ik genoemde wet in alle facetten meemaakte, stelde ik mij - na lezing van het rapport Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen van ZonMw (2001) – een aantal vragen over de procedure die daarbij werd gevolgd en het resultaat dat het rapport opleverde en het effect ervan op de uitvoeringspraktijk van de wet. Die vragen zijn:

zijn bij de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen wetenschappelijk verantwoorde methodieken gebruikt?

En, wat is de ‘outcome’ van de evaluatie, ofwel het effect van de evaluatie op de maatschappij of het functioneren van de maatschappij?

Vorenstaande vragen zijn onder te verdelen in subvragen:

1. Is voor de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen een goede procedure gevolgd en zo ja, is die procedure goed uitgevoerd. Als hiervan geen sprake is, wat is daaraan te doen?
2. Wat is het effect van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen?
3. Bestaat in het zorgveld en bij de overheid voldoende draagvlak voor de conclusies en aanbevelingen uit het rapport Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen?
4. Hoe nu verder?

Deze vragen gebruik ik als leidraad voor de Eindschrift. In de komende hoofdstukken worden deze vragen uitgewerkt, plaats ik soms vraagtekens en kom ik met reacties en beantwoord de vier vragen.

Het doel van die vragen is om enerzijds te onderzoeken of het evaluatie-onderzoek wetenschappelijk verantwoord plaatsvond en welke methodieken daaraan ten grondslag lagen en anderzijds wat de maatschappelijke relevantie van dat onderzoek was. Met name of het een verbetering van de ‘kwaliteit van zorg’ binnen zorginstellingen tot gevolg had. En als dat niet het geval was, hoe dat is te verklaren en welke aanbevelingen gedaan kunnen worden om alsnog die ‘kwaliteit van zorg’ te verbeteren.

Daarnaast intrigeerde ‘evaluatie’ mij, omdat evaluatie in de Kwaliteitswet zorginstellingen een centrale plaats inneemt. De inhoudelijk kern van de wet beperkt zich tot artikel 2: “*De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan.*”, gevolgd door een korte uitleg over wat onder het abstracte ‘verantwoorde zorg’ moet worden verstaan. De artikelen 3 tot en met 5 gaan over de wijze waarop een zorgaanbieder zijn kwaliteitsbeleid moet organiseren. Daarbij is artikel 4 een juridische vertaling van de zogenoemde Demingcyclus³ met specifieke aandacht voor de evaluatiefase van die cyclus (ik kom hierop terug in hoofdstuk 1).

¹ Wet van 18 januari 1996, stb. 80, betreffende de kwaliteit van zorginstellingen (Kwaliteitswet zorginstellingen)

² De nota Kwaliteit van Zorg van 28 mei 1991 (Tweede Kamer, vergaderjaar 1990-1991, 22113, nr. 1)

³ De Demingcyclus onderscheidt vier segmenten: plan, do, check en act. De checkfase is de evaluatiefase.

Het onderwerp van mijn scriptie is: evaluatie van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen, onderzoek naar de procedure en de effecten van de evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen

In het ‘overzicht eindschrift’ geef ik de structuur van mijn scriptie aan. Het is te beschouwen als *leeswijzer*. In enkele hoofdstukken geef ik onder ‘opmerkingen’ mijn reactie op de bevindingen uit dat hoofdstuk. Daarnaast wat het belang van het daar besprokene is voor mijn onderzoek.

In hoofdstuk 6 beantwoord ik onder paragraaf 6.4. de hiervoor genoemde vier vragen. Daarbij betrek ik mijn onderzoek en de onderzoeksresultaten. In dat verband vormen de leeswijzer en de antwoorden op de vragen een *samenvatting* van onderzoek en onderzoeksresultaten.

Overzicht eindschrift

Als onderwerp van onderzoek koos ik voor ‘evaluatie’.

In *hoofdstuk 1* geef ik een theoretische beschouwing over *evaluatie* en andere begrippen die nauw bij het onderwerp aansluiten.

Daarbij onderscheid ik de verschillende begrippen, vormen en functies van evaluatie, die in de theorie van belang zijn, met onder meer aandacht voor evaluatie ex ante, evaluatie con current en evaluatie ex post. Evaluatie als laatste fase van een beleidsproces of als onderdeel van een beleidscyclus. En evaluatie als middel – incidenteel of structureel - om beleid te verbeteren. Evaluatie als overheidsstrategie om hiervan te leren. En evaluatie als politiek drukmiddel om derden te bewegen in de overheidspas te lopen. Evaluatie als middel om een onderwerp opnieuw op de beleidsagenda te krijgen. Of evaluatie als symboolregelgeving; omdat het van de wetgever, overheid of minister moet.

Tevens geef ik een theoretische beschouwing over beleidsinstrumenten, die de motor zijn van beleid en onmisbaar zijn om beleid te operationaliseren. Bij evaluatie van beleid is een belangrijke vraag of de motor revisie behoeft.

Daarnaast een beschouwing over bestuurswetenschappelijke perspectieven voor zover deze van belang zijn voor evaluatie (van beleid of een wet) en beleidstheorieën, die in dit kader van belang kunnen zijn.

Ik eindig met de relatie tussen evaluatie en mijn evaluatie-onderzoek.

In *hoofdstuk 2* begin ik met een beschouwing over de aanpak van mijn onderzoek op een hoog abstractieniveau, een onderzoek dat ik in de loop van de scriptie in concreto invul. Daarbij laat ik me leiden door de primaire vragen die ik mij stelde bij het lezen van het evaluatierapport over de Kwaliteitswet zorginstellingen van ZonMw (2001), te weten:

zijn bij de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen wetenschappelijk verantwoorde methodieken gebruikt?

En, wat is de ‘outcome’ van de evaluatie, ofwel het effect van de evaluatie op de maatschappij of het functioneren van de maatschappij?

Vorenstaande vragen zijn onder te verdelen in subvragen:

1. Is voor de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen een goede procedure gevolgd en zo ja, is die procedure goed uitgevoerd. Als hiervan geen sprake is, wat is daaraan te doen?
2. Wat is het effect van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen?
3. Bestaat in het zorgveld en bij de overheid voldoende draagvlak voor de conclusies en aanbevelingen uit het rapport Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen?
4. Hoe nu verder?

In onderhavig hoofdstuk, een theoretisch deel van de scriptie, vraag ik mij af waaraan een onderzoek moet voldoen om het predikaat ‘goed’ te kunnen krijgen. Daarbij komen subvragen aan de orde, zoals wat is een goede evaluatieprocedure; moet aan *criteria* zijn voldaan en zo ja, welke en waarom? Wanneer kan worden gesproken over een goede *uitvoering* van een procedure en wanneer niet? En wat zijn daarvan de gevolgen? Aan wat voor voorwaarden moet een *onderzoeker* voldoen? Welke *actoren* betreft hij bij het evaluatie-onderzoek en waarom? Zijn voorwaarden of criteria te geven waaraan evaluatie-onderzoek van *wetten* moet voldoen? Op welke wijze kan evaluatie van wetgeving bijdragen om de kwaliteit van wetten te verbeteren, en de uitvoeringseffectiviteit te verhogen?

Bij mijn streven voornoemde vragen te beantwoorden, benut ik met name de analyse van Olsthoorn (2003) betrekking hebbend op een evaluatie van een achttal evaluaties van gezondheidswetten⁴, waaronder de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Uit het rapport van Olsthoorn distilleer ik 19 aandachtspunten waaraan ‘goede evaluatie’ volgens haar in ieder geval aan dient te voldoen. In hoofdstuk 3 toets ik het evaluatie-onderzoek ZonMw aan die aandachtspunten

In *hoofdstuk 3* verdiep ik mij in de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen zelf. Hier komt de inhoud van het rapport Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen nadrukkelijk in beeld; een rapport dat werd opgesteld door de Commissie evaluatie regelgeving van ZonMw, Den Haag. In dit hoofdstuk start ik met een beschrijving van dit rapport, waarvan de inhoud me inspireerde tot de evaluatie van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de vier kernvragen die ik in mijn algemene inleiding en in hoofdstuk 2 daarover stelde.

Ik analyseer de evaluatie van de wet zoals de Evaluatiecommissie deze verrichtte. Daarbij betrek ik de resultaten van de meta-evaluatie van Olsthoorn, waaraan ik enkele algemene criteria ontleen.

Daarnaast onderzoek ik de samenstelling van de Evaluatiecommissie en de ondervraagde experts en de mogelijke invloed van deze groeperingen op de inhoud van het Evaluatierapport.

Daarbij stel ik me een aantal vragen: wat zou het effect op de conclusies en aanbevelingen in het evaluatierapport zijn geweest als ZonMw anderen, zoals willekeurige managers van een zorginstelling, individuele beroepsbeoefenaren of andere medewerkers van een instelling, en individuele zorgverzekeraars, bij de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen had betrokken. Is de stem van consument, patiënt, klant of zorgverzekerde wel voldoende gehoord? Had de vakbond, als vertegenwoordiger van werknemers in zorginstellingen bij de evaluatie betrokken moeten zijn?

Zou dat een ander oordeel over de werking van de Kwaliteitswet zorginstellingen hebben opgeleverd. Of gewaagde aanbevelingen op basis van prikkelende conclusies?

⁴ Olsthoorn-Heim, E.T.M., “vijf jaar evaluatie regelgeving” Den Haag, ZonMw, 2003.

Immers, voor vernieuwing van beleid is het soms nodig een beroep te doen op mensen met een ongebruikelijke visie. Of, zoals Rick van der Ploeg in de Volkskrant⁵ zegt: “*Je moet gekken waarderen, mensen die anders zijn dan de norm. Dat zijn immers degenen die verandering teweeg kunnen brengen. Maar bij ons moet alles wat een beetje vreemd is zich conformeren...*”.

Kernvraag is evenwel: zouden de meningen van die anderen te veel afwijken van de conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport ZonMw? Ook bij afwijkende meningen is het best mogelijk voldoende draagvlak in het zorgveld te verkrijgen voor die conclusies en aanbevelingen. Essentieel is dat de verschillende categorieën uit het zorgveld met die conclusies en vooral de aanbevelingen kunnen leven. Zonder consensus daarover ontbreekt de legitimiteit en is de kans groot dat het zorgveld die aanbevelingen naast zich neerlegt en ze dus niet uitvoert.

Ook toets ik in dit hoofdstuk het evaluatie-onderzoek van ZonMw aan de 19 aandachtspunten die Olsthoorn onderscheidt.

In *hoofdstuk 4* onderzoek ik het effect van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen

Het effect van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen is moeilijk te meten. Zoals uit het onderzoek van Olsthoorn blijkt, was geen nulmeting verricht, voordat de wet inwerking trad. Wat en hoe moet er dan worden gemeten?

Daarnaast is de vraag, wat de invloed van de Kwaliteitswet zorginstellingen daadwerkelijk is geweest op het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen. De invloed van brancheorganisaties als KNMG is in het zorgveld groot, wellicht groter dan de invloed van een overheid, zelfs als deze een nota en wet concipieert. Mogelijk is de invloed van de Kwaliteitswet zorginstellingen op het kwaliteitspeil van de zorg in Nederland kleiner dan de beleidsmakers bij de overheid denken.

Hoe de overheid zelf denkt over de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen, schets ik aan de hand van een brief van de Minister van VWS op het Evaluatierapport ZonMw. Aannemende dat de aanbevelingen uit het Evaluatierapport van ZonMw enig effect in het zorgveld en bij de overheid heeft, zocht ik naar informatiebronnen. Ervan uitgaande, dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg⁶ als toezichthouder onderzoekt of de Kwaliteitswet zorginstellingen wordt nageleefd en daarbij ook de conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport betreft, stuitte ik op een onderzoek van de inspectie van eind 2002. Daarin geeft de inspectie de stand van zaken aan van het kwaliteitsbeleid in de zorgsector een jaar na het verschijnen van het Evaluatierapport ZonMw.

De Staatssecretaris van VWS daagt eind 2002 het zorgveld uit om werk te maken van hun kwaliteitsbeleid en concrete voorstellen van de Staatssecretaris aan te pakken of uit te werken en deze in 2004 met haar te bespreken.

Tot slot trek ik enkele conclusies over de doorwerking van het evaluatie-onderzoek van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

⁵ interview Michaël Zeeman met Van der Ploeg in de bijlage Volkskrant 20 maart 2004

⁶ “*Kwaliteitsborging in zorginstellingen: intentie, wet en praktijk*”, IGZ, 02/SG/01, 2002, Den Haag

In *hoofdstuk 5* ga ik dieper in op de opzet van mijn kleinschalig empirisch onderzoek. Voor dit onderzoek⁷ benutte ik mijn lidmaatschappen van verschillende organisaties en deed ik een beroep op mijn kennissenkring en familierelaties met een binding richting ‘zorg’ of zorginstellingen. Als eerste actie hield ik op een symposium voor leden van de AbvaKabo een workshop over de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Als tegenprestatie mocht ik de 101 deelnemers enquêteren, waarvan de meesten tot het middenkader van een zorginstelling behoorden.

Daarnaast interviewde ik negen personen: drie individuele beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, een ziekenhuisdirecteur, een verpleeghuisdirecteur, een manager juridische afdeling bij een zorgverzekeraar en twee ambtenaren van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de voormalig projectleider Kwaliteit van Zorg, tevens oud-inspecteur voor de Gezondheidszorg.

Tot slot zette ik een enquête uit bij de ca 30 leden van consumenten- en patiëntenorganisaties, vertegenwoordigd in de Zorgvragersraad Zoetermeer.

In totaal waren bijna 150 personen bij mijn onderzoeken betrokken.

Aandacht ook voor de betrokkenheid van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bij de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de evaluatie van die evaluatie. Als ‘bewaker van de wet’ is de IGZ verantwoordelijk voor het toezicht op een goede uitvoering van de wet.

In dit hoofdstuk geef ik inzicht in de verzamelde gegevens uit mijn onderzoeken.

In *hoofdstuk 6* analyseer ik de gegevens die in *hoofdstuk 5* zijn genoemd als resultaten van mijn drie onderzoeken.

Vervolgens vergelijk ik deze empirische gegevens met de theorieën uit eerdere hoofdstukken. Ook beantwoord ik hier de vragen die ik mij in de inleiding en in *hoofdstuk 2* stelde.

In *hoofdstuk 7* ten slotte, kom ik aan de hand van mijn opmerkingen uit eerdere hoofdstukken tot conclusies en doe ik op basis daarvan aanbevelingen, waardoor – in mijn visie - een volgende evaluatie van wetgeving in het algemeen en van de Kwaliteitswet zorginstellingen in het bijzonder, van betere kwaliteit kan zijn.

In blauwe kaders geef ik aanvullende, verklarende, toelichtende of achtergrondinformatie over zaken die nauw met het scriptieonderwerp zijn verbonden.

⁷ Het betreft de lidmaatschappen een ouderenbond in Zoetermeer; van de Zorgvragersraad Zoetermeer, het consumenten- en patiëntenplatform in die gemeente; van de Gemeentelijke Werkgroep Voorzieningen Gehandicapten en de Stuurgroep Wonen Plus van het Regionale Patiënten- en Consumentenplatform in de provincie Zuid-Holland.

Kern van de Kwaliteitswet zorginstellingen

- Zorg volgens de Kwaliteitswet zorginstellingen is zorg als omschreven in Ziekenfondswet of Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
- Een instelling is het organisatorisch verband waar zorgverlening plaatsvindt
- De zorgaanbieder (natuurlijk – of rechtspersoon) houdt een instelling in stand.
- Zorginstellingen bieden verantwoorde zorg
- Onder verantwoorde zorg wordt verstaan: zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt.
- De zorgaanbieder organiseert de zorg op zodanige wijze, voorziet de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personeel en materieel, en draagt zorg voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg.
- De zorgaanbieder betreft hierbij de resultaten van overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties. En als een patiënt ten minste 24 uur in de instelling verblijft, draagt hij tevens zorg voor geestelijke verzorging
- De zorgaanbieder zorgt voor een systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg
- De zorgaanbieder doet dat door op systematische wijze gegevens over de kwaliteit van zorg te verzamelen en te registreren en aan de hand van de analyse van de resultaten, zonnodig de zorg anders te organiseren.
- De zorgaanbieder maakt jaarlijks een openbaar kwaliteits(jaar)verslag, waarin hij verantwoording aflegt over het kwaliteitsbeleid van het afgelopen jaar.
- In het jaarverslag staat tevens of en op welke wijze patiënten of consumenten bij het kwaliteitsbeleid zijn betrokken en op welke wijze er kwaliteitsbeoordeling binnen de instelling plaatsvindt, en met welke frequentie en wat daarvan het resultaat was.
- In het jaarverslag staat eveneens vermeld op welke wijze klachten en meldingen invloed hadden of hebben op het kwaliteitsbeleid van de instelling.
- Het jaarverslag wordt in ieder geval naar de Minister, de Inspectie en de regionale patiënten- en consumentenplatform gezonden.
- De Minister kan een zorgaanbieder een aanwijzing geven als de zorgaanbieder zich niet of niet voldoende houdt aan de eisen van de Kwaliteitswet zorginstellingen.
- Een aanwijzing van de Minister bevat de redenen voor de aanwijzing, de te nemen maatregelen en de termijn waarbinnen de zorgaanbieder alsnog aan de wettelijke eisen moet voldoen.
- Indien maatregelen geen uitstel kunnen lijden, kan de Inspectie voor de Gezondheidszorg de zorgaanbieder een bevel geven. Een bevel geldt voor zeven dagen. De Minister kan die termijn verlengen.
- Zorgaanbieders zijn gehouden om aan een aanwijzing of bevel te voldoen.
- Overheidssancties zijn mogelijk als zorgaanbieders niet voldoen aan een aanwijzing of bevel.
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op een juiste naleving door zorgaanbieders van de Kwaliteitswet zorginstellingen.
- De Minister van VWS zendt binnen vijf jaar na de inwerkingtreding van de Kwaliteitswet zorginstellingen aan de Staten-Generaal een verslag over de doeltreffendheid en de effecten van deze wet in de praktijk.

Hoofdstuk 1. Een theoretische beschouwing over *evaluatie*.

1.1. Inleiding

In dit hoofdstuk geef ik een theoretische beschouwing over *evaluatie*.

Daarbij onderscheid ik de verschillende begrippen, vormen en functies van evaluatie, die in de theorie van belang zijn, met onder meer aandacht voor evaluatie *ex ante*, evaluatie *con current* en evaluatie *ex post*. Evaluatie als laatste fase van een beleidsproces of als onderdeel van een beleidscyclus. En evaluatie als middel – incidenteel of structureel - om beleid te verbeteren. Evaluatie als overheidsstrategie om hiervan te leren. En evaluatie als politiek drukmiddel om derden te bewegen in de overheidspas te lopen. Of evaluatie als symboolregelgeving; omdat het van de wetgever moet. Tevens geef ik een theoretische beschouwing over beleidsinstrumenten, die de motor zijn van beleid en onmisbaar zijn om beleid te operationaliseren. Bij evaluatie van beleid is een belangrijke vraag of de motor revisie behoeft.

Daarnaast een beschouwing over bestuurswetenschappelijke perspectieven en beleidstheorieën voor zover deze van belang zijn voor evaluatie (van beleid of wetgeving).

En welke actoren bij evaluatie van beleid zijn betrokken of dit behoren te zijn.

1.2. Verschillende begrippen van evaluatie

*De Dikke Van Dale*⁸ zegt over het woord *evaluatie*:

evalua'tie (<Fr.),v., 1. waardeschatting, het vaststellen wat iets waard is; in 't bijz. koersberekening; -ook in de technologie: de evaluatie van nieuwe producten; -(in ruimere toepassing) beoordeling; -2. bepaling van de muntwaarde.

Dit aan het Frans ontleende woord is in het Nederlands taalgebruik opgerekt. Bressers⁹ beschrijft *evaluatie in algemene zin* als: "... *het beoordelen van de voorstelling of waarneming van een bepaald verschijnsel (een situatie of een verandering daarin) aan de hand van bepaalde criteria.*" In ambtelijk VWS¹⁰ ging het begrip een relatie aan met het Engelse 'check', waarbij evaluatie vooral de betekenis kreeg van een terugblik; omzien naar wat je aanvankelijk wilde bereiken en kijken wat van dat oorspronkelijk doel uiteindelijk is terechtgekomen. Daarbij is het vooral belangrijk om de oorzaken te achterhalen als het beoogde doel *niet* werd behaald. In bestuurlijke kringen spreekt men dan van evaluatie *ex post*.

Naast *evaluatie* benoemt Bressers *beleidsevaluatie* dat hij omschrijft als: "... *het beoordelen van de waargenomen inhoud, processen of effecten van een beleid aan de hand van bepaalde criteria.*"

En als kenmerk voor *evaluatie-onderzoek* stelt hij "... *dat het langs wetenschappelijke weg tracht te komen tot kennis met het oog op de beoordeling van de inhoud, de processen en/of effecten van een beleid of van andere activiteiten.*"

Wat volgens Bressers geldt voor evaluatie van beleid, zal eveneens gelden voor evaluatie van een wet. Waarbij 'beleid' vervangen wordt door 'wet'. Dat geldt met name als het wetgevingstraject een logisch vervolg is van een beleidstraject. In het geval van de Kwaliteitswet zorginstellingen is daarvan sprake. Deze wet is mede gebaseerd op de nota Kwaliteit van Zorg, een nota waarin de contouren van de wet zijn beschreven.

⁸ 11^e uitgave, 1984

⁹ Bressers, J. & Hoogerwerf, A. *Beleidsevaluatie*, Samsom H.D. Tjeenk Willink, Alphen aan den Rijn, 1991, pp 21-29.

¹⁰ Projectgroep Kwaliteit van Zorg (in de interne *kapstoknotitie* van 1989/1990)

1.3. Verschillende vormen van evaluatie

1.3.1. Inleiding

Er zijn vele vormen van evaluatie en de toepassing daarvan. Het is ondoenlijk om hiervan een compleet overzicht te geven. Hierna beschrijf ik een selectie van die vormen, die m.i. relevant zijn of aansluiten bij mijn scriptie-onderwerp.

Deze hebben enerzijds betrekking op een bestuurlijk proces, het gaat immers om een wetgevingsproces. En anderzijds op een organisatorisch proces; de Kwaliteitswet zorginstellingen stelt namelijk (kwaliteits)eisen aan de organisatie van de zorginstelling.

1.3.2. Evaluatie ex post

De evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen door ZonMw vond – conform die wet - binnen vijf jaar na inwerkingtreding plaats. Het is een voorbeeld van evaluatie ex post.

Evaluatie is een integraal onderdeel van een beleidsproces. Wanneer een beleidsproces als een lineair proces wordt gezien, is evaluatie daarvan de laatste fase. Bij evaluatie van beleid dient betreffende beleidsmaker antwoord te krijgen op vragen als: wat wilde ik bereiken? Heb ik bereikt wat ik wilde bereiken? Als het antwoord hierop positief is, zal over het algemeen de conclusie zijn: het voorgestane beleid is geslaagd. De daarop gebaseerde aanbeveling is dan: dit beleid zal niet direct aanpassing behoeven. Of: de geëvalueerde wet voldoet en behoeft niet te worden bijgesteld. Als het antwoord op de vragen negatief uitpakt, zal de beleidsmaker zich nadere vragen stellen: als niet werd bereikt wat was beoogd, aan welke actoren of factoren kan dat liggen? Heb ik een situatie verkeerd ingeschat of is er verkeerd gehandeld? Had ik iemand of een organisatie wel of juist niet bij de beleidsvoorbereiding of het beleidsproces moeten betrekken? Was het tijdstip om dit beleid in te voeren niet goed gekozen (de tijd was er niet rijp voor)? Koos ik voor onjuiste beleidsinstrumenten of zijn de juiste instrumenten onjuist ingezet? Ligt het aan verkeerde uitvoering van – op zich – goed beleid. Heb ik te weinig rekening gehouden met de uitvoerders van mijn beleid? Had ik wel voldoende politieke support om het voorgestane beleid uit te voeren? En – als een soort metavraag - hoe kan ik in de toekomst voorkomen dat er discrepantie ontstaat tussen beoogd en gerealiseerd beleid? Evaluatie is in dit verband te beschouwen als een leerproces, waardoor je - een ervaring rijker - een volgende keer niet in dezelfde valkuilen stapt. Leer van de opgedane ervaring en dat telkens weer.

Die laatste fase in een beleidsproces is bij beleidsmakers niet populair. Immers, als beleid is uitgedacht, de gevechten in de (politieke) arena zijn beëindigd, de knelpunten zijn overwonnen, willen de beleidsmakers maar één ding: hun beleid (laten) uitvoeren. Daarop zijn hun inspanningen gericht.

Mooie plannen blijken in de praktijk soms moeilijk uitvoerbaar. Veelal ziet een beleidsmaker pas in de evaluatiefase van een beleidsproces een optelsom van irritatiemomenten uit de voorgaande fasen. En dan is pas duidelijke welke zaken zijn verwaarloosd.

Toch is deze impopulaire fase van onmisbaar belang voor een goede beleidsontwikkeling; een beleidsontwikkeling die uiteindelijk leidt tot legitimiteit van het voorgestane beleid, waarbij dat voorgestane beleid daadwerkelijk tot uitvoering komt.

Veel mensen, zo ook beleidsmakers, zien het als een persoonlijk falen als een door hen toch zo zorgvuldig uitgedokterd proces in de praktijk niet het beoogde effect heeft.

De evaluatie in een beleidsproces is op menselijke schaal te beschouwen als een moment van reflectie.

In de praktijk is beleid bijna nooit voor honderd procent geslaagd. De verbeeldingskracht van beleidsmakers heeft z'n grenzen; niet alles is te overzien. Bovendien ontbreekt de tijd en het geld om alles te onderzoeken wat te onderzoeken is. Aan de andere kant; beleid is zelden volkomen mislukt. Bij de beschouwing over de wetenschappelijke theorieën kom ik hierop terug.

1.3.3. Evaluatie ex ante

Bij het nadenken over nieuw beleid, probeert de beleidsmaker al in een zo vroeg mogelijk stadium in te schatten wat voor complicaties de invoering en de uitvoering van dat beleid met zich meebrengt – en wat daarop zijn reactie moet zijn om die complicaties te voorkomen of te neutraliseren – om het beoogde doel (alsnog) te bereiken. Wat bij de uiteindelijke invoering van dat beleid de bedoelde en onbedoelde effecten kunnen zijn en de eventuele negatieve of positieve neveneffecten, en hoe daarop te reageren en met welke middelen. Daarbij gaat hij enerzijds af op een eigen inschatting van de effecten, die vooral gebaseerd is op eigen ervaring of de collectieve ervaring van de beleidssector of het ministerie waarvan hij deel uitmaakt. Anderzijds op de inbreng van ‘derden’ of externen, die de beleidsmaker wijzen op de door hen te verwachten effecten van voorgestaan beleid. Dat kunnen belangengroepen zijn, klanten van de overheid of uitvoerders van het beoogde beleid. Met de Kwaliteitswet zorginstellingen als voorbeeld zijn dit: organisaties van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en organisaties van patiënten en consumenten; kortweg: het zorgveld.

Maar die ‘derden’ kunnen ook beleidsmakers zijn met concurrerende belangen, die een ‘aanslag’ (willen) doen op financiële middelen in de zorg (denk aan: uitbreiden van het zorgpakket versus bezuinigingsmaatregelen in de zorg om de zorg betaalbaar te houden) of andere ministeries, die andere prioriteiten kunnen hebben dan VWS en minder behoefte hebben om geld aan zorg te spenderen. Of de effecten van marktwerking in de zorgsector en de rollen daarbij van werkgever, vakbonden en financiers van die zorg. De argumenten die deze derden te berde brengen, vormen belangrijke informatie, die de beleidsmaker kan benutten als input voor zijn beleid. En juist door die reactie van derden weet een beleidsmaker de standpunten die over het voorgenomen beleid bestaan in Nederland of – meer concreet – in het zorgveld. Hierdoor kan hij het effect van dat voorgenomen beleid beter inschatten; weet hij waar de pijnpunten zitten en kan hij zondig dat voorgenomen beleid nu al bijstellen of tijdig naar tegenargumenten zoeken. Er wordt als het ware vooruitgelopen op het debat in het maatschappelijk middenveld (i.c. de zorgsector) en de politieke arena.

Als de beleidsvoorbereiding zorgvuldig gebeurt, bestaat er een gereede kans dat het beoogde beleid conform de verwachting wordt uitgevoerd.

Dat proces om van tevoren de gevolgen van het te realiseren beleid in te schatten, met de bedoeling hierop adequaat te reageren, is evaluatie ex ante.

Met de Kwaliteitswet zorginstellingen als voorbeeld, is van evaluatie ex ante sprake in de nota Kwaliteit van Zorg en de daarin aangegeven contouren van een kwaliteitswet voor zorginstellingen. Immers, in de nota – die in goed overleg met de zorgsector totstandkwam - staat vrij precies hoe de overheidsbeleidsmakers over ‘kwaliteit van zorg’ dachten en op elke wijze zij dat gedachtegoed wilden introduceren in de zorgsector in het algemeen en bij de zorginstellingen in het bijzonder en wat het ingeschatte effect was en hoe het wettelijk kader er moest uitzien.

En om bij het realiseren van het overheidsdoel een zekere druk op de uitvoerders van dat beleid, i.c. het zorgveld, uit te kunnen oefenen, stond in de nota welke middelen (lees: beleidsinstrumenten) de overheid daarbij wilde gebruiken: als de overheid niet via overtuigen en overreden haar doel bereikt, hangen er overheidsmaatregelen in de lucht om het zorgveld in de beoogde beleidsrichting te dwingen. Maar ook: de overheid wil kwaliteit van zorg stimuleren door experimenten in de zorgsector te subsidiëren.

1.3.4. Evaluatie con current

Zeker bij een complex beleidsproces of langdurige procesperiode, is het noodzakelijk om tussentijds een balans op te maken, waarbij de vragen zijn: Liggen we met ons project op koers? Halen we met de ingezette middelen onze geplande doelen in de daarvoor gestelde tijd? Is soms bijstelling van doel nodig? Is nadere politieke afstemming gewenst? Dat laatste speelt zeker als tussentijds politieke verschuivingen plaatsvinden (bij verkiezingen) of een nieuw Kabinet zich manifesteert en andere prioriteiten stelt. Beter discussie over doel en wijze waarop dat doel kan worden bereikt tijdens de projectperiode, dan met een resultaat te komen waar niemand op zit te wachten, dat inmiddels is achterhaald of dat strijdig is met de op dat moment geldende politieke visie van de verantwoordelijke bewindspersonen.

De nota Kwaliteit van Zorg is het beleidsdocument waarop de Kwaliteitswet zorginstellingen is gebaseerd. Deze nota werd meermalen totaal herschreven. Dat gebeurde op grond van politieke inschattingen en maatschappelijke signalen over de haalbaarheid van het voorgestane overheidsbeleid en de veranderde inzichten in de loop van de drie jaar schrijftijd die met de nota was gemoeid. Door conceptnota's meermalen met vertegenwoordigers uit o.a. het zorgveld, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), het Interprovinciaal Overleg en de ouderenbonden te bespreken en door hun wijzigingsvoorstellen zo veel mogelijk te honoreren, was de kans groot dat het voorgenomen beleid in de eindversie van de nota de steun van de meeste betrokkenen zou krijgen.

1.4. Verschillende vormen van organisatie van evaluatie

Ringeling(1997)¹¹ onderscheidt drie vormen voor de organisatie van wetsevaluaties: ten eerste *interne evaluatie*, waarbij het ministerie zelf onderzoek verricht, of dit zelf uitbesteedt.

Ten tweede *externe evaluatie*, waarbij het initiatief om een wet te evalueren van buiten het ministerie komt.

Deze twee vormen komen overeen met het onderscheid dat Teisman en Van der Meer¹² maken. Als voorbeeld van externe evaluatie noemt Ringeling onderzoek verricht in opdracht van de Algemene Rekenkamer.

Ten derde noemt Ringeling *evaluatie-onderzoek op afstand*, als een organisatie 'op afstand' het evaluatie-onderzoek verricht. Dat kan een commissie zijn. Het voordeel van zo'n onderzoek is volgens hem - naast die afstandelijkheid – het minder last hebben van de "Haagse haast", terwijl de evaluatie systematisch gebeurt, openbaar is (publicatie van het onderzoek volgt) en de onderzoekers vragen stellen die de beleidsmakers niet zelf zouden hebben gesteld, bijvoorbeeld omdat deze tot ongewenste discussie zouden kunnen leiden.

¹¹ Ringeling, A., *Evaluatie: hoe en wat?* Regelmaat 1997, pp. 143-150.

¹² Teisman, G., Van der Meer, F-B, e.a. *Evalueren om te leren*, naar een evaluatiearrangement voor de Vijfde Nota RO, EUR, 2002, pp. 16.

Opmerkingen n.a.v. de verschillende vormen van organisatie van evaluatie.

De wijze waarop de organisatie van evaluatie plaatsvindt, is van belang voor de betrouwbaarheid van het evaluatie-onderzoek. Als een opdrachtgever voor evaluatie-onderzoek een nauwe hiërarchische of financiële band heeft met de onderzoeker, zal hij meer kans hebben het onderzoek of onderzoeksresultaat te beïnvloeden, dan zonder die banden. De wijze van financiering van het evaluatie-onderzoek van de Kwaliteitswet zorginstellingen door ZonMw is in dit verband relevant.

De Kwaliteitswet zorginstellingen bevordert de interne kwaliteitsevaluatie van zorginstellingen door middel van het verplichte kwaliteitsjaarverslag (zie blauwe kader: kern van de Kwaliteitswet zorginstellingen).

Als ander voorbeeld van interne evaluatie van beleid noem ik de interne audits. Een voorbeeld van externe evaluatie is intercollegiale toetsing. De laatste jaren is ook het certificeren van instellingsactiviteiten onderdeel van dit interne kwaliteitsbeleid; als dit gebeurt door een erkend certificerend instituut (bijvoorbeeld Kema of TNO), is meestal sprake van externe evaluatie.

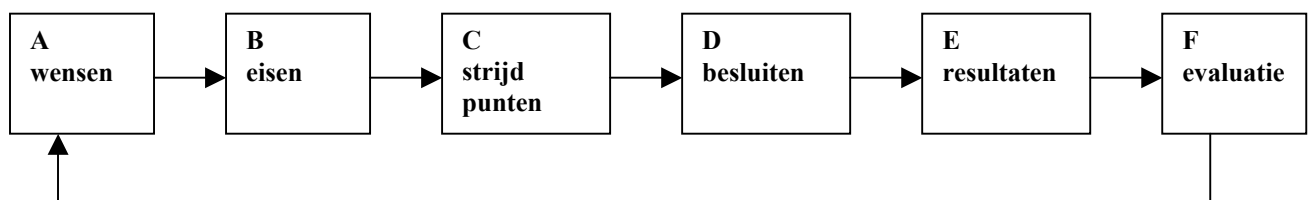
Een zeker risico van intern evaluatie-onderzoek is dat dit minder kritisch plaatsvindt dan met name onderzoek op afstand door een onafhankelijke onderzoeker, die noch financiële, noch hiërarchische banden met de te onderzoeken instelling heeft. Bij externe evaluatie geldt eveneens dat hoe groter de financiële afhankelijkheid van de onderzoeker is ten aanzien van de opdrachtgever, des te groter het risico dat het onderzoek niet of niet geheel onafhankelijk en onpartijdig gebeurt, omdat - bewust of onbewust - de opdrachtgever het onderzoek of onderzoeksresultaat beïnvloedt.

1.5. Evaluatie, onderdeel van een beleidsproces

Twee methodieken waarbij evaluatie een duidelijke plaats inneemt binnen het beleidsproces en die een belangrijke rol speelden bij de totstandkoming van de nota Kwaliteit van Zorg en de Kwaliteitswet zorginstellingen, zijn het procesmodel van Bachrach en Baratz en de beleidscyclus van Deming. Hierna volgt een korte bespreking van die modellen.

1.5.1. Procesmodel van Bachrach en Baratz; het barrière-model¹³

Bachrach en Baratz, maar ook anderen zoals Easton, zagen het beleidsproces als een lineair proces, zoals volgend schema toont. Zo'n lineair proces is te beschouwen als een analytisch of denkmodel; het geeft richting aan de planning van het beleidsproces, zonder op de inhoud in te gaan, en het maakt de beleidsmaker bewust van de opeenvolgende fasen van een beleidsproces.



Schema 1

¹³ Thomas A. Birkland, *An introduction tot the policy process*, New York, M.E. Sharpe, 2001, pp. 109-110, 222.

Wensen die via de weg van eisen, strijdpunten en de besluitvorming daarover, uiteindelijk uitmonden in de (beoogde) resultaten van een bepaald beleid.

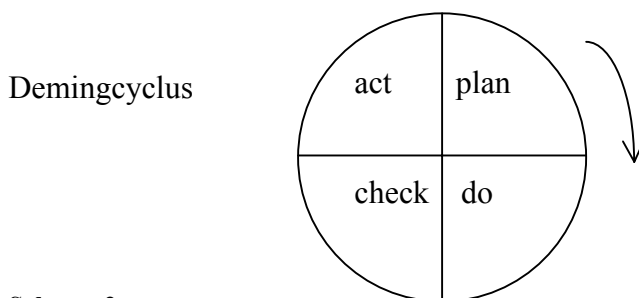
Evaluatie van bereikte resultaten en een vergelijking met de beoogde resultaten leidt zonnodig tot nieuwe wensen of een bijstelling van die wensen aan de realiteit van dat moment. Een terugkoppeling van de evaluatiefase naar eventuele nieuwe wensen of bijstelling van de bestaande wensen, is in dit model essentieel. Zo nodig begint een nieuw proces; de evaluatiefase eindigt immers met het besluit om het gevestigde (bestaande) beleid al dan niet te continueren dan wel beleidsveranderingen op termijn door te voeren.

Met de Kwaliteitswet zorginstellingen als voorbeeld was dat procesdoel: het ontwikkelen van een overheidsvisie over wat onder ‘kwaliteit van zorg’ moet worden verstaan. Het innemen van standpunten over de rol (of rollen) die de overheid en het zorgveld bij het ontwikkelen en het uitvoeren van een kwaliteitsbeleid hebben. En het opzetten van de contouren van een kwaliteitswet voor zorginstellingen.

Dit model is heel nuttig als denkmodel. In de praktijk kunnen zich complicaties voordoen. Zoals de discussie (en het effect daarvan) over de keuze van onderwerpen op de maatschappelijke agenda, die via de politieke agenda ten slotte op de beleidsagenda een plaats krijgen en als ‘wensen’ een start maken in het procesmodel zoals hiervoor beschreven. Politieke prioriteiten worden soms bijgesteld, waardoor onderwerpen van de beleidsagenda verdwijnen of daarop verschijnen. Politieke afwegingen hebben soms tot gevolg dat onderwerpen bewust niet op de beleidsagenda terechtkomen, bijvoorbeeld omdat deze te politiek gevoelig zijn en een discussie erover ongewenst is. Een voorbeeld is de maatschappelijke discussie over abortus die lang van de politieke agenda is gehouden; pas na acties van Dolle Mina’s als ‘baas in eigen buik’, moest abortus wel op de politieke agenda komen en vervolgens op de beleidsagenda. Diezelfde politieke gevoeligheid hield lange tijd euthanasie van de beleidsagenda.

1.5.2. Demingcyclus

Het beleidsproces als cyclisch proces is door onder meer Deming ontwikkeld. In de gezondheidszorg is de Demingcyclus veel gebruikt. Het is een denkmodel, ontstaan in de Tweede Wereldoorlog in de militaire industrie.



Schema 2

De Amerikaan Deming introduceerde zijn eenvoudige schema in het naoorlogse Japan. Samen met Juran gaf hij de economie een positieve impuls door de kwaliteit van bedrijfsprocessen te verbeteren. Hij deed dit door zijn systematische aanpak van beleidsprocessen. Ervaring had hij opgedaan in de militaire industrie in Amerika gedurende de Tweede Wereldoorlog. Het systeem van Deming komt erop neer dat beleid voortdurend geëvalueerd moet worden.

Het is een bewustwordingsproces, waarbij je van je fouten leert. In de oorlog analyseerde hij de redenen waarom een vliegtuig verongelukte. Een vliegtuig hoort te vliegen en als er een verongelukte moest dat in de toekomst liever niet meer gebeuren. Van je fouten leren, was letterlijk van levensbelang. Deming was een profeet die in zijn eigen land aanvankelijk geen waardering kreeg. Pas na zijn Japanse succes werd deze zogenaamde Japanse methodiek door het Amerikaanse bedrijfsleven ge(her)introduceerd.

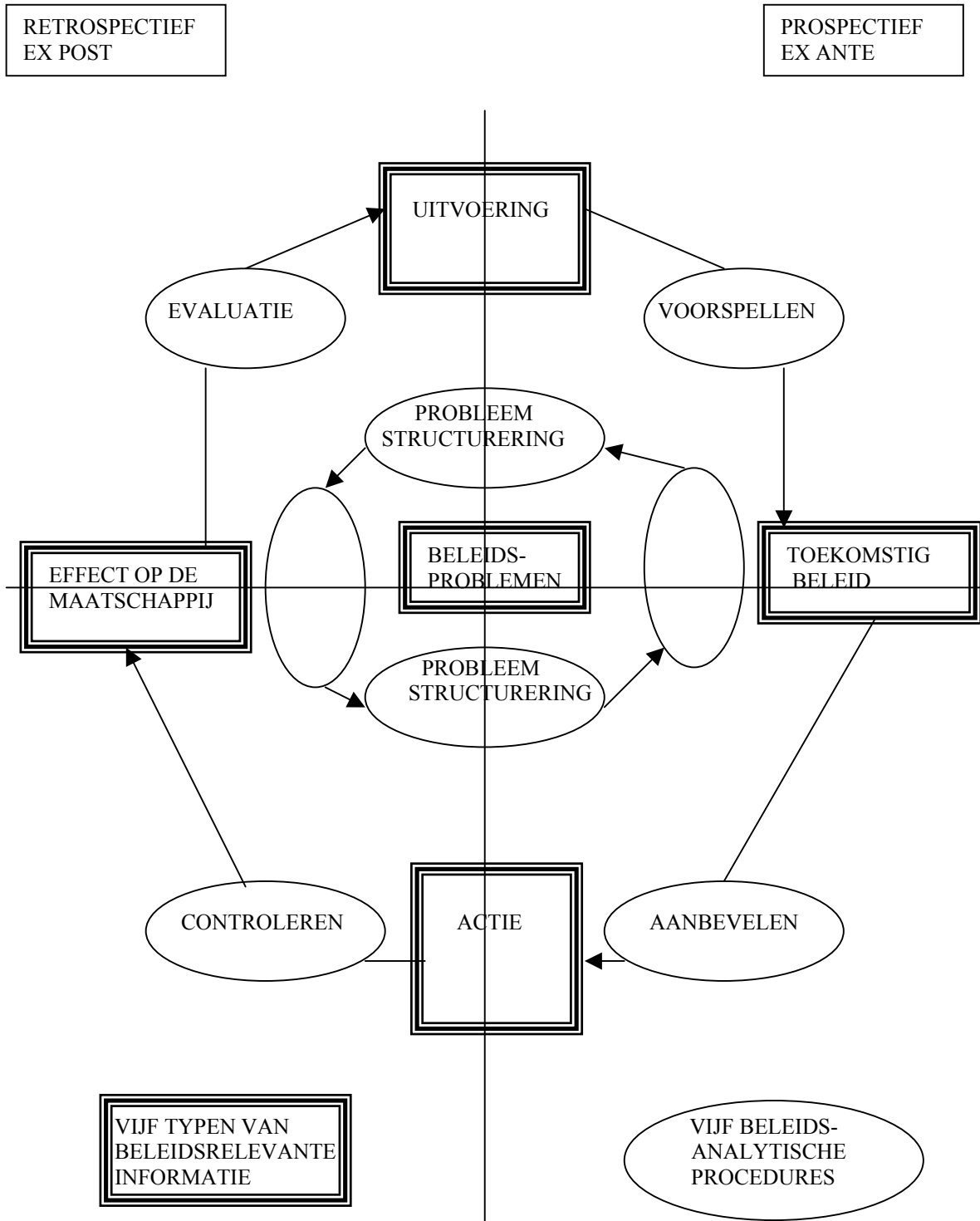
De Demingcyclus houdt in dat als een organisatie zich een doel stelt; die organisatie aangeeft op welke wijze, met welke middelen, met wie, waar en wanneer, zij denkt dat doel te bereiken. Die planmatig aanpak zet de organisatie op schrift, bijvoorbeeld in de vorm van een meerjarenbeleidsplan of jaarlijks werkplan. Dit is de zogenaamde plan-fase van de cyclus. De organisatie brengt dit plan ten uitvoer, conform de inhoud van het beleidsplan en met de daarin genoemde middelen, methoden en activiteiten. Dit is de do-fase van de cyclus. In de check-fase vindt onderzoek plaats of het plan conform de plan-fase is uitgevoerd en of dat tot de beoogde resultaten heeft geleid. Als dat het geval is, zal het beleidsplan niet direct aanpassing behoeven. Juist als in de check-fase blijkt dat het plan niet of niet helemaal volgens de bedoeling is uitgevoerd of andere resultaten opleverde, is nieuw onderzoek nodig. De belangrijkste vragen die beantwoording behoeven zijn: was het plan wel goed, maar deugde de uitvoering niet of was het plan misschien niet afgestemd op de praktijk of te ambitieus en was zodoende een goede uitvoering niet mogelijk. Die heroverweging van beleidsdoel, eventuele bijstelling van het beleidsplan en mogelijke herinrichting van de uitvoering, vindt plaats in de act-fase. Het denkwerk in die fase levert een al dan niet vernieuwd beleidsplan op, de tweede ronde van de Demingcyclus begint. De organisatie voert ook dit plan uit conform de bedoeling (do-fase 2) en evalueert vervolgens deze bevindingen weer (check-fase 2). Door steeds een herhaling van zetten te doen, plan, do, check, act, enz., enz., is het beoogd effect: de kwaliteit van de organisatie stijgt spiraalsgewijs tot een steeds hoger niveau.

Deze managementdenkbeelden zijn in de jaren tachtig ook in het zorgveld geïntroduceerd, waarbij de Amerikaan Donabedian destijds de bekendste kwaliteitsgoeroe voor het zorgveld was. In Nederland waren prof. E. Reerink (Universiteit Maastricht) en prof. A. Casparie (EUR) belangrijke pleitvoerders voor een kwaliteitsbeleid gericht op zorginstellingen.

In de Kwaliteitswet zorginstellingen is artikel 4 de juridische vertaling van de Demingcyclus; een instelling moet op systematische wijze haar (kwaliteits)beleid bewaken, beheren, beheersen en verbeteren. En ingevolge artikel 5 moet een instelling in een openbaar verslag verantwoording afleggen over het gevoerde (kwaliteits)beleid in het afgelopen jaar.

1.6. Evaluatie, onderdeel van beleidsanalyse

Schema van William Dunn over integrale beleidsanalyse (Policy-Analysis Method)



Schema 3

Naast de hiervoor genoemde denkmodellen in paragraaf 1.5. verdient het denkmodel van William Dunn aandacht.¹⁴ In schema 3 is dit model opgenomen. In dit model van integrale beleidsanalyse is ‘evaluatie’ een aspect. Het model onderscheidt vijf typen van beleidsrelevante informatie en vijf beleidsanalytische procedures. Het beleid beïnvloedt enerzijds een analyse en wordt anderzijds door analyse beïnvloed. Die wederzijds beïnvloeding geldt over en weer.

In dit model wordt aan de hand van gevoerd beleid onderzocht wat het effect van dat beleid op de maatschappij (policy outcome) is. Op basis van analyse van die maatschappelijke effecten, vindt evaluatie plaats, waarna – afhankelijk van de besluitvorming naar aanleiding van die evaluatie – de beleidsuitvoering wordt bijgesteld, bijvoorbeeld door bijstelling van een beleidsplan. Op basis van voorspellingen wordt het toekomstige, gewenste, beleid geformuleerd en worden er aanbevelingen gedaan om de gewenste beleidsacties uit te voeren.

In dit model wordt qua tijdsbestek zowel vooruitgeblikt als achterom gekeken. En aandacht voor voorspellen en evalueren van beleid, rekening houdend met beleidsproblemen, gepland beleid (beoogd beleid), toekomstig beleid (gewenst beleid) en daadwerkelijk gerealiseerd beleid.

Het model van Dunn is te beschouwen als een uitwerking of detaillering van het model van Deming.

1.7. Functies van evaluatie voor beleid of wetgeving

1.7.1. Inleiding

Onder 1.5.1. gaf ik een beschouwing over het procesmodel van Bachrach en Baratz, met evaluatie als laatste fase van een beleidsproces. Als het beleidsproces is gericht op het totstandbrengen van een beleidsnota, is die nota het eindresultaat van het proces: de output. In veel gevallen is een beleidsnota, waarin de overheid haar beleid verwoordt en aangeeft op welke wijze dat gestalte krijgt, het startpunt van een vervolgproces, een wetgevingsproces. De output van een beleidsnota is dan de input voor het wetgevingsproces, een vervolgproces waarvan de output is: een wet. Evaluatie heeft zowel een functie voor beleid als voor wetgeving.

Dit geldt zeker voor de nota Kwaliteit van Zorg die de input vormde voor de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Gesteld kan worden dat het redigeren van de nota Kwaliteit van Zorg een deelproces was, evenals de totstandkoming van de Kwaliteitswet zorginstellingen en dat het totale proces betrekking had op het realiseren van zowel nota als wet; nota en wet als totaal product. Bij de evaluatie van de wet zijn gegevens uit de nota van belang en omgekeerd. Bij de beschouwing over met name evaluatie ex ante en con current kwam die nauwe band tussen nota en wet het duidelijkst naar voren.

1.7.2. Evaluatie als leerproces

Wil evaluatie zinvol zijn, dan moet het tot iets leiden. Dat ‘iets’ verschilt per individuele casus¹⁵ en de fase waarin de beleidsontwikkeling of -uitvoering zich in die casus bevindt. In dit verband verwijs ik naar de hiervoor uitvoerig beschreven evaluatie ex post, ex ante en con current.

¹⁴ Dunn, W..A., *Public Policy Analysis: An Introduction*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1994, pp. 61-87

¹⁵ Een casus kan betrekking hebben op een beleidsproces of een wetgevingsproces

De gemeenschappelijke doelstelling van deze drie vormen van evaluatie is: een analyse van gegevens uit verleden, heden of toekomst, met het doel hiervan te *leren*, opdat een beoogde doel in het vervolg wel of weer wordt bereikt. Bij evaluatie ex post kan dat zijn: leren van fouten of andere onvolkomenheden. Evaluatie ex ante is vooral gericht op het voorkomen van fouten. En een mix van leren van fouten en het voorkomen ervan, speelt bij evaluatie con current. *Leren* staat evenwel centraal.

1.7.3. Evaluatie als leerproject

Evaluatie van een individuele casus leidt, zoals hiervoor beschreven, tot een leerproces, dat zich beperkt tot één beleidsproces, één wet, één beleidssector of één beleidsmaker. Als een analyse van een aantal evaluaties plaatsvindt, kan zo'n meta-evaluatie nuttige of noodzakelijke informatie verschaffen om de kwaliteit van toekomstige evaluaties te vergroten. Het maximale effect is bereikbaar door alle (wets)evaluaties die plaatsvinden op een systematische, projectmatige manier te beoordelen op bruikbaarheid voor (wets)evaluaties in de toekomst. Het doel is om een 'gouden standaard' voor evaluatie-onderzoek te ontwikkelen. Bij zo'n systematische benadering spreek ik van evaluatie als leerproject. Daar kunnen meer dan één beleidsmaker, beleidssector of ministerie bij zijn betrokken.

1.7.4. Evaluatie als middel om verantwoording af te leggen

Evaluatie ex post is een middel om verantwoording af te leggen over het gevoerde beleid. Bij de evaluatie wordt pas duidelijk of beloftes zijn nagekomen, geplande acties goed zijn uitgevoerd, wetten werken zoals beoogd of politieke programma's succesvol zijn. In het dagelijks leven vinden dit soort evaluaties voortdurend en vaak ongemerkt plaats, met name waar cyclische processen plaatsvinden. Bijvoorbeeld de kwaliteitsjaarverslagen in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen; financiële jaarcijfers van ondernemingen; de resultaten van vier jaar regeringsbeleid dan wel het plegen van oppositie. Het effect van deze voorbeelden is dat als een kwaliteitsjaarverslag ondeugdelijk is, de Inspectie voor de Gezondheidszorg bij de instelling eerder een onderzoek instelt. De jaarcijfers van bedrijven beïnvloeden de beurskoers en politieke partijen worden in een cyclus van vier jaar afgerekend op hun politieke daden, die zijn gebaseerd op politieke beloftes.

1.7.5. Evaluatie als politiek drukmiddel¹⁶

In de politieke arena van de Tweede Kamer kan in een wetgevingsproces soms een impasse ontstaan, waarbij Kamerleden over de streep moeten worden gehaald om vóór een bepaald wetsontwerp te stemmen. Als leden van de Kamer niet veel vertrouwen hebben in het beoogde effect van een wet en daarbij kritische opmerkingen plaatsen, kan een toezegging van de minister of staatssecretaris om die wet binnen redelijke termijn te evalueren, het zetje (drukmiddel) zijn om hen over de streep te halen. Immers, de welwillende minister een uitgestoken hand weigeren kan voor het Kamerlid politiek negatief uitpakken; het signaal dat ervan uitgaat is: dat Kamerlid wil die wet niet en gaat zelfs niet in op redelijke voorstellen van de Minister of Staatssecretaris.

¹⁶ Polak, J.M. in: Olsthoorn-Heim, E.T.M., *Vijf jaar evaluatie regelgeving via ZonMw*, verslag van een analyse van het programma Regelgeving in opdracht van het bestuur van ZonMw, maart 2003, Den Haag, ZonMw, pp. 18.

1.7.6. Evaluatie als politiek wapen

Eén evaluatie-onderzoek kan in de politiek – afhankelijk van de politieke visie - een verschillend effect hebben. Politieke partijen hebben de neiging om de hun welgevallige conclusies en aanbevelingen uit de onderzoeksresultaten te distilleren en in de politieke arena te gebruiken als ondersteunend argument of om hun gelijk te bewijzen dan wel het ongelijk van hun politieke tegenstander. De hun onwelgevallige resultaten worden – als het kan - genegeerd of gebagatelliseerd.

1.7.7. Evaluatie als bindmiddel

Evaluatie, met name evaluatie ex post, biedt de beleidsmaker de mogelijkheid om actoren (bijvoorbeeld de partijen in het zorgveld) die nauw bij de ontwikkeling of uitvoering van een bepaald beleid waren of zijn betrokken, opnieuw bij dat beleid te betrekken en hun expertise te benutten om het beleid eventueel bij te stellen.

Immers, deze actoren deden ervaring op met de uitvoering van betreffend beleid en ze zijn na verloop van een aantal jaren beter in staat om met een zekere abstractie naar dat beleid en het effect ervan op de samenleving te kijken. Het opnieuw bij elkaar brengen van die actoren, kan bij hen een gevoel van saamhorigheid teweegbrengen, waardoor zij enerzijds bereid zijn om beleid of wet te evalueren, en er anderzijds een revitalisering van de onderlinge samenwerking tussen de actoren en de overheid plaatsvindt.

Deze reünie van actoren heeft dan een positief effect op het evaluatieproces, terwijl het bovendien de kans vergroot dat de conclusies en aanbevelingen uit het evaluatierapport breed worden gedragen (toepassen van het legitimeitsbeginsel), waardoor deze (beter) worden uitgevoerd.

1.7.8. Evaluatie als reminder

Een hype ontstaat en verdwijnt na enige tijd. Dat geldt ook voor beleidsonderwerpen. Een onderwerp komt op de beleidsagenda, krijgt daar een hoge notering en staat in de belangstelling. Na verloop van tijd ebt die belangstelling weg. Mocht daartoe de noodzaak bestaan, dan dienen nieuwe acties plaats te vinden om het onderwerp opnieuw of hoger op de beleidsagenda te krijgen. Daarnaast wijst onderzoek uit dat het implementeren van nieuwe kennis een moeizaam proces is¹⁷. Evaluatie is een middel tot reactivering; evaluatie stelt een beleidsonderwerp in de schijnwerpers.

Bij een juiste belichting, trekt het onderwerp opnieuw de aandacht van de actoren die met dat beleid hebben te maken en dat kan een impuls opleveren om opnieuw geld en energie in dit beleid te steken.

Periodieke evaluatie van wetgeving, kan de belangstelling voor een wet en het daarin geregelde beleid, warm houden. Dat speelt in het bijzonder als een wet niet of niet goed wordt uitgevoerd en de implementatie van beleid te wensen overlaat.

1.7.9. Evaluatie als symboolregelgeving

Van symboolregelgeving is sprake als regels geen duidelijke betekenis (meer) hebben. Dat geldt ook voor evaluatiebepalingen die de laatste jaren standaard in wetten komen te staan. Als dat kritiekloos gebeurt - als een automatisme - dreigt het gevaar, dat de uiteindelijke evaluatie ook tot een automatisme verwordt. Met het risico dat de resultaten voorspelbaar zijn, nietszeggend of van weinig waarde zijn.

¹⁷ Medisch Contact, Schuring, R. & Harten, W.v., *Verspreiding van kennis verloopt moeizaam, Als er één schaap over de dam is ... volgen er weinig*. (MC, 28 mei 2004, 59^e jaargang, nr. 22, pp. 908-911)

Evaluatie van beleid of een wet dient bewust te geschieden met aandacht voor procedure en inhoud van dat beleid of wet, gericht op resultaat en de wil om dat resultaat te benutten voor toekomstig beleid of wetgeving.

1.8. Effecten van evaluatie

1.8.1. Inleiding

Als evaluatie-onderzoek plaatsvindt, is niet op voorhand te zeggen wat het effect van de onderzoeksresultaten is. Op verschillende actoren kan het effect – afhankelijk van de situatie – totaal verschillen. Teisman en Van der Meer¹⁸ onderscheiden daarbij een viertal manieren waarop de resultaten van evaluatie-onderzoek op actoren doorwerken. Zij spreken van koppelingen, te weten: cognitieve koppeling, sociale koppeling, indirecte koppeling en aansluiting bij ideeën of praktijken in ontwikkeling. Ter verduidelijking van de begrippen geef ik daarvan hiervan een voorbeeld.

1.8.2. Cognitieve koppeling

Actoren bekijken de resultaten van evaluatie-onderzoek vanuit hun eigen perspectief of referentiekader. In de politiek worden vaak die elementen uit conclusies en aanbevelingen gebruikt, die politiek welgevallig zijn.

Dat levert soms discussie op met de wetenschappers die het onderzoek verrichtten en die soms vinden dat hun onderzoek door de politiek is misbruikt. Ook, regeringspartijen zullen de aandacht op andere conclusies of aanbevelingen richten, dan de oppositiepartijen. Ieder zoekt en vindt zijn eigen waarheid in de conclusies en aanbevelingen

1.8.3. Sociale koppeling

Bij een sociale koppeling gaat het vooral om het vertrouwen dat actoren hebben in de instantie of persoon die het evaluatie-onderzoek verrichtte. Van een gerenommeerd instituut of een hooggeleerde met een onderzoeksreputatie, zullen eerder de conclusies van een onderzoek voor waar worden aangenomen en de aanbevelingen geaccepteerd, dan het geval is van een onbekende onderzoeker.

1.8.4. Indirecte koppeling

Als noch sprake is van een cognitieve, noch van een sociale koppeling, kan een actor toch reageren op de resultaten van evaluatie-onderzoek. Maar dan op indirecte wijze, omdat anderen wel rekening houden met die resultaten en de actor hierop op een of andere manier moet inspelen. Een bekend voorbeeld uit de politiek is dat de Tweede Kamer op grond van (evaluatie)-onderzoek, kritische vragen stelt aan de Minister en de Minister tot acties verleidt of deze afdwingt. Het betreft acties die de Minister zonder tussenkomst van de Kamer niet op eigen initiatief had gedaan. En als de Minister niet adequaat genoeg reageert, kan dat leiden tot nadere actie van de Kamer: opnieuw discussie in de Kamer en soms zelfs een parlementaire enquête, zoals recentelijk over de Bouwfraude.

1.8.5. Aansluiting bij ideeën of praktijken in ontwikkeling

Het betreft een mix van de hiervoor genoemde koppelingen.

Bij het ontwikkelen van bijvoorbeeld nieuw beleid, als het notapapier nog onbeschreven is, heeft de beleidsmaker inspiratiebronnen nodig.

¹⁸ ¹⁸ Teisman, G., Van der Meer, F-B, e.a. *Evalueren om te leren, naar een evaluatiearrangement voor de Vijfde Nota RO*, EUR, 2002, pp 57-59.

Daarbij kan hij – naast vele andere bronnen - de resultaten van een bepaald evaluatie-onderzoek gebruiken. Echter, over ook die resultaten discussieert hij met anderen; personen die het wel of juist niet eens zijn met de onderzoeksresultaten. Daarnaast met collega's, zijn chef. Hij wikt en weegt, rekening houdend met zijn eigen belangen als beleidsmaker, de belangen van de politiek verantwoordelijken en zijn meerderen in de ambtelijke organisaties en van 'derden'.

Het effect is veelal: de beleidsmaker benut enkele fragmenten uit de onderzoeksresultaten van betreffend onderzoek voor zijn nieuwe beleid.

1.8.6. Doelbereiking versus effectiviteit

Bij evaluatie van beleid is een belangrijk aandachtspunt in het evaluatie-onderzoek of de beoogde beleidsdoelen zijn bereikt. En als die doelen zijn bereikt, is het de vraag, waaraan of aan wie dat ligt. In dit verband bestaat er een onderscheid tussen de begrippen *doelbereiking* en *effectiviteit*.

Doelbereiking is de mate waarin het beoogde doel wordt bereikt, ongeacht of dit te danken is aan de ingezette middelen.

Effectiviteit is de mate waarin de ingezette middelen het beoogde doel bereiken.

In het licht van vorenstaande is het gewenst om te weten of de mate waarin zorginstellingen 'kwaliteit van zorg' leveren i.c. beschikken over een kwaliteitssysteem, als positief effect van de Kwaliteitswet zorginstellingen is te beschouwen. Of zijn er andere actoren, die instellingen stimuleerden om 'kwaliteit van zorg' te leveren. Heeft de KNMG daarbij misschien een belangrijker rol gespeeld dan de overheid met de Kwaliteitswet zorginstellingen? Of de zorgverzekeraars met het stellen van voorwaarden in de vorm van kwaliteitseisen bij het contracteren van zorgaanbieders? Of heeft het dreigen met de sancties uit de wet een negatief effect op 'kwaliteit van zorg', doordat instellingen geïrriteerd raken en zich tegen de overheid afzetten, waardoor de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitssystemen vanuit die overheid via de wet eerder wordt geremd dan gestimuleerd.

Bij de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen door ZonMw was vooral aandacht voor doelbereiking.

1.9. Beleidsinstrumenten

Eerder gaf ik aan dat beleidsinstrumenten als het ware de motor vormen waarmee het beleidsvoertuig zijn beleidsdoel kan bereiken.

Het gebruik van een niet geschikt instrument of het onjuist gebruik van een instrument heeft meestal niet het beoogde effect en is niet of nauwelijks doeltreffend en doelmatig.

Gezien het belang van de hiervoor genoemde begrippen in het kader van mijn scriptie over evaluatie, diep ik ze hierna uit.

1.9.1. Het begrip beleidsinstrument

Binnen Nederland kennen we verschillende definities van het begrip "beleidsinstrument". De Commissie voor de Ontwikkeling van de Beleidsanalyse verstaat daaronder: "*datgene waarmee men processen tracht te beïnvloeden teneinde een gewenste situatie te bereiken.*" (Coba, 1976).

De brede beschrijving van dit begrip is nadien gehanteerd door Peters en Van Nispen (1998), blijkend uit het citaat “... *an orientation in the social sciences, in which the issues discussed concern the way persons or public organizations purposefully influence social processes*¹⁹”.

Ringeling spreekt in zijn oratie (1983) over beleidsinstrument als “*een verzameling van beleidsactiviteiten die overeenkomstige kenmerken vertonen en die zijn gericht op de beïnvloeding van bestuurlijke en maatschappelijke processen.*”.

Onder “overeenkomstige kenmerken” verstaat hij daarbij een verzameling van overheidsactiviteiten als bijvoorbeeld wetgeving, planning of subsidies.

Bekkers onderscheidt in zijn colleges het juridisch instrument, het economisch instrument en het communicatief instrument, waarvoor hij de metaforen zweep, peen en preek gebruikt.

Als doel van beleidsinstrumenten in de nota Kwaliteit van Zorg, beschouw ik het beïnvloeden door de overheid van het gedrag in of van de zorgsector.

Ik vereng hier het begrip beleidsinstrumenten uit de definitie van Ringeling en integreer die met de driedeling uit de colleges²⁰ van Bekkers tot: “*een verzameling van overheidsactiviteiten van juridische -, economische - of communicatieve aard die zijn gericht op de beïnvloeding van bestuurlijke en maatschappelijke processen in de zorgsector*”.

1.9.2. Instrumentenfamilies in theoretisch perspectief

Beleidsinstrumenten zijn te onderscheiden in instrumentenfamilies, te weten: het juridisch instrument, het economisch instrument en het communicatief instrument. Naast een theoretische beschouwing richt ik mij op dit instrument in relatie tot evaluatie.

Het juridisch instrument

Het juridisch instrument is een sturingsmiddel voor de overheid om haar doel te bereiken. Dat kan door éézijdige geboden of verboden; door algemeen verbindende regels (wetten); door individueel verbindende bepalingen (beschikkingen) of door individuele meerzijdige regels (convenanten of contracten).

Het economisch instrument

Bij het economisch instrument stuurt de overheid door positieve of negatieve financiële prikkels; door te belonen of te straffen. Een positieve prikkel is om lasten van milieubewuste burgers te verlagen via het invoeren van een heffing op huisvuil. Milieubewuste burgers bieden minder huisvuil aan en betalen dus minder aan heffing (de vervuiler betaalt). Een bekende positieve prikkel is het stimuleren van een bepaald beleid via het verstrekken van (tijdelijke) subsidies.

Voorbeelden van negatieve prikkels zijn een algemeen verbindende maatregel als het instellen of verhogen van belastingen en het heffen van een bijdrage voor (overheids)diensten (bijvoorbeeld: leges).

¹⁹ Sheet college Beleidsinstrumenten, uit: B.Guy Peters and F.K.M. Van Nispen, eds. *Public Policy Instruments: Evaluating the Tools of Public Administration*, New York: Edward Elgar Pub. (August 1998), hoofdstuk 1.

²⁰ Colleges 2002-2003

Het communicatief instrument

Het communicatieve instrument kan op verschillende wijzen vorm krijgen. Het kan gaan om éézijdige informatie, bijvoorbeeld overheidspropaganda. Of voorlichting gericht op éézijdige beeldvorming, waarbij de overheid daar de accenten legt waar het haar het beste uitkomt. Het kan ook gaan om meer interactieve beeldvorming. Daarbij is sprake van een tweerichtingsverkeer, een dialoog, gericht op gemeenschappelijke beeldvorming. Zo'n overleg kan institutioneel zijn, waarbij overheid en haar partners volgens een bepaald schema elkaar regelmatig ontmoeten. Overleg kan ook ad hoc en informeel zijn. Daarvan is veelal sprake bij interactieve beeldvorming, bijvoorbeeld door een beleid af te stemmen op de uitslag van een referendum.

1.9.3. Instrumentenfamilies in relatie tot evaluatie van beleid

Bij evaluatie ex ante schat de beleidsmaker het effect in van de door hem ingezette beleidsinstrumenten.

De keuze of daarbij een juridisch, economisch of communicatief instrument wordt ingezet, is van verschillende factoren afhankelijk.

Wetgevingsjuristen bij de overheid denken vooral juridische instrumenten te moeten gebruiken als middel om een beleidsdoel te bereiken.

Ambtenaren bij het ministerie van Economische Zaken of Financiën zullen zich vooral op economische instrumenten richten en deze juist beschouwen als de meest zinvolle. En voorlichtingsfunctionarissen op hun beurt achten de inzet van het communicatieve instrument het middel bij uitstek om een overheids(beleids)doel in de maatschappij of binnen een specifiek beleidsterrein te behalen. Creativiteit is nodig om met een mix aan beleidsinstrumenten een bepaald beleidsdoel zo doeltreffend, doelmatig en klantgericht mogelijk te bereiken. Daarvoor is een multidisciplinaire benadering van beleid onmisbaar.

En of een beleidsdoel daadwerkelijk is behaald, blijkt uit een evaluatie ex post. Bij de evaluatie ex post stellen de beleidsmakers de uitkomst vast en analyseren zij de eventuele verschillen in uitkomst en interpreteren deze. Dan blijkt ook of, en in welke mate, de te onderscheiden beleidsinstrumenten hebben gewerkt. Het uiteindelijk resultaat van de evaluatie ex post en het effect ervan op beleid of wetgeving, hangt mede af van het beleidswetenschappelijk perspectief dat daarbij toepassing vindt en de beoordeling die in dat kader aan de resultaten van de evaluatie worden toebedeeld. Volgens het ene perspectief kan de evaluatie uitwijzen dat een bepaald beleid of wetsuitvoering volledig is mislukt, terwijl dat - op basis van dezelfde gegevens - in een ander perspectief helemaal niet het geval hoeft te zijn.

1.10. Beleidswetenschappelijke perspectieven

Aan Abma²¹ ontleen ik vijf beleidswetenschappelijke perspectieven. In schema 3 schets ik die perspectieven en geef ik daarvan de belangrijkste kenmerken aan.

Vervolgens leg ik de relatie van de verschillende perspectieven tot evaluatie van beleid.

En omdat evaluatie van beleid vooral belangrijk is als het gerealiseerde beleid anders uitpakt dan werd beoogd, besluit ik met de belangrijkste verklaringen voor het mislukken van beleid. In hoofdstuk 6 verbind ik de perspectieven met de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

²¹Abma, T. en in 'Veld, R., *Handboek beleidswetenschap. Perspectieven, thema's, praktijkvoorbeelden*, Boom, Amsterdam, pp. 25-38.

Hierna volgt per perspectief een korte beschrijving van de kenmerken: het *rationalistisch perspectief*. Beleid is een middel om bepaalde doelen te realiseren. Het betreft een rationeel en cognitief proces.

Het *institutionele perspectief*: beleid berust op traditie, neergelegd in geïnstitutioneerde regels, waarden en normen.

Het *normatieve perspectief*: beleid is een instrument ter legitimering van bestuurlijk handelen.

Het *beleidsnetwerk*: beleid is een product van onderhandeling tussen van elkaar afhankelijke partijen. Deze partijen werken – afhankelijk van het onderwerp - in coalities met elkaar samen.

Het *sociaal-constructivistische perspectief*: beleid is een discursieve praktijk, die met behulp van taal en verhalen door actoren wordt ge(re)construeerd. Over verschillen van inzichten praten partijen om elkaar beter te begrijpen en op de hoogte te zijn van elkaars argumenten.

Kenmerken perspectief	Rationalistisch Perspectief	Institutionele perspectief	Normatieve perspectief	Netwerken- perspectief	Sociaal- constructi- vistische perspectief
Beleid	Plan ter realisering doelen	Bepaald door historisch gegroeide regels	Uitkomst redelijk debat	Gemeenschappelijke plannen rond issue	Discursieve praktijk
Actoren	Centrale sturende actor; belangen andere actoren bekend verondersteld	Institutioneel verankerde afhankelijkheden	Partijen met standpunten	Meerdere belangen; doelzoekend gedrag	Diversiteit van actieve betekenisgevers
Proces	Fasegewijs	Bepaald door historie	Uitwisseling argumenten volgens bepaalde procedures	In ronden; grillig karakter	Cycli van dynamiek, stabiliteit en inertie
Doel	Verklaren en voorspellen	Beschrijven en verklaren	Beschrijven en beoordelen	Beschrijven en verklaren	Verhogen wederzijds inzicht in betekenisconstructies
Type verklaring mislukt beleid	Gebrekkige informatie, planning en comtrole	Maatregelen niet onderbouwd door cultuur en structuur	Niet legitieme argumenten en procedures	Niet onderkennen wederzijdse afhankelijkheid en belangen	Sociale en cognitieve fixatie

Schema 4²²

De in schema 4 genoemde perspectieven verschillen van elkaar qua analytische eigenschappen en normatieve eigenschappen.

In de linkerkolom, het rationalistisch perspectief, zijn de analytische eigenschappen het grootst en in de rechterkolom, het sociaal-constructivistisch perspectief, zijn die eigenschappen het minst. In de kolommen verschuiven de analytische eigenschappen geleidelijk aan via normatieve naar discursieve eigenschappen.

²² Het schema is gebaseerd op het artikel van Abma, T. “Vijf beleidswetenschappelijke perspectieven.” Uit: Abma, T. en In ‘t Veld, R. (red.), *Handboek beleidswetenschap. Perspectieven, thema’s, praktijkvoorbeelden*. Amsterdam, pp 25-38.

Tussen perspectieven kunnen spanningsverschillen zitten, zoals uit de analyse hierna blijkt.

Teisman en Van der Meer²³ onderscheiden in dit verband twee visies op evaluatie en twee daarop gebaseerde denkmodellen; de rationeel-analytische beleidsoriëntatie (doelbereiking) en de sociaal-constructivistische beleidsoriëntatie (doelzoeken). Die visies komen overeen met de twee extremen van de door Abma genoemde vijf.

1.10.1. Beleidswetenschappelijke perspectieven en evaluatie van beleid

Ieder beleidswetenschappelijk perspectief heeft een bepaalde implicatie voor evaluatie van beleid en redenen waarom dat beleid mislukt(e).

Bij het *rationalistische perspectief* zal bij evaluatie van beleid eenvoudigweg de meetlat worden gebruikt.

Meten is weten; meting van het beoogde resultaat en het daadwerkelijk bereikte resultaat. Wijken die van elkaar af, dan wijst de evaluatie uit, dat het beleid is mislukt. Immers, het beoogde doel is niet gehaald. Punt.

In dit perspectief zal de oorzaak van het niet behalen van het beleidsdoel berusten op de vooronderstelling dat de beleidsmakers over onvoldoende informatie beschikten om de juiste beslissing te kunnen nemen; het ontbreken van een duidelijk analytisch stappenplan; onduidelijkheid in bevoegdheden bij de ontwikkeling en uitvoering van de plannen.

Bij het *institutionele perspectief* ligt de nadruk op de historisch gegroeide, institutionele verhoudingen. Dit perspectief kan star zijn en een verlamdend uitwerking hebben op nieuw beleid. Hierdoor kunnen initiatieven om nieuw beleid te realiseren, mislukken.

Bij het *normatief perspectief* bestaat het risico voor het mislukken van beleid uit gebrek aan maatschappelijke legitimiteit. Als beoogd beleid – ook al is dit neergelegd in een wettelijk kader - niet wordt gedragen door degenen in de maatschappij die bij dat beleid zijn betrokken, is het gedoemd te mislukken. Vaak is de oorzaak van het gebrek aan legitimiteit het onvoldoende betrekken van de (potentiële) uitvoerders bij de beleidsontwikkeling. Dat geeft een voedingsbodemp voor wantrouwen jegens beleidsmakers of politiek verantwoordelijken.

Bij het *netwerkperspectief* staat de samenwerking tussen partijen centraal; heeft het netwerk succesvol gewerkt of is het gelukt om ‘met z’n allen’ (de coalitie) het doel dat we gezamenlijk nastreefden te bereiken? De oorzaak van het mislukken van beleid is meestal dat de partijen in de coalitie niet goed of niet goed genoeg samenwerkten.

Bij het *constructivistisch perspectief* is doelbepaling belangrijker dan doelbereiking. De discussie over doelbepaling vindt overigens interactief binnen beperkte kring plaats, waar zich een bepaalde cultuur en manier van spreken heeft ontwikkeld. Het betreft een enigszins geïsoleerde gemeenschap. De evaluatie richt zich daarbij meer op het (beleids)proces dan op de (beleids)inhoud.

Hoe meer eigenschappen evaluatie ontleent aan het rationalistisch perspectief, hoe analytischer de evaluatie is. Hoe meer eigenschappen evaluatie ontleent aan het constructivistisch perspectief, hoe meer de evaluatie is bepaald door interactie tussen de actoren die bij het beleidsproces (en de evaluatie ervan) zijn betrokken.

²³ Teisman, G., Van der Meer, F-B, e.a. *Evalueren om te leren, naar een evaluatiearrangement voor de Vijfde Nota RO*, EUR, 2002, pp 55.

Dit laatste proces is grillig en minder voorspelbaar dan bij het rationalistisch perspectief het geval is.

Het ontwerpen van beleid toont in de praktijk een mix van perspectieven: een analytisch deel, waarbij - volgens een strak stappenplan - het beleidsproces wordt uitgezet, inclusief een tijdspad en inclusief inplanning overleg tussen actoren die bij dit proces zijn betrokken. De ontwerpers van beleid verzamelen op rationele gronden gegevens die voor beleid of beleidsproces noodzakelijk zijn. Daarnaast – als andere uiterste van het perspectievenspectrum – vindt voortdurend overleg plaats tussen groepen mensen of tussen individuen die bij de ontwikkeling van het beleid (waaronder het formuleren van het beleidsdoel) zijn betrokken en die daarbij ieder hun eigen rol(len) spelen. Persoonlijke verhoudingen hebben in overleg vaak een grotere impact dan de ratio.

Om soms onduidelijke redenen liggen groepjes of individuele personen elkaar niet, waardoor samenwerking moeizaam totstandkomt en dat kan weer het beleidsproces negatief beïnvloeden. Beleidsmakers switchen in het dagelijks onderhoud van het beleidsproces tussen beide uitersten, waarbij de praktijk leert dat niet alles is te plannen en dat overleg meer tijd kost dan een rationele berekening aangeeft. Wat geldt voor het ontwerpen van beleid, geldt evenzeer voor het evalueren van beleid, waarbij beleidsanalyse een onmisbare component is, maar naast ratio ook (weer) de menselijke factor belangrijk is. Dit naast de tussenliggende eigenschappen van het perspectievenspectrum.

1.10.2. Beleidswetenschappelijke perspectieven en evaluatie van wetgeving

Gezien de nauwe samenhang tussen beleid en wetgeving – zeker gezien in het licht van de nota Kwaliteit van Zorg en de Kwaliteitswet zorginstellingen – hebben de hiervoor onderscheiden perspectieven bij de evaluatie van wetgeving eenzelfde betekenis als bij de ontwikkeling van beleid, beleidsproces of evaluatie van beleid. Het beleidswetenschappelijk perspectief beïnvloedt daarbij rechtstreeks het resultaat van het evaluatie-onderzoek. Uit de voorbeelden die ik bij de verschillende perspectieven gebruikte, kan een evaluatie op grond van het rationalistische perspectief aangeven dat een wet niet goed werkt, terwijl dat resultaat ingevolge het constructivistisch perspectief best goed kan worden genoemd. Voor mijn onderzoek is vooral van het normatief perspectief van belang; in hoeverre wordt een wet door de achterban of uitvoerder gedragen.

1.11. Beleidstheorieën

1.11.1. Inleiding

Voor het ontwikkelen (of veranderen) van beleid zijn verschillende theorieën te benoemen. In het kader van het scriptie-onderwerp benoem ik slechts die beleidstheorieën, die wellicht relevant zijn bij evaluatie en de evaluatie van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen en die iets kunnen verklaren over het kwaliteitsbeleid dat totstandkwam met de Kwaliteitswet zorginstellingen als juridisch kader.

1.11.2. Advocacy coalition framework (ACF)

Advocacy coalition framework (ACF)²⁴ van Sabatier, waarbij een bepaald beleid ontstaat door een samenspel van bepaalde belangengroepen, die elkaar op een bepaald beleidsterrein ontmoeten.

²⁴ Thomas A. Birkland, An introduction tot the policy process, blz 185

Zogenaemde beleidsmakelaars vormen via hun netwerken coalities van personen, die – afhankelijk van het politieke probleem dat zich voordoet – voor een bepaalde beleidsklus worden ingezet.

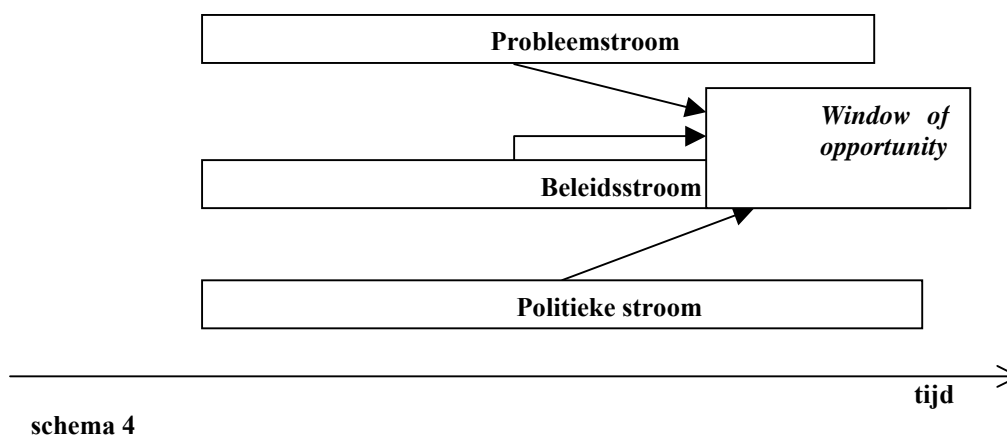
Deze theorie gaat enerzijds uit van belangengroepen en anderzijds van mensen met een bepaalde expertise, die deel uitmaken van belangengroepen. De ‘zorgelite’ in Nederland beschouw ik als zo’n belangengroep, die in wisselende samenstelling beleidsactiviteiten onderneemt en daarbij een gewaardeerd gesprekspartner is van de overheid.

1.11.3. “The science of muddling through”

Ingevolge deze theorie van ‘*the science of muddling through*’, (van doormodderen) van Lindblom²⁵ past bestaand beleid zich langzaam aan aan de eisen des tijds. Zo’n kleine beleidswijziging vindt meestal ongemerkt plaats; en juist omdat het een geringe beleidsverandering betreft, gebeurt dat zonder (veel) politiek tumult of maatschappelijke weerstand. Het past in het Nederlands poldermodel om in goed overleg beleidsveranderingen te realiseren en dat gebeurt in de praktijk door stapje voor stapje bestaand beleid bij te stellen.

1.11.4. Het stromenmodel van Kingdon

Een enkele keer volstaat een beleidsverandering niet met de stapje-voor-stapje-methodiek. Dan moet in één keer een meer ingrijpende verandering totstandkomen. Daarvoor moet – volgens het spraakgebruik – de tijd rijp zijn voor zo’n beleidsverandering. De wetenschappelijke verklaring is te vinden in de beleidstheorie van Kingdon²⁶. In zijn stromenmodel (schema 5), onderscheidt hij de probleemstroom, de beleidsstroom en de politieke stroom, die elkaar ontmoeten in de zogenoemde ‘*window of opportunity*’. Als de tijd rijp is om een bepaalde beleidsverandering door te voeren, heeft die verandering voldoende politieke, maatschappelijke en ambtelijke steun, waardoor de window of opportunity open gaat, en de beleidsverandering daadwerkelijk kan plaatsvinden.



²⁵ Thomas A. Birkland, An introduction tot the policy process, blz 212

²⁶ Thomas A. Birkland, An introduction tot the policy process, blz 225

1.12. De relatie tussen evaluatie en andere begrippen in dit hoofdstuk en mijn evaluatie-onderzoek

Hiervoor is al veel geschreven over evaluatie. In het kader van mijn scriptie is het niet mogelijk om alles te beschrijven. Een zekere selectie vindt plaats, waarbij ik heb ingeschat welke betekenis, functies, etc. evaluatie heeft bij de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen en welke wetenschappelijke theorieën daarbij m.i. van toepassing zijn (geweest). Dat relativeert de betekenis van wetsevaluatie.

Daarin volg ik Ringeling (Ringeling 1995)²⁷ die oordeelt dat evaluatie-onderzoek altijd maar een paar draden uit de kluwen van argumentaties trekt die in het wetgevingsproces een rol speelden. En Gevers²⁵ wijst op knelpunten in wetsevaluaties als: tijd en kosten, moeilijkheidsgraad en politiek gebruik.

Daarnaast beïnvloedt de persoon van de onderzoeker het resultaat. Ook de universiteit en de faculteit waar hij zijn opleiding volgde. En de functie(s) die onderzoeker of opdrachtgever aan het evaluatie-onderzoek toebedelen; actoren die bij beleid of uitvoering van de wet zijn betrokken en de belangen die zij hebben voor een bepaald resultaat van het evaluatie-onderzoek. Bovendien speelt de politieke gevoeligheid voor een bepaald beleidsissue een rol, inclusief het gebruik (of oneigenlijk gebruik?) van de resultaten van evaluatie-onderzoek in de politiek.

De functie van hoofdstuk 1 is enerzijds globale kennis op te doen van ‘evaluatie’ en anderzijds aan te geven dat dit begrip vele gezichten heeft. En dat laatste beïnvloedt zowel het evaluatie-onderzoek zelf als het resultaat daarvan, de beoordeling van dat resultaat en wat uiteindelijk met dat resultaat wordt gedaan. In dit verband is te stellen dat ‘evaluatie’ een verzamelbegrip is, en evaluatie-onderzoek een formule is die vele variabelen bevat.

Met de beleidswetenschappelijke perspectieven geef ik aan hoe onderzoeksresultaten kunnen worden beoordeeld, met als uitersten en elkaars tegenpolen: het rationalistisch perspectief respectievelijk het constructivistisch perspectief.

Het benoemen van enkele beleidstheorieën is relevant omdat deze theorieën inzicht geven over de wijze waarop in Nederland - over het algemeen - beleidsinnovatie plaatsvindt. Hoewel de fundamenten van het zogenoemde poldermodel in het Kabinet Balkenende II onderhevig zijn aan corrosie, zijn genoemde modellen nauw aan het poldermodel verbonden en is dat model nog steeds actueel.

Opgemerkt zij, dat beleid steeds meer in Europees verband plaatsvindt. Dat geldt ook voor de gezondheidszorg; het Nederlandse geneesmiddelenbeleid stoelt vrijwel geheel op Europese regelgeving. Bij evaluatie van beleid of regelgeving is Europa een factor van belang geworden.

²⁷ Olsthoorn-Heim, E.T.M., Vijf jaar evaluatie regelgeving via ZonMw, verslag van een analyse van het programma Regelgeving in opdracht van het Nestuur van ZonMw, maart 2003, Den Haag, ZonMw, pp. 20.

Hoofdstuk 2. Evaluatie van de evaluatie van wetgeving

2.1. Inleiding, onderzoeksvragen

In dit hoofdstuk begin ik met een beschouwing over de aanpak van mijn onderzoek op een hoog abstractieniveau, een onderzoek dat ik in de loop van de scriptie in concreto invul. Daarbij laat ik me leiden door de primaire vragen die ik mij stelde bij het lezen van het evaluatierapport over de Kwaliteitswet zorginstellingen van ZonMw (2001), te weten:

zijn bij de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen wetenschappelijk verantwoorde methodieken gebruikt?

En, wat is de ‘outcome’ van de evaluatie, ofwel het effect van de evaluatie op de maatschappij of het functioneren van de maatschappij?

Vorenstaande vragen zijn onder te verdelen in subvragen:

1. Is voor de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen een goede procedure gevolgd en zo ja, is die procedure goed uitgevoerd. Als hiervan geen sprake is, wat is daaraan te doen?
2. Wat is het effect van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen?
3. Bestaat in het zorgveld en bij de overheid voldoende draagvlak voor de conclusies en aanbevelingen uit het rapport Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen?
4. Hoe nu verder?

In onderhavig hoofdstuk, een theoretisch deel van de scriptie, vraag ik mij af waaraan een onderzoek moet voldoen om het predikaat ‘goed’ te kunnen krijgen. Daarbij komen subvragen aan de orde, zoals wat is een goede evaluatieprocedure; moet aan *criteria* zijn voldaan en zo ja, welke en waarom? Wanneer kan worden gesproken over een goede *uitvoering* van een procedure en wanneer niet? En wat zijn daarvan de gevolgen? Aan wat voor voorwaarden moet een *onderzoeker* voldoen? Welke *actoren* betreft hij bij het evaluatie-onderzoek en waarom? Zijn voorwaarden of criteria te geven waaraan evaluatie-onderzoek van *wetten* moet voldoen? Op welke wijze kan evaluatie van wetgeving bijdragen om de kwaliteit van wetten te verbeteren, en de uitvoeringseffectiviteit te verhogen?

Bij mijn streven voornoemde vragen te beantwoorden, benut ik met name de analyse van Olsthoorn (2003), betrekking hebbend op een meta-evaluatie van een achttal evaluaties van gezondheidswetten²⁸, waaronder de Kwaliteitswet zorginstellingen.

2.2. Aanpak onderzoek

Om de vraag te kunnen beantwoorden of voor de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen een goede evaluatieprocedure is gevolgd, of aan criteria is voldaan, enzovoort, is het nodig te beschikken over (liefst) objectieve criteria. Ik onderzoek of het rapport van Olsthoorn zulke criteria bevat en zo ja, of die criteria als toetsingskader bruikbaar zijn, om een oordeel te kunnen geven over de kwaliteit van het evaluatie-onderzoek waaraan ZonMw de Kwaliteitswet zorginstellingen onderwierp. Tevens onderzoek ik of het rapport van Olsthoorn aanbevelingen doet, tips bevat of aanwijzingen geeft, met als doel de kwaliteit van evaluatie-onderzoek ‘in het algemeen’ te bevorderen.

²⁸ Olsthoorn-Heim, E.T.M., “vijf jaar evaluatie regelgeving” Den Haag, ZonMw, 2003.

Daarnaast plaats ik opmerkingen bij mijn bevindingen als daartoe aanleiding bestaat. In hoofdstuk 3 toets ik – indien mogelijk – de in hoofdstuk 2 gevonden criteria door de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen hieraan te onderwerpen.

2.3. Evaluatie van de evaluatie van acht gezondheidswetten, een onderzoek door E.T.M. Olsthoorn-Heim

2.3.1. Inleiding

Mijn belangrijkste informatiebron voor meta-evaluatie-onderzoek met een relatie tot acht gezondheidswetten, waaronder de Kwaliteitswet zorginstellingen, is het onderzoek van Olsthoorn. Om de lezer inzicht te geven in dit onderzoek, besteed ik hieraan veel aandacht.

In 1997 startte het programma Evaluatie Regelgeving bij ZonMw (voorheen ZorgOnderzoek Nederland). De opdrachten voor onderzoeken kreeg ZonMw van de Minister van VWS. Al bij de start van het programma bestond het voornemen om na afronding van een aantal wetsevaluaties een rapport over evaluatie uit te brengen (een meta-analyse). Aan de hand van de resultaten van die analyse konden aan de overheid meer algemene adviezen worden uitgebracht over evaluatie-onderzoeken in de toekomst.

2.3.2. Meta-evaluatie van de evaluaties van acht gezondheidswetten

Het bestuur van ZonMw gaf mevrouw mr. E.T.M. Olsthoorn-Heim opdracht om de evaluatie van acht gezondheidswetten te evalueren. Dit meta-evaluatie-onderzoek startte eind 2001. Het onderzoeksverslag verscheen in maart 2003 onder de titel: ‘vijf jaar evaluatie regelgeving via ZonMw’. Daarin vond (meta)evaluatie ex post plaats van de evaluatie van acht wetten²⁹ was ook bij de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen betrokken. De centrale vraag voor het onderzoek was: voldoet het programma Evaluatie Regelgeving van ZonMw? Deze centrale vraag splitste zich in drie deelvragen:

1. wat is het effect van de acht evaluatie-onderzoeken? 2. hoe is de kwaliteit van de acht evaluatie-onderzoeken? 3. hoe is het evalueren van de acht wetten verlopen? Vervolgens keek de onderzoeker of er een verband was aan te tonen tussen het effect, de kwaliteit en het proces van de acht evaluatietrajecten. En, heeft een ‘goede’ wetsevaluatie meer invloed dan een minder goede. Of zijn hiervoor nog andere factoren aan te wijzen?

Olsthoorn memoreert dat het verrichten van haar meta-evaluatie-onderzoek mede berust op oude adviezen en politieke wensen, zoals het advies van de Commissie Vermindering en vereenvoudiging van overheidsregelingen (de commissie Geelhoed³⁰) en de wens van de Tweede Kamer om een zodanig beleid te ontwikkelen dat objectieve evaluatie van regelgeving mogelijk is³¹. En de Raad van State bepleitte al in 1991 voor evaluatie van regelgeving. De Regering komt met de nota ‘Zicht op wetgeving’³², waarin aandacht is voor evaluatie van wetgeving.

²⁹ de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ), de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)²⁹, de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ), de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO), de Wet op de medische keuringen (WMK), de Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV), de Wet op de orgaandonatie (WOD) en de Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI).

³⁰ Tweede Kamer 1984-1985, 17 931. nr 9

³¹ Tweede Kamer 1984-1985, 17 931. nr 56

³² Tweede Kamer 1990-1991, 22 008, nrs 1-2

De Algemene Rekenkamer³³ constateerde evenwel beginjaren 90 dat systematische evaluatie van wetgeving nog steeds niet plaatsvond.

Vanaf januari 1993³⁴ geldt dat over wetten, binnen een daarin gestelde termijn na inwerkingtreding, een verslag naar de Staten-Generaal gaat over de doeltreffendheid en de effecten van desbetreffende wet in de praktijk. Nadien staat evaluatie of evaluatie-onderzoek regelmatig in de politieke schijnwerpers.

De onderzoeker constateert dat in de jaren negentig veel gezondheidswetten zijn ingevoerd. Een grote diversiteit aan wetten met grote verschillen qua aard, regelingsintensiteit, systematiek, instrumentarium en handhavingsmodaliteiten. Maar ook: sinds 1997 is het standaard om gezondheidswetten te evalueren, zelfs als de wet geen evaluatiebepaling bevat.

2.3.3. Betrokken stakeholders

Bij onderhavig onderzoek betrof Olsthoorn drie categorieën van stakeholders, waarvan de sleutelfiguren waren uitgenodigd voor een vraaggesprek. Het betrof de opdrachtgever (ambtenaren en Minister), de onderzoekers (de projectleiders evaluatie-onderzoeken) en de Commissie evaluatie regelgeving (de voorzitter en vice-voorzitter, die tevens voorzitter waren van de begeleidingscommissies). Daarnaast waren drie achtereenvolgende secretarissen voor een vraaggesprek uitgenodigd. In totaal ging het om 20 personen.

Het was ook de bedoeling om vraaggesprekken te houden met “andere gebruikers”, zoals leden van het parlement en vertegenwoordigers van het “veld”. Daarvan zag Olsthoorn af. “... omdat de acht wetsevaluaties tezamen een zo groot en divers gebied van de gezondheidszorg bestrijken dat een verantwoorde (en hanteerbare) selectie van gesprekspartners niet te maken viel...”

2.3.4. Het meta-onderzoek en de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen

Het evaluatie-onderzoek van Olsthoorn had mede betrekking op de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Over die evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstelling constateert ze dat hierbij vooral voor de doelbereikingsbenadering was gekozen en minder voor effectiviteits- of effectenbenadering. Ook werd meer naar toepassing van de wet gezocht en minder naar materiële evaluatie. De onderzoeker merkt op dat de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen zeer breed werd aangepakt. Niet alleen de evaluatie van de wet was onderwerp van onderzoek, ook vond evaluatie plaats van het kwaliteitsbeleid.

Andere opmerkingen van de onderzoeker betreffen de vijf ijkpunten bij het oorspronkelijke evaluatie-onderzoek van de Kwaliteitswet zorginstellingen door ZonMw; ijkpunten die resulteerden in vijf vraagstellingen³⁵ en vijf deelonderzoeken, betrekking hebbend op:

- De systematiek, de helderheid en de reikwijdte van de wet;
- De mate waarin zorginstellingen aan de wettelijke verplichtingen voldoen;
- De effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen op de zorg in de regio;
- De wettelijke bepalingen betreffende toezicht en handhaving;
- De verhouding tussen de Kwaliteitswet zorginstelling en andere wettelijke regelingen.

³³ Tweede Kamer, 1993-1994, 23 710, nrs 1-2

³⁴ Besluit van 18 november 1992, Stcrt 26 november 1992, nr 320

³⁵ Zie voor de vijf deelonderzoeken: hoofdstuk 2

Ze typeerde de Kwaliteitswet zorginstellingen als ‘kaderwet’; de wet omvat enkele, globale, regels en waarbij de inhoudelijke invulling van het kader niet door de overheid plaatsvindt, maar door partijen in het zorgveld.

Over de opdrachtbrief voor de evaluatie van de wet merkt Olsthoorn op dat deze een uitgebreide vragenlijst omvatte.

Ten aanzien van de kennisneming van en aandacht voor de evaluatierapporten constateert Olsthoorn dat dit binnen VWS vooral een zaak is voor de betreffende beleidsafdeling.

De (beleids)ambtenaren vonden de evaluatierapporten over het algemeen nuttiger dan andere stakeholders. Olsthoorn zegt daarover: *“Daarbij speelt een rol dat zo’n evaluatierapport op het departement welkom is als overzicht, naslagwerk, state of the art. Verder zien beleidsambtenaren het verschijnen van een evaluatierapport als een formeel moment, een reden tot nadenken, soms een bevestiging van wat zij al vermoedden, en een goede gelegenheid om een vraagstuk weer op de agenda te krijgen...”*

Buiten het ministerie is de belangstelling voor het evaluatierapport dan ook gering; hooguit is het rapport bekend bij organisaties in het zorgveld.

De wetenschappelijke follow up voor de Kwaliteitswet zorginstellingen noemt ze mager.

Olsthoorn beveelt aan om naast deskundigen op het gebied van gezondheidsrecht, de geneeskunde, de gezondheidszorg en de patiëntenbeweging, tevens deskundigen op het terrein van wetgeving, bestuurskunde of rechtssociologie bij evaluatie-onderzoek te betrekken. Meer interdisciplinair onderzoek dus. En daarnaast om een grotere kring van wetenschappers uit verschillende disciplines te interesseren voor het indienen van projectvoorstellen in het Programma Evaluatie Regelgeving.

En, om ruimere bekendheid te geven aan de inhoud van evaluatierapporten door deze openbaar te maken (publicatie na bijvoorbeeld drie maanden nadat het door ZonMw is aangeboden aan de opdrachtgever/ministerie VWS), ruim te verspreiden en (mede) via een website te publiceren (bijvoorbeeld van ZonMw).

Olsthoorn signaleert dat veel wetten (te) vroegtijdig zijn geëvalueerd, zodat evalueren niet echt mogelijk was en het effect van de evaluatie vooral een signaalfunctie heeft, zoals implementatiekwesties die zich voordoen en die om een oplossing vragen. In dit verband vraagt ze om een enig geduld alvorens nieuwe gezondheidswetten te evalueren.

Olsthoorn ziet evaluatie van wetgeving als een vak apart, waarmee ervaring dient te worden opgedaan. Ze pleit in dit verband voor professionalisering. Dat geldt zowel voor opdrachtgevers van onderzoek, om te leren de juiste (onderzoeks)vragen te stellen, als voor de uitvoering van evaluatie-onderzoek, dat – zoals hiervoor aangegeven – in haar visie een interdisciplinair benadering behoeft. Ook evaluatie als leerproces; de onderzoeker pleit voor voortzetting van het programma Evaluatie Regelgeving.

Een financieel aspect: de kosten van de acht evaluatie-onderzoeken verschilden sterk. Het goedkoopste onderzoek was € 59.000 en betrof de evaluatie van de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO). De evaluatie van de Wet op de orgaandonatie (WOD) kostte € 658.000 en de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstelling (KZI) € 363.000.

Bij de beschouwingen en aanbevelingen in het rapport valt het volgende de onderzoeker op: de overheid heeft ondanks gedane beloften en ondanks sterke en herhaalde pleidooien geen beleid ontwikkeld voor het evalueren van wetgeving. Hierdoor ontbreken regels (vereisten) waaraan de evaluatie van een wet moet voldoen. Het is volgens Olsthoorn gewenst dat bij wetsevaluaties niet alleen op beleidsniveau coördinatie plaatsvindt, maar tevens op hoog ambtelijk niveau.

Een heldere evaluatieopdracht en het belang van een nulmeting, voordat een wet inwerking treedt, zijn zaken waarvoor Olsthoorn aandacht vraagt.

Ze veronderstelt dat de Commissie evaluatie regelgeving (CER) van ZonMw alle verrichte evaluaties overziet en daarom heel goed in staat is om patronen te herkennen en dwarsverbanden te leggen.

De CER kan die mogelijkheden benutten om Minister of wetgever van advies te dienen en door aanbevelingen te doen op basis van hun ervaring met evaluatie van wetgeving, waardoor zowel wetgevingsevaluaties verbeteren als de wetgeving zelf.

Tot slot: de opdrachtgevers (voor de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen was dat het ministerie van VWS), de leden van de commissie Evaluatie Wetgeving en de onderzoekers is gevraagd om aan de evaluatie van de wet waaraan ze zelf hebben meegewerkt een rapportcijfer te geven. Het gemiddelde cijfer was voor de bij de Kwaliteitswet zorginstellingen betrokken actoren een 6,6, waarbij zij opgemerkt, dat de onderzoekers hun rapporten gemiddeld 0,8 punten hoger waardeerden en de opdrachtgevers 0,5 punten lager.

2.4. Kwaliteitscriteria voor evaluatie van gezondheidswetten?

Het onderzoek van Olsthoorn levert geen duidelijke criteria op die als meetlat kunnen dienen om te beoordelen of bij de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen een goede procedure is gevolgd of dat een procedure goed is uitgevoerd. Gezien de inhoud van het rapport i.c. het resultaat van de analyse, is dat wellicht een brug te ver. Meer onderzoek is nodig om een gedetailleerde meetlat te krijgen.

Toch is een soort checklist op te maken uit haar evaluatieverslag; ze noemt methodologische 14 vereisten en vult deze aan met 5 aandachtspunten. In totaal bevat de checklist van Olsthoorn 19 (aandachts)punten

Onder *methodologie*³⁶ noemt Olsthoorn de minimum onderzoekstechnische eisen die Winter (Winter, 1996) stelt aan de operationalisering van evaluatiecriteria:

1. Representativiteit van de verzamelde gegevens;
2. Betrouwbaarheid en validiteit van de methode(s) van de gegevensverzameling en – analyse;
3. Het definiëren van begrippen en het expliciteren van beoordelingscriteria.

Olsthoorn vult deze opsomming aan met algemene methodologische eisen als:

4. Het kiezen en motiveren van een onderzoeksoptzet die past bij de onderzoeksvraag;
5. De keuze en motivering van de onderzoeksgroep;
6. De kwaliteitsbewaking van de gegevens (verzameling) en van de verslaglegging.

³⁶ Rapport Olsthoorn, paragraaf 3.2.2. Methodologie, pp 34.

Olsthoorn stelt bovendien een aantal methodologische eisen aan systematisch *evaluatie-onderzoek*, die onderzoekers als richtsnoer kunnen beschouwen. Het betreft:

7. Het schetsen van een theoretisch kader;
8. Het vaststellen van beoordelingsmaatstaven;
9. Het formuleren van een vraagstelling die de opdracht vertaalt;
10. Het kiezen en verantwoorden van een onderzoeksopzet;
11. Het voldoen aan eisen van geldigheid, betrouwbaarheid en consistentie;
12. Het analyseren en beoordelen van onderzoeksresultaten;
13. Het maken van een synthese tussen verrichte deelonderzoeken en bevindingen;
14. Het beantwoorden van de vraagstelling.

En Olsthoorn vraagt aandacht voor het volgende:

15. plaatsvinden van een nulmeting, voordat een wet in werking treedt;
16. het implementeren van een wet vergt veel tijd; een evaluatie van die wet moet niet te vroeg plaatsvinden;
17. professionalisering van evaluatie-onderzoek (ook: de opdrachtgever dient te worden geschoold in het stellen van de juiste onderzoeksvragen);
18. multidisciplinaire aanpak evaluatie-onderzoek;
19. openbaarmaking van de onderzoeksresultaten en ruime verspreiding ervan, gebruikmakend van moderne communicatiemiddelen (internet).

Andere meta-onderzoeken

Het meta-onderzoek van Olsthoorn speelt zich af in de gezondheidszorg en richt zich op gezondheidswetten, waaronder de Kwaliteitswet zorginstellingen. Dat was voor mij de belangrijkste reden om dit onderzoek als basis te gebruiken om criteria of aandachtspunten aan te ontlenen, dat als toetsingskader kan dienen voor het evaluatie-onderzoek dat ZonMw verrichtte.

Naast het onderzoek van Olsthoorn zijn andere onderzoeken gedaan. Ook van die onderzoeken valt te leren. In dit verband noem ik Bressers en Hoogerwerf (1991)³⁷, die aan een evaluatierapport twee categorieën van eisen stellen: ten eerste eisen vanuit de wetenschap en ten tweede: eisen vanuit de beleidspraktijk. Globaal hebben die eisen betrekking op de aanleiding en onderwerp van de evaluatie; type onderzoek; doelstelling en probleemstelling; theorie en begrippen; methoden van onderzoek; technieken van onderzoek; analyse van data en conclusies; opbouw evaluatierapport en overige eisen. In een tweetal schema's onderscheiden Bressers en Hoogerwerf zes en twintig wetenschappelijke eisen en dertig eisen vanuit de beleidspraktijk. In een concrete meta-evaluatie worden vijftien evaluatierapporten onderzocht die betrekking hebben op onderdelen van het sportbeleid van het toenmalige ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. In het kader van mijn scriptie laat ik dit onderzoek en het eisenpakket buiten beschouwing. Bij de ontwikkeling van een evaluatiebeleid door de overheid (zie mijn conclusies en aanbevelingen in Hoofdstuk 7), kunnen de wetenschappelijke en praktische eisen evenwel van nut zijn.

³⁷ Bressers, J. & Hoogerwerf, A. *Beleidsevaluatie*, Samsom H.D. Tjeenk Willink, Alphen aan den Rijn, 1991, pp 229-246.

2.5. Bevindingen op basis van het meta-evaluatie-onderzoek van Olsthoorn

Uit het onderzoek van Olsthoorn blijkt dat overheidsbeleid vaak met de mond wordt beleden. Al 20 jaar staat evaluatie van wetgeving op de politieke agenda, evenals evaluatie-onderzoek naar wetsevaluaties. Beloftes om wetten te evalueren maakt de overheid niet waar. Pas eind jaren 90 is hiervan iets te merken op de beleidsagenda en vindt in eerste instantie evaluatie van individuele wetten plaats. En pas in 2003 verschijnt het verslag van het meta-evaluatie-onderzoek van Olsthoorn. Niet in opdracht van de overheid opgesteld, maar op initiatief van het bestuur van ZonMw. In dit verband is het meta-onderzoek te beschouwen als een intern evaluatie-onderzoek naar de effecten van door ZonMw verrichtte wetsevaluaties, uitgevoerd door een onafhankelijk onderzoeker.

Het rapport geeft vooral een goed beeld van de complexiteit van wetsevaluaties. Veel vergelijkingen tussen kerngegevens uit de individuele evaluaties, zijn neergelegd in enkele tabellen. Zelfs als het om evaluatie van acht gezondheidswetten gaat, zijn er zo veel verschillen in opzet en uitwerking te zien, dat het niet eenvoudig is (of eenvoudig weg niet mogelijk is) om gegevens met elkaar te vergelijken, laat staan hieruit criteria te distilleren die iets zeggen over de kwaliteit van evaluatie of evaluatie-onderzoek of de kwaliteit van de evaluatieprocedure en de effecten van de evaluatie.

Over de bevindingen van Olsthoorn inzake de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen, valt af te leiden dat de politieke belangstelling voor deze wet gering is; ze stelt vast dat de Kamer (nog) geen reactie gaf op het evaluatierapport ZonMw en eigenlijk alleen beleidsambtenaren enige interesse tonen voor de inhoud ervan. En dat in kleine kring binnen het zorgveld enige kennis over de wetsevaluatie bestaat. Mogelijk heeft die geringe belangstelling te maken met de hoofdconclusie uit het rapport: *de Kwaliteitswet zorginstellingen behoeft geen wijziging. Zo'n conclusie dooft elk politiek vuur. Waarover kan je dan nog als Tweede Kamer discussiëren of politieke punten scoren? De wetenschappelijk follow up beoordeelt Olsthoorn als mager. Vanuit de wetenschappelijke invalshoek is er kennelijk geen stimulans om meer onderzoek, waaronder evaluatie-onderzoek, te (willen) doen.* Ten aanzien van evaluatie van wetgeving zelf adviseert Olsthoorn om meer deskundigen en een grotere variëteit aan deskundigheid bij evaluatie van wetgeving te betrekken, met meer aandacht voor juridische – en bestuurskundige expertise. Ook: een belangrijkere rol voor Stuurgroep Evaluatie Regelgeving. En daarnaast is volgens haar een grotere inbreng gewenst vanuit het ministerie van VWS, dat veelal als formele opdrachtgever voor evaluatie-onderzoek optreedt. Tevens zijn duidelijker afspraken nodig over eisen waaraan onderzoek moet voldoen, waaronder een duidelijke opdracht en evaluatiedoel, etc. Olsthoorn vindt met betrekking tot de Kwaliteitswet zorginstellingen een tweede evaluatie niet direct nodig.

2.6. Opmerkingen naar aanleiding van het evaluatie-onderzoek van Olsthoorn

Uit het onderzoek van Olsthoorn blijkt m.i. vooral dat evaluatie van wetgeving complex is en dat het (nog) niet echt goed mogelijk is om zodanige criteria op te stellen om objectief te kunnen oordelen of sprake is van 'goed' onderzoek. De kwalificatie 'goed' of als tegenpool 'slecht' hangt af van vele (f)actoren. Wat dat betreft is het opstellen van criteria voor evaluatie van wetgeving vergelijkbaar met een ingewikkelde wiskundige formule, met veel variabelen.

Het is in dit verband mogelijk dat een onderzoek met de kwalificatie ‘goed’ bij toepassing op een evaluatie van een andere wet, ‘lager’, of zelfs ‘slecht’ scoort. De grote verdienste van het onderzoek van Olsthoorn is m.i. om op de complexiteit van onderzoek naar wetsevaluaties te wijzen, de betekenis van evaluatie-onderzoek te relativiseren en op onderzoeks- en andere knelpunten te wijzen en toch ook richting te geven aan toekomstig evaluatie-onderzoek, getuige de checklist met 19 aandachtspunten.

Naast de hiervoor genoemde ‘objectieve’ aandachtspunten, gebruikt Olsthoorn ‘subjectieve’, in het bijzonder daar waar zij aan opdrachtgevers, onderzoekers en andere betrokken actoren vroeg een rapportcijfer te geven aan het voor of door hen verrichte onderzoek.

Als minpunt bij haar onderzoek merk ik op dat Olsthoorn ongeveer 20 personen betrokken bij vraaggesprekken als onderdeel van haar evaluatie-onderzoek. Daarbij waren twee belangrijke (m.i. de belangrijkste) partijen *niet* bij de vraaggesprekken betrokken. Ten eerste de veldpartijen, die de wet uitvoeren en ten tweede, de Tweede Kamer, die als wetgever als het ware de formele ‘opdrachtgever’ is van veel evaluatie-onderzoeken. Het excuus dat uit deze categorieën van belanghebbenden geen verantwoorde selectie viel te maken, is m.i. niet steekhoudend; de keuze had kunnen vallen op (bijvoorbeeld) de voorzitter van de Vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid en een paar willekeurige vertegenwoordigers uit de zorgsector. Door te kiezen voor het houden van vraaggesprekken onder de direct betrokkenen bij de oorspronkelijke wetsevaluatie, koos de onderzoeker voor een betrekkelijk veilige weg, waarbij de resultaten enigszins voorspelbaar waren. Voor dit meta-evaluatie-onderzoek geldt, dat er een zekere afstand moet zijn tussen degenen die de aanvankelijke evaluatie uitvoerden en degenen die zijn betrokken bij het meta-evaluatie-onderzoek. Door dezelfde personen uit het aanvankelijke onderzoek tevens bij het meta-evaluatie-onderzoek te betrekken, kan er twijfel zijn over de validiteit van het onderzoek. Hooguit is het onderzoek dan te beschouwen als een *intern* evaluatie-onderzoek van ZonMw. Dit geldt te meer nu de opdracht voor het meta-evaluatie-onderzoek kwam van het bestuur van ZonMw, waarbij een document van de Commissie evaluatie regelgeving van ZonMw als basis diende voor de onderzoeksopdracht aan Olsthoorn. In verband met vorenstaande ben ik het oneens met ZonMw, waar ZonMw de Minister van VWS het evaluatierapport aanbiedt onder vermelding dat het een *externe* evaluatie van het programma evaluatieregelgeving betreft³⁸.

Zo’n *intern* evaluatie-onderzoek past overigens goed in het interne kwaliteitssysteem van een organisatie. Zo ook van ZonMw.

En hoewel Olsthoorn in de inleiding van haar Evaluatierapport memoreert dat “*ZonMw in opdracht van de Minister van VWS het totstandkomen van evaluatie-onderzoeken door onafhankelijke deskundigen*” verzorgt, blijkt dat veel van deze deskundigen bij meer dan één evaluatie-onderzoek zijn betrokken en een aantal tevens bij de meta-evaluatie. Zijn deze deskundigen wel onafhankelijk?

Hier rijst ook de vraag of ZonMw efficiënt evaluatie-onderzoek uitvoerde, of wel: met zo weinig mogelijk middelen zoveel mogelijk doelen bereikte of een bepaald doelniveau bereikte met de inzet van zo weinig mogelijk middelen.

De kosten ad € 363.000 van het evaluatie-onderzoek van de Kwaliteitswet zorginstelling door ZonMw, lijken mij hoog. Wat is daarvoor precies gedaan?

³⁸ Brief van ZonMw dd 21 maart 2003 aan de Minister van VWS (als bijlage gevoegd bij het rapport “vijf jaar evaluatie regelgeving via ZonMw” van Olsthoorn)

En voor het resultaat – zo leid ik af uit de bevindingen van Olsthoorn – bestaat weinig politieke, wetenschappelijke en beleidsmatige belangstelling. Zinvol of zinloos onderzoek? ‘Kwaliteit van zorg’ lijkt niet of niet langer een belangrijk issue. Heeft de politiek nog wel geld over voor nader evaluatie-onderzoek inzake ‘kwaliteit van zorg’, indien dit nodig mocht blijken?

2.7. Effect evaluatie-onderzoek Olsthoorn op mijn onderzoek naar de evaluatie van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen

De resultaten van het meta-evaluatie-onderzoek van Olsthoorn benut ik om hieruit – zo mogelijk – algemene aandachtspunten te distilleren, die de kwaliteit van evaluatie-onderzoek kunnen verbeteren. Verbeterpunten, die ik zou kunnen gebruiken bij de beoordeling van de kwaliteit van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstelling door ZonMw. Uit het onderzoeksrapport van Olsthoorn betrek ik de hiervoor genoemde algemene regels voor wetenschappelijk onderzoek. Het zijn 19 aandachtspunten of potentiële verbeterpunten. De lijst kan ook gelden als checklist of onderdeel zijn van een checklist voor ‘goed’ onderzoek, waarbij ‘goed’ afhankelijk is van veel (f)actoren, zoals in hoofdstuk 6 zal blijken.

Hoofdstuk 3. De evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen; het Evaluatierapport Kwaliteitswet zorginstellingen van ZonMw als basis voor een beschouwing

3.1. Inleiding

In dit hoofdstuk verdiep ik mij in de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen zelf. Hier komt de inhoud van het rapport Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen nadrukkelijk in beeld; een rapport dat werd opgesteld door de Commissie evaluatie regelgeving van ZonMw, Den Haag³⁹. In dit hoofdstuk start ik met een beschrijving van dit rapport, waarvan de inhoud me inspireerde tot de evaluatie van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de vier kernvragen die ik in mijn algemene inleiding en het vorige hoofdstuk stelde.

Ik analyseer de evaluatie van de wet zoals de Evaluatiecommissie deze verrichtte, inclusief evaluatieproces. Daarbij betrek ik de resultaten van de meta-evaluatie van Olsthoorn, waaraan ik enkele algemene criteria ontleen. Onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg benut ik om aan te tonen wat het effect van het evaluatieonderzoek is (geweest) evenals brieven van de bewindspersonen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over (o.a.) de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen of het effect van die evaluatie op (kwaliteits)beleid.

3.2. Evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen door ZonMw

3.2.1. Waarom een evaluatie?

Directe aanleiding om de Kwaliteitswet zorginstellingen te evalueren volgt uit artikel 26 van die wet, waarin staat dat de Minister binnen vijf jaar na de inwerkingtreding van de wet een verslag schrijft aan de Staten-Generaal over de doeltreffendheid en de effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen in de praktijk.

Het evaluatie-onderzoek kan volgens ZonMw lacunes en knelpunten in de Kwaliteitswet zorginstellingen aan het licht brengen, waarbij ZonMw de volgende drie niveaus onderscheidt:

- het niveau van de wettekst (helderheid, consistentie en uitvoerbaarheid)
- het niveau van de instelling/zorgaanbieder
- het niveau van de ‘omgevingsfactoren’.

3.2.2. Probleemstelling, onderzoeksvragen, ijkpunten en samenvatting conclusies en aanbevelingen uit het evaluatierapport van ZonMw

Onder “*probleemstelling en onderzoeksvraagstellingen*” geeft ZonMw aan dat de Kwaliteitswet zorginstellingen een kaderwet is en dat is een belangrijke aspect van die wet. Het rapport zegt daarover: “*in het nieuwe systeem van geconditioneerde zelfregulering via haar ‘dynamische karakter’ en ‘geconditioneerd stimuleren’ tot de invoering van kwaliteitssystemen. Bij dit systeem ... is een essentiële rol voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) weggelegd.*” Dit betekent, dat de inhoudelijke invulling van wat onder ‘kwaliteit van zorg’ moet worden verstaan, een zaak is voor het zorgveld. Het zorgveld zorgt zelf voor kwaliteitsnormen, die per categorie van zorginstellingen tot stand (moeten) komen. Landelijke brancheorganisaties vervullen een voortrekkersrol bij de ontwikkeling van (categoriale) kwaliteitsnormen, waarbij eveneens andere zorgpartijen betrokken zijn, zoals organisaties van verzekeraars, patiënten of consumenten. De individuele zorginstellingen zijn uiteraard verantwoordelijk voor de implementatie van die kwaliteitsnormen in het (hun) instellingsbeleid.

³⁹ Dit rapport duid ik aan met Evaluatierapport ZonMw

In dit systeem heeft de overheid vooral een voorwaardenscheppende functie, met uitzondering van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, die toezicht houdt op een juiste naleving van de wet en die – met de Minister – de wet handhaaft.

3.2.3. Formulering door ZonMw van de probleemstellingen

De probleemstelling van de evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen is blijkens ZonMw tweeledig:

- In hoeverre draagt de Kwaliteitswet zorginstellingen ertoe bij dat het doel van kwaliteitsbewaking en -bevordering wordt bereikt?
- In hoeverre bestaat er een optimale verhouding tussen de Kwaliteitswet zorginstellingen en andere (wettelijke) instrumenten gericht op kwaliteitsbewaking en kwaliteitsbevordering?

3.2.4. Formulering door ZonMw van vijf onderzoeksvragen⁴⁰

Aan de hand van de probleemstelling verricht ZonMw een vijftal deelonderzoeken, waarbij de volgende vragen antwoord behoeven:

1. Heeft de Kwaliteitswet zorginstellingen wel voldoende mogelijkheden (instrumenten) om binnen het systeem van zelfregulering (het zorgveld zelf zorgt voor de benodigde kwaliteitsnormen) zorginstellingen te bewegen om verantwoorde zorg te leveren?
Hoe is het oordeel over systematiek, helderheid en reikwijdte van de wet?
2. In hoeverre houden zorginstellingen zich aan de Kwaliteitswet zorginstellingen om verantwoorde zorg te verlenen op een gestructureerde procesmatige wijze via de toepassing van een kwaliteitssysteem? (Verantwoorde zorg of zorg van een goed niveau is zorg die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht is en afgestemd op de reële behoefte van de patiënt).
3. Wat zijn de (neven)effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen op de kwaliteit van door instellingen verleende zorg in de regio? Beïnvloedt verschil in sekse van de hulpvrager het niveau van de zorg, de (lage) sociale positie van een hulpvrager of het feit dat deze van allochtone afkomst is? En als dat het geval is, wat zijn daarvan de oorzaken?
Wat voor rol spelen zorgverzekeraars en organisaties van patiënten of consumenten in het leveren van verantwoorde zorg door zorginstellingen?
4. Hoe vindt toezicht op de juiste naleving van de Kwaliteitswet zorginstellingen plaats en hoe vervult de Inspectie voor de Gezondheidszorg haar (wettelijke) taken in deze?
5. Hoe verhoudt de Kwaliteitswet zorginstellingen zich met andere gezondheidswetten⁴¹ bij het realiseren van verantwoorde zorg?

⁴⁰ De integrale tekst van de formulering onderzoeksvragen is opgenomen in bijlage 1.

⁴¹ Het Evaluatierapport ZonMw noemt: de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ), Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet medezeggenschap cliënten zorgsector (WMCZ), Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO), Wet op de Medische keuringen ((WMK), Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV), de Wet op de orgaandonatie (WOD) en de Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI).

3.2.5. IJkpunten ZonMw voor de beoordeling van de doeltreffendheid en effectiviteit van de werking Kwaliteitswet zorginstellingen

Onder ijkpunten⁴² heeft ZonMw aandachtspunten opgenomen die gelden als nadere uitwerking van de onderzoeksvraagstelling. Het gaat daarbij enerzijds over de helderheid en systematiek van de Kwaliteitswet zorginstellingen zelf; zaken als operationalisering van het begrip ‘verantwoorde zorg’; de wijze waarop een instelling de zorgverlening organiseert; de ontwikkeling en invoering van kwaliteitssystemen; inhoud en het effect van het kwaliteitsjaarverslag en de wijze waarop de Inspectie voor de Gezondheidszorg toezicht houdt op de naleving van de wet en deze handhaaft. Anderzijds om de ‘omgeving’ van de wet, waarbij ZonMw als aandachtspunten noemt de integratie van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid; de rolverdeling tussen partijen in het zorgveld en de Inspectie voor de Gezondheidszorg; de verhouding tussen de Kwaliteitswet zorginstellingen en andere gezondheidswetten en de doeltreffendheid van de Leidschendamafspraken (afspraken tussen partijen in het zorgveld en de overheid) over de ontwikkeling en invoering van een landelijk kwaliteitsbeleid.

3.2.6. ZonMw vat de conclusies en aanbevelingen uit het evaluatierapport als volgt samen:

- 1. Het samenspel tussen landelijke organisaties van zorgaanbieders, patiënten/ consumentenorganisaties en zorgverzekeraars enerzijds en de wettelijke verantwoordelijkheden van de zorgaanbieders anderzijds, alsmede de implementatie van de KZI door de zorgaanbieders, zijn de afgelopen jaren te vrijblijvend gebleven;**
- 2. De aandacht en energie van de betrokken partijen zijn de afgelopen jaren te sterk gericht geweest op procedurele aspecten. Er is nog te weinig aandacht en energie besteed aan de resultaten van het kwaliteitsbeleid (c.q. aan methoden om deze resultaten te bepalen);**
- 3. De taken en verantwoordelijkheden van een aantal actoren zijn nog onvoldoende uit de verf gekomen.**

Om in deze situatie verandering te brengen behoeft de inhoud of de systematiek van de KZI niet te worden gewijzigd. Wel zijn andere maatregelen nodig om de doelstellingen van deze wet, en die van het kwaliteitsbeleid in het algemeen, te realiseren. De nadruk komt daarbij te liggen op het bevorderen van de implementatie van het gedachtegoed van de wet.

De 17 conclusies en aanbevelingen in het Evaluatierapport geven een meer gedetailleerd beeld van hoe ZonMw werking van de Kwaliteitswet zorginstellingen ervaart. De bevindingen daarvan - aan de hand van onderzoeken, enquêtes en bijeenkomsten, die in het kader van die evaluatie plaatsvonden – zijn terug te vinden in de conclusies. In de aanbevelingen is de visie van ZonMw neergelegd over de wijze waarop de geconstateerde knel- of pijnpunten kunnen worden aangepakt. Bijlage 1 bevat de integrale tekst van de conclusies en aanbevelingen.

⁴² In bijlage 1 zijn de ijkpunten integraal opgenomen.

3.3. Bevindingen op basis van het evaluatie-onderzoek van ZonMw

3.3.1. Inleiding

Mede omdat de conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport ZonMw in mijn onderzoek als toetsingskader fungeerde bij mijn interviews met individuele personen, heb ik deze in bijlage 1 integraal weergegeven⁴³. De conclusies en aanbevelingen geven enerzijds een samenvatting van de bevindingen van ZonMw op basis van het door hen of onder auspiciën van hen verrichte onderzoek en anderzijds de visie die ZonMw heeft om het kwaliteitsbeleid dan wel de wetgeving te verbeteren. Met daarbij de specifieke rol van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, consumenten- en patiëntenorganisaties en de rol van de overheid ten aanzien van *bewaking en bevordering* van ‘kwaliteit van zorg’ in zorginstellingen.

3.3.2. Bevindingen

Uit de hiervoor geciteerde probleemstelling, onderzoeksvragen, ijkpunten en uit de opzet van het onderzoek⁴⁴ blijkt dat ZonMw met verschillende ogen naar de Kwaliteitswet zorginstellingen kijkt. Ten eerste: wat is de betekenis van de Kwaliteitswet zorginstellingen voor de kwaliteit van door instellingen verleende zorg? Ten tweede: hoe verhoudt de Kwaliteitswet zorginstellingen zich met andere kwaliteitswetten?

En bij de opzet voor het hieruit voortvloeiende onderzoek koos ZonMw voor een combinatie van wetsevaluatie en beleidsevaluatie. Niet alleen aandacht voor de *doeltreffendheid* van de wet, maar tevens of de zorginstellingen (op koepelniveau dan wel als individuele instelling) de wet als stimulans hebben ervaren om kwaliteitssystemen te ontwikkelen, op te zetten en uit te voeren. En, wat is qua ‘kwaliteit van zorg’ de stand van zaken in Nederland.

Vanwege het systeem – zoals ZonMw dat noemt – van *geconditioneerde zelfregulering* is bij de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen enerzijds rekening gehouden met de verschillende uitwerkingen van de wet op de te onderscheiden sectoren⁴⁵, met name waar het gaat om de doeltreffendheid van de wettelijke verplichtingen die de wet zorginstellingen oplegt. Anderzijds houdt ZonMw rekening met de verschillen in uitwerking van de wet, met name de effecten, die gezien de decentrale uitvoering van de wet, per regio kunnen verschillen, of afhankelijk zijn van de sekse van de hulpvrager, diens sociaal-maatschappelijke positie of etnische-culturele afkomst.

Zon Mw wijst op de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bij het toezicht en de handhaving van de wet. De IGZ is in dit verband “*het sluitstuk van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen.*”

Daarbij koos ZonMw – naar eigen zeggen – voor een *robuust onderzoeksdesign*, waarbij onderzoeksvragen via meer dan één methode van dataverzameling werden onderzocht.

Juridisch-technische analyse van de context en inhoud van de Kwaliteitswet zorginstellingen vond plaats met daarnaast literatuurstudies en interviews.

⁴³ Bijlage 1 bevat de conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport ZonMw, inclusief de opmerkingen die de door mij geïnterviewden hierover maakten.

⁴⁴ Blz 14 Evaluatierapport

⁴⁵ Hierbij kan worden gedacht aan: ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorg, gehandicaptenvoorzieningen, etc.

Voor vragen over de naleving en de (neven)effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen vond breed onderzoek plaats. ZonMw analyseerde beschikbare gegevens, waaronder de onderzoeksresultaten van de Leidschendamconferentie in 2000; beleidsdocumenten afkomstig van regionaal of landelijk onderzoek en de resultaten van interviews, gehouden onder alle relevante landelijke brancheorganisaties uit de zorgsector en ambtelijke organisaties⁴⁶. Daarnaast enquêteerde ZonMw zorgaanbieders in alle relevante sectoren uit de *gezondheidszorg*⁴⁷ en woog de resultaten van regionale bijeenkomsten met regionale vertegenwoordigers uit de zorgsector. De effectiviteit van het toezicht op de Kwaliteitswet zorginstellingen en de handhaving ervan analyseerde ZonMw via jurisprudentieonderzoek en casestudies, literatuuronderzoek, analyse van beleidsdocumenten en interviews.

3.4. Opmerkingen naar aanleiding van het evaluatierapport ZonMw tijdsbeeld

Het Evaluatierapport geeft vooral een goed tijdsbeeld; ik beschouw het in dat kader als een onmisbaar document dat inzicht biedt over de plaats die de Kwaliteitswet zorginstellingen medio 2001 heeft in de Nederlandse gezondheidszorg, met - via de conclusies en aanbevelingen – een signaalfunctie over hoe de wet in de toekomst beter kan functioneren. Vooral aandacht voor verbetering van de uitvoering en “*implementatie van het gedachtegoed van de wet*”. Over de eventuele wijziging van de wet is het Evaluatierapport niet éénduidig. Enerzijds zegt het dat noch de inhoud, noch de systematiek van de Kwaliteitswet zorginstellingen⁴⁸ hoeft te worden gewijzigd, terwijl uit enkele aanbevelingen⁴⁹ het tegendeel blijkt; ZonMw stelt o.a. voor om het aantal handhabingsbepalingen uit te breiden.

gebruik beleidsinstrumenten

Bij de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen kwam vooral het juridisch instrument – hoewel niet prominent - in beeld. Het betrekken van andere *gezondheidswetten* bij de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen, benadrukt dat de onderzoekers vooral naar het juridische instrument keken. Ook voor de afstemming van de Kwaliteitswet zorginstellingen met andere wettelijke regelingen werden voor de dataverzameling *juridisch-technische* analyses uitgevoerd en interviews gehouden. ZonMw betrok negen *gezondheidswetten*⁵⁰ bij het onderzoek. Die wat eenzijdige – *juridische* - benadering heeft als bezwaar dat mogelijke alternatieven om de doeltreffendheid en doelmatigheid en klantgerichtheid van de wet te verhogen, over het hoofd worden gezien. En waarbij minder aandacht bestaat voor het economische en communicatieve beleidsinstrument, zoals uit de vijf deelonderzoeken (zie hiervoor) kan blijken.

⁴⁶ Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Ministerie van VWS, Interprovinciaal Overleg (IPO) en Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG).

⁴⁷ cursivering door Graniewski; zorg in de zin van de Kwaliteitswet is breder dan gezondheidszorg.

⁴⁸ Evaluatierapport; algemene conclusies en aanbevelingen, pp 8 en pp 163.

⁴⁹ Bijlage 1, zie bijvoorbeeld aanbevelingen 3, 12, 13 en 16

⁵⁰ Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst⁵⁰, de Wet klachtrecht cliënten zorgsector, de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, de Wet bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen, de Wet op de jeugdhulpverlening, De Welzijnswet, de Wet medezeggenschap cliënten en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

Vooral nu uit het evaluatie-onderzoek blijkt dat het vooral aan de communicatie tussen de partijen in het zorgveld schort, en juist daardoor de implementatie van het gedachtegoed van de Kwaliteitswet zorginstellingen niet zo voorspoedig gebeurt als de wetgever voor ogen had, staat die eenzijdige aandacht voor het juridische instrument ter discussie.

ijkpunten ZonMw

Onder het hoofdje “*Ijkpunten voor een beoordeling van de doeltreffendheid en effectiviteit*”⁵¹ verwijst ZonMw naar artikel 26 van de Kwaliteitswet zorginstellingen, waarin de minister van VWS de opdracht krijgt om de Staten-Generaal binnen vijf jaar te informeren over, zoals het in de wet staat omschreven: “*de doeltreffendheid en de effecten van de wet in de praktijk*”⁵².

Door het gebruik van verschillende bewoordingen (ZonMw gebruikt daarbij de synoniemen ‘doeltreffendheid en effectiviteit’ en de wetgever: ‘doeltreffendheid en effecten van de wet’), heeft ZonMw – althans in theorie - een smaller onderzoek verricht, dan waar de wetgever op doelde. Met andere woorden: alleen onderzoek naar de mate waarin de ingezette middelen het beoogde doel bereiken.

De bedoeling van de wetgever is evenwel niet alleen onderzoek naar de *doeltreffendheid*, maar tevens naar *de effecten van de wet in de praktijk*.

Dus tevens onderzoek naar bedoelde en onbedoelde, positieve of negatieve neveneffecten van de wet en de effecten van de gebruikte beleidsinstrumenten. Ook naar doelmatigheid en klantvriendelijkheid bij de uitvoering van de wet in de praktijk. Met de beperkte invalshoek van ZonMw kunnen deze facetten van evaluatie-onderzoek onderbelicht zijn.

Wel besteedt ZonMw extra aandacht aan de patiëntgerichtheid van de Kwaliteitswet zorginstellingen; ZonMw memoreert daarbij de wens van het parlement om bij de evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen nadrukkelijk aandacht te besteden “*aan het effect dat de wet heeft gehad op de integratie van het patiënten perspectief in het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen (23633, nr 8, p. 12)*”.

aandacht kwaliteitsborging?

Wat mij opvalt is dat ZonMw zowel in de probleemstelling als in de onderzoeksvraagstellingen veel aandacht besteedt aan zowel *kwaliteitsbewaking* als *kwaliteitsbevordering*. Daarnaast had ik verwacht dat er aandacht was voor *kwaliteitsborging*. Dus niet alleen bewaking van de kwaliteit om te voorkomen dat een instelling onder een bepaalde (kwaliteits)grens komt, waardoor niet langer sprake is van het verlenen van verantwoorde zorg. En evenmin zich uitsluitend te richten op de andere kant van het kwaliteitsspectrum, op *kwaliteitsbevordering*. Belangrijk is vooral: *handhaven* van het bestaande, hoge, kwaliteitspeil. Aandacht voor kwaliteitsborging lijkt mij in dit verband essentieel voor een kwaliteitsbeleid voor zorginstellingen. Instellingen voldoen aan normen i.c. kwaliteitseisen, die door en voor een bepaalde zorgsector zijn ontwikkeld. Als voorbeeld noem ik ziekenhuizen, waarvoor de NIAZ-normering als referentiekader geldt. En telkens als die normen worden opgekrikt en de kwaliteitslat als het ware hoger komt te liggen, stellen de instellingen hun interne kwaliteitseisen en normen bij door bijvoorbeeld hun interne protocollen, richtlijnen, etc. te actualiseren.

⁵¹ In bijlage

⁵² cursivering KG

Die borgingsfunctie is te vergelijken met het rad van een tandradbaan; het tandrad voorkomt dat de omhoog rijdende trein (symbool van verhoging van de kwaliteit) terugvalt in geval van pech. Borging als garantie dat een bestaand kwaliteitspeil in ieder geval blijft *gehandhaafd*.

nota Kwaliteit van zorg

Bij de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen betrof ZonMw veel gezondheidswetten. Daarnaast verrichtte ZonMw onderzoek naar de stand van het kwaliteitsbeleid in brede zin in Nederland. Dat laatste onderzoek betrof enerzijds een breed onderzoek en anderzijds toch ook weer een smal onderzoek. Immers, de geschiedenis van de Kwaliteitswet zorginstellingen begint weliswaar bij de kwaliteitsconferenties in Leidschendam. Maar de beleidsontwikkelingen over wat onder ‘kwaliteit van zorg’ wordt verstaan en hoe de term ‘instelling’ gestalte krijgt en waarom gekozen werd voor het begrip ‘verantwoorde zorg’ als fundament waarop de Kwaliteitswet zorginstellingen is gebouwd, zijn terug te vinden in de nota Kwaliteit van Zorg. Ik dit verband mis ik de ‘voorkennis’ en expertise uit de nota Kwaliteit van Zorg en de ambtelijke actoren die bij het opstellen van de nota waren betrokken. De nota Kwaliteit van Zorg zelf had best een belangrijkere plaats in het Evaluatierapport mogen innemen. Veel achtergrondinformatie over de wet is hierin terug te vinden, o.a. over het in de wet gebruikte instrumentarium, inclusief een opzet om via het economische instrument het kwaliteitsbeleid binnen zorginstellingen daadwerkelijk te stimuleren; bijvoorbeeld via het subsidiëren van experimenten, het financieren van een expertisecommissie en door de vereniging voor kwaliteitsfunctionarissen (in de zorgsector) een startsubsidie te verstrekken.

zorgelite; legitimiteit besluitvorming

Het onderzoek was eveneens smal in die zin dat voor de deelname aan commissies, expertisebijeenkomst, etc. de deelnemers afkomstig waren uit een kleine groep deskundigen. De vraag die ik me stelde was of de deelnemers aan het evaluatieonderzoek wel zijn te beschouwen als de vertegenwoordigers van (individuele) zorgaanbieders, zorgvragers en zorgverzekeraars; staan ze niet te ver af van de uitvoeringspraktijk? En zo ja, is dat bezwaarlijk?

Dat laatste hoeft m.i. niet per se het geval te zijn. Essentieel is of de opvattingen van de commissie en de ideeën die ze heeft - in de vorm van conclusies en aanbevelingen – op voldoende draagkracht in het zorgveld en bij de overheid kan rekenen. Dat feit is m.i. niet of in ieder geval onvoldoende onderzocht door ZonMw.

En, zonder dat draagvlak is de kans klein dat partijen in het zorgveld of overheid die aanbevelingen van ZonMw in hun beleid implementeren en daadwerkelijk uitvoeren.

De vraag of de deelnemers aan evaluatieactiviteiten als vertegenwoordigers van het zorgveld fungeerden, is overigens niet eenvoudig te beantwoorden. Als ik naar de namenlijst kijk van de leden van de Begeleidingscommissie evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen, de leden Commissie evaluatie wetgeving en de deelnemers aan de expertmeeting op 25 juni 2001, zie ik de namen van smaakmakers in de zorg, vertegenwoordigers van branche- en koepelorganisaties⁵³, belangengroepen en onderzoekers van universiteiten of gerenommeerde instituten als ZonMw zelf, het Verwey-Jonker Instituut en het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG, Erasmusuniversiteit).

⁵³ Bijvoorbeeld, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie en het College voor zorgverzekeringen

Het zijn personen die in wisselende samenstelling bij belangrijke kwesties in de zorg werden, zijn of worden betrokken, en zij vormen de elite in de zorgsector; in die hoedanigheid zijn ze belangrijke gesprekpartners van de overheid.

Deze zorgelite beïnvloedde in belangrijke mate de strekking van de conclusies en aanbevelingen in het Evaluatierapport. De voormalig ambtelijk vertegenwoordiger van VWS bevestigde dit toen ik hem hierover interviewde. Sommigen hadden zelfs een actieve rol als (toenmalig) ambtenaar van VWS bij het redigeren van de nota Kwaliteit van Zorg en de Kwaliteitswet zorginstellingen. Dat geldt in het bijzonder voor Henriëtte Roscam Abbing, die als adviseur van het DG Volksgezondheid een belangrijke stempel drukte op de inhoud van de wet. Rob Scheerder was als Hoofddirecteur Gezondheidszorg ambtelijk verantwoordelijk voor zowel de nota als de wet en hij bood ambtelijke ondersteuning aan de bewindspersonen bij de behandeling van de Kwaliteitswet zorginstellingen in de Kamers.

Gerrit van der Wal was indertijd inspecteur van de Geneeskundige Inspectie⁵⁴, een voorloper van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

De deelnemers aan de expertmeeting waren vooral vertegenwoordigers van koepelorganisaties, hoogleraren en onderzoekers van het Verwey-Jonker Instituut en het iBMG, onder voorzitterschap van prof.dr. A.F. Casparie⁵⁵.

In hoeverre is de zorgelite te beschouwen als vertegenwoordiger van het zorgveld? En in hoeverre zijn leden van de elite in staat om een neutraal of onafhankelijk standpunt in te nemen als ze zijn betrokken bij een evaluatie-onderzoek van een wet, waar ze in het voortraject intensief waren betrokken? Bijvoorbeeld bij het redigeren van de nota Kwaliteit van Zorg, de beleidsnota waarop de wet is gebaseerd of als lid van de begeleidingsgroep Kwaliteitswet zorginstellingen.

Dat de zorgelite bij wetsevaluaties een rol vervult, moet kunnen; aan de integriteit van de experts twijfel ik niet. Maar de *schijn* van mogelijk eigenbelang (van elites) kan tegenkrachten oproepen in de vorm van oppositie of weerstand tegen conclusies of aanbevelingen uit bijvoorbeeld het evaluatierapport (terecht of onterecht) of argwaan tegenover de kennis en ervaringsmacht van de elite.

effect anderen?

Los van de vraag of de zorgelite partijdig is vanwege een te nauwe betrokkenheid bij de wet om die wet neutraal en onafhankelijk te kunnen evalueren, is mijn onderzoek tevens gericht op het mogelijk effect op de evaluatie van de wet van anderen dan de elite. Zouden de conclusies en aanbevelingen dan anders hebben geluid?

Vorenstaande kan tot gevolg hebben dat – zoals eerder aangestipt – de mensen in de praktijk zich niet herkennen in conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport, waardoor het draagvlak ontbreekt om deze aanbevelingen uit te voeren of in het instellingsbeleid te implementeren. Zonder draagvlak van het zorgveld worden zelfs wettelijke eisen genegeerd.

⁵⁴ De Inspectie voor de Gezondheidszorg ontstond uit een fusie van de Geneeskundige Inspectie, de Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid en de Farmaceutische Inspectie.

⁵⁵ Prof. Casparie beïnvloedde het kwaliteitsbeleid in Nederland heel direct, o.a. als voorzitter van de Commissie Voortgang Onderzoek Kwaliteit (een commissie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid), als lid van de Klankbordgroep nota Kwaliteit van Zorg en als geconsulteerde expert bij de concipiëring van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Daarnaast was hij nauw betrokken bij de Kwaliteitsconferenties in Leidschendam.

Het effect van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen is in dat geval gering. Dat is jammer van alle energie en geld die in het Evaluatierapport werden geïnvesteerd.

Vorenstaande samengevat: velen van de zorgelite hadden een belangrijke invloed op de reikwijdte en inhoud van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Wees daarvan bewust als beleidsmakers en onderzoekers in hoeverre de conclusies en aanbevelingen uit zo'n evaluatierapport Kwaliteitswet zorginstellingen gelegitimeerd zijn in het brede zorgveld en bij de beleidsmakers bij de overheid.

Effect vergadercircuit?

Nog een aspect dat aandacht verdient. De onderzoeken van ZonMw en de besluitvorming daarover vonden voornamelijk plaats in overleg- en vergadercircuits. In de Nederlandse vergaderingcultuur nemen overlegpartijen bij voorkeur nog steeds besluiten in gezamenlijk overleg (poldermodel). En ook in zorgland heerst in het besluitvormingsproces de consensuscultuur. Is het niet zo, dat als deelnemers in plaats van overleg in vergaderverband, individueel en persoonlijk waren bevraagd (i.c. waren geïnterviewd), dit een andere uitkomst van het evaluatie-onderzoek had opgeleverd? Ik veronderstel van wel. Ook dat kan het uiteindelijk effect op het onderzoek beïnvloeden, evenals het effect van het onderzoeksresultaat.

Het totaal effect van bevragen van alleen de zorgelite, besluitvorming die voornamelijk in vergaderverband plaatsvindt en daarnaast de op consensus gerichte besluitvorming, kan een inhoudelijke verschraling of vervlakking van standpunten opleveren. Alle ideeën 'boven het maaiveld' zijn als het ware verdwenen nu de maaimachine driemaal zijn werk deed. In dit verband verwijs ik naar de visuele weergave van mijn betoog in *figuur 1*. Reden om hieraan in mijn empirisch onderzoek aandacht te besteden.

Empirisch onderzoek (zie hoofdstuk 5) moet uitwijzen of en zo ja, in welke mate de samenstelling van de bij het evaluatie-onderzoek betrokken actoren (personen of organisaties, i.c. de zorgelite) en de mede door hun inbreng geformuleerde conclusies en aanbevelingen in het Evaluatierapport van ZonMw, te zeer afstaan van de belevingswereld van het zorgveld, i.c. van anderen, die juist niet tot de zorgelite behoren. Ik doel daarbij vooral op in zorginstellingen werkzame individuele beroepsbeoefenaren, instellingsdirecteuren, managers in de zorg, zorgverzekeraars of bij het zorgbeleid betrokken ambtenaren en individuele patiënten of zorgconsumenten.

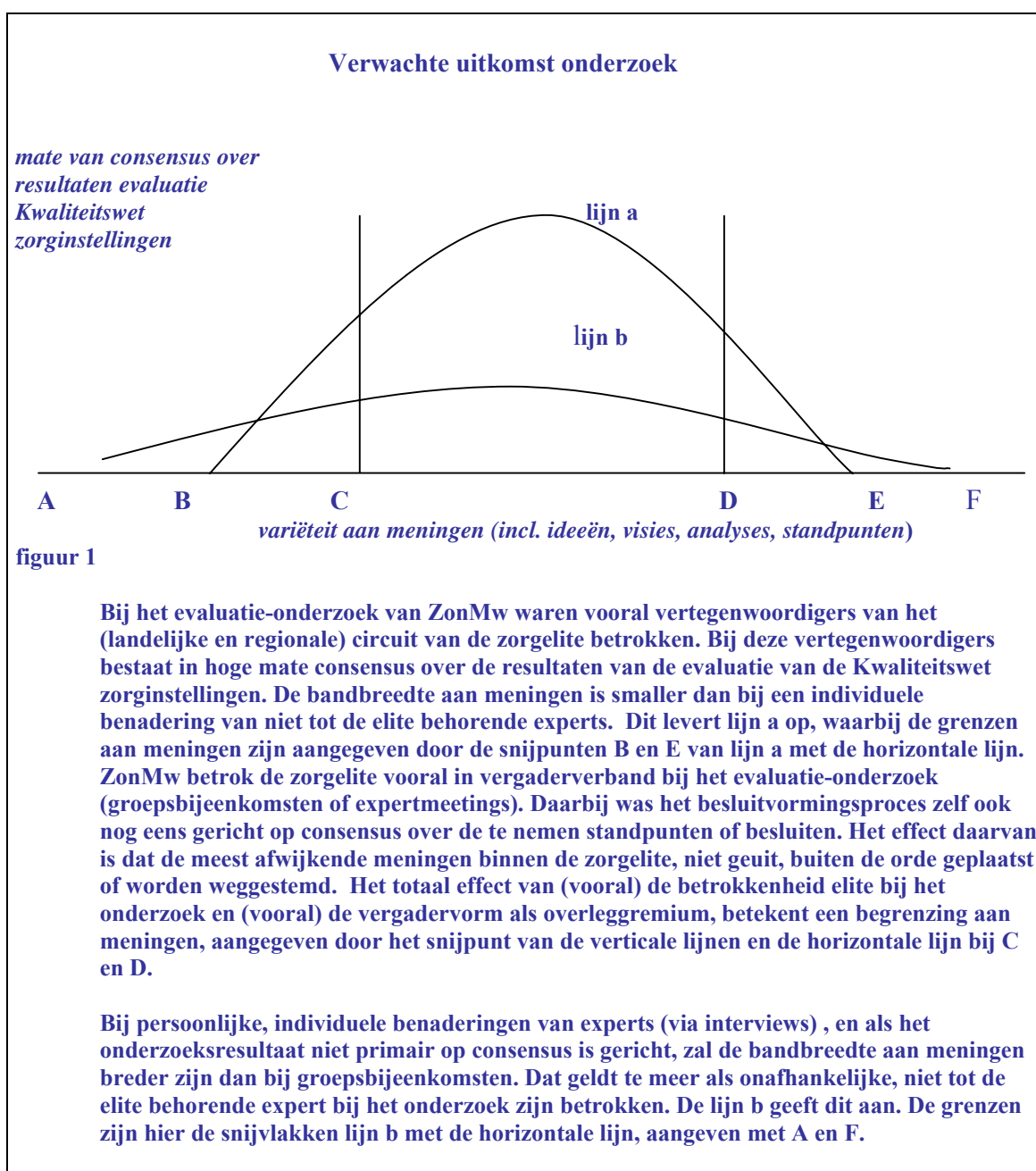
Miste ik actoren bij het evaluatie-onderzoek?

Veel actoren zijn bij het evaluatie-onderzoek ZonMw betrokken. Ten eerste de zorgelite op landelijk niveau, te weten de vertegenwoordigers van landelijke branche- en koepelorganisaties en landelijke belangen- en beroepsverenigingen. Deze organisaties vertegenwoordigen de individuele (medische) beroepsbeoefenaren in de zorg, zorginstellingen, consumenten en patiënten en zorgverzekeraars. Ten tweede zijn de zorgelites op regionaal niveau geconsulteerd, zodat de mening van de zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de consumenten en patiënten op regionaal niveau is gehoord. Daarnaast namen vertegenwoordigers van de overheid, universiteiten en onderzoeksinstituten aan het evaluatie-onderzoek deel.

Belangrijke actoren, die niet bij het evaluatie-onderzoek waren betrokken, zijn in mijn ogen de vakbonden. De vakbond als kenniscentrum en als vertegenwoordiger van werknemers in de zorg dan wel als leveranciers van (deskundige) leden ten behoeve van ondernemersraden of werknemerspanels, etc.

Hoewel noch in de Kwaliteitswet zorginstellingen noch in de nota Kwaliteit van Zorg een plaats was toebedeeld aan vakbonden, hoefden deze m.i. niet genegeerd te worden bij een evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Dat dit gebeurde ligt enerzijds aan de vakbonden die de evaluatie van de wet aan zich lieten voorbijgaan en niet actief verzochten bij de evaluatie te worden betrokken en anderzijds aan de onderzoekers die de respondenten aan het evaluatie-onderzoek vooral binnen het zorgveld en bij de overheid zochten. Vreemd is dat niet, gezien de geschiedenis van de nota en de wet, waaruit valt af te leiden dat 'kwaliteit van zorg' een kwestie was van vooral het zorgveld en een beetje van de overheid. Toch kunnen vakbonden een rol van betekenis hebben als het om verbetering van de 'kwaliteit van zorg' gaat.



Wat zijn redenen (of hadden redenen kunnen zijn) om de vakbonden bij de evaluatie van de wet te betrekken? Zorginstellingen zijn verantwoordelijk voor het verlenen van verantwoorde zorg.

Tegelijkertijd moeten ze een goed werkgever voor hun werknemers zijn. Daarbij geldt ook nog eens dat die werknemers de zorg feitelijk uitvoeren. Geen verantwoorde zorg zonder verantwoord werkgeverschap is het motto.

Op instellingsniveau zijn patiëntenraden en regionale organisaties van patiënten of consumenten zijn al als ‘derde partij’ actief bij het kwaliteitsbeleid van een bepaalde instelling betrokken. Instellingen maken nu reeds gebruik van de expertise van de leden van hun patiëntenraden.

Betrokkenheid bij het kwaliteitsbeleid van een instelling kan evenzeer gelden voor werknemers in de zorgsector, of vakbonden als vertegenwoordigers van die werknemers. De Kwaliteitswet zorginstellingen biedt hiervoor een formeel kader. Daar waar de wet spreekt over ‘doelmatige’ zorg, kan een instelling de expertise van hun werknemers (medewerkers) benutten om efficiënter te werken.

Werknemers dienen daartoe te worden gestimuleerd. Goede ideeën en de praktische uitwerking van kwaliteitstimulerende voorstellen van werknemers – al dan niet in concrete plannen - kunnen een input vormen voor het kwaliteitsbeleid van een zorginstelling en onderdeel uitmaken van het kwaliteitsjaarverslag. Zo’n vermelding in het kwaliteitsjaarverslag van ideeën, voorstellen of plannen, heeft een stimulerende werking richting werknemers, die het als een aanmoediging zien om zich actief in te zetten voor het kwaliteitsbeleid van ‘hun’ instelling; ze zijn er daadwerkelijk bij betrokken.

Daarnaast betekent het opnemen van ideeën, voorstellen of plannen in het kwaliteitsjaarverslag, dat het geen vrijblijvende zaken betreft; de werkgever behoort aan te geven op welke wijze hij de ideeën, etc. bij het kwaliteitsbeleid van de instelling betreft.

Werknemersorganisaties i.c. vakbonden hebben m.i. tevens een taak bij de beantwoording van de vraag of een zorginstelling in hoedanigheid van werkgever over voldoende en voldoende gekwalificeerd personeel⁵⁶ beschikt. Dat geldt met name voor ‘voldoende personeel’. Voor ‘voldoende gekwalificeerd personeel’ zijn m.i. de beroepsverenigingen of de brancheorganisaties primair verantwoordelijk. In de zorgsector komt met zekere regelmaat – als zich een calamiteit voordoet - de overbelasting van personeel ter sprake; het maken van foutjes en fouten worden hieraan toegeschreven als negatief effect. Andere negatieve effecten zijn onvrede bij het personeel; zij ervaren die overbelasting als niet kunnen voldoen aan ‘hun’ professionele standaard (te weinig tijd om hun werk goed te doen), waardoor het leveren van ‘verantwoorde zorg’ onder druk komt te staan.

Een ander aspect met een negatief effect voor werknemers is de marktwerking in de zorg, in die zin, dat het verschil in beloning tussen top en de ‘handen aan het bed’ erg groot is. Dat heeft enerzijds een demotiverende werking op vooral het lager personeel en het middenkader, waarvan de beloning gerelateerd aan rangen bij de overheid of het bedrijfsleven, toch al niet riant is en anderzijds voor het toekomstperspectief van potentiële werknemers, die liever een ander vak kiezen of buiten de zorgsector hun werk zoeken, waar de beloning beter is. Hierdoor kan de continuïteit van de zorg in gevaar komen.

⁵⁶ Zie artikel 3 Kwaliteitswet zorginstellingen

3.5. Toetsing Evaluatierapport ZonMw aan de 19 aandachtspunten Olsthoorn

Onder 3.4. opmerkingen naar aanleiding van het evaluatierapport ZonMw, heb ik reeds enige kritiek gegevens op de aanpak van het onderzoek van ZonMw. Hierna doorloop ik de 19 aandachtspunten voor goed onderzoek, die voorkomen in het rapport van Olsthoorn.

Van de 19 aandachtspunten die Olsthoorn onderscheidt (zie blz 29), hebben er 14 betrekking op methodologische eisen; minimum onderzoekstechnische eisen, algemene methodologische eisen en methodologische eisen aan systematisch evaluatie-onderzoek. Soms bestaat er een zekere overlap in aandachtspunten. Hierna geef ik tussen haakjes aan op welk aandachtspunt mijn opmerkingen betrekking heeft.

ZonMw heeft niet alleen de Kwaliteitswet zorginstellingen geëvalueerd, doch tevens de stand-van-zaken onderzocht van het kwaliteitsbeleid in Nederland. Een enorm karwei dat een schat aan informatie opleverde. Naast de gegevens die de Evaluatiecommissie via enquêtes en een expertmeeting vooral bij de *zorgelite* verzamelde, benutte ze gegevens die *een ander doel dienden* dan de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Dat staat op gespannen voet met de representativiteit van de verzamelde gegevens (1), de betrouwbaarheid⁵⁷ en validiteit van de gegevensverzameling (2)(11)(12). Door zich te concentreren op de zorgelite als te onderzoeken groep, vindt m.i. een te eenzijdig onderzoek plaats. Dit kan vragen oproepen over de keuze van de onderzoeksgroep (5) en het kiezen en verantwoorden van een onderzoeksopzet (10).

Als er vraagtekens zijn te zetten bij onderzoek en onderzoeksgegevens, werkt dat in negatieve zin door in de onderzoeksresultaten en de interpretatie en analyse van die resultaten (6)(12).

Het evaluatie-onderzoek van ZonMw voldoet aan de systeemeisen⁵⁸ die Olsthoorn stelt onder de aandachtspunten 7 tot en met 10 en 12 tot en met 14. De betrouwbaarheid van de gegevens is hierbij evenwel het zwakke punt (11). Voordat de Kwaliteitswet inwerking trad, vond geen nulmeting plaats (15). Een nulmeting ontbrak eveneens bij de start van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Onduidelijk is wat werd gemeten. ZonMw voldeed op dit punt niet aan de methodiek die voor beleidsevaluatie geldt om twee meetpunten (onderzoek op twee verschillende tijdstippen) te onderscheiden. Bovendien verrichtte ZonMw onderzoek bij één groep, de zorgelite. Een controlegroep, bijvoorbeeld bestaande uit vertegenwoordigers van de niet-elite, ontbrak. Ook dat zie ik als een gebrek in de door ZonMw gevolgde methodiek.

Eerder gaf ik aan dat ZonMw gegevens heeft gebruikt die primair een ander doel dienden dan de evaluatie; onderzoeken die bovendien op verschillende tijdstippen tussen 1998 en medio 2001 plaatsvonden. Dit maakt het nog moeilijker om gegevens met elkaar te vergelijken of hieraan conclusies te verbinden.

Bovendien is de kans groot dat veel onderzoeken gegevens opleverden die ‘politiek welgevallig’ waren; een bestuurder van een zorginstelling zal menselijkerwijs eerder een te positief dan een te negatief beeld van ‘zijn’ instelling geven. En dat eerder in een bijeenkomst waarbij bestuurders van andere zorginstellingen aanwezig zijn. Bij schriftelijke informatieverzameling is het in de praktijk niet gebruikelijk dat een bestuurder zelf de enquêtes invult; dit doet bijvoorbeeld een stafmedewerker, zoals een kwaliteitsfunctionaris.

55/56 Olsthoorn constateert in haar rapport dat een betrouwbaarheidsmeting ontbreekt: schema pp. 36/37.

Rekening houdend dat zo'n functionaris belang heeft om ten aanzien van het kwaliteitspeil van de instelling een positief beeld te schetsen – zijn broodwinning staat immers op het spel - bestaat er een reële kans dat enquêteresultaten positief gekleurd zijn en hierdoor de conclusies en aanbevelingen naar aanleiding van het onderzoek (kunnen) beïnvloeden.

Daarnaast speelt dat als een zorginstelling gegevens verstrekt waaraan geen negatieve gevolgen verbonden zijn, hij dat gemakkelijker zal doen en wellicht eerder geneigd zal zijn om een 'eerlijk' antwoord te geven dan wanneer daarvan geen sprake is. Bij geanonimiseerde inwinning van gegevens is niet duidelijk of de onbekende gegevensverstrekker een 'eerlijk' antwoord geeft. Een 'eerlijk' antwoord wordt daarnaast eerder verwacht bij gegevens die geverifieerd worden of kunnen worden. Wat dat betreft zouden de gegevens die instellingen vermelden in een kwaliteitsjaarverslag waarde moeten hebben; immers, de Minister, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en regionale organisaties van consumenten en patiënten ontvangen die verslagen en zij kunnen nader onderzoek doen naar aanleiding van of op basis van de gegevens in de jaarverslagen. De praktijk van de Inspectie leert evenwel dat de kwaliteitsjaarverslagen soms (te) positief gekleurd zijn. Met andere woorden: een mooi uitgevoerd en inhoudelijk indrukwekkend kwaliteitsjaarverslag is nog geen garantie dat betreffende instelling verantwoorde zorg levert. Toch kunnen die kwaliteitsjaarverslagen een goede basis voor nader onderzoek zijn.

De evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen vond – conform de wet – binnen vijf jaar na inwerkingtreding plaats. Rekening houdend dat in het bedrijfsleven een termijn van circa tien jaar gebruikelijk is om een kwaliteitssysteem operationeel te maken, is een periode van vijf jaar erg kort (16). Het gevaar is dan aanwezig om bij gebrek aan relevante evaluatiegegevens, toch gegevens te willen produceren. Dat is gekunsteld en levert problemen op ten aanzien van de betrouwbaarheid en validiteit van die gegevens (11) (12).

Olsthoorn vraagt aandacht voor professionalisering van evaluatie-onderzoek. Dat geldt ook voor een opdrachtgever (VWS); een opdrachtgever moet leren om de juiste vragen te stellen (17). Aandacht ook voor multidisciplinaire aanpak van onderzoek; bij de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen was vooral de zorgelite vertegenwoordigd. Dit betekende een oververtegenwoordiging van de medische discipline; Olsthoorn beveelt aan om deskundigen op het gebied van wetgeving, bestuurskunde en rechtssociologie te betrekken (18).

Olsthoorn vraagt aandacht voor openbaarmaking van onderzoeksresultaten en pleit voor ruime verspreiding ervan (19). Dat geldt voor rapporten van ZonMw, waaronder het Evaluatierapport ZonMw en het rapport van Olsthoorn, die via internet zijn te downloaden.

Conclusie: het evaluatie-onderzoek heeft beperkte wetenschappelijke waarde.

Hoofdstuk 4. Effect evaluatie door ZonMw van de Kwaliteitswet zorginstellingen?

4.1. Inleiding

Het effect van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen is moeilijk te meten. Zoals uit het onderzoek van Olsthoorn blijkt, was geen nulmeting verricht, voordat de wet inwerking trad. Wat en hoe moet er dan worden gemeten? Alleen als daarom is de vraag, wat de invloed van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de evaluatie van die wet daadwerkelijk is geweest op het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen. De invloed van brancheorganisaties als KNMG is in het zorgveld groot, wellicht groter dan de invloed van een overheid, zelfs als deze een nota en wet concipieert. Mogelijk is de invloed van de Kwaliteitswet zorginstellingen op het kwaliteitspeil van de zorg in Nederland kleiner dan de beleidsmakers bij de overheid denken.

Hoe de overheid zelf denkt over de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen, schets ik aan de hand van een brief van de minister van VWS als reactie op het Evaluatierapport ZonMw. Aangenomen dat de aanbevelingen uit het Evaluatierapport van ZonMw enig effect in het zorgveld en bij de overheid hebben, zocht ik naar informatiebronnen. Ervan uitgaande, dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg als toezichthouder onderzoekt of de Kwaliteitswet zorginstellingen wordt nageleefd en daarbij ook de conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport betreft, stuitte ik op een onderzoek van de inspectie van eind 2002. Daarin geeft de inspectie de stand van zaken aan van het kwaliteitsbeleid in de zorgsector een jaar na het verschijnen van het Evaluatierapport ZonMw.

De Staatssecretaris van VWS daagt eind 2002 het zorgveld uit om werk te maken van hun kwaliteitsbeleid en concrete voorstellen van de Staatssecretaris aan te pakken of uit te werken en deze in 2004 met haar te bespreken. Die concrete plannen geef ik hierna weer.

4.2. Brief van de Minister van VWS van 10 juni 2002⁵⁹, naar aanleiding van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen

De brief geeft een beeld over hoe de overheid ‘kwaliteit van zorg’ wil aanpakken en de Minister geeft een indicatie van de politieke prioriteit die dit onderwerp medio 2002 heeft.

De Minister geeft in haar “*standpunt in hoofdlijnen*” aan dat de Kwaliteitswet zorginstellingen zonder meer resultaten heeft opgeleverd. Er is hard gewerkt aan de ontwikkeling van kwaliteitssystemen en kwaliteitsnormen binnen zorginstellingen. Het kwaliteitsbewustzijn is toegenomen, echter de implementatie van kwaliteitssystemen laat te wensen over. Ook stelt zij dat de betrokkenheid van patiënten/consumenten en zorgverzekeraars/zorgkantoren in de afgelopen jaren niet is meegegroeid met de ontwikkelingen inzake kwaliteit van zorg. De Minister hecht grote waarde aan de activiteiten van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector (SHKZ) voor de sectorsgewijze ontwikkeling van ISO⁶⁰-goedgekeurde en toetsbare normen. Ook het initiatief om te komen tot een platform Landelijk Kwaliteitsbeleid Zorgsector heeft haar steun, waarbij het platform een signalerende, stimulerende en informatieve functie heeft, gericht op alle partijen in het zorgveld.

⁵⁹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2001-2002, 28 439, nr 1

⁶⁰ Internationale standaarden

Dat neemt niet weg dat de Minister voorstander is van een Inspectie voor de Gezondheidszorg als krachtige toezichthouder. En: *“Het accent van de activiteiten komt meer te liggen op signaleren en corrigeren. Mijn uitgangspunt is ook, zoals ik hierboven al ruimschoots heb toegelicht dat de veldpartijen meer energie steken in de ontwikkeling van veldnormen en kwaliteitssystemen. Dat dat hard nodig is, zie ik als de belangrijkste conclusie van de evaluatie. De inspectie kan hierbij een positieve rol spelen, door deze ontwikkeling te volgen en waar nodig te stimuleren, signaleren en corrigeren.”*

De brief van de Minister geeft verder aan dat het door de inspectie beoogde ‘systeemtoezicht’ (een systeem van gefaseerd toezicht in drie fasen; zie kader) niet kan worden uitgevoerd zonder aanpassing van de systematiek en uitbreiding van het aantal medewerkers van de inspectie. De Minister volgt hiermee in grote lijnen de commissie Abeln⁶¹.

Een vernieuwd systeem voor een doeltreffender en doelmatiger algemeen toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg

Fase 1: alle zorgaanbieders leveren gegevens op basis van een risicomodel dat de inspectie ontwikkelde samen met het RIVM. De grootste risico's zijn de D's (Death, Disease, Disabled, Discomfort, Dissatisfaction)

Fase 2: als de gegevens uit fase 1 daartoe leiding geven, vindt onderzoek plaats en worden instellingen aangespoord verbeteringen aan te brengen

Fase 3: als dit alles niet het gewenste gevolg heeft, gaat de Inspectie over tot interventie of opsporing

4.3. Opmerkingen naar aanleiding van de brief van de Minister van VWS

Een half jaar na het verschijnen van het Evaluatierapport ZonMw, komt de Minister met een reactie aan de Tweede Kamer over het rapport. Hoewel in de politiek een termijn van een half jaar niet echt lang is, maakte de Minister weinig haast met het geven van een reactie, terwijl haar reactie bovendien weinig nieuws bevat. Eigenlijk niets anders dan het onderschrijven van de hoofdconclusies en aanbevelingen uit het rapport en het vragen van aandacht voor een vernieuwde werkwijze van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, dat gepaard gaat met uitbreiding van de personeelsformatie. De teneur van de brief is dat het zorgveld meer dan voorheen haar verantwoordelijkheid moet nemen om een kwaliteitsbeleid te implementeren en dat een actieve(re) Inspectie voor de Gezondheidszorg dit zal afdwingen.

Begin 2004 is de personeelsformatie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg eerder afgenomen dan toegenomen; de Inspectie voor de Gezondheidszorg ontkomt aan een personeelsreductie op voorwaarde dat de inspectie met het huidige personeel een productievergroting van 30 % haalt. Ik heb evenwel niet kunnen achterhalen wat de beginwaarde is van die productie, hoe de productiviteit van de inspectie wordt gemeten; hoe, wanneer en met elke middelen de meting plaatsvindt van die 30 % toename en wat de eventuele sanctie is als die 30% niet wordt gehaald.

Vorenstaande duidt m.i. niet op grote politieke steun voor de inspectie en (indirect) weinig steun voor ‘kwaliteit van zorg’.

⁶¹ het rapport van de commissie Abeln, Op weg naar gezond vertrouwen. Advies over de strategie voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (Den Haag, 2001).

4.4. Onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg⁶², december 2002

In “*Kwaliteitsborging in zorginstellingen: intentie, wet en praktijk*”, stelt de Inspectie voor de Gezondheidszorg het zorgveld in gebreke ten aanzien van een juiste naleving van de Kwaliteitswet zorginstellingen. De inspectie put daarbij uit eigen waarnemingen en daarnaast uit externe bronnen, te weten: *kwaliteitssystemen in zorginstellingen. De stand van zaken in 2000*. (Nivel, 2000), *verdiepingsstudie transparantie kwaliteit van zorg* (Nivel, 2002) en *de Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen* (ZonMw, 2001). De inspectie zegt in haar conclusies:

Kwaliteitsborging in de zorg is nog steeds onvoldoende. De Kwaliteitswet zorginstellingen wordt op dat punt op grote schaal niet nageleefd; er is actie nodig om duidelijkheid te scheppen. Slechts een fractie van de zorginstellingen beschikt anno 2002 over een integraal kwaliteitssysteem als borg voor verantwoorde zorg. Dit in weerwil van het feit dat zij daartoe verplicht zijn krachtens de Kwaliteitswet, die ruim zes jaar geleden is ingevoerd.

De eveneens bij wet verplichte kwaliteitsjaarverslagen, waarin instellingen verantwoording moeten afleggen over het gevoerde kwaliteitsbeleid, hebben als manco dat ze geen inzicht geven in het effect van de kwaliteitsinspanningen op de kwaliteit van de verleende zorg. Ondanks het gegeven dat de relatie tussen het hebben van een kwaliteitssysteem en het leveren van verantwoorde zorg (nog steeds) niet overtuigend is vastgesteld, gaat de inspectie er van uit dat een kwaliteitssysteem het bewerkstelligen van verantwoorde zorg bevordert en zodoende een indicator is voor kwaliteit van zorg. Het ontbreken van een integraal kwaliteitssysteem kan niet langer worden toegestaan. Na een periode van ruim zes jaar ervaring met de wet en een nog langere daaraan voorafgaande periode van overleg en afspraken tussen partijen over de kwaliteitsborging in zorginstellingen, is duidelijk dat zelfregulering niet garandeert dat er daadwerkelijk kwaliteitssystemen komen, dan wel voldoende snel totstandkomen.

In de afgelopen jaren heeft de inspectie de ontwikkeling van kwaliteitssystemen meer gestimuleerd dan gecorrigeerd. Haar toezicht krachtens de Kwaliteitswet richtte zich met name op de voorwaarden om te komen tot verantwoorde zorg. Dat betekent dat zij uitspraken gedaan heeft over deelaspecten van kwaliteitssystemen, maar tot nu toe niet of nauwelijks over de aanwezigheid van een integraal kwaliteitssysteem.

De inspectie zal de handhaving inzake de Kwaliteitswet herzien. De inspectie zal duidelijk maken op welke wijze zij invulling zal gaan geven aan het toezicht op de aanwezigheid van integrale kwaliteitssystemen als borg voor het leveren van verantwoorde zorg. Daarbij zal ook duidelijk worden wanneer en welke sancties zullen volgen als instellingen duurzaam in gebreke blijven bij het realiseren van een integraal kwaliteitssysteem.

Een belangrijke indicator die de stand van zaken van het kwaliteitspeil van een instelling aangeeft, ziet de inspectie in het al dan niet aanwezig en werkzaam zijn van een integraal kwaliteitssysteem, een kwaliteitssysteem geldend voor de gehele instelling.

In dit verband achtte de inspectie in 2002 de gegevens van het Nivel uit 2000 nog steeds actueel. Uitgaande van vier ontwikkelingsfases, verkeerde 2% van de instellingen in fase 0, 29% in fase 1, 64% in fase 2 en slechts 5% in fase 3. De inspectie merkt op dat alleen bij de thuiszorginstellingen nagenoeg overal borgende kwaliteitssystemen tot stand zijn gebracht.

⁶² “*Kwaliteitsborging in zorginstellingen: intentie, wet en praktijk*”, IGZ, 02/SG/01, 2002, Den Haag⁶² van december 2002

Fase Omschrijving Activiteiten; peil kwaliteitssysteem in zorginstellingen

Fase 0: geen activiteiten

Fase 1: voorbereidende activiteiten, o.a. instellen commissies, scholen medewerkers in kwaliteitszorg, opstellen kwaliteitsjaarverslag;

Fase 2: kwaliteitsprojecten, o.a. protocollering, cliëntenraadpleging, intercollegiale toetsing;

Fase 3: integraal kwaliteitssysteem, o.a. kwaliteitshandboek, controle op naleving (o.a. via interne audits), systematisch gebruik resultaten kwaliteitsbeleid voor doorvoeren verbeteringen)

4.5. Opmerkingen naar aanleiding van het onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg

Het zorgveld voldoet niet aan de Kwaliteitswet zorginstellingen; slechts 5% van de zorginstellingen beschikt over een werkend kwaliteitssysteem. De inspectie kondigt aan haar werkwijze te veranderen en tot hardere acties over te gaan, als er in de huidige situatie geen verandering komt.

Gezien de harde kritiek van de inspectie lijkt het erop, dat de evaluatie van de Kwaliteitswet geen of nauwelijks effect heeft gehad.

Toch bestaat in het zorgveld aandacht voor 'kwaliteit van zorg'. Kennelijk niet voldoende, of betreft het slechts een kleine groep, of het zorgveld legt andere accenten. Als voorbeeld zie ik hier de kwaliteitsfunctionarissen bij zorginstellingen en het tijdschrift 'Zorg in beeld' voor deze doelgroep. Aanvankelijk had dit – toen nog gratis tijdschrift – een groot bereik. Dat bereik is afgenomen toen de exploitatie commercieel ging geschieden.

Begin 2004 is de werkwijze van de inspectie veranderd; de inspectie past een doeltreffender en doelmatiger inspectiesysteem toe, waarvan het blauwe kader op bladzijde 45 een schets bevat.

Ter stimulering van de ontwikkeling en implementering van kwaliteitssystemen in zorginstellingen, ontwikkelt de Inspectie voor de Gezondheidszorg samen met ondermeer de brancheorganisaties van ziekenhuizen, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, een stelsel van prestatie-indicatoren, dat medio 2004 operationeel moet zijn. Aan de hand van kerngegevens van ziekenhuizen over het aantal patiënten met bijvoorbeeld doorligproblemen, kan iets worden gezegd over kwaliteit van verzorging.

4.6. Brief van de Staatssecretaris van VWS van 4 december 2002⁶³

Staatssecretaris C.I.J. Ross-van Dorp komt met concrete actiepunten naar de Tweede Kamer, waarover ze in 2003 met de brancheorganisaties overleg wil plegen. Ze daagt het zorgveld uit om:

- voor elke sector een concreet plan op te stellen om te zorgen dat alle zorgaanbieders een goed werkend kwaliteitssysteem hebben. Ze kunnen daarbij kennis en ervaring van het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO (CBO), het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW), de SHKZ en het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ) benutten. Binnen twee jaar moet op dit punt grote vorderingen zijn gemaakt;

⁶³ Tweede Kamer, vergaderjaar 2002-2003, 28 439, nr 2

- als zorgverzekeraars serieus aan de slag te gaan om kwalitatief goede, veilige, eigentijdse en kosteneffectieve zorg in te kopen. Het College Toezicht Zorgverzekeringen ziet hierop toe. Binnen twee jaar is één en ander in contracten met de aanbieders van zorg vastgelegd;
- de patiënten- en consumentenorganisaties meer - en een structurele - inbreng te geven in het opzetten en bewaken van kwaliteitssystemen, bij het ontwikkelen van protocollen, bij het inkoopbeleid van verzekeraars, etc.;
- voor elke zorgsector jaarlijks ten minste twee onderwerpen als speerpunt te kiezen voor concrete verbetering, met aandacht voor innovatie en preventie. De Inspectie voor de Gezondheidszorg gaat deze speerpunten actief monitoren.
- Het gebruik van ICT te bevorderen als belangrijk hulpmiddel bij innovatie en kwaliteitsverbetering.

Deze actiepunten van de Staatssecretaris vormen gezamenlijk een ambitieus plan dat in 2004 door de zorgsector moet zijn gerealiseerd!

4.7. Opmerkingen naar aanleiding van de brief van de Staatssecretaris van VWS

De Staatssecretaris van VWS verwachtte eind 2002 dat de brancheorganisaties voortvarend aan de implementatie van 'kwaliteit van zorg' (i.c. het gedachtegoed Kwaliteitswet zorginstellingen) gaan werken, waarbij zij denkt aan het invoeren van goed werkende kwaliteitssystemen. Zij daagt het zorgveld uit om in 2004 een positief resultaat te tonen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft daarbij een specifieke taak; actieve monitoring als een vorm van voortgangsbewaking. Voor zover medio 2004 na te gaan, heeft het zorgveld weinig actiepunten van de Staatssecretaris gerealiseerd.

4.8. Conclusie met betrekking doorwerking van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen

Zowel bestuurders van zorginstellingen als de overheid zien de noodzaak in om bij zorginstellingen kwaliteitssystemen in te voeren. Kwaliteitssystemen regelen de organisatorische huishouding van de zorginstellingen. Een goed werkend integraal kwaliteitssysteem vermindert de gezondheidsrisico's bij patiënten en personeel van zorginstellingen

Het effect van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen is vanuit het overheidsperspectief teleurstellend. Veel woorden, weinig daden. Geen spurt in de toename van het aantal instellingen dat een integraal kwaliteitssysteem invoert. Naar schatting beschikt momenteel slechts 5 tot 10 procent van de zorginstellingen over een integraal kwaliteitssysteem.

Aan de andere kant voert de overheid geen harde(re) acties dan in het verleden om instellingen alsnog te bewegen kwaliteitssystemen in te voeren.

Zorginstellingen zien weliswaar de noodzaak van kwaliteitssystemen in, maar constateren kennelijk dat er nog hogere prioriteiten zijn. Eisen uit andere wetten, Arbo-regelgeving, marktwerking, concurrentie, regionale samenwerking en steeds veranderende financieringssystemen op macro-niveau (zorgstelsel). Zolang er geen calamiteiten plaatsvinden en de Inspectie voor de Gezondheidszorg niet te veel stampei maakt, bouwen zorginstellingen langzaam aan hun kwaliteitssysteem.

De ontwikkeling en implementatie van kwaliteitssystemen lijken in een impasse te verkeren.

Hoofdstuk 5. Empirisch onderzoek; opzet en resultaten onderzoek

5.1. Inleiding

In dit hoofdstuk ga ik dieper in op mijn empirisch onderzoek, dat uit drie deelonderzoeken bestaat.

In totaal waren ca 150 personen bij het onderzoek betrokken. Per deelonderzoek leg ik andere accenten.

Bij het eerste, wat grootschaliger onderzoek onder vakbondsleden, krijg ik een beeld over wat het middenkader van zorginstellingen aan kennis heeft over de kwaliteit van zorg binnen de instelling waar ze werkzaam zijn. Daarnaast over specifieke kennis over de Kwaliteitswet zorginstellingen en de evaluatie van die wet.

In het tweede onderzoek vraag ik individuele personen uit de zorgsector en de overheid naar hun reactie op de conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport van ZonMw. Dat geeft een gedetailleerd beeld van hoger- en universitair opgeleiden over hun visie op kwaliteitsbeleid en vooral of zij tot andere conclusies of aanbevelingen zouden zijn gekomen, als ze indertijd bij het evaluatie-onderzoek waren betrokken en het voor 't zeggen hadden.

Het derde onderzoek is speciaal gericht op consumenten en patiënten. Mijn vermoeden is dat consumenten en patiënten – conform het Evaluatie-onderzoek ZonMw – als zwakste partij binnen de zorgsector ook het minste van de Kwaliteitswet zorginstellingen zouden afweten. En is dat waar? Empirisch onderzoek moet dat uitwijzen.

5.2. Wat onderzoek ik en wat verwacht ik aan onderzoeken en onderzoeksresultaten?

Met het onderzoek wil ik aantonen dat ik – zoals aangestipt in *hoofdstuk 2* en beschreef in *hoofdstuk 3* – bij een individuele benadering van beroepsbeoefenaren werkzaam in zorginstellingen, zorgverzekeraars, vertegenwoordigers van consumenten- of patiëntenorganisaties en (rijks)ambtenaren, afwijkingen voorzie ten aanzien van de conclusies en aanbevelingen waarover in ZonMw-verband consensus bestond en zoals deze zijn verwoord in het Evaluatierapport ZonMw.

Daarnaast probeer ik aan te tonen dat bij zo'n individuele benadering van de participanten uit het zorgveld zal blijken, dat de communicatie met hun brancheorganisaties of belangenverenigingen niet al te groot is; is voor de brancheorganisatie de Kwaliteitswet zorginstellingen gesneden koek en een evaluatie een bekend feit, voor hun achterban zal dat m.i. niet vanzelfsprekend zijn. Ik veronderstel een groot hiaat in de kennis van de Kwaliteitswet zorginstellingen bij de diverse achterbannen. De feiten zullen het uitwijzen. In *hoofdstuk 6* zal ik deze analyseren en verklaren en daarbij een terugkoppeling maken naar de beleidstheorieën. Opgemerkt zij, dat mijn onderzoek beperkt is. Het is geen representatief onderzoek waar harde conclusies uit kunnen worden getrokken. Wel een indicatief onderzoek. In een eventueel nader, breder, opgezet onderzoek kunnen de resultaten uit mijn beperkt onderzoek nader worden gezien.

Naast interviews hield ik enquêtes onder AbvaKabo-leden die een symposium over de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen bezochten, en onder leden van de Zorgvragersraad Zoetermeer, een samenwerkingsverband van plaatselijke consumenten- en patiëntenorganisaties.

5.3. Opzet en methodologie onderzoeken

Als eerste actie zocht ik in februari 2004 onder Google informatie over de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Het intypen van ‘evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen’ verwees naar 686 hits⁶⁴, onder meer naar de website van de vakbond AbvaKabo, met de vermelding naar een symposium op 10 maart 2004 onder de titel ‘*evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen*’.

Het contact met de AbvaKabo was snel gelegd.

Een *eerste onderzoek* vloeide voort uit een overleg met de AbvaKabo: ik bezocht het symposium van de vakbond en kreeg daarbij toestemming om onder de deelnemers een schriftelijke enquête te houden. Als tegenprestatie leidde ik een workshop over ‘kwaliteit van zorg’. Mijn eerste onderzoek betreft de opzet en resultaten van de AbvaKabo-enquête.

Een *tweede onderzoek* gaat over de kennis en ervaring over de Kwaliteitswet zorginstellingen en de evaluatie van die wet bij individuele beroepsbeoefenaren, bestuurders van instellingen, een individuele verzekeraars en ambtenaren. In dit kader interviewde ik in familiekring drie individuele beroepsbeoefenaren, werkzaam in de gezondheidszorg als (aankomend) medisch specialist. Binnen mijn kennissenkring ondervroeg ik een ziekenhuisdirecteur, een verpleeghuisdirecteur, een zorgverzekeraar en twee ambtenaren⁶⁵ over hun ervaring met de (evaluatie van de) Kwaliteitswet zorginstellingen.

Ter voorbereiding van die interviews ontwikkelde ik een checklist welke ik toetste op toepasbaarheid in een interview met de voormalige projectleider Kwaliteit van Zorg, die later een functie kreeg als kwaliteitsmanager bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg en inmiddels gepensioneerd inspecteur voor de Gezondheidszorg is. De geteste checklist die ik bij mijn proefinterview hanteerde, was enerzijds gebaseerd op de vragenlijst die het Verwey-Jonker Instituut gebruikte voor een onderzoek onder bijna 2000 instellingen uit 12 verschillende zorgsectoren en anderzijds op een itemlijst waarop sleutelfiguren in de zorg reageerden in een landelijke interviewronde. Vragenlijst en itemlijst maken deel uit van het Evaluatierapport. Daarnaast vroeg ik de voormalige projectleider om een reactie te geven op de conclusies en aanbeveling uit het Evaluatierapport ZonMw⁶⁶.

Gezien de overlap tussen de verschillende vragenlijsten en de conclusies en aanbevelingen uit het evaluatierapport, concentreerde ik me bij de overige interviews vooral op de reacties van ondervraagden op die conclusies en aanbevelingen.

Daarnaast vroeg ik een reactie op de rollen van de verschillende partijen in het zorgveld op ‘kwaliteit van zorg’ in instellingen.

Speciale aandacht ook voor de betrokkenheid van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bij de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de evaluatie van die evaluatie. Als ‘bewakers van de wet’ is de IGZ verantwoordelijk voor het toezicht op een goede uitvoering van de wet en uit dien hoofde heeft de IGZ inzicht in het effect van die wet.

⁶⁴ stand op 24 april 2004.

⁶⁵ Bij het ministerie van VWS interviewde ik de ambtelijk waarnemer van de Commissie evaluatie regelgeving en een inspecteur voor de Gezondheidszorg.

⁶⁶ Zie bijlage 4.

Een *derde onderzoek* was speciaal gericht op de rol van de consumenten- en patiëntenorganisaties bij de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Als lid van de Zorgvragersraad Zoetermeer, een samenwerkingsverband van vertegenwoordigers van consumenten- en patiëntenorganisaties⁶⁷ binnen Zoetermeer, kreeg ik het groene licht om onder de 32 leden en plaatsvervangende leden een enquête te houden.

Methodiek onderzoek en verwerking onderzoeksgegevens

Voor de verwerking van de gegevens maakte ik eveneens een driedeling: *ten eerste*, het onderzoek onder de symposiumgangers. Gezien het grote aantal te verwerken enquêteformulieren, ontwikkelde ik eerst een spreadsheet (Excel) waarmee ik de gegevens via de PC kon verwerken⁶⁸.

Ten tweede, de interviewgegevens. Deze leenden zich goed voor handmatige verwerking. Om privacyredenen werden de resultaten zo veel mogelijk geanonimiseerd.

Ten derde, het onderzoek onder de leden van de Zorgvragersraad Zoetermeer. Ook hiervoor ontwikkelde ik een spreadsheet om de gegevens te kunnen verwerken.

In totaal waren ongeveer 150 personen bij de onderzoeken betrokken, waarvan ik er negen interviewde.

Bij de opzet van de drie (deel)onderzoeken, geef ik een toelichting op de gevolgde methodologische opzet.

5.4. Eerste onderzoek onder deelnemers symposium AbvaKabo

5.4.1. Opzet, methodologie en resultaten van de enquête onder AbvaKabo-leden uit de zorgsector

Ik koos voor een enquête als methode om gegevens te verzamelen; in korte tijd kon ik gegevens verzamelen van veel mensen uit de zorgsector, die speciaal bij elkaar kwamen om informatie te krijgen over de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

De vragen waren gestructureerd. Veel vragen konden met ‘ja’, ‘neen’ en soms ook met ‘ik weet niet’ of ‘onbekend’ worden beantwoord. Daarnaast vroeg ik gegevens over leeftijd en vestigingsplaats van de zorginstelling waar men werkzaam is. De leeftijd kan een indicatie geven of de geënquêteerde een ervaren werker in de zorgsector is.

Een groep van 101 individuele beroepsbeoefenaren bereikte ik via de AbvaKabo, die een symposium voor haar leden organiseerde over de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen. In de symposiummap van de deelnemers zat een korte vragenlijst⁶⁹, welke ik in overleg met de organisator van het symposium⁷⁰ had opgesteld. De belangrijkste vragen waren: wat merkte en merkt u van de Kwaliteitswet zorginstellingen? Wist u dat de wet geëvalueerd is? En zo ja, heeft dat effect gehad op het beleid of werkwijze van uw instelling? Hanteert uw instelling een kwaliteitssysteem? Van de 101 symposiumbezoekers leverden 61 het ingevulde enquêteformulier in. Een respons van 60%.

⁶⁷ De Zorgvragersraad Zoetermeer is een adviesraad van de gemeente Zoetermeer.

⁶⁸ Zie bijlage 4

⁶⁹ Zie bijlage 3

⁷⁰ Corry van Veggel, FNV Formaat

Halverwege het symposium vroeg ik de deelnemers aan het symposium nog eens aandacht voor de enquête en het belang van die enquête voor mijn afstuderen. Daarbij memoreerde ik dat de Kwaliteitswet zorginstellingen reeds geëvalueerd was. Mijn verzoek om het enquêteformulier in te vullen werd ondersteund door de vakbond. Mogelijk dat daardoor enig wantrouwen voor een evaluatie-onderzoek werd weggenomen. Bovendien kon de enquête anoniem gebeuren; men hoefde geen naam, adres of telefoonnummer te vermelden, hoewel ik daar wel om vroeg met als reden om de geënquêteerden zo nodig nadere vragen te stellen. Slechts in een geval was een nadere vraagstelling nodig, omdat uit het formulier niet duidelijk werd of geënquêteerde een HBO dan wel MBO opleiding volgde. En omdat in die casus betrokkene haar naam en telefoonnummer had vermeld, kon ik haar bellen en het enquêteformulier aanvullen.

Voor de inhoud van het enquêteformulier voerde ik vooroverleg met een opleidingsfunctionaris van de vakbond, die het symposium organiseerde. Aan het eind van het symposium gaf ik als rapporteur van een workshop een toelichting op de resultaten van die workshop. Daarbij zei ik dat die resultaten nuttig waren om de Haagse politiek van in kennis te stellen. Mogelijk heeft dat de beantwoording van vraag 13 van de enquête positief beïnvloed, gezien het percentage van 70% van de geënquêteerden om de Minister van VWS periodiek te rapporteren over praktijkervaring met de Kwaliteitswet zorginstellingen. Dit al hoge percentage is zelfs 90% als de ‘neen-zeggers’ hierbij worden opgeteld; immers, veel neen-zegger vonden dat de Minister via het kwaliteitsjaarverslag al over voldoende informatie zou (moeten) beschikken. Mede op basis van een gesprek met Corry van Veggel en Marco Borsboom van de AbvaKabo had ik voorafgaande aan het symposium al een beeld van de geënquêteerden: ze maken deel uit van het middenkader (MBO/HBO-niveau) van zorginstellingen. Met de vraagstelling was daarmee rekening gehouden.

Van de 61 geënquêteerden, zijn 56 werkzaam in een instelling in de zin van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Bij 5 geënquêteerden was dat niet het geval; zij werken bij het kwaliteitsinstituut CBO, de Algemene Vereniging voor Verpleegkundig Verzorgenden, een onderzoeksinstituut, een uitzendbureau en een belangenvereniging. In het kader van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen doen de betreffende 5 geënquêteerden niet mee aan mijn onderzoek.

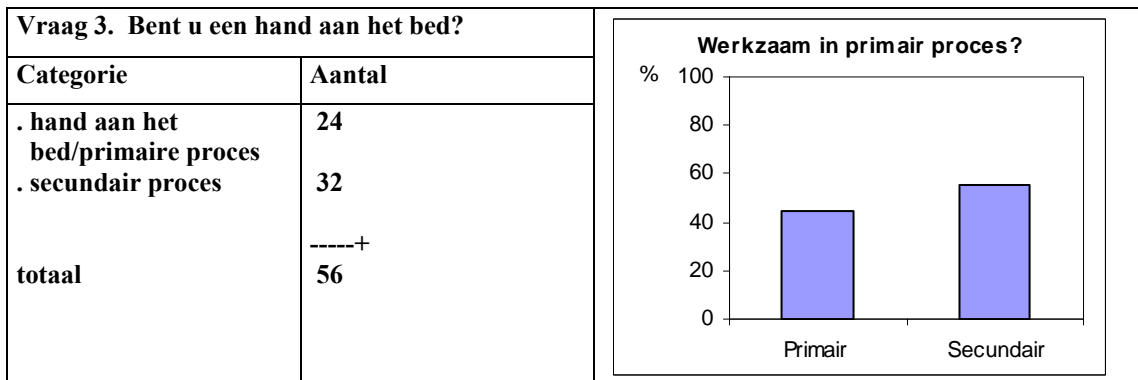
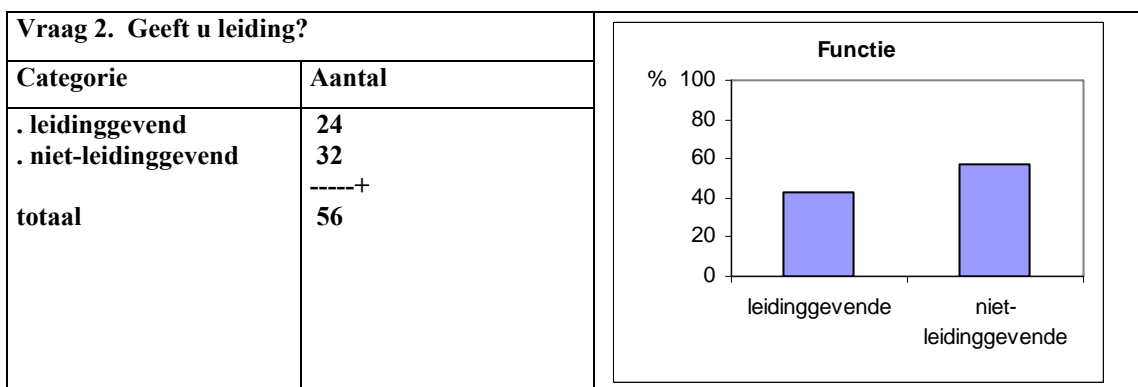
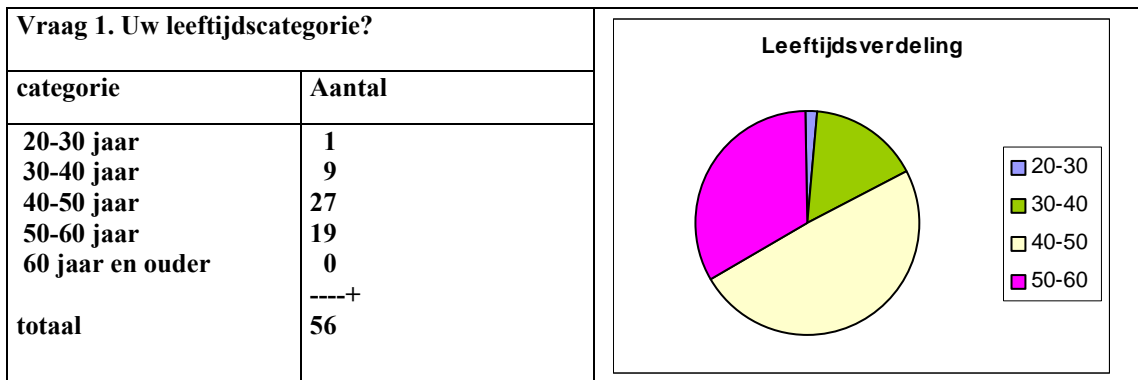
Hierna geef ik inzicht in de beantwoording van de enquêtevragen. Per vraag vindt naast de scores in absolute getallen een grafische bewerking van de gegevens plaats, waarin de absolute getallen in percentages zijn omgezet. Vraag 6 vervalt; het betreft de 5 geënquêteerden uit niet zorginstellingen.

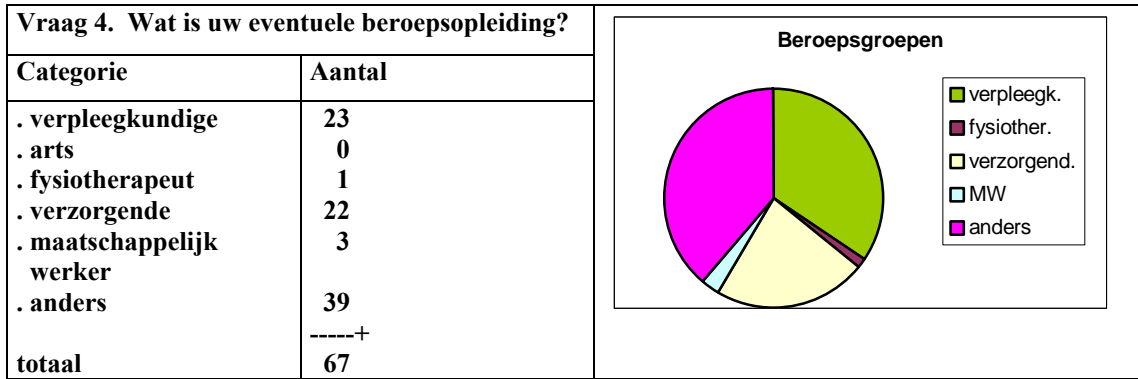
Mijn vermoeden was dat de kennis van de Kwaliteitswet zorginstellingen niet groot is en dat de meesten geen weet hebben van een evaluatie van de wet in 2001.

Ook dat hoger opgeleiden meer kennis hebben over en meer betrokken zijn bij commissies of werkgroepen met kwaliteit in het vaandel, dan lager opgeleiden, die veelal met directe patiëntenzorg hebben te maken. Ik ga na of dit ook uit mijn onderzoek blijkt.

Eerst volgen hierna de feitelijke gegevens als resultaat van de gehouden enquête onder AbvaKabo-leden

globale persoonlijke gegevens

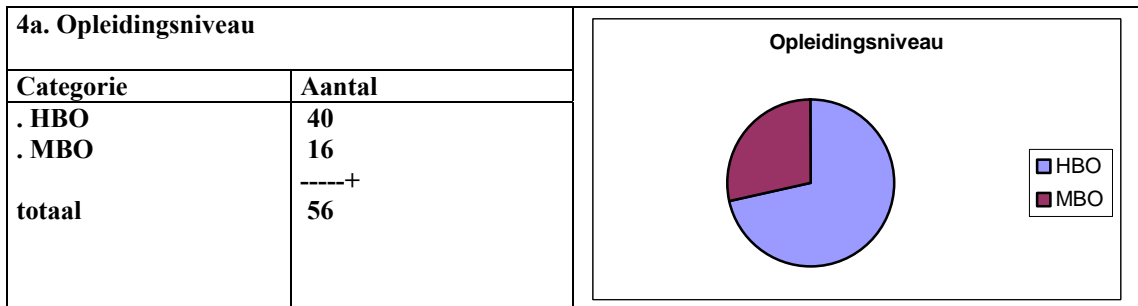




Toelichting:

Van de 56 personen hadden 11 een andere opleiding of naast hun primaire beroepsopleiding andere opleidingen gevolgd, waaronder (HBO) management, Personeel & Organisatie, pedagogiek en kwaliteitskunde.

Aan de hand van de beantwoording van vraag 4 kwam onderstaande tabel tot stand.



Instellingsgegevens

Vraag 5. Ik ben werkzaam in de volgende categorie zorginstelling	
Categorie	Aantal
. ziekenhuis	9
. verzorgingshuis	19
. instelling voor gehandicapten	4
. andere soort instelling	8
. verpleeghuis	12
. thuiszorginstelling	12
. revalidatie instelling	2
	-----+
totaal	66

Toelichting:

Verschillende geënquêteerden werken in meer dan één zorginstelling. Vaak een combinatie van werkzaamheden in een verzorgingshuis, verpleeghuis en in een enkel geval tevens voor een thuiszorginstelling.

Vraag 7. In welke provincie is de instelling gevestigd?	
Provincie	Aantal
. Groningen	0
. Friesland	0
. Drenthe	1
. Overijssel	4
. Gelderland	5
. Utrecht	1
. Flevoland	4
. Noord-Holland	16
. Zuid-Holland	12
. Zeeland	0
. Noord-Brabant	10
. Limburg	3
	----+
totaal	56

Toelichting:

Omdat het de eerste keer was dat de AbvaKabo in Utrecht een symposium voor haar leden organiseerde over de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen, was ik benieuwd waar de deelnemers aan het symposium werkzaam waren. De noordelijke regio toonde geen belangstelling voor dit symposium. De vakbond kan zonnig nagaan wat daarvan de redenen zijn. Is de kennis over de wet bij de leden in Friesland, Groningen en Drenthe al bekend? Of was de reis naar Utrecht een belemmering?

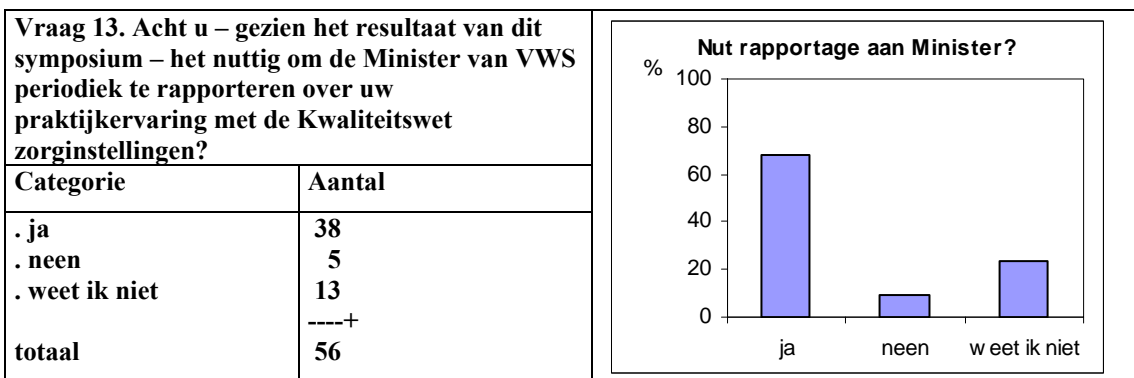
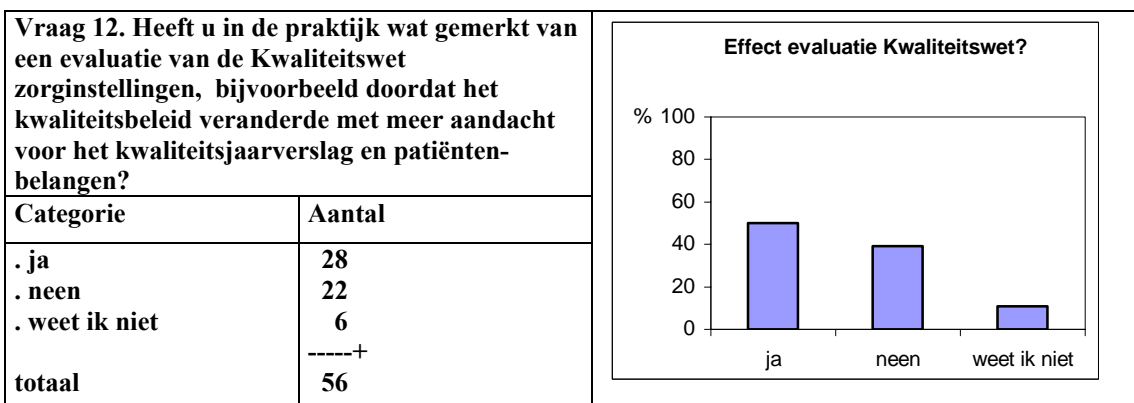
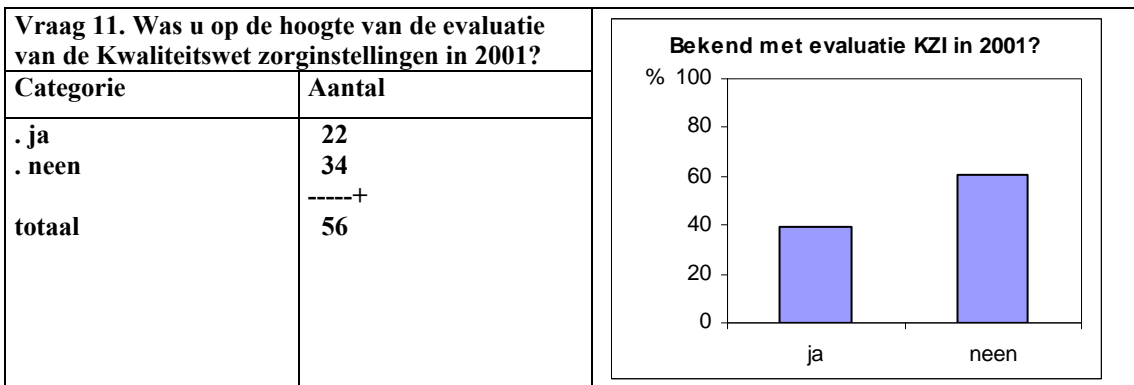
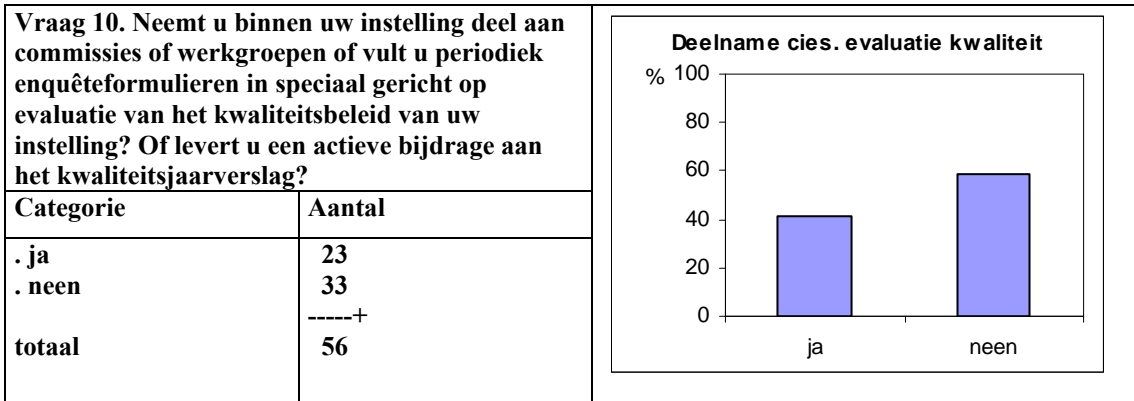
Gegevens van belang voor de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen

Vraag 8. Hanteert uw instelling een kwaliteitssysteem (bijv. INK, HKZ, NIAZ, MIK-V of ISO?)	
Categorie	Aantal
. ja	35
. neen	9
. onbekend	12
	----+
totaal	56

Categorie	Aantal	%
ja	35	62.5%
neen	9	16.1%
onbekend	12	21.4%

Vraag 9. Neemt u binnen uw instelling deel aan commissies of werkgroepen of vult u periodiek enquêteformulieren in met als doel het kwaliteitsbeleid van uw instelling te verbeteren?	
Categorie	Aantal
. ja	32
. neen	24
	----+
totaal	56

Categorie	Aantal	%
ja	32	57.1%
neen	24	42.9%



Toelichting:

Een aantal geënquêteerden motiveerde hun “neen” door te verwijzen naar het kwaliteitsjaarverslag; daarin immers vermeldt de instelling jaarlijks relevante informatie over het gevoerde en te voeren kwaliteitsbeleid. Het betreft informatie die ook voor de overheid van belang kan zijn.

Hiervoor staan de gegevens uit de enquête sec weergegeven. Het geeft de informatie weer, waarnaar ik vroeg. Het geeft ook een beeld over de kennis van de geënquêteerden over de Kwaliteitswet zorginstellingen, hun betrokkenheid bij de uitvoering van die wet en inzicht in de kennis inzake de evaluatie van de wet en het effect van die evaluatie op het kwaliteitsbeleid van de instelling waar de geënquêteerden werkzaam zijn.

5.4.2. Sub-onderzoek bekendheid met evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen, en opleidingsniveau

Naast de weergave van de resultaten van mijn onderzoek, wil ik weten of er een relatie is tussen het opleidingsniveau van de geënquêteerden en het feit dat zij wisten van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Ik ga ervan uit dat mensen met een hogere opleiding, meer vakbladen lezen, zich beter op de hoogte stellen van hetgeen in hun beroeps- of werkomgeving gebeurt.

In dit verband onderzocht ik een beroepsgroep op HBO-niveau, de verpleegkundigen en een beroepsgroep op MBO-niveau, de verzorgenden. De gegevens verwerkte ik in de volgende tabel. Er zijn 23 verpleegkundigen en 15 verzorgenden geënquêteerd.

Bekendheid met KZI naar opleidingsniveau

	Verpleegkundigen HBO		Verzorgenden MBO	
	aantal	in %	aantal	in %
Op de hoogte van de evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen in 2001	12	52%	3	20%
Niet op de hoogte van de evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen in 2001	11	48%	12	80%
Totaal	23	100%	15	100%

schema 6

5.4.3. Bevindingen eerste onderzoek; gebaseerd op enquête deelnemers AbvaKabo-symposium

De deelnemers aan het symposium, georganiseerd door de vakbond AbvaKabo, waren bekend met de Kwaliteitswet zorginstellingen. Mijn inschatting was dat de bekendheid met de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen niet erg groot is, lager dan 50%.

Uit de antwoorden bleek dat velen een actieve rol vervullen bij het kwaliteitsbeleid van 'hun' instelling; een meerderheid (60%) heeft inzicht in het al dan niet aanwezig zijn van een kwaliteitssysteem binnen de instelling. Het feit, dat ze een symposium bezochten over de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen, betekent dat ze voor dit onderwerp belangstelling toonden, hun kennis ten aanzien van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de werking van die wet wilden vergroten en het (ongetwijfeld) nuttig en gezellig vonden om studie- of vakgenoten te ontmoeten. En qua leeftijdscategorie zijn de deelnemers bijna allemaal 40 jaar of ouder. Dus, zorgverleners met ervaring!

Dat verklaart m.i. de relatief grote kennis over het bestaan van de Kwaliteitswet zorginstellingen en een actieve betrokkenheid bij de uitvoering van het kwaliteitsbeleid binnen de zorginstelling waar de zorgverleners werkzaam zijn.

Naast het feit dat 60% van de geënquêteerden aangeeft dat de instelling waar ze werkzaam zijn beschikt over een kwaliteitssysteem, valt op dat een kleine meerderheid (60%) van de geënquêteerden zelf actief deelneemt aan het kwaliteitsbeleid van de instelling.

De helft (50%) zegt een positief effect te hebben ervaren van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen, met o.a. meer aandacht voor de patiëntenbelangen en het kwaliteitsjaarverslag.

Een minderheid (ca 40%) van de ondervraagden is bekend met de evaluatie van de Kwaliteitswet in 2001. Ook was een minderheid (ruim 40%) betrokken bij commissies of werkgroepen speciaal gericht op evaluatie van het kwaliteitsbeleid van of binnen de instelling.

Het onderzoek naar het opleidingsniveau en de relatie met de (on)bekendheid van de evaluatie in 2001 van de Kwaliteitswet zorginstellingen leverde een resultaat op dat overeenkomstig mijn verwachting was, te weten: hoger opgeleiden hebben meer kennis over de Kwaliteitswet zorginstellingen dan lager opgeleiden (zie schema 5). Immers, van de 23 verpleegkundigen (HBO-niveau) waren 12 (52%) op de hoogte van de evaluatie van de wet en 11 (48%) niet. Van de 15 verzorgenden (MBO-niveau) wisten slechts 3 (20%) van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen en 12 (80%) niet.

5.4.4. Opmerkingen naar aanleiding van bevindingen eerste onderzoek

Van het middenkader van zorginstellingen was 40% op de hoogte van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen. En 60% wist daar niets van. Deze score is niet hoog, maar komt overeen met hetgeen ik verwachtte. Aangezien de geënquêteerden tot de actieve leden van een vakbond behoren, velen actief zijn in de ondernemingsraad⁷¹, en de meesten een opleiding op HBO-niveau genoten, zal de gemiddelde werknemer uit de zorgsector een lager percentage scoren dan 40%. De kennis van de Kwaliteitswet zorginstellingen is bij medewerkers in de zorg niet heel groot. Wel blijkt de kennis over de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen bij hoger opgeleiden groter te zijn dan bij medewerkers met een middelbare opleiding. Dit is overeenkomstig mijn verwachting.

5.5. Tweede onderzoek; individuele interviews onder personen uit zorgveld en ministerie VWS

Onderzoek bij individuele beroepsbeoefenaren, directeurs van individuele zorginstellingen, zorgverzekeraar en ambtenaren VWS

5.5.1. Inleiding

Dit onderzoek vond plaats aan de hand van 9 interviews, waarbij ik een checklist gebruikte, gebaseerd op de 17 conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport. Daarnaast stelde ik vragen uit de vragenlijsten van ZonMw/ Verwey-Jonker Instituut en uit de landelijke itemlijst⁷².

⁷¹ Op 30 juni 2004 vond een tweede, identiek AbvaKabo-symposium plaats. In de workshop die ik leidde bleek dat van de 16 deelnemers er 10 zitting hadden in de Ondernemingsraad van hun zorginstelling.

⁷² Dit betreft een lijst waarop sleutelfiguren in de zorg reageerden in een landelijke interviewronde. Vragen- en itemlijst zijn onderdeel van het Evaluatierapport ZonMw.

De vragen werden aan de geïnterviewden voorgelegd, met hen doorgenomen en zonodig toegelicht. De resultaten van de interviews bestond uit de conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport ZonMw, voorzien van het commentaar van geïnterviewden (zie bijlage 1).

5.5.2. Proefinterview

Een proefinterview vond plaats met de voormalig projectleider Kwaliteit van Zorg, in de jaren negentig verantwoordelijk voor de nota Kwaliteit van Zorg en nauw betrokken bij de Kwaliteitswet zorginstellingen en als oud-inspecteur voor de Gezondheidszorg, tot voor kort belast met de uitvoering van de wet; een gepensioneerd ambtenaar met een grote staat van dienst. Met hem testte ik een eerste versie van een enquêteformulier op praktisch gebruik. De kern van het onderzoek werd mede daardoor de geënquêteerde vooral te bevragen over de conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport ZonMw. Van essentieel belang was of ze zich daarin konden vinden (konden ze hun consensus geven), maar tevens of ze een reactie hadden, bijvoorbeeld of de conclusie of aanbeveling in het Evaluatierapport voor hen een ‘open deur’ was enz.

De proefenquête benutte ik tevens om te kunnen inschatten hoeveel tijd het doorlopen van de 17 conclusies en aanbevelingen in beslag neemt. Daarnaast, om een indruk te krijgen van de reacties die ik onder de overige acht geïnterviewden kon verwachten. Veel conclusies en aanbevelingen vond deze kenner van de Kwaliteitswet zorginstellingen en haar geschiedenis, vanzelfsprekend, eigenlijk ‘een open deur’, en dat voorzag hij vaak van commentaar. Zo stelde hij dat de overheid enerzijds de tijd waarbinnen instellingen kwaliteitssystemen kunnen ontwikkelen heeft onderschat; het vergt een mentale omschakeling van medewerkers in de zorgsector, kwaliteit moet als het ware in de genen gaan zitten. Het bedrijfsleven houdt gauw rekening met een proces van tien jaar.

Anderzijds moet de overheid druk blijven uitoefenen om beleidsinnovatie te (doen) realiseren. Het feit dat er een evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen plaatsvond, zorgde in 2000 en 2001 voor een zekere druk op instellingen om zich zo veel mogelijk aan de wet te houden. Nu de evaluatie achter de rug is, verslapt de belangstelling en komen er andere prioriteiten aan bod. Toch blijft druk nodig, bijvoorbeeld vanuit andere partijen in het zorgveld; zorgverzekeraars kunnen druk op de (instellings)ketel houden door van instellingen te verlangen kwaliteitsnormen te ontwikkelen en toe te passen. De verzekeraar beschikt over een financieel drukmiddel; geen contract met een zorginstelling, betekent geen inkomen voor die instelling. Ten aanzien van de voortzetting van de Leidschendamconferenties, vraagt hij zich af wat daarvan is te verwachten. Niet zo veel. De landelijke belangenorganisaties staan volgens hem te ver af van de individuele leden uit de achterban. Als koepels of brancheorganisaties actiever zijn richting achterban en met concrete ideeën komen (bijvoorbeeld in de vorm van concept normen), is veel gewonnen. Nu is dat te vrijblijvend. In dit verband hecht hij grote waarde aan kennisinstituten als bijvoorbeeld het CBO. Sommige problemen (valt de GGD, call-centre en indicatieorgaan onder de wet?) ziet hij als niet bestaand probleem; bij de totstandkoming van de wet beschouwden de beleidsmakers de GGD als instelling in de zin van de wet. En als een instelling taken uitbesteedt, blijft de instelling verantwoordelijk voor de kwaliteit van de uitvoering. Bovendien heeft de Minister de mogelijkheid om bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) instellingen onder de werking van de wet brengen. Dat kan hij doen in geval van twijfel of een organisatie een instelling in de zin der wet is of als hij een organisatie als zo’n instelling wil aanmerken.

Bij AMvB kan de Minister ook instellingen uitsluiten, dus niet onder de werkingssfeer van de wet brengen. Het gaat erom wat een Minister of ‘de politiek’ wilt regelen; met de huidige Kwaliteitswet zorginstellingen is veel mogelijk.

Een gevaar van de veranderingen in het zorgstelsel is dat als voorzieningen uit het Ziekenfondspakket worden gehaald, of niet langer een voorziening in het kader van de AWBZ zijn, die voorzieningen ook niet onder de werking van de Kwaliteitswet zorginstellingen vallen. Dat komt omdat zorg in de zin van de Kwaliteitswet zorginstellingen is gekoppeld aan zorg ingevolge de Ziekenfondswet of AWBZ. Geïnterviewde vindt het niet zinvol om een keten van instellingen ook zelf als instelling te beschouwen. Wel: zorg dat de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden per instelling goed zijn geregeld, en houd er rekening mee dat de overdrachtsmomenten risicovolle momenten zijn. Met andere woorden: als een patiënt na een operatie het ziekenhuis verlaat, moet de Thuiszorg al zijn geregeld.

Kwaliteitsjaarverslagen zijn volgens hem belangrijke documenten. De Inspectie voor de Gezondheidszorg zou meer met de jaarverslagen kunnen doen. Nu heeft het verslag een zekere symboolwerking: een instelling moet haar goede wil tonen, zo niet, dan loop de instelling risico. Als de inspectie geen jaarverslag ontvangt, zijn overheidssancties mogelijk.

Als er juridische onduidelijkheden in de wet zijn, is het gewenst die onduidelijkheid weg te nemen. Ook dat is een open deur. Hetzelfde geldt voor het afstemmen van indieningsdata voor jaarverslagen. Helemaal een open deur is het om aan te bevelen dat iedereen zich aan de wet houdt, zoals de laatste aanbeveling in het Evaluatierapport.

5.5.3. Methodiek onderzoek; interviews

Als methodiek om gegevens te verzamelen koos ik voor het houden van interviews. Het onderzoek gebeurde bij een gering aantal personen. Juist omdat ik bij de interviews meer te weten wilde komen over de inhoudelijke kennis van geïnterviewden over ‘kwaliteit van zorg’ en de Kwaliteitswet zorginstellingen, koos ik voor een face to face benadering. Met drie individuele beroepsbeoefenaren uit de familiekring, twee bestuurders van een zorginstellingen en een vertegenwoordiger van een zorgverzekeraar in mijn kennissenkring, bestreek ik bijna het gehele zorgveld. Daarnaast interviewde ik bekenden bij de overheid. Alleen de categorie consumenten en patiënten uit het zorgveld ontbrak nog; daarvoor verwijs ik naar het derde onderzoek.

Het proefinterview hield ik bewust uit de onderzoeksresultaten. Het was in de eerste plaats bedoeld om proefondervindelijk na te gaan hoe en hoe snel een interview verloopt en of er knelpunten zijn en zo ja, welke dat zijn. Aan de hand van het proefinterview zijn veel ‘dubbele’ vragen geschrapt en aan de hand van dat interview is de aandacht bij het interview vooral gericht op de conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport ZonMw. Juist omdat veel conclusies onduidelijkheden bevatten, vragen opwierpen of om een andere reden een nadere toelichting behoefden, was - zo bleek uit het proefinterview – ruimte om over onderwerpen dieper in te gaan; bijvoorbeeld over de rol of rollen van andere partijen in de zorgsector dan waar de geïnterviewden deel van uitmaakten.

Bij de eerste drie interviews kregen de deelnemers de 17 conclusies en aanbevelingen tijdens het interview uitgereikt (een specialist en de bestuurders ziekenhuis en verpleeghuis). Het doorlezen en toelichten van het ambtelijk vakjargon kostte veel tijd. Bij de volgende interviews stuurde ik conclusies en aanbevelingen van te voren toe.

In de interviews doorliep ik systematisch de conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport. Daarnaast stelde ik soms aan de hand van mijn checklist een aantal vragen over andere partijen uit het zorgveld.

Bij de individuele beroepsbeoefenaren moest ik het vaakst een toelichting geven op de conclusies of aanbevelingen uit het Evaluatierapport ZonMw en bij de ambtenaren het minst. Bij die toelichting heb ik zoveel mogelijk vermeden om mijn persoonlijke visie te geven. Het feit dat ik alle geïnterviewde kende, heeft wellicht als effect gehad dat iedereen zonder schroom alle vragen beantwoorde. Met die schroom had ik aanvankelijk rekening gehouden; iedereen wist dat ik Inspecteur voor de Gezondheidszorg was geweest en in het zorgveld wordt dat wel gezien als de ‘gezondheidspolitie’ en die is niet altijd je beste vriend. Ze wisten wel dat ik hen interviewde in het kader van mijn eindschrijft bestuurskunde. Niemand weigerde een interview en iedereen was bereid om mee te werken. Ik had niet de indruk dat er ‘politiek correcte’ antwoorden werden gegeven om mij een plezier te doen. De interviews die aanvankelijk bijna twee uur duurden en naderhand, met het van tevoren toesturen van de conclusies en aanbevelingen, ruim een uur, werden – ook door de geïnterviewden – als nuttig en plezierig ervaren.

Om snel een beeld te krijgen over de resultaten van het onderzoek, heb ik in het volgende schema (6) aangegeven waar de geïnterviewden uit de te onderscheiden categorieën, consensus hadden met de conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport en waar niet of niet helemaal.

Voor het leesgemak heb ik de bevindingen van de geïnterviewden op de 17 conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport ZonMw in bijlage 1 opgenomen. In dit hoofdstuk volsta ik met een samenvatting van die bevindingen.

5.5.4. Samenvattend overzicht per groep geïnterviewden over consensus met conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport ZonMw

In schema 7 geef ik per categorie geïnterviewden aan of zij de conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport onderschrijven. Onderschrijven geef ik aan met een plus. Niet onderschrijven met een min. En twijfels of geen antwoord kunnen geven, met een plus/min. Voor een gedetailleerd commentaar verwijs ik naar bijlage 1.

De reden om het schema op te stellen is om snel een globaal inzicht te krijgen over hoe de verschillende categorieën geïnterviewden oordelen over de conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport ZonMw en welke daarvan ze al dan niet kunnen onderschrijven.

Anders gezegd, of een individuele benadering van individuele beroepsbeoefenaren, zorgmanagers, ambtenaren of verzekeraars een ander resultaat zou hebben opgeleverd dan het door ZonMw verrichtte onderzoek.

**Consensusonderzoek onder individueel geïnterviewden over
de conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport ZonMw**

conclusies en aanbeveling en	Individuele beroeps-beoefenaren	Zorgmanagers	ambtenaren	verzekeraar	Conclusies en aanbevelingen
Nummer (zie bijlage 1)	Conclusies en aanbevelingen	Conclusies en aanbevelingen	Conclusies en aanbevelingen	Conclusies en aanbevelingen	Totaal score
1	-	+	±	+	+
2	±	+	+	+	+++
3	±	±	+	-	±
4	+	+	+	+	++++
5	+	-	-	-	-
6	+	+	+	±	+++
7	+	+	±	+	+++
8	+	+	+	±	+++
9	+	-	-	-	-
10	+	-	+	+	++
11	+	-	+	-	±
12	+	-	+	+	++
13	+	±	-	+	+
14	+	+	+	+	++++
15	+	+	-	+	++
16	+	+	+	+	++++
17	+	+	-	+	++

Schema 7

Toelichting schema 6 (zie ook bijlage 1)

De totaalscore laat zien dat de geïnterviewden zich over het algemeen kunnen vinden in de conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport ZonMw, met uitzondering van de nummers 5 en 9; er is geen draagvlak voor een voortzetting van kwaliteitsconferenties zoals deze in Leidschendam plaatsvonden, noch om een keten van zorginstellingen als zorginstelling in de zin van de Kwaliteitswet zorginstelling aan te merken.

Brede steun is er voor de nummers 4, 14 en 16. De eerste twee hebben betrekking op het compenseren van een terugtrekkende overheid door een alert en actief optredende Inspectie voor de Gezondheidszorg en het krachtig(er) optreden van de overheid/Inspectie als het zorgveld nalaat om kwaliteitsnormen te ontwikkelen. Nummer 16 betreft het gelijkstellen van tijdstippen waarop, volgens verschillende wetten, jaarverslagen gereed dienen te zijn.

5.5.5. Samenvatting bevindingen uit interviews met individuele beroepsbeoefenaren

Hierna volgen de resultaten van de interviews onder drie medisch specialisten, waarvan twee in opleiding, op basis van de 17 conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport.

De drie individuele beroepsbeoefenaren zijn niet of nauwelijks op de hoogte van de Kwaliteitswet zorginstellingen, en evenmin van een evaluatie van die wet.

Het kwaliteitsbewustzijn is evenwel hoog. Dat blijkt uit de gehanteerde protocollen, standaarden, richtlijnen of andere instructies die in hun praktijk tot doel hebben om de kwaliteit van zorg te borgen dan wel te bevorderen. Protocollen worden in dit verband beschouwd als nuttig en noodzakelijk om een zekere uniformiteit in (be)handeling te verkrijgen, waarbij wel geldt dat een arts in bepaalde gevallen van het protocol moet kunnen afwijken. Uiteraard onder voorwaarde dat zo'n afwijking van het protocol gemotiveerd gebeurt.

De individuele beroepsbeoefenaren verbinden ‘kwaliteit’ eerder met de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG) of Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), dan met de Kwaliteitswet zorginstellingen. Dat past in mijn visie dat juist individuele beroepsbeoefenaren praktisch zijn ingesteld en eerder denken over een wet die oordeelt over de individuele beroepsbeoefenaar of patiënt dan een kaderwet op meso-niveau ofwel instellingsniveau.

In dit verband kwam het tuchtrecht soms aan de orde. Daaraan denkt een individuele beroepsbeoefenaar vooral als het onderdeel uit het interview over de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) aan de orde komt. De IGZ als politieagent.

Geen van de geïnterviewden had direct te maken gehad met de IGZ. Allen vonden het een belangrijke taak voor de overheid om toezicht te houden op een juiste naleving van de wet. En de IGZ was daarbij in hun ogen de meest logische toezichthouder. En zeker niet de zorgverzekeraar.

Dat de zorgverzekeraar een taak heeft in het kwaliteitsbeleid van een instelling wordt onderschreven. Echter, een zeer beperkte taak.

Een verzekeraar kan zich niet met details bemoeien, als wijze van opereren of het te gebruiken operatiemateriaal of materiaal dat in een lichaam wordt ingebracht (bijvoorbeeld kunstgewrichten bij orthopedische operaties).

Wel de zorgverzekeraars als bewaker van de doelmatigheid van de zorgverlening.

Over het algemeen kon deze groep zich vinden in de conclusies en de daarop geïnspireerde aanbevelingen. De tekst van die conclusies en aanbevelingen behoeft soms bij de twee jeugdige specialisten (30+) enige uitleg; niet iedereen is op de hoogte van vakjargon, afkortingen of achtergrondinformatie. Maar, stelden zij, “*als die conclusies juist zijn, kan ik me best vinden in de aanbevelingen.*” Vaak vonden ze die aanbevelingen een logisch gevolg van de conclusies. De oudste – inmiddels gepensioneerde - specialist was beter op de hoogte van kwaliteitswetgeving, mede vanwege zijn bestuurlijke ervaring binnen en buiten het ziekenhuis. Door die ervaring en zijn positie verwierf hij brede kennis over kwaliteit van zorg en was hij op de hoogte van de Kwaliteitswet zorginstellingen, zonder hiervan de uitvoeringsdetails te kennen.

Over de positie van de patiënt was de reactie van geïnterviewden dat patiënten over bepaalde zaken een oordeel mogen en ook kunnen hebben. Met name over bejegening, duur wachttijden, etc. Onderzoeken onder patiënten zijn nuttig. Echter, als het om zuiver medische aangelegenheden gaat, is de inbreng van de patiënt beperkt. De patiënt kan wel meedenken met de dokter, maar hij kan de dokter geen opdracht geven om een bepaalde operatie uit te voeren. Bij verschil van inzicht kan hij bij een andere medisch specialist om een second opinion vragen; het is evenwel de medicus die moet oordelen over medische aangelegenheden en niet de patiënt.

Wel geldt dat de patiënt goede voorlichting moet krijgen en zelf bepaalt of hij bijvoorbeeld een behandeling ondergaat of niet. Daarin heeft een patiënt – althans in theorie – een keuze.

De rol van de overheid dient faciliterend te zijn; financiering van kwaliteitsactiviteiten. En, uiteraard heeft de overheid een belangrijke taak bij de handhaving van wetten, waaronder de Kwaliteitswet zorginstellingen.

De individuele beroepsbeoefenaren zijn niet op de hoogte van een kwaliteitsjaarverslag. Wel lijkt het hen logisch dat als de overheid om een jaarverslag vraagt, hier iets mee wordt ondernomen. Bijvoorbeeld het geven van feedback. Aangeven wat je als IGZ of overheid vindt van de uitgevoerde en uit te voeren activiteiten van de zorginstelling, verband houdend met borging of bevordering van de kwaliteit van geleverde zorg. Dan is het schrijven van een jaarverslag zinvol en dit motiveert de instelling om (meer) aandacht te besteden aan zo’n jaarverslag.

Een geïnterviewde merkte op dat het publiceren van namen van niet goed functionerende instellingen als sanctie, wellicht een grotere impact heeft dan een (bestuurlijke) boete. In dit verband pleit hij voor een soort tuchtrecht voor zorginstellingen.

5.5.6. Opmerkingen naar aanleiding van de interviews onder individuele beroepsbeoefenaren

Voor deze categorie geïnterviewden is de Kwaliteitswet zorginstellingen vrij onbekende materie. In de meeste conclusies konden ze zich vinden. Hun reactie was veelal: “als wat in het Evaluatierapport staat waar is (en daar gingen ze vanuit), zijn we het wel eens met de conclusies.” En de aanbevelingen zagen zij als een logisch gevolg van de conclusies. Dus ook: “daar kunnen we wel mee instemmen.” Een hoge graad van consensus bestond er derhalve met de conclusies en aanbevelingen in het Evaluatierapport ZonMw.

Een verklaring voor de hoge graad van consensus met de conclusies en aanbevelingen Evaluatierapport ZonMw is m.i. dat die conclusies en aanbevelingen – zoals ik in hoofdstuk 3 aangaf - weinig uitgesproken standpunten bevatten, juist vrij vlak en niet extreem qua standpunten zijn en eigenlijk ook weinig nieuws bevatten. Het is dan niet vreemd om in te stemmen met de conclusies en aanbevelingen. En bovendien, waarom zou je het niet eens zijn met een conclusie dat wetgeving beter op elkaar moet zijn afgestemd en de aanbevelingen daar wat aan te gaan doen? Of dat de overheid landelijk overleg dient te faciliteren?

Ook geldt dat de meeste conclusies en daarop gebaseerde aanbevelingen niet bedreigend zijn voor de medisch specialisten, of hen extra werk bezorgen. Dus waarom zou je je dan onthouden van ‘consensus’?

Het effect van het Evaluatierapport op geïnterviewden zal niet groot zijn. De conclusies en aanbevelingen maakten niet direct indruk en de Kwaliteitswet zorginstellingen blijft mede daardoor voor hen een ‘ver van mijn bed show’.

5.5.7. Samenvatting bevindingen uit interviews met directeuren/bestuurders van zorginstellingen

Hierna volgen de resultaten van de interviews onder twee bestuurders van zorginstellingen op basis van de 17 conclusies en aanbevelingen

De directeuren/bestuurders van zorginstellingen hadden een duidelijker beeld van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de werking van die wet dan de medisch specialisten. Bekendheid met het kwaliteitsjaarverslag, etc. Opvallend was de openheid die zij betrachten richting bijvoorbeeld zorgverzekeraars. Die kregen – hoewel de instelling daartoe niet wettelijk is verplicht – het kwaliteitsjaarverslag (in beide gevallen geïncorporeerd in een ‘gewoon’ jaarverslag), jaarlijks toegestuurd. De betekenis van de jaarverslagen moet enigszins gerelativeerd worden; het hebben van een uitstekend jaarverslag is nog geen garantie dat betreffende instelling ook verantwoorde zorg verleent. De instelling moet vrij zijn over de inrichting van dat jaarverslag. En ze moeten zelf weten of ze feed back wensen en van wie. Dat hoeft volgens geïnterviewden niet in een wettelijk kader geregeld te zijn.

De rol van de inspectie is belangrijk. Wel dient duidelijker te zijn wanneer welke handhavingsmaatregel van toepassing is.

Beide bestuurders waren er voorstander van dat koepelorganisaties het voortouw hebben bij het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid voor de sector. Dat is zeker geen taak voor de overheid.

Over het nut van kwaliteitsconferenties, zoals een aantal keren gehouden in Leidschendam, waren de geïnterviewden duidelijk; de conferenties zien zij als een uiting van het poldermodel. En dat werkt nu niet meer of in ieder geval onvoldoende, mede onder invloed van de door de rijksoverheid gewenste marktwerking in de zorg, waardoor weliswaar concurrentiebevordering plaatsvindt, maar dit gaat – vinden geïnterviewden - ten koste van de samenwerking tussen zorginstellingen.

Bestuurders in de zorg hebben – zo bleek uit de interviews – meer externe contacten. Zowel ziekenhuis als verpleeghuis zijn – samen met de thuiszorg en een psychiatrische inrichting - actief in de ketenzorg, o.a. waar het de behandeling, opvang en nazorg van CVA-patiënten betreft. Over ketenzorg oordeelden de bestuurders positief. Het is zorg benaderd vanuit het cliënt- of patiëntenperspectief. Die klantvriendelijke benadering staat door de marktwerking, waarbij instellingen elkaars concurrenten zijn, soms op gespannen voet met het beleid van de rijksoverheid om de onderlinge samenwerking te bevorderen.

Voor de geïnterviewden geldt (op micro-niveau⁷³) een pragmatische benadering: daar waar samenwerking mogelijk is, hoort dat – in het belang van de klant - te gebeuren. Wel volgde een kritische noot over de vele financieringskaders in de gezondheidszorg, waardoor het niet altijd mogelijk is om op zorgwensen van patiënten in te gaan en waardoor een scherpe grens lijkt te bestaan tussen verpleeghuis, ziekenhuis en de thuiszorg. Als belemmering in adequate zorg kwam terloops in beeld de verwijzing via het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) van patiënten naar de verschillende zorginstellingen. In de praktijk levert dat vaak enkele dagen extra wachttijd op, bijvoorbeeld als patiënten van het ziekenhuis naar huis kunnen onder de voorwaarde dat daar thuiszorg beschikbaar is. Nu de aanvraag om thuiszorg via het RIO verloopt, ‘kost’ dat zo’n drie dagen aan regel.

5.5.8. Opmerkingen naar aanleiding van de bevindingen van directeuren/bestuurders van zorginstellingen

De bekendheid met de Kwaliteitswet zorginstellingen is groot; althans het bestaan van de wet en de formele eisen die de wet stelt aan zorginstellingen. De grootste belemmeringen voor een goed werkende wet zit volgens de directeuren in het zorgstelsel; vele financieringskaders met verschillende uitvoeringsbepalingen, ‘bureaucratiseert’ een zorginstelling. Daarnaast bemoeilijkt de overheid met marktwerking in de zorg de samenwerking tussen instellingen; instellingen worden steeds meer elkaars concurrenten in plaats van dat ze ‘partners in de zorg’ zijn. Die marktwerking lijkt ook een einde te maken aan het poldermodel dat nog steeds geldt voor de zorgsector. De vraag is echter voor hoe lang. De geïnterviewden hadden geen behoefte aan de voortzetting van kwaliteitsconferenties à la Leidschendam. Zij verwachten meer van de brancheorganisaties om het kwaliteitsbeleid een nieuwe impuls te geven. Evenals dat het geval is bij de individuele beroepsbeoefenaren, zal de inhoud van het Evaluatierapport de bestuurders niet direct inspireren tot hernieuwde inzet van mensen of middelen om het kwaliteitsbeleid binnen de instelling extra aandacht te geven. Kwaliteit is kennelijk ‘uit’ en marktwerking is ‘in’.

5.5.9. Samenvatting bevindingen uit interviews met een zorgverzekeraar

Hierna volgen de resultaten van het interview met een medewerker van een zorgverzekeraar op basis van de 17 conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport.

⁷³ In een plaatselijk ketenzorgproject werken de geïnterviewde bestuurders samen

De vertegenwoordiger (jurist, manager juridische Stafafdeling) van een zorgverzekeraar kan zich over het algemeen vinden in de conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport. Ook hij ziet weinig heil om kwaliteitsconferenties zoals deze in Leidschendam plaatsvonden, voort te zetten. In het kwaliteitsbeleid draagt elke sector in het zorgveld z'n eigen verantwoordelijkheid. De rol van de overheid is vooral toezicht houden en ervoor te zorgen dat de wet snel en correct (i.c. doeltreffend en doelmatig) wordt gehandhaafd. De zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor een goede zorgverlening.

Hun brancheorganisaties hebben een belangrijke taak bij het opstellen en implementeren van kwaliteitsnormen en bijvoorbeeld – in het kader van benchmarking – het stellen van regels waardoor de kwaliteit van instellingen beter vergelijkbaar zijn. Via certificatie en accreditatie kan de brancheorganisatie een positieve invloed op het kwaliteitsbeleid binnen die branche opererende instellingen uitoefenen.

De conclusies en aanbevelingen vanaf nummer 12 vindt geïnterviewde weinig nieuws bevatten, betreft al een wettelijke verplichting en is in die zin te beschouwen als een open deur.

5.5.10. Opmerkingen naar aanleiding van de bevindingen van een verzekeraar

De visie van de zorgverzekeraar heeft overeenkomsten met die van de bestuurders in de zorg en van de ambtenaren: meer kwaliteitsbevorderende activiteiten van brancheorganisaties in de zorg. Toepassen van certificatie of accreditatie als middel om dat doel te bereiken. En een actieve inspectie die niet schroomt om maatregelen te nemen als instellingen zich niet aan de wet houden. En ook bij de verzekeraar heeft de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen geen grote impact; het zal bij de verzekeraar niet leiden tot ingrijpende beleidswijzigingen.

5.5.11. Samenvatting bevindingen uit interviews met ambtenaren van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Hierna volgen de resultaten van de interviews onder twee ambtenaren op basis van de 17 conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport

Allen waren goed op de hoogte van de Kwaliteitswet zorginstellingen en het feit dat de wet was geëvalueerd. Vanuit ambtelijk VWS waren de geluiden divers. Vooral vanuit de inspectie (IGZ) kwamen verrassende reacties op de conclusies en aanbevelingen.

Verrassend, omdat een inspecteur vond dat een bevel (door de IGZ) en een aanwijzing en bestuursdwang (door de Minister van VWS) op zich een geschikt instrumentarium vormen en in de praktijk een voldoende arsenaal aan handhavingsmaatregelen omvatten om de Kwaliteitswet zorginstellingen adequaat te kunnen handhaven.

Wel geldt de voorwaarde dat de IGZ van de Minister van VWS het mandaat krijgt om – namens de Minister – een aanwijzing te geven en of bestuursdwang toe te passen.

Met een mogelijkheid voor een instelling die zich gedupeerd voelt, om bij de Minister in bezwaar te gaan. Het manco is volgens geïnterviewde dat de Minister van VWS, i.c. de betrokken beleidsdirectie vaak niet, te weinig, of te laat in actie komt als een zorginstelling zich niet of niet geheel houdt aan de Kwaliteitswet zorginstellingen. De IGZ krijgt in zo'n situatie vaak het verzoek om nog eens te overleggen met de weigerachtige instelling en dat telkens weer.

Echter, als de IGZ reeds meermalen met betreffende instelling overleg pleegde en de instelling zich kennelijk niet laat overtuigen of overreden, dan moet actie plaatsvinden. Zo niet, dan telt het gezag van de overheid i.c. de IGZ niet (meer) en zullen kwaadwillende instellingen zich weinig gelegen laten liggen aan de eisen uit de Kwaliteitswet zorginstellingen. Mogelijk dat de beleidsdirectie onvoldoende bekend is met de uitvoering of effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Wellicht bestaat er angst voor een financiële claim van instellingszijde, indien de rechter een aanwijzingsbesluit nietig verklaart. En soms zal een beleidsdirectie om politieke redenen weinig bereidheid tonen om een aanwijzing te geven of bestuursdwang toe te passen, bijvoorbeeld als zo'n besluit de Minister in politieke verlegenheid kan brengen. Of een beleidsambtenaar, deel uitmakend van de zorgelite, is bevreesd zijn overlegpartners in de zorg voor het hoofd te stoten.

Het sanctie-instrumentarium wordt dus als voldoende beschouwd, nu nog het lef om tot daden over te gaan. In dit verband werden de conclusies en aanbevelingen nummer 13 (uitbreiding sanctiearsenaal) als onzinnig afgedaan.

Daarbij kwam eveneens aan de orde een wijziging in methodiek van de inspectie, het zogenoemde gelaagde toezicht. Daarbij koos de Inspectie inmiddels voor een systeem à la belastingdienst met een krachtadiger handelen van de Inspectie.

In dat kader past – zoals hiervoor geschetst - mandatering van de aanwijzingsbevoegdheid en toepassen van bestuursdwang door de Inspectie.

Van ambtelijke zijde werd negatief geoordeeld over voortzetting van het landelijk overleg tussen de zorgsector en overheid, het zogenoemde Leidschendamoverleg: “toen gold het poldermodel. Dat model werkt niet meer. Nu moet de overheid daadkrachtig optreden, gewoon de wet toepassen.”

Om bij de Inspectie meer kennis te krijgen over (bijna) ongelukken, pleit een ambtenaar voor het blame free melden van incidenten die zich bij instellingen voordoen. Hij pleit tevens voor het benutten van het communicatieve instrument, door meer te publiceren over instellingen. Als concreet voorbeeld noemt hij: de publicatie door de Vereniging Kind en Ziekenhuis van ziekenhuizen waar *geen* mogelijkheid was om ouders bij hun ernstig zieke kind te laten slapen. Die publicatie had tot gevolg dat momenteel vrijwel ieder ziekenhuis een slaapvoorziening voor ouders van zieke kinderen heeft; ziekenhuizen wilden niet op een ‘negatieve’ lijst staan.

5.5.12. Opmerkingen naar aanleiding van de bevindingen van de ambtenaren

Samengevat is het commentaar: een hardere koers varen is gewenst. De tijd van alsmaar praten is voorbij. Daadwerkelijk de wet toepassen heeft meer effect. Het effect van de evaluatie van de wet is terug te vinden in de nieuwe organisatieopzet van de inspectie, waardoor de inspectie – althans dit is beoogd - doeltreffender en doelmatiger toezicht houdt op de naleving van de Kwaliteitset zorginstellingen dan in het verleden het geval was. Een inspectie die meer als ‘politie’ optreedt, past in dit kader.

5.5.13. Slotopmerkingen naar aanleiding van de interviews onder individuele beroepsbeoefenaren, directeuren van individuele zorginstellingen, zorgverzekeraar en ambtenaren VWS

Inleiding

Over het algemeen riepen de conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport geen vragen op en konden de geïnterviewden zich hierin wel vinden. Verschillen in reacties waren afhankelijk van de positie van de geïnterviewde in de zorgsector of ambtelijke wereld.

Zo bleken de (drie) medisch specialisten niet of nauwelijks op de hoogte van de Kwaliteitswet zorginstellingen en onbekend met de evaluatie van die wet.

Voor één medisch specialist in opleiding was het formele kader van de wet een ‘ver van mijn bed show’; in zijn dagelijkse praktijk was hij voor het kwaliteitsleerproces vooral aangewezen op zijn opleider.

Dat nam niet weg dat medisch specialisten in hun dagelijkse werk indirect met de wet van doen hadden; via landelijke, soms ook nog regionale en ziekenhuisgebonden protocollen, waren de specialisten kwaliteitsbewust werkzaam en hanteren zij de kwaliteitsstandaarden, geldend voor hun beroepsgroep.

Toch is dat kwaliteitsbewustzijn op micro-niveau niet voldoende; juist omdat er in instellingsverband (meso-niveau) veel (bijna) ongelukken gebeurden, bracht de KNMG in 1989 de discussie tussen zorgpartijen en de overheid op gang om over kwaliteitsbeleid op instellingsniveau te discussiëren; om per categorie van zorginstellingen kwaliteitssystemen te ontwikkelen en om die systemen in de individuele zorginstellingen van betreffende categorie toe te passen. Veel (bijna) ongelukken werden (en worden) veroorzaakt door organisatorische problemen binnen een instelling, zoals onduidelijkheden over taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Of problemen die ontstonden doordat medisch specialisten niet goed met elkaar overlegden, waardoor patiënten niet de behandeling kregen die voor hen noodzakelijk was, met als gevolg dat ze (soms) zelfs overleden⁷⁴. Pas met de komst van de Kwaliteitswet zorginstellingen in 1996 is adequaat optreden door de inspectie mogelijk als instellingen zich niet houden aan de organisatorische eisen, die deze wet hen oplegt. De noodzaak om kwaliteitssystemen voor zorginstellingen te ontwikkelen en te implementeren staat binnen het zorgveld en bij de overheid buiten kijf. Ook individuele beroepsbeoefenaren dienen over basiskennis inzake kwaliteitssystemen te beschikken; zij zijn immers zeer belangrijke spelers in het zorgveld en daarom dienen vooral zij de spelregels van het kwaliteitssysteem te kennen. Omdat het kwaliteitsbewustzijn op micro-niveau goed is ontwikkeld bij de geïnterviewde individuele beroepsbeoefenaren, zal het hen niet veel inspanning kosten om de spelregels van het kwaliteitssysteem (op instellingsniveau) onder de knie te krijgen en hun eigen rol hierin te zoeken en te vinden.

De twee directeurs van een zorginstelling waren goed bekend met de Kwaliteitswet zorginstellingen. Ook van de eisen die de wet aan instellingen stelt, zoals het toesturen aan ministerie en Inspectie voor de Gezondheidszorg en regionale consumenten- of patiëntenorganisaties van kwaliteitsjaarverslagen. Hoewel daartoe niet wettelijk verplicht stuurden zij die eveneens aan zorgverzekeraars. Het kwaliteitsjaarverslag is in hun organisaties een onderdeel van één algemeen jaarverslag.

De rijksambtenaren zijn goed op de hoogte van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de evaluatie van die wet. Zij oordelen dat de wet werkt. De wet kan effectiever zijn als de Inspectie de mogelijkheden krijgt om – namens de Minister – een aanwijzing te geven. De Inspectie kan in dat geval directer en daadkrachtiger optreden.

Meer handhavingsinstrumenten dan er nu zijn, zijn niet per se nodig; het geeft hooguit schijnzekerheid. Mogelijk kan een tuchtrecht voor instellingen een positief effect hebben op de bereidheid van instellingen om een kwaliteitssysteem in te richten en zich aan kwaliteitsregels te houden. Nieuw onderzoek dient uit te wijzen of zo'n systeem op voldoende steun in het zorgveld kan rekenen.

Het vergt een aanpassing van de Kwaliteitswet en mogelijk van de Wet BIG. Bij de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen is m.i. dit aspect onderbelicht.

⁷⁴ Een ruzie tussen gynaecologen leidde in 1992 tot ernstige calamiteiten in ziekenhuis 'Elkerliek' te Helmond (onnodig overlijden van twee baby's). De inspectie stond machteloos. Dat leidde tot artikelen in een gezamenlijke uitgave van de toenmalige Raad voor de Volksgezondheid en de Geneeskundige Hoofdingspectie van o.a.: Bering, R., *Nooit meer Elkerliek? De inspectie en de kwaliteitswet* en Graniewski, J.E. en Verhoeff, J., *De inspectie en het inzicht in de kwaliteit van zorg*, Kwaliteit in Beeld, 4^e jaargang, nummer 2, oktober 1994.

Belangrijk onderdeel van mijn onderzoek is het (sub)onderzoek naar consensus over de inhoud van het Evaluatierapport, die ik testte aan de hand van de conclusies en aanbevelingen uit dat rapport.

De toetsing van de conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport ZonMw aan de visie van de vier groepen.

Deze toetsing onder individuele beroepsbeoefenaren, directeuren zorginstelling, een zorgverzekeraar en ambtenaren van VWS, toont aan dat van de 17 conclusies en aanbevelingen er slechts drie op volledige steun van de acht geïnterviewden kunnen rekenen. Consensus bestaat over de conclusies en aanbevelingen 4, 14 en 16.

Conclusie en aanbeveling 4 betreft een terugtrekkende overheid die wordt ‘gecompenseerd’ door een alert en actief toezicht door de Inspectie. Hierbij merkte één geïnterviewde op, dat het niet nodig is om de Inspectie qua menskracht uit te breiden. Conclusie en aanbeveling 14 betreft een krachtig(er) optreden van overheid en de Inspectie als het zorgveld nalaat om kwaliteitsnormen te ontwikkelen; er heerst vooral angst dat de overheid zich met de inhoudelijke normering gaat bemoeien. Dat laatste wil niemand. Conclusie en aanbeveling 16 betreft het gelijk stellen van het tijdstip waarop jaarverslagen ingevolge gezondheidswetten gereed moeten zijn. Voor velen was dit een open deur; eigenlijk al een zaak die de overheid had kunnen regelen. Opmerkelijk is dat geen enkele conclusie en aanbeveling bij alle categorieën geïnterviewden negatief scoort. Toch zijn drie van de vier groepen het oneens met de conclusies 5 en 9. Bijna niemand voelt voor voortzetting van een overlegstructuur zoals de Leidschendamconferenties; slechts de medisch specialisten hadden ‘geen bezwaar’ tegen de aanbeveling, uitsluitend omdat bij hen het inzicht ontbrak en de aanbeveling heel plausibel klonk. Een paar maal werd gezegd dat het poldermodel uit de tijd is en wat het kwaliteitsbeleid betreft, is achterhaald. Evenmin is er brede steun om de keten als instelling in de zin van de Kwaliteitswet zorginstellingen te beschouwen.

Hoewel er tussen de vier categorieën geïnterviewden accentverschillen waren in de reacties op de conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport, had iedere categorie grosso modo meer consensus (+) met die conclusies en aanbevelingen dan bezwaren (-).

Zoals ik reeds eerder aangaf, bevat het Evaluatierapport weinig nieuws, zijn er geen ‘harde’ of ‘confronterende’ uitspraken; het poldermodel masseert (te) grote verschillen in opvattingen weg. Dat vind ik terug in de conclusies en aanbevelingen. Veel was voorspelbaar. Zelfs overbodige aanbevelingen, met name waar het gaat over de inzet van de handhavingsinstrumenten; ook nu al hebben Minister en Inspectie de mogelijkheid om zorginstellingen, die in gebreke zijn of blijven, aan te pakken. Eigenlijk waren veel van de conclusies en aanbevelingen zo vanzelfsprekend, dat je hier eigenlijk geen bezwaar tegen kunt hebben. Consensus was snel bereikt.

Wel valt een trend op: minder overleg tussen zorgsector en overheid, meer toezicht door die overheid en een harde(re) aanpak van zorginstellingen die zich niet aan de Kwaliteitswet zorginstellingen houden.

Het zich niet aan de regels houden wordt vooral veroorzaakt door het ontbreken van een goed en integraal werkend kwaliteitssysteem binnen een zorginstelling. De ontwikkeling van die systemen laat te wensen over. En deze fase gaat vooraf aan de implementatiefase. Toch zijn kwaliteitssystemen essentieel om een zekere garantie te hebben dat zorginstellingen ‘kwaliteit van zorg’ leveren en kunnen blijven leveren.

Zonder zo'n kwaliteitssysteem is het, zoals toenmalig Hoofddirecteur Gezondheidszorg Jitze Verhoeff op een Leidschendamconferentie stelde: "louter toeval als een zorginstelling goede kwaliteit levert." Op dit punt verdient de Kwaliteitswet zorginstellingen een betere uitvoering. Op het punt van de handhaving van de wet, biedt deze, althans formeel, voldoende ruimte om misstanden bij zorginstellingen aan te pakken.

5.6. Derde onderzoek, onder leden van de Zorgvragersraad Zoetermeer *Methodiek en resultaten onderzoek; gebaseerd op enquête onder leden* *Zorgvragersraad Zoetermeer*

Voor een onderzoek bij consumenten en patiënten kende ik alleen vertegenwoordigers van landelijke en regionale organisaties. Omdat deze als zorgelite zijn aan te merken, verrichtte ik daar geen onderzoek. Om toch bij de niet-elite uit te komen, benutte ik mijn lidmaatschap van de Zorgvragersraad Zoetermeer.

Bij dit derde deelonderzoek zette ik een vragenlijst uit bij 29 leden van de Zorgvragersraad Zoetermeer. Het is een door de gemeente Zoetermeer ingesteld platform met vertegenwoordigers uit verschillende consumenten- en patiëntenorganisaties die in Zoetermeer actief zijn. De Zorgvragersraad Zoetermeer kan de gemeente gevraagd en ongevraagd van advies dienen op het brede terrein van consumentenbelangen, ouderenbeleid, patiëntenzorg of gehandicaptenbeleid. Ik ontving éénmalig een uit etiketten bestaande adreslijst.

Ik koos voor het houden van een enquête onder de leden van de Zorgvragersraad. Juist omdat ik de overige leden alleen vanuit de raad ken en geen of nauwelijks andere contacten met hen onderhoud, leek een face tot face interview mij te bedreigend voor hen. Want hoewel de leden van de raad of de organisaties die ze daarin vertegenwoordigen gemeenschappelijke belangen hebben, vooral als er van de gemeente iets wordt verlangd, zijn ze soms elkaars concurrenten. De gemeente heeft beperkte geldmiddelen beschikbaar voor de verschillende groepen zorgvragers in haar gemeente. Geld dat aan gehandicaptenbeleid wordt besteed is niet beschikbaar voor ouderenbeleid, en omgekeerd. Enig wantrouwen kan ik verwachten, mede omdat ik de vertegenwoordiger ben van de ouderenbonden in Zoetermeer en die bonden nog wel eens een afwijkende mening hebben ten opzichte van patiëntenorganisaties. Een enquête waaraan de leden van de raad anoniem een formulier konden invullen, leek mij de beste optie om in korte tijd door voor mij relevante gegevens te verzamelen.

Van de 29 enquêteformulieren (zie bijlage 5) ontving ik 10 retour⁷⁵. Per vraag geef ik de feitelijke informatie weer, zoals deze uit de 10 ingevulde enquêteformulieren komt. Voor een analyse of verklaring verwijs ik naar *hoofdstuk 6*. In de kolommen ja, neen, enz. geef ik de scores aan. Omdat één persoon het formulier niet helemaal invulde, is de maximale score vanaf vraag 7 niet 10, maar 9.

⁷⁵ Peildatum 24 mei 2004. Het formulier dat ik nadien ontving, is niet in de gegevens verwerkt.

positie en functies geënquêteerden in consumenten- of patiëntenorganisaties					
		ja	neen	onvoldoende	Weet ik niet
1	Bent u lid van een landelijke consumenten- of patiëntenorganisatie?	8	2	n.v.t.	n.v.t.
2	Maakt u deel uit van een cliëntenraad?	7	3	n.v.t.	n.v.t.
3	Zo ja, heeft uw cliëntenraad volgens u voldoende invloed op het kwaliteitsbeleid van de zorginstelling waarvan ze deel uitmaakt? ⁷⁶	6	0	1	0

Schema 8

informatie over de Kwaliteitswet zorginstellingen				
		ja	neen	weet ik niet
4	Sinds 1996 bestaat de Kwaliteitswet zorginstellingen. Weet u van het bestaan van deze wet af?	8	2	
5	Wist u dat de Kwaliteitswet zorginstellingen (in 2001) werd geëvalueerd?	4	6	
6	Heeft u in de praktijk wat gemerkt van deze evaluatie van de wet, bijvoorbeeld doordat er meer (politieke) aandacht kwam voor patiëntenbelangen of dat instellingen hieraan meer aandacht schonken? ⁷⁷	4	3	2
7	Weet u dat zorginstellingen volgens de Kwaliteitswet zorginstellingen kwaliteitsjaarverslagen moeten maken?	8	1	
8	Heeft u wel eens meegewerkt aan zo'n Kwaliteitsjaarverslag? (bijv. door het schrijven van een hoofdstukje over patiënten participatie in de instelling)	3	6	
9	Is alleen de instelling zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg die hij levert?	2	n.v.t.	
10	Of zijn naast de instelling tevens anderen verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg die een instelling levert?	7	n.v.t.	
11	Vindt u dat de overheid toezicht moet houden op de kwaliteit van de door zorginstellingen geleverde zorg?	9	0	
12	Heeft de zorgverzekeraar een taak bij het kwaliteitsbeleid van een instelling?	8	1	
13	Hebben consumenten- en patiëntenorganisaties een taak bij het kwaliteitsbeleid van een instelling?	9	0	

Schema 9

Hierna heb ik een één schema aangegeven welke informatiebronnen door de geënquêteerden worden genoemd. Het betreft algemene informatiebronnen en informatiebronnen waar de geënquêteerden specifieke informatie kregen over de inwerkingtreding van de Kwaliteitswet zorginstellingen en over de evaluatie van die wet. Het getal geeft het aantal vermeldingen aan van betreffende informatiebronnen.

⁷⁶ niet van toepassing voor de 3 geënquêteerden die niet deel uitmaakten van een cliëntenraad

⁷⁷ vanaf deze vraag heeft één geënquêteerde het formulier niet verder ingevuld

Per geënquêteerde konden meer dan één bron worden genoemd. Omdat niet iedere geënquêteerde een prioriteit aan de informatiebronnen gaf, heb ik geen prioriteitsafweging gemaakt.

Algemene informatiebronnen en informatiebronnen over de Kwaliteitswet zorginstellingen	
informatiebron	totaal aantal vermeldingen
een landelijke patiëntenvereniging	9
de RPCP Den Haag en omgeving	14
een regionale patiëntenvereniging	3
de Zorgvragersraad Zoetermeer	10
een plaatselijke patiëntenvereniging of cliëntenraad	1
een instelling	5
de gemeente Zoetermeer	6
(rijks)overheidspublicatie of berichtgeving via bijvoorbeeld Postbus 55	3
tijdschrift	9
Krant	7
de vakbond	1
de werkgever	3
via cursus/opleiding	1
anders: o.a. vakblad, mailing, vergadering, Reumafonds	6
weet ik niet meer	1

Schema 10

5.6.1. Sub-onderzoek verantwoordelijkheden zorgverzekeraars en consumenten- en patiëntenorganisaties

Inleiding

Bij de Leidschendamafspraken tussen zorgpartijen en overheid is bepaald, dat de zorginstellingen primair verantwoordelijk zijn voor de *doeltreffendheid* van de zorgverlening; de zorgverzekeraars mede verantwoordelijk zijn voor de *doelmatigheid* van die zorgverlening en dat consumenten- en patiëntenorganisaties mede verantwoordelijk zijn voor de *patiëntvriendelijkheid* bij die hulpverlening. Bij de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen is aan betreffende driedeling m.i. te weinig aandacht besteed. Reden om in een subonderzoek te bezien hoe de leden van de Zorgvragersraad over de verantwoordelijkheidstoedeling van zorgpartijen denken.

De leden van de Zorgvragersraad zijn zowel consument als (veelal) patiënt. Als consument willen ze niet te veel premie betalen en als patiënt hechten ze grote waarde aan goede zorg.

De zorgverzekeraar heeft eveneens twee rollen; zorgen voor *doelmatige* zorgverlening, waardoor de premie laag blijft en zorgen voor *doeltreffende* zorgverlening, opdat de patiënt – indien mogelijk - zo spoedig mogelijk beter is, of – indien geïndiceerd - zo snel mogelijk naar een verpleeghuis gaat, enzovoort.

De zorg hoort volgens de Kwaliteitswet zorginstellingen tevens *klantgericht* te zijn; is dat niet het geval, dan is die zorg evenmin doelmatig (de zorg belast de patiënt onnodig; het maakt extra onderzoek nodig of onnodige operatief ingrijpen). En in veel gevallen is de zorg in dat geval evenmin doeltreffend (als de missers in de zorg de patiënt schade berokkenen).

Gezien die ‘dubbelrollen’ van zowel de leden van de Zorgvragersraad als de zorgverzekeraars was ik benieuwd naar de mening van de leden van de Zorgvragersraad over de taken die volgens hen de zorgverzekeraars hebben in het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen.

En omdat de meeste leden actief lid zijn van een patiëntenorganisatie, stelde ik hen dezelfde vragen over consumenten- en patiëntenorganisaties.

Enerzijds om die gegevens met elkaar te kunnen vergelijken en anderzijds om de geënquêteerden – via zelfreflectie – beter te laten nadenken over de beantwoording van de vragen over verantwoordelijkheidstoedeling in de zorgsector.

Subonderzoek

Over de taken van zorgverzekeraars respectievelijk consumenten- en patiëntenorganisaties hadden de negen geënquêteerden vier keuzemogelijkheden: aandacht voor *doeltreffendheid*, *doelmatigheid* of, *klantgerichtheid* van de zorgverlening, of een *andere taak*.

Met de nota Kwaliteit van Zorg in het achterhoofd, verwachtte ik bij de taken van zorgverzekeraars een hoge score voor *doelmatigheid* van de zorgverlening en bij de taken van consumenten- en patiëntenorganisaties vooral voor *klantgerichtheid*, naast *effectiviteit*. Je wilt immers – zo dacht ik - op een klantvriendelijke manier beter worden gemaakt.

Per geënquêteerden onderzocht ik de keuzen. De nummering betreft het nummer van het individueel vragenformulier van de geënquêteerden. Geënquêteerde 9 had dit onderdeel van het formulier niet ingevuld. Volgens geënquêteerde 5 heeft een zorgverzekering hier geen taak.

Taken zorgverzekeraars

Nr	Doeltreffende zorgverlening	Doelmatige zorgverlening	Klantgerichte Zorgverlening	Anders
1	•		•	
2		•		
3	•	•	•	
4	•	•	•	
5	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
6	•			
7	•	•	•	
8				• ⁷⁸
10		•	•	
Tot.	5	5	5	1

Schema 11

Uit de analyse blijkt dat deze negen geënquêteerden uit de Zorgvragersraad veel van zorgverzekeraars verwachten.

Niet alleen maar aandacht voor de doelmatigheid van de zorgverlening, maar evenveel aandacht voor de doeltreffendheid en klantgerichtheid.

Een geënquêteerde beschouwt de zorgverzekeraar vooral als klankbord voor de RPCP, het regionale patiënten- en consumentenplatform.

Die brede taakvisie voor zorgverzekeraars, vloeit mogelijk voort uit de situatie van de geënquêteerden; de leden van de Zorgvragersraad zijn voor het merendeel afgevaardigde van een patiëntenvereniging voor chronisch zieken, zoals de

⁷⁸ Een geënquêteerde vindt dat zorgverzekeraars als klankbord voor de RPCP dienen, het regionale patiënten- en consumentenplatform.

reumavereniging. Of zitten in de raad vanuit een gehandicaptenorganisatie. Mijn ervaring is dat het vooral praktisch ingestelde, vaak mondige, patiënten zijn, die de actieve voorhoede vormen van hun organisatie. Door hun externe contacten (bijvoorbeeld in de Zorgvragersraad) hebben ze wellicht een bredere kijk op hetgeen in het zorgveld gebeurt, dan de gemiddelde patiënt. Dat verklaart mogelijk de bredere toebedeelde taak aan zorgverzekeraars.

Of ze hebben rekening gehouden met mijn wensen; als lid van de Zorgvragersraad, heb ik verschillende malen over de Kwaliteitswet zorginstellingen gesproken en misschien beïnvloedde dat hun scores.

Een zelfde onderzoek deed ik naar de taken van consumenten- en patiëntenorganisaties

Taken consumenten- en patiëntenorganisaties

Nr	Doeltreffende zorgverlening	Doelmatige zorgverlening	Klantgerichte Zorgverlening	Anders
1	•		•	
2		•	•	
3	•	•	•	
4	•		•	
5			•	
6			•	
7			•	
8	•		•	
10	•		•	
Tot.	5	2	9	

Schema 12

Het totaal beeld van dit onderzoek komt overeen met mijn verwachting; een bevestiging dat consumenten- en patiëntenorganisaties vooral de klantgerichtheid van de zorg willen monitoren. Daarnaast houden ze de effectiviteit van de zorg in de gaten en voelen ze zich een klein beetje mede verantwoordelijk voor de doelmatigheid van de zorgverlening.

5.6.2. Opmerkingen derde onderzoek, gebaseerd op een enquête onder de leden van de Zorgvragersraad Zoetermeer

Van de 29 verzonden enquêteformulieren ontving ik binnen drie weken 10 terug. Dat aantal stelde me teleur, te meer daar ik eind april 2004 in een vergadering van de Zorgvragersraad rappelleerde.

Het onderzoek is zo beperkt dat hieraan geen harde conclusies kunnen worden ontleend. Hooguit is een tendens te zien.

Uit de enquêtegegevens blijkt, dat het merendeel van de geënquêteerden uit de Zorgvragersraad Zoetermeer goede kennis over de Kwaliteitswet zorginstellingen heeft; 80% wist dat de wet in 1996 in werking trad; ze waren beter op de hoogte dan de AbvaKabo-leden, die een score van 60% hadden. En 40% wist van de evaluatie van de wet in 2001, hetgeen overeenkomt met de score van de vakbondsleden. En bijna iedereen van de geënquêteerde leden van de Zorgvragersraad weet dat een instelling verplicht is om een kwaliteitsjaarverslag op te stellen.

De leden van de Zorgvragersraad zijn veelal leden van patiëntenorganisaties, die hun organisatie in de Zorgvragersraad vertegenwoordigen. Afwezigheid op de vergadering door ziekte komt – zo is mijn ervaring - vaak voor. Als vertegenwoordiger van de ouderenbonden in Zoetermeer woon ik de vergaderingen bij.

Met uitzondering van themabijeenkomsten, waarbij ook anderen welkom zijn, is de opkomst niet hoog. In de vergadering van 29 april 2004, werd het quorum niet gehaald. Mogelijk is dat kenmerkend voor een raad waarvan velen gehandicapt, ziek of oud zijn.

Het kan zijn dat ze een lagere prioriteit stellen aan de Zorgvragersraad dan aan een patiëntenraad van bijvoorbeeld ziekenhuis, verpleeghuis of thuiszorginstelling, omdat ze daar directere invloed kunnen uitoefenen en dat ook daadwerkelijk doen; bijna iedereen die in een cliëntenraad participeert, vindt dat werk zinvol (zie schema's 8 en 9): bestuurders van instellingen luisteren naar de cliëntenraad. Het abstractieniveau van een Zorgvragersraad, als gesprekspartner namens een paar patiëntenverenigingen bij o.a. de gemeente, kan voor veel leden (te) hoog zijn en daardoor minder aantrekkelijk, terwijl de invloed minder zichtbaar is dan bij hun directe contacten met ziekenhuis, verpleeghuis, etc.

Op de vraag of overheid, zorgverzekeraar en consumenten- en patiëntenorganisaties een taak hebben, zeggen de meesten dat dit het geval is. Iedereen (negen personen) vindt het een taak van de Inspectie (of overheid) om toezicht te houden op de kwaliteit van door instellingen geleverde zorg. Daarnaast wordt twee keer de gemeente en provincie genoemd als (gewenste) toezichthouder. Dat komt overeen met mijn verwachting, te meer daar velen contact onderhouden met het regionale patiënten – en consumentenplatform (RPCP); een organisatie die een nauwe (subsidie)relatie onderhoudt met de provincie. Ook de gemeente in het kader van onder meer de WVG⁷⁹. Enkel zijn deelnemer aan het gestructureerde WVG-overleg met de gemeente Zoetermeer. Dat verklaart m.i. de link naar provincie en gemeenten.

Op de vraag in het enquêteformulier hoe de invloed van de consument of patiënt kan worden verbeterd in het kwaliteitsbeleid van een instelling, komt vooral het communicatieve instrument in beeld. De instelling moet luisteren naar de cliëntenraad, en omgekeerd; korte en heldere communicatielijnen tussen zorgaanbieders en zorgvragers. Instellingen moeten meer de expertise van patiënten benutten voor hun beleid. De scholing van cliëntenraden behoeft verbetering⁸⁰. En wettelijke versterking van de rol van de cliëntenraad; door de cliëntenraad te betrekken bij het kwaliteitsjaarverslag en dit verslag in ieder geval met de raad te bespreken.

Vooraf ook een betere voorlichting over klachtbehandeling, etc. En de cliëntenraad zou in het stelsel van sancties een bevoegdheid moeten krijgen.

In het licht van vorenstaande, verwijs ik naar conclusie 3. Daarin zegt ZonMw dat de *taken en verantwoordelijkheden* van patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars onvoldoende uit de verf komt. De aanbeveling is dat de overheid de patiëntenorganisaties beter moet toerusten voor hun toetsende rol en dat de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars beter in de wetgeving hoort te zijn verankerd.

Het toebedelen van taken en verantwoordelijkheden is belangrijk; het is evenwel één kant van de medaille. Dat andere kant is het regelen van de *bevoegdheden*.

⁷⁹ De gemeente is uitvoerder van de Wet voorzieningen gezondheidszorg (WVG).

⁸⁰ Het artikel "*Bewoner van zorgtehuis wil inspraak. Kwart is ontevreden over kwaliteit zorg*" uit de Volkskrant van 29 april 2004, heeft als onderwerp het gebrek aan inspraak van de bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen, waardoor zij geen invloed hebben op de kwaliteit van wonen en zorg. Ook, dat ze soms als een klein kind worden behandeld.

Pollitt neemt het op voor de patiënten in H www.zorgaanzet.nl/opinie van 4 april 2003, waarin hij zegt: "Het is neerbuigend te menen dat patiënten medische prestaties niet kunnen inschatten."

Het één kan niet zonder het ander. En juist het toebedelen van bevoegdheden is vaak een manco in de regelgeving.

5.7. Samenvattend overzicht indicatoren

In volgend schema zijn de belangrijkste indicatoren uit de drie onderzoeken gelicht. De indicatoren geven inzicht over de kennis die bij geënquêteerden en geïnterviewden bestaat over de Kwaliteitswet zorginstellingen, of ze een actieve rol hebben bij het kwaliteitsbeleid van een instelling en of ze inzicht hebben over de rol(len) van andere actoren in het zorgveld.

In de interviews stond onderzoek naar de 17 conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport ZonMw centraal. Dat gaf gedetailleerd inzicht over hoe geïnterviewden dachten over die conclusies en aanbevelingen en over het beleid dat daaraan ten grondslag ligt.

Met een + geef ik aan of een bepaalde indicator in betreffend onderzoek een rol speelde. Daarvan is met name sprake als hierover in het onderzoek een gerichte vraag werd gesteld. Bij de interviews kwamen de vragen vaak terloops aan de orde.

indicatoren	Kennis over KZI	Kennis over evaluatie KZI	Benoemt informatie bronnen KZI	Actieve rol bij kwaliteitsbeleid instellingen	Positief effect evaluatie KZI	Bekendheid met instellingsgegevens	Bekendheid met t.b.v. ⁸¹ andere spelers zorgveld	Visie gegeven op 17 conclusies en aanbevelingen ZonMw
Categorie onderzoek								
Enquête AbvaKabo	+	+		+	+	+		
Interviews	+	+		+	+	+	+	+
Enquête Zorgvragers raad	+	+	+	+	+	+	+	

Schema 13

⁸¹ Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden

Hoofdstuk 6. Analyse resultaten empirisch onderzoek en beantwoording onderzoeksvragen

6.1. Inleiding

In dit hoofdstuk analyseer ik de gegevens die in *hoofdstuk 5* zijn genoemd als resultaten van mijn drie onderzoeken. Vervolgens vergelijk ik deze empirische gegevens met de theorieën uit eerdere hoofdstukken, en beantwoord ik tenslotte de vier vragen die ik in het begin van mijn scriptie en in hoofdstuk 2 stelde.

6.2. Analyse op basis van de onderzoeken en de relatie met beleidstheorieën

De drie categorieën van onderzoeken geven een beeld over de kennis in het zorgveld en ambtelijk VWS over de Kwaliteitswet zorginstellingen en de evaluatie van die wet. Ik ga in op het belang van kennis over de wet en de evaluatie van de wet. Onderzoek vond plaats over de consensus die in het zorgveld en overheid bestaat over de conclusies en aanbevelingen in het Evaluatierapport ZonMw. Ik geef daarvan het belang aan en relateer vervolgens dat belang.

Kennis over de Kwaliteitswet zorginstellingen en de evaluatie van die wet

De enquêteonderzoeken onder de deelnemers van het AbvaKabo-symposium en onder de leden van de Zorgvragersraad geven inzicht in de kennis van het middenkader van zorginstellingen en de meest actieve consumenten en patiënten over de Kwaliteitswet zorginstellingen en over de evaluatie van die wet. Met die parate kennis was het matig tot redelijk gesteld; ongeveer de helft van de geënquêteerden was op de hoogte van de inwerkingtreding van de Kwaliteitswet zorginstellingen in 1996 en de evaluatie van die wet in 2001. Ik had die kennis lager ingeschat, gezien mijn ervaring als inspecteur. Wel behoren de geënquêteerden tot de actieve vakbondsleden of hebben als actieve consument of patiënt een grote(r) belangstelling voor de wet, waardoor hun score hoger zal zijn dan van een ‘gemiddelde’ werknemer of consument of patiënt.

In een interviewronde bleek die kennis over wet en wetsevaluatie bij de individuele beroepsbeoefenaren niet of nauwelijks aanwezig te zijn. De bestuurders van zorginstellingen kenden de wet en wisten welke formele taken ze hebben als ‘aanbieders van zorg’. De vertegenwoordiger van een zorgverzekeraar en de ambtenaren waren goed op de hoogte van de inhoud van de wet en allen wisten dat deze wet was geëvalueerd.

Kennis over de wet is belangrijk, vooral bij ‘aanbieders van zorg’; iedere medewerker van een zorginstelling heeft met de uitvoering van de Kwaliteitswet zorginstellingen te maken. Kennis over de inhoud van de wet geeft antwoord op vragen als: waarom moet een instelling over een kwaliteitssysteem beschikken? Waarom moeten we doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht werken? Waarom maken we een kwaliteitsjaarverslag? Door na te denken over dit soort vragen wordt het kwaliteitsbewustzijn van de medewerkers geprikkeld en gestimuleerd. Hierdoor zal die medewerkers meer begrip krijgen over het doel van de wet, het belang van een kwaliteitsbeleid binnen de instelling waar hij werkzaam is en – dat is toch de bedoeling - beter presteren dan zonder die kennis. En als de arbeidsprestatie van de individuele medewerkers stijgt, zal dat een positieve uitwerking hebben op de collectieve arbeidsprestatie van alle medewerkers binnen een zorginstelling, waardoor de zorginstelling beter functioneert.

Consensus in het zorgveld over conclusies en aanbevelingen Evaluatierapport ZonMw

Uit het onderzoek onder individuele beroepsbeoefenaren, bestuurders zorginstellingen, een zorgverzekeraar en ambtenaren van VWS (zie vorig hoofdstuk), blijkt dat bij geïnterviewden over het algemeen consensus bestond over de conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport ZonMw. Wanneer geïnterviewden zijn te beschouwen als vertegenwoordigers van de niet-elite in het zorgveld en bij de overheid, zullen de conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport door het totale zorgveld (elite en niet-elite) en overheid worden gedragen. Dat betekent support voor de uitvoerders van de Kwaliteitswet zorginstellingen en dat veronderstelt de bereidheid om het gedachtegoed van die wet in het kwaliteitsbeleid van de individuele instelling, het beleid van zorgverzekeraar, de consumenten en patiëntenorganisatie, maar ook bij de overheid te implementeren.

De kanttekening die ik in vorig hoofdstuk maakte, is dat de conclusies en aanbevelingen in het Evaluatierapport ZonMw weliswaar door de vertegenwoordigers van de vier groeperingen worden geaccepteerd, maar dat deze toch ook weer niet zo inspirerend waren, dat hiervan een duidelijk merkbare kwaliteitsbevorderende werking uitgaat. Op geïnterviewden maakten de conclusies en aanbevelingen tenmiste geen grote indruk. Als dat grosso modo geldt voor iedereen in de zorgsector, zal het effect van het Evaluatierapport ZonMw niet groot zijn. Dat relativiseert de betekenis die gehecht moet worden aan consensus over de conclusies en aanbevelingen in het Evaluatierapport ZonMw.

Opgemerkt zij bovendien dat in mijn onderzoek de geïnterviewden hoofdzakelijk reageerden op de conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport ZonMw en niet een eigen oordeel gaven over algemene vraagstukken in de zorg of een zelfstandig reactie gaven op bijvoorbeeld de vragen van het Verwey-Jonker Instituut of de itemlijst van de regionale bijeenkomsten of de onderwerpen die op de expertmeeting aan de orde kwamen. Dat had wellicht een nog breder arsenaal aan meningen opgeleverd, die meer dan nu het geval was, zouden afwijken van de conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport ZonMw; meer uitgesproken meningen en minder consensus met de conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport ZonMw.

Koppeling van mijn onderzoek met de beleidstheorieën

De manier waarop de evaluatie van ZonMw is opgezet, en uitgewerkt, gekoppeld aan het resultaat i.c. conclusies en aanbevelingen, die deels voorspelbaar waren en in ieder geval weinig discussie oproepen en geen politieke alarmbellen deden rinkelen, bevestigt mijn hypothese dat de deelnemers aan de evaluatiecommissies en de experts die geconsulteerd zijn, afkomstig zijn uit een kleine poule van deskundigen uit het zorgcircuit, de zorgelite. Een zorgelite, waarvan de leden het over veel zaken in de zorg volstrekt met elkaar eens zijn. De namen en de functies van de deelnemers bevestigen dat.

De hechte samenwerking tussen alle partijen uit het zorgveld en de overheid tijdens de eerste kwaliteitsconferenties in Leidschendam, is een uiting van het consensusmodel of poldermodel in Nederland.

In dit verband zie ik overeenkomsten met de beleidstheorie van Sabatier, de advocacy coalition framework (ACF)⁸², waarbij een bepaald beleid ontstaat door een samenspel van bepaalde belangengroepen, die elkaar op een bepaald beleidsterrein ontmoeten.

⁸² Thomas A. Birkland, An introduction tot the policy process, blz 185.

Zogenaemde beleidsmakelaar vormen via hun netwerken coalities van personen, die – afhankelijk van het politieke probleem dat zich voordoet – voor een bepaalde beleidsklus worden ingezet. In onderhavige kwestie is dat bepaalde beleidsterrein: ‘kwaliteit van zorg’.

Deze theorie gaat enerzijds uit van belangengroepen en anderzijds van mensen met een bepaalde expertise, die deel uitmaken van belangengroepen. De zorgelite beschouw ik als zo’n belangengroep, die in wisselende samenstelling beleidsactiviteiten onderneemt en daarbij gewaardeerd gesprekspartner is van de overheid. Zowel in de voorfase van de Kwaliteitswet zorginstellingen (Leidschendamconferenties en nota Kwaliteit van Zorg), als bij de wet zelf en nu bij de evaluatie van die wet, is steeds de zorgelite betrokken. Je komt of dezelfde namen tegen, of dezelfde organisaties. Een voorbeeld: de KNMG. Deze organisatie van artsen was de initiatiefnemer van de eerste Leidschendamconferenties⁸³. De KNMG was nauw betrokken bij de nota Kwaliteit van Zorg en het opstellen van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

De KNMG beoordeelde diverse concepten van de nota en de wet; veel opmerkingen die van KNMG-zijde werden gemaakt, zijn verwerkt in nota en wet. Ook bij de evaluatie van de wet zie ik namen van personen die gelieerd zijn of waren aan de KNMG, zoals mevrouw prof. Kastelein en prof. Legemaate.

Juist die nauwe banden tussen de ‘leden’ van de zorgelite en overheid, stimuleert consensus bij de besluitvorming.

Men heeft elkaar nodig, extreme standpunten zullen leden van de elitegroep niet innemen. Niet te zeer afwijken van de gevolgde koers ligt in de rede. De (informele) sanctie is immers: uitsluiting uit het (zorg)elitecircuit, waardoor de informatiestroom staakt, advisering van de overheid niet langer mogelijk is en beïnvloeding van het zorgbeleid wordt beëindigd. De elite heeft er belang bij om tot de elite te blijven horen.

Vorenstaande verklaart m.i. dat ook bij de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen het consensusbeginsel van toepassing is bij de besluitvorming, zo ook over de tekst van conclusies en aanbevelingen van het Evaluatierapport. Een ieder van de zorgelite moest zich hierin kunnen vinden. Op zich is dat niet slecht; consensus over besluiten, komt de legitimiteit van besluiten ten goede, waardoor die besluiten eerder worden uitgevoerd dan wanneer hierover geen consensus bestaat. Wel zal het betekenen, dat in de besluiten geen extremen voorkomen. De bandbreedte aan geaccepteerde ideeën is smal; afwijkende meningen komen niet op tafel of worden van tafel geveegd. Vernieuwende ideeën maken minder kans.

Naast het consensusbeginsel, dat reeds een vervlakkende invloed heeft op de inhoud van besluiten, krijgt die vervlakkening een extra impuls als besluiten in vergaderverband worden genomen.

In vergaderingen heerst een soort ‘sociale controle’ waardoor veel mensen zich voorzichtiger zullen uiten dan wanneer een gesprek van persoon tot persoon plaatsvindt. Oorspronkelijke, misschien wel vreemde ideeën, zal men dan ook niet zo gemakkelijk in een vergadering brengen.

Als ik naar de gevolgde procedure kijk zoals die bij de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen plaatsvond, is zowel sprake van het benutten van de kennis en kennisnetwerk van de zorgelite als van een keuze om besluiten te nemen in vergaderverband.

⁸³ Detail: de overheid (ministerie van VWS) financierde de conferenties in 1989, 1990 (2x) en 2000.

Het effect is consensus over de besluiten (pluspunt), maar ook: weinig verrassende of vernieuwing in die besluitvorming (minpunt). Hooguit een kleine beleidswijziging. Dit is volgens de beleidstheorie van Lindblom⁸⁴ *'The science of muddling through'*, waarbij beleidsveranderingen stapje-voor-stapje plaatsvinden en door die geleidelijke beleidsaanpassingen op weinig maatschappelijke of politieke weerstand stuiten.

Daarnaast geldt: in hoeverre kunnen de leden van de elitegroep als neutraal of onafhankelijk worden beschouwd? Juist door hun expertise of lidmaatschap van bijvoorbeeld een brancheorganisatie zijn ze betrokken bij adviezen, overleg met de overheid, andere zorgpartijen, etc. En die expertise is vaak gekoppeld aan een binding met een brancheorganisatie of een wetenschappelijk instituut die ook overheidsopdrachten uitvoert, of dat wil doen. Van een zekere belangenverstrengeling is sprake. Zoals eerder aangegeven, hoeft dat niet direct een bezwaar te zijn, mits duidelijk is dat dit de legitimiteit van adviezen of besluiten niet aantast.

De noodzaak van legitimiteit van besluiten gaf ik eerder aan. Ik herhaal dat zonder legitimering besluiten niet worden uitgevoerd. Naar die legitimering mis ik nader onderzoek door ZonMw. En dat was een belangrijke reden voor mij om via interviews empirisch onderzoek te doen bij individuele beroepsbeoefenaren, directeurs van zorginstellingen, ambtenaren van VWS en een zorgverzekeraar, waarbij ik vroeg in hoeverre zij zich kunnen vinden in de conclusies en aanbevelingen in het Evaluatierapport ZonMw.

In de conclusies en aanbevelingen in het Evaluatierapport ZonMw neemt 'Leidschendam' een prominente plaats in om 'kwaliteit van zorg' een nieuwe impuls te geven. De meeste geïnterviewden zagen weinig heil om een overleg à la Leidschendamconferenties voor te zetten.

Drie personen gebruikten het woord 'polder' of 'poldermodel'. En wel in negatieve zin; als de wet kennelijk goed is en praten niet (meer) helpt, moet de overheid daadkrachtiger optreden om haar doel (c.q. doel van de Kwaliteitswet zorginstellingen) te bereiken.

Toen ik met hen over de Leidschendamconferenties in het verleden (1989, 1990 en 2000) sprak waren ze lovend over de resultaten van met name de eerste twee conferenties; de partijen uit het zorgveld: zorgaanbieders, zorgverzekeraars en organisaties van consumenten en patiënten spraken eigenlijk voor het eerst zo indringend met elkaar over 'kwaliteit van zorg'.

Op deze conferenties maakten partijen afspraken met elkaar en met de overheid over de wijze waarop in Nederland een kwaliteitsbeleid tot stand kan worden gebracht. Die afspraken waren niet vrijblijvend. Iedereen in het zorgcircuit was enthousiast.

In het kader van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen, vroeg ik in de aanloop tot mijn interviewrondes aan de voormalig projectleider⁸⁵ 'Kwaliteit van Zorg' wat er zou zijn gebeurd als anno 2004 een Kwaliteitswet zorginstelling op stapel stond.

Hij achtte het momenteel aanzienlijk moeilijker om een wet Kamerrijp te krijgen dan 15 jaar geleden. Toen was de tijd rijp voor een nota Kwaliteit van Zorg en een Kwaliteitswet zorginstellingen. Momenteel wekt het woord 'kwaliteit' zelfs een lichte wrevet op en is het veelal vervangen door 'management' of 'management tool'.

⁸⁴ Thomas A. Birkland, An introduction tot the policy process, blz 212

⁸⁵ en in die hoedanigheid de eerst verantwoordelijke voor de nota Kwaliteit van Zorg, inclusief de contouren van een kwaliteitswet

Vorenstaande wijst op de beleidstheorie van Kingdon⁸⁶; het stromenmodel, waarbij de probleemstroom, de beleidsstroom en de politieke stroom elkaar ontmoeten in de zogenoemde ‘*window of opportunity*’. Achteraf gezien was in de jaren ‘90 de tijd rijp om - met grote steun van politiek en zorgveld - de Kwaliteitswet zorginstellingen in korte tijd door de Kamers te leiden. En hoewel de ambtelijke invloed – ook achteraf gezien – minder groot was dan ik hoopte, zijn het wel drie ambtenaren geweest, die de window of opportunity openden. In hoofdstuk 1 beschreef ik deze theorie.

Momenteel lopen de stromen niet langer parallel. Dat blijkt ook uit het Evaluatierapport ZonMw en wat erna gebeurde. Eigenlijk heel weinig. Commentaar van de Minister op het rapport en een brief waarin de Staatssecretaris het zorgveld uitdaagt om in 2004 een grote ‘kwaliteitssprong’ voorwaarts te maken. Woorden en voor de rest stilte. Geen sancties als de zorgsector de handschoen van de Staatssecretaris niet opneemt. Althans geen andere sancties dan nu, waarbij de Inspectie voor de Gezondheidszorg moet optreden: de inspectie als boeman.

Mede door de conclusie van ZonMw, dat de Kwaliteitswet zorginstellingen geen wijziging behoeft, zijn er geen politieke redenen om de resultaten van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen als input te zien voor een nieuw of herzien traject, volgens de theorie als beschreven in het begin van deze scriptie: de theorie van Bachrach en Baratz, ofwel het procesmodel van Bachrach en Baratz, of het barrièremodel. Noch om na de checkfase volgens de theorie van Deming een nieuwe actfase in te gaan en bijvoorbeeld te onderzoeken op welke wijze op korte termijn alsnog kwaliteitssystemen bij zorginstellingen gerealiseerd kunnen worden. Toch is het m.i. gewenst om na de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen een nieuw traject in te gaan. Of, met mijn conclusies en aanbevelingen in het volgende hoofdstuk, een aanzet te geven tot de volgende fase van die Demingcyclus, de tweede actfase.

Hoe nu verder?

6.3. Evaluatie van het effect van de conclusies en aanbevelingen in het Evaluatierapport ZonMw

De belangrijkste bevindingen uit het Evaluatierapport ZonMw zijn: de samenwerking van de spelers in het zorgveld is te vrijblijvend; partijen richten zich te veel op procedures, en de taken en verantwoordelijkheden van een aantal actoren komen onvoldoende uit de verf.

ZonMw geeft als oplossingsrichting aan:

“Om in deze situatie verandering te brengen behoeft de inhoud of de systematiek van de KZI niet te worden gewijzigd. Wel zijn andere maatregelen nodig om de doelstellingen van deze wet, en die van het kwaliteitsbeleid in het algemeen, te realiseren. De nadruk komt daarbij te liggen op het bevorderen van de implementatie van het gedachtegoed van de wet. ...”

Met de conclusie van ZonMw, dat de Kwaliteitswet zorginstellingen geen wijziging behoeft qua inhoud of systematiek, ben ik het eens; de Kwaliteitswet zorginstellingen heeft voldoende formele mogelijkheden om instellingen te bewegen zich aan de wet te houden.

⁸⁶ Thomas A. Birkland, An introduction tot the policy process, blz 225

Echter, om tactische redenen is de formulering door ZonMw m.i. ongelukkig. Immers, de signaalwerking die hiervan uitgaat is dat nu het niet nodig is om een wet te wijzigen, de politiek verantwoordelijken en het ambtelijk apparaat hierin een bevestiging ziet, dat zij hun werk goed hebben gedaan. Het effect daarvan is weer dat die wet (en het daarin voorgestane kwaliteitsbeleid) van de politieke agenda verdwijnt. De politiek en ambtelijke top hebben tijd voor andere prioriteiten. Datzelfde geldt waarschijnlijk ook voor de beleidsambtenaar die zich wellicht zorgen maakte over kritische noten in het Evaluatierapport, waaruit kon blijken dat hij zijn werk niet goed had gedaan.

De praktijk leert bovendien dat de politieke en ambtelijke top vooral naar de hoofdconclusies van een (evaluatie)rapport kijken. Aan de 17 conclusies en aanbevelingen zullen zij – hoe nuttig die ook zijn – weinig aandacht hebben besteed.

Die minder grote interesse van de politieke en ambtelijke top voor de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen, blijkt m.i. uit het negeren van de conclusie uit het Evaluatierapport, waarbij de Inspectie een steuntje in de rug krijgt, gezien de aanbeveling: *“het beleid van de Inspectie behoort te worden gericht op de bepleite mate van toezicht. De Inspectie moet qua mensen, en middelen in staat worden gesteld dit toezicht uit te oefenen.”*

Er komen bij de inspectie niet – zoals de Commissie Abeln eerder bepleitte – een aanzienlijk aantal inspecteurs bij. Het effect is dat bij de inspectie geen personeelsreductie plaatsvindt (zoals bij de rest van de rijksoverheid gebeurt), mits de productiviteit van de inspectie met 30% toeneemt!⁸⁷

Vorenstaande vindt bevestiging in het onderzoek van Olsthoorn; slechts enkele beleidsambtenaren besteedden aandacht aan het Evaluatierapport ZonMw en zij zagen hierin vooral een sluitstuk; evaluatie als sluitstuk of laatste fase van een beleidsproces.

Mijn indruk is dat de bepaling in de Kwaliteitswet zorginstellingen om die wet binnen vijf jaar te evalueren slechts de functie had – zoals Ringeling dit beschreef – om Kamerleden over de streep te krijgen en akkoord te gaan met de wet in wording.

De evaluatie zelf kreeg mede door het hiervoor aangehaalde citaat, vooral een symboolfunctie; de Minister en Staatssecretaris tonen de Kamer dat ze zich aan oude afspraken houden. En eigenlijk een preek hielden (kijk eens hoe goed ik het deed) voor eigen parochie. Met de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen is een politiek en ambtelijk hoofdstuk afgesloten. Van ambtelijke zijde is niet direct actie te verwachten; hooguit van de Inspectie voor de Gezondheidszorg om eerder dan voorheen tot handhaving van de wet over te gaan en daarbij eerder als ‘politieagent’ op te treden dan als ‘adviseur’.

Het is vooral het zorgveld zelf dat naar aanleiding van de conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport tot actie dient over te gaan. Omdat de aanbevelingen (te) vrijblijvend zijn, geldt: wie de schoen past, trekke hem aan. Er is geen systematisch aanpak om het zorgveld te bewegen alsnog een geïntegreerd kwaliteitssysteem te ontwikkelen en in te voeren.

Over de noodzaak om als zorginstelling over een kwaliteitssysteem te beschikken zijn partijen in het zorgveld en de overheid het eens. Zoals ik in vorig hoofdstuk aangaf, worden de meeste fouten en bijna fouten in de gezondheidszorg veroorzaakt door onvolkomenheden in de organisatie en het organisatieproces van zorginstellingen.

⁸⁷ Niet duidelijk is hoe die productiviteit is bepaald en waarom er geen nulmeting plaatsvond.

Met name waar onduidelijkheid bestaat over taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van personen of organisatieonderdelen of afdelingen. Juist in kwaliteitssystemen vindt hiervan vastlegging plaats in (kwaliteits)handboeken, protocollen of schriftelijke instructies.

De lauwe politieke en ambtelijke (re)actie naar aanleiding van het verschijnen van het Evaluatierapport ZonMw, betekent m.i. dat het kwaliteitsbeleid in een langzaam tempo voortgang boekt en dat het jaren duurt voordat de meeste zorginstellingen over een werkend kwaliteitssysteem beschikken. En juist het beschikken over en implementeren van zo'n systeem in het beleid van een zorginstelling, is een harde eis uit de Kwaliteitswet zorginstellingen. In de praktijk zal het dus vele jaren duren voordat alle instellingen zich aan de wet kunnen houden.

Om in dit soort situatie vooruitgang te boeken, adviseerde Donald Berwick van de Harvard School of Public Health, in de jaren negentig op een bijeenkomst van de Nederlandse zorgelite en medewerkers van de toenmalige Geneeskundige Inspectie, om 'druk op de ketel' te brengen en die druk net zo lang te laten voortbestaan, totdat zorginstellingen aan de wettelijke eisen voldoen, die de Kwaliteitswet zorginstellingen hen oplegt. Zonder (overheids)druk, komt volgens Berwick in Nederland een kwaliteitsbeleid anders niet, niet goed, of niet snel van de grond. De Kwaliteitswet zorginstellingen biedt de overheid de mogelijkheid om door middel van een juridisch beleidsinstrument (aanwijzing en bevel,) die benodigde druk uit te oefenen.

6.4. Beantwoording onderzoeksvragen uit mijn algemene inleiding en hoofdstuk 2

Samenvatting onderzoek en onderzoeksresultaten

Aan het begin van deze scriptie stelde ik een aantal vragen. Bij de uitwerking van mijn scriptie hield ik die vragen in het achterhoofd en hier beantwoord ik deze vragen. Veel onderdelen van die antwoorden zijn terug te vinden in voorgaande hoofdstukken. In dat verband zijn de antwoorden – samen met mijn leeswijzer als onderdeel van 'overzicht eindscriptie' - te beschouwen als een samenvatting van mijn onderzoek en onderzoeksresultaten.

De vragen:

Zijn bij de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen wetenschappelijk verantwoorde methodieken gebruikt?

En, wat is de 'outcome' van de evaluatie, ofwel het effect van de evaluatie op de maatschappij of het functioneren van de maatschappij?

Vorenstaande vragen zijn onder te verdelen in subvragen, die ik hierna beantwoord:

1. Is voor de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen een goede procedure gevolgd en zo ja, is die procedure goed uitgevoerd. Als hiervan geen sprake is, wat is daaraan te doen?
2. Wat is het effect van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen?
3. Bestaat in het zorgveld en bij de overheid voldoende draagvlak voor de conclusies en aanbevelingen uit het rapport Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen?
4. Hoe nu verder?

Vraag 1. Is voor de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen een goede procedure gevolgd en zo ja, is die procedure goed uitgevoerd. Als hiervan geen sprake is, wat is daaraan te doen?

Beantwoording

Eerst: is bij de evaluatie van de Kwaliteitswet een goede procedure gevolg? Deze vraag is niet eenvoudig te beantwoorden. Dat hangt onder meer af vanuit welke positie deze vraag wordt gesteld of wie een oordeel daarover geeft.

Olsthoorn (hoofdstuk 2) stelde vast dat onderzoekers de kwaliteit van hun eigen onderzoek hoger kwalificeerden dan de ambtenaren die de opdracht tot dat onderzoek gaven. Bij de beantwoording kan een globale tweedeling van toepassing zijn.

Ten eerste de wetenschappelijke kant van het onderzoek - waaronder methodologische vereisten - als onderdeel van de procedure. Uit dit onderzoek van Olsthoorn distilleerde ik een checklist met 19 aandachtspunten. Met deze 'meetlat' voor goed onderzoek, stel ik met Olsthoorn vast dat bij de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen geen betrouwbaarheidsmeting werd verricht; een nulmeting - alvorens de wet inwerking trad - uitbleef; geen multidisciplinair onderzoek plaatsvond en de overheid als opdrachtgever wel een duidelijker vraagstelling had mogen geven (zie details: 3.5, Toetsing Evaluatierapport ZonMw aan aandachtspunten Olsthoorn).

Bij die wetenschappelijk kant van het onderzoek zijn – onder verwijzing naar hoofdstuk 1 – verschillende perspectieven te onderscheiden.

Uitgaande van het belangrijkste beoogde doel van de Kwaliteitswet zorginstellingen: binnen vijf jaar na datum inwerkingtreding beschikken alle zorginstellingen over een integraal kwaliteitssysteem, is in 2001 te constateren dat slechts een klein deel (5%) van de zorginstellingen over zo'n systeem beschikt. Volgens het rationalistisch perspectief is de wet een mislukking.

Van een mislukking is in veel mindere mate sprake als het resultaat vanuit het sociaalconstructivistisch perspectief wordt bekeken; veel is bereikt en mensen zijn zich meer van 'kwaliteit van zorg' bewust dan voorheen. Op allerlei fronten vindt overleg plaats over verbetering van de kwaliteit van zorg. Binnen instellingen is veel meer aandacht voor patiëntenzorg dan enkele jaren geleden en instellingen proberen – weliswaar onder een zekere druk van de overheid – aan derden aan te tonen waar ze mee bezig zijn; via het kwaliteitsjaarverslag en (ziekenhuizen vanaf 1 juni 2004) via het publiceren op internet van hun medische prestaties (via de resultaten van 31 prestatie-indicatoren).

Tot de wetenschappelijk kant behoort eveneens de selectie van actoren die bij het evaluatieproces zijn betrokken. Dit aspect komt in vraag 3 aan de orde.

Naast de wetenschappelijke kant van het onderzoek is een tweede, subjectieve, kant. Daarbij is het van belang welke rol de beoordelaar heeft en welke rol of functie deze aan evaluatie toebedeelt.

Zelf acht ik evaluatie als methode of middel om kwaliteit (van zorg) te verbeteren als belangrijkste reden om tot evaluatie van beleid of wetgeving over te gaan. Evaluatie ex post als indirect middel om de zorg te verbeteren. Als evaluatie-onderzoek uitwijst dat het resultaat van beleid of wet anders uitpakt dan werd beoogd, en analyse hiervoor de reden(en) verklaart, pas dan is het mogelijk een verbetertraject in te gaan. Om vervolgens daadwerkelijke verbeteracties uit te voeren moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan. De belangrijkste is de politieke bereidheid tot veranderen i.c. verbeteren.

In het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen, was de vermelding in de wet om binnen vijf jaar een evaluatie te laten plaatsvinden vooral een formaliteit, evalueren, omdat het moet (van de Tweede Kamer). Ook: evaluatie als symbool, symbool van goede wil, als bewindspersoon tonen dat het met de wet menens is en je zeker van je zaak bent en gemakkelijk de toezegging kunt doen om de wet te laten evalueren.

Conclusie

Het gemiddelde rapportcijfer voor de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen was: 6,7. Dat lijkt me een redelijk cijfer. Niet echt slecht, maar evenmin heel goed. Dat cijfer was m.i. hoger geweest als ZonMw evaluatie als leermiddel had benut en de aanbeveling had gedaan om de wet na drie tot vijf jaar, nogmaals te evalueren; een tweede evaluatie als middel (herkansing) om 'kwaliteit van zorg' opnieuw onder de politieke aandacht te brengen, als bindmiddel te benutten om het zorgveld met elkaar te laten samenwerken om kwaliteitssystemen te ontwikkelen, ook: evaluatie als leerproces en evaluatie als reminder voor het zorgveld om opnieuw aandacht te besteden aan 'kwaliteit van zorg'.

Vraag 2. Wat is het effect van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen?

Beantwoording

Na het Evaluatierapport van ZonMw werd het stil rond de Kwaliteitswet zorginstellingen. Te stil. De 17 concrete aanbevelingen die ZonMw deed, zijn te beschouwen als een input voor het zorgveld en van de overheid om het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen te verbeteren. Zoals ik in hoofdstuk 4 aangaf, was het effect van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen niet zo groot.

Na de feitelijke (interne⁸⁸) evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen constateert de Inspectie voor de Gezondheidszorg een jaar later dat nog steeds weinig instellingen beschikken over een werkend kwaliteitssysteem. De uitvoering van de Kwaliteitswet zorginstellingen is kennelijk nog steeds geen groot succes

Toch zijn initiatieven genomen om de 'kwaliteit van zorg' te verbeteren; initiatieven, die rechtstreeks het gevolg zijn van de aanbevelingen in het Evaluatierapport ZonMw. Bijvoorbeeld het initiatief van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, die in samenwerking met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Orde van Medisch Specialisten en de Vereniging Academische Ziekenhuizen een lijst met 31 zogeheten prestatie-indicatoren samenstelde, waardoor de medische prestaties van ziekenhuizen onderling vergelijkbaar zijn. Sinds 1 juni 2004 moeten de indicatiegegevens op internet staan⁸⁹.

Jaarlijks vult een ziekenhuis de lijst met prestatie-indicatoren in. In de (korte) praktijk blijkt het moeilijk om de gegevens te vinden op de websites van de ziekenhuizen⁹⁰. Daarnaast zeggen cijfers niet alles; het aantal sterfgevallen zal bijvoorbeeld in een academisch ziekenhuis groter kunnen zijn dan in een ziekenhuis in de periferie, omdat in een academisch ziekenhuis ernstig zieke patiënten worden opgenomen, die niet langer in een perifeer ziekenhuis kunnen verblijven of die van daaruit in een academisch ziekenhuis terechtkomen, of het academisch ziekenhuis als plek waar de ingewikkeldste, risicovolste operaties plaatsvinden. Indicatoren zijn belangrijk, als signaal, dat er iets 'niet pluis' is⁹¹. Belangrijker is evenwel om te weten *wat* er niet pluis is.

⁸⁸ ZonMw werkt voornamelijk voor het ministerie van VWS en krijgt vooral subsidie van dit ministerie. Mede gezien de actoren die bij de evaluatie waren betrokken, zie ik de evaluatie ex post als een interne evaluatie; het had ook volledig door ambtenaren van VWS kunnen worden uitgevoerd.

⁸⁹ Zie ook H www.Prestatie-indicatoren.nl

⁹⁰ De Volkskrant van 10 juli 2004 vermeldt dat per 1 juli 2004 een 87-tal ziekenhuizen aan hun verplichting voldeed; 15 om uitstel vroegen en één ziekenhuis de gegevens zo snel mogelijk levert.

⁹¹ Een indicator werkt als het oliewaarschuwinglampje in een auto; het geeft aan dat er wat aan de hand is. Wat dat precies is, moet verder worden onderzocht (olielekkage, te weinig olie, storing elektrisch systeem, etc.).

Daarvoor is interpretatie van indicatiegegevens nodig, hetgeen ‘meetbaar’ is aan de hand van kwaliteitsnormen. Een echte kwaliteitsvergelijking tussen instellingen is pas mogelijk als er kwaliteitsnormen zijn ontwikkeld en geïmplementeerd, die – per instelling – deel uitmaken van een integraal kwaliteitssysteem.

Conclusie

Het effect van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen, i.c. het effect van het uitbrengen van het Evaluatierapport ZonMw was niet groot als gekeken wordt naar de toename van het aantal zorginstellingen dat nadien over een integraal kwaliteitssysteem beschikt. Het effect is iets beter als naar de bevordering van het kwaliteitsbewustzijn in het zorgveld wordt gekeken; acties als het opzetten van een systeem met prestatie-indicatoren, hebben een kwaliteitsverhogend effect, zowel bij de medewerkers in het zorgveld die deze indicatoren opstellen, als de zorginstellingen die ermee werken en anderen – in zorgveld, bij universiteiten, in onderzoeksinstituten en bij overheid – die de indicatiegegevens analyseren en interpreteren of op basis ervan kwaliteitsnormen ontwikkelen.

Vraag 3. Bestaat in het zorgveld en bij de overheid voldoende draagvlak voor de conclusies en aanbevelingen uit het rapport Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen?

Beantwoording

Bij het evaluatie-onderzoek van ZonMw was vooral de zorgelite⁹² betrokken, hetgeen de indruk kan wekken, dat het onderzoek niet neutraal of onafhankelijk gebeurde; dat de conclusies en de aanbevelingen uit het Evaluatierapport vooral de visie van die zorgelite verwoordt, waardoor hiervoor onvoldoende draagvlak bestaat bij de niet tot de elite behorende actoren in het zorgveld en bij de overheid.

Daarnaast vond besluitvorming over conclusies en aanbevelingen in vergaderverband plaats, en was consensus over die besluitvorming zeer gewenst, hetgeen een vervlakkende invloed had op de inhoud van besluiten, waardoor de conclusies en aanbevelingen in het Evaluatierapport weinig spraakmakend zijn.

Vorenstaande was een belangrijke reden om bij het empirisch onderzoek nadrukkelijk aandacht te besteden aan de legitimiteit van de besluitvorming. Ik hield een empirisch onderzoek bij een viertal groepen. Mijn empirisch onderzoek op basis van interviews met individuele beroepsbeoefenaren (medisch specialisten), directeuren van zorginstellingen, een zorgverzekeraar en ambtenaren, concentreerde zich op de conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport van ZonMw.

Hierna volgt een samenvatting van die reacties:

- In hun reacties gaven de geïnterviewden een breder spectrum aan ideeën, visies en meningen, dan besloten ligt in de conclusies en aanbevelingen van het Evaluatierapport.
- Ze zagen weinig heil in voortzetting van kwaliteitsconferenties à la Leidschendam. Wel in een hardere aanpak van instellingen die zich niet aan de Kwaliteitswet zorginstellingen houden. Naast het juridisch en economisch instrument, vragen ze aandacht voor het communicatieve instrument; de mogelijkheid om namen van weigerachtige instellingen te publiceren kan preventief werken, of het effect van het juridisch en economisch instrument (straf en boete) versterken.

⁹² Hier zie ik een parallel met het onderzoek van de Commissie Blok; hij kreeg kritiek op de gematigde aanbevelingen in het kader van het Nederlandse integratiebeleid van vreemdelingen.

- Zij vragen om meer druk te leggen op brancheorganisatie bij de ontwikkeling van kwaliteitsbeleid en daarbij een grote(re) rol toe te bedelen aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg als toezichthouder.
- De inspectie heeft niet zozeer behoefte aan meer handhavingsmogelijkheden in de wet. Wel een alert en moedig reagerende Minister als het geven van een aanwijzing in het geding is en dit de enige manier is om een instelling te bewegen zich aan de wet te houden dan wel te dwingen de ondermaatse zorgverlening te beëindigen. Beter ware het om deze bevoegdheden te delegeren of mandateren aan de inspectie.
- Blamefree meldingen kunnen doen bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg, waardoor meer meldingen de inspectie bereiken en de mogelijkheid wordt vergroot om van (bijna) fouten te leren.
- De feitenkennis over de Kwaliteitswet zorginstellingen was bij de medisch specialisten het minst ontwikkeld en bij de ambtenaren en zorgverzekeraar het best. Het kwaliteitsbewustzijn was bij allen goed ontwikkeld. Scholing op het gebied van ‘kwaliteit van zorg’, waaronder gezondheidswetgeving, is gewenst.

Conclusie

Ondanks de kritische geluiden over de conclusies en aanbevelingen in het Evaluatierapport ZonMw, waarvan de nagalm doorklinkt in mijn conclusies en aanbevelingen die ik in hoofdstuk 7 geef, hebben geen van de geïnterviewden zodanige bezwaren tegen die conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport, dat ze dit rapport geheel afwijzen. Ze onthouden er hun instemming aan. Hiermee kan ik stellen dat – hoewel enigszins tegen mijn verwachting in – de conclusies en aanbevelingen in het Evaluatierapport ZonMw over voldoende draagvlak beschikt onder de geïnterviewden en – denk ik – onder de niet-elite uit het zorgveld en bij de overheid.

Vraag 4. Hoe nu verder?

Beantwoording

Met evaluatie als leer-, verbeter- of kwaliteitsproces voor ogen, kom ik in hoofdstuk 7 met mijn conclusies en aanbevelingen.

Die zijn enerzijds gebaseerd op de evaluatie en het evaluatieproces van de Kwaliteitswet zorginstellingen en anderzijds op de reacties van geïnterviewden op de conclusies en aanbevelingen in het Evaluatierapport ZonMw. Hoewel dat rapport op voldoende steun van geïnterviewden kan rekenen, wijst mijn empirisch onderzoek uit, dat er verbeteringen mogelijk zijn.

6.5. Empirisch onderzoek en de terugkoppeling naar het theoretisch kader

Het theoretisch kader, zoals besproken in hoofdstuk 1, voldoet in de praktijk die ik onderzocht in het kader van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Echter, beleid is voortdurend in beweging. Hetzelfde geldt voor politiek; omstandigheden veranderen en dit beïnvloedt politiek, beleid en de meningsvorming van de deelnemers aan de Nederlandse samenleving, en omgekeerd. Op hoog abstractieniveau, kloppen de beleidstheorieën; de zorgelite is te beschouwen als een advocacy coalition framework (Sabatier), die hun gezamenlijke belangen bij de overheid behartigen. Ze proberen invloed bij die overheid uit te oefenen, door als uitvoerders van zorg mee te werken (overheids)beleid te ontwikkelen en hun stempel daarop te drukken. De overheid maakt dankbaar gebruik van de expertise in het zorgveld en honoreert ideeën van dat zorgveld.

De symbiose wordt bewaakt en gekoesterd door het zorgveld en overheid. Mede hierdoor vinden veranderingen meestal in kleine stapjes plaats (the science of muddling through van Lindblom) en als veldpartijen en overheid het volstrekt met elkaar eens zijn, vindt een enkele keer een wat ingrijpender beleidsverandering plaats, zoals bij de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid voor zorginstellingen in de jaren negentig van de vorige eeuw (het stromenmodel van Kingdon) en het op basis daarvan totstandkomen van een Kwaliteitswet zorginstellingen.

Als op een lager abstractieniveau naar de wetenschappelijke perspectieven wordt gekeken, is discussie mogelijk over het effect van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen. En juist de theorie geeft verduidelijking; afhankelijk vanuit welk gezichtspunt naar die evaluatie wordt gekeken, verklaart, voorspelt, beschrijft of beoordeelt het perspectief het beleidsdoel. De theorie brengt orde in de chaos. Men moet zich bewust zijn van de verschillende beleidswetenschappelijke perspectieven. Als een overheid – op grond van het rationalistisch perspectief – het zorgveld ernstige nalatigheid verwijt en zich beklaagt over het feit dat slechts vijf tot tien procent van de zorginstellingen over een integraal kwaliteitssysteem beschikt, en niet de 100 procent die de overheid ruim zes jaar na de inwerkingtreding van de Kwaliteitswet zorginstellingen verwachtte, is dat ernstig schrikken voor het zorgveld, tenzij ze kennis hebben van de beleidsperspectieven en het standpunt van de overheid kunnen relativiseren. Relativering op basis van andere perspectieven, bijvoorbeeld het netwerk perspectief of het sociaal-constructivistisch perspectief; het zorgveld kan zeggen dat partijen in het zorgveld goed met elkaar samenwerken op landelijk, regionaal en plaatselijk niveau. Of dat het kwaliteitsbewustzijn bij al hun medewerkers enorm is toegenomen door bijscholingscursussen en interne discussies binnen de instelling; dat meer dan de helft van het personeel een actieve rol heeft bij het interne kwaliteitsbeleid van een instelling, etc.

Het zorgveld kan zelfs de bal terugkaatsen, door de overheid te verwijten dat deze geen adequaat toezicht uitoefent op de juiste naleving van de wet. En dat zolang de overheid kennelijk andere prioriteiten heeft, het zorgveld die ook mag hebben.

Op het niveau van een concrete evaluatie, is de beoordeling van een evaluatie afhankelijk van veel (f)actoren. Een overheid beziet de evaluatie vanuit een ander perspectief dan een zorgaanbieder, die primair verantwoordelijk is voor het daadwerkelijk leveren van verantwoorde zorg. Een zorgverzekeraar kijkt weer anders naar de evaluatie, evenals een zieke of een consument of een medewerker van een zorginstelling. Het is in dit verband goed te weten welke functies evaluatie van beleid heeft, welke verschillende vormen van evaluatie bestaan, welke positie evaluatie heeft bij beleidsanalyse of in een beleidsproces.

Meer kennis kan leiden tot meer inzicht ten aanzien van evaluatie van beleid of wetgeving, waaronder dat van het kwaliteitsbeleid en de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Naast de theorieën dient een onderzoeker zich te houden aan methodologische eisen. Zoals ik eerder constateerde, bevat het rapport van Olsthoorn een checklist van 19 aandachtspunten, die vooral bestaan uit methodologische eisen, waaraan goed onderzoek moet voldoen.

En omdat het evaluatie-onderzoek van ZonMw voorbij gaat aan een groot aantal methodologische eisen, constateerde ik dat het onderzoek van ZonMw beperkte wetenschappelijke waarde heeft. De methodologische eisen zijn belangrijk, evenals de hiervoor genoemde en in hoofdstuk 1 genoemde theorie en theoretische modellen.

Conclusie:

het empirisch onderzoek geeft geen aanleiding om theorieën of theoretische modellen zoals ik die in hoofdstuk 1 noemde, te herzien. Wel dient bij evaluatie-onderzoek die theorieën en theoretische modellen in de praktijk beter te worden benut, evenals de kennis die bestaat over beleidsinstrumenten, de functies en effecten van evaluatie, evaluatie als onderdeel van beleidsanalyse of en beleidsproces, de verschillende begrippen, vormen en vormen van organisatie van evaluatie.

Veel van de conclusies in hoofdstuk 7 duiden op een niet of niet geheel voldoen door ZonMw aan methodologische eisen, gelden voor (goed) onderzoek. Veel aanbevelingen zijn bij juist gebruik van methodologische eisen, overbodig.

Hoofdstuk 7. Conclusies en aanbevelingen naar aanleiding van de evaluatie van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen

7.1. Inleiding

In voorgaande hoofdstukken stelde ik vragen, analyseerde rapporten, nota's en brieven, toetste de resultaten van empirisch onderzoek aan theoretische modellen en beantwoordde vragen. In dit slothoofdstuk kom ik met mijn conclusies en aanbevelingen. Die zijn gebaseerd op de opmerkingen die ik eerder maakte over de evaluatie en evaluatieproces van de Kwaliteitswet zorginstellingen en op de kritische kanttekeningen die geïnterviewden plaatsen bij de conclusies en aanbevelingen in het Evaluatierapport ZonMw. Vooral die kanttekeningen zie ik als mogelijkheid om de wet of de uitvoering van de wet te verbeteren: evaluatie als verbeterproces. Immers, die kanttekeningen inspireren tot verbetervoorstellen. En, die verbetervoorstellen komen niet aan het licht als louter wordt gevaren op de koers van de zorgelite. Bij de conclusies en aanbevelingen richt ik me eerst op de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de evaluatie van die evaluatie.

Daarna volgen conclusies en aanbevelingen die weliswaar een relatie hebben met mijn onderzoek, maar die niet per se gekoppeld hoeven te zijn aan de (evaluatie van de) Kwaliteitswet zorginstellingen. Deze conclusies en aanbevelingen hebben een meer algemeen karakter. Maar wel als doel: verbeteren.

Om enig effect te hebben, mogen conclusies en aanbevelingen de lezer best een beetje prikkelen. Mijn conclusies zijn daarom minder genuanceerd en 'korter door de bocht' dan is aangegeven in mijn betogen in voorgaande hoofdstukken. Voor de aanbevelingen geldt hetzelfde.

7.2. Conclusies en aanbevelingen:

Conclusie 1

Bij het evaluatie-onderzoek van ZonMw naar de werking van de Kwaliteitswet zorginstellingen was vooral de zorgelite⁹³ betrokken, hetgeen de indruk kan wekken, dat de conclusies en de aanbevelingen uit het Evaluatierapport vooral de visie van die zorgelite verwoordt. Daardoor kan het draagvlak in het zorgveld voor de inhoud ervan ontbreken, waardoor aanbevelingen niet of niet geheel tot uitvoering komen en het effect van het evaluatie-onderzoek gering is. Volgens het normatieve perspectief is bij gebrek aan legitimiteit in het besluitvormingsproces en de besluitvorming, het beleid gedoemd te mislukken.

Aanbeveling 1

Bij eventueel toekomstig evaluatie-onderzoek naar de effectiviteit en de effecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen, dient in ieder geval – naast onderzoek bij de zorgelite -onderzoek plaats te vinden bij vertegenwoordigers uit het zorgveld en de overheid, die *niet* tot de zorgelite behoren. Het onderzoek wordt minder 'elitair' en er vindt enige toetsing plaats tussen zienswijzen van de zorgelite en zorgverleners en andere zorgpartijen 'in de praktijk'. Hoe meer die zienswijzen tussen elite en praktijk met elkaar in overeenstemming zijn, hoe groter is de kans dat aanbevelingen uit evaluatie-onderzoek daadwerkelijk worden uitgevoerd. Ook het effect van een evaluatie-onderzoek is dan beter in te schatten.

⁹³ Hier zie ik een parallel met het onderzoek van de Commissie Blok; hij kreeg kritiek op de gematigde aanbevelingen in het kader van het Nederlandse integratiebeleid van vreemdelingen.

Als duidelijk is dat ook anderen dan de zorgelite bij de wetsevaluatie zijn betrokken vergroot dat de legitimiteit van het besluitvormingsproces en de besluitvorming zelf.

Conclusie 2

Besluitvorming over conclusies en aanbevelingen vond merendeels in vergaderverband plaats, hetgeen een vervlakkende invloed had op de inhoud van besluiten, met weinig vernieuwende, frisse of extreme ideeën.

Die vervlakkening qua inhoud werd versterkt door de (destijds) heersende consensus cultuur in het zorgveld en doordat de meningen bij de zorgelite of het advocacy coalition framework ('ons kent ons') toch al niet veel van elkaar verschilden, onafhankelijk welke zorgsector de elite vertegenwoordigde. Het netwerkperspectief heeft in dit verband enerzijds een positief effect op consensus over de genomen besluiten en anderzijds beperkt het de variëteit of 'bandbreedte' aan besluiten

Aanbeveling 2

Evaluatie-onderzoek in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen dient in ieder geval mede te zijn gebaseerd op individuele interviews, gehouden bij individuele beroepsbeoefenaren werkzaam in een zorginstelling, bij directeurs/bestuurders van zorginstellingen, bij directies zorgverzekeraars, bij beleidsambtenaren van het ministerie van VWS en inspecteurs voor de Gezondheidszorg, die niet tot de kring van de zorgelite behoren. Met daarnaast onderzoek onder leden van plaatselijke patiëntenplatforms en bij ondernemingsraden van zorginstellingen (al dan niet in samenspraak met vakbonden).

Conclusie 3

Het feit dat de Kwaliteitswet zorginstellingen in 2001 werd geëvalueerd, zette de brancheorganisaties en instellingen onder druk om voor dat jaar alsnog of versneld kwaliteitssystemen te ontwikkelen en in te voeren. Die druk op de ketel blijft volgens de Amerikaanse gezondheidsmanager Berwick nodig zolang de wet niet of niet goed wordt uitgevoerd. De wet wordt nog steeds niet goed genoeg uitgevoerd blijktens onderzoek van o.a. de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Nieuw evaluatie-onderzoek kan voor de benodigde druk zorgen, naast andere effecten van evaluatie, zoals bindmiddel (het zorgveld komt weer bij elkaar) en als reminder ('kwaliteit van zorg' komt weer op de maatschappelijke en politieke agenda).

Hier speelt vooral het institutionele perspectief; de ambtelijke ervaring leert dat soms een beleidsinstrument als stok achter de deur moet worden gehouden om instellingen te bewegen zich aan de wet te houden. Tevens het rationeel perspectief; uit alle gegevens die de afgelopen decennia voor en door de zorgsector en de overheid zijn verzameld en bestudeerd, blijkt dat gezondheidsrisico's het best zijn uit te bannen als alle zorginstellingen over een functionerend kwaliteitssysteem beschikken.

Aanbeveling 3

Binnen een termijn van (bijvoorbeeld) drie jaar⁹⁴, dient de Kwaliteitswet zorginstellingen opnieuw geëvalueerd te worden. Met duidelijke sancties in het vooruitzicht voor instellingen die alsdan nog steeds in gebreke blijven.

⁹⁴ D.w.z.: zes jaar na de eerste evaluatie van de wet. Een vervolgevaluatie past bovendien in het systeem van de Kwaliteitswet zorginstellingen ; het toepassen van de Demingcyclus.

Naast de formele sancties uit de Kwaliteitswet zorginstellingen kan daarbij worden gedacht aan economische sancties; bijvoorbeeld het beëindigen of verminderen van subsidies aan koepel- en belangenorganisaties in de zorg als deze zich onvoldoende inspannen om kwaliteitssystemen te ontwikkelen voor hun achterban. Of de inzet van het communicatieve instrument door de namen van instellingen te publiceren die zich niet aan de Kwaliteitswet zorginstellingen houden, bijvoorbeeld instellingen die niet over een functionerend kwaliteitssysteem beschikken.

Conclusie 4

Het rationeel perspectief eist voldoende en goede informatie. Pas dan kunnen goede besluiten worden genomen.

Bij het evaluatie-onderzoek was vooral sprake van evaluatie ex post en minder van evaluatie ex ante. Hierdoor werden toekomstige ontwikkelingen in de (gezondheids)wetgeving buiten beschouwing gelaten, die van essentieel belang zijn voor ‘kwaliteit van zorg’; zo werd niet gesignaleerd dat als voorzieningen uit het Ziekenfonds of AWBZ-pakket worden gehaald, deze voorzieningen na 2005 niet langer onder de werking van de Kwaliteitswet zorginstellingen vallen en evenmin onder het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De ‘kwaliteit van zorg’ kan voor deze voorzieningen in gevaar komen. Dat dreigt te gebeuren met onderdelen uit het pakket van Thuiszorginstellingen (voorzieningen voor ouderen) die in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, naar de gemeenten overgaan.

Aanbeveling 4

Vooruitlopend op komend evaluatie-onderzoek dient een analyse plaats te vinden van de gevolgen als voorzieningen uit het Ziekenfondspakket en de AWBZ worden gehaald en niet langer in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen onder toezicht staan van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Zo nodig kunnen voorzieningen i.c. categorieën van zorginstellingen bij Algemene Maatregel van Bestuur onder de werking van de wet worden gebracht of gehouden. Besluiten hierover dienen tijdig te worden genomen.

Conclusie 5

Bij het evaluatie-onderzoek van ZonMw kwam met name het juridisch instrument aan bod en het economische en communicatieve instrument in mindere mate. Mede daardoor was m.i. het onderzoeksresultaat beperkt en was bijvoorbeeld ‘voorlichting’ in de conclusies en aanbevelingen onderbelicht. En juist aan die voorlichting bestond grote behoefte, blijktens mijn empirisch onderzoek.

Bij individuele beroepsbeoefenaren in de zorg, bestaat nauwelijks kennis over de Kwaliteitswet zorginstellingen. Onderzoek onder actieve leden van de AbvaKabo toonde dat het middenkader van zorginstellingen een matig tot redelijk inzicht heeft over de werking van de Kwaliteitswet zorginstellingen, de evaluatie van die wet en het effect op het beleid van de instelling waar ze werkzaam zijn. Hetzelfde geldt voor de kennis over de wet en het effect van de wet bij de leden van de Zorgvragersraad Zoetermeer.⁹⁵ Hoewel de respons uit de raad te gering was om hieruit harde conclusies te kunnen trekken, hechten geënquêteerden grote waarde aan een goede communicatie met de instellingsleiding. Daarnaast hebben ze als wens: betere voorlichting over gezondheidswetten, zoals de Klachtwet; betere scholing voor leden van een cliëntenraad en een (wettelijke) bevoegdheid bij klachtbehandelingen.

⁹⁵ Een plaatselijk consumenten- en patiëntenplatform, ingesteld door de gemeente Zoetermeer.

Betere voorlichting over de Kwaliteitswet zorginstellingen en verwante wetten, zal een positieve uitwerking hebben – volgens het normatieve perspectief - op het accepteren van de wet, begrip voor uitvoeringsmaatregelen en daardoor op een correcte uitvoering van de wet.

Aanbeveling 5

In het hoger en wetenschappelijk onderwijs dient (meer) aandacht te worden besteed aan ‘kwaliteit van zorg’. Daarbij kan worden gedacht aan een module ‘kwaliteit van zorg’⁹⁶, waar naast inhoudelijke aspecten, tevens juridische, economische, communicatieaspecten en andere bestuurskundige aspecten aan de orde komen. Voor consumenten en patiënten is een continu scholingsprogramma wenselijk, met aandacht voor de positie van de consument en patiënt in de diverse gezondheidswetten, waaronder taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de te onderscheiden partijen in het zorgveld.

Naast brancheorganisaties dienen vakbonden zich te presenteren als kenniscentrum voor ‘kwaliteit van zorg’, bijvoorbeeld waar het gaat om het effect van werkdruk van werknemers in de zorg op de kwaliteit van zorg. Vakbonden dienen bovendien intensiever dan momenteel, werknemers te informeren over de ontwikkelingen in de zorg, waaronder de werking van gezondheidswetgeving. Scholing van ondernemingsraden is op dit punt gewenst. Daarbij hebben zowel werkgevers- als werknemersorganisaties een voorlichtende taak.

Conclusie 6

Bij evaluatie van beleid of wetgeving is het gebruik van moderne communicatiemethoden onderontwikkeld. Hierdoor komen communicatiestromen niet of te laat tot stand, waardoor het effect van evaluatie-onderzoek minder is dan mogelijk had kunnen zijn.

Nu reeds zijn goede websites te vinden van bijvoorbeeld brancheorganisaties (www.KNMG.nl), het ministerie van VWS en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Hoe meer mensen op een gemakkelijke manier informatie over ‘kwaliteit van zorg’ kunnen krijgen, hoe beter. Mensen kunnen – in het kader van het rationele perspectief - dan zelf keuzes maken; bijvoorbeeld over welke behandelingen ze in welk ziekenhuis willen ondergaan. Daarnaast kan goede (overheids)informatie de legitimiteit van overheidsbesluiten vergroten.

Het ICT medium dient tevens te worden benut om geïnteresseerden actief bij het zorgbeleid te betrekken. Dat kan op structurele basis zijn of incidenteel, bijvoorbeeld voor een evaluatie van een wet. Die geïnteresseerden kunnen individuele patiënten zijn, verzekeraars, zorginstellingen, wetenschappers, zorgexperts, ambtenaren of anderen.

Aanbeveling 6

Het gebruik van ICT dient te worden gestimuleerd. Dat kan bijvoorbeeld op de wijze waarop de Europese Commissie Europeanen bij haar werk betreft.

Naar analogie van ‘Europa’ kan het ministerie van VWS experts oproepen hun belangstelling voor bepaalde beleidsonderwerpen kenbaar te maken, waaronder ‘evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen’ en hen – afhankelijk van de behoefte – actief of passief bij het zorgbeleid te betrekken. Actief betekent: hen uit te nodigen in werkgroepen zitting te nemen of reacties te geven op concept rapporten of nota’s.

⁹⁶ Bijvoorbeeld een module aan de Netherlands School of Public & Occupational Health (NSPOH) in Amsterdam

Of passief: hen van bepaalde informatie voorzien, waarop eventueel gereageerd kan worden. Met behulp van een e-mailnetwerk kan informatie snel verspreid, verzameld of verwerkt zijn.

Conclusie 7

Volgens mijn empirisch onderzoek is het niet per se nodig om de Kwaliteitswet zorginstellingen te wijzigen om de doelmatigheid, doeltreffendheid en klantgerichtheid van door zorginstellingen verleende zorg te bewaken, te borgen of te verhogen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg is daarvoor de aangewezen toezichtsinstantie. De inspectie dient evenwel voldoende geëquipeerd te zijn voor haar taak; de inspectie dient over voldoende en voldoende gekwalificeerd personeel te beschikken en over meer directe machtsmiddelen. Dit speelt te meer, nu de (rijks)overheid terugtreedt en het zelfregelend vermogen van de partijen in het zorgveld minder groot blijkt te zijn, dan voorheen gedacht en verwacht. De resultaten van het evaluatie-onderzoek Kwaliteitswet zorginstellingen bevestigt dit. Ook het effect van de conclusies en aanbevelingen in het Evaluatierapport ZonMw is niet groot; een jaar na dato constateert de inspectie weinig verbetering.

Aanbeveling 7

De Inspectie voor de Gezondheidszorg dient over meer personeel te beschikken. Een heroriëntatie van taken is niet voldoende. Daarnaast moet de inspectie direct maatregelen kunnen nemen, die verder gaan dan de tijdelijke werking van een bevel. Overwogen moet worden om de aanwijzingsbevoegdheid van de Minister te mandateren of te delegeren aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Op deze wijze kan de Inspectie alert en actief toezicht⁹⁷ houden en direct reageren bij misstanden in de zorg.

Conclusie 8

Bewindspersonen dragen de Inspectie voor de Gezondheidszorg soms taken op die niet direct tot hun inspectietaken kunnen worden gerekend. Het gaat daarbij om het geven van adviezen of het verrichten van onderzoek⁹⁸, waar medische kennis onontbeerlijk is en de kennis bij de primair verantwoordelijke beleidsafdeling niet of niet meer aanwezig is. Binnen het ministerie van VWS is de inspectie dan vaak de enige instantie die (nog) over relevante (medische) kennis beschikt. Hoe eervol of nuttig het ook is om een bewindspersoon te adviseren of onderzoek te verrichten, het is een oneigenlijke taak van de inspectie. Momenteel is de inspectie binnen de ambtelijke organisatie van het ministerie van VWS hiërarchisch ondergeschikt aan de Secretaris-Generaal.

Aanbeveling 8

Overwogen kan worden om de Inspectie voor de Gezondheidszorg onafhankelijker te laten functioneren van het ministerie van VWS en om te vormen tot een zelfstandig bestuursorgaan (ZBO). Pas dan is sprake van een toezichthoudende organisatie met een zekere onafhankelijke positie, die zich kan concentreren op haar toezichtstaken. Opgemerkt zij dat momenteel een politieke discussie gaande is over nut en noodzaak van ZBO's⁹⁹.

⁹⁷ Deze aanbeveling sluit aan bij conclusie 4 van de Evaluatiecommissie

⁹⁸ Denk aan het betrekken van de IGZ bij het onderzoek naar de Bijlmerramp, de Vuurwerkram্প in Enschede en of de Caf brand in Volendam.

⁹⁹ Een zelfstandig bestuursorgaan (ZBO) is volgens de Kaderwet ZBO's een bestuursorgaan van de centrale overheid dat bij of krachtens de wet met openbaar gezag is bekleed en dat niet hiërarchisch ondergeschikt is aan

Conclusie 9

Bij het evaluatie-onderzoek Kwaliteitswet zorginstellingen door ZonMw bestond de indruk dat een onafhankelijk, onbevangen, neutraal instituut, deze evaluatie verrichtte. ZonMw betreft evenwel een ZBO¹⁰⁰, met als belangrijkste opdrachtgevers en financiers het ministerie van VWS en de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO). Hoewel ik niet twijfel aan de integriteit van ZonMw als onderzoeksinstituut, kan die gerichtheid op VWS – ook onbewust - de onderzoeksresultaten van ZonMw-rapportages beïnvloeden. Een aanwijzing daarvoor kan zijn, dat bij de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen vooral de zorgelite was betrokken, i.c. de vaste gesprekspartners van het ministerie van VWS. Dat evaluatie-onderzoek voor het ministerie van VWS en uitgevoerd door ZonMw bijna een ‘interne’ ZonMw-aangelegenheid is, kan tevens blijken uit het meta-evaluatie-onderzoek dat Olsthoorn verrichtte; de opdracht kwam van het bestuur van ZonMw en bij het meta-evaluatie-onderzoek zelf waren vooral personen uit de zorgelite betrokken, die ook al bij de primaire evaluatie-onderzoeken een rol vervulden.

Aanbeveling 9

Ter bevordering van onafhankelijk, onbevangen en neutraal onderzoek is het gewenst dat bij een volgend evaluatie-onderzoek hierbij onderzoekers uit een zorgvreemde branche¹⁰¹ worden betrokken; onderzoekers met expertise op het terrein van evaluatie-onderzoek.

Conclusie 10

Bij mijn literatuuronderzoek naar evaluatie en evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen trof ik een groot aantal websites aan waar melding werd gedaan van evaluatie-onderzoek. Daarbij stuitte ik op de meta-onderzoeken van Olsthoorn (2003) en Teisman, Van der Meer (2002).

Die twee onderzoeken genereerden veel kennis over evaluatie van gezondheidswetten respectievelijk hoe de resultaten van evaluatie-onderzoek op een bepaald beleidsterrein nuttig kan zijn voor evaluatie-onderzoek op een ander beleidsterrein. Op een hoger abstractieniveau (meta-niveau) is veel kennis over evaluatie aanwezig. Dit past in het rationeel perspectief om zoveel mogelijk relevante informatie te verzamelen. Inmiddels ook in het institutionele perspectief om als overheid doeltreffender en doelmatiger te werken en – waar dat mogelijk is – samen te werken met anderen en kennis en ervaring uit te wisselen. Zo ook ervaring op het terrein van evaluatie-onderzoek.

de Minister.

Het rapport “ *Een herkenbare staat, investeren in de overheid*” van de werkgroep Kohnstamm over interdepartementaal beleidsonderzoek naar de verzelfstandigingspraktijk van organisatie op rijksniveau, zwingelt de discussie over nut en noodzaak ZBO aan. De regering moet voor 1 januari 2005 een standpunt innemen.

¹⁰⁰ Site: www.overheid.nl

¹⁰¹ Hierbij denk ik aan bijvoorbeeld de onderzoekers met bestuurskundige expertise, die waren betrokken bij de evaluatie van het Ruimtelijk Beleid: Teisman, Van der Meer (2002): “*Evalueren om te leren, naar een evaluatiearrangement voor de Vijfde Nota RO*”

Aanbeveling 10

Het is gewenst om kennis, ervaring, geld en energie die in evaluatie-onderzoek zijn gestoken meer dan voorheen te benutten. Het starten van een project ‘evalueren is om te leren’ kan daarbij een mogelijkheid zijn. Het ontwikkelen van een expertisecentrum kan daarbij een optie zijn. Een voorzichtig begin kan zijn om deskundigen op het terrein van beleidsevaluatie, evaluatie-onderzoek te laten analyseren van projecten waarbij ze niet eerder of niet direct waren betrokken.

Met als doel: leren van de opgedane evaluatie-ervaring op toepasbaarheid voor evaluatie van nieuwe, toekomstige projecten. Het dient een continu traject te zijn. De ‘checklist’ met 19 punten die uit het onderzoek van Olsthoorn zijn gedistilleerd en waaraan ‘goed onderzoek’ in ieder geval dient te voldoen, kan hiervan een begin zijn.

Conclusie 11

In het interview met de individuele beroepsbeoefenaren en ambtenaren kwam de optie respectievelijk de nadrukkelijke wens naar voren om individuele beroepsbeoefenaren in de zorg, of anderen die daar werkzaam zijn, veilig incidenten te laten melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg¹⁰². Hoe meer meldingen van incidenten, zoals fouten, bijna-fouten en complicaties de inspectie bereiken, hoe beter inzicht de inspectie krijgt van ‘problemen in de praktijk’. Analyse van de meldingen moet leiden tot verbetering van de kwaliteit van zorg. Over het blame free melden van incidenten vindt discussie plaats in het zorgveld, bij de overheid en in de advocatuur.

In dit verband wil de inspectie (ingevolge het rationeel perspectief) over zoveel mogelijk informatie beschikken. Aan de andere kant heerst in het zorgveld de angst dat blame free melden niet altijd straffeloos zal zijn, omdat of het Openbaar Ministerie zich in een casus mengt of een advocaat namens een gedupeerde een schadeclaim indient. Deze discussie duidt op het sociaal-constructivistische perspectief.

Aanbeveling 11

Het bevorderen van toename van het aantal meldingen van incidenten bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het juridisch kader kan zijn: de Kwaliteitswet zorginstellingen dan wel de Wet BIG.

¹⁰² Op 10 juni 2004 bezocht ik een conferentie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over patiëntveiligheid. Inspecteur-Generaal Herre Kingma, pleitte daar voor blamefree melden. In Denemarken heeft blamefree melden van onvoorziene, mogelijk schadelijke situaties tot meer meldingen bij de inspectie geleid. Advocaat Beer waarschuwde op de conferentie overigens voor negatieve kanten; de blamefree melder kan de verrader zijn van collega's.

Legemaate wijst in Medisch Contact van 9 juli 2004 op de twee polen van blamefree melden; enerzijds kwaliteitsverbetering door analyse van de meldingen en anderzijds, de plicht om patiënten of hun verwanten goed te informeren. Legemaate pleit voor aanpassing van de Kwaliteitswet zorginstellingen. (MC, 59, nr. 28/29, pp 1169-1171).

Geraadpleegde literatuur:

1. *Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen*, Den Haag, ZonMw, 2001.
2. Olsthoorn-Heim, E.T.M., “*vijf jaar evaluatie regelgeving*” Den Haag, ZonMw, 2003.
3. rapport van de IGZ “*Kwaliteitsborging in zorginstellingen: intentie, wet en praktijk*”, Den Haag, IGZ, 02/SG/01, 2002.
4. *Kwaliteitswet zorginstellingen*, Stb. 1996, 80.
5. *Nota Kwaliteit van Zorg*, Tweede Kamer, vergaderjaar 1990-1991, 22113, nr 1 en 2.
6. Harteloh, van P. en Casparie, A., “*Kwaliteit van Zorg*” uit de reeks *Beleid en Management Gezondheidszorg* (EUR), Vuga/De Tijdstroom 1991, 2^e druk.
7. Teisman, G., Van der Meer, F-B., e.a. *Evalueren om te leren, naar een evaluatiearrangement voor de Vijfde Nota RO*, EUR, 2002
8. *Kwaliteitssystemen in zorginstellingen. De stand van zaken in 2000*, NIVEL, 2000.
9. *Kwaliteitssystemen in instellingen, de stand van zaken in 1995*, NIVEL en NRV, 1995.
10. *Ontwikkelingen van het kwaliteitsbeleid, tweede voortgangsrapportage over de realisatie van de Leidschendamafspraken*, NRV, 1993
11. Birkland T.A., *An Introduction tot the Policy Process*, New York, M.E. Sharpe, 2001.
12. Nispen, van F. K.M., *Collegedictaat en reader Beleidsanalyse*, EUR, 2002-2003.
13. Commissie Abeln, *Op weg naar gezond vertrouwen*, IGZ, mei 2001.
14. rapport van de IGZ, *Leidraad onderzoek meldingen*, Rijswijk, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1996.
15. Bressers, J. en Hoogerwerf, A. *Beleidsevaluatie*, Samson H.D. Tjeenk Willink, Alphen aan den Rijn, 1991.
16. *Hoofddlijnen van de wet Beroepen in de individuele Gezondheidszorg*, Rijswijk, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1994.
17. Putters, K., *Reader Beleidsinstrumenten*, EUR, 2002-2003.
18. Bekkers, V.J.J.M., *colleges en sheets Beleidsprocessen*, EUR, 2002-2003.
19. rapport IGZ, *Staat van de Gezondheidszorg, 2002*, IGZ 02/SG/01, den Haag 2002.
20. Mulder, F., *Manager en productkwaliteit*, Deventer, Kluwer 1981/1992.
21. Neijzen, J. en Trompeter, M., *Kwaliteitszorg in dienstverlenende organisaties*, Deventer, Kluwer, 1989.
22. Hubben, J.H. *Kwaliteit en recht in de gezondheidszorg*, vereniging voor gezondheidsrecht, 1991.
23. Goodin, R., *Politieke theorie als beleidsanalyse*, in: J.W. de Beus en P.B. Lehning (red.), *Beleid voor de vrije samenleving*, Meppel-Amsterdam, 1990, pp. 38-46.
24. March, J., *A Primer on Decision Making, How Decisions Happen*, New York, 1994.
25. Kamerstukken, brieven van de Minister en Staatssecretaris VWS aan de Tweede Kamer.

Bijlage 1

Kerngegevens uit het Evaluatierapport ZonMw

Het evaluatie-onderzoek van ZonMw over de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstelling, is het basisdocument, waarop ik mijn onderzoek over de evaluatie van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen, richt.

Reden om in deze bijlage de kernpunten uit het Evaluatierapport (integraal) op te nemen, t.w.:

1. Samenvatting bevindingen ZonMw
2. De probleemstelling,
3. De onderzoeksvragen die ZonMw stelde
4. IJkpunten voor een beoordeling van doeltreffendheid en effectiviteit van de Kwaliteitswet zorginstellingen in de praktijk
5. **De 17 conclusies en aanbevelingen van ZonMw, inclusief de belangrijkste reacties van geïnterviewden.**

1. Samenvatting bevindingen van ZonMw:

1. Het samenspel tussen landelijke organisaties van zorgaanbieders, patiënten/ consumentenorganisaties en zorgverzekeraars enerzijds en de wettelijke verantwoordelijkheden van de zorgaanbieders anderzijds, alsmede de implementatie van de KZI door de zorgaanbieders, zijn de afgelopen jaren te vrijblijvend gebleven;

2. De aandacht en energie van de betrokken partijen zijn de afgelopen jaren te sterk gericht geweest op procedurele aspecten. Er is nog te weinig aandacht en energie besteed aan de resultaten van het kwaliteitsbeleid (c.q. aan methoden om deze resultaten te bepalen);

3. De taken en verantwoordelijkheden van een aantal actoren zijn nog onvoldoende uit de verf gekomen.

Om in deze situatie verandering te brengen behoeft de inhoud of de systematiek van de KZI niet te worden gewijzigd. Wel zijn andere maatregelen nodig om de doelstellingen van deze wet, en die van het kwaliteitsbeleid in het algemeen, te realiseren. De nadruk komt daarbij te liggen op het bevorderen van de implementatie van het gedachtegoed van de wet.

2. Probleemstelling ZonMw:

- In hoeverre draagt de Kwaliteitswet zorginstellingen ertoe bij dat het doel van kwaliteitsbewaking en -bevordering wordt bereikt?
- In hoeverre bestaat er een optimale verhouding tussen de Kwaliteitswet zorginstellingen en andere (wettelijke) instrumenten gericht op kwaliteitsbewaking en -bevordering?

3. Onderzoeksvragen die ZonMw zich stelde:

1. In hoeverre biedt de Kwaliteitswet zorginstellingen een helder instrumentarium om het doel van kwaliteitsbewaking en -bevordering te bereiken binnen het (be)sturingssysteem van geconditioneerde zelfregulering met decentrale uitvoering? Hoe moet worden geoordeeld over de systematiek, de helderheid en de reikwijdte van de wet?
2. In hoeverre voldoen de instellingen aan de verplichtingen van de Kwaliteitswet zorginstellingen (betreffende organisatie van de zorgverlening, verdeling van verantwoordelijkheden, wijze van kwaliteitsbewaking, -beheersing en -verbetering, verantwoording kwaliteitsbeleid) om verantwoorde zorg te verlenen (zorg van een goed niveau die in ieder geval doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht en afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt) op een gestructureerde procesmatige wijze via de toepassing van een kwaliteitssysteem?
3. Wat zijn de effecten en neveneffecten van de Kwaliteitswet zorginstellingen op de kwaliteit van de door de instellingen verleende zorg in de regio? In hoeverre is hierbij sprake van seksespecifieke aspecten, verschillen bij groepen met een lage economische status en/of bij allochtone bevolkingsgroepen, en zo ja, waar worden die door veroorzaakt? Hoe is de verhouding tussen de wettelijke verantwoordelijkheden van de zorgaanbieder en de betrokkenheid van andere actoren in het kader van het kwaliteitsbeleid?
4. Hoe verloopt toezicht en wetshandhaving als essentieel onderdeel van het beoogde systeem van kwaliteitsbewaking en -bevordering in de Kwaliteitswet zorginstellingen en op welke wijze vervult de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) de aan haar toegekende verantwoordelijkheid in dezen?
5. Hoe is de verhouding van de Kwaliteitswet zorginstellingen met andere wettelijke regelingen (WKCZ, WMCZ, Wet BIG, Wet Bopz, WGBO, Welzijnswet, WOG) die direct van belang zijn voor het realiseren van de doelstellingen van de Kwaliteitswet zorginstellingen?

5. Ijkkpunten voor een beoordeling van de doeltreffendheid en effectiviteit van de Kwaliteitswet zorginstellingen:

Art. 26 KZI bepaalt dat de regering binnen vijf jaar na de inwerkingtreding aan de Staten-Generaal een verslag zendt over de doeltreffendheid en de effectiviteit van de KZI in de praktijk. Tijdens de parlementaire behandeling is aangegeven dat in het kader van deze evaluatie nadrukkelijk aandacht zal worden besteed aan het effect dat de wet heeft gehad op de integratie van het patiënten perspectief in het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen (23633, nr. 8, p. 12).

Aan het voorafgaande kunnen ijkkpunten voor een beoordeling van de doeltreffendheid en effectiviteit van de Kwaliteitswet zorginstellingen worden ontleend. Het gaat daarbij zowel om ijkkpunten die direct met de tekst van de wet verband houden (A) als om ijkkpunten die de 'omgeving' van de wet betreffen (B):

- A1: de helderheid en systematiek van de KZI;
- A2: het operationaliseren van het begrip 'verantwoorde zorg';
- A3: de wijze waarop de zorgaanbieder de zorgverlening organiseert;
- A4: de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitssystemen;
- A5: inhoud en impact van het kwaliteitsjaarverslag;
- A6: de uitoefening van het overheidstoezicht op de naleving van de wet, en de handhaving van de wet;

- B.1: de integratie van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid;
- B.2: de mate van effectiviteit van landelijk beleid (Leidschendamafspraken);
- B.3: de verhouding en rolverdeling tussen de zorgaanbieder en andere actoren (zorgverzekeraar, Inspectie voor de Gezondheidszorg);
- B.4: de verhouding tussen de KZI en aanpalende wetgeving.

Een oordeel over de doeltreffendheid en effectiviteit van de wet zal in belangrijke mate moeten worden gebaseerd op deze ijkpunten. Deze ijkpunten moeten worden gezien als een uitwerking van de onderzoeksvraagstellingen zoals geformuleerd in Hoofdstuk 1 van deze rapportage. In het vervolg van dit onderzoek worden deze ijkpunten nader ingevuld.

5. De 17 conclusies en aanbevelingen van ZonMw , inclusief de belangrijkste reacties van geïnterviewden

Toelichting bij conclusies en aanbevelingen

In een onderdeel van het empirisch onderzoek interviewde ik personen uit de zorgsector. Daarbij legde ik hen de conclusies en aanbevelingen uit het Evaluatierapport ZonMw voor en vroeg hen hierop een reactie te geven. Interviews vonden plaats bij de voormalig projectleider Kwaliteit van Zorg, drie vertegenwoordigers van individuele beroepsbeoefenaren, twee directeurs van zorginstellingen, een manager van een zorgverzekering en twee ambtenaren van het ministerie van VWS.

Het interview met de projectleider benutte ik om de overige interviews voor te bereiden en de vragenlijst te verbeteren. Van deze overige interviews zijn onder “*conclusies en aanbevelingen*”, de belangrijkste reacties weergegeven.

Conclusie 1:

Hoewel de ontwikkelingen per sector verschillen, is in het algemeen sprake van een achterstand met betrekking tot het realiseren van het door de KZI beoogde cyclisch proces van kwaliteitsbewaking en -verbetering. Zorgaanbieders en hun brancheorganisaties hebben nog (lang) niet alle fasen van het in de KZI beoogde cyclische proces van kwaliteitsbewaking- en verbetering gerealiseerd. Dit geldt met name ook voor de fase van het meten en verwerken van resultaten.

Aanbeveling 1:

Zorgaanbieders die onder de wet vallen moeten actiever zijn in het realiseren van het cyclische proces van kwaliteitsbewaking en -verbetering. In aanvulling daarop behoren de brancheorganisaties van zorgaanbieders, al dan niet sectorgewijs, inhoud te geven aan een regiefunctie. Te denken valt aan een instantie of voorzieningen die de kwaliteitsontwikkelingen kunnen coördineren, monitoren en ondersteunen. In dat kader moet tevens worden voorzien in zorgbrede mogelijkheden voor accreditatie of certificatie. De rol en de functie van de Stichting HKZ bij het stimuleren van de toepassing van certificatie- en beoordelingsschema's in de verschillende sectoren kan verder versterkt worden. Voor wat betreft de ziekenhuizen kan daarbij aangesloten worden op de NIAZ-accreditatie.

Reacties:***individuele beroepsbeoefenaren:***

Het beoogde cyclisch proces van kwaliteitsbewaking is niet in elke zorginstelling doorgevoerd. Eén geïnterviewde vindt dit een slechte conclusie; hij vindt dat de Kwaliteitswet zorginstellingen slecht heeft gewerkt. De zorgaanbieders en hun brancheorganisaties wordt enige laksheid verweten. Die laksheid geldt dan toch ook voor overheid en zorgverzekeraars?.

Ten aanzien van de NIAZ-accreditatie voor ziekenhuizen merkt een specialist op dat het op zich goed is om toetsbare normen te hanteren. Er dreigt evenwel een gevaar; onder financiële druk kunnen zorgaanbieders bewogen worden om minimum normen te hanteren. En de lat voor minimum normen kan lager liggen dan de lat van verantwoorde zorg. Pas dus op!

directeuren zorginstellingen:

De ontwikkeling van kwaliteitssystemen is belangrijk. De brancheorganisaties kunnen daarbij een actievare rol spelen. Echter ook, gevaar voor bureaucratie; nu zie je al kasten vol ordners.

manager zorgverzekeraar:

Uit het evaluatie-onderzoek blijkt dat de zorginstellingen nog lang niet allemaal kwaliteitssystemen hebben ingevoerd. De brancheorganisaties kunnen uniformering van beleid, normering, etc. stimuleren via accreditatie en certificatie; voldoen instellingen niet aan de vereisen dan krijgen ze geen certificaat of wordt hun een keurmerk onthouden.

rijksambtenaren:

Een ambtenaar zegt onvoldoende bekend te zijn met de ontwikkelingsachterstand in de zorgsector om op deze vraag te kunnen antwoorden. De ander vindt het een “open deur” dat de kwaliteitscyclus nog niet bij iedere instelling is ontwikkeld. Hij merkt op de Kwaliteitswet zorginstellingen niet een kwaliteitsbevorderende wet is, maar een wet die de *randvoorwaarden* van kwaliteit aangeeft.

Conclusie 2:

Het patiëntenperspectief wordt nog te weinig geïncorporeerd in de operationalisatie van verantwoorde zorg.

Aanbeveling 2:

Brancheorganisaties dienen op landelijk niveau landelijke koepels van patiënten/consumentenorganisaties systematisch te betrekken bij de ontwikkeling van landelijke richtlijnen en protocollen. Bij de ontwikkeling van regionale richtlijnen en protocollen behoren de RPCP's nauwer te worden betrokken. Op instellingsniveau moet de betrokkenheid van cliëntenraden bij de vaststelling van kwaliteitsnormen en mission statements worden gestimuleerd.

Reacties:***individuele beroepsbeoefenaren:***

Een geïnterviewde vindt dat het belang van de patiënt langzaam te zwaar is gaan wegen. Een mondige patiënt is goed, maar een patiënt kan niet op de stoel van de dokter gaan zitten. De patiënt heeft geen of beperkte medische kennis.

Een ander zegt het gewenst te vinden als patiënten of hun organisaties inzicht krijgen in de protocollen welke artsen hanteren; dat wekt begrip en een samenspel tussen patiënt en arts kan een positief effect hebben op de inhoud van protocollen. Communicatie tussen arts en patiënt is van essentieel belang.

directeuren zorginstellingen:

Het patiëntenperspectief kan best een steviger gepositioneerd worden.

manager zorgverzekeraar:

Nog te weinig patiëntenperspectief in de operationalisatie van verantwoorde zorg. Probleem is evenwel dat veel consumenten of patiënten organisaties intern verdeeld zijn; de regionale patiënten- en consumentenplatforms (RPCP) bijvoorbeeld behartigen de belangen van tientallen organisaties. Soms is sprake van tegengestelde belangen.

rijksambtenaren:

De rol van de patiënt komt nog te weinig aan bod vindt een geïnterviewde. Hij vindt de aanbeveling niet overtuigend; de consumenten/patiënten moeten volgens wetten al nauw betrokken zijn bij het beleid. Hij constateert dat patiënten niet of nauwelijks vergaderingen bijwonen, waarvoor ze wel zijn uitgenodigd. De ander weet niet of de invloed van de patiënt (te) gering is.

Conclusie 3:

De taken en verantwoordelijkheden van patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars komen nog onvoldoende uit de verf. Deze partijen geven nog niet op duidelijke en eenduidige wijze invulling aan hun toetsende rol met betrekking tot het kwaliteitsbeleid van de zorgaanbieders. Patiëntenorganisaties zijn nog niet goed toegerust en de verantwoordelijkheden van de zorgverzekeraar voor de kwaliteit van zorg zijn nog niet duidelijker genoeg in de wetgeving verankerd. Dit laatste is te meer van belang gelet op de belangrijke rol die de zorgverzekeraars krijgen in het nieuwe zorgstelsel (Nota Vraag aan bod, 2001).

Aanbeveling 3:

Patiëntenorganisaties dienen door de overheid beter toegerust worden om invulling te kunnen geven aan hun toetsende rol met betrekking tot het kwaliteitsbeleid. De verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar ten aanzien van de kwaliteit van zorg dient duidelijker in de wetgeving verankerd te worden.

Reacties:***individuele beroepsbeoefenaren:***

Hier constateer ik verschillende opvattingen over de rol van patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars. Een geïnterviewde vindt de conclusie onduidelijk, een ander juist duidelijk, waarbij hij waarschuwt voor een te dominante rol voor de verzekeraars. Hij waarschuwt voor de dubbele rol van de verzekeraar: financier van de zorg en behartiger van de belangen van de patiënt en ook nog een contractpartij die de premiebetalende consument aan zich wil binden.

Ten aanzien van de aanbevelingen stelt een specialist dat het goed is om de (financiële) positie van de verzekeraars in de wet vast te leggen, ook de toetsende rol. Een vindt een toetsende rol voor patiëntenorganisaties ongewenst. Een ander heeft hiertegen geen bezwaar, tenzij het over zuiver medische zaken gaat. Dan moet de arts het laatste woord hebben.

En, de overheid zou volgens een geïnterviewde een zeker evenwicht tussen alle partijen in het zorgveld moeten bewaren en bewaken. Maar ook: het gevaar dat de overheid zich met het kwaliteitsbeleid gaat bemoeien. Dit laatste wordt door hem niet als positief ervaren.

directeuren zorginstellingen:

Een betere toerusting van consumenten- en patiëntenorganisaties is een goede zaak. Echter, waarom moet dit perse in een wet verankerd worden? Een geïnterviewde was het oneens met de opvatting om de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars inzake kwaliteit in de wet te regelen.

manager zorgverzekeraar:

Taken en verantwoordelijkheden patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars. Betrokkene is het voor een klein deel eens met het Evaluatierapport; zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde zorg. Patiëntenorganisaties en verzekeraars hebben daarbij hun eigen rol en verantwoordelijkheid. Wetgeving is niet zo zeer nodig als wel dat de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg duidelijk is en dat de Inspectie haar handhavingstaak uitvoert.

rijksambtenaren:

Patiëntenbelangen. Volgens een geïnterviewde heeft de conclusie slechts voor een deel betrekking op de Kwaliteitswet zorginstellingen. Bovendien omvat de conclusie, meerdere deelconclusies. Onduidelijkheid troef. Ook: de zorgverzekeraars staan in de conclusie als zorgregisseur aan de kant van de patiënt. In het kader van marktwerking in de zorg kunnen de belangen van patiënt en verzekeraar best anders komen te liggen; als consument wil hij de laagste premie betalen en als patiënten de beste zorg. Als een zorgverzekeraar moeten concurreren kan deze kiezen voor lage premie tegen matige zorg.

De zorgverzekeraars willen wellicht zelf duidelijkheid over taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de wet geregeld hebben.

Conclusie 4:

Het terugtreden van de overheid in het kader van het kwaliteitsbeleid behoort te worden ‘gecompenseerd’ door een alert en actief toezicht door de Inspectie. Alleen op basis van een helder beleid en een krachtdadige aanpak van de Inspectie kan op een meer intensieve wijze de naleving van de KZI worden bewaakt. Een recent voorbeeld, waarbij de Inspectie in de sector van de verpleeghuizen een ‘ultimatum’ stelde met betrekking tot het ontwikkelen van kwaliteitsnormen, kan model staan.

Aanbeveling 4:

Het beleid van de Inspectie behoort te worden gericht op de bepleite mate van toezicht. De Inspectie moet qua mensen en middelen in staat worden gesteld dit toezicht uit te oefenen.

Reacties:***individuele beroepsbeoefenaren:***

Ongeacht of een terugtrekkende overheid impliceert dat de Inspectie voor de gezondheidszorg een steviger positie moet hebben, zijn alle geïnterviewden het er mee eens dat de inspectie (of in ieder geval een onafhankelijke organisatie) een alert en een actief toezicht uitoefent, uiteraard met voldoende personeel.

directeuren zorginstellingen:

De directeuren waren het eens dat een terugtrekkende overheid een alert en actief toezicht door de inspectie impliceert. Voor één was het een open deur dat de inspectie qua mensen en middelen in staat moet zijn om dit toezicht uit te oefenen. De ander vond dat de inspectie geen uitbreiding nodig heeft.

manager zorgverzekeraar:

Een terugtrekkende overheid wordt gecompenseerd door een actieve(re) Inspectie. Mee eens. Ook: het borgen van de kwaliteit van zorg bij zorginstellingen geeft de Inspectie haar bestaansrecht.

rijksambtenaren:

Terugtrekkende overheid. In dit verband is de deregulering bij de rijksoverheid stopgezet voor de Inspectie. De Inspectie hoeft inmiddels (medio 2004) geen personeel in te leveren althans als haar productiviteit met 30% toeneemt.

Conclusie 5:

Hoewel de effectiviteit ervan verbeterd kan worden, is het landelijk overleg van partijen dat de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden in het kader van de zogenaamde Leidschendamconferenties een belangrijk hulpmiddel bij het op het niveau van de instellingen realiseren van de bepalingen en intenties van de Kwaliteitswet.

Aanbeveling 5:

De overheid dient het landelijk overleg tussen de partijen in het kader van de Leidschendamconferenties te blijven faciliteren.

Reacties:***individuele beroepsbeoefenaren:***

Hoewel iedereen het erover eens is dat het landelijk overleg tussen veldpartijen nuttig is om het kwaliteitsbeleid van instellingen – conform de intentie van de Kwaliteitswet zorginstellingen – op een hoger plan te brengen, is één specialist verbaasd, dat zoiets nog steeds niet is gerealiseerd.

directeuren zorginstellingen:

Een voortzetting van de Leidschendamconferenties zien de geïnterviewden als een voortzetting van het poldermodel. Dat lijkt niet zinvol. Volgens één faalde dit model, mede door de introductie van de marktwerking in de zorg. Aan de ene kant wil de overheid dat zorgpartijen samenwerken en aan de andere kant moeten ze elkaar beconcurreren, waarbij er toch nog invloed vanuit de overheid is. Zo'n systeem met dubbele doelen, werkt niet. Brancheorganisaties moeten actief zijn bij de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid voor hun sector. De overheid moet zich hier niet mee bezighouden. De overheid kan hooguit de brancheorganisaties stimuleren om een kwaliteitsbeleid te ontwikkelen.

manager zorgverzekeraar:

Een landelijk overleg à la Leidschendamconferenties is te vrijblijvend gebleken. Het heeft weinig zin dit voort te zetten. De overheid hoeft ook niet per se faciliterend op te treden; de geïnterviewde beschouwt dat als het failliet van de zelfregulering door het zorgveld en de eigen verantwoordelijkheid die het zorgveld daarbij (zelf) draagt.

rijksambtenaren:

De Leidschendamconferenties worden door beide ambtenaren als nuttig instrument gezien om het kwaliteitsbeleid een impuls te geven. Toen was de tijd rijp om binnen het zorgveld en als zorgveld samen met de overheid een kwaliteitsbeleid op te stellen. Een voorbeeld van het succes van het poldermodel. Echter, nu werkt dat niet meer. Ook: overwaardering van het poldermodel en een zekere kwaliteitsmoetheid; het woord "kwaliteit" wekt langzamerhand irritatie op.

Een geïnterviewde acht overleg minder zinvol; de volgende fase moet worden ingegaan, de fase van elkaar aanspreken op verantwoordelijkheden. Als voorbeeld noemt hij het blame free melden (aan de overheid of koepelorganisatie) van misstanden in de zorgsector.

Uit Evaluatierapport:

“Aldus zou worden bereikt dat zowel de eigen verantwoordelijkheid als de regiefunctie van de zorgaanbieders inzake de kwaliteit van zorg, de toetsende rol van patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars en het toezicht door de Inspectie worden geaccentueerd. De overheid dient te blijven stimuleren dat alle partijen hun verantwoordelijkheden nakomen en kan dit proces op verschillende manieren faciliteren, onder meer via een vervolg van het landelijk overleg tussen de partijen in het kader van de Leidschendamconferenties.

Specifieke conclusies

In aansluiting op de hiervoor genoemde algemene conclusies en aanbevelingen kunnen de volgende conclusies en aanbevelingen met betrekking tot meer specifieke aspecten van de KZI worden geformuleerd.”

Een geïnterviewde ambtenaar ziet onduidelijkheden in de rol van verzekeraar; een eigen rol, de rol van toetsers en een regiefunctie ten aanzien van patiëntenbelangen. Ook de patiëntenorganisaties hebben volgens het Evaluatierapport een toetsende rol. Wie toetst nu wie of wat? Hij stelt dat de wet alleen duidelijk is over de rol van de Inspectie.

Conclusie 6:

Kleinere samenwerkingsverbanden, zoals duopraktijken, paramedische praktijken, kleinere gezondheidscentra e.d. ervaren de Kwaliteitswet zorginstellingen als moeilijk toepasbaar. Gelet op de afbakening tussen de reikwijdte van de Kwaliteitswet zorginstellingen en die van de Wet BIG is het niet verstandig deze kleinere samenwerkingsverbanden uit de Kwaliteitswet zorginstellingen te halen. Wel moet worden bezien op welke wijze de werkbaarheid van de Kwaliteitswet zorginstellingen voor deze verbanden kan worden verbeterd.

Aanbeveling 6:

Er moet een stimuleringsbeleid worden ontwikkeld dat erop gericht is de werkbaarheid van de Kwaliteitswet in kleine(re) samenwerkingsverbanden in de gezondheidszorg te verbeteren.

Reacties:

individuele beroepsbeoefenaren:

De geïnterviewden onderschrijven de wens te komen tot een minder bureaucratisch en ingewikkeld kwaliteitssysteem voor kleine organisaties in de zorg.

directeuren zorginstellingen:

Voor kleinere samenwerkingsverbanden is een aangepaste uitwerking van de Kwaliteitswet op z'n plaats. Nu geldt een te grote bureaucratie.

manager zorgverzekeraar:

De geïnterviewde heeft een neutraal oordeel over de kleine samenwerkingsverbanden in relatie tot de Kwaliteitswet zorginstellingen. Wel vindt hij dat de bureaucratie beperkt moet blijven; als alternatief voor een kwaliteitsjaarverslag kan de overheid bijvoorbeeld eisen dat een kleine instelling, zoals duopraktijk, een formulier met een beperkt aantal vragen, invult.

rijksambtenaren:

Voor kleinere samenwerkingsverbanden is een minder bureaucratisch verantwoordingsregiem nodig (denk aan het verplichte jaarverslag). Eén ambtenaar vindt dat het begrip “instelling” beperkt kan worden; noem kleinere samenwerkingsverbanden geen instelling meer. En als daar zorg wordt geleverd, is via de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) de kwaliteit van de zorgverlening even goed geregeld.

Conclusie 7:

Slechts een deel van de taken van de GGD valt onder de werking van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Het onderscheid tussen de taken die wel/niet onder de KZI vallen, is binnen de GGD lastig hanteerbaar. Bovendien belemmert het onderscheid een integrale aanpak van het kwaliteitsbeleid binnen de GGD en hét integraal toezicht door de Inspectie. Door de schaalvergroting van GGD'en zijn gemeenten ook steeds minder in staat om voldoende toezicht uit te oefenen.

Aanbeveling 7:

Alle taken van de GGD dienen onder de werking van de Kwaliteitswet zorginstellingen te worden gebracht

Reacties:***individuele beroepsbeoefenaren:***

Of de gehele GGD of een deel onder de werking van de Kwaliteitswet moet vallen lijkt logisch. Voor één specialist is de materie te onbekend om hierover een mening te kunnen geven. De passage over schaalvergroting van GGD's en gemeenten en het minder in staat zijn toezicht uit te oefenen, wordt niet begrepen.

directeuren zorginstellingen:

Het is logisch om ook de GGD integraal onder de werking van de Kwaliteitswet zorginstellingen te laten vallen.

manager zorgverzekeraar:

Beschouw de GGD als één instelling. Dat komt de duidelijkheid ten goede.

rijksambtenaren:

Volgens één ambtenaar betreft het – evenals bij conclusie en aanbeveling 8 - een definitiekwestie; wat is “zorg”. Soms verschilt dat begrip per wet.

Conclusie 8:

Het komt in toenemende mate voor dat nauw met de kwaliteit van zorg verbonden taken niet (langer) worden uitgeoefend door een instelling als bedoeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen, maar worden ‘uitbesteed’ aan een aparte instantie, als een indicatieorgaan of een call-centre.

Aanbeveling 8:

Instanties als een indicatieorgaan of een call-centre, aan wie taken zijn uitbesteed die nauw met de kwaliteit van zorg verbonden zijn, behoren onder de werking van de wet te worden gebracht

Reacties:***individuele beroepsbeoefenaren:***

Dat een instelling voor taken die zijn “*uitbesteed*” verantwoordelijk is of dat betreffende instanties als bijvoorbeeld een indicatieorgaan of call-centre onder de werking van de Kwaliteitswet zorginstelling komen, lijkt de geïnterviewden logisch.

directeuren zorginstellingen:

Als instellingen taken uitbesteden, blijft de instellingen daarvoor verantwoordelijk. Een call-centre ziet één manager niet als een zelfstandige instelling, maar een voorpost van een instelling. Een indicatieorgaan zien beiden als een instelling waarop de Kwaliteitswet van toepassing dient te zijn.

manager zorgverzekeraar:

Als anderen taken van een instelling uitvoeren, blijft de instelling verantwoordelijk voor een juiste uitvoering (een verlengde armconstructie).

rijksambtenaren:

Als een instelling taken door derden laten uitvoeren, blijft de instelling verantwoordelijke voor de kwaliteit van de uitvoering van die taken.

Conclusie 9:

In het geval van ketenzorg verdienen de daaraan inherente kwaliteitsaspecten bijzondere aandacht. Deze aspecten overstijgen de verantwoordelijkheden van elk van de in de keten participerende zorginstellingen en kunnen daardoor gemakkelijk uit het oog worden verloren. De doelstellingen van de wet worden alleen gerealiseerd als de participerende zorginstellingen de keten beschouwen als een instelling in de zin van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de in het kader van de keten te maken kwaliteitsafspraken daarop afstemmen.

Aanbeveling 9:

De keten behoort als instelling in de zin van de Kwaliteitswet zorginstellingen beschouwd te worden. Overwogen kan worden dit wettelijk te regelen, bijvoorbeeld vergelijkbaar met de wijze waarop de artikelen 14 e.v. van de Wet op de Jeugdhulpverlening de verantwoordelijkheden van ‘samenwerkingsverbanden’ regelen.

Reacties:***individuele beroepsbeoefenaren:***

Allen zijn het er mee eens dat de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in een keten goed moet zijn geregeld. In de praktijk – zegt een - is dat lastig te regelen. Een instelling kan de neiging hebben om verantwoordelijkheden af te schuiven. Kan een wet dat verhinderen?

directeuren zorginstellingen:

Het wordt bijzonder nuttig geacht om via zorgketens de patiëntenvriendelijkheid van de zorg te bevorderen. Echter, ook hier is het spanningsveld tussen samenwerking en concurrentie (marktwerking in de zorg) merkbaar. Het beschouwen van een keten als één instelling gaat een directeur te ver. Te veel bureaucratie!

manager zorgverzekeraar:

De geïnterviewde is het oneens om een keten als instelling te beschouwen. Alle betrokken instellingen binnen de keten moeten zich bewust zijn van de gezondheidsrisico's die vooral optreden op schakel- of overdrachtsmomenten. Hierover moeten zij goede afspraken met elkaar maken.

rijksambtenaren:

Eén ambtenaar heeft grote twijfel om een keten als instelling te beschouwen. De vraag wie eindverantwoordelijk heeft voor een zorgtraject blijft onduidelijk. Hij is het oneens met de aanbeveling. Wel geldt: maak duidelijk wie verantwoordelijk is voor welk traject in een keten. Extra aandacht voor overdracht van verantwoordelijkheden van de ene instelling naar de andere.

De ander vindt dat de keten rechtspersoonlijkheid moet bezitten, bijvoorbeeld: de Stichting opvang patiënten met een herseninfarct.

Conclusie 10:

De bedoeling van het door de wet voorgeschreven kwaliteitsjaarverslag komt nog niet uit de verf. Ondanks de in de afgelopen jaren opgestelde modellen voor zo'n verslag, is van eenvormigheid nog geen sprake. De informatie uit de jaarverslagen is veelal globaal en gericht op procedures in plaats van resultaten.

Aanbeveling 10:

Er behoren richtlijnen te worden ontwikkeld voor kwaliteitsjaarverslagen, met als uitgangspunt het geven van beter inzicht in het kwaliteitsbeleid en de resultaten daarvan dan thans het geval is.

Reacties:***individuele beroepsbeoefenaren:***

Twee specialisten hebben niet met kwaliteitsjaarverslagen te maken gehad. De aanbeveling lijkt een logisch gevolg van de conclusie. Een geïnterviewde vindt dat een jaarverslag relevante informatie moet bevatten. Welke informatie moet de overheid aangeven.

directeuren zorginstellingen:

Dat de kwaliteitsjaarverslagen niet eenvormig zijn, daarover zijn de geïnterviewden het wel eens. Of dat erg is, is een tweede. Je kunt een model jaarverslag hebben en slechte zorg verlenen. Niet alles is in regels te vangen. Laat zorginstellingen zelf uitmaken hoe zij hun kwaliteitsjaarverslagen samenstellen. De Inspectie heeft een eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van beoordeling of gebruik van de jaarverslagen.

manager zorgverzekeraar:

Het is goed om meer uniformiteit te verkrijgen in kwaliteitsjaarverslagen, zodat die verslagen beter onderling vergelijkbaar zijn, bijvoorbeeld in het kader van Benchmarking.

De richtlijnen dienen bij voorkeur door de branche zelf te worden ontwikkeld of opgesteld.

rijksambtenaren:

De bedoeling van het kwaliteitsjaarverslag komt niet uit de verf. Bedoeling is inzicht in het kwaliteitsbeleid van een instelling en toepassing van de Demingcyclus door die instelling. In de praktijk is het administratieve rompslomp. Ook: de Inspectie heeft geen menskracht om de jaarverslagen te beoordelen. Onduidelijk of standaardisering de verslagen meer toegankelijk maakt, of dat de bureaucratie nog groter wordt.

Conclusie 11:

Mede door het gestelde in conclusie 9¹⁰³ is de wijze waarop externe partijen met het kwaliteitsjaarverslag omgaan nog niet optimaal. De mogelijkheden tot het geven van feedback op het kwaliteitsjaarverslag door deze externe partijen worden nog niet voldoende benut. Bovendien is het zo dat artikel 5 KZI nalaat te bepalen dat de zorgaanbieder ook aan de zorgverzekeraar het kwaliteitsjaarverslag moet zenden.

Aanbeveling 11:

Het geven van feedback door externe partijen op het kwaliteitsjaarverslag dient bevorderd te worden. In artikel 5 moet de zorgverzekeraar opgenomen worden als één van de externe partijen aan wie het kwaliteitsjaarverslag dient te worden toegezonden.

Reacties:***individuele beroepsbeoefenaren:***

Feed back op jaarverslagen zien de geïnterviewde als gewenst. Ook dat dit gebeurt door een zorgverzekeraar. Wat dat betreft is de aanbeveling logisch om ook de zorgverzekeraars te voorzien van kwaliteitsjaarverslagen.

directeuren zorginstellingen:

In het verlengde van hetgeen onder 10 aan de orde kwam, moeten instellingen zelf weten of ze feedback op hun kwaliteitsjaarverslagen behoeven. De Inspectie kan dat in het periodiek overleg met instellingen incorporeren. Wel dienen instellingen de jaarverslagen aan de zorgverzekeraars te zenden (de geïnterviewden doen dat al). Moet dat nu perse in een wet te zijn geregeld vraagt een directeur zich daarbij af.

¹⁰³ ZonMw doelt op conclusie 10

manager zorgverzekeraar:

Een wettelijke regeling om zorgverzekeraars van kwaliteitsjaarverslagen te voorzien is volgens ondervraagde niet nodig. Bovendien is het moeilijk uitvoerbaar; moet je dan aan iedere verzekeraar een jaarverslag sturen? Een verzekeraar kan – indien hij behoefte heeft aan een jaarverslag van een bepaalde instelling - dit contractueel met betreffende instelling/zorgaanbieder regelen.

rijksambtenaren:

Feedback op kwaliteitsjaarverslagen is een goede zaak. Echter, de Inspectie heeft hiervoor te weinig tijd/menskracht. En de wet geeft niet aan wat de rol van de verzekeraar is ten aanzien van het kwaliteitsjaarverslag. En, aan welke verzekeraar moet een instelling dat verslag versturen als sommige verzekeraars landelijk of regionaal werkzaam zijn?

Conclusie 12:

Er zijn juridische vragen en onduidelijkheden over de (on)mogelijkheden van de handhavinginstrumenten bevel en aanwijzing. Ook de relatie tussen deze instrumenten en de mogelijkheid van bestuursdwang roept vragen op. Mede hierdoor wordt van deze instrumenten zeer weinig gebruikgemaakt.

Aanbeveling 12:

Het is gewenst meer helderheid te brengen ten aanzien van de toepassing van de handhavinginstrumenten bevel en aanwijzing en over de relatie tussen deze instrumenten en de mogelijkheid van bestuursdwang. Het beleid behoort er meer op gericht te zijn dat de instrumenten bevel en aanwijzing onderdeel te zijn van een traject met vervolgstappen en een eindpunt.

Reacties:***individuele beroepsbeoefenaren:***

Als het handhavinginstrumentarium (kennelijk) onduidelijk is moet dat worden verhelderd.

directeuren zorginstellingen:

Bevel en aanwijzing zien de directeuren als zware handhavinginstrumenten. Er is – zegt een directeur – niet zozeer sprake van juridische onduidelijkheid. Wel is het wenselijk om bij het gebruik van sancties andere maatregelen te overwegen of nuancering te brengen in de bestaande. Denk ook aan financiële sancties. Helderheid te brengen in de toepassing van het bestaande arsenaal aan handhavinginstrumenten is niet nodig.

manager zorgverzekeraar:

Als er juridische vragen en onduidelijkheden zijn over de wet, dan heeft dat reparatie van de wet. Vooral ten aanzien van sancties moet duidelijk zijn, wanneer, door wie en hoe uitvoering plaatsvindt.

rijksambtenaren:

De ene geïnterviewde weet niet of er juridische onduidelijkheden in de wet zijn. De andere acht geen onduidelijkheden aanwezig. Wel heerst er volgens hem een zekere angst bij het ministerie om de beschikbare juridische instrumenten te gebruiken. Als voorbeeld noemt hij bestuursdwang, dat in de praktijk daardoor geen gangbaar instrument is.

Conclusie 13:

De aanbevelingen bij 11¹⁰⁴ nemen niet weg dat ook in een situatie van juridische helderheid over de (on)mogelijkheden van de instrumenten bevel en aanwijzing, deze toch altijd als uiterste middel zullen worden gezien.

Aanbeveling 13:

Het sanctie-instrumentarium van de Inspectie moet worden uitgebreid met minder zware middelen. Aansluiting kan worden gezocht bij de voorstellen van de Adviescommissie IGZ ter zake. Daarnaast blijft de gebruikmaking van de bevoegdheid tot het opleggen van dwangsommen mogelijk. De mogelijkheden van deze bevoegdheid moeten beter worden benut.

Reacties:***individuele beroepsbeoefenaren:***

Als bevel en aanwijzing kennelijk een te zwaar middel zijn, en uitbreiding van die middelen nodig is en meer gebruikt gemaakt kan worden van dwangsommen, dan zijn de geïnterviewden het wel eens met de aanbevelingen. Eén van hen merkt op dat er ook niet-financiële straffen mogelijk zijn, zoals een soort tuchtrecht voor instellingen. Als een ziekenhuis zich niet goed aan de wet houdt, kan dit feit in de openbaarheid worden gebracht. Dat zal een preventief effect hebben. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars dit soort ziekenhuizen boycotten door geen contract met hen aan te gaan.

directeuren zorginstellingen:

Eén directeur is het er mee eens om het sanctie-instrumentarium te voeden met minder zware middelen. Ook, dat de koepelorganisaties een verantwoordelijkheid hebben om toezicht te houden op individuele instellingen, bijvoorbeeld door een keurmerk voor de branche te ontwikkelen en hierop controle uit te oefenen. Voor de ander was deze vraag niet te beantwoorden. Hij was het al oneens met de aanbeveling 12.

manager zorgverzekeraar:

Het sanctie-instrumentarium van de Inspectie behoeft minder zware handhavingsmiddelen.

rijksambtenaren:

Eén ambtenaar vraagt zich af of er meer duidelijkheid moet komen over de handavingsinstrumenten. Als die kennelijk onduidelijk zijn, dan pas is een verbeteringsactie gewenst. Hij ziet ook een taak weggelegd voor cliëntenraden, die hun toetsende rol kunnen effectueren door over bevindingen (in de krant) te publiceren. Zo'n psychologisch instrument dwingt instellingen verantwoorde zorg te leveren. Ook: een tuchtrecht voor instellingen waarbij publicatie van "missers" plaatsvindt. Een praktijkvoorbeeld: de Stichting Kind en Ziekenhuis streeft er naar dat ouders van zieke kinderen bij hun kind kunnen overnachten. Publicatie van de namen van ziekenhuizen waar dat niet mogelijk was, gold bij ouders als een negatieve indicatie voor dat ziekenhuis. Het effect van de publicatie van de namen van "kindonvriendelijke" ziekenhuizen was dat binnen enkele jaren in ieder ziekenhuis overnachtingsmogelijkheden bestonden.

De ander vindt het onzin om naast de bestaande handavingsinstrumenten nieuwe te ontwikkelen, mede gezien de zorgvuldige interne procedure bij de Inspectie als . Onzin, omdat met de huidige instrumenten (aanwijzing, bevel en bestuursdwang), naast overtuiging en overreding, de Kwaliteitset zorginstelling goed is te handhaven. Het schort eerder aan lef om de huidige instrumenten toe te passen. Met name de toepassing van een aanwijzing en bestuursdwang (door de Minister) stuit vaak op (politieke) weerstand. Wellicht door onwetendheid of de angst voor schadevergoeding als de rechter bepaalt, dat een handavingsmaatregel ten onrechte is opgelegd.

¹⁰⁴ ZonMw doelt op conclusie 12

Conclusie 14:

In een aantal sectoren heeft het veld nog onvoldoende kwaliteitsnormen ontwikkeld. Het risico bestaat dat de handhavende instanties de neiging vertonen op te treden als regelgevers. Dat is echter niet hun taak en verantwoordelijkheid.

Aanbeveling 14:

De ontwikkeling van kwaliteitsnormen is de verantwoordelijkheid van het veld. Waar die verantwoordelijkheid niet genomen wordt, behoren overheid en Inspectie krachtiger op te treden.

Reacties:***individuele beroepsbeoefenaren:***

Een pressiemiddel om sectoren van instellingen te dwingen om kwaliteitsnormen te stellen, is niet verkeerd, zegt een geïnterviewde, waarbij consensusbijeentkomsten een goed middel is om tot gezamenlijke normen te komen. Dat het een verantwoordelijkheid is van en voor het veld om kwaliteitsnormen op te stellen staat buiten kijf. Zo nodig moet de overheid optreden om dit af te dwingen.

directeuren zorginstellingen:

Koepelorganisaties hebben het voortouw om – zie ook onder 13 – kwaliteitsnormen te ontwikkelen. Het is niet goed als de overheid dat doet. Wel zal de overheid corrigerend dienen op te treden als koepelorganisaties in gebreke blijven.

manager zorgverzekeraar:

De branche dient zelf kwaliteitsnormen te ontwikkelen. Zo nodig treedt de overheid op. Geïnterviewde ziet dit als een open deur (staat in de wet).

rijksambtenaren:

De wet zegt al dat als het zorgveld geen kwaliteitsnormen ontwikkelt, de overheid dat hoort te doen. Op de keper beschouwd is deze conclusie onzin, zegt één geïnterviewde. En, uiteraard hoort de Inspectie op te treden als het zorgveld geen kwaliteitsnormen ontwikkelt. De ander onthoudt zich van een mening.

Conclusie 15:

De Wet klachtrecht opent de mogelijkheid dat een ziekenhuis en de daarin werkzame, vrijgevestigde specialisten aangesloten zijn bij verschillende klachtencommissies. Dit kan ertoe leiden dat het voeren van een integraal kwaliteitsbeleid door ziekenhuizen wordt bemoeilijkt.

Aanbeveling 15:

Het verdient aanbeveling de Wet klachtrecht zo aan te passen dat het ziekenhuis het centrale klachtenadres wordt, naar analogie van de wijze waarop in art. 1 lid 3 KZI de relatie tussen ziekenhuis en maatschap wordt geregeld.

Reacties:***individuele beroepsbeoefenaren:***

Die meer dan een klachtencommissies per ziekenhuis speelt niet bij de geïnterviewden. Betreffende ziekenhuizen beschikken al over één klachtencommissie conform de wens van de Evaluatiecommissie.

directeuren zorginstellingen:

Eén klachtencommissie voor alle specialisten in het ziekenhuis is voor een van de geënquêteerde al realiteit. Meer dan één adres wordt door hem onwenselijk geacht.

manager zorgverzekeraar:

Dat er per ziekenhuis een klachtencommissie komt, is een open deur. Natuurlijk moet dat zo zijn.

rijksambtenaren:

Per ziekenhuis één klachtencommissie. Volgens de ambtenaren is dat in de praktijk al zo. Ze vinden de conclusies vergezocht of beschouwen dit als een no problem.

Conclusie 16:

De mogelijkheden om de relatie tussen klachten en kwaliteitsbeleid uit te werken, bijvoorbeeld in een gezamenlijk verslag, wordt bemoeilijkt door de wettelijke verschillen betreffende het tijdstip waarop de verplichte jaarverslagen gereed moeten zijn (1 april volgens de Wet klachtrecht, 1 juni volgens de KZI).

Aanbeveling 16:

De tijdstippen waarop in de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet Klachtrecht de verplichte jaarverslagen gereed moeten zijn, kunnen beter gelijkgetrokken worden.

Reacties:***individuele beroepsbeoefenaren:***

Dat voor de tijdstippen waarop de verplichte jaarverslagen van de Kwaliteitswet zorginstellingen en andere gezondheidswetten gereed moeten zijn, één en dezelfde datum dient te zijn, is logisch. Een beetje een non probleem. Dat regel je toch als overheid!

directeuren zorginstellingen:

Het is belachelijk om voor verschillende gezondheidswetten verschillende data te hebben waarop een jaarverslag moet worden ingediend. De oplossing om die datum gelijk te stellen, is een “open deur”.

manager zorgverzekeraar:

Het is eveneens een open deur om de tijdstippen waarop jaarverslagen van verschillende gezondheidswetten gereed moeten zijn, gelijk te trekken.

rijksambtenaren:

De tijdstippen waarop volgens de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet Klachtrecht de jaarverslagen gereed dienen te zijn – al dan niet in één document – horen gelijk te worden gesteld.. Hier wordt aan gewerkt of het is al gebeurd.

Conclusie 17:

Andere wetten verplichten de zorgaanbieder tot activiteiten die behulpzaam kunnen zijn bij het naleven van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Te denken valt aan de Wgbo (het operationaliseren van de daarin genoemde patiëntenrechten), de Wet klachtrecht (het betrekken van klachten bij de vormgeving van het kwaliteitsbeleid) en de Wet medezeggenschap (het installeren van een cliëntenraad die een wettelijk recht van verzaamd advies heeft met betrekking tot het kwaliteitsbeleid van de instelling). Eerdere evaluaties van deze wetten laten zien dat aan de naleving daarvan op de genoemde punten nog het nodige schort.

Aanbeveling 17:

De zorgaanbieders behoren aangesproken te worden op de naleving van andere wetten die tot activiteiten verplichten, die behulpzaam kunnen zijn bij het naleven van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Reacties:

individuele beroepsbeoefenaren:

Als de naleving van de Kwaliteitswet zorginstellingen betekent dat ook de naleving van andere wetten zoals Wgbo, Wet klachtrecht en de Wet medezeggenschap, daarmee kan worden afgedwongen is dat prima.

directeuren zorginstellingen:

Hoewel één directeur onbekend is met de mogelijkheid om via de Kwaliteitswet zorginstellingen druk uit te oefenen voor de naleving van andere gezondheidswetten zoals de Wet medezeggenschap en de Wet Klachtrecht, zien beiden dit als een goede zaak, één kwalificeert het zelfs als zeer vanzelfsprekend.

manager zorgverzekeraar:

Ook dat zorgaanbieders aangesproken worden op de naleving van andere wetten ziet geïnterviewde als een open deur. De wet laat dit ook nu al toe.

rijksambtenaren:

Instellingen moeten aan de wet voldoen. Eigenlijk zijn deze conclusies en aanbevelingen overbodig.

Bijlage 2

Geïnterviewden:

Dick de Bruijn	voormalig projectleider Kwaliteit van Zorg
Bob van Steijnen sr	medisch specialist
Bob van Steijnen jr	medisch specialist in opleiding
Ewout Houwerzijl	medisch specialist in opleiding
Erik Zwart	directeur verpleeghuis
Paul Ansems	directeur ziekenhuis
Paul Francissen	ambtenaar ministerie van VWS
Jorden van Foreest	ambtenaar ministerie van VWS
René Dehue	directeur juridische stafafdeling

Bijlage 3

Enquête AbvaKabo-symposium op 10 maart 2004 over de evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen

25/2/2004

Globale persoonlijke gegevens

Uw leeftijdscategorie	<input type="checkbox"/> 20-30 jaar <input type="checkbox"/> 30-40 jaar <input type="checkbox"/> 40-50 jaar <input type="checkbox"/> 50-60 jaar <input type="checkbox"/> ouder dan 60 jaar
Geeft u leiding?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Bent u een hand aan het bed?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen. Zo neen, wat voor functie heeft u dan?
Wat is uw eventuele beroepsopleiding?	<input type="checkbox"/> verpleegkundige <input type="checkbox"/> verzorgende <input type="checkbox"/> arts <input type="checkbox"/> maatschappelijk werker <input type="checkbox"/> fysiotherapeut <input type="checkbox"/> anders, te weten:

Instellingsgegevens

De instelling waar ik werkzaam ben is een:	
<input type="checkbox"/> ziekenhuis	<input type="checkbox"/> verpleeghuis
<input type="checkbox"/> verzorgingshuis	<input type="checkbox"/> thuiszorginstelling
<input type="checkbox"/> instelling voor gehandicapten	<input type="checkbox"/> revalidatie instelling
<input type="checkbox"/> andere instelling, te weten:	
<hr/>	
<input type="checkbox"/> ik ben <u>niet</u> in een instelling werkzaam; ik werk bij	
<hr/>	
In welke provincie is de instelling gevestigd?	
<input type="checkbox"/> Groningen	<input type="checkbox"/> Noord-Holland
<input type="checkbox"/> Friesland	<input type="checkbox"/> Zuid-Holland
<input type="checkbox"/> Drenthe	<input type="checkbox"/> Zeeland
<input type="checkbox"/> Overijssel	<input type="checkbox"/> Noord Brabant
<input type="checkbox"/> Gelderland	<input type="checkbox"/> Limburg
<input type="checkbox"/> Utrecht	
<input type="checkbox"/> Flevoland	

Gegevens van belang voor de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen

Hanteert uw instelling een kwaliteitssysteem (bijv. INK, HKZ, NIAZ, MIK-V of ISO)? <input type="checkbox"/> ja, namelijk <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> weet ik niet
Neemt u binnen uw instelling deel aan commissies of werkgroepen of vult u periodiek enquêteformulieren in met als doel het kwaliteitsbeleid van uw instelling te verbeteren? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Uw eventuele toelichting:.....
Neemt u binnen uw instelling deel aan commissies of werkgroepen of vult u periodiek enquêteformulieren in speciaal gericht op <i>evaluatie</i> van het kwaliteitsbeleid van uw instelling? Of levert u een actieve bijdrage aan het kwaliteitsjaarverslag van uw instelling? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Uw eventuele toelichting:.....
Was u op de hoogte van de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen in 2001? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen

**Heeft u in de praktijk wat gemerkt van een evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen?
(bijvoorbeeld doordat het kwaliteitsbeleid van uw instelling veranderde met meer aandacht voor het kwaliteitsjaarverslag en meer aandacht voor patiëntenbelangen)**

ja neen weet ik niet

Uw eventuele

toelichting:

**Acht u – gezien het resultaat van dit symposium – het nuttig om de Minister van Volksgezondheid
periodiek te rapporteren over uw praktijkervaring met de Kwaliteitswet zorginstellingen?**

ja neen weet ik niet

Uw eventuele

toelichting:

Hartelijk dank voor het invullen van het enquêteformulier.

Wilt u het formulier s.v.p. aan het eind van het symposium inleveren bij de organisatie?

U kunt het eventueel ook toesturen aan:

Koos Graniewski,

Florazoom 43,

2719 HS Zoetermeer

tel. 079-3616340

Koos Graniewski benut de enquêtegegevens voor zijn eindscriptie Bestuurskunde.

De resultaten van de enquête komen ook ter beschikking van de AbvaKabo

**Als Koos nog aanvullende gegevens nodig heeft of nadere informatie van u wilt hebben,
mag hij u dan telefonisch benaderen?**

Zo ja, wil u dan s.v.p uw gegevens hieronder vermelden.

Naam:	
Telefoonnummer:	

Bijlage 4¹⁰⁵

G. Korte reactie of reflectie naar aanleiding van de 17 conclusies en aanbevelingen

Om de reacties te peilen geeft de geïnterviewde door middel van het aankruisen van een vierkantje zijn of haar voorkeur aan of mening weer. Soms is een conclusie een open deur. Een toelichting op voorkeur of mening is welkom.

helemaal mee eens totaal mee oneens

Conclusies en aanbevelingen	Reacties; commentaar geïnterviewde
<p><i>Conclusie 1:</i> Hoewel de ontwikkelingen per sector verschillen, is in het algemeen sprake van een achterstand met betrekking tot het realiseren van het door de KZI beoogde cyclisch proces van kwaliteitsbewaking en -verbetering. Zorgaanbieders en hun brancheorganisaties hebben nog (lang) niet alle fasen van het in de KZI beoogde cyclische proces van kwaliteitsbewaking- en verbetering gerealiseerd. Dit geldt met name ook voor de fase van het meten en verwerken van resultaten.</p>	<p>eens <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oneens ↑ open deur Toelichting:</p>
<p><i>Aanbeveling 1:</i> Zorgaanbieders die onder de wet vallen moeten actiever zijn in het realiseren van het cyclische proces van kwaliteitsbewaking en -verbetering. In aanvulling daarop behoren de branchorganisaties van zorgaanbieders, al dan niet sectorgewijs, inhoud te geven aan een regiefunctie. Te denken valt aan een instantie of voorzieningen die de kwaliteitsontwikkelingen kunnen coördineren, monitoren en ondersteunen. In dat kader moet tevens worden voorzien in zorgbrede mogelijkheden voor accreditatie of certificatie. De rol en de functie van de Stichting HKZ bij het stimuleren van de toepassing van certificatie- en beoordelingsschema's in de verschillende sectoren kan verder versterkt worden. Voor wat betreft de ziekenhuizen kan daarbij aangesloten worden op de NIAZ-accreditatie.</p>	<p>eens <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oneens ↑ logisch gevolg conclusies ↑ of juist niet ↑ open deur ↑ vernieuwend ↑ doen we al ↑ gaan we doen ↑ weet het niet ↑ niet uitvoerbaar Toelichting:</p>

en zo voort



¹⁰⁵ Dit is een onderdeel van de totale checklist die ik gebruikte.

Bijlage 5

Enquête Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen (23 april 2004)

Uw positie en functies in consumenten- of patiëntenorganisaties

1	Bent u lid van een landelijke consumenten- of patiëntenorganisatie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Zo ja, welke?
2	Vanuit welke instelling of organisatie bent u lid van de Zorgvragersraad?	
3	Maakt u deel uit van een cliëntenraad?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
3a	Zo ja, heeft uw cliëntenraad volgens u voldoende invloed op het kwaliteitsbeleid van de zorginstelling waarvan ze deel uitmaakt? (luistert de directie naar de cliëntenraad en neemt ze ideeën van de raad over?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> onvoldoende <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> weet ik niet

Algemene informatiebronnen over consumenten of patiëntenaangelegenheden

4	Wat is uw informatiebron voor consumenten- of patiëntenaangelegenheden? (als u meerdere bronnen heeft, geeft dan een prioriteit aan, waarbij uw belangrijkste bron een "1" krijgt, de één na belangrijkste een "2", enz.)	<input type="checkbox"/> de landelijke patiëntenvereniging <input type="checkbox"/> de RPCP Den Haag en omgeving <input type="checkbox"/> de regionale patiëntenvereniging <input type="checkbox"/> de Zorgvragersraad Zoetermeer <input type="checkbox"/> een plaatselijke patiëntenvereniging <input type="checkbox"/> instelling <input type="checkbox"/> de gemeente Zoetermeer <input type="checkbox"/> (rijks)overheidspublicatie, Postbus 55, etc. <input type="checkbox"/> berichten in tijdschrift <input type="checkbox"/> de krant <input type="checkbox"/> een vakbond <input type="checkbox"/> anders:
---	--	--

Specifieke vragen over de Kwaliteitswet zorginstellingen

5	Sinds 1996 bestaat de Kwaliteitswet zorginstellingen. Weet u van het bestaan van deze wet af?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
5a	Zo ja, hoe kreeg u uw informatie?	<input type="checkbox"/> via een landelijke patiëntenvereniging <input type="checkbox"/> via de RPCP Den Haag en omgeving <input type="checkbox"/> via een regionale patiëntenvereniging <input type="checkbox"/> via een plaatselijke patiëntenvereniging <input type="checkbox"/> via instelling <input type="checkbox"/> via een overheidspublicatie <input type="checkbox"/> via een bericht in tijdschrift <input type="checkbox"/> een vakbond <input type="checkbox"/> anders: <input type="checkbox"/> weet ik niet meer

Specifieke vragen over de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen

6	Wist u dat de Kwaliteitswet zorginstellingen (in 2001) werd geëvalueerd?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
6a	Zo ja, hoe kreeg u uw informatie over de Kwaliteitswet zorginstellingen?	<input type="checkbox"/> via een landelijke patiëntenvereniging <input type="checkbox"/> via de RPCP Den Haag en omgeving <input type="checkbox"/> via een regionale patiëntenvereniging <input type="checkbox"/> via de Zorgvragersraad Zoetermeer <input type="checkbox"/> via een plaatselijke patiëntenvereniging <input type="checkbox"/> via instelling <input type="checkbox"/> via een overheidspublicatie <input type="checkbox"/> via een bericht in tijdschrift <input type="checkbox"/> een vakbond <input type="checkbox"/> anders: <input type="checkbox"/> weet ik niet meer
7	Heeft u in de praktijk wat gemerkt van deze evaluatie van de wet, bijvoorbeeld doordat er meer (politieke) aandacht kwam voor patiëntenbelangen of dat instellingen hieraan meer aandacht schonken?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> weet ik niet
8	Weet u dat zorginstellingen volgens de Kwaliteitswet zorginstellingen kwaliteitsjaarverslagen moeten maken?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
8a	Heeft u wel eens meegewerkt aan zo'n Kwaliteitsjaarverslag? (bijv. door het schrijven van een hoofdstukje over patiënten participatie in de instelling)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
9	Wie is of zijn volgens u verantwoordelijk voor de kwaliteit van de door zorginstellingen geleverde zorg? (Onder "verschillende instanties" zijn meerdere antwoorden mogelijk)	<input type="checkbox"/> alleen de zorginstelling zelf <input type="checkbox"/> verschillende instanties, zoals: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> de zorginstelling <input type="checkbox"/> de zorgverzekeraar <input type="checkbox"/> consumenten-patiëntenorganisaties <input type="checkbox"/> de rijksoverheid <input type="checkbox"/> de provinciale overheid <input type="checkbox"/> de gemeentelijke overheid <input type="checkbox"/> anderen:
10	Vindt u dat de overheid toezicht moet houden op de kwaliteit van de door zorginstellingen geleverde zorg?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
10a	Zo ja, welke overheid?	<input type="checkbox"/> de Inspectie voor de Gezondheidszorg (zoals het nu in de Kwaliteitswet is geregeld) <input type="checkbox"/> de rijksoverheid anders dan de inspectie <input type="checkbox"/> de provinciale overheid <input type="checkbox"/> de gemeentelijke overheid
11	Heeft de zorgverzekeraar een taak bij het kwaliteitsbeleid van een instelling?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen

11a	Zo ja, welke taak of taken?	<input type="checkbox"/> doeltreffendheid van de zorgverlening <input type="checkbox"/> doelmatigheid van de zorgverlening <input type="checkbox"/> klantgerichtheid van de zorgverlening <input type="checkbox"/> anders:
12	Hebben consumenten- en patiëntenorganisaties een taak bij het kwaliteitsbeleid van een instelling?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
12a	Zo ja, welke taak of taken?	<input type="checkbox"/> doeltreffendheid van de zorgverlening <input type="checkbox"/> doelmatigheid van de zorgverlening <input type="checkbox"/> klantgerichtheid van de zorgverlening <input type="checkbox"/> anders:
12b	Hoe zou volgens u de invloed van de consument of patiënt in het kwaliteitsbeleid van een zorginstelling kunnen worden verbeterd?	

Uw naam*:	
Telefoonnummer*:	

* U hoeft dit niet in te vullen. Ik vraag dit alleen om u eventueel nog nadere - of aanvullende vragen te kunnen stellen, indien dat - in het kader van mijn scriptie - nodig blijkt te zijn.

Hartelijk dank voor het invullen van dit enquêteformulier.

Gaarne retourneren aan: J.E. Graniewski, Florazoom 43, 2719 HS Zoetermeer
(gefrankeerde retourenveloppe is bijgevoegd)

Bijlage 6

Samenstelling van de commissies die waren betrokken bij het evaluatie-onderzoek Kwaliteitswet zorginstellingen van ZonMw

De leden van de Commissie evaluatie regelgeving: prof.dr. H.J.J. Leenen (voorzitter), prof.dr. O.J.S. Buruma (vice-voorzitter), mr. C.A. de Goede. Mr.drs. A.P. van Gurp, prof.dr. J. Pool, mr. W.P. Rijkse, drs. R.L.J.M. Scheerder, mr L.J.H.H.M. Vandeputte-Niemegeers en prof.dr. G., van der Wal en als waarnemer vanuit het ministerie van VWS: mr. P.W.H.M. Francissen.

De leden van de begeleidingscommissie evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen: M.C. Greweldinger, prof.mr. W.R. Kastelein, prof.dr. H.J.J. Leenen (voorzitter), mr. R.P. de Roode, R.J. van Rooijen, prof.mr. H.D.C. Roscam Abbing, mr. A.M. Vermaas, dr. C. Wagner en als waarnemer: drs. M.A. van der Putten van het ministerie van VWS.

Beide commissies hadden secretariële ondersteuning vanuit ZonMw.

De deelnemers aan de expertmeeting, die in het kader van het evaluatie-onderzoek plaatsvonden, waren vooral vertegenwoordigers van koepelorganisaties, hoogleraren en onderzoekers van het Verwey-Jonker Instituut en het iBMG, onder voorzitterschap van prof.dr. A.F. Casparie¹⁰⁶.

¹⁰⁶ Prof. Casparie beïnvloedde het kwaliteitsbeleid in Nederland heel direct, o.a. als voorzitter van de Commissie Voortgang Onderzoek Kwaliteit (een commissie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid), als lid van de Klankbordgroep nota Kwaliteit van Zorg en als geconsulteerde expert bij de concipiëring van de Kwaliteitswet zorginstellingen.