

Vergaderjaar 2021–2022

35 660

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

Nr. 9

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 25 januari 2022

De initiatiefnemers danken de leden van de fracties van SP, CDA, D66, VVD en GroenLinks voor hun reacties op het onderhavige wetsvoorstel. Het belang van professionele autonomie en invloed van zorgverleners op het zorginhoudelijke beleid wordt door alle bovengenoemde fracties gedeeld. De vragen die zijn gesteld door de leden zullen geclusterd worden beantwoord in de onderstaande volgorde.

Inhoudsopgave

	blz.
1. Inleiding	1
2. Hoofdpijnen van het wetsvoorstel	3
3. Verhouding tot nationale regelgeving	14
4. Gevolgen	15
5. Toezicht en handhaving	17
6. Financiële gevolgen	18
7. Evaluatie	18
8. Advies en consultatie	19
9. Artikelsgewijs	21

1. Inleiding

De leden van de **D66-fractie** willen benadrukken dat zij groot belang hechten aan invloed en zeggenschap van medewerkers op het beleid binnen hun organisatie. Dat geldt met name voor zorginstellingen waarbij inspraak van zorgverleners in het algemeen en verpleegkundig en verzorgend personeel in het bijzonder een grote bijdrage kan leveren aan een goede kwaliteit van zorg, maar ook kan bijdragen aan het werkplezier en daarmee aan het kunnen aantrekken en behouden van zorgpersoneel. Deze leden danken daarbij de initiatiefnemers voor het opstellen van dit wetsvoorstel. Wel hebben zij hierbij nog vragen, omdat het voor deze leden nog onvoldoende duidelijk is in hoeverre aangetoond is dat dit wetsvoorstel zal bijdragen aan meer invloed en zeggenschap zonder dat dit een disproportionele administratieve last met zich meebrengt.

De initiatiefnemers danken de leden van de fractie van D66 voor hun inbreng. Zij begrijpen tevens de zorgen die de voornoemde leden hebben met betrekking tot de administratieve lasten. Of de administratieve lasten proportioneel zijn vergeleken met het doel van de wet, namelijk de invloed versterken die zorgverleners op het zorginhoudelijke beleid, is aan de Tweede Kamer. De initiatiefnemers hebben de administratieve lasten zo goed mogelijk in kaart gebracht, zodat de verschillende fracties een eigen afweging kunnen maken. Daarnaast hebben de initiatiefnemers gekozen voor een wettelijke borging die zo min mogelijk administratieve lasten met zich mee brengt. Door een open norm te kiezen die kwalitatief wordt getoetst door de interne en externe toezichthouders worden de administratieve lasten zo veel mogelijk beperkt.

De leden van de **CDA-fractie** delen met de initiatiefnemers de analyse dat werkenden in de zorg te weinig autonomie hebben en te weinig betrokken worden bij de ontwikkelingen in en de resultaten van de zorginstelling. Zij zijn het dan ook met de initiatiefnemers eens over het doel van dit wetsvoorstel, namelijk meer autonomie en meer medezeggenschap. Een goed functionerende verpleging en verzorging binnen organisaties ligt aan de basis van goede zorg. Deze leden zijn van mening dat de indieners onvoldoende hebben geanalyseerd waarom zorgmedewerkers hieraan nu onvoldoende kunnen bijdragen en niet worden betrokken bij het primaire zorgproces. Kunnen de indieners hierop reflecteren?

De initiatiefnemers zijn blij dat de leden van de fractie de analyse delen dat zorgverleners te weinig invloed kunnen uitoefenen op zorginhoudelijk beleid en het primaire proces van zorgverlening. Op de vraag waarom zorgverleners nu te weinig invloed kunnen uitoefenen is niet makkelijk een eenduidig antwoord te geven. Tegelijkertijd kunnen de initiatiefnemers er wel iets over zeggen. het beroep van verpleegkundige of verzorgende is namelijk niet altijd een echt zelfstandig beroep geweest. Voor de professionalisering van het vak was de verpleegkundige en verzorgende eigenlijk alleen maar het hulpje van de arts. En de beslissingen over hoe zorg werd verleend werd gemaakt door de dokter en het bestuur. Deze historische context werkt nog steeds door in de wijze waarop zorg nu is georganiseerd. Hoewel het vak van de verpleegkundige is geprofessionaliseerd en deze zorgverleners al lang niet meer «het hulpje van de arts» zijn, is de organisatiestructuur niet overal meebewogen en hebben verpleegkundigen en verzorgenden niet overal de positie gekregen die zijn verdienen.

De leden van de CDA-fractie vragen in algemene zin aan de initiatiefnemers om eens te reageren op het feit dat de Raad van State stelt dat er voldoende mogelijkheden zijn om zowel via wetgeving als via de Governancecode Zorg, zorgverleners te betrekken bij het zorginhoudelijk beleid omtrent de zorg. Met andere woorden, in hoeverre is het wetsvoorstel noodzakelijk of is het wenselijk deze wetgevende stap te zetten?

Er zijn altijd mogelijkheden geweest voor zorgaanbieders om zorgverleners meer invloed uit te laten oefenen op het primaire proces van zorgverlening en het zorginhoudelijke beleid van zorgorganisaties. Het probleem is dat dit onvoldoende gebeurt. Individuele aanbieders van zorg staat het vrij om zorgverleners meer invloed te geven en de sector zelf kan, onder andere met de Governancecode Zorg, regels maken om de invloed van zorgverleners beter te borgen. Tot nu toe blijkt helaas dat, hoewel de noodzaak van invloed van zorgverleners breed wordt onderkend, er weinig stappen worden gezet om die invloed beter vast te leggen. De Governancecode Zorg, die stamt uit 2017 en dus relatief nieuw

is, besteedt weinig aandacht aan invloed van zorgverleners. Er wordt wel afgesproken dat er een medezeggenschapsorgaan moet zijn, maar de doelen worden niet vastgelegd. Het onderliggende wetsvoorstel versterkt op twee manieren de positie van de zorgverlener. Ten eerste wordt vastgelegd dat zorgverleners invloed moeten kunnen uitoefenen op zorginhoudelijk beleid. Hierdoor wordt een medezeggenschapsorgaan minder vrijblijvend. Ten tweede gaat het in de Governancecode Zorg alleen over medezeggenschapsorganen. Dit initiatiefwetsvoorstel vergroot ook de professionele autonomie door zorgverleners meer invloed te geven op het primaire proces van zorgverlening. Het feit dat de Governancecode Zorg 2017 hier zo weinig aandacht aan besteedt, terwijl deze discussie al zeker 30 jaar speelt, is in de ogen van de indieners een extra bewijs dat er bij dit belangrijke onderwerp extra wettelijke sturing noodzakelijk is.

De leden van de fractie van CDA vragen ook wat volgens de initiatiefnemers de reden c.q. de oorzaken zijn dat er nu blijkbaar met verpleegkundigen en verzorgenden geen regulier teamoverleg is?

Met betrekking tot de frequentie van het teamoverleg schrijven de initiatiefnemers in de memorie van toelichting niet dat er per definitie te weinig teamoverleg is. Het draait om de inhoud van de teamoverleggen. Hierbinnen dient er meer ruimte te ontstaan voor zorgverleners om vanuit hun eigen expertise invloed uit te oefenen op de wijze waarop zij zorg verlenen en het zorginhoudelijke beleid van de organisatie. Het draagt bij aan de kwaliteit van de teamoverleggen, niet direct aan de kwantiteit.

Met het oog op de uitdagingen waar de zorg voor staat, zoals de inhaalzorg die geleverd moet worden, de aankomende vergrijzing en verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste lijn, is het volgens de leden van de **GroenLinks-fractie** noodzakelijk dat zorgverleners invloed kunnen uitoefenen op het zorginhoudelijke beleid en het primaire proces. Ook zonder deze uitdagingen is het echter in de ogen van genoemde leden belangrijk dat zorgverleners mee kunnen beslissen over de wijze waarop zij zorg moeten verlenen. Daarnaast blijkt uit alle onderzoeken naar de arbeidsmarkt in de zorg dat het gebrek aan invloed van zorgverleners een reden is om het vak te verlaten.

2. Hoofdlijnen van het wetsvoorstel

De leden van de **VVD-fractie** lezen dat de nadruk binnen het initiatiefvoorstel ligt op het verbeteren van de invloed van verpleegkundigen en verzorgenden. Deze leden zijn hier zeer blij mee. Het wetsvoorstel betreft echter iedereen die volgens de Wkkgz een zorgverlener is. Waaruit blijkt dat de invloed van andere zorgverleners, anders dan medisch specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden, niet achterloopt en van invloed kan zijn op de directe verbetering van de zorg, zo vragen deze leden.

De initiatiefnemers danken de VVD voor hun inbreng. Zoals in de memorie van toelichting uiteengezet, blijkt uit verschillende onderzoeken dat met name de invloed van verpleegkundigen en verzorgenden achterloopt ten opzichte van andere medische beroepsgroepen. Dat betekent uiteraard niet dat daar waar de invloed van andere medische beroepsgroepen achterloopt dit de aandacht niet verdient. Alle zorgverleners hebben een waardevol professioneel oordeel en zouden vanuit hun eigen expertise invloed op het zorginhoudelijke beleid en het primaire proces van zorgverlening moeten kunnen uitoefenen.

De leden van de VVD-fractie concluderen, verwijzend naar de evaluatie van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz), dat met een wetswijziging een cultuursomslag te bewerkstelligen is. Zijn de initiatiefnemers het met genoemde leden eens dat de Wmcz een cultuursomslag mede afdwong vanwege de vaste bestuursstructuur? Hoe denken de initiatiefnemers dat de in het wetsvoorstel genoemde cultuursomslag bewerkstelligd zal worden, wetende dat de open norm veel ruimte laat voor «eigen invulling»? Waarbij eigen invulling dan bekeken dient te worden vanuit zowel werkgever als zorgverlener.

De initiatiefnemers delen de mening van de leden van de VVD fractie dat een cultuursomslag sneller kan worden bereikt als er vaste structuur wordt verplicht en er minder ruimte gelaten wordt voor eigen invulling van werkgevers/zorgverleners. Er zijn echter verschillende redenen waarom de initiatiefnemers niet hebben gekozen om een vaste structuur te verplichten. In de zorg bestaan heel veel verschillende soorten organisaties, zoals ziekenhuizen, verpleeghuizen, kleinschalige woonzorgcombinaties en thuiszorgorganisaties. Vanwege de grote verscheidenheid aan organisaties is er niet een passend model om invloed in alle organisaties goed te borgen. De initiatiefnemers vertrouwen erop dat de zorgverleners en de werkgevers, als de verplichting van het onderliggende wetsvoorstel in gaat, met hun kennis en expertise de beste vorm kunnen vinden om de invloed van zorgverleners op het primaire proces en het zorginhoudelijke beleid te formaliseren. Hiermee hebben de initiatiefnemers een balans beoogd tussen de zwaarte van de wetgeving en de wens vanuit de sector om zichzelf te reguleren. Als blijkt, bij de evaluatie van het onderhavige wetsvoorstel, dat de cultuursomslag onvoldoende wordt versneld, kan worden overwogen de wet verder aan te scherpen

De leden van de VVD-fractie lezen voorts dat autonomie van de verpleegkundige uitvoerig wordt beschreven. De verpleegkundige weet inderdaad vaak prima welke manier het beste werkt. Genoemde leden vragen of hierbij niet het gevaar bestaat dat ook de eigen regie van de cliënt uit het oog verloren wordt. Hoe blijft geborgd dat zorg altijd een samenspel is van autonomie van de professional en de eigen regie van de individuele cliënt?

Binnen de Wkkgz zijn artikelen 2 t/m 12 gewijd aan het begrip «goede zorg». Het onderliggende wetsvoorstel wijzigt artikel 3 om zorgverleners meer invloed te geven op het zorginhoudelijke beleid en het primaire proces. Er wordt niks gewijzigd aan artikel 2 van de Wkkgz¹, waarin is vastgelegd wat onder goede zorg wordt verstaan in relatie tot de zorgvrager. Goede zorg moet dus altijd nog veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht zijn en worden afgestemd op de reële behoefte van de cliënt.

De leden van de VVD-fractie lezen dat in de Governancecode Zorg 2017 en in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg al goede bepalingen staan waarmee beoogd wordt de invloed van zorgverleners te versterken. Zo zijn verpleegkundigen op diverse plaatsen, conform de bestaande kaders, lid van de raad van bestuur of is de beroepsgroep vertegenwoordigd in de Verpleegkundig Advies Raden (VAR). Hoe is de controle op deze kaders? Hoe zou juist dit wetsvoorstel nog van meerwaarde kunnen zijn op de al bestaande kaders? Welke ruimte kan juist door middel van dit wetsvoorstel gecreëerd worden, zo vragen genoemde leden.

¹ Artikel 2 van de Wkkgz.

De IGJ houdt toezicht op de kwaliteit van zorg aan de hand van de door de leden van de VVD fractie genoemde kaders. De problemen met deze kaders zijn dat ze enerzijds niet specifiek genoeg zijn of niet breed genoeg. In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg wordt stil gestaan bij de rol van de medezeggenschapsorganen en hoe zij de kwaliteit van zorg kunnen verbeteren. Dit is natuurlijk ontzettend goed, maar het gaat niet ver genoeg. Want het draait niet enkel om invloed op het zorginhoudelijk beleid, ook op het primaire proces van zorgverlening. Daarnaast beogen de initiatiefnemers voor zorgverleners zorgbreed de invloed te verbeteren en niet alleen voor een sector binnen de zorg. De Governancecode Zorg 2017 heeft een bepaling over medezeggenschap, maar deze is niet concreet genoeg om zorgaanbieders te sanctioneren als zorgverleners niet voldoende invloed uit kunnen oefenen op het primaire proces of het zorginhoudelijke beleid. Samenvattend betekent dit initiatiefwetsvoorstel dat de toezichthouders in de zorg toezicht kunnen houden op een concrete norm binnen de hele zorgsector.

De leden van de **D66-fractie** vragen de initiatiefnemers te reflecteren op hun keuze om de nadruk te leggen op het verbeteren van de invloed van verpleegkundigen en verzorgenden – wat deze leden van harte kunnen ondersteunen – maar dat zij in de precieze wetwijziging geen specifieke aanpassingen voorstellen voor de positie van verpleegkundig en verzorgend personeel. Kunnen de initiatiefnemers uitleggen wat de gevolgen zijn voor de relatieve invloed van verpleegkundigen en verzorgenden, daar waar hun belangen tegenstrijdig zijn aan andere beroepen binnen de zorg? Geldt dan altijd dat hun positie versterkt wordt? Is deze stelling niet afhankelijk van de aanname dat de invloed van verpleegkundig en verzorgend personeel altijd en overal achterloopt op die van ander zorgpersoneel? Kunnen de initiatiefnemers deze aanname nader onderbouwen?

De initiatiefnemers zien in de praktijk dat de invloed van verpleegkundig en verzorgend personeel achter loopt op andere groepen zorgverleners, met name op medisch specialisten, in de zorg. Derhalve zal het onderliggende wetsvoorstel op deze groepen de grootste impact hebben. Maar dat betekent niet dat andere beroepsgroepen, zoals physician assistants, fysiotherapeuten en medisch specialisten geen invloed op het zorginhoudelijke proces en het zorginhoudelijk beleid zouden moeten kunnen uitoefenen. Vanuit hun expertise en kennis weten zij ook wat goed is voor de patiënt. De belangenverstrengeling die initiatiefnemers waarnemen is dan ook niet zo zeer tussen verschillende zorgverleners die voor dezelfde patiënt zorgen, maar tussen zorgverleners en de leidinggevenden of raden van bestuur.

Daarnaast wensen de initiatiefnemers te benadrukken dat zij niet betogen dat de invloed van verpleegkundigen en verzorgenden per definitie overal en altijd achterlopen ten opzichte van andere zorgverleners. Maar daar waar zorgverleners niet in staat worden gesteld om invloed uit te kunnen oefenen beogen de initiatiefnemers een bijdrage te leveren aan het versterken van deze positie. En hoewel dit vaak voor verpleegkundigen en verzorgenden zal gelden, draait het niet enkel om deze groepen. Alle zorgverleners hebben namelijk een waardevol professioneel oordeel. En alle die professionals zouden vanuit hun eigen expertise invloed op het zorginhoudelijke beleid en het primaire proces van zorgverlening moeten kunnen uitoefenen.

De leden van de D66-fractie lezen dat de initiatiefnemers stellen dat met het kiezen voor deze open norm wordt geborgd dat zorgprofessionals door alle lagen van de organisatie invloed hebben. Kunnen de initiatiefnemers nader uitleggen welke waarborgen dit wetsvoorstel hiervoor

bevat zodat deze invloed ook daadwerkelijk door alle lagen wordt uitgeoefend en dat deze open norm overal ook op deze wijze wordt uitgelegd en toegepast?

Doordat het wetsvoorstel focust op het primaire proces en het zorginhoudelijke beleid zit er een waarborg in het onderliggende wetsvoorstel gebouwd om de invloed door alle lagen van de organisatie te borgen. Het primaire proces is de wijze waarop een zorgverlener zorg verleent. Daarmee wordt gestuurd op meer mogelijkheden voor zorgverleners om zelf te bepalen hoe de zorg wordt verleend. Het zorginhoudelijk beleid wordt hogerop in de andere lagen van de organisatie gemaakt. Doordat zorgverleners ook invloed moeten kunnen uitoefenen op het zorginhoudelijk beleid dienen ze ook op die lagen invloed te kunnen uitoefenen.

De leden van de D66-fractie begrijpen dat de invloed van zorgverleners op het beleid van groot belang is en dat deze invloed niet continu bij iedere beslissing meegewogen hoeft te worden, maar wel op regelmatige basis. Wat verstaan de initiatiefnemers onder het begrip «regelmatige basis»? Zal deze beoogde mate van invloed naar verwachting worden bereikt als het wetsvoorstel hier geen nadere invulling aan geeft? Of zorgt dit ervoor dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) moeite zal hebben met het handhaven van deze wetwijziging, omdat een zorgaanbieder het begrip «regelmatig» zeer breed kan uitleggen? Kunnen de initiatiefnemers tevens uitleggen waarom zij de beoogde invloed op regelmatige basis niet hebben opgenomen in de tekst van het wetsvoorstel?

Op welke termijn er overleg gehouden dient te worden zal ook verschillen per team, per aanbieder en per sector. Zorgverleners dienen aan te geven wat zij in hun organisatie «op regelmatige basis» vinden. Er zijn zorgaanbieders waarbij zorgverleners met relatief veel professionele autonomie kunnen werken, waarbij extra wettelijk opgelegde werkoverleggen eerder schaden dan bijdragen. De termijnen waarop er overleg dient plaats te vinden kan dus het best worden bepaald door zorgverleners zelf. Het is aan de interne en externe toezichthouders om te toetsen of dat in de ogen van de zorgverleners voldoende gebeurt. De IGJ en de raad van toezicht zullen in die zin dus geen moeite hebben met de toetsing, omdat dit relatief makkelijk kan worden uitgevraagd in gesprekken met zorgverleners.

De leden van de D66-fractie ondersteunen de wens van de initiatiefnemers dat zorgverleners vanaf het begin worden betrokken bij het beleid binnen hun organisaties. Kunnen de initiatiefnemers uitleggen of het huidige wetsvoorstel voldoende handvatten biedt om deze wens tot uitvoering te brengen? Waarom is er bijvoorbeeld niet voor gekozen om dit punt op te nemen in het wetsvoorstel als dit een belangrijke factor is voor goede zorg? Hebben toezichthouders op deze manier voldoende handvatten om hierop te handhaven dat zij niet – zoals de initiatiefnemers terecht aan de orde stellen – slechts pas in de laatste fase betrokken worden bij het maken van beleid?

De initiatiefnemers verwachten dat de toezichthouders, zowel de interne als de externe, genoeg handvatten hebben om te handhaven. Omdat in de memorie van toelichting duidelijk staat omschreven dat zorgverleners vooraf betrokken dienen te worden. Hiermee worden er ook direct handvatten aan de toezichthouders aangereikt om hierop te handhaven.

De leden van de D66-fractie vragen de initiatiefnemers welke concrete gevolgen deze wetwijziging zal hebben voor kleine zorgaanbieders. Vanwege de kleine omvang van de instelling is het aannemelijk dat de invloed van zorgverleners vaak heel natuurlijk verloopt en op informele basis plaatsvindt, omdat de lijnen binnen de organisatie kort zijn. Zien de

initiatiefnemers het risico dat deze zorginstellingen zich genoodzaakt zullen voelen om deze bestaande zeggenschap sterk te formaliseren, waarmee de administratieve lasten stijgen zonder dat dit zorgt voor een concrete verbetering? Hebben de toezichthouders voldoende handvatten om maatwerk te bieden voor de handhaving van deze wetsbepaling bij kleine zorgaanbieders? Hebben de initiatiefnemers hierover contact gehad met de toezichthouders en zo ja, wat was hun reactie op dit punt? Hoe kunnen kleine zorgaanbieders er zeker van zijn dat zij voldoen aan de wet als er – conform datgene wat de initiatiefnemers beogen – informeel sprake is van invloed op het zorginhoudelijk beleid?

De initiatiefnemers zien ook het risico dat kleine zorgaanbieders zich genoodzaakt voelen om de zeggenschap sterk te formaliseren. Om die reden zijn de hele kleine zorgaanbieders, zoals huisartsenpraktijken, waarbij de praktijkhouder ook een zorgverlener is al uitgesloten van het onderliggende initiatiefwetsvoorstel. Tegelijkertijd schetsen de leden van de fractie van D66 het dilemma waarmee de wetgever te maken heeft als het om deze thema's gaat binnen de zorg. Er kan worden gekozen voor een sterke formalisering van datgene de wetgever wil bereiken met zware administratieve lasten tot gevolg. Of er kan worden gekozen voor een open norm zoals in het onderhavige wetsvoorstel. Er bestaat dan een risico dat de zorgaanbieders zelf nog de stap nemen om bestaande vormen van zeggenschap te formaliseren, zodat dit, in de ogen van de zorgaanbieders, beter te controleren is. Maar dit is expliciet niet wat wordt beoogd met dit initiatiefwetsvoorstel.

De leden van de D66-fractie delen voorts de constatering van de initiatiefnemers dat zeggenschap soms niet van de grond komt omdat vertegenwoordigende gremia niet representatief zijn voor de achterban. Deze leden vragen daarbij hoe dit wetsvoorstel ervoor zorgt dat de vertegenwoordigers van verpleegkundigen en verzorgenden wel afdoende vertegenwoordigd zijn bij de beleidsbeslissingen. Bestaat er niet het risico dat de zeer open norm, zonder een specifieke vermelding van verpleegkundig en verzorgend personeel, maakt dat zorgaanbieders kunnen voldoen aan de eisen van de wet zonder dat de vertegenwoordigende gremia representatief zijn voor verpleegkundig en verzorgend personeel? Hebben de initiatiefnemers hierover contact gehad met de toezichthouders en zo ja, wat was hun reactie op dit punt? Waren er geen alternatieve wetteksten mogelijk waarbij dit risico wel ondervangen zou kunnen worden en waarom is daar door de initiatiefnemers niet voor gekozen? Kunnen zij tevens onderbouwen waarom dit probleem volgens hen slechts gedeeltelijk relevant is voor het onderhavige wetsvoorstel?

Bij het maken van een wet, zeker in de zorg, dient er altijd een afweging gemaakt te worden tussen de regelruimte die er open wordt gelaten en de beoogde gevolgen van de wet. Hoe preciezer de wet wordt geformuleerd hoe minder ruimte er is voor instellingen om, in de geest van de wet, binnen de eigen specifieke situatie de invloed vorm te geven. Een andere methode die gekozen had kunnen worden, is een wet gespiegeld aan de Wmcz, maar dan voor verpleegkundig en verzorgende adviesraden. Op deze wijze verplicht je alle instellingen een VAR, waardoor je borgt dat er adviesraden zijn. Tegelijkertijd heb je daarmee helemaal geen oog meer voor waar verpleegkundigen en verzorgenden zelf behoefte aan hebben, hoe zij zelf die invloed vorm willen geven en heb je een wet die alleen maar van toepassing is op organisaties die groot genoeg zijn voor een VAR. Volgens de initiatiefnemers werkt het beter om als wetgever wel kaders te stellen, normen waaraan moet worden voldaan in de zorg, maar het vervolgens aan het veld te laten hoe zij dat, met al hun expertise en kennis, het best kunnen invullen.

De initiatiefnemers hebben ervoor gekozen om niet specifiek verpleegkundigen en verzorgenden te noemen in de wettekst, omdat in principe voor alle zorgverleners geldt dat zij invloed moeten kunnen uitoefenen op de wijze van zorgverlening en het zorginhoudelijke beleid. Als alleen verpleegkundigen en verzorgenden genoemd zouden worden, zou dat betekenen dat andere zorgverleners blijkbaar niet vanuit hun professionele expertise invloed zouden moeten kunnen uitoefenen.

Het risico dat door de leden van de fractie van D66 wordt geschetst, namelijk dat vertegenwoordigende gremia niet representatief zijn voor verpleegkundigen en verzorgenden, maar dat er dan wel aan de eisen van de wet wordt voldaan, zien de initiatiefnemers niet in die mate. Op het moment dat de gremia niet representatief zijn, dan betekent dat ook dat zorgverleners niet effectief invloed kunnen uitoefenen. Dat risico zou er sterker zijn als er gekozen was voor het verplichten van een VAR waar dan wel verpleegkundigen en verzorgenden in zouden zitten, omdat er dan niet kwalitatief gekeken zou hoeven worden naar de invloed, alleen of de gremia aanwezig zijn. Daarnaast beoogt deze wet niet alleen invloed van zorgverleners op het zorginhoudelijke beleid te bewerkstelligen, maar ook meer professionele autonomie.

De leden van de **CDA-fractie** zijn met de initiatiefnemers van mening dat de inspraak van de zorgverlener op het zorginhoudelijk beleid en de uitvoering daarvan heel belangrijk zijn. De initiatiefnemers onderbouwen onderhavig wetsvoorstel met het feit dat onder andere de adviezen van de commissie Werner en de Governancecode Zorg 2017 te weinig hebben opgeleverd. De Raad van State concludeert min of meer het tegenoverstelde. In de praktijk, zo stellen zij, is de norm dat zorgverleners invloed dienen te hebben op het beleid van zorginstellingen duidelijk geregeld. Maar in de praktijk gebeurt dit nog onvoldoende. Kunnen de initiatiefnemers aangeven wat de meerwaarde van dit wetsvoorstel precies is, juist om de uitvoering ervan het in de praktijk te laten slagen? Waarom denken de initiatiefnemers dat wat klaarblijkelijk een cultuurprobleem is, opgelost wordt door een structuuraanpassing?

De RvS concludeert dat de norm dat zorgverleners invloed zouden moeten kunnen uitoefenen op het beleid en de wijze van zorgverlening in de praktijk breed wordt onderschreven door het zorgveld. Deze norm wordt eigenlijk al sinds de jaren '90 uitgedragen door zorgverleners.

De Governancecode zorg 2017 is helaas een goed voorbeeld van waarom er nog weinig actie is ondernomen. Artikel 3.1.1 uit de Governancecode Zorg beschrijft medezeggenschap erg summier en dat artikel luidt als volgt: «De zorgorganisatie voert een actief en transparant beleid voor de omgang met medezeggenschapsorganen. De doelen van de medezeggenschap en de dialoog staan in dit beleid centraal en het beleid komt tot stand na overleg met de betreffende belanghebbenden.» Er mist een aantal belangrijke elementen in deze beschrijving. Ten eerste is er geen verplichting tot het hebben van een medezeggenschapsorgaan voor alle zorgverleners. Ten tweede is dit alleen gericht op medezeggenschapsorganen en daarmee beïnvloeding van het zorginhoudelijke beleid en niet zo zeer van invloed op het primaire proces van zorgverlening. En ten slotte is niet beschreven op welke zaken zorgverleners invloed zouden moeten kunnen uitoefenen. Met het onderliggende wetsvoorstel worden die drie parameters aangescherpt.

Voorts lezen de leden van de CDA-fractie dat de initiatiefnemers aannemen dat zorgverleners intrinsiek gemotiveerd zijn om de best mogelijke zorg te leveren. Door de initiatiefnemers wordt aangenomen dat de kwaliteit van zorg zal toenemen doordat de zorgverlener in de

positie gebracht wordt om vanuit de eigen professionele expertise mee te praten over de zorgverlening van de organisatie. Genoemde leden hebben groot respect voor al het werk dat zorgprofessionals doen en zij zijn van mening dat invloed van zorgmedewerkers zeker bijdraagt aan de kwaliteit van zorg. Deze leden vragen echter wat dan de opvatting is van de initiatiefnemers betreffende de invloed en (mede)zeggenschap van inwoners van instellingen, zeker in de langdurige zorg. Ook zij kunnen relevante adviezen aandragen die bijdragen aan de kwaliteit van zorg. Hoe verhouden deze twee groepen of belangen zich tot elkaar? Zijn de initiatiefnemers het met de leden van de CDA-fractie eens dat met name in de instellingen voor langdurige zorg, de belangen anders kunnen liggen dan elders vanwege de langdurige zorg- en werkrelaties?

Met onderliggende wetsvoorstel wensen de initiatiefnemers op geen enkele wijze af te doen aan de zeggenschap die cliënten in langdurige zorginstellingen hebben. In de ideale situatie beslissen cliënt en zorgverlener samen welke zorg het beste past bij de individuele doelen van de cliënt. Overigens is dit ook in artikel 2 binnen de Wkkgz geregeld, waarin wordt gesteld dat zorg in iedere geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. Dit artikel blijft onverminderd van kracht.

Voorts lezen de leden van de CDA-fractie dat de initiatiefnemers stellen dat op plekken waar zorgverleners een hogere tevredenheid over de aansturing en de leidinggevendende rapporteren, er ook meetbaar betere uitkomsten voor de patiënten zijn. Genoemde leden kunnen zich dit goed voorstellen, en daarmee draagt een en ander bij aan de kwaliteitsverhoging van de zorg. Deze leden vragen of de initiatiefnemers echter het verschil zien tussen patiënt en cliënt. Zij vragen dit meer in het bijzonder indien gekeken wordt naar de zorgrelatie tussen medewerker en cliënt in de langdurige zorg, waar in sommige gevallen tientallen jaren een zorgrelatie kan bestaan.

De initiatiefnemers begrijpen het verschil tussen cliënt en patiënt en dat er een bijzondere relatie is tussen cliënt en zorgverlener als er een langdurige zorgrelatie is. Tegelijkertijd verwachten de initiatiefnemers dat het onderhavige wetsvoorstel juist een positieve invloed zal hebben op die relatie. Juist als zorgverlener en cliënt al jaren ervaring hebben met elkaar zullen ze samen beter in staat zijn om tot de best passende zorg te komen. Alleen dan moet de zorgverlener daar, net als de cliënt, wel voor in positie worden gebracht.

De wetswijziging zal gaan gelden voor iedereen die volgens de Wkkgz een zorgverlener is, ook al ligt de nadruk bij dit initiatiefwetsvoorstel op het verbeteren van de invloed van verpleegkundigen en verzorgenden op zorginhoudelijk beleid en het primaire proces.

Op dit punt hebben de leden van de CDA-fractie toch enkele aanvullende vragen.

In het wetsvoorstel is gekozen voor de term «zorginhoudelijk beleid» en in de memorie van toelichting worden twee begrippen gebruikt, namelijk de termen «zorginhoudelijk beleid» en «primaire proces». Kunnen de initiatiefnemers deze begrippen verduidelijken en het verschil tussen beide aangeven?

Met beide begrippen beogen de initiatiefnemers op verschillende niveaus de invloed van zorgverleners te borgen. Met primaire proces wordt invloed bedoeld aan de uitvoerende kant van de organisatie. Zorgverleners leveren zorg en moeten invloed kunnen uitoefenen op de wijze waarop ze dat doen. Dat gaat dan niet over het zorginhoudelijk beleid, maar over de uitvoering daarvan. Daarnaast beogen de initiatiefnemers

zorgverleners ook op het niveau van de Raad van Bestuur de mogelijkheid te geven om beleid bij te sturen, via bijvoorbeeld advies organen. Op deze wijze wordt de stem van de zorgverlener in de hele lijn van de organisatie gehoord.

Tevens richt het voorstel zich op iedereen die zorg verleent, maar meer in het bijzonder op verpleegkundigen en verzorgden, omdat «die nog zo achterlopen».

Voor artsen is meer inspraak en/of medezeggenschap geregeld. De fractieleden van het CDA vragen waarom de initiatiefnemers er dan niet voor kiezen om de groepen verpleegkundigen en verzorgenden in het wetsvoorstel expliciet te noemen? Zijn de initiatiefnemers het ermee eens dat activiteitenbegeleiders een ander belang hebben dan verpleegkundigen? Deze leden vragen hoe elk belang dan vervolgens moet worden gewogen.

De initiatiefnemers onderkennen dat verschillende zorgverleners verschillende belangen hebben, maar ze delen allemaal dat zij goede zorg willen verlenen. Om tot een goede belangenafweging te komen is het noodzakelijk dat alle belangen worden gehoord. Daar draagt het onderliggende wetsvoorstel aan bij.

De initiatiefnemers hebben ervoor gekozen om niet expliciet verpleegkundigen en verzorgenden te noemen in de wettekst, omdat zij er van zijn overtuigd dat alle zorgverleners vanuit hun eigen professionele expertise invloed moeten kunnen uitoefenen op het primaire proces en het zorginhoudelijke beleid.

Aanpassing van de Wkkgz

De leden van de CDA-fractie lezen dat de indieners kiezen voor een open norm, namelijk dat zorgverleners invloed moeten hebben op het primaire proces van zorgverlening en het zorginhoudelijk beleid van de organisatie. Hierdoor wordt invloed van de zorgprofessional geborgd door alle lagen van de organisatie heen. Dat betekent zowel op het niveau van de raad van bestuur, als op het niveau van besluiten die op de werkvloer worden genomen. Genoemde leden begrijpen dat, maar vragen of de indieners niet vrezen dat er allerlei ingewikkelde en complexe overlegstructuren worden opgetuigd. Vervolgens vragen deze leden wat er nog meer kan of moet gebeuren om de raad van bestuur zorgverleners wel te laten betrekken bij de zorginhoud of bij het primaire proces. Waarom doen deze raden van bestuur dat nu niet?

Juist vanwege de vrees voor ingewikkelde overlegstructuren hebben de initiatiefnemers gekozen voor een open norm. Op deze wijze staat het zorgorganisaties vrij om een overlegstructuur te organiseren die het best past bij de zorgaanbieder.

Het zal per zorgaanbieder verschillen wat er moet gebeuren om zorgverleners bij beleid te betrekken. Daarom is het nodig dat zorgaanbieders, indien onderliggende wetsvoorstel wordt aangenomen, een plan maken om die invloed effectief vorm te geven. Daar hoort niet alleen de positie van de zorgverlener bij, maar ook scholing. Hoe je effectief invloed uit kan oefenen, hoe je goed vertelt wat er anders moet aan de zorgverlening en hoe je de mening van de achterban goed vertegenwoordigt is momenteel niet of nauwelijks deel van de opleiding. Deze vaardigheden zullen zorgverleners ook moeten kunnen ontwikkelen.

Op de vraag waarom besturen dat nu niet doen verwijzen de initiatiefnemers naar de antwoorden onder het kopje Inleiding.

Beoogde effecten van het wetsvoorstel

De leden van de CDA-fractie lezen dat de indieners met het onderhavige wetsvoorstel een cultuuromslag willen beogen. Kunnen zij aangeven waarom dat, als dat met de Wkkgz en de Governancecode niet gelukt is, met dit voorstel wel zal lukken?

Binnen de Wkkgz is momenteel nog geen bepaling opgenomen waarmee zorgverleners in positie worden gebracht om invloed uit te oefenen en daardoor kan de beoogde cultuuromslag ook niet plaatsvinden. Binnen de Governancecode zorg zijn wel drie artikelen opgenomen die over medezeggenschap gaan. Daar is alleen niet in opgenomen dat zeggenschap over kwaliteit van zorg dient te gaan. Hierdoor ligt een cultuuromslag waarbij bestuurders zorgverleners meer en beter betrekken bij het zorginhoudelijke beleid niet in lijn der verwachting. Door nu wel expliciet vast te leggen dat zorgverleners bij zorginhoudelijke beleid en primaire proces betrokken dienen te worden, beogen de initiatiefnemers die cultuuromslag wel te bewerkstelligen.

Invulling van de open norm

De leden van de CDA-fractie zijn het met de indieners eens dat er vanuit de praktijk veel goede ideeën leven om het werk gemakkelijker en kwalitatief beter te maken. Vinden de initiatiefnemers dat invloed van verpleegkundigen en verzorgenden een onderdeel kan zijn van het normale wekelijkse werkoverleg of moeten deze leden het zo lezen dat organisaties een apart overleg moeten instellen? Of moeten deze leden het zo lezen dat de wijze waarop het overleg vorm krijgt, afhangt van de omvang en complexiteit van de organisatie?

De initiatiefnemers wensen zo veel mogelijk aan te sluiten bij goede voorbeelden uit de praktijk en bij de manier waarop de zorgaanbieder nu is georganiseerd. Als er al wekelijks overleggen zijn, dan is dat bij uitstek een goed gremium om ook over de kwaliteit van zorg te spreken.

Bij de invulling van de open norm geven de initiatiefnemers als voorbeeld dat zorgprofessionals zelf kunnen bepalen in welke volgorde een ronde wordt gedaan. Volgens de leden van de CDA-fractie heeft dat niet te maken met invloed op beleid maar met autonomie en verminderen van administratieve lasten. Kunnen de initiatiefnemers daar op reflecteren?

Dit is inderdaad een voorbeeld van professionele autonomie en dat valt binnen het proces wat de initiatiefnemers het primaire proces van zorgverlening noemen. Dit raakt namelijk ook wel degelijk de kwaliteit van zorg, doordat zorgverleners op deze wijze meer tijd over houden voor de patiëntenzorg. Juist bij dit soort kleine beslissingen

Wetgeving als instrument

De leden van de CDA-fractie constateren dat medezeggenschap ook via de Wet op de ondernemingsraden (WOR) geregeld is, maar de initiatiefnemers geven drie argumenten waarom dit wetsvoorstel toch nodig is. Zij attenderen erop dat de WOR geldt voor organisaties die groter zijn dan 50 werknemers en dat het in het onderhavige wetsvoorstel specifiek gaat om zorginhoudelijke punten. Genoemde leden menen dat het toch ook zo is dat volgens art. 35b van de WOR voor organisaties met minder dan 50 personen een personeelsvertegenwoordiging (PVT) kan worden opgericht? Waarom is er niet voor gekozen dit punt onder te brengen bij de WOR en het via de Wkkgz te regelen? Kunnen de initiatiefnemers toelichten waarom een dergelijke wetswijziging niet nodig is voor andere

sectoren zoals de kappersbranche of een fabriek waarin medische apparaten worden gemaakt?

Hiervoor hebben de initiatiefnemers twee zwaarwegende argumenten. Ten eerste draait het in de basis allemaal over kwaliteit van zorg. De initiatiefnemers zijn er van overtuigd dat zorg kwalitatief beter wordt als je zorgverleners invloed uit laat oefenen op de wijze waarop zorg wordt verleend en het zorginhoudelijke beleid van de organisatie. Zorgverleners volgen een jarenlange opleiding tot zorgprofessional en leren hun hele leven door. Het is enorm zonde dat die expertise niet standaard wordt gebruikt door zorgorganisaties om goede zorg te leveren. Ten tweede is de WOR minder geschikt voor de doelen van het onderliggende wetsvoorstel. Dan zou de WOR ingrijpend moeten worden gewijzigd waarbij een PVT verplicht wordt voor zorgorganisaties onder de 50 medewerkers. En dan is daarmee alleen nog maar invloed op het zorginhoudelijke beleid geborgd en nog niet op het primaire proces. Daarmee is de WOR minder geschikt om kwaliteit van zorg te verbeteren en invloed van zorgverleners door alle lagen van de organisatie te borgen.

De leden van de **SP-fractie** vinden het erg belangrijk dat zorgverleners meer zeggenschap krijgen over alle belangrijke zaken die raken aan goed bestuur. Zij zijn het met de indieners eens dat dit op dit moment onvoldoende geregeld is voor zorgverleners in verschillende zorgorganisaties. Genoemde leden vragen de indieners op welke zaken zorgverleners invloed krijgen. Is dat enkel op de kwaliteit van zorg en de zorgverlening, of is dat ook op andere zaken die raken aan goed bestuur, zoals het recht om in te grijpen bij plannen zoals fusies, nieuwbouw, vastgoed, aanschaf van ict of de jaarlijkse begroting? Voorts vragen deze leden wat de indieners onder «meer inspraak» verstaan. Is het juist niet van belang dat zorgverleners zeggenschap krijgen in plaats van vrijblijvende inspraak? Deze leden ontvangen graag een toelichting hierover van de indieners.

Zorgverleners dienen invloed uit te kunnen oefenen op alle zaken die raken aan de kwaliteit van zorg. Daar kunnen ook fusies, nieuwbouw, vastgoed en ICT en de begroting bijhoren. Al die zaken kunnen namelijk mede bepalen op welke wijze er zorg kan worden verleend door de aanbieder.

Het is de bedoeling dat de zorgverleners invloed kunnen uitoefenen en daarmee is het dus geen vrijblijvende inspraak. Zeggenschap of medezeggenschap zijn vormen waarop organisaties deze invloed vorm kunnen geven. Er zijn vele mogelijkheden waarop invloed van zorgverleners kan worden vormgegeven en het is afhankelijk van de organisatie welke vorm wordt gekozen, als de zorgverleners maar invloed uit kunnen oefenen.

De leden van de SP-fractie begrijpen dat de indieners een open norm voorstaan die niet voorschrijft welke invloed zorgverleners krijgen, maar wel dát ze invloed kunnen krijgen. Deze leden vragen de indieners of een open norm niet te vrijblijvend is. Kunnen de indieners een aantal voorbeelden geven van wat zij verstaan onder deze open norm? Bestaat de mogelijkheid dat er grote verschillen zullen ontstaan in zeggenschap van zorgverleners tussen verschillende werkgevers? Vinden de indieners dit een wenselijke ontwikkeling?

De initiatiefnemers delen niet de zienswijze van de fractie van de SP dat een open norm te vrijblijvend is. Dat niet staat beschreven hoe de invloed precies vorm gegeven dient te worden, betekent niet dat er daarom niet aan de open norm voldaan hoeft te worden. Zorgaanbieders krijgen wel degelijk een extra taak en daar dienen zij aan te voldoen.

Er bestaat een mogelijkheid dat de invloed die zorgverleners uit kunnen oefenen op het beleid en primaire proces per sector en per aanbieder verschilt. Tegelijkertijd is het nu nog te vroeg om te beoordelen of dat daadwerkelijk onwenselijk is. Verschillende zorgverleners hebben verschillende wensen. Binnen de ene werkgever is het mogelijk dat zorgverleners meer invloed uit willen kunnen oefenen dan binnen de andere. Hier ligt ook een belangrijke taak voor de Raad van Toezicht. Zij moeten controleren of de zorgverleners niet te weinig inspraak krijgen. Bij de evaluatie van de onderliggende wet is het wel belangrijk dat hier expliciet aandacht aan wordt besteed, zodat er ingegrepen kan worden als zorgaanbieders hun zorgverleners onvoldoende de mogelijkheid geven om invloed uit te kunnen oefenen.

Voorts lezen de leden van de SP-fractie dat leidinggevend, waar immers de beslissingsmacht is belegd, het recht behouden om de beslissing te nemen, maar hierbij de mogelijkheid moeten bieden aan zorgverleners om hun professionele opinie te geven over de zorgverlening. Genoemde leden vragen in hoeverre het voorliggende voorstel afwijkt van de invloed van de huidige verpleegkundige adviesraden. Kunnen de indieners dit toelichten?

Het onderliggende wetsvoorstel wijkt op een belangrijk aspect af van de huidige praktijk waarbij er bij grote zorgaanbieders een VAR is ingesteld. Het onderhavige wetsvoorstel beoogt namelijk niet alleen op het hoogste niveau van de organisatie invloed op beleid te bewerkstelligen, maar invloed op de wijze van zorgverlening in de hele organisatie, ook wel de lijn genoemd, te bewerkstelligen. Hierbij is de VAR een methode om het bestuur te adviseren, maar daarmee ontstaat er niet per se meer ruimte voor de zorgverlener op de werkvloer om het werk naar eigen professionele oordeel in te vullen.

Tegelijkertijd wensen de initiatiefnemers te benaderen dat er al verschillende VAR's zijn die goed functioneren en waaraan nu geen extra eisen worden gesteld. Deze wet is dan ook niet bedoeld voor de zorgaanbieders die voorop lopen en nu al de invloed van zorgverleners goed hebben georganiseerd. Maar er zijn ook VAR's die nog te weinig adviseren over vakinhoudelijke thema's. Deze wet beoogt ook alle andere zorgbieders die nog geen (goed werkende) VAR (of soortgelijk orgaan) hebben om deze, of andere vormen waarmee de RvB goed kan worden geïnformeerd, te gaan organiseren.

Tevens geven de indieners aan dat zorgverleners niet continu bij elke beslissing betrokken hoeven te worden, maar wel op regelmatige basis. De leden van de SP fractie vragen met wie zorgverleners eigenlijk overleggen? Is dit enkel met leidinggevend of ook met de raad van bestuur en de raad van toezicht? Worden bestuurders hierbij actief betrokken, of moeten zij alleen maar kijken of er overleggen plaatsvinden tussen zorgverleners en leidinggevend?

Op welke basis en op wie welke zorgverleners met welke bestuurders of managers overleggen is sterk afhankelijk van de organisatie. Voor hele grote organisaties zijn er praktische bezwaren om overleg te hebben tussen bestuurders en alle verpleegkundigen. In die gevallen kan dat natuurlijk het best via vertegenwoordigende gremia. Tegelijkertijd moeten wel alle zorgverleners de mogelijkheid hebben om invloed uit te kunnen oefenen door de hele lijn. Dat betekent dat er overleggen plaats moeten vinden tussen de uitvoerende zorgverleners en de leidinggevend over de wijze waarop er zorg wordt verleend, maar ook tussen de VAR en de achterban. De invloed die zorgverleners uit moeten kunnen oefenen op

het zorginhoudelijke beleid en het primaire proces moet in alle lagen van de organisatie worden geborgd.

De leden van de fractie van **GroenLinks** hebben vragen over het doel van het wetsvoorstel. Genoemde leden lezen dat er met het wetsvoorstel ook een cultuuromslag wordt beoogd. Hoe zien de initiatiefnemers dit voor zich?

Uiteindelijk zullen leidinggevend en bestuurders beter moeten willen luisteren naar de zorgverleners met de inhoudelijke kennis. Hoewel het nut en de noodzaak van inspraak van zorgverleners ondertussen breed wordt onderkend, blijft de invloed die verpleegkundigen en verzorgenden uit kunnen oefenen toch achter. Middels onderliggend wetsvoorstel wordt er via twee wegen aan de beoogde cultuuromslag bijgedragen. Ten eerste helpt het dat de overheid normerend optreedt. Indien het onderhavige wetsvoorstel wordt aangenomen, zal daarmee ook een duidelijk signaal worden afgegeven aan het veld: luister goed naar je zorgverleners. Ten tweede worden de zorgaanbieders bij wie invloed van verpleegkundigen en verzorgenden nog onvoldoende van de grond komt bewogen om dit vorm te geven binnen de organisatie. Daardoor zullen ook die zorgaanbieders de positieve gevolgen hiervan, zoals betere kwaliteit van zorg en meer werkplezier, gaan merken. Waardoor ook zij het belang hiervan zullen inzien en wordt bijgedragen aan de beoogde cultuuromslag.

3. Verhouding tot nationale wetgeving

De leden van de **D66-fractie** onderstrepen het grote belang van zeggenschap van zorgverleners bij het zorginhoudelijk beleid van hun instelling. Deze leden vragen de indieners wel te onderbouwen waarom deze wetswijziging dermate urgent is dat deze niet meegenomen kan worden in het wetsvoorstel Wet integrale bedrijfsvoering zorgaanbieders (Wibz). Heeft het niet de voorkeur van de indieners dat zorgaanbieders slechts één keer worden geconfronteerd met nieuwe regelgeving op het gebied van hun bedrijfsvoering en niet twee keer vlak achter elkaar? Hebben beide wetsvoorstellen niet tot doel een cultuuromslag in de bedrijfsvoering van zorginstellingen te realiseren? Zouden de initiatiefnemers kunnen aangeven hoe zij voorkomen dat het doel wordt bereikt om niet te conflicteren met de Wibz?

De initiatiefnemers delen de wens van de fractie van D66 om zorgaanbieders zo min mogelijk met nieuwe regelgeving te confronteren. Tegelijkertijd zijn de initiatiefnemers van mening dat er niet langer gewacht kan worden met het verbeteren van invloed van zorgverleners. Hiervoor zijn drie belangrijke redenen. Ten eerste blijkt tijdens deze corona crisis keer op keer dat verpleegkundigen en verzorgenden te weinig invloed kunnen uitoefenen op de wijze van op- en afschalen van de zorg. Zoals het er nu naar uit ziet blijft corona voorlopig onder ons en zullen er pieken blijven komen in ziekenhuisbezetting, patiënten in de wijk met COVID en ouderen in het verpleeghuis met COVID. Om de kwaliteit van zorg zo hoog mogelijk te houden, maar ook überhaupt genoeg zorgverleners te behouden, is het absoluut noodzakelijk om zorgverleners beter bij deze processen te betrekken.

Daarnaast is er langzaam maar zeker een beweging van juiste zorg op de juiste plek gaande. Deze beweging speelt nu en binnen deze beweging is bij uitstek de visie van zorgverleners belangrijk. Want zij weten uiteindelijk het best van welke zorg het verantwoord is of de kwaliteit zelfs toeneemt als deze op een andere plek wordt geleverd.

Tot slot is het maar zeer de vraag of de Wibz eenzelfde cultuuromslag beoogt als deze wet. De doelen die de Minister vooralsnog bij de Wibz heeft geformuleerd zijn anders². Wat de precieze doelen van de Wibz zullen zijn en in hoeverre die overeenkomen met het onderliggende wetsvoorstel kan pas worden beoordeeld als er een wetsvoorstel ligt. Deze ligt er momenteel nog niet en het is ook nog de vraag wanneer dit wetsvoorstel aanhangig wordt gemaakt.

De leden van de **CDA-fractie** constateren dat de regering het wetsvoorstel Wibz heeft aangekondigd. De regering is voornemens om met de Wibz de wettelijke eisen aan de bedrijfsvoering van zorgaanbieders aan te scherpen. Weten de indieners wat de stand van zaken is bij de Wibz en of de internetconsultatie al gestart is? Weten de indieners wat er in dit concept-voorstel staat over de invloed van zorgmedewerkers op het primaire proces of op de zorginhoud?

De indieners hebben geen zicht op de voortgang van het wetgevend proces van de Wibz. Voor zover bekend is de internetconsultatie niet gestart en is ook niet duidelijk wat er staat over de invloed van zorgmedewerkers op het primaire proces en zorginhoudelijk beleid. Zie ook het antwoord op de vorige vraag.

4. Gevolgen

De leden van de **D66-fractie** hebben vragen bij de stelling van de initiatiefnemers dat dit wetsvoorstel geen extra administratieve lasten tot gevolg heeft. Deze leden ondersteunen de stelling dat meer invloed van zorgverleners op het zorginhoudelijk beleid kan zorgen voor een verlaging van administratieve lasten omdat dit erg belangrijk is voor veel zorgverleners. Kunnen de initiatiefnemers daarnaast uitleggen op welke wijze de IGJ effectief kan handhaven op de zeer open norm die dit wetsvoorstel neerlegt, zonder dat daar administratieve lasten bij komen kijken voor de zorginstelling of de zorgverleners? Bij een controle zullen zij toch moeten kunnen aantonen dat zorgverleners invloed hebben op het zorginhoudelijk beleid? Kunnen de initiatiefnemers in hun antwoord vooral ook het perspectief van kleine zorgaanbieders betrekken, waarbij nu niet altijd is vastgelegd op welke wijze zorgverleners zijn betrokken bij het zorginhoudelijk beleid? Kunnen zij tevens ingaan op de vraag naar het risico dat zorginstellingen erg overdadig zullen worden in het registreren, vastleggen en rapporteren van de invloed van zorgverleners op het beleid, omdat de norm in de wet zo open is geformuleerd? Deze leden wijzen daarbij op het plan dat de zorginstelling in samenspraak met de zorgverleners kan maken, en waarin uiteengezet dient te worden hoe zij de invloed van zorgverleners willen borgen, zoals de initiatiefnemers zelf voorstellen in de toelichting. Los van het punt dat een dergelijk plan wenselijk en effectief kan zijn, vragen deze leden wel of hierbij geen sprake is van aantoonbare extra administratieve lasten. Hebben de initiatiefnemers dit wetsvoorstel laten toetsen op een toename of afname van administratieve lasten door het Adviescollege Toetsing Regeldruk (ATR)? Zo nee, zijn zij bereid dit alsnog te doen?

De initiatiefnemers zijn niet van mening dat het toetsen van de mate van invloed die zorgverleners hebben op het primaire proces en het zorginhoudelijke beleid beter kan als er meer administratie wordt bijgehouden. Op deze manier kan eigenlijk alleen maar kwantitatief worden getoetst of, en zo ja hoe vaak, er mogelijkheden zijn geweest om invloed uit te oefenen. Dat zegt daarmee nog niks over de mate waarin invloed uitgeoefend kan worden. Om dit daadwerkelijk te onderzoeken zal er altijd

² Kamerstukken 34 767 en 34 768, nr. 57.

een mate van kwalitatief onderzoek nodig zijn. En daarvoor zullen de toezichthouders, en buiten de externe toezichthouder de IGJ heeft ook de interne toezichthouder hier een belangrijk tol, gesprekken moeten voeren met zorgverleners over de processen binnen de organisatie.

De initiatiefnemers delen de observatie van de leden van de fractie van D66 dat het maken van een plan om invloed binnen de organisatie vorm te geven een aantoonbare toename is van regeldruk. Om die reden is dat ook opgenomen in de paragraaf over regeldruk. Tegelijkertijd is dat geen administratie. Administratie is namelijk het bijhouden van verantwoording van handelingen of financiën. Daarmee is het in de basis een activiteit die je herhaalt. Het eenmalig opstellen van een plan met de zorgverleners is daarmee wel daadwerkelijk incidentele extra regeldruk, maar dat betekent niet per definitie extra administratie.

De initiatiefnemers hebben het van belang gevonden om bij het schrijven van deze initiatiefwet inzicht te hebben in de gevolgen voor de regeldruk. Daarom hebben de initiatiefnemers een informeel advies gevraagd aan het Adviescollege Toetsing Regeldruk. De aangedragen punten zijn meegenomen bij het schrijven van de wettekst en de memorie van toelichting. Daarnaast hebben de initiatiefnemers zo zorgvuldig mogelijk de regeldruk in kaart gebracht.

De leden van de **CDA-fractie** lezen dat de indieners van mening zijn dat de belangrijkste doelstelling van dit wetsvoorstel het verbeteren van de kwaliteit van zorg is. Zij zien dat alle drie de betrokken partijen, namelijk ten eerste cliënten en/of patiënten, ten tweede verpleegkundigen en/of verzorgenden en ten derde de raden van bestuur, een andere visie hebben op het begrip kwaliteit van zorg en op het primaire proces, en dit op een andere manier beoordelen. Hoe wegen de indieners dit verschil? Hoe vinden zij dat hier mee moet worden omgegaan?

Alle drie de stemmen moeten worden gehoord. De stem van de patiënt/ cliënt is wettelijk vastgelegd in artikel 2 van de Wkkgz en met het onderliggende wetsvoorstel wordt ook de stem van de zorgverlener wettelijk geborgd. Daardoor worden alle drie de belanghebbenden in positie gebracht om gelijkwaardig met elkaar in gesprek te gaan over de zorg.

Regeldruk: extra handelingen

De leden van de **CDA-fractie** lezen dat de indieners verwachten dat door het vergroten van de invloed van zorgverleners op het beleid en de praktijk, tijd wordt bespaard. Er moeten immers minder beslissingen genomen worden die in de zorgpraktijk niet goed blijken te werken en die dan weer teruggedraaid of gecorrigeerd moeten worden. Kunnen de indieners daarvan voorbeelden noemen? Is daarover onderzoek geweest? Genoemde leden zouden dit wenselijk vinden, maar vragen de indieners eens te reflecteren op het standpunt dat dit wetsvoorstel meer regeldruk zal opleveren voor organisaties en dus ook voor verpleegkundigen en verzorgden. Is het immers niet zo dat de IGJ zeker bij grotere instellingen zal verwachten dat er schriftelijk bewijs van overleg aanwezig is?

Een voorbeeld van een beslissing die in de praktijk niet goed werkt en om die reden moest worden teruggedraaid die de initiatiefnemers tegenkwamen in hun gesprekken met zorgverleners was een investering in weegstoelen in een instelling voor ouderenzorg. In de betreffende instelling moesten de ouderen regelmatig worden gewogen en hiervoor waren speciale stoelen gekocht. Dit was alleen niet overlegd met de zorgverleners. De stoelen hadden geen toereikende leuningen, waardoor

ouderen er soms vanaf vielen. Hierdoor kostte het meer moeite voor de zorgverleners om de cliënt te meten en als ze niet goed opletten vielen de ouderen soms ook daadwerkelijk. De stoelen werden uiteindelijk vervangen. Dit leidde tot extra uitgaven voor de organisatie en tijdelijk tot extra werk voor de zorgverleners.

Daarnaast is er wetenschappelijk brede consensus over het effect van verpleegkundig leiderschap op gezondheidsuitkomsten. Hierover is afgelopen mei nog uitgebreide review verschenen in het Journal of Clinical Nursing³. Hierbinnen worden ook een aantal onderzoeken besproken waaruit blijkt dat interne regels binnen zorgaanbieders zorgverleners beperken om de, in hun ogen, beste zorg te leveren.

De leden van de **SP-fractie** lezen dat de indieners aangeven dat de belangrijkste reden voor zorgverleners om de zorgsector te verlaten binnen de invloedssfeer van de werkgever ligt. De indieners geven tevens aan dat uit het uitstroom-onderzoek van RegioPlus blijkt dat deze redenen nog belangrijker zijn dan werkdruk, salaris of doorgroeimogelijkheden. Genoemde leden wijzen op het recente rapport van de SER, «Aan de slag voor de zorg, een actieagenda voor de zorgarbeidsmarkt»,⁴ waarin wordt geadviseerd dat de regering meer geld moet vrijmaken om de salarissen in de zorg te verhogen, omdat het tekort aan personeel steeds groter wordt. Zijn de indieners het met de leden van de SP-fractie eens dat ook het structureel verhogen van de salarissen zeer belangrijk is om zorgverleners in de zorg te behouden en aan te trekken?

De initiatiefnemers werken in deze initiatiefwet een belangrijk element van de zorgarbeidsmarkt, uit, dat ook onderdeel is van de het SER-rapport. Op dat punt hebben zij besloten de handen ineen te slaan. Dit initiatiefwetsvoorstel gaat niet over het verhogen van de salarissen in de zorg.

5. Toezicht en handhaving

De leden van de **VVD-fractie** zijn blij dat ook voorzien wordt in toezicht op dit voorstel. Genoemde leden vragen wel of de IGJ en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voldoende handvatten hebben met dit wetsvoorstel om handhavend en doorpakkend te kunnen handelen als de ontwikkelingen achterblijven. Waar gaan ze precies op toetsen?

De leden van de VVD-fractie vragen voorts hoe de initiatiefnemers het risico zien dat zorgorganisaties, verzorgenden of verpleegkundigen zelf aan de slag gaan met de invulling van de open norm, wat mogelijk onvoorziene kosten met zich meebrengt?

Het toezicht is primair bij de raad van toezicht en IGJ belegd. De IGJ heeft twee vormen van toezicht. Ten eerste voeren zij met grote zorgaanbieders jaarlijks kwaliteitsgesprekken. In het toezicht op deze zorgaanbieders zal het thema van dit initiatiefwetsvoorstel onderdeel worden van de gesprekken die de IGJ nu ook al voert met de zorgverleners van de betreffende aanbieder. Daar heeft het dus geen extra mensen of middelen voor nodig. Het overige toezicht van de IGJ op kwaliteit gaat risico gestuurd. De IGJ gaat in principe alleen langs bij aanbieders als de kwaliteit ondermaats is of als er grote risico's zijn op lage kwaliteit.

³ De Kok, Weggelaar Jansen, Schoonhoven & Lalleman (2021) A scoping review of rebel nurse leadership: Descriptions, competences and stimulating/hindering factors. *Journal of Clinical Nursing*.

⁴ Kamerstuk 29 282, nr. 437 (<https://www.rtlnieuws.nl/economie/artikel/5230410/ser-advies-zorg-meer-geld-verpleegkundigen-verzorgers-werkdruk>).

Met betrekking tot de specificering van kosten verwijzen de indieners naar de financiële paragraaf in de memorie van toelichting.

De leden van de **D66-fractie** lezen dat toezicht en handhaving in dit wetsvoorstel geen extra administratieve lasten voor de IGJ en de NZa met zich meebrengen en dat deze ook geen extra kader of extra belasting vormen. Hebben de initiatiefnemers hierover overleg gevoerd met de IGJ en de NZa en zijn deze partijen dezelfde mening toegedaan? Is het aannemelijk dat de beoogde cultuuromslag daadwerkelijk gemaakt wordt als hier geen extra toezicht op zal worden gehouden? Zullen zij in ieder geval niet meer stukken moeten bestuderen en meer diepgaande controles moeten uitvoeren om te controleren of aan de voorschriften uit dit wetsvoorstel wordt voldaan? Of is het aannemelijk dat controle op de naleving van dit wetsvoorstel ten koste zal gaan van toezicht op andere voorschriften, als er netto geen extra ruimte ontstaat voor IGJ en NZa?

In het toezicht op de open norm behorende bij het onderliggende wetsvoorstel wensen die initiatiefnemers aan te sluiten bij bestaande wijze van toezicht. Dat betekent dat de interne toezichthouder een belangrijke taak heeft om te controleren of de open norm wel wordt nageleefd. De IGJ is daarnaast primair belast met het toezicht. Zij doen dit in eerste instantie risico gestuurd op basis van signalen dat de kwaliteit van zorg in op orde is. Als zij vinden dat ergens de kwaliteit niet voldoende is, dan kunnen zij ook kijken naar de wijze waarop zorgverleners invloed uit kunnen oefenen op het primaire proces en zorginhoudelijke beleid. Met grote zorginstellingen voert de IGJ jaarlijks een kwaliteitsgesprek. In deze gesprekken kan de IGJ ook vragen naar de wijze waarop die invloed is georganiseerd. Daarmee zal de controle hierop juist iets bijdragen en niet ten koste gaan van toezicht op andere voorschriften.

De leden van de **CDA-fractie** vragen of de initiatiefnemers kunnen aangeven hoe de NZa en de IGJ tegenover dit wetsvoorstel staan. Hebben zij dit voorstel langs de lat van de uitvoering gelegd? Zo ja, wat is de uitkomst hiervan?

De initiatiefnemers hebben met beide toezichthouders gesprekken gevoerd over het onderhavige wetsvoorstel. Het toezicht is primair bij de IGJ belegd. De IGJ heeft twee vormen van toezicht. Ten eerste voeren zij met grote zorgaanbieders jaarlijks kwaliteitsgesprekken. In het toezicht op deze zorgaanbieders zal het deel worden van de gesprekken die de IGJ nu ook al voert met de zorgverleners van de betreffende aanbieder. Daar heeft het dus geen extra mensen of middelen voor nodig. Het overige toezicht van de IGJ op kwaliteit gaat risicogestuurd. De IGJ gaat in principe alleen langs bij aanbieders als de kwaliteit ondermaats is of als er grote risico's zijn op lage kwaliteit. In het onderzoek dat de IGJ dan doet naar de reden voor de lage kwaliteit zal ook de invloed van zorgverleners op het primaire proces en het zorginhoudelijke beleid meegenomen moeten worden als mogelijke oorzaken en oplossingen voor de lage kwaliteit.

De leden van de **SP-fractie** vragen welke vorm van handhaving van toepassing is indien leidinggevenden en/of bestuurders geen ruimte bieden aan het versterken van de inspraak van zorgverleners. Kunnen de indieners verduidelijken of hier dan sancties voor gelden?

Hiervoor geldt in principe hetzelfde arsenaal aan sancties dat de toezichthouders nu gebruiken. Dat begint bij een gesprek tussen zorgaanbieder en toezichthouder, maar kan ook de opdracht zijn om een verbeterplan te schrijven en in uiterste gevallen kan het leiden tot een aanwijzing of een

bevel. In principe zoeken de toezichthouders altijd naar de meest effectieve interventie en zij zijn ook bevoegd om die te plegen.

6. Financiële gevolgen

De leden van de **VVD-fractie** lezen dat de initiatiefnemers ervan uitgaan dat de kosten die gemaakt worden vanwege dit wetsvoorstel, kosten zijn die uiteindelijk toch wel gemaakt zouden worden. Genoemde leden vragen of de initiatiefnemers inzicht hebben in de beoogde kosten. De leden van de VVD-fractie lezen voorts in de internetconsultatie dat er zorgen zijn rondom de bekostiging binnen de Wet langdurige zorg (Wlz). De initiatiefnemers geven aan dat dit kosten zijn die toch gemaakt zouden worden. Kunnen zij hier nog wat meer uitleg over geven, zodat de zorgen over extra kosten weggenomen kunnen worden?

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

De leden van de **D66-fractie** vragen of de initiatiefnemers hebben overlegd met de NZa over de verwachte invloed van dit wetsvoorstel op de kostendekkende tarieven die de NZa vaststelt. Deze leden wijzen erop – los van de wenselijkheid van meer invloed van zorgverleners op het zorginhoudelijk beleid – dat deze kostendekkende tarieven tot hogere zorguitgaven leiden en daarmee eventueel grote financiële gevolgen kunnen hebben op de uitgavenkaders binnen de zorg. Achten de initiatiefnemers het niet raadzaam om deze gevolgen eerst in beeld te brengen en duidelijkheid te scheppen over eventuele compensatie voor zorginstellingen, gemeenten, zorgkantoren en/of zorgverzekeraars alvorens dit wetsvoorstel in werking te laten treden?

In de memorie van toelichting staat beschreven hoeveel het kost om een VAR op te richten. Hierbij moet gedacht worden aan een budget van tussen de vijf en tienduizend euro en daarnaast dient de tijd die verpleegkundigen bezig zijn met het uitoefenen van invloed vergoed te worden als werktijd. Deze kosten staan vrij precies beschreven. Er kan overigens ook gekozen worden voor een andere vorm dan de VAR.

Tevens vragen genoemde (CDA) leden of de onder de Wlz vallende instellingen bekend zijn met het fenomeen van de VAR, of dat dit juist niet het geval is. Of is dit in die instellingen een nieuw begrip dat nader moet worden ingevuld?

Ook binnen de Wlz zijn instellingen bekend met het fenomeen van de VAR. In het kwaliteitskader verpleeghuiszorg wordt ook beknopt aandacht besteed aan de VAR en PAR.

7. Evaluatie

De leden van de **VVD-fractie** vragen de initiatiefnemers of zij een toelichting kunnen geven op de specifieke doelen die bereikt dienen te worden met dit wetsvoorstel. Hoe komen deze doelen terug in de evaluatie? Omvat de evaluatie ook een nulmeting?

Het hoofddoel dat de indieners met dit wetsvoorstel beogen is een verbetering van de kwaliteit van zorg door invloed van zorgverleners op zorginhoudelijk beleid en het primaire proces van zorgverlening. Invloed

is geen meetbaar begrip, maar er kunnen wel een aantal concrete indicatoren aangewezen worden, zoals de aanwezigheid van een VAR of een verpleegkundig platform. In de evaluatie kan op deze indicatoren getoetst worden. De evaluatie bevat geen nulmeting.

8. Advies en consultatie

De leden van de **VVD-fractie** constateren dat er een uitgebreide consultatieronde gedaan is waarbij diverse positieve zaken benoemd zijn, maar waarbij ook zorgen geuit zijn. Deze leden complimenteren de indieners met dit uitgebreide onderzoek. Vele geplaatste kanttekeningen zijn door de initiatiefnemers goed verduidelijkt. Deze leden danken de indieners daarvoor.

Voor de leden van de VVD-fractie blijft nog wel de vraag over hoe de VAR, de ondernemingsraad (OR) en de eis tot vertegenwoordiging in de raad van bestuur door middel van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg zich zullen verhouden tot het nieuwe wetsvoorstel. Hoe gaan zij samenwerken? Geeft dit niet meer overleg en administratieve druk in plaats van de beoogde verlaging?

Juist vanwege de vrees voor ingewikkelde overlegstructuren hebben de initiatiefnemers gekozen voor een open norm. Op deze wijze staat het zorgorganisaties vrij om een overlegstructuur te organiseren die het best past bij de zorgaanbieder.

De leden van de VVD-fractie constateren voorts dat door dit wetsvoorstel zorgverleners meer invloed kunnen uitoefenen op het beleid, maar ook op de directe uitvoering van de zorg. Hierover zijn genoemde leden zeer verheugd. De vraag leeft nog wel hoe nog beter juist de groep die zo belangrijk is en de zorg als beste begrijpt, uitgedaagd kan worden zich ook werkelijk beschikbaar te stellen om mee te denken. Hoe kan dit wetsvoorstel hierbij extra behulpzaam zijn?

Invloed uitoefenen op het zorginhoudelijk beleid vraagt om een cultuuromslag in de gehele zorgorganisatie, maar het vraagt ook wat van zorgverleners zelf. Door zelf actief aan de bel te trekken indien de invloed van deze groep binnen een zorgorganisatie nog niet (goed) ingebed is. Dit wetsvoorstel biedt de zorgprofessionals een extra steun in de rug om dit aan te kaarten binnen hun zorgorganisatie.

Daarnaast krijgen werkgevers ook de verplichting om invloed te regelen. Hierbij hoort ook dat moet worden georganiseerd dat zorgverleners voldoende zijn geëquipeerd.

De leden van de **D66-fractie** vragen of de initiatiefnemers nader kunnen duiden wat zij verstaan onder het onderstrepen van de noodzaak van het wetsvoorstel door een grote groep zorgverleners, VAR's, NU'91 en V&VN. Betekent dit dat zij het doel van het wetsvoorstel onderschrijven, namelijk dat zorgverleners meer invloed of zeggenschap op het zorginhoudelijk beleid krijgen of betekent dit ook dat zij het wetsvoorstel als zodanig onverkort ondersteunen? Kunnen de initiatiefnemers aangeven wat zij met deze input hebben gedaan? Waarom stellen de initiatiefnemers dat dit wetsvoorstel geen extra administratieve lasten tot gevolg heeft, terwijl bovengenoemde partijen wel vaak aangeven bezorgd te zijn over de administratieve lasten als gevolg van de invoering van dit wetsvoorstel?

In grote lijnen wordt zowel het doel als het wetsvoorstel zelf onderschreven. In de reacties komt ook terug dat de wijze waarop de initiatiefnemers het hebben vormgegeven wordt gewaardeerd. Juist omdat er een

grote verscheidenheid aan instellingen bestaat past een uniforme wettelijke bepaling niet binnen de Nederlandse zorgsector.

De partijen die de leden van de D66 fractie noemen, namelijk V&VN en NU'91 spreken in de consultatie als zodanig niet over extra administratieve lasten of hun zorgen om de toename daarover. Er zijn wel partijen die zich daar zorgen over maken, maar dat zijn geen verpleegkundigen, verzorgenden of vertegenwoordigers daarvan. Dit is allemaal terug te lezen in de openbare reacties op de internetconsultatie⁵. In de memorie van toelichting wordt ook uitgebreid toegelicht waarom het onderliggende wetsvoorstel maar heel beperkt tot extra regeldruk zal leiden.

De leden van de **GroenLinks-fractie** constateren dat er mogelijk een overlap zit tussen de taken van de OR en van vertegenwoordigende gremia. Zij vragen hoe de taken van een VAR zich verhouden tot de taken van de OR. Kan dat goed worden afgebakend en zo ja, hoe dan?

De taken van de OR en de VAR verschillen op een wezenlijk onderdeel. De OR houdt zich in de basis bezig met zaken die de arbeidsvoorwaarden aangaan. De VAR houdt zich bezig met zaken die de kwaliteit van zorg aangaan. In principe is die afbakening duidelijk, maar tegelijkertijd zal er af en toe overlap kunnen ontstaan. Zo kunnen de initiatiefnemers zich voorstellen dat er vanuit de OR als vanuit de VAR advies wordt gegeven over werk en rusttijden. Hier is het mogelijk dat er bepaalde overlap is. Tegelijkertijd is deze overlap er dan wel vanuit verschillende invalshoeken, waardoor uiteindelijk de bestuurders alleen maar beter geïnformeerd zullen zijn. Vandaar dat de initiatiefnemers de mogelijke overlap niet als een probleem zien, maar eerder als een versterking van de organisatie.

De leden van de GroenLinks-fractie lezen in de memorie van toelichting en de reactie van de initiatiefnemers op het advies van de Raad van State dat het voorliggende wetsvoorstel breed is uitgezet ter consultatie. Hebben er ook zorgverleners uit het veld gereageerd en hoe duiden de initiatiefnemers de reacties van individuele zorgverleners op het wetsvoorstel? Daarbij vragen genoemde leden tevens hoe de initiatiefnemers zorgverleners in het proces van het maken van dit initiatiefwetsvoorstel hebben betrokken. Is dat alleen bij de internetconsultatie gebeurd of ook eerder?

De initiatiefnemers spraken al ver voor de indiening van het wetsvoorstel met de vertegenwoordigers van verpleegkundigen en verzorgenden, met verpleegkundig adviesraden, verpleegkundig wetenschappers en individuele zorgverleners over hoe zorgverleners meer invloed kunnen krijgen op het primaire proces en het zorginhoudelijke beleid. Tevens zijn er verschillende werkbezoeken afgelegd om informatie op te doen. Door het hele proces heen zijn de vertegenwoordigers van de verpleegkundigen en verzorgenden aangehaakt gebleven en zijn er ook, op advies van verpleegkundigen en verzorgenden rigoureuze wijzigingen geweest in het onderliggende wetsvoorstel. En in de laatste fase is ook, via de internetconsultatie, nog een laatste keer breed aan zorgverleners zelf gevraagd hoe zij erin staan.

9. Artikelsgewijs

Artikel I, onderdeel A

De leden van de **D66-fractie** vragen waarom ervoor is gekozen de genormeerde invloed van zorgverleners te beperken tot beleid dat direct van belang is voor hun bijdrage aan het verlenen van goede zorg. Wordt

⁵ <https://www.internetconsultatie.nl/invloedzorgverleners/reacties>.

hiermee niet het risico gelopen dat een groot deel van het beleid dat van belang is voor het werkplezier van een verpleegkundige of verzorgende, wordt aangemerkt als iets wat van indirect belang is en daarmee niet valt onder dit wetsvoorstel? Kunnen de initiatiefnemers met voorbeelden aangeven welke zaken zij wel en niet van direct belang vinden voor het verlenen van goede zorg? Komt dat ook overeen met de verwachte interpretatie van zorgaanbieders en zorgverleners? Zou het niet helpen als de wetgever hier duidelijkheid over schept zodat verwarring hierover voorkomen wordt en zorgverleners in ieder geval invloed hebben op die vormen van beleid die de wetgever beoogt?

Het doel van het onderliggende wetsvoorstel is het verbeteren van de kwaliteit van zorg door zorgverleners meer invloed te geven op de wijze van zorgverlening. Het ligt in lijn der verwachting dat het werkplezier toeneemt van zorgverleners, zodra zij meer invloed uit kunnen oefenen op de wijze van zorgverlening en is dus ook wel degelijk een gevolg van het onderhavige wetsvoorstel, maar daarmee is het niet te verwarren met een van de doelen. Het doel blijft nog steeds verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Bij het afbakenen van wat wel en niet onder de omvang van het onderliggende wetsvoorstel valt, verwachten de indieners dan ook geen problemen. In principe gaat het om alle beslissingen die de wijze c.q. kwaliteit van zorgverlening raken. In de paragraaf «invulling van de open norm» van de memorie van toelichting wordt uitgebreid stilgestaan bij voorbeelden waarbij invloed van zorgverleners wenselijk is en op welke wijze deze invloed vormgegeven zou kunnen worden.

Ellemeet
Tielen