

## **Bijlage 1 Nadere toelichting ambities en voortgang**

### ***Versterken positie cliënt***

Het versterken van de positie van de cliënt is een noodzakelijke voorwaarde om te bereiken dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars de wensen van cliënten serieus nemen.

Op 23 mei 2008 hebben wij ons programma ter versterking van de positie van de cliënt aan uw Kamer doen toekomen (1). In deze brief staan onze doelstellingen en de wijze waarop we deze willen bereiken toegelicht.

Ten opzichte van de stand van zaken op 23 mei 2008 is de volgende voortgang te melden:

- Er is één toegangslot tot een zorgbrede, externe en onpartijdige geschillencommissie gerealiseerd. Hiermee is de verbreding van de geschillencommissie Ziekenhuizen naar de geschillencommissie Zorginstellingen afgerond. Het betreft een eenvoudige, goedkope en snelle procedure voor cliënten die een geschil met een zorginstelling willen afhandelen. De geschillencommissie zorginstellingen is op 1 juni 2008 van start gegaan (zie ook [www.degeschillencommissie.nl](http://www.degeschillencommissie.nl)).
- De informatie op KiesBeter over cliëntenrechten is verbeterd en [www.cliëntenrechten.nl](http://www.cliëntenrechten.nl) is beschikbaar voor cliënten. Dit is het resultaat van een samenwerkingsproject van Consumentenbond, NPCF, CG-Raad, Zorgbelang en KiesBeter, dat door VWS is ondersteund.
- Om de relatie tussen zorgaanbieder en cliënt te verduidelijken is het van belang dat zij vooraf weten wat ze van elkaar mogen verwachten. Daarom wordt in SER-verband gewerkt aan tweezijdige algemene voorwaarden in de zorg (2). Per sector wordt overlegd tussen cliëntenorganisaties en organisaties van aanbieders. VWS ondersteunt de cliëntenorganisaties voor een goede inbreng van de cliënt. In 2009 komen de algemene voorwaarden gereed voor ziekenhuizen, verpleging, verzorging en thuiszorg.
- De nieuwe subsidiesystematiek voor organisaties van patiënten, gehandicapten en ouderen is per 1 januari 2009 in werking getreden (3). Met het vergrote structurele subsidiebudget en een vernieuwde subsidiesystematiek streven wij ernaar patiënten, gehandicapten en ouderen een sterke positie te geven in de stelsels van zorg en ondersteuning en hun mogelijkheden te vergroten om de regie op het eigen leven te voeren en deel te nemen aan de maatschappij. Om dat doel te bereiken zijn pgo-organisaties nodig die zich ontwikkelen tot

---

1 Tweede Kamer 2007-2008, 31 476, nr.1

2 Bij de SER vindt overleg plaats tussen branche- en consumentenorganisaties over de algemene voorwaarden voor consumenten. Algemene voorwaarden zijn de zogenoemde kleine lettertjes in een koop- of andere overeenkomst tussen consument en ondernemer. Als de brancheorganisatie én de consumentenorganisaties zich hierover gezamenlijk buigen, ontstaan evenwichtige voorwaarden. Voordelen zijn: de consument weet dat de voorwaarden door zijn belangenorganisatie in orde zijn bevonden. De ondernemer beschikt over algemene voorwaarden die de consument vertrouwen inboezemen. Consumentenvoorwaarden die op deze manier tot stand zijn gekomen, heten ook wel tweezijdige Algemene Voorwaarden.

3 Subsidieregeling PGO Stcrt. 2008 nr 192

nog sterkere vertegenwoordigers van patiënten, gehandicapten en ouderen. Met de Subsidieregeling PGO kan die versterking snel vorm krijgen. De subsidiesystematiek voor patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties wordt verfijnd naar aanleiding van de eerste ronde toewijzing projectsubsidies door de programmaraad.

#### *Aandachtspunten voor de komende periode*

Omtrent de cliëntenraden zijn twee moties ingebracht in het AO patiënten/consumentenbeleid van 23 oktober 2008. Zij betreffen de bindende voordracht van de cliëntenraad voor de benoeming van een lid van de raad van toezicht, een instemmingsrecht waar het gaat om overdracht of fusie van een instelling met een andere instelling, dan wel vaststelling of wijziging van het beleid terzake, en een onafhankelijk budget. Wij hebben de zorgaanbieders gevraagd om vooruitlopend op de nieuwe wetgeving nu al invulling te geven via een onafhankelijk budget voor de cliëntenraad op basis van een jaarplan en begroting.

De voorbereiding van het voorstel van Wet cliëntenrechten zorg is in volle gang.

We beogen het voorstel van Wet cliëntenrechten zorg rond de zomer 2009 voor advies naar de Raad van State te sturen. Vervolgens kunnen wij het voorstel eind 2009, begin 2010 aan uw Kamer voorleggen.

#### ***Zichtbare zorg / normen voor verantwoorde zorg***

Alleen wanneer duidelijk is welke kwaliteit zorgaanbieders leveren is het voor cliënten en verzekeraars mogelijk hun keuzes gefundeerd vorm te geven. Het kabinet wil de kwaliteit van zorg zichtbaar verhogen, onder meer door deze transparanter te maken. Het kabinet heeft voor 2011 twee concrete doelstellingen geformuleerd:

- burgers kunnen op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) voor 80 aandoeeningen zien welke kwaliteit de ziekenhuizen bieden;
- cliënten geven 90 procent van de zorgaanbieders in de AWBZ een voldoende voor de kwaliteit van de zorg.

In aanvulling op de kabinetsdoelstellingen streven we ernaar ook voor andere sectoren flinke stappen te zetten in het inzichtelijk maken van de geleverde kwaliteit van zorg.

Bij de IGZ is het bureau Zichtbare Zorg ondergebracht, dat de gewenste ontwikkelingen in de verschillende zorgsectoren regisseert, ondersteunt en aanjaagt en zorg draagt voor eenduidig gehanteerde 'kwaliteitstaal' (zie [www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl)). Dit is een breder terrein dan zichtbaar wordt uit de kabinetsdoelstellingen. Zowel bij ziekenhuizen als in de eerste lijn, GGZ, verpleging, verzorging en thuiszorg, kraamzorg en gehandicaptenzorg zijn trajecten in gang gezet. Daarnaast wordt er gewerkt aan een data-infrastructuur, het verbeteren van de betrouwbaarheid van kwaliteitsinformatie en het borgen van structureel onderhoud van indicatoren. In alle zorgsectoren waar momenteel gewerkt wordt aan transparantie van kwaliteit wordt door het bureau Zichtbare Zorg een model gehanteerd met een

stuurgroep waarin informatievragende partijen (inspectie, cliënten, verzekeraars) en informatieleverende partijen (zorgaanbieders – instellingen en professionals) gezamenlijk optrekken. Er wordt gestreefd naar consensus tussen en draagvlak bij alle betrokken partijen.

De sector verpleging, verzorging en thuiszorg, heeft in Nederland de toon gezet met de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren, waarmee in 2005 is gestart.

Aanvankelijk waren de in Nederland ontwikkelde indicatoren nog weinig gebaseerd op gegevens die routinematig in (landelijke) databanken worden vastgelegd. Dit maakt het waarborgen van de betrouwbaarheid van de metingen lastiger en de administratieve lasten hoger.

Waar mogelijk wordt nu geleerd van buitenlandse ervaringen, maar die zijn veelal beperkt tot medisch-specialistische zorg en een beperkt aantal risicovolle interventies. Voor veel te ontwikkelen kwaliteitsindicatoren ontbreken inspirerende buitenlandse voorbeelden, waardoor de doorlooptijd van de ontwikkeling langer is.

Bijlage 3 geeft in tabelvorm informatie over de stand van zaken bij de verschillende sectorale projecten en de voornemens voor de komende jaren. Over de stand van zaken noemen wij hier de volgende hoofdlijnen:

- Ziekenhuizen: de eerste aandoeningsspecifieke indicatorensets zijn ontwikkeld en getest. De invoering start vanaf begin 2009. De kwaliteitsdata komen publiek beschikbaar.
- GGZ: voor de gehele 2<sup>e</sup> lijns GGZ-sector is een set kwaliteitsindicatoren ontwikkeld en ingevoerd (deze indicatoren hebben onder meer betrekking op verandering in het dagelijks functioneren van de cliënt, eenzijdige beëindiging van de behandeling tegen het advies van de behandelaar en continuïteit bij verandering van zorgsoort, insluiting en dwangmedicatie en wachttijd tot start behandeling). De kwaliteitsdata worden openbaar via het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording over 2008;
- Verpleging, Verzorging en Thuiszorg: 94% van de zorgaanbieders maakt gebruik van de zorginhoudelijke indicatoren. 59% van de zorgaanbieders heeft de cliëntervaringen gemeten (CQ index, eens per twee jaar verplicht). Van laatstgenoemde heeft 80% aangegeven dat de score voldoende is (tussen 3 en 4, schaal 1-4). De kwaliteitsdata worden inmiddels gepubliceerd op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) en in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.
- Gehandicaptenzorg: de zorginhoudelijke indicatoren zijn ontwikkeld en getest. Invoering begint naar verwachting vanaf 2009. Afgesproken is dat de kwaliteitsdata publiek beschikbaar komen. In 2009 wordt een – op deze sector toegespitst - instrument ontwikkeld om cliëntervaringen te meten (gebaseerd op de CQ-index);
- Eerstelijns zorg: In de eerste lijn is een groot aantal trajecten in 2008 van start gegaan in het kader van Zichtbare Zorg. Voor huisartsen en kraamzorg is een eerste indicatorenset ontwikkeld (deze indicatoren voor huisartsen hebben betrekking op de toegankelijkheid van de

huisarts, het medisch handelen bij chronische ziekten, informatieoverdracht, samenwerking met partners eerste en tweede lijn, aanwezigheid en invulling van kwaliteitsbeleid; de indicatoren voor kraamzorg hebben betrekking op de kraamzorg thuis). Voor fysiotherapie is de indicatorenset ontwikkeld en getest, die begin 2009 kan worden ingevoerd (deze indicatoren hebben betrekking op methodisch handelen bij screening, diagnostisch proces, therapeutisch proces, de vaststelling van het behandelresultaat en patiëntenervaringen);

- Medicatieveiligheid: Op het gebied van medicatieveiligheid worden in het traject Zichtbare Zorg sectoroverstijgende indicatoren ontwikkeld op basis van het HARM-onderzoek (4). De verwachte doorlooptijd van de ontwikkeling is tot begin volgend jaar. Het HARM-onderzoek en bestaande indicatoren (onder andere bij de IGZ) vormen een belangrijke input hiervoor;
- Zorg voor chronisch zieken: Zichtbare zorg is een project begonnen om indicatoren voor de zorg van mensen met een chronische ziekte te ontwikkelen, te testen en in gebruik te nemen. Daarbij gaat het in eerste instantie om de aandoeningen diabetes, COPD, cardiovasculair risicomangement en hartfalen. De indicatoren zullen zowel betrekking hebben op de kwaliteit van zorg, als de kwaliteit van de samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders. Dit project van Zichtbare Zorg sluit aan bij het VWS-programma Chronisch Zieken. Daarnaast worden in het kader van de inkoopleidraad ketenzorg dementie kwaliteitsindicatoren voor dementiezorg getoetst.

Inmiddels hebben wij een ministeriële regeling gepubliceerd om beter te kunnen waarborgen dat zorgaanbieders zich via de kwaliteitsindicatoren uit het project Zichtbare Zorg verantwoordend. De zorgaanbieders moeten deze kwaliteitsindicatoren verplicht rapporteren in hun jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (5).

#### *Aandachtspunten voor de komende periode*

In de zomer van 2007 is gestart met de opbouw van de projectorganisatie van Zichtbare Zorg, die eind 2009 circa 30 fte zal omvatten. Naast ondersteuning van de stuurgroepen wordt een data infrastructuur ontwikkeld die de zorgaanbieders ondersteunt in het berekenen en vergelijkbaar maken van indicatoren, en die zoveel mogelijk aansluit op gegevens die al routinematig in landelijke databanken worden vastgelegd. Tegelijkertijd wordt in 2009 onderzocht hoe de ontwikkeling en het onderhoud van indicatoren structureel kan worden geborgd.

VWS investeert in 2009 €10 mln in deze activiteiten. Ondanks deze aanzienlijke inspanningen zijn de doelstellingen tot en met 2011 zeer ambitieus.

---

4 Hospitals Admissions Related to Medication, november 2006

5 Regeling kwaliteitsjaarverslag zorginstellingen, Stcrt 2008, nr 2472, 24 december 2008

We willen het hoge tempo vasthouden van ontwikkelen, testen en invoeren van kwaliteitsindicatoren in de diverse sectoren en sectoroverstijgende indicatoren voor medicatieveiligheid en chronisch zieken. Daarom is voorlopig instandhouding van een regisserende, ondersteunende en aanjagende functie richting de zorgsectoren noodzakelijk. Op die manier komt er voor steeds meer sectoren kwaliteitsinformatie over zorgaanbieders op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl). In de loop van dit jaar nemen wij een besluit over de financiering en positionering van het bureau Zichtbare Zorg vanaf 1 juli 2010. Het uitgangspunt is dat het bureau gaat verzelfstandigen. Dit proces wordt in 3 fasen uitgevoerd, waarbij in de eerste fase de werkwijze is vastgesteld, in de tweede fase een organisatie ontwerp wordt opgesteld en in de derde fase – naar verwachting vanaf begin 2010 - de daadwerkelijke verzelfstandiging wordt opgepakt.

Daarnaast bezien we op welke wijze een landelijke infrastructuur kan worden opgezet waarin de diverse landelijke databanken met kwaliteitsgegevens gebruikt, gekoppeld en ontsloten kunnen en mogen worden. In diverse OESO lidstaten is een landelijke infrastructuur van gekoppelde databases al wel aanwezig.

In de ziekenhuissector werken partijen ook hard aan ontwikkeling en implementatie van indicatoren (o.a. IGZ-basisset en veiligheidsindicatoren). Daarnaast wordt een deel van de indicatoren weliswaar in een andere sector ontwikkeld (care, 1<sup>e</sup> lijn, GGZ), maar worden deze ook uitgevraagd in ziekenhuizen. Om integraliteit van deze diverse ontwikkelingen in de ziekenhuizen te bewerkstelligen zal een Programma Advies Commissie (PAC) worden ingesteld, die de stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen inhoudelijk ondersteunt. De vormgeving van de PAC wordt nog met betrokken partijen nader afgestemd. In 2011 zal voor ruim 80 onderdelen van ziekenhuiszorg kwaliteitsinformatie op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) beschikbaar zijn.

In de sector verpleging, verzorging en thuiszorg wordt in 2009 een tweede meting van kwaliteitsindicatoren gehouden en gepresenteerd. De indicatorenset en het proces van meten worden geëvalueerd. Deze gegevens worden onder andere gebruikt om binnen de sectoren te komen tot doorontwikkeling van de indicatoren.

In de gehandicaptenzorg vindt invoering van de kwaliteitsindicatoren in de loop van 2009 plaats. Op grond hiervan zal de IGZ deze indicatoren bij haar toezicht betrekken, net zoals gebeurt in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg.

### ***Patiëntveiligheid***

Cliënten moeten er van uit kunnen gaan dat de zorg die wordt aangeboden veilig is. Samen met veldpartijen is daarvoor in de diverse sectoren een ambitieus programma neergezet, met als meest in het oog springende doel de komende jaren het aantal vermijdbare sterfte- en schadegevallen sterk te verminderen.

Veiligheid moet meer in de dagelijkse organisatie van de zorg een rol spelen. De invoering bij zorgaanbieders van systemen om veiligheid te managen is daarvoor essentieel.

Wij sturen in de diverse sectoren op patiëntveiligheid door:

- te bevorderen dat de veldpartijen een veiligheidsprogramma/plan opstellen met concrete ambities ter verbetering, en dit zonedig af te dwingen;
- te monitoren dat deze veiligheidsplannen ook worden uitgevoerd;
- te sturen op concrete (uitkomst)indicatoren zoals vermijdbare sterfte en schade, het werken met een veiligheidsmanagementsysteem of veiligheidsprogramma in de langdurige zorg;
- te bevorderen dat - daar waar concrete indicatoren nog ontbreken - eerst een 0-meting wordt uitgevoerd, zodat op grond daarvan concrete ambities kunnen worden vastgesteld;
- toezicht en handhaving door de IGZ, gericht op de grootste risico's;
- te bevorderen dat normen voor veiligheid van zorg worden ontwikkeld en vastgesteld, en dit zonedig af te dwingen;
- in stimuleringsprogramma's als Zorg voor Beter nadrukkelijk aan te sluiten bij de ambities uit de veiligheidsplannen.

De stand van zaken verschilt per sector door verschillen in het tijdstip waarop men begonnen is, het beschikbaar zijn van een 0-meting die de urgentie aangeeft (zoals bij ziekenhuizen het EMGO/NIVEL-onderzoek van 2007) en de mate waarin patiëntveiligheid leeft bij zorginstellingen en beroepsgroepen in de diverse sectoren.

#### Bevorderen veiligheidsprogramma's/plannen en monitoren uitvoering

In nagenoeg alle sectoren zijn inmiddels veiligheidsprogramma's/plannen vastgesteld, inclusief een sectoroverstijgend programma voor medicatieveiligheid. Deze programma's en plannen worden mede met financiering vanuit VWS uitgevoerd. Zo verleent VWS een subsidie van € 3 miljoen voor het gehele veiligheidsprogramma ziekenhuizen ('Voorkom schade, werk veilig' 2008-2012).

In de langdurige zorg bestaan er al veiligheidsprogramma's/plannen. Omdat de doelgroepen in de langdurige zorg divers zijn wordt binnen de veiligheidsprogramma's/plannen uitgegaan van diverse systemen.

Daarnaast is een richtlijn medicatieoverdracht ontwikkeld, waarbij alle relevante partijen (waaronder koepelorganisaties, apothekers, IGZ) hun bijdrage hebben geleverd. Deze richtlijn wordt nu ingevoerd.

Het verbeterprogramma Zorg voor Beter sluit inhoudelijk aan op de veiligheidsplannen in de verpleging, verzorging, thuiszorg, gehandicaptenzorg en langdurige GGZ.

Wij monitoren vervolgens of deze programma's/plannen ook worden uitgevoerd, zoals de invoering van de richtlijn medicatie-overdracht in de diverse sectoren.

De IGZ vervult hierbij een cruciale rol in de handhaving.

In alle sectoren wordt nu hard gewerkt aan de uitvoering.

### Sturen op (uitkomst)indicatoren

In diverse sectoren kunnen wij sturen op concrete (uitkomst) indicatoren om te kunnen beoordelen wat het effect is van de uitvoering van de veiligheidsprogramma's/plannen. Deze sluiten aan op breed gedragen ambities bij de betrokken veldpartijen:

- Het kabinet wil het aantal gevallen van vermijdbare geneesmiddelengerelateerde ziekenhuisopnames reduceren van circa 19.000 in 2006 naar minder dan circa 13.300 in 2011/2012. Dit betekent een reductie met 30%.
- Het kabinet wil het aantal vermijdbare incidenten - met schade voor cliënten - in ziekenhuizen laten dalen van circa 30.000 in 2004 naar circa 15.000 eind 2012. De vermijdbare sterfte in ziekenhuizen moet omlaag van circa 1.735 in 2004 naar circa 850/900 eind 2012. Om deze doelstellingen te behalen is het essentieel dat alle ziekenhuizen een veiligheidsmanagementsysteem invoeren (VMS). Een VMS kan in belangrijke mate aan de veiligheid bijdragen omdat het op een systematische manier mogelijk maakt om risico's te inventariseren, incidenten te melden en te analyseren en het mogelijk wordt de hieruit voortkomende aanbevelingen en verbetermaatregelen te managen. De eisen die aan een volledig veiligheidsmanagementsysteem worden gesteld zijn beschreven in de Nederlands Technische Afspraak (NTA 8009:2007). Door de partijen van het veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig' is per jaar beschreven welke onderdelen er redelijkerwijs ingevoerd kunnen en moeten zijn. Ziekenhuizen worden hier jaarlijks steekproefsgewijs door de IGZ op getoetst. Vanaf 2010 zal de IGZ deze mijlpalen ook als uitgangspunt gebruiken voor de handhaving. In 2012 zullen alle ziekenhuizen volgens de eigen doelstellingen van de betrokken veldpartijen beschikken over een gecertificeerd VMS.
- In 2010 dienen in de langdurige zorg (verpleging, verzorging, thuiszorg en gehandicaptenzorg) systemen als veilig melden, incidentenregistratie, individuele risicoanalyse als basis voor het zorgplan en verbeterprocessen ingevoerd en geborgd te zijn.
- In de gehandicaptenzorg hebben we – samen met de veldpartijen - drie ambities benoemd (6):
  - Iedere cliënt heeft eind 2009 een ondersteuningsplan dat in goed overleg tussen cliënt en aanbieder tot stand is gekomen;
  - Medewerkers moeten de instrumenten in handen hebben om alle elementen uit het Kwaliteitskader gehandicaptenzorg in de praktijk toe te kunnen passen;
  - Ieder incident van seksueel misbruik is er één teveel: inspanningsverplichting om alle incidenten te voorkomen.
- Ook in de langdurige zorg willen we medicatiefouten terugdringen. De verbetertrajecten van Zorg voor Beter laten zien dat het goed mogelijk is om het aantal medicatiefouten terug te dringen. Bij 70% van de

deelnemende teams nemen medicatie-incidenten met 30% af. Bovendien weet 80% van de teams het beleid om fouten terug te dringen te borgen en een goed registratiesysteem te introduceren.

- Vrijheidsbeperkende maatregelen in de langdurige zorg willen we fors terugdringen in 2010. De veldpartijen hebben recent een intentieverklaring ondertekend met de ambitie dat er in 2011 zo min mogelijk onrustbanden worden gebruikt.
- In de langdurige zorg willen we verdere verbeteringen realiseren op het gebied van decubitus en voedingstoestand (eten en drinken). Diverse trajecten in Zorg voor Beter zijn hierop gericht. In september 2008 zijn de eerste resultaten van de meting met de indicatoren verantwoorde zorg gepresenteerd (7). Hieruit komt voor zowel de Verpleging en Verzorging als de Zorg Thuis een positief beeld op de zorginhoudelijke indicatoren decubitus en voedingstoestand naar voren.
- Het doel is dat 80% van de GGZ-instellingen in 2010 een veiligheidsmanagementsysteem heeft ingevoerd (de GGZ-sector heeft de eisen waaraan een veiligheidsmanagementsysteem moet voldoen verwerkt in de normen voor HKZ-certificatie). Vijf pilotinstellingen starten begin 2009 met de invoering van een veiligheidsmanagementsysteem en een systeem van veilig incidenten melden, met aandacht voor agressie en medicatieonveiligheid.
- In 2009 is er een Toolkit Patiëntveiligheid voor de eerste lijnszorg, waarvan een veilig melden systeem deel uitmaakt. De Toolkit zal zowel methoden aanreiken voor het omgaan met incidenten en aangetroffen risico's in de praktijk, als voor specifieke thema's en patiëntengroepen waarbij sprake is van een verhoogd risico.

#### 0-metingen/onderzoek

Voor een aantal sectoren worden nog 0-metingen/onderzoeken uitgevoerd, op grond waarvan op een later moment concretere ambities kunnen worden geformuleerd:

- Door middel van een dossieronderzoek is door EMGO/Nivel in 2007 bekend gemaakt hoe hoog de vermijdbare schade en de vermijdbare sterfte in de ziekenhuizen in 2004 was. Om te meten of de reductiedoelstellingen in de ziekenhuizen behaald worden, worden enkele tussenmetingen uitgevoerd. Op dit moment wordt een herhaling van het dossieronderzoek ingezet. In 2010 wordt tussentijds duidelijk of er daadwerkelijk verbeteringen hebben plaatsgevonden.
- Om vermijdbare schade in de curatieve GGZ in kaart te brengen heeft het Trimbos-instituut onderzoek gedaan; het rapport is maart 2009 uitgebracht. Dit zal dienen als fundament om de voortgang van patiëntveiligheid c.q. het terugdringen van vermijdbare schade in de curatieve GGZ te kunnen monitoren.
- Eind 2009 is een onderzoek gereed dat meer kennis moet opleveren omtrent incidenten in de eerstelijnszorg. Deze kennis wordt gebruikt



om verbetering in te zetten. Dit onderzoek zal ook indicatoren opleveren waarmee zorgaanbieders handvatten aangereikt krijgen om hun zorg aan de cliënt op veiligheid te kunnen beoordelen.

### Toezicht en handhaving

De IGZ houdt toezicht op de voortgang van de veiligheidsprogramma's en handhaaft op de grootste risico's in de diverse sectoren:

- Begin 2009 heeft de IGZ in een eerste onderzoek naar de invoering van het VMS in 24 Nederlandse ziekenhuizen getoetst in hoeverre de zogenaamde 'mijlpalen voor 2008' ook daadwerkelijk behaald zijn (patiëntveiligheid is gedelegeerd naar het lijnmanagement, op tenminste 3 afdelingen wordt veilig incident melden uitgevoerd en op tenminste 1 afdeling is een prospectieve risicoanalyse uitgevoerd). Het is van groot belang dat alle ziekenhuizen in Nederland tenminste de basiselementen van het veiligheidsmanagementsysteem geïmplementeerd hebben en hier voortvarend mee aan de slag zijn. Het onderzoek van de IGZ in een steekproef van 25 ziekenhuizen wijst uit dat ziekenhuizen goed op gang zijn gekomen met de invoering van het VMS, maar dat verdere inspanningen nodig zijn om de risico's op onveilige zorg goed te beheersen. Eén ziekenhuis heeft patiëntveiligheid niet gedelegeerd aan het lijnmanagement, zoals de eis was van de betrokken veldpartijen. Alle ziekenhuizen (behalve dit ene ziekenhuis) maken goede voortgang met de invoering van het systeem van "veilig incidenten melden". Meer moeite hebben ziekenhuizen met het lastige onderwerp van prospectieve risicoanalyses. Daar bleken elf ziekenhuizen nog niet aan de eis te voldoen. Hierover is de IGZ met de betrokken veldpartijen (de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra, het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland) in gesprek. Speciale aandacht vraagt nog de betrokkenheid van arts-assistenten in de ziekenhuizen bij de bevordering van patiëntveiligheid: dit lijkt nog een vergeten, maar essentiële groep als het gaat om het VMS.

In de komende jaren zal toegewerkt worden naar een volledige invoering van het VMS in ziekenhuizen. De IGZ zal jaarlijks steekproefgewijs toetsen op de mijlpalen van de sector en zal hier indien noodzakelijk vanaf 2010 ook op handhaven. Gestreefd wordt naar certificering eind 2012 op dit vlak. Uit het onderzoek van de IGZ blijkt dat er ook ziekenhuizen zijn die hier al hard naar op weg zijn. Ik verwacht dat ziekenhuizen zo spoedig mogelijk ook de vervolgstappen nemen en het VMS gebruiken om te werken aan een open en bewuste cultuur op alle niveau's van de organisatie die bijdraagt aan veiliger patiëntenzorg. Zij zullen dit instrument moeten gaan gebruiken om op systematische wijze hun verantwoordelijkheid op het gebied van patiëntveiligheid in te vullen. De Raad van Bestuur heeft hierbij een belangrijke voortrekkersrol en is hierin eindverantwoordelijk.

In bijlage 4 treft u aan het IGZ-rapport 'Invoering veiligheidsmanagementsysteem in ziekenhuizen komt op gang'.

- Ziekenhuizen zullen in 2009 aan de IGZ aangeven óf ze gebruik maken van de HSMR (8) en hoe ze deze intern bespreken en gebruiken voor verbeteracties, hetgeen indicatief is voor wijze waarop ziekenhuizen sturen op kwaliteit en veiligheid van zorg. De HSMR wordt één van de indicatoren in het toezicht van de IGZ op de veiligheid in ziekenhuizen. Indien ziekenhuizen geen HSMR gebruiken moeten ze kunnen aantonen hoe ze dan wel sturen op veiligheid. De expertgroep HSMR, waaraan de betrokken veldpartijen deelnemen, heeft de ambitie de HSMR van alle ziekenhuizen per 2010 openbaar te maken. Eind 2009 zal de expertgroep met een advies komen over de bruikbaarheid van de HSMR voor kwaliteitsvergelijking tussen ziekenhuizen. Wij steunen deze ambitie van harte.
- De ziekenhuizen registreren vanaf 1 januari 2009 op vier thema's van het veiligheidsprogramma (9). De betreffende indicatoren voor deze vier thema's, inclusief een praktijkgids per thema als ondersteuning voor de betrokken professionals, zijn in december 2008 gepubliceerd. Vanaf mei/juni 2010 volgen analyse, publicatie en zo nodig handhaving door de IGZ conform de werkwijze bij de basisset prestatie-indicatoren. De indicatoren voor de laatste zes thema's zullen in het derde kwartaal van 2009 worden vastgesteld. Dat betekent dat deze indicatoren vanaf 2010 door de instellingen worden geregistreerd en deze vanaf mei/juni 2011 kunnen worden betrokken in het toezicht door de IGZ.
- In 2009 voert de IGZ een thematisch toezichtproject medicatieveiligheid uit waarbij 200 zorglocaties zullen worden bezocht in de langdurige zorg.
- De IGZ heeft met het uitbrengen van de circulaire over 'preventie van calamiteiten bij het gebruik van onrustbanden' een scherper handhavingsbeleid op deze calamiteiten geïntroduceerd. Bij nieuwe calamiteiten zal de IGZ steeds nagaan of er tuchtrechtelijke stappen noodzakelijk zijn. Op het thema vrijheidsbeperkingen start de IGZ in 2010 een thematisch toezicht, gericht op meerdere sectoren.
- De IGZ verplicht met het uitbrengen van de circulaire "Badincidenten" en "Melden seksueel misbruik in de gehandicaptenzorg" de zorgaanbieders om alle calamiteiten en

---

<sup>8</sup> Een indicator voor kwaliteit is de HSMR (hospital standardized mortality rate). De HSMR vergelijkt het werkelijke sterftcijfer van een ziekenhuis, met het sterftcijfer dat verwacht zou mogen worden, gezien de door het ziekenhuis behandelde populatie cliënten. Er kunnen nu 69 ziekenhuizen worden vergeleken op de HSMR. De IGZ zal de HSMR ook betrekken in haar toezicht. Overigens kunnen ziekenhuizen ook op andere wijzen dan middels de HSMR vermijdbare schade meten en daarop sturen.

<sup>9</sup> Het gaat om postoperatieve wondinfecties (voorkomen van ziekenhuisinfecties na een operatie), medicatieoverdracht (medicatieverificatie bij opname en ontslag), vitaal bedreigd (vroegtijdige herkenning van patiënten met bedreigde vitale functies) en lijnsepsis (voorkomen van schade bij patiënten door sepsis).

incidenten van seksueel misbruik te melden. Instellingen zijn verplicht om calamiteiten aan de inspectie te melden. De IGZ zal bij badincidenten alle gemelde calamiteiten onderzoeken. Daarnaast zijn instellingen verplicht om zelf onderzoek te doen naar de oorzaak van calamiteiten bij baden en douchen en daarover een rapport op te stellen. De inspectie stuurt de instelling na binnenkomst van een melding een checklist met punten die in het onderzoeksrapport van de instelling aan de orde moeten komen. Aan de hand van het onderzoeksverslag van de instelling gaat de inspectie na of de instelling adequaat en voldoende diepgaand onderzoek heeft gedaan en afdoende maatregelen heeft genomen om herhaling te voorkomen. Bij een melding van seksueel misbruik wordt per incident beoordeeld of er een onderzoek van de IGZ zal plaatsvinden.

- De IGZ besteedt bij alle toezichtbezoeken in de langdurige zorg specifiek aandacht aan (de toepassing van) het zorgplan en de individuele risicoanalyse. De individuele risicoanalyse is een belangrijk instrument om vooraf in te kunnen schatten welke risico's bepaalde cliëntgroepen binnen de langdurige zorg lopen, in plaats van achteraf incidenten te herstellen.
- In 2010 zal IGZ monitoren of de GGZ instellingen een veiligheidsmanagementsysteem hebben geïmplementeerd.
- IGZ voert in de eerste lijn twee onderzoeken uit op het gebied van medicatieveiligheid naar aanleiding van de uitkomsten van het eerder aangehaalde Harm-onderzoek. Doel is om de patiëntveiligheidsproblematiek hiermee nadrukkelijk op de agenda te zetten van de professionals in de eerste lijn.

#### *Aandachtspunten voor de komende periode*

In reactie op de aangehouden Motie-Sap (10) over wettelijke minimumnormen voor de kwaliteit van de zorg willen wij aangeven dat wij ons ervoor inspannen dat, daar waar het veiligheid betreft, zoveel mogelijk duidelijke normen worden geformuleerd. Idealiter door het veld zelf. Voor sommige ingrepen/behandelingen en voor sommige vormen van zorgverlening ontbreken nog steeds veiligheidsnormen. Deze lacunes met betrekking tot veiligheidsnormen vinden wij vanuit patiëntenbelang niet langer acceptabel.

Wij hebben de veldpartijen, betrokken bij ziekenhuiszorg, gevraagd om ons en de IGZ vóór 1 september 2009 een overzicht aan te leveren van de eerste set van (vanzelfsprekende) veiligheidsnormen op het gebied van ziekenhuiszorg. Daarbij kan gedacht worden aan de tien thema's van het veiligheidsprogramma voor ziekenhuizen (11). Maar ook buiten deze thema's

---

10 31 700 XVI, nr 58

11 Tien thema's veiligheidsprogramma ziekenhuizen:

1. Voorkomen van ziekenhuisinfecties na een operatie.
2. Voorkomen van schade bij patiënten met een centraal veneuze lijn (inbrenschade, infecties en sepsis).
3. Vroegtijdige herkenning van patiënten met bedreigde vitale functies.
4. Voorkomen van medicatiegerelateerde fouten, met gerichte aandacht voor de momenten van overdracht.
5. Voorkomen van onbedoelde vermijdbare schade bij de ouderen patiënt met specifieke aandacht voor:

kunnen veiligheidsnormen worden geformuleerd. Wij hebben de IGZ gevraagd ons te adviseren over deze normen.

Daarnaast hebben wij de veldpartijen, betrokken bij ziekenhuiszorg, gevraagd ons en de IGZ vóór 1 oktober 2009 aan te geven welke procedure en welk tempo kan worden gevolgd om in de komende jaren op verantwoorde wijze de set van veiligheidsnormen stap voor stap uit te kunnen breiden. Hierbij hoort vanzelfsprekend een inventarisatie van gebieden waar veiligheidsnormen ontbreken of niet volledig zijn en waar nog geen trajecten in gang zijn gezet. Ook daarover hebben wij de IGZ gevraagd ons te adviseren.

De ontwikkelde veiligheidsnormen zal de IGZ hanteren bij haar toezicht. Waar nodig dwingen wij – in samenwerking met de IGZ - ontbrekende veldnormen voor veiligheid af. Wanneer veldpartijen niet bereid zouden zijn om veiligheidsnormen te benoemen en te ontwikkelen en er ook geen vooruitzicht is dat dit op korte termijn alsnog zal plaatsvinden, zullen wij met advies van de IGZ deze zelf vaststellen. Op deze manier is sprake van proportionaliteit omdat wet- en regelgeving alleen daar wordt ingezet waar het veld de open norm van verantwoorde zorg niet zelf nader specificeert. Bij uitblijven van afdoende veldnormen kan de minister van VWS straks op grond van de komende wetgeving voor cliëntenrechten in de zorg de norm voor ‘goede zorg’ op een flexibeler manier nader invullen. Dit zal de slagvaardigheid van het toezicht bevorderen. Binnen de langdurige zorg wordt in de komende periode met de betrokken partijen overleg gevoerd, waarbij we ons richten op het borgen en daadwerkelijk waarmaken van de afspraken uit de veiligheidsprogramma’s/plannen.

De veiligheidsprogramma’s/plannen moeten in alle sectoren uitgevoerd worden. De IGZ houdt toezicht op de voortgang en handhaaft op de grootste risico’s.

Samen met de veldpartijen bezien we hoe de invoering van veiligheidsmanagementsystemen zo goed en zo snel mogelijk gerealiseerd kan worden. Daarbij gaan we uit van heldere afspraken over wat een veiligheidsmanagementsysteem moet inhouden, zoals een Nederlandse Technische Afspraak of HKZ-normen.

Binnen Zorg voor Beter (gericht op de langdurige zorg), fase 2 2008-2011, zijn en worden nieuwe thema’s toegevoegd aan de verbetertrajecten. Dit zijn verzorgend wassen, elektronisch cliëntendossier, slimmere werkprocessen,

---

- herkennen en voorkomen van delier (verwardheid);

- valpreventie Voorkomen van mobiliteitsverlies;

- voorkomen en verhelpen van ondervoeding;

6. Voorkomen van sterfte ten gevolge van een acuut myocard infarct (acuut myocard infarct is een plotselinge onverwachte hartaanval).

7. Voorkomen van onnodig lijden van patiënten door pijn.

8. Voorkomen van incidenten bij het bereiden en toedienen van high risk medicatie.

9. Voorkomen van verwisseling van patiënten en bij patiënten.

10. Voorkomen van nierinsufficiëntie bij gebruik van contrastmiddelen en medicatie.

vrijheidsbeperkende maatregelen, mondzorg, omgaan met seksualiteit (naast preventie van seksueel misbruik) en angst en depressie bij ouderen. Op basis van de ervaringen uit fase 1 zet Zorg voor Beter in op organisatiebreed doorbreken en borgen van verbeteringen bij deelnemers. Met een uitgebalanceerd programma-aanbod wordt ingezet op brede invoering van best practices op het gebied van kwaliteitsverbetering en innovatie. Hierbij wordt een sterke relatie gelegd met transparantie, veiligheidsplannen in de verpleging, verzorging en thuiszorg en het verbeterplan kwaliteit gehandicaptenzorg.

Het scala aan zorgaanbieders in de eerstelijnszorg is breed en divers. Een overkoepelende organisatiestructuur op bestuurlijk niveau ontbreekt. Het NEO (12), waarin onder anderen fysiotherapeuten, huisartsen, verloskundigen, apothekers en logopedisten zijn vertegenwoordigd, is een jonge organisatie die deze taak op zich neemt. In het NEO zijn nog niet alle beroepsgroepen vertegenwoordigd, maar ze kunnen zich voor het thema patiëntveiligheid wel aansluiten. Tot nu toe hebben het ministerie van VWS en de IGZ het voortouw genomen in de eerstelijnszorg. Het is nu aan het veld om zelf vervolgstappen te zetten. De beroepsgroepen vragen om meer regie, om afstemming te bewerkstelligen en overlap van acties te voorkomen. Op dit moment wordt gezocht naar een partij die deze rol op zich kan nemen.

De invoering van het elektronisch patiëntendossier (EPD) zal een verdere impuls geven aan de vermindering van onbedoelde en vermijdbare fouten in de zorg. Als eerste worden huisartsenposten, huisartspraktijken, apotheken en ziekenhuizen aangesloten op het landelijk EPD.

### ***Governance / sturen op kwaliteit en veiligheid***

De wijzigingen in de zorgstelsels leiden tot meer nadruk op de verantwoordelijkheden van bestuurders en interne toezichthouders van zorginstellingen voor kwaliteit en veiligheid van zorg. Bestuurders en toezichthouders blijken in de praktijk vaak onvoldoende aandacht te besteden aan de door de instelling geleverde kwaliteit en veiligheid van zorg aan cliënten. Dit vraagt om een daadkrachtige aanpak, waarbij ook regelgeving vanuit de overheid, in relatie tot de zelfregulering van veldpartijen, wordt gezien.

Bestuurders en interne toezichthouders van zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de geleverde kwaliteit en veiligheid van zorg. De zorgaanbieders moeten het vertrouwen van burgers in de kwaliteit en veiligheid van zorg verdienen door kwalitatief goede en veilige zorg te leveren, open te zijn over hun prestaties (kwaliteitsindicatoren) en de ervaringen van cliënten over de geleverde zorg (CQ index).

Er zijn forse ambities om de kwaliteit en de veiligheid van zorg te verbeteren.

Die ambities kunnen alleen gerealiseerd worden als besturen en interne toezichthouders van zorgaanbieders het heft in handen nemen en goed sturen op kwaliteit en veiligheid. Onze indruk is dat dat nog onvoldoende het geval is. Dit wordt nog versterkt in het geval van onderliggende rechtspersonen of uitbestedings- of samenwerkingsrelaties, of zich onafhankelijk opstellende maatschappen, waarbij de zorg ‘op afstand’ van het bestuur wordt geleverd. Er is naar onze indruk bij veel zorgaanbieders geen governance-structuur gericht op kwaliteit en veiligheid, vergelijkbaar met de structuur die er wel voor financiën is. Voor financiën is er een planning & control-cyclus, een controller, een portefeuillehouder financiën in het bestuur/raad van toezicht en er is vaak een financiële auditcommissie. Voor kwaliteit en veiligheid ontbreekt vaak een planning & controlcyclus, hangt een kwaliteitsfunctionaris ‘los in de organisatie’ en heeft deze geen status zoals een controller die wel heeft, is er meestal geen portefeuillehouder kwaliteit en veiligheid in het bestuur/raad van toezicht en ontbreekt er een auditcommissie kwaliteit en veiligheid.

Op dit moment zijn wij in overleg met de branche-organisaties van aanbieders. Zij hebben recent de Zorgbrede governance code geëvalueerd. Uit de bevindingen daarvan blijkt dat ‘sturen op kwaliteit en veiligheid’ een thema is waaraan gewerkt moet worden. Eén van de aandachtspunten daarbij is de verantwoording van maatschappen van medisch specialisten aan het bestuur van de zorgaanbieder. Ook is een belangrijk aandachtspunt dat de veldpartijen (zorgaanbieders, maar ook zorgverzekeraars en cliënten) zelf moeten zorgen voor de naleving van de code. De IGZ spreekt bij haar toezicht consequent het bestuur van de instelling aan op de toezichtsbevindingen en de noodzakelijke verbeteringen.

De recente maatschappelijke discussie over goed bestuur naar aanleiding van casus van instellingen met problemen op het gebied van financiën en kwaliteit van zorg, zijn voor ons aanleiding om nadere wetgeving voor te bereiden op het gebied van goed bestuur en sturen op kwaliteit en veiligheid.

#### *Aandachtspunten voor de komende periode*

Wij verwachten van de veldpartijen dat, nu uit de eigen evaluatie blijkt dat er nog veel te verbeteren valt, ze ook de daad bij het woord voegen en er werk van maken. Het aanscherpen van de code in 2009, met name op het punt ‘sturen op kwaliteit en veiligheid’, en het zorgdragen voor de naleving daarvan door de veldpartijen zelf is daarbij de grootste uitdaging. De veldpartijen zullen dit zelf moeten doen. Vooralsnog bespeuren wij bij de branche-organisaties geen urgentie om hiertoe snel concrete stappen ter verbetering te nemen, behoudens voornemens om één en ander te stimuleren. De cliënten mogen van de overheid verwachten dat wij goed de vinger aan de pols houden. Wij vinden het zo belangrijk dat we ook wetgeving achter de hand houden en voorbereiden. Daarbij helpt het natuurlijk als we in wetgeving gewoon kunnen aansluiten bij wat inmiddels in het veld praktijk is geworden. Het is niet de bedoeling om de hele governance-code van de veldpartijen in wetgeving op te nemen. Wel worden in het voorstel van Wet

cliëntenrechten zorg (WCZ) de taken en bevoegdheden zodanig geregeld dat raden van toezicht en raden van bestuur meer middelen hebben om te sturen op kwaliteit en veiligheid. Wij willen de posities van bestuur en interne toezichthouder, ook richting medisch specialisten, verstevigen in de WCZ. Zowel een lid van het bestuur als een lid van het interne toezicht moet expliciet worden belast met de portefeuille voor kwaliteit van zorg. Wij onderzoeken nog of de norm voor het persoonlijk aansprakelijk stellen van bestuurders tegen het belang van de zorginstelling specifiek moet worden ingevuld.

Op 10 maart 2009 is het RVZ-advies over Governance en kwaliteit van zorg verschenen. Wij zien in dit advies veel aanknopingspunten met het door ons ingezette beleid. Wij komen rond de zomer 2009 terug op dit RVZ-advies in onze brief over intern (governance) en extern toezicht.

In het najaar 2009 verschijnt de jaarlijkse Staat van de Gezondheidszorg van de IGZ. Het thema voor het jaar 2009 is de verantwoordelijkheid van raden van bestuur, raden van toezicht en professionals met betrekking tot het sturen op kwaliteit en veiligheid. Steeds weer blijkt uit onderzoek van de IGZ naar aanleiding van meldingen/calamiteiten en uit haar thematische onderzoeken dat leiderschap binnen zorginstellingen van bestuurders en professionals en de wijze waarop het interne toezicht vorm en inhoud krijgt bepalend is voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg en het ambitieniveau om deze te verbeteren.

### ***Versterken toezicht IGZ***

Bij een systeem dat een grote verantwoordelijkheid geeft aan veldpartijen hoort ook een sterke toezichthouder. Een toezichthouder die niet alleen reageert op zaken die mis zijn gegaan, maar die vooral pro-actief duidelijk maakt welke normen hij hanteert en wat men kan verwachten als men zich niet aan de spelregels houdt.

De IGZ kan in toenemende mate gebruik maken van de openbare kwaliteitsinformatie over kwaliteit en veiligheid, waardoor het toezicht risicogestuurd en slagvaardiger kan worden ingevuld.

De IGZ maakt op dit moment de omslag van een traditionele toezichthouder naar een moderne handhavingsorganisatie. De IGZ heeft deze ambitie neergelegd in haar Meerjarenbeleidsplan 2008-2011 'Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg'. Deze ambitie is in lijn met het door ons voorgestane beleid op het kwaliteitsterrein. In een brief aan uw Kamer (13) hebben wij dan ook laten weten in te stemmen met dit Meerjarenbeleidsplan van de IGZ.

De omslag naar een moderne handhavingsorganisatie houdt onder meer in dat de IGZ de komende jaren haar ingezette beleid om meer pro-actief toezicht te houden zal doorzetten naast haar reactieve methode van toezicht houden (reageren op meldingen en incidenten). Via dit proactief onderzoek krijgt de IGZ meer zicht op het functioneren van zorgaanbieders met betrekking tot kwaliteit en veiligheid van de zorg. Dit krijgt onder meer gestalte in de vorm van risico-analyses op basis van de kwaliteitsindicatoren en de thematische onderzoeken door de IGZ. In dit kader verwijzen wij naar het algemeen Handhavingskader IGZ dat wij op 23 december 2008 aan uw Kamer hebben aangeboden (14). Met dit kader maakt de IGZ duidelijk hoe zij handhaaft en bij welk type overtredingen zij welk type interventies zal inzetten.

In de vergadering van de vaste commissie van de Eerste Kamer voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin van 3 februari jl. (kenmerk 39540/WB) is verzocht om het samenwerkingsprotocol OM-IGZ op te sturen. De commissie heeft aangegeven dat zodra dit protocol beschikbaar is, zij een datum voorstellen voor plenaire behandeling van wetsvoorstel 31.122 (Uitbreiding van de bestuurlijke handhavingsinstrumenten in de wetgeving op het gebied van de volksgezondheid). Op 30 maart 2009 hebben wij uw Kamer het samenwerkingsprotocol tussen het Openbaar Ministerie en de IGZ toegestuurd (15).

De risico-analyses op basis van kwaliteitsindicatoren geven de IGZ sneller een indicatie of in een instelling de kwaliteit van zorg tekort schiet. De IGZ gebruikt hiervoor veelal een relatieve normering. Zorgaanbieders met een extreme score ('uitschieters') moeten deze verantwoorden en indien noodzakelijk neemt de IGZ verdere handhavingstappen. Het relatieve sterftecijfer (HSMR) wordt één van de belangrijke indicatoren in het kader van het toezicht van de IGZ op de veiligheid in ziekenhuizen.

De thematische onderzoeken die de IGZ uitvoert zijn onder andere gericht op de zorg voor de meest kwetsbare patiëntengroepen en/of de meest kritische zorgprocessen. De IGZ expliciteert bij ieder onderzoek haar toezichtnormen en benoemt bij ieder rapport concrete handhavingsmaatregelen. Daarnaast brengt de IGZ op basis van de uitkomsten van haar onderzoeken naast haar rapporten waar nodig ook circulaire uit of organiseert zij bijeenkomsten of conferenties om aanbevelingen uit te voeren, zodat ook niet door de IGZ ter plaatse onderzochte instellingen met de aanbevelingen aan de slag gaan. Een goed voorbeeld hiervan is de conferentie 'Zorg voor Vrijheid' van 18 november 2008 en het daar ondertekende convenant over het terugdringen van vrijheidsbeperkingen in de verpleging, verzorging en gehandicaptenzorg.

*Aandachtspunten voor de komende periode*

---

14 Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009, 31 700 XVI, nr. 111

15 MC-U-2921790



In lijn met de eerder aangehaalde motie Sap zal in de komende periode onze aandacht er samen met de IGZ naar uitgaan om de handhavingsnormen en handavingsplannen te expliciteren op grond van door veldpartijen zelf ontwikkelde en vastgestelde normen, maar waar nodig (zoals bij het in gebreke blijven van het veld) nemen wij daartoe zelf het initiatief. Wij leggen daarbij prioriteit bij de ontwikkeling van veiligheidsnormen op cruciale veiligheidsthema's zoals onder meer het veiligheidsmanagementsysteem en de tien thema's van het veiligheidsprogramma voor ziekenhuizen. Goede voorbeelden hiervan zijn het toezichtskader en de handavingsparagraaf zoals verwoord in het IGZ-rapport 'Radiotherapeutische zorg na inhaalslag sterk verbeterd, dat wij op 16 maart 2009 aan uw Kamer hebben gezonden (16), en zoals verwoord in het IGZ-rapport 'Verbeterkracht gehandicaptenzorg in beeld', dat wij op 20 januari 2009 aan uw Kamer hebben gezonden (17).

Normen zijn overigens niet altijd zwart-wit. Daarom kan het tot stand komen van een absolute norm tijd kosten, bijvoorbeeld omdat een periode van informatieverzameling nodig is of omdat wetenschappelijk onderzoek nodig is voor het ontwikkelen van evidence-based interventies. Op basis hiervan kan worden bepaald waar de ondergrens ligt en wat niet meer acceptabel is. Dat wordt dan uitgangspunt in het toezicht en de handhaving door IGZ. In de tussentijd zullen zorgaanbieders met extreme scores op indicatoren ('uitschieters') op basis van relatieve normering gesignaleerd worden en zal de IGZ hierop handhaven.

Tot slot is het goed ons te realiseren dat de zorg geen volledig risicovrije sector is. We doen er zo veel als mogelijk aan om de zorg veiliger te maken, maar extern toezicht kan nooit alle risico's voorkomen. Ook is het niet de bedoeling dat de IGZ verantwoordelijk wordt voor het reilen en zeilen van individuele instellingen. Uit recente IGZ-rapporten blijkt dat de IGZ wat haar toezichtsrol betreft op de goede weg is met de uitvoering van haar Meerjarenbeleidsplan. Zo wordt het verbeterpotentieel zichtbaarder, een essentiële voorwaarde om stappen te zetten naar een kwalitatief betere en meer veiliger zorg.

### ***Betere richtlijnen gericht op kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid***

Cliënten hebben recht op kwalitatief goede, veilige en doelmatige zorg. Hiertoe is het nodig dat er richtlijnen (18) zijn die de meest recente 'state-of-the-art' beschrijven, en dat deze richtlijnen ook worden geïmplementeerd en onderhouden.

---

16 Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009, 31 700 XVI, nr. 133

17 Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009, 24 170, nr.85

18 De term richtlijn moet hierbij breed geïnterpreteerd worden; hieronder vallen ook zorgconcepten en handelingsleidraden

Wij hebben u op 31 oktober 2008 per brief (19) geïnformeerd over onze opvattingen en voornemens ten aanzien van de regie op richtlijnen. We willen de regie op dit facet een impuls geven. Kort samengevat gaat deze brief in op het belang van goede richtlijnen voor de veiligheid en doelmatigheid van zorg en onze opvattingen over een betere coördinatie op het terrein van richtlijnontwikkeling, -onderhoud en –implementatie. In dat kader hebben wij op 14 mei 2009 een Regieraad kwaliteit van Zorg geïnstalleerd, die bestaat uit onafhankelijke, gezaghebbende deskundigen op richtlijnengebied. Deze raad zal een agenderende, faciliterende en stimulerende rol krijgen bij het ontwikkelen, het onderhouden en het invoeren van richtlijnen. De instelling van de raad is via publicatie in de Staatscourant van een ministerieel besluit geformaliseerd. De ondersteuning van de regieraad wordt bij ZonMw ondergebracht. Deze positionering past bij het streven naar meer samenhang tussen lopende kwaliteitsprogramma's en tussen reeds geïnitieerde en eventueel nieuw op te starten programma's.

#### *Aandachtspunten voor de komende periode*

De Regieraad zal in 2009 een met het veld afgestemde knelpuntenanalyse uitvoeren. Deze knelpuntenanalyse zal worden vertaald in een meerjarenagenda. Daarnaast zal de Regieraad geharmoniseerde procedures ontwikkelen voor het efficiënt ontwikkelen en onderhouden van richtlijnen en de implementatie van richtlijnen.

Wij achten de samenhang tussen kwaliteit en doelmatigheid in de zorgverlening uiterst relevant. Goede kwaliteit gaat vaak gepaard met doelmatigheid.

Zo speelt de relatie tussen kwaliteit en doelmatigheid nadrukkelijk bij de implementatie van innovaties in de zorg. Innovaties op het gebied van kwaliteit hebben over het algemeen kostenverhogingen tot gevolg bij specifieke (onderdelen van) interventies. Wanneer echter het gehele zorgproces in ogenschouw wordt genomen, dan blijkt vaak dat dergelijke innovaties tot kostenbesparingen leiden in de rest van het zorgproces. Bijvoorbeeld doordat het aantal complicaties of het aantal herhaalbezoeken geringer is of doordat cliënten minder lang behandeld of verzorgd hoeven te worden. Dergelijke afwegingen zijn van belang om te voorkomen dat de implementatie van waardevolle innovaties te lang op zich laat wachten. Een ander voorbeeld van de relatie tussen kwaliteit en doelmatigheid is het directe effect dat uitgaat van het (onbeargumenteerd) afwijken van evidence-based richtlijnen. Dit kan leiden tot over- of onderbehandeling van cliënten, met potentiële risico's voor de kwaliteit van de geleverde zorg en met direct effect op de kosten van de zorg.

Dergelijke noties achten wij van groot belang om mee te nemen bij de explicitering van kwaliteits- en doelmatigheidsaspecten van zorg.

#### ***Chronische ziekten***

In onze brief “Programmatische aanpak van chronische ziekten” van 13 juni 2008 (20) hebben wij onze ambities en aanpak op het terrein van chronische ziekten weergegeven. Uit deze brief blijkt dat het aantal chronisch zieken fors stijgt. Hierdoor neemt de vraag vanuit cliënten naar goede ketenzorg toe. Het knelt dan des te meer als blijkt dat goede ketenzorg in de praktijk nog lastig van de grond komt.

Voor complexe en chronische aandoeningen zijn nog niet veel ketens ontwikkeld. Wel zijn er al enkele vormen van ‘ketenzorg dementie’. Deze vorm van ketenzorg heeft uiteraard veel met de AWBZ te maken, maar ook met de Wmo en Zorgverzekeringswet.

Zorgkantoren zijn in de zomer van 2008 met de zorgaanbieders, en in samenwerking met regionale afdelingen van Alzheimer Nederland, begonnen met de inkoop van geïntegreerde ketenzorg voor cliënten met dementie. Zij moeten daarbij de [Leidraad Ketenzorg Dementie](#) volgen.

In onze brief “De patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging” van 22 december 2008 (21) zijn wij ingegaan op de stappen die gezet moeten worden om zorg in te kunnen kopen op basis van functionele bekostiging.

In het veld zijn partijen al volop in beweging om gerichte zorg aan te bieden voor bepaalde chronische ziekten. Wij stimuleren deze ontwikkeling door allereerst de bekostiging beter te laten aansluiten bij vier belangrijke chronische zorgvormen die onderdeel zijn van de zes prioritaire ziekten (clusters) uit mijn brief ‘Programmatische aanpak van chronische ziekten’: diabeteszorg, COPD-zorg, cardiovasculair risicomanagement en zorg voor hartfalen. Wij kiezen voor deze vier aandoeningen, omdat hiervoor (binnenkort) zorgstandaarden beschikbaar zijn (22).

#### *Aandachtspunten voor de komende periode*

De in deze brief weergegeven acties ter verbetering van de kwaliteit en de veiligheid van zorg willen we verbinden met onze aanpak op het terrein van chronische ziekten zodat zij elkaar versterken.

In dit verband hebben we nodig:

- a) standaarden waarin wordt gedefinieerd uit welke onderdelen een bepaald zorgpakket bestaat,
- b) verzekeringsmaatschappijen die alleen contracten aangaan met zorginstellingen die de zorg geïntegreerd aanbieden, en
- c) kwaliteitsindicatoren die inzicht geven in de geleverde ketenzorg en die individuele patiënten, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars de informatie geven om zorgverleners te selecteren en zonodig te corrigeren (24).

---

20 Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 31 200 XVI, nr. 155

21 Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009, 29 247, nr. 84

22 zie ook in deze brief onder het thema ‘Zichtbare zorg / normen voor verantwoorde zorg’ over de te ontwikkelen indicatoren voor zorg van mensen met een chronische ziekte

In de eerstelijnszorg verwachten wij grote veranderingen. De zorg zal in toenemende mate verplaatst worden van het ziekenhuis naar de eerstelijnszorg. De verschillende prijssystemen hebben de verschuiving van ziekenhuiszorg naar eerstelijnszorg tot nu toe verhinderd. Om dat te verbeteren willen wij nieuwe manieren om chronische zorg te vergoeden, ongeacht wie die zorg verleent. Het geld moet de patiënt volgen, niet de zorgverlener.

### ***Raakvlakken met andere trajecten***

De focus in ons kwaliteitsbeleid op transparantie, veiligheid en cliëntgerichtheid sluit aan bij andere elementen van ons kwaliteitsbeleid. Zo geven wij ruim baan aan innovatie (23), aan goed arbeidsmarktbeleid (24), aan de verdere inzet van kwaliteitsprogramma's zoals Sneller Beter (ziekenhuizen, programma inmiddels afgerond), Zorg voor Beter (care), Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg (KKCZ) en de Benchmark Voorschrijven bij de huisartsen.

---

23 Innovatiebrief, 7 februari 2008, TK 2007-2008, 31 200 XVI, nr. 116

24 Arbeidsmarktbrief, 5 november 2007, TK 2007-2008, 29 282, nr. 46

## **Bijlage 2 Uitvoering eerdere toezeggingen aan uw Kamer**

Met deze voortgangsbrief voldoen wij aan de toezegging tijdens het AO Kwaliteitszorg van 29 november 2007 dat er een periodieke rapportage aan uw Kamer wordt gestuurd met de onderlinge samenhang tussen de onderwerpen kwaliteit, innovatie, transparantie en veiligheid en de rol van de IGZ daarbij.

Tijdens een algemeen overleg over de WTZi op 7 december 2005 en een algemeen overleg over governance op 20 april 2006 heeft de voormalige minister van VWS toegezegd (Kamerstukken II, 2005-2006, 27 659, nr. 72 en 27 659 en 29 689 nr. 73.) te onderzoeken hoe de toegang tot de Ondernemingskamer voor cliëntenvertegenwoordigingen geregeld is. In de Wet toelating zorginstellingen (WTZi, artikel 6.2 van het Uitvoeringsbesluit) is geregeld dat verenigingen en stichtingen waarbij in de regel meer dan vijftig mensen werken in hun statuten moeten opnemen dat een vertegenwoordiging van de cliënten zich kan wenden tot de Ondernemingskamer in het geval van wanbeleid. Bestaande instellingen hebben, gerekend vanaf de invoering van de WTZi op 1 januari 2006, een jaar de tijd gekregen om hun statuten op dit punt aan te passen.

Uit het bestand waarin instellingen hun digitale gegevens voor de jaarverantwoording over 2007 hebben aangeleverd, is gebleken dat 86,6% van de stichtingen en verenigingen met meer dan vijftig werknemers de toegang tot de Ondernemingskamer voor een vertegenwoordiging van cliënten heeft geregeld. 13,4% heeft dat (nog) niet gedaan of heeft de vraag niet beantwoord. Dit is een verbetering van de score ten opzichte van het jaar 2006. Uit de jaarverantwoordingsgegevens over 2006 is gebleken dat in dat jaar 73% van de betreffende instellingen dit geregeld had. Uiteraard gaan we er vanuit dat in 2008 alle instellingen hun statuten op dit punt in orde hebben gemaakt. De IGZ houdt toezicht op de naleving van de WTZi.

De Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC) heeft de instellingen in de sector verpleging en verzorging aangeschreven. De resultaten van dit onderzoek zeggen iets over aan wie het enquêterecht is toegekend. Uit het LOC-onderzoek bleek dat 39% van de respondenten ervoor heeft gekozen het enquêterecht bij de cliëntenraad neer te leggen. 28% heeft gekozen voor de LOC, in een enkel geval is een andere landelijke (cliënten)organisatie gekozen. In 13% van de gevallen is gekozen voor de open formulering “een orgaan dat de cliënten van de instelling vertegenwoordigt”. Uit statutenonderzoek blijkt dat in een aantal gevallen de bevoegdheid om een enquêteverzoek aanhangig te maken aan diverse formele eisen is gebonden. Het is niet de bedoeling dat daarmee het formele recht feitelijk wordt ingeperkt. Dit staat ook in het dossier WTZi op [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl). In het voorstel van Wet Cliëntenrechten Zorg zullen in dit kader verbeteringen worden voorgesteld.

Met de werkzaamheden van het bureau Zichtbare Zorg bij de IGZ, in samenwerking met de veldpartijen in de diverse sectoren, is uitvoering gegeven aan de sinds 2001 lopende toezegging aan uw Kamer (Nota met Zorg kiezen, 12 juni 2001, vergaderjaar 2000-2001, 27 807, nr.1) dat zorgaanbieders, verzekeraars en de patiënten/cliëntenorganisaties per sector informatieconventanten sluiten over kwaliteit en prestaties van aanbieders en verzekeraars.

Op dit moment staat kwaliteitsinformatie op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) over de vvt-sector (hierbij gaat het zowel om kwaliteitsindicatoren als uitkomsten van cq-index vragenlijsten).

Hiermee is voldaan aan de toezegging in antwoorden op schriftelijke vragen over de VWS-begroting 2007 van 14 november 2006 dat in 2008 de eerste rapportages beschikbaar zijn waarin de indicatoren verantwoorde zorg verpleging, verzorging en thuiszorg als toetssteen zijn gebruikt.

Inmiddels is uitvoering gegeven aan de toezegging van 29 november 2007 (Kamerstukken II, 2007-2008, 31 016, nr.9) de diensverlening van kiesBeter uit te breiden. Inmiddels is er een telefoonlijn en is aangesloten bij de dienstverlening door middel van fysieke loketten (bij bibliotheken met een gezondheidsinformatiepunt, regionale zorgbelangorganisaties, MEE-organisaties, patiëntenvoorlichters in ziekenhuizen, ouderenadviseurs en gezondheidscentra met een internetverbinding). [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) voldoet aan de eisen van het Waarmark Drempelvrij. Daarmee is ook voldaan aan de toezegging tijdens het AO kwaliteitszorg cure/care van 29 november 2007 dat ook mensen met lichamelijke beperkingen eenvoudig informatie over de zorgkwaliteit kunnen krijgen, zo mogelijk via de gezondheidscentra in de wijken.

In vervolg op de toezegging van 14 oktober 2004 (Kamerstukken II, 2005-2006, nr. 72 en 27 659 en 29 689, nr 73) delen wij u mee dat Zorgbelang Nederland ervoor gekozen heeft de website kiesmetzorg.nl niet apart in de lucht te houden. Waar nodig en mogelijk verwijst Zorgbelang naar kiesBeter.

Onze reactie op de Motie-Van Miltenburg/Van der Veen over periodieke kwaliteits- en veiligheidscontroles is meegenomen in de reactie op de Staat van de Gezondheidszorg, die op 29 mei 2009 aan uw Kamer is gestuurd.

Conform de eerdere toezegging om in de voortgangsrapportage te reageren op de motie van het kamerlid Kant (Kamerstukken II, 2007-2008, 31 200 XVI,) waarin is opgeroepen om vervolgstappen met betrekking tot medication review in kaart te brengen, het volgende.

Op het terrein van medication review is lokaal veel in gang gezet. Geruime tijd hebben zich op dit terrein technisch-juridische discussies in NZa- en CVZ-verband voorgedaan.

Onlangs heeft het CVZ de uitspraak gedaan dat een dergelijke vorm van dienstverlening beschouwd mag worden als farmaceutische zorg die verzekerd is. De Nza heeft de uitspraak gedaan dat de hoogte van de in rekening te brengen tarieven buiten de reikwijdte van de Wmg valt. Daarmee

wordt ruim baan gegeven aan het veld om passende afspraken met elkaar te maken. Een eenduidige omschrijving van de prestatie is op termijn mijn inziens van belang om goed te kunnen beoordelen wat qua werkzaamheden en tijdsbeslag mag worden verwacht. Specifieke resultaatafspraken lenen zich voor het onderlinge verkeer tussen de zorgverzekeraars en de zorgverleners die het aangaat.

Zelf hebben wij het voortouw genomen om de meest risicovolle patiëntengroep voor een dergelijk traject in beeld te brengen. Wij hebben Stichting DGV benaderd om - in afstemming met de betrokken koepels - een dergelijke medication review (waarbij zowel apothekers als arts actief zijn) te faciliteren. Voor een belangrijk deel is de uitrol in handen van zorgverzekeraars omdat zij de afweging moeten maken of en onder welke voorwaarden zij een dergelijke dienstverlening willen contracteren. Wij hebben de indruk dat er voldoende stappen worden/zijn gemaakt op dit terrein.

Met deze brief wordt voldaan aan de eerdere toezeggingen om uw Kamer te informeren over de op 22 november 2007 ontvangen veiligheidsplannen en uw Kamer in de nabije toekomst in te lichten over de voortgang die daarmee wordt geboekt.

Ook is met deze brief voldaan aan de toezegging uw Kamer te informeren over de rapportage van de Stuurgroep Verantwoorde Zorg Gehandicapten over het metingsinstrument.

In reactie op de Moties Van der Veen c.s. over de verantwoordelijkheidsverdeling in zorginstellingen en over een notitie inzake het beter inbedden van zorginstellingen in de lokale samenleving kunnen wij melden dat beide moties betrekking hebben op de governance van zorginstellingen, dus op de wijze waarop maatschappelijke ondernemingen het bestuur, het interne toezicht en de omgang met belanghebbenden organiseren. Ons voorstel is om beide moties uit te voeren in de door ons aangekondigde brief over goed bestuur en winstuitkering (zie brief aan uw Kamer d.d. 20 januari 2009, kenmerk MC-U-2907953). Het is de bedoeling om de brief rond in de zomer aan uw Kamer te zenden.

### Bijlage 3 Nadere overzichten

#### *Zichtbare zorg / normen voor verantwoorde zorg*

In onderstaande 2 tabellen staan onze doelstellingen zoals weergegeven in de begroting VWS 2009.

Indicatoren in de VWS-begroting 2009 (42.3.1, blz. 61, 43.3.1, blz. 85)

<b>Indicator</b>	<b>0-meting 2007</b>	<b>Streefwaarde 2009</b>	<b>Streefwaarde 2010</b>	<b>Streefwaarde LT</b>
Aantal aandoeningen waarvan burgers op <a href="http://www.kiesbeter.nl">www.kiesbeter.nl</a> kunnen zien welke kwaliteit ziekenhuizen bieden	6	24	48	80 (2011)
Voor de sector v&v is voor alle instellingen inzicht in aanbod en kwaliteit beschikbaar op <a href="http://www.kiesbeter.nl">www.kiesbeter.nl</a>	15%	49% (2008)	100% (2009)	100%
Voor de sector thuiszorg is voor alle instellingen inzicht in aanbod en kwaliteit beschikbaar op <a href="http://www.kiesbeter.nl">www.kiesbeter.nl</a>	55%	100%	100%	100%

Bron: 1. IGZ, bureau zichtbare zorg, het resultaat telt (jaarlijkse meting), 2/3. kwaliteitskader verantwoorde zorg.

Indicatoren in de VWS-begroting 2009 (42.3.2, blz. 63, 43.3.3, blz. 91)

<b>Indicator</b>	<b>0-meting 2007</b>	<b>Streefwaarde 2009</b>	<b>Streefwaarde 2010</b>	<b>Streefwaarde LT</b>
Percentage instellingen dat CQ-index meet - ziekenhuizen - huisartsen - ggz -	15%	start meting pilotjaar 50%		100% (2011) 100% (2011) 100% (2011)



<b>Indicator</b>	<b>0-meting 2007</b>	<b>Streefwaarde 2009</b>	<b>Streefwaarde 2010</b>	<b>Streefwaarde LT</b>
verzorgingshuizen - verpleeghuizen - thuiszorg - VV&T - gehandicaptenzorg	15% 55% 49% (2008) 55% (45% 2008)	100% 100%		100% (2011) 100% (2011)
Score op indicator bejegening - ziekenhuizen - huisartsen - ggz - VV&T - gehandicaptenzorg	2,87 (3,4 2008) 81 (2008)	nulmeting pilotjaar doorontwikkeling 3,4 84		nulmeting 3,6 86
Ontwikkeling indicatoren voor ketenzorg voor 4 ziektebeelden - dementie - diabetes - hart- en vaatziekten - COPD		pilotjaar pilotjaar ontwikkeld ontwikkeld	invoering invoering pilotjaar pilotjaar	
Prevalentie decubitus - verzorgingshuizen - verpleeghuizen - thuiszorg - VV&T	2,5% 5,5% - -	- - - 2,8%		- - - 2,8% (2011)

Indicator	0-meting 2007	Streefwaarde 2009	Streefwaarde 2010	Streefwaarde LT
Prevalentie voedingstoestand				
- verzorgingshuizen	4%	-		-
- verpleeghuizen	7,5%	-		-
- thuiszorg	-	-		-
- VV&T	-	3,2%		2,5% (2011)

Bron: 1/2/3/4/5: VWS

In de onderstaande tabel staat een overzicht van de planning van de diverse trajecten bij bureau Zichtbare Zorg bij de IGZ.

<b>Vergroten Transparantie / overzicht planning afzonderlijke trajecten bureau Zichtbare Zorg</b>				
<b>NB. Bij eerste uitvraag zijn sets indicatoren niet direct 100% betrouwbaar</b>				
	2008	2009	2010	2011
<b>Zichtbare zorg ziekenhuizen</b>	Ontwikkelen: 18 sets indicatoren; pilot: 10 sets indicatoren	Implementatie 10 sets indicatoren Vanaf 2009 kwaliteitsdata publiek beschikbaar	Ontwikkelen: 24 sets indicatoren Uitvraag en publicatie 28 (10+18) sets indicatoren, en vanuit parallelle trajecten	Ontwikkelen sets indicatoren (indien nodig) Uitvraag en publicatie 52 (10+18+ 24) sets indicatoren en vanuit parallelle trajecten
<b>ggz</b>	Ontwikkelen: indicatoren 2 <sup>e</sup> lijn. Evaluatie, Meten: indicatoren voor alle GGZ	Ontwikkelen: indicatoren 1 <sup>e</sup> lijn, vrijgevestigden 2 <sup>e</sup> lijnen forensische zorg. Evaluatie,	Ontwikkelen: indicatoren Evaluatie, Meten: indicatoren voor alle GGZ instellingen, 1 <sup>e</sup> en 2 <sup>e</sup> lijn ggz en	Continueren

**Vergroten Transparantie / overzicht planning afzonderlijke trajecten bureau  
Zichtbare Zorg  
NB. Bij eerste uitvraag zijn sets indicatoren niet direct 100% betrouwbaar**

	2008	2009	2010	2011
	instellingen, Vanaf 2008 publicatie via Jaardocume nt Maatschappelijk e Verantwoording	Met en: indicatoren voor alle 2 <sup>e</sup> lijns GGZ instellingen	forensische zorg	
<b>vv&amp;t</b>	September 2008 presentatie van eerste sector brede meting via jaardocument en kiesbeter. Start sept 2008 met evaluatie en operationele doorontwikkeling.	Onderzoek koppeling ZZZP. Implementatie cliëntervaringen bij resterende instellingen, daarmee meting gehele kwaliteitskader in sector (dekking publicatie 100%)	Semi-continue aanlevering zorginhoudelijke indicatoren en cliëntervaringen, 100% beschikbaar op kiesbeter. Zo mogelijk koppeling ZZZP.	Continueren
<b>Gehandicap ten-zorg</b>	Testen kwaliteitskader zorginhoudelijk, start ontwikkeling cliëntervaringsmeting	Eerste implementatie zorginhoudelijke indicatoren (hele sector – 30% op kiesbeter) en ontwikkeling cliëntervaringsmeting	Publicatie zorginhoudelijke informatie – 80% op kiesbeter. Eerste implementatie en publicatie cliëntervaringsmeting (eens per 3 jaar)	Publicatie zorginhoudelijke informatie – 100% op kiesbeter. Implementatie en publicatie cliëntervaringsmeting (67% op kiesbeter).
<b>Eerstelijns- zorg: huisartsen</b>		Februari 2009: testfase set indicatoren + etalage-info September 2009: grote pilot met indicatoren en etalageinfo	Start implementatie indicatorenset	Uitvraag en publicatie kwaliteits- informatie
<b>Eerstelijns- zorg: kraamzorg</b>	Ontwikkelen indicatorenset	Ontwikkelen set en pilot	Start implementatie indicatorenset	Uitvraag en publicatie kwaliteits- informatie
<b>Eerstelijns-</b>		Januari 2009:	Start implementatie	Uitvraag en

**Vergroten Transparantie / overzicht planning afzonderlijke trajecten bureau  
Zichtbare Zorg  
NB. Bij eerste uitvraag zijn sets indicatoren niet direct 100% betrouwbaar**

	2008	2009	2010	2011
<b>zorg: apotheken</b>		Start implementatie 'bilaterale' set indicatoren. Januari 2009 – mei 2009: ontwikkelen multilaterale set indicatoren en etalage info.  Juni 2009: pilot rond indicatoren en etalage-info afgerond	indicatorenset	publicatie kwaliteitsinformatie
<b>Eerstelijns-zorg: mondzorg</b>	Oktober 2008: 1 <sup>ste</sup> stuurgroep komt bijeen	Ontwikkelen en testen indicatoren	Eerste uitvraag indicatoren	Uitvraag en publicatie indicatoren
<b>Eerstelijns-zorg: fysiotherapie</b>	Oktober 2008: pilotfase afgerond (Nza)	start implementatie indicatorenset	Uitvraag en publicatie kwaliteitsinformatie	Continueren
<b>Openbare gezondheidszorg (OGZ)</b>	Ontwikkelen: kwaliteitsindicatoren gemeenten, CQ-index	Ontwikkelen en samenvoegen sets OGZ. Ontwikkelen bevolkingsonderzoek	Implementatie en publicatie indicatoren	Continueren

### ***Patiëntveiligheid***

In onderstaande tabel staan de indicatoren zoals weergegeven in de begroting VWS 2009.

Indicatoren in de VWS-begroting 2009 (42.3.2, blz. 63, 43.3.3, blz 91, 98.3.4, blz. 146)

<b>Indicator</b>	<b>0-meting</b>	<b>Streefwaarde 2009</b>	<b>Streefwaarde 2010</b>	<b>Streefwaarde LT</b>
Vermijdbare incidenten in ziekenhuizen	30.000 (2004)	28.500	-	15.000 (2012)
Vermijdbare sterfte in ziekenhuizen (meting bij huidige stand technologie)	1735 (2004)	1648	-	867 (2012)
Percentage ziekenhuizen dat werkt met een veiligheidsmanagementsysteem	-	100% (vanaf ultimo 2009)	-	100% (2012)
Aantal ziekenhuizen dat op de thema's van het programma 'voorkom schade...' participeert of aantoonbaar vergelijkbare initiatieven ontplooit	-	nulmeting	-	100% (2012)
Aantal ziekenhuizen dat deelneemt aan de HSMR (hospital standardized mortality rate)	69 (2006)	80 (2008)	-	100% (2012)
Aantal gevallen van vermijdbare ziekenhuisopname tgv medicijngebruik	19.000 (2006)	-	-	< 13.300 (2011)
Percentage instellingen dat werkt met een veiligheidsmanagementsysteem in de care				
- verpleeg/verzorgingshuizen	10% (2008)	50% 50%		100% (2011)
- thuiszorg	10% (2008)	60%		100% (2011)
- gehandicaptenzorg	30% (2008)			100% (2011)

Bron:

1/2. basiswaarden zijn gemeten door het Nivel in 2004. De waarden over 2009 komen beschikbaar in de loop van 2010. De meting betreft ca 1/3 van het aantal dossiers dat in de nulmeting van 2004 betrokken was.

3. IGZ controleert 2008/2009

4/5. VWS

6. Eindrapport Harm, Universiteit Utrecht (nieuwe meting 2011)

7. VWS