

STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

www.igz.nl



Risico's eerst

Den Haag, oktober 2006

Inhoudsopgave

IGZ kiest de toekomst	7
1 De wereld rond de inspectie	8
1.1 Andere regels en meer nadruk op kwaliteit bij de overheid	9
1.2 Hogere eisen aan verantwoording door het veld	10
1.3 Meer samenwerking en meer in openbaarheid bij het toezicht	11
2 Efficiënte inspectie op de rails	13
2.1 Organisatie opnieuw ingericht	13
2.2 Profiel: onafhankelijk, betrouwbaar, effectief en efficiënt	14
2.3 Missie: bijdragen aan veilige, effectieve en patiëntgerichte zorg	15
2.4 Werkwijze: gelaagd en gefaseerd toezicht (GGT); meldingen centraal	15
2.5 Primair proces leidend voor advies, innovatie & ontwikkeling, organisatie en bedrijfsvoering	17
2.5.1 Strategische stafbureaus	17
2.5.2 Kenniscentrum	18
2.5.3 Bedrijfsvoering	18
3 Risico's eerst	20
3.1 Selectief toezicht	20
3.2 Risico's en ontwikkelingen basis voor keuzes	22
3.3 Inspectiebijdrage aan veilige zorg	23
3.3.1 <i>De eerste lijn: samenwerking, (keten)afstemming en internet worden belangrijker (zie ook programma's 3, 7)</i>	23
3.3.2 <i>De medisch specialistische somatische zorg: hogere complexiteit, meer overdracht (zie ook programma 4)</i>	23
3.3.3 <i>Veiliger toepassing van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen (zie ook programma's 4, 5, 6, 7)</i>	24
3.3.4 <i>Invoeren VMS gaat traag (zie ook programma's 4, 5, 6, 7)</i>	24
3.3.5 <i>Veilig melden essentieel (zie ook programma's 4, 5, 6, 7)</i>	25
3.3.6 <i>Toepassing ICT moet volgens norm (zie ook programma's 3, 4)</i>	25
3.4 Inspectiebijdrage aan effectieve zorg	26
3.4.1 <i>Rol cliënten bij ketenzorg vergroten (zie ook programma's 3, 4, 5, 6, 7)</i>	26
3.4.2 <i>Focus op verantwoorde zorg in de care (zie ook programma's 5, 6, 7)</i>	27
3.4.3 <i>Intensivering toezicht op gehandicaptenzorg (zie programma 5)</i>	28
3.4.4 <i>Zorgvragen gehandicapten worden complexer (zie programma 5)</i>	28
3.4.5 <i>Sociaal-economische gezondheidsverschillen hardnekkig (zie ook programma's 1 en 4)</i>	28

- 3.4.6 *Gezonder gedrag leidt tot stijging levensverwachting*
(zie ook programma 1) 29
- 3.4.7 *Preventienota richtinggevend voor toezicht (zie alle programma's)* 29
- 3.4.8 *Sterke positie GGD'en voorwaarde voor effectief preventief beleid*
(zie ook programma 1) 29
- 3.4.9 *Stimulans nodig voor toepassing van bewezen effectieve interventies*
(zie ook programma 2) 30
- 3.4.10 *Bijdrage integraal toezicht jeugd aan effectievere risicosignalering*
(zie ook programma 1) 30
- 3.4.11 *Epidemieën en rampen eisen versterking van voorbereiding (zie ook programma 2)* 30
- 3.4.12 *Staat van de Gezondheidszorg 2007: taakherschikking (alle programma's)* 30
- 3.4.13 *Naar gelijkwaardige zorg voor gedetineerden (zie ook programma 4)* 31
- 3.4.14 *Onderzoek naar zorgverlening onverzekerden*
(zie ook programma's 1 en 4) 32
- 3.5 *Inspectiebijdrage aan patiëntgerichte zorg* 32
 - 3.5.1 *De geestelijke gezondheidszorg: toenemende concurrentie*
(zie ook programma 4) 32
 - 3.5.2 *Toepassing Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen en in de langdurige zorg (zie ook programma's 4, 5, 6, 7)* 33
 - 3.5.3 *Patiëntenperspectief belangrijk bij meten kwaliteit zorg*
(zie alle programma's) 33
 - 3.5.4 *Commerciële zorg (zie ook de programma's 3, 5, 6, 7)* 34
- 4 Inspectieprogramma's** 35
 - 4.1 *Gezondheidsbevordering* 35
 - 4.1.1 *Ontwikkelingen in maatschappij, overheid en veld* 35
 - 4.1.2 *Knelpunten en risico's* 36
 - 4.1.3 *Te bereiken doelen* 37
 - 4.1.4 *Prioritering en keuzen* 38
 - 4.1.5 *Activiteiten* 38
 - 4.2 *Gezondheidsbescherming* 39
 - 4.2.1 *Ontwikkelingen in maatschappij, overheid en veld* 39
 - 4.2.2 *Knelpunten en risico's* 40
 - 4.2.3 *Te bereiken doelen* 41
 - 4.2.4 *Prioritering en keuzen* 41
 - 4.2.5 *Activiteiten* 42
 - 4.3 *Eerstelijnsgezondheidszorg* 42
 - 4.3.1 *Ontwikkelingen in maatschappij, overheid en veld* 42
 - 4.3.2 *Knelpunten en risico's* 43

- 4.3.3 *Te bereiken doelen* 44
- 4.3.4 *Prioritering en keuzen* 44
- 4.3.5 *Activiteiten* 44
- 4.4 *Specialistische somatische en psychiatrische zorg* 45
 - 4.4.1 *Ontwikkelingen in maatschappij, overheid en veld* 45
 - 4.4.2 *Knelpunten en risico's* 46
 - 4.4.3 *Te bereiken doelen* 46
 - 4.4.4 *Prioritering en keuzen* 47
 - 4.4.5 *Activiteiten* 47
- 4.5 *Gehandicaptenzorg* 48
 - 4.5.1 *Ontwikkelingen in maatschappij, overheid en veld* 48
 - 4.5.2 *Knelpunten en risico's* 49
 - 4.5.3 *Te bereiken doelen in 2007* 50
 - 4.5.4 *Prioritering en keuzen* 50
 - 4.5.5 *Activiteiten* 51
- 4.6 *Ouderenzorg* 51
 - 4.6.1 *Ontwikkelingen in maatschappij, overheid en veld* 51
 - 4.6.2 *Knelpunten en risico's* 52
 - 4.6.3 *Te bereiken doelen* 52
 - 4.6.4 *Prioritering en keuzen* 53
 - 4.6.5 *Activiteiten* 53
- 4.7 *Zorg thuis* 54
 - 4.7.1 *Ontwikkelingen in maatschappij, overheid en veld* 54
 - 4.7.2 *Knelpunten en risico's* 55
 - 4.7.3 *Te bereiken doelen* 56
 - 4.7.4 *Prioriteiten* 57
 - 4.7.5 *Activiteiten* 57
- 4.8 *Productveiligheid* 57
 - 4.8.1 *Ontwikkelingen in maatschappij, overheid en veld* 57
 - 4.8.2 *Knelpunten en risico's* 58
 - 4.8.3 *Te bereiken doel* 58
 - 4.8.4 *Prioritering en keuzen* 59
 - 4.8.5 *Activiteiten* 59
- 5 Internationale activiteiten** 61
 - 5.1 *Algemeen* 61
 - 5.1.1 *Ontwikkelingen in maatschappij, overheid en veld* 61
 - 5.1.2 *Knelpunten en risico's* 61
 - 5.1.3 *Te bereiken doelen* 62
 - 5.1.4 *Prioritering en keuzen* 62

5.1.5	<i>Activiteiten</i>	62
5.2	<i>Nederlandse Antillen</i>	63
5.2.1	<i>Ontwikkelingen in maatschappij en veld</i>	63
5.2.2	<i>Knelpunten en risico's</i>	63
5.2.3	<i>Te bereiken doel</i>	63
5.2.4	<i>Prioritering en keuzen</i>	64
5.2.5	<i>Activiteiten</i>	64
5.3	<i>Aruba</i>	64
5.3.1	<i>Ontwikkelingen in maatschappij, overheid en veld</i>	64
5.3.2	<i>Knelpunten en risico's</i>	64
5.3.3	<i>Te bereiken doelen</i>	65
5.3.4	<i>Prioritering en keuzen</i>	65
5.3.5	<i>Activiteiten</i>	65

Bijlagen

1	<i>Overzicht van verander(en)de wet- en regelgeving</i>	66
2	<i>Rapporten</i>	67
3	<i>Objecten</i>	68
4	<i>Formatie 2007</i>	71
5	<i>Bestedingsplan</i>	72
6	<i>Lijst van afkortingen</i>	73

IGZ kiest de toekomst

De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op de volksgezondheid en zorg. Ze opereert tussen politiek, professie en publiek. Ze is ván de staat, werkt aan veilige, effectieve en patiëntgerichte zorg vóór burgers en gaat óver de kwaliteit van zorg. Dit toezicht bestaat al sinds 1804, maar de inspectie zelf is nog pas 10 jaar oud. In haar levendige jeugd wisselden ups en downs elkaar af.

Anno 2006 heeft de inspectie de blik weer op de toekomst gericht. Na jaren van turbulentie en reorganisatie staat de inspectie nu als geïntegreerde eenheid op de rails. Het zaaigoed van Inspecteur-generaal Herre Kingma dat in de jaren hiervoor vruchtbare bodem vond, is niet alleen tot kiem en wasdom gekomen maar is verwerkt in de opnieuw ingerichte organisatie. Het gelaagd en gefaseerd toezicht is de standaard werkwijze, de personeelsopbouw is daarop afgestemd en de prestatie-indicatoren zijn erin geïntegreerd. De professionele en beheersmatige sturingslijnen zijn onderscheiden en vormen – ineengevlochten – de ruggengraat van de inspectie. Iedere medewerker heeft een toezichteenheid of afdeling waarin hij thuishoort.

De inspectie is nog niet af, al is de reorganisatie met instemming van de Ondernemingsraad wel afgerond. Er zijn veranderingen genoeg die de inspectie nog in de dagelijkse praktijk moet inbedden, zoals de ICT-ondersteuning en het operationaliseren van het IGZ-loket dat voor alle burgers en zorginstellingen toegankelijk wordt. Er zijn ook nog ontwikkelingen genoeg waar de inspectie haar tanden in kan zetten, zoals samenwerkende inspecties en risico-analyse en effectmeting. Er zijn ook toezichtinhoudelijke onderwerpen genoeg die aandacht vragen, zoals zorg via internet, een kwaliteitsslag bij de gehandicaptenzorg, goede afstemming binnen ketenzorg, veilig incidenten melden en medicatieveiligheid in instellingen.

Onder leiding van de nieuwe Inspecteur-generaal prof. dr. Gerrit van der Wal vult de inspectie een nieuwe toekomst in, te beginnen in 2007. Temidden van alle veranderingen staat één ding vast: de continuïteit van de inspectie zit in haar bijdrage aan veilige, effectieve en patiëntgerichte zorg.

Drs. Nico Oudendijk,
Waarnemend Inspecteur-generaal

1 De wereld rond de inspectie

Gezondheidszorg gaat iedereen aan. Ieder individu of zijn familie heeft wel eens te maken met een dokter, een apotheker, een verpleegkundige, een thuiszorghulp, een diëtiste, een medisch specialist, een bejaardenverzorgster. Ruim 800.000 beroepsbeoefenaren verlenen zorg in duizenden instellingen en behandelen jaarlijks miljoenen patiënten of cliënten voor kortere of langere duur, meer of minder ingrijpend.

Er is veel beweging in de wereld van de zorg. Voor 2007 houdt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) als onderdeel van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid voor de planning van haar toezicht rekening met te verwachten ontwikkelingen op velerlei terreinen. De inspectie opereert op het snijvlak van politiek, professie en publiek en laat zich bij het toezicht onveranderlijk leiden door de vraag of de zorg veilig, effectief en patiëntgericht is. Uit een oogpunt van bescherming van de burger tegen onvoldoende of slechte zorg kijkt ze vooral daar waar de burger zelf niet kan kijken. Ze onderzoekt en oordeelt, onafhankelijk van politieke kleur of heersend zorgstelsel. Ze adviseert de bewindslieden gevraagd en ongevraagd op basis van haar bevindingen.

De maatschappij is al enige jaren aan het verharden. Meer en krachtiger repressie is daar een verschijningsvorm van. Waar het bedrijfsleven behoefte uit aan een terug-tredende overheid, is er vanuit de bevolking, onder andere vanwege incidenten, juist de roep om een optredende overheid en stringenter toezicht.

In de zorg is een verzakelijkingstendens merkbaar. Deze tendens uit zich vooral door een economischer benadering van zorg, niet alleen van verzekeraars, maar ook van zorginstellingen. In het verlengde van de individualiserings- en verzakelijkingstrend behoort de dokter voor wie de beschikbaarheid van 24 uur per dag – 7 dagen per week – nog vanzelfsprekend is, tot een uitstervend ras. Het is nog onduidelijk welke invloed deze verzakelijkingstendens heeft op de kwaliteit van zorg. Verzakelijking kan evengoed groeien door de toegenomen transparantie over prestaties van zorg-aanbieders als door het nieuwe zorgstelsel. De inspectie blijft alert op de effecten. Het is de taak van de overheid om publieke belangen te borgen. Het is een publiek belang dat de zorginstellingen verantwoorde zorg leveren. Daar waar de overheid zichzelf meer op afstand van de zorguitvoering plaatst, kunnen de publieke belangen in de knel komen. Dat kan leiden tot meer of stringenter toezicht.

1.1 Andere regels en meer nadruk op kwaliteit bij de overheid

In alle beleid benadrukt het kabinet de eigen verantwoordelijkheid van burgers. Ook in de Zorgverzekeringswet is dit uitgangspunt geweest. Veel burgers kunnen deze verantwoordelijkheid aan, maar er zijn ook groepen waarvoor dat moeilijker is. Die grotere eigen verantwoordelijkheid geldt ook voor bedrijfsleven en zorgsector in relatie tot kosten en kwaliteit van zorg. Bedrijfsleven en zorgsector willen daarbij meer ondernemingsruimte, maar de burger zal niet zonder meer vertrouwen houden of krijgen in de kwaliteit van producten en zorg. De burger vraagt juist om meer toezicht daarop, evenals de politiek, veelal in relatie tot incidenten. Het kabinet wil de toezichtlast met 25 procent verminderen onder de aanname dat toezicht uit een oogpunt van borging van publieke belangen noodzakelijk is. Belangrijk element daarbij is dat de wetgever bij wet- of regelgeving alert is op daarmee verbonden toezichtlast. De toezichthouders willen de voorgenomen reductie zoveel mogelijk realiseren via onderlinge samenwerking.

De afgelopen jaren heeft het kabinet een aantal wetten voorbereid die op parlementaire afronding of daadwerkelijke implementatie wachten en die van invloed zijn op het toezicht (zie bijlage 1). De belangrijkste zijn:

- Wet toelating zorginstellingen (WTZi); deze wet is op 1 januari 2006 in werking getreden en regelt de wijze waarop zorginstellingen als zodanig toegelaten worden.
- Wet marktordening gezondheidszorg (WMG); deze wet regelt de oprichting van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), diens taken, bevoegdheden en instrumenten.
- Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO); kern van deze wet is dat de gemeente verantwoordelijk wordt voor de maatschappelijke ondersteuning.
- Wet burgerservicenummer in de zorg (Wet BSN); deze wet voorziet in verantwoorde toepassing van het burgerservicenummer (BSN) in de zorg.
- Wet bestuurlijke handhaving IGZ (in voorbereiding), waarmee de inspectie de bevoegdheid krijgt tot het opleggen van bestuurlijke boetes en last onder dwangsom.

In februari 2006 heeft de minister van VWS in een brief aan de Tweede Kamer^[1] uiteengezet hoe hij de kwaliteit van zorg wil bevorderen. Drie kwaliteitsthema's staan daarbij centraal: veiligheid, klantgerichtheid en doelmatigheid. Daarnaast moet er aandacht zijn voor de effectiviteit en toegankelijkheid van de zorg. Kwaliteit moet meetbaar zijn, de resultaten openbaar en voor veiligheid zijn absolute/bindende normen nodig. De minister benadrukt in zijn brief de mogelijkheden van horizontaal

[1] Kamerstuk vergaderjaar 2005-2006, 28 439, nr. 12, 10 februari 2006.

toezicht door de instellingen zelf en positioneert de inspectie in een regisserende en toetsende rol. Het ministerie van VWS maakt met alle zorgsectoren afspraken over een kwaliteitsprogramma waarin de normen komen te staan die voor de inspectie uitgangspunt zullen zijn voor het handhavingbeleid. Bij het ontbreken van normen zal de inspectie in samenwerking met het veld de opstelling daarvan ondersteunen.

1.2 Hogere eisen aan verantwoording door het veld

In 2006 is de Zorgverzekeringswet in werking getreden. Hiermee heeft de minister marktprikkels in de zorg geïntroduceerd. De burger moet kunnen kiezen van welke instelling hij zijn zorg wil betrekken. Daarvoor is nodig dat zorginstellingen zichtbaar maken wat hun kwantitatieve en kwalitatieve prestaties zijn. Een mogelijk effect van de groeiende marktwerking in de zorg kan zijn dat onverzekerden meer moeite hebben om de noodzakelijke zorg te krijgen.

Het ministerie van VWS heeft de ontwikkeling in gang gezet van het *Document maatschappelijke verantwoording*. Het is de bedoeling dat uiteindelijk alle zorginstellingen via de in dit document opgenomen prestatie-indicatoren verantwoording afleggen over de geleverde zorg. De inspectie investeert veel energie in de ontwikkeling hiervan vanuit de optiek dat openbaarheid stimuleert tot een hogere kwaliteit van zorg in de instellingen en een hogere patiëntveiligheid.

De Wet toelating zorginstellingen (WTZi) stelt eisen aan openheid, verantwoording en goed bestuur in zorginstellingen. Op 1 januari 2006 trad het Uitvoeringsbesluit WTZi in werking. Dit besluit stelt regels voor een transparante bestuursstructuur en ordelijke bedrijfsvoering van zorginstellingen die verzekerde zorg leveren. Kern van het besluit is dat zorginstellingen een toezichthoudend orgaan hebben dat de dagelijkse leiding controleert en advies geeft. Op het terrein van de bedrijfsvoering moeten instellingen schriftelijk hebben vastgelegd wie welke bevoegdheden heeft en hoe de zorgverlening is georganiseerd. De inspectie vindt wel dat dat toezichthoudend orgaan – traditioneel de raad van toezicht die let op de financiën, benoemingen en de bedrijfsvoering – zich ook zou moeten bekommeren om de kwaliteit van zorg van de instelling. De inspectie is in overleg met het departement over het toezicht op de naleving van de WTZi.

1.3 Meer samenwerking en meer in openbaarheid bij het toezicht

Het kabinet heeft eind 2005 de kaderstellende visie op toezicht *Minder last, meer effect* gepubliceerd. Deze visie bouwt enerzijds voort op de visie uit 2001 en geeft anderzijds een eigentijdse voortzetting daarvan. Gehanteerde beginselen in de visie: toezicht is onafhankelijk, transparant en professioneel, selectief, slagvaardig en samenwerkend. De inspectie maakt deze beginselen operationeel via doorontwikkeling van het gelaagd en gefaseerd toezicht, waarbij risicoselectie het vertrekpunt voor toezicht is. Voorts zet de inspectie de samenwerking met andere inspecties krachtig voort, zowel bestuurlijk in het beraad van Inspecteurs-Generaal (IG-beraad) als operationeel in de projecten Samenwerkende inspecties ziekenhuizen, Integraal toezicht jeugd en Algemene doorlichting rampenbestrijding.

Toezichtlast staat in de belangstelling, en niet alleen bij de toezichtobjecten. Toezicht is een gevolg van wet- en regelgeving waarmee de wetgever onder andere publieke belangen wil borgen. Sommige toezichtlast is onvermijdbaar. Maar er is ook historisch gegroeide toezichtlast die wellicht niet meer bijdraagt aan het borgen van publieke belangen.

In relatie tot de motie Aptroot^[2] (die oproept tot het tot stand brengen van één inspectie voor het bedrijfsleven) hebben de gezamenlijke inspecties, verenigd in het IG-beraad, een gezamenlijk werkplan 2006/2007 opgesteld. Via dat werkplan hebben de inspecties afgesproken domeingewijs te komen tot één *front office* voor de onder toezicht gestelden in dat domein, waardoor deze één aanspreekpunt hebben voor de verschillende inspecties die in hun bedrijf of instelling plaatsvinden. Het onderdeel 'ziekenhuizen' van het domein 'gezondheidszorg' geldt als vooroploper. De inspectie is accounthouder voor inspecties bij ziekenhuizen. Voornemen is dat het *front office* ziekenhuizen per 1 januari 2007 operationeel is. De inspectie hecht veel belang aan samenwerking tussen inspecties, ook ter vermindering van de toezichtlast. Het IG-beraad heeft ook de domeinen 'horeca' en de primaire sector (landbouw) tot speerpunten gekozen.

In de nota *Verdien(d) vertrouwen* heeft de minister de rol van het toezicht en onderscheiden toezichthouders in de curatieve zorg uiteengezet. Uitgangspunt van de minister is dat rijkstoezicht kan verminderen als instellingen zelf adequaat toezien op de kwaliteit van de zorgverlening (het zogenoemde horizontale toezicht). In lijn met deze notitie legt de inspectie de samenwerking met collega-toezichthouders bij voorkeur in protocollen vast. Dat helpt bij het afbakenen van de praktische werkzaamheden. Zo heeft de inspectie samenwerkingsprotocollen met de Nederlandse Zorgautoriteit i.o. (ZAio) en met het College bescherming persoonsgegevens (CBP).

[2] Kamerstuk II, vergaderjaar 2005-2006, 29689, nr. 68.

De relatie met de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) loopt zoveel mogelijk via de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). In de aanloop naar de omvorming van het College Bouw per 2010 zal de inspectie het overleg met het college over zijn dienstverlening openen.

De groeiende maatschappelijke behoefte aan openheid en openbaarheid heeft ook consequenties voor de navolgbaarheid van het toezicht van de inspectie zelf. Uitgangspunt is – met inachtneming van regels op het terrein van privacy en behoorlijk bestuur – dat de inspectie al haar bevindingen actief openbaar maakt.

2 Efficiënte inspectie op de rails

De inspectie heeft jarenlang gekoerst in onrustig vaarwater. De in 1995 nagestreefde integratie van verschillende inspecties is na het 10-jarig bestaan van de IGZ in 2005 een nieuwe fase ingegaan. Met de recente reorganisatie is een einde gekomen aan 'geïsoleerde bloedgroepen'. Wat blijft, is dat dokters, apothekers en verpleegkundigen ieder vanuit hun eigen beroepsachtergrond situaties beoordelen. Juist deze complementariteit van de verschillende professionals is een krachtig element in de fundering van het inspectie-oordeel. Door de in 2006 afgeronde reorganisatie heeft de inspectie ook de voorwaarden ingevuld om de inspectieprogramma's waarin inspecteurs vanuit verschillende professie samenwerken, integraal en goed gestuurd uit te voeren. Daarbij zal het onderzoek 'Beroep inspecteur' behulpzaam zijn bij de verdere professionalisering van het beroep van inspecteur. Gedurende 2007 zal het praktisch en organisatorisch doorvoeren van de veranderingen nog veel inspanning vergen.

2.1 Organisatie opnieuw ingericht

De reorganisatie van de inspectie heeft lange tijd geduurd en verliep soms met horten en stoten, dan weer met reminiscenties aan Echternach. De reorganisatie was niet alleen hard nodig om de chronische interne problemen te verhelpen, maar ook om de modernisering van het toezicht adequaat te faciliteren. Eenvoudig was het niet om de vijf clusters met vakgerichte professionals samen te smeden tot één inspectie. Specifieke deskundigheid op verschillende terreinen is een absoluut vereiste voor de inspectie, maar eensgezind werken aan het realiseren van de inspectiemissie is dat eveneens. Vanaf begin 2005 heeft de inspectie de eerder begonnen reorganisatie vlot getrokken en na regelmatig overleg met alle medewerkers in de kantoren medio 2006 tot een goed einde gebracht.

Doelen van de reorganisatie waren:

- Verbeteren van de operationele sturing door versterking van het middenmanagement en verkorting van de aansturingslijn naar de medewerkers op de werkvloer.
- Een betere balans en meer samenhang aanbrengen tussen strategische, hiërarchische en professionele sturing.
- Meer lijn brengen in innovatie, ontwikkeling en implementatie.
- Verbeteren van het werkklimaat.
- Middelen efficiënter inzetten door een andere functie-opbouw en taakherschikking met versterking van inhoudelijke ondersteuning.

De reorganisatie is ingrijpend geweest in verschillende opzichten. De structuur is aangepast; er is nu sprake van een eenduidige lijnorganisatie en een professionele sturingslijn. De voormalige vakgerichte clusters zijn opgeheven. Het toezicht vindt plaats vanuit acht objectgeoriënteerde integrale inspectieprogramma's.

Gekozen is nu voor situering van het primaire proces in zogenoemde toezicht-eenheden in vier regionale vestigingen (Zwolle, Amsterdam, Rijswijk en Den Bosch). In Den Haag is daarnaast voorlopig de toezichteenheid Productveiligheid ondergebracht (toezicht op de productie en distributie van geneesmiddelen, bloed, bloedproducten, opiummiddelen, weefsels en medische hulpmiddelen). In de loop van de tijd zal de inspectie het toezicht dat daarvoor in aanmerking komt, spreiden over de regionale toezichteenheden.

Voor innovatie, ontwikkeling en implementatie heeft de inspectie een kenniscentrum ingericht. De inspectie heeft de verbetering van het werkklimaat pragmatisch aangepakt vanuit de visie dat cultuur vooral een kwestie van doen is. Op basis van geformuleerde waarden (samenwerking, vertrouwen, integriteit, gezag/respect, passie/geloof in missie) hebben alle inspectie-onderdelen gesproken over wat zij kunnen bijdragen aan het vestigen en bestendigen van deze waarden. De inspectie wil onder meer naar een 'IGZ-code' voor medewerkers.

De taakherschikking is doorgevoerd door middel van onderscheid in het niveau van taken, gekoppeld aan een nieuwe functie-opbouw. Voor de logistieke en organisatorische taken zijn programmamedewerkers aangesteld. Voor eenvoudige inspectiebezoeken en uitwerking van bezoeksverslagen is de functie van toezicht-medewerker gecreëerd. Toezichtmedewerkers zijn als het ware 'eerste hulp' van de inspecteur. Met deze versterking van inhoudelijk ondersteunende functies kunnen inspecteurs hun specifieke deskundigheid beter laten renderen omdat zij ontlast zijn van eenvoudiger taken. Deze nieuwe functie-opbouw vergroot de efficiëntie en slagvaardigheid van de inspectie.

2.2 Profiel: onafhankelijk, betrouwbaar, effectief en efficiënt

De IGZ wil een onafhankelijke, betrouwbare, effectieve en efficiënte toezichthouder zijn. Zij is enerzijds gericht op het stimuleren van instellingen en beroepsbeoefenaren tot het leveren van verantwoorde zorg en anderzijds op het opsporen en aanpakken van misstanden en het handhaven van wet- en regelgeving. De inspectie kiest waar mogelijk voor verbetering van de kwaliteit van zorg via samenwerking, maar grijpt waar nodig krachtig in. De inspectie is stimulator en politieagent tegelijk. De inspectie is ván de staat, maar werkt uiteindelijk ter borging van het belang van de burger.

2.3 Missie: bijdragen aan veilige, effectieve en patiëntgerichte zorg

In 2004 heeft de inspectie haar missie opnieuw geformuleerd: 'Bijdragen aan veilige, effectieve en patiëntgerichte zorg'. Dit is een korte en kernachtige vertaling van de bredere formulering die in al z'n aspecten het richtsnoer blijft: 'De Inspectie voor de Gezondheidszorg beschermt en bevordert door middel van toezicht de volksgezondheid en de gezondheidszorg. De inspectie handelt vanuit het perspectief van de burger.' De inspectie richt zich op problemen die burgers zelf niet kunnen beoordelen of beïnvloeden. Zij moeten kunnen vertrouwen op kwaliteit van de geboden zorg en producten. Dit wordt gewaarborgd door wet- en regelgeving; de inspectie ziet toe op naleving hiervan door beroepsbeoefenaren, instellingen en bedrijven^[3].

Concreet betekent het realiseren van deze missie voor de inspectie:

- Bewaken van de kwaliteit van zorg en van leven.
- Bewaken en vergroten van de patiëntveiligheid in het bijzonder. Eén specifiek programma bewaakt de veilige productie van medische hulpmiddelen, bloed, bloedproducten, weefsels, opiaten en geneesmiddelen.
- Stimuleren van de ontwikkeling van normen voor verantwoorde zorg met daaraan gekoppelde prestatie-indicatoren. De inspectie heeft daarbij een regisserende rol naar alle veldpartijen en cliëntenorganisaties.
- Openbaar maken – met inachtneming van regels op het terrein van privacy en behoorlijk bestuur – van inspectieresultaten op een voor de burger inzichtelijke en makkelijk toegankelijke wijze.
- Bevorderen van effectievere preventieve zorg om het volk zo gezond mogelijk te houden.
- Bij ketenzorg stimuleren van naadloze aansluiting van door verschillende zorgverleners te verlenen zorg.
- Ontwikkelen van activiteiten op het gebied van het project Samenwerkende inspecties, waarbij voor de ziekenhuizen begin 2007 een front office operationeel is. De IGZ wordt in dit project namens alle inspecties accounthouder voor het domein gezondheidszorg.

2.4 Werkwijze: gelaagd en gefaseerd toezicht (GGT); meldingen centraal

De standaard werkwijze binnen de inspectie is de methodiek van gelaagd en gefaseerd toezicht.

Met deze methodiek verhoogt de inspectie de transparantie, uniformiteit, efficiëntie en effectiviteit van het toezicht. Ze draagt daarmee ook bij aan een randvoorwaarde voor het functioneren van het zorgstelsel.

[3] Object van toezicht voor de inspectie zijn bedrijven die zich richten op productie en distributie van genees-

middelen en medische hulpmiddelen, bloedproducten en weefsels.

De inspectie organiseert het toezicht in drie fasen. Voorafgaand aan deze fasen definieert ze eenduidige en heldere uitgangspunten die leidend zijn voor de ontwikkeling van indicatoren (fase 0). In de eerste fase verzamelt de inspectie gegevens via indicatoren/vragenlijsten die ze zo inricht dat ze daarmee situaties signaleert die risicovol (kunnen) zijn. Periodiek (meestal jaarlijks) vraagt de inspectie instellingen haar informatie te verschaffen over belangrijke aspecten van hun organisatie. Op basis van de verkregen informatie beoordeelt de inspectie per instelling of er sprake is van een hoog of laag risico op onverantwoorde zorgverlening. In de tweede fase vindt dan op basis van de signalering uit de eerste fase feitelijk toezichtbezoek plaats. Afhankelijk van de sector gebeurt dat bij een selectie van de instellingen of bij alle instellingen waarbij de focus ligt op dat deel van de zorg waar de risico's zich voordoen. De inspectie kan het toezicht dan verscherpen en andere adequate maatregelen treffen. Het oordeel uit de tweede fase kan ook leiden tot repressief toezicht (fase 3), wanneer bij het bedrijf, de instelling of de beroepsbeoefenaar sprake is van een ernstige of aanhoudende overtreding. Tot het derde-fasetoezicht hoort het opsporen van vormen van onverantwoorde zorg. De inspectie heeft daarvoor bijzondere opsporingsambtenaren. In de derde fase kan de inspectie aangifte doen bij politie en justitie, beroepsbeoefenaren voor het tuchtrecht brengen en een bevel uitvaardigen. Ook kan de inspectie de minister verzoeken een instelling een aanwijzing te geven. Een aanwijzing (op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen) wordt door de minister gegeven als een instelling geen verantwoorde zorg levert, maar dit geen 'spoedingrijpen' van de inspectie vergt.

Vanaf oktober 2006 heeft de inspectie het zogenoemde IGZ-loket operationeel. Dit is een voortzetting en verbreding van het 'Meldpunt verpleeghuizen' waarmee de inspectie in 2005 burgers en beroepsbeoefenaren de gelegenheid gaf om situaties van onverantwoorde zorg in verpleeghuizen centraal te melden. De inspectie besteedt relatief veel tijd aan meldingen van incidenten of calamiteiten. Met het IGZ-loket beoogt de inspectie de toegankelijkheid van de inspectie te vergroten en de behandeling van meldingen sneller en efficiënter te organiseren. Het IGZ-loket krijgt de taak alle meldingen en vragen uit het beroepenveld en van burgers op een uniforme en efficiënte wijze aan te nemen, vast te leggen, voor te bewerken en door te geleiden naar de behandelend inspecteur in de regio.

In de sliptream van het operationaliseren van het IGZ-loket heeft de inspectie ook haar website (www.igz.nl) vernieuwd. De website bevat meer informatie en vergroot het zoekgemak voor burgers, beroepsbeoefenaars, instellingen en fabrikanten.

2.5 Primair proces leidend voor advies, innovatie & ontwikkeling, organisatie en bedrijfsvoering

De inspectie heeft de bedrijfsvoerings- en stafdiensten zo klein mogelijk gehouden. Ze zijn erop gericht om de uitvoering van de primaire processen optimaal te faciliteren en de inspectieleiding en het management te ondersteunen bij het bestuur en beheer van de organisatie.

2.5.1 Strategische stafbureaus

De Inspecteur-generaal, zijn plaatsvervanger en de hoofdinspecteurs hebben drie compacte stafbureaus tot hun beschikking: bureau Bestuursondersteuning, bureau Juridische Zaken & Handhaving en bureau Voorlichting & Communicatie. Deze drie bureaus adviseren vanuit hun vakgebied de inspectieleiding op politiek, bestuurlijk en strategisch niveau.

Bureau Bestuursondersteuning verzorgt daarnaast de relatie met departementen, andere inspecties, bestuurlijke partners en maatschappelijke organisaties. Het vormt de verbinding met het kerndepartement. Het regelt de in- en externe overlegvoorbereiding en -uitvoering en bewaakt plannen en afspraken. Het bureau bereidt het inhoudelijk deel van de (meerjaren)planvorming en verantwoording voor. Speerpunten voor 2007 zijn: het Meerjarenbeleidsplan 2007-2010 en het implementeren van een nieuwe beleids/toezichtcyclus in samenwerking met het departement.

Bureau Juridische Zaken & Handhaving waarborgt de juridische kwaliteit van de inspectie en het toezicht. Het beoordeelt de juridische houdbaarheid van het handelen en het inspectieoordeel. De nadruk van de ondersteuning ligt in de tweede en derde fase van het gelaagd en gefaseerd toezicht. Het bureau ontwikkelt en implementeert in 2007 juridisch kwaliteitsbeleid op basis van een visie op meer gestructureerde, meer uniforme en pro-actieve juridische dienstverlening binnen de inspectie. Het bureau Juridische Zaken & Handhaving heeft per regionale vestiging de beschikking over een inspecteur-jurist. Deze regionale juristen zijn het eerste aanspreekpunt voor alle eerstelijns-ondersteuning op juridisch vlak. Ze zorgen ook voor de juridische procesvoering van tuchtprocedures.

Bureau Voorlichting & Communicatie is verantwoordelijk voor persvoorlichting, communicatieadvies, digitale media, drukwerk, huisstijl en redactionele ondersteuning.

Speerpunt voor 2007 is de werkwijze en organisatie van de inspectie inzichtelijk te maken voor burgers, professionals en medewerkers. Een transparante manier van werken betekent dat de inspectie haar normen, werkwijze, rapporten, adviezen en interventies in beginsel openbaar en toegankelijk verantwoordt. Dit vraagt een

proactief communicatiebeleid. Voor de communicatie richting externen (burgers, veldorganisaties, beroepsgroepen en pers) is de sinds oktober 2006 vernieuwde website www.igz.nl de spil. De inspectie zoekt zelf de openbaarheid. Ze wordt daardoor zichtbaar, informeert burger en veld en legt daarmee verantwoording af. Ze verwacht daarmee zorgaanbieders optimaal te stimuleren en waar nodig ook te dwingen om transparant te zijn over hun eigen resultaten en kwaliteit van geleverde zorg.

2.5.2 Kenniscentrum

Het Kenniscentrum is een nieuw onderdeel van de inspectie. Het zorgt voor innovatie op het terrein van toezicht, voor ontwikkeling van personeel, methodieken en informatiesystemen en voor implementatie van nieuwe werkwijzen. De werkzaamheden maken deel uit van het primaire proces. Er zijn vier afdelingen: Ontwikkeling & Implementatie (O&I), de al langer bestaande IGZ-academie, het IGZ-loket en de afdeling Informatie en Documentmanagement en ICT (IDI).

De afdeling Ontwikkeling & Implementatie richt zich enerzijds op de methodologische ondersteuning van inspecteurs en anderzijds op het kwaliteitsbeleid en vernieuwing van inspectiemethodieken, waaronder het gelaagd en gefaseerd toezicht. Onderdeel van het kwaliteitsbeleid is de uitvoering van het meerjarenonderzoeksprogramma 'Effectiviteit van toezicht' in samenwerking met universiteiten en onderzoeksinstellingen. Begin 2007 is het onderzoek 'Beroep: inspecteur!' beschikbaar.

Het onderzoek is in samenwerking met de Universiteit van Nijmegen opgezet en uitgevoerd. Doel ervan is om een duidelijk beeld te krijgen van het werk van 'de inspecteur' in de praktijk en verbetering van de professie.

Naast de reguliere opleidingen verzorgt en coördineert de IGZ-academie de scholing voor alle medewerkers, met name voor IGZ'ers die in de nieuwe functies van programma- en toezichtmedewerker gaan werken. In 2007 voert de IGZ-academie het professionaliseringsplan voor leidinggevenden uit. De nadruk in het onderwijs zal meer dan voorheen liggen op kennismanagement en leren op de werkvloer. De inspectie is een informatieverwerkende organisatie. Om de ambities van de inspectie te realiseren is een verbeterd en modern informatiebeleid noodzakelijk. Het beheer van de ICT-infrastructuur besteedt de inspectie uit aan de Facilitaire Dienst van VWS.

2.5.3 Bedrijfsvoering

De zorg voor de bedrijfsvoering is belegd bij een drietal centrale stafafdelingen die samen de directie Bedrijfsvoering vormen: Financiën & Beheer (F&B), Personeel & Organisatie (P&O) en het Dienstencentrum (DC). Daarnaast is er een bureau

Faciliteiten & Managementondersteuning (BFMO) per regiokantoor. Deze bureaus zorgen voor de lokale ondersteuning van het primaire proces en de decentrale leiding en voor facilitaire en overige uitvoerende bedrijfsvoeringstaken (personeelsbeleid, financiële zaken). De bedrijfsvoeringstaken zijn geen doel op zich, maar voorwaarden-scheppend voor een goede uitvoering van de inspectietaken en voor het management om te sturen op resultaten, kwaliteit en middelen.

De afdeling F&B zorgt voor ontwikkeling en uitvoering van financieel-economisch beleid, verantwoording, administratie en beheer. De afdeling P&O heeft de zorg voor personele aangelegenheden en organisatieontwikkeling als kerntaak. Het DC is belast met overige faciliteiten en interne serviceverlening.

Naast de reguliere en intern gerichte hoofdactiviteiten op het gebied van personeel, financiën, huisvesting en technische voorzieningen heeft Bedrijfsvoering een aantal extra doelstellingen voor 2007:

- Bijdragen aan het herijken van de bedrijfsvoeringsrelatie met het departement via dienstleveringsovereenkomsten. Zo komen er afspraken met de facilitaire dienst van het departement over het beheer van de ICT-infrastructuur.
- Versterken van de planning- & controlcyclus en vergroten van de samenhang tussen de processen van de inhoudelijke cyclus en de cyclus van planning en control waardoor de financiële en inhoudelijke resultaten inzichtelijker zijn.

3 Risico's eerst

De werkzaamheden van de inspectie bestaan grosso modo uit:

- Het beoordelen en behandelen van meldingen van mogelijk onverantwoorde zorg (ruim 3.000 per jaar).
- Het verzamelen van informatie via prestatie-indicatoren en inspectieformulieren (fase 1 GGT), het afleggen van toezichtbezoeken op basis van in de eerste fase gedetecteerde risico's (fase 2 GGT) en opsporing en handhaving (fase 3 GGT). Het instellen van vervolgonderzoek naar het uitvoeren van plannen van aanpak die de inspectie eerder aan instellingen heeft opgelegd om geconstateerde risico's op onverantwoorde zorg te verminderen, hoort bij de tweede fase.
- Thematisch toezicht. Dit is een vorm van toezicht waarbij de inspectie bij een aantal of alle instellingen één aspect van zorgverlening beoordeelt (bijvoorbeeld onderzoek naar rampenopvangplannen bij ziekenhuizen).

Met de ontwikkeling van 'Verscherpt toezicht' heeft de inspectie een toezicht-instrument aan haar arsenaal toegevoegd. Verscherpt toezicht is een zware vorm van toezicht (in fase 2) en een laatste mogelijkheid voor instellingen om op korte termijn orde op zaken te stellen aan de hand van een plan van aanpak. Daarmee is verscherpt toezicht het voorportaal van ingrijpendere interventies als een bevel (bijvoorbeeld tot sluiting) of een verzoek aan de minister een aanwijzing te geven. In verschillende gezondheidszorgwetten introduceert de minister het instrument van de bestuurlijke boete en last onder dwangsom. De inspectie is voorstander van toevoeging van deze handhavinginstrumenten, omdat ze bijdragen aan de effectieve inzet van de handhavingmogelijkheden van de inspectie.

3.1 Selectief toezicht

In lijn met het beginsel van 'selectief toezicht' uit de kaderstellende visie op toezicht van het kabinet hanteert de inspectie de informatie uit fase 1 GGT, de meldingen en informatie uit thematisch toezicht als basis voor risicoselectie. Er zijn echter meer bronnen voor prioriteitskeuzes. Nieuwe wet- en regelgeving en mogelijk onbeoogde en onvoorziene effecten daarvan leiden veelal tot wensen van minister en staatssecretaris om toezichtactiviteiten uit te voeren. Dat geldt ook voor wijziging in gebruik van elektronische datasystemen (elektronisch patiëntendossier bijvoorbeeld). In veel gevallen anticipeert de inspectie daarop, maar het is niet altijd mogelijk om met de beschikbare capaciteit alle bijkomende wensen te honoreren. Uitgangspunt van de inspectie is dat ze het meest actief is waar de risico's op onverantwoorde zorg het grootst zijn, waar de kwaliteit van zorg en daarmee de veiligheid van patiënten en cliënten het ergst onder druk staan. Waar mogelijk sluit de inspectie bij het bepalen

van haar prioriteiten aan bij de beleidsprioriteiten van minister en staatssecretaris van VWS. Zo stimuleert de inspectie bijvoorbeeld dat alle zorginstellingen een veiligheidsmanagementsysteem tot stand brengen, sluit ze aan bij de beleidspeerpunten in de Preventienota en intensiveert ze het toezicht op instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg overeenkomstig de wens van de staatssecretaris. Risico-analyse en wensen vanuit het beleid gaan in deze gevallen hand in hand, maar dat is niet altijd zo.

Door de keuzes die de inspectie moet maken in relatie tot haar capaciteit zal de inspectie de volgende activiteiten niet uitvoeren:

- Toezicht houden met het doel om kwaliteitskeurmerken te verlenen of te valideren.
- Certificering of accreditering beoordelen.
- De kwaliteit van geïsoleerde diagnose-behandelcombinaties (DBC's) (heupoperaties bijvoorbeeld) meten en een rangorde aanbrenge van instellingen die die DBC goed, beter of best uitvoeren.
- Toezichtonderwerpen aanpakken waarvoor zoveel capaciteit vereist is, dat de uitvoering van de kernactiviteiten daardoor in het gedrang komt. Dit kan wel als de benodigde capaciteit tijdelijk wordt toegevoegd (zoals bij het geïntensiveerde toezicht op verpleeghuizen en gehandicaptenzorg).

Daarnaast verwacht de burger vaak dat de inspectie individuele klachten over de zorgverlening behandelt. Dit behoort niet zonder meer tot de taak van de inspectie. Binnen de wettelijke regeling ten aanzien van het klachtrecht is gekozen om individuele klachten over zorgverlening in eerste instantie binnen de instelling te laten behandelen door een klachtenfunctionaris of een klachtencommissie. Als de inspectie dergelijke klachten ontvangt, zal zij dus ook eerst de klager verwijzen naar de instelling voor behandeling van de klacht. De klachten zijn voor de inspectie natuurlijk wel signalen over de kwaliteit van zorg. Als individuele klachten worden gemeld bij de inspectie en als zij duiden op een situatie die voor patiëntveiligheid of de gezondheidszorg een ernstige bedreiging kan betekenen of aanleiding geeft te veronderstellen dat het belang van een goede gezondheidszorg anderszins noodzaakt tot onderzoek, dan kan de inspectie deze melding alsnog onderzoeken op grond van de *Leidraad Onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar aanleiding van meldingen*. De inspectie kan ook optreden als patiënten belemmerd worden bij het indienen van een klacht, bijvoorbeeld omdat een instelling geen wettelijk verplichte klachtenprocedure of klachtencommissie heeft. Ook als er drempels worden opgeworpen voor patiënten om een klacht in te dienen, komt de inspectie in actie.

3.2 Risico's en ontwikkelingen basis voor keuzes

Ontwikkelingen in het veld zijn vanzelfsprekend van invloed op de keuzes die de inspectie maakt. Onverantwoorde zorg door bijvoorbeeld slecht communicerende of zelfs ruziënde maatschappen in ziekenhuizen, leidt direct tot actie bij de inspectie. Door het gelaagd en gefaseerd toezicht krijgt de inspectie steeds beter inzicht in de risico's voor patiënten en cliënten bij de zorgverlening. Ook thematisch toezicht en de meldingen dragen daaraan bij. Door het jaar heen zijn er incidenten die tot onmiddellijk onderzoek en ingrijpen leiden, zoals bijvoorbeeld in het Universitair Medisch Centrum St. Radboud in Nijmegen, waar de inspectie de afdeling hartchirurgie via een bevel tijdelijk verbod bepaalde operaties te verrichten. De inspectie ziet in een incident soms aanleiding om na te gaan of dergelijke incidenten ook elders kunnen voorkomen. Zo leidde het onderzoek in Nijmegen tot een aanschrijving aan andere ziekenhuizen met een hartchirurgisch centrum om hun mortaliteitscijfers bij hartoperaties te registreren en openbaar te maken.

Op grond van de ontwikkelingen in het veld, de gedetecteerde risico's en de eigen ervaring ligt de prioriteit van de inspectie in 2007 op de patiënt- en productveiligheid, de normen voor verantwoorde zorg in de langdurige zorg en het vergroten van de effectiviteit van preventie. Daarnaast gaat de inspectie voort met de ontwikkeling van het gelaagd en gefaseerd toezicht om risico's te kunnen detecteren. De inspectie investeert waar mogelijk in samenwerking met andere inspecties, waarbij beperking van de toezichtlast voor toezichtobjecten uitgangspunt is. De inspectie heeft haar activiteiten ondergebracht in acht objectgericht integrale inspectieprogramma's. Deze zijn in hoofdstuk 4 uitgewerkt.

Voor het realiseren van haar missie 'Bijdragen aan veilige, effectieve en patiëntgerichte zorg' heeft de inspectie niet alleen acht integrale inspectieprogramma's, maar ook verschillende thema's die in meer programma's een plek krijgen. Een voorbeeld hiervan is het thema Patiëntenperspectief, dat in alle programma's aandacht krijgt. Het thema Toepassingsveiligheid van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen maakt deel uit van vier programma's.

De programmatische en thematische activiteiten van de inspectie zijn hieronder gerangschikt naar de onderdelen van de missie: veiligheid, effectiviteit en patiëntgerichtheid.

3.3 Inspectiebijdrage aan veilige zorg

3.3.1 De eerste lijn: samenwerking, (keten)afstemming en internet worden belangrijker (zie ook programma's 3, 7)

Veranderingen in wet- en regelgeving, voortschrijdende taakherschikking en marktwerking vragen om aanpassing van het toezicht. Ze hebben ook tot gevolg dat er nieuwe risico's optreden in de eerstelijnszorg waarvan thans nog onduidelijk is wat de effecten zullen zijn op de veiligheid, kwaliteit en patiëntgerichtheid van de zorgverlening. Hamvraag is wie zich in de eerste lijn verantwoordelijk voelt voor de patiënt en wie de regie heeft of moet hebben. Er zal een veel zwaarder beroep moeten worden gedaan op de samenwerking en (keten)afstemming van individuele beroepsbeoefenaren in de eerste lijn. Transparantie is in deze situatie voor de inspectie van belang om inzicht te krijgen in de nieuwe risico's. Gebruik van internet biedt kansen in de eerstelijnszorg, maar er zijn ook bedreigingen.

3.3.2 De medisch specialistische somatische zorg: hogere complexiteit, meer overdracht (zie ook programma 4)

Het nieuwe zorgverzekeringsstelsel stimuleert enerzijds tot veel meer samenwerking tussen ziekenhuizen, met name op die gebieden waar door de hoge kostprijs van het product die samenwerking ook veel voordelen oplevert, bijvoorbeeld tussen intensive care afdelingen. Anderzijds zal zich – mede ook door het ontstaan van grote fuserende zorgverzekeraars en aanzwellende belangstelling vanuit internationale ziekenhuisconcerns – een toenemende vercommercialisering van de zorg voordoen en daaruit voortvloeiend een grotere concurrentie tussen ziekenhuizen. Een terugtrekkende deregulerende overheid laat meer ondernemingsruimte ontstaan, óók voor commerciële krachten. De zorgsector zelf is ingrijpend aan het veranderen. Medische ontwikkelingen en bovengeschetste veranderingen in maatschappelijke verbanden en verhoudingen houden een continue dynamiek in stand. Binnen veel medische specialisaties treedt in toenemende mate 'hyperspecialisatie' op met gevaar voor versnippering en gebrekkige communicatie. De oude 'generalist', zowel binnen de snijdende als niet-snijdende specialismen, verdwijnt langzaam maar zeker.

Ook veranderde arbeidstijden, 'werken in deeltijd' en een toename van buitenlandse specialisten, bij wie de kans op een taalbarrière groot is, maken het noodzakelijk veel aandacht te besteden aan overdracht en dus aan communicatie. Goede communicatie is een belangrijke factor in het voorkomen van complicaties.

In toenemende mate nemen verpleegkundigen en andere niet-medisch specialisten taken over van de medisch specialisten. Wanneer deze herschikking van taken kwalitatief niet goed is geborgd, ontstaan risicovolle situaties.

Al deze ten dele nieuwe ontwikkelingen zullen gevolgen hebben voor de toegankelijkheid, betrouwbaarheid en veiligheid van de zorg en dus op de wijze en mate van toezicht door de inspectie.

3.3.3 Veiliger toepassing van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen (zie ook programma's 4, 5, 6, 7)

De tijd is voorbij dat veiligheid als vanzelfsprekend ervaren wordt. Medische technologie en het geneesmiddelenarsenaal zijn zo complex geworden dat dit terrein bijna niet meer te overzien is.

Het toezicht richt zich de komende jaren op veilige toepassing van medische technologie, hulpmiddelen en medicatie, gegeven door zorgverleners die daarin bekwaam zijn en structureel met elkaar samenwerken.

Na jarenlange discussie over de rol en taken van de apotheker heeft de apotheker van de wetgever via de nieuwe Geneesmiddelenwet de rol gekregen die hij verlangde. Hij wordt meer zorgverlener dan handelaar. De inspectie zal de komende jaren bezien hoe deze 'toegevoegde waarde' van de apotheker uitpakt in relatie tot de kwaliteit van zorg. Meer specifiek zal de inspectie toezien op veilige medicatiebewaking en het terugdringen van ziekenhuisopname door medicatiefouten in intramurale instellingen. Overdrachtsmomenten zijn belangrijke bronnen voor fouten die (grote) risico's meebrengen voor patiënten. Onder voorzitterschap van de inspectie zijn verschillende partijen in het veld bezig met het ontwikkelen van indicatoren voor een verantwoorde overdracht van medicatie.

Een terrein dat zeker aandacht behoeft, is dat van de bloedverdunners en de trombose-diensten. De ervaringen van de patiënt zullen bij onderzoek van deze keten een belangrijke rol spelen.

Binnen de keten van de geneesmiddelenvoorziening is adequate (ICT) informatie-uitwisseling tussen beroepsbeoefenaren essentieel. De inspectie stimuleert de ontwikkeling en bewaakt de implementatie van nieuwe normen, waarbij ze zich in toenemende mate ook op zorgverlening via internet richt.

3.3.4 Invoeren VMS gaat traag (zie ook programma's 4, 5, 6, 7)

In het vervolg op het rapport *Hier werk je veilig of je werkt hier niet* van Rein Willems, heeft de minister aangegeven dat per 1 januari 2008 in alle zorginstellingen een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) geïmplementeerd moet zijn. Dit systeem moet bestaan uit een systeem van veilig melden, een incidentenanalyse, een risico-inventarisatie en een systeem om verbeteringen te managen. De NVZ vereniging van ziekenhuizen (NVZ) en de Orde van Medisch Specialisten (Orde) zijn eind 2005 gestart met het definiëren van een VMS en hoe ziekenhuizen dat kunnen toepassen.

Nog steeds moeten we in Nederland uitgaan van 1.500 tot 6.000 vermijdbare sterfgevallen door oorzaken die gelegen zijn in bemoeienissen van de gezondheidszorg. De aanname is dat door de realisatie van een VMS deze sterfte voor een aanzienlijk deel kan worden teruggedrongen. De ontwikkeling van een VMS gaat echter traag. In de caresectoren is het veld onlangs gestart met het definiëren van het begrip veiligheid in afstemming met de reeds geformuleerde normen voor verantwoorde zorg. Het is de bedoeling dat er zo spoedig mogelijk absolute normen komen die de veiligheid van cliënten in de langdurige intramurale zorg borgen. Ook zijn afspraken nodig over het certificeren van instellingen op dit terrein. De inspectie gaat deze absolute normen onder meer gebruiken bij onderzoek naar calamiteiten op het gebied van veiligheid.

3.3.5 Veilig melden essentieel (zie ook programma's 4, 5, 6, 7)

De inspectie besteedt al jaren veel aandacht aan veilig melden in instellingen, omdat dit wezenlijk is voor structurele kwaliteitsverbetering van de zorg. Veilig melden geldt voor systeemfouten, inclusief de mens als soms zwakste schakel in het systeem. Iedere zorgverlener moet in zijn eigen instelling terecht kunnen om een dergelijk incident veilig te melden. Dit soort incidenten houdt geen verband met onzorgvuldigheid, laksheid of anderszins disfunctioneren van beroepsbeoefenaren. Net als voor andere beroepsgroepen als leraren, bakkers en ambtenaren geldt dat circa 5 procent onvoldoende functioneert. Bij incidenten die voortkomen uit disfunctioneren is veilig melden niet aan de orde. Daar doet de inspectie onderzoek en beoordeelt ze of de tuchtrechter er aan te pas moet komen.

Een zorginstelling kan het zich niet meer permitteren om geen systeem en cultuur van veilig incident melden (VIM) te hebben. De inspectie ziet veilig incident melden als het begin van een VMS. In ieder geval gaat de inspectie in de hele zorg de stand van zaken meten van veilig incident melden. Ze wil er zowel in de cure als in de care een indicator voor ontwikkelen.

3.3.6 Toepassing ICT moet volgens norm (zie ook programma's 3, 4)

De toepassing van ICT in instellingen neemt een grote vlucht, vooral vanwege de introducties van elektronische patiëntendossiers. Problemen bij de toepassing van ICT kunnen risico's inhouden voor de veiligheid van de patiënt. In 2003 is de norm voor informatiebeveiliging vastgesteld (NEN 7510). Met het hanteren van deze norm is het risico op onveiligheid bij de toepassing van ICT in de zorg sterk gereduceerd. Bij een onderzoek in 2003 naar de toepassing van de NEN 7510 in ziekenhuizen is gebleken dat deze nog lang niet aan de norm voldoen. In 2007 toetst de inspectie samen met het College bescherming persoonsgegevens (CPB) bij twintig ziekenhuizen

de naleving van de NEN 7510 aan de hand van een instrument dat door de IGZ, samen met TNO en het CBP, is ontwikkeld.

Certificering en accreditatie (zie alle programma's)

De overheid moet op basis van de beschikbare informatie het beleid kunnen evalueren en dit waar nodig kunnen bijstellen. Hiervoor is het nodig dat de verschillende normen, de voor GGT gebruikte prestatie-indicatoren en de beschikbaarheid van certificaten met elkaar samenhangen en eenduidige uitkomsten genereren. De inspectie ziet certificering en accreditatie als instrumenten van het veld waarmee zij hun horizontale toezicht kunnen vormgeven. Voor de inspectie vormen deze instrumenten op zichzelf geen prioriteit. Wel kunnen ze relevant zijn voor het toezicht.

3.4 Inspectiebijdrage aan effectieve zorg

3.4.1 Rol cliënten bij ketenzorg vergroten (zie ook programma's 3, 4, 5, 6, 7)

Ketenzorg staat al lange tijd op de IGZ-agenda. In 2003 heeft de inspectie onderzoek gedaan naar de kwaliteit van ketenzorg bij chronisch zieken (SGZ 2003). Uitkomst hiervan was dat de IGZ vooral het opstellen van veldnormen voor de kwaliteit van ketenzorg krachtig moest bevorderen.

De realisatie van ketenzorg is echter uitermate lastig. Uitgezonderd enkele aandoeningen zoals diabetes en cerebrovasculair accident (CVA) is er voor de meeste aandoeningen geen sprake van een systematische kwaliteitsborging van de gehele keten: er is geen ketengerichte organisatiestructuur, de continuïteit van ketenzorg-initiatieven is onvoldoende gegarandeerd, patiënten(organisaties) worden nauwelijks bij afstemmingsafspraken betrokken en het is moeilijk om multidisciplinaire samenwerkingsverbanden te organiseren.

Het belang van ketenzorg wordt echter door eenieder, zowel binnen de IGZ als daarbuiten, erkend. In het veld zijn op onderdelen normen voor ketenzorg bij specifieke ziektebeelden zoals CVA en diabetes ontwikkeld. Er zijn zeer veel (vooral lokale en regionale) initiatieven om tot (verbeteringen in) de ketenzorg te komen. Aandoeningsspecifieke patiëntervaringsmetingen (aandoeningsspecifieke CQ-indexvragenlijsten zoals voor diabetes zijn reeds voorhanden) worden op dit moment in opdracht van ZonMw ontwikkeld (door NIVEL in samenwerking met de Universiteit van Amsterdam). Deze patiëntervaringsmeting is cruciaal. Ten eerste geeft deze meting een aanvullende uitkomstindicator weer, namelijk de patiëntgerichtheid van de keten. Vervolgens is uit deze vragenlijsten bij uitstek af te leiden op welke plekken in de keten, of tussen welke individuele delen van de keten, de schoen wringt. De inspectie betreft de mening van de patiënt bij de toetsing van ketenzorg en het

uiteindelijke oordeel. Daartoe zal de inspectie de ontwikkeling van CQ-index-vragenlijsten voor specifieke aandoeningen krachtig stimuleren.

Ook uit de Staat van de Gezondheidszorg 2006 over patiëntenrechten blijkt dat patiënten afstemmingsproblemen ervaren als ze zorg ontvangen waarbij meer hulpverleners en/of zorgorganisaties betrokken zijn.

Uit het Landelijk Dementie Programma (LDP) komt naar voren dat mensen met een (beginnende) dementie met name te maken hebben met onvoldoende informatie en problemen in de afstemming tussen eerste en tweede lijn (huisarts-specialist-zorginstelling). Gezien het te verwachten grote aantal mensen dat de komende jaren aan dementie gaat lijden, zal de inspectie – in samenwerking met het LDP en onderzoeksinstituten – normen helpen ontwikkelen voor de (keten)zorg voor mensen met dementie.

3.4.2 Focus op verantwoorde zorg in de care (zie ook programma's 5, 6, 7)

In de maatschappij bestaat een toenemende vraag naar prestaties van zorginstellingen. Verpleeghuizen hebben dit in de afgelopen jaren aan den lijve ervaren. Mede door de negatieve publiciteit die de uitkomsten van inspectieonderzoek tweeweg brachten, heeft het veld zelf een grote verantwoordelijkheid op zich genomen om verantwoorde zorg inzichtelijk en toetsbaar te maken. Een toetsingskader voor verantwoorde zorg is gereed voor de intramurale instellingen voor verpleging en verzorging. De aanpak is inmiddels verbreed naar de zorg thuis. De sector gehandicaptenzorg en de langdurige psychiatrie heeft eind 2006 prestatie-indicatoren gereed en kan in 2007 de pilot met de nieuwe vragenlijsten starten.

In de toetsingskaders nemen de ervaringen en oordelen van de cliënten en vertegenwoordigers van cliënten een prominente plaats in. CQ-index-vragenlijsten maken de ervaringen van cliënten en hun vertegenwoordigers zichtbaar, tastbaar en toetsbaar. De resultaten van deze vragenlijsten en van de uitkomstindicatoren voor de professionele inhoudelijke kwaliteit geven een genuanceerd beeld van de kwaliteit van de zorg. De inspectie gebruikt deze informatie voor het prioriteren van de instellingen voor een inspectiebezoek (fase 2). Instellingen kunnen deze toets gebruiken om verbetertrajecten in gang te zetten. Ze kunnen zich laten bijstaan door het landelijke programma 'Zorg voor Beter'. In dit programma zijn best practices beschikbaar voor een groot aantal cliëntgerelateerde onderwerpen als valpreventie, decubitus en preventie seksueel misbruik.

Kwaliteitsinformatie komt vanaf 2007 beschikbaar. Dit helpt potentiële cliënten en hun vertegenwoordigers beter te kiezen tussen zorgaanbieders. De inspectie laat onderzoeken hoe de informatie uit GGT geschikt gemaakt kan worden voor publicatie op de website Kiesbeter.nl.

In het sturingsmodel – dat onderdeel is van het toetsingkader – zullen de nu nog globale afspraken tussen toezichthouders (raad van toezicht van instellingen, inspectie(s) en zorgkantoor) geoperationaliseerd worden. Hiertoe zal de inspectie met andere betrokken inspecties gaan samenwerken om de vermijdbare toezichtlast voor instellingen te reduceren.

De komende jaren zal de inspectie het verder ontwikkelen cq. bijstellen van de toetsingkaders nauw blijven volgen en stimuleren.

3.4.3 Intensivering toezicht op gehandicaptenzorg (zie programma 5)

Na de intensivering van het toezicht op de verpleeghuizen en de verzorgingshuizen met een verpleegunit in 2005/2006 zal de inspectie in 2007 het toezicht op de intramurale verstandelijke gehandicaptenzorg intensiveren. Diverse problemen in intramurale instellingen voor de verstandelijk gehandicaptenzorg die geleid hebben tot verscherpt toezicht, geven hiertoe aanleiding. Deze intensivering heeft in principe een preventief karakter en zal voor instellingen sturingsinformatie opleveren voor verbetertrajecten. Uitkomsten uit het onderzoek zullen ook gebruikt worden bij de verdere voltooiing van het toetsingkader voor deze sector.

3.4.4 Zorgvragen gehandicapten worden complexer (zie programma 5)

De zorg voor jeugdigen en volwassenen die naast een lichamelijke of verstandelijke beperking bijkomende problemen hebben, neemt toe in complexiteit. Het aantal meldingen waarbij justitie betrokken is, groeit (jeugdprostitutie, loverboys, kindermishandeling door ouders met een licht verstandelijke beperking, ernstige psychiatrische stoornissen). In het veld is nog onvoldoende expertise/deskundigheid aanwezig om deze complexe zorgvragen goed op te kunnen vangen.

Naast de evaluatie van de aanbevelingen uit het inspectierapport *Complexe gedragsstoornissen. Meer specialistische zorg voor ernstig gehandicapten* uit 2005 zal de inspectie samen met de Inspectie jeugdzorg deze problematiek nader in kaart brengen.

3.4.5 Sociaal-economische gezondheidsverschillen hardnekkig (zie ook programma's 1 en 4)

De Volksgezondheid Toekomstverkenningen (VTV) 2006 'Zorg voor Gezondheid' laat zien dat de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in een aantal opzichten achterblijft bij veel andere landen in Europa en dat er nog veel gezondheidswinst valt te behalen. Bovendien blijken de sociaal-economische gezondheidsverschillen hardnekkig. Er blijft een aanzienlijk verschil in bijvoorbeeld gezonde levensverwachting tussen het deel van de bevolking met de hoogste sociaal-

economische status en dat met de laagste sociaal-economische status. Verbetering is mogelijk door betere preventieve zorg, zowel op individueel als collectief niveau.

3.4.6 Gezonder gedrag leidt tot stijging levensverwachting (zie ook programma 1)

Gezonder gedrag kan veel gezonde jaren en daardoor uitblijvend beroep op zorg opleveren. Integraal gezondheidsbeleid op rijks- en gemeentelijk niveau is daarbij een belangrijk instrument: in beleidsdomeinen als arbeidsomstandigheden, milieu, onderwijs, sociaal-economisch beleid, ruimtelijke ordening en volkshuisvesting dient bevordering van gezond gedrag in hoge mate bepalend te zijn voor de beleidskeuzes. Dit is in onze tijd niet anders dan in de 19e eeuw toen door maatregelen op tal van beleidsterreinen de sterfte door infectieziekten sterk werd teruggedrongen en de levensverwachting aanzienlijk steeg. De inspanningen zullen daarbij vooral gericht moeten zijn op de bevolkingsgroepen met de grootste gezondheidsachterstanden. Ook is het van belang dat de effectiviteit van de gezondheidsbevordering toeneemt en overheden bewezen effectieve preventie-activiteiten daadwerkelijk invoeren. De inspectie vindt het zorgelijk dat de daarvoor benodigde infrastructuur en expertise op regionaal niveau zwak ontwikkeld is.

3.4.7 Preventienota richtinggevend voor toezicht (zie alle programma's)

De inspectie sluit met haar activiteiten aan op de gekozen prioriteiten in de Preventienota: voorkomen van roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht bij de leefstijlfactoren en diabetes en depressie bij de ziektes.

3.4.8 Sterke positie GGD'en voorwaarde voor effectief preventief beleid (zie ook programma 1)

Voor de realisering van effectief preventief beleid zijn krachtige regionale uitvoeringsorganisaties nodig met voldoende schaalgrootte. De beoogde samenvoeging van GGD'en tot in totaal 25 organisaties met een verzorgingsgebied dat congruent is met de veiligheidsregio's komt (te) langzaam tot stand. Hierdoor blijft de beoogde vergroting van slagkracht en kwaliteitsverbetering te lang uit. Bovendien dreigt door intensieve sectorale aandacht voor onderwerpen als veiligheid en jeugd de bestaande bundeling van taken binnen de GGD in het gedrang te komen. Hierdoor dreigt versnippering bij de uitvoering van taken op het gebied van de collectieve preventie. De inspectie heeft hierover haar zorg geuit bij de minister en pleit ervoor bij de komende wetsherziening van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) de positie van de GGD te versterken.

Een andere belangrijke kwaliteitsimpuls moet uitgaan van de centra die het RIVM momenteel inricht. Deze centra moeten een bijdrage leveren aan de verdere ontwikkeling van de professionele standaard op het gebied van de collectieve preventie en bevorderen dat instellingen bewezen effectieve interventies implementeren. De inspectie beoogt haar activiteiten in synergie met deze centra uit te voeren.

3.4.9 Stimulans nodig voor toepassing van bewezen effectieve interventies (zie ook programma 2)

De inspectie zal, eveneens in aansluiting op de Preventienota, bijzondere aandacht schenken aan de preventie binnen de zorg en bevorderen dat zorginstellingen bewezen effectieve interventies ook daadwerkelijk toepassen. De inspectie zal daarbij nauwlettend volgen wat de gevolgen van het nieuwe zorgstelsel zijn voor de preventie binnen de zorg. Het huidige stelsel biedt zowel kansen als risico's voor totstandkoming en financiering van preventieve zorg. Vooral bij chronische ziekten acht de inspectie het van belang dat interventies gericht op leefstijlverandering, onderdeel uitmaken van de ketenzorg.

3.4.10 Bijdrage integraal toezicht jeugd aan effectievere risicosignalering (zie ook programma 1)

De regering heeft de afgelopen jaren veel geïnvesteerd in betere zorg voor de jeugd. De gezamenlijke inspecties hebben hieraan een bijdrage geleverd door een toezichtkader te ontwikkelen voor integraal toezicht jeugd. De inspecties willen deze samenwerking verder versterken. Er moet nog wel veel gebeuren om het ingezette beleid ook op het uitvoeringsniveau te laten doorwerken. De inspectie wil hierbij nadrukkelijk een rol spelen.

3.4.11 Epidemieën en rampen eisen versterking van voorbereiding (zie ook programma 2)

Op het gebied van de gezondheidsbescherming is er veel aandacht voor de voorbereiding op grootschalige gebeurtenissen als rampen en epidemieën. De wereldwijd voortwoekerende epidemie met het H5N1-influenzavirus houdt de aandacht gericht op een mogelijke griepandemie.

3.4.12 Staat van de Gezondheidszorg 2007: taakherschikking (alle programma's)

Er wordt veel aandacht besteed aan de modernisering van de beroepenstructuur. Het aangeven van eindtermen bij de opleiding voor medisch specialisten zal de

patiëntgerichtheid kunnen verbeteren. De invoering van nieuwe beroepen als de physician assistant en de nurse practitioner passen in de trend van taakherschikking. In vele sectoren van de zorg experimenteert men met vormen van functiedifferentiatie, taakherschikking en taakdelegatie. De vraag hierbij is welke zorgverlener verantwoordelijk is voor welke taak. Vanuit de optiek dat functiedifferentiatie de kwaliteit van de zorg niet negatief mag beïnvloeden volgt de inspectie de ontwikkelingen op dit terrein niet alleen, ze wijdt er ook haar Staat van de Gezondheidszorg 2007 aan. Instellingen geven, door het ontbreken van kaders, zelf invulling aan de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de bij de taakherschikking betrokken professionals. Waar in de verdeling van verantwoordelijkheden en de afstemming tussen zorgverleners risico's zitten en in hoeverre deze structureel zijn, is onvoldoende duidelijk. Hierover zijn weinig empirische gegevens beschikbaar. Hoewel in diverse onderzoeken naar taakherschikking aandacht wordt besteed aan voorwaarden voor taakherschikking, ontbreekt een diepgaander inzicht in de verschillende instrumenten die instellingen op dit terrein inzetten en hun effectiviteit. Wel is duidelijk dat instellingen in de praktijk zoeken naar eigen creatieve oplossingen om de kwaliteit van zorg te waarborgen, zoals het organiseren van eigen (interne) opleidingen, supervisie, de ontwikkeling van protocollen en parallelle plannings.

De inspectie wil beter inzicht hebben in de huidige stand van zaken van taakherschikking. Dit is van belang om het toezicht beter te kunnen inrichten en een toetsingskader te kunnen (laten) opstellen. De volgende vragen zijn daarbij in het bijzonder relevant:

- Hoe kan de taakherschikking zo geregeld worden dat de patiëntenzorg veilig en effectief blijft?
- Welke instrumenten, in brede zin, zetten instellingen hierbij in?
- Welke maatregelen kunnen door het werkveld en de overheid worden genomen om risico's te minimaliseren?

De verkregen inzichten leiden tot een rapportage (SGZ 2007) en eventueel een toetsingskader.

3.4.13 Naar gelijkwaardige zorg voor gedetineerden (zie ook programma 4)

De implementatie van het project Verantwoorde Medische Zorg heeft de Dienst Justitiële Inrichtingen van het ministerie van Justitie een stevige impuls gegeven tot het bereiken van de doelstelling om de gezondheidszorg voor gedetineerden gelijkwaardig te maken aan de zorg voor alle andere Nederlanders. In 2007 gaat de inspectie onderzoeken of deze doelstelling ook in alle penitentiaire inrichtingen is verwezenlijkt.

De maatschappelijke discussie over het TBS-stelsel heeft mede dankzij de inspectierapporten geleid tot een duidelijker en eenduidiger beleid van de TBS-klinieken. De samenwerking met de in 2005 gestarte Inspectie Sanctietoepassing, gebaseerd op erkenning van wederzijdse aandachtsgebieden en deskundigheid, is voortvarend van start gegaan. De inspectie investeert hier ook het komende jaar in.

3.4.14 Onderzoek naar zorgverlening onverzekerden (zie ook programma's 1 en 4)

De zorg voor kwetsbare groepen heeft van oudsher de bijzondere aandacht van de inspectie. De inspectie heeft in haar Staat van de Gezondheidszorg 2005 *Openbare gezondheidszorg: Hoe houden we het volk gezond?* en naar aanleiding van een onderzoek in Rotterdam in 2006 geconstateerd dat er mogelijk een toenemend risico is dat de zorg voor onverzekerden en in het bijzonder voor illegalen in het gedrang komt. De inspectie zal nagaan hoe het met deze zorg is gesteld, waarbij de toegankelijkheid het centrale thema is.

Een tweede activiteit zal zich richten op de effectiviteit van zorg aan personen die buiten zorginstellingen verblijven en zorg nodig hebben, maar zich hier in meer of mindere mate aan onttrekken.

3.5 Inspectiebijdrage aan patiëntgerichte zorg

3.5.1 De geestelijke gezondheidszorg: toenemende concurrentie (zie ook programma 4)

Door de stelselwijziging, gemarkeerd door de beoogde overgang van de AWBZ naar de zorgverzekeraars per 1 januari 2007, ondervinden de grote GGZ-instellingen steeds meer concurrentie. Nieuwe partijen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zijn nu al actief en zorgen voor de noodzakelijke dynamiek in de voorheen bijna monopolistische GGZ. De toenemende concurrentie inspireert de inspectie aandacht te besteden aan de positie van de patiënten. Integratie met de algemene gezondheidszorg en versterking van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg zijn voor de overheid belangrijke beleidsuitgangspunten.

Speciale aandacht verdient het proces van scheiding tussen de cure en de care binnen de GGZ. Bewaking van patiëntenrechten blijft een belangrijke inspectietaak.

De ontwikkeling van prestatie-indicatoren, door de inspectie en de koepelorganisatie GGZ-Nederland geïnitieerd, blijft de inspectie krachtig ondersteunen.

3.5.2 Toepassing Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen en in de langdurige zorg (zie ook programma's 4, 5, 6, 7)

De zorg is de laatste jaren gericht op vermaatschappelijking, op de-institutionalisering, op het rehabiliteren en reïntegreren in de maatschappij van mensen die voorheen in (grote) instellingen opgenomen waren en bleven. In de verstandelijk gehandicaptenzorg en de zorg voor psychogeriatrische patiënten is er nog steeds onvoldoende bekendheid met de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) en blijkt deze op verschillende fronten niet goed toepasbaar te zijn. Een belangrijk knelpunt in deze sectoren is dat steeds meer mensen buiten een Bopz-aangemerkte instelling verblijven, maar dat volgens de zorgverleners wel vrijheidsbeperkende maatregelen nodig zijn. Dit is echter niet toegestaan. Een nieuwe regeling met kwaliteitseisen waaronder vrijheidsbeperking buiten de Wet Bopz mogelijk wordt, is in de maak. De inspectie is bij de opzet van die nieuwe regeling betrokken en zal in 2007 in toezichtbezoeken deze kwaliteitscriteria gebruiken. In de kinder- en jeugdpsychiatrie zijn veel problemen bij de toepassing van de wet. Uit het reguliere toezicht blijkt dat instellingen in alle sectoren niet altijd dwangtoepassingen melden aan de inspectie. Dit heeft verschillende oorzaken. Instellingen zijn niet goed bekend met de Wet Bopz, de begrippen 'gevaar' en 'verzet' zijn moeilijk hanteerbaar en in instellingen ziet men toepassingen als pedagogische maatregelen, zodat cliënten soms onterecht op vrijwillige basis in een instelling verblijven. In alle drie sectoren waar de Wet Bopz van kracht is, is sprake van een jaarlijkse toename van het aantal dwangopnames: 16.497 dwangopnames in 2005, een stijging van ruim 800 ten opzichte van 2004.

In 2007 verschijnt de derde evaluatie van de Wet Bopz.

3.5.3 Patiëntenperspectief belangrijk bij meten kwaliteit zorg (zie alle programma's)

In de Staat van de Gezondheidszorg 2006 over patiëntenrechten heeft de inspectie geconstateerd dat op het terrein van patiëntenrechten verbeteringen nodig zijn in de informatievoorziening en communicatie tussen hulpverlener en patiënt. Ook is duidelijk geworden dat patiënten te weinig betrokken worden bij de besluitvorming over en evaluatie van de zorg die zij krijgen. Ook bij het uiteindelijke oordeel van de inspectie zal de ervaring van de patiënt/cliënt meer gaan meewegen. In de diverse toetsingskaders voor verantwoorde zorg is het bevragen van cliënten/patiënten naar hun ervaring met de zorg als onmisbaar onderdeel opgenomen. Daar waar sectoren nog geen CQ-index-vragenlijsten ontwikkeld hebben, zal de inspectie – samen met cliënten/patiëntorganisaties – de ontwikkeling ervan krachtig stimuleren.

3.5.4 Commerciële zorg (zie ook de programma's 3, 5, 6, 7)

Commerciële zorg is zorg die zorgverleners met winstoogmerk aanbieden. De voorgestane marktwerking in de zorg heeft tot gevolg dat nieuwe zorgaanbieders zich vestigen die hun veelal specialistische zorg op commerciële basis verlenen. Soms bieden zorgaanbieders hun zorg uitsluitend via internet aan. Deze nieuwe zorgaanbieders zijn veelal nog niet bekend bij de inspectie, tenzij ze zich op vrijwillige basis laten registreren in de op te zetten database 'particuliere instellingen'. Het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG) dat de toelating van zorginstellingen op basis van de Wet toelatingen zorginstellingen (WTZi) verzorgt, meldt deze nieuwe instellingen ook aan de inspectie. Ook als een melding van onverantwoorde zorg bij de inspectie binnenkomt, wordt de instelling bekend. Commerciële zorg hoeft op zichzelf niet risicovoller te zijn dan traditioneel geleverde zorg. De inspectie is echter wel alert op mogelijke risico's ervan voor de burger. Er kan bijvoorbeeld belangenverstremming optreden tussen (huis)artsen (voorschrijvers van geneesmiddelen) en apothekers (afleveraars van geneesmiddelen). Ook bij 'zorg op afstand' via internet is kwaliteitsborging niet altijd vanzelfsprekend. De inspectie zoekt naar mogelijkheden om de risico's in beeld te brengen.

4 Inspectieprogramma's

4.1 Gezondheidsbevordering

KERN

Bij de aanpak van de grote gezondheidsproblemen waar Nederland voor staat, zoals overgewicht, sociaal-economische gezondheidsverschillen en gezondheidsproblemen van de jeugd, is effectieve preventieve zorg van cruciaal belang, zowel op collectief als individueel niveau.

4.1.1 Ontwikkelingen in maatschappij, overheid en veld

Preventie staat hoger op de agenda dan lang het geval is geweest. Kookprogramma's op televisie die gezonde voeding op school op een aansprekende manier propageren evenals vele programma's die de opvoeding van kinderen als thema hebben, maken duidelijk dat preventie in brede zin sterk in de belangstelling staat. Deze aandacht sluit ook aan bij ontwikkelingen in het veld.

Operatie JONG heeft verschillende ontwikkelingen in gang gezet die de preventie bij de jeugd moet verbeteren. Dit moet volgens de Operatie JONG gebeuren door onder meer het instellen van Centra voor Jeugd en Gezin en door integraal toezicht jeugd-zaken. Binnen dat kader is ook de Inventgroep actief geweest. Deze groep heeft een set van goede interventies geselecteerd op het gebied van de signalering en behandeling van psychosociale problemen bij jeugd. Daarnaast zijn nog veel andere zaken in gang gezet, waaronder:

- Het elektronisch kinddossier, een pendant van het elektronisch patiëntendossier voor de jeugdgezondheidszorg (JGZ).
- De verwijsindex waarin alle bij de jeugd betrokken instellingen aan kunnen geven of ze bij een specifieke jongere betrokken zijn, zodat er snel zorgcoördinatie rondom kwetsbare jongeren tot stand kan komen.
- De evaluatie van de JGZ die momenteel wordt uitgevoerd om te beoordelen of de effectiviteit van de JGZ is verbeterd door de aanpassing van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV), die bepaalt dat de gemeente de regie voert over de gehele JGZ en waarbij geprobeerd wordt tot een integrale JGZ 0-19 te komen.

De nieuwe Preventienota is in het najaar van 2006 verschenen. In deze brief zijn de prioriteiten voor het landelijke preventiebeleid aangeven: overgewicht, roken, diabetes, depressie en alcoholmisbruik. Dit zijn belangrijke veroorzakers van ziekte en vroegtijdige sterfte. In de brief legt de minister verder de nadruk op het versterken van de relatie tussen landelijk en lokaal beleid en op preventie in de zorg.

In 2007 zullen de gemeenten nieuwe nota's gezondheidsbeleid op moeten stellen in het kader van de in de wet voorgeschreven vierjaarlijkse cyclus. Daarbij kunnen ze aansluiten bij de ontwikkelingen op het terrein van de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) die het kader vormt voor door de gemeente uit te voeren taken op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning en deelname van de inwoners van de gemeente. De openbare gezondheidszorg (OGZ) wordt overgeheveld van de WCPV naar de WMO, de inspectie zal echter wel toezicht blijven houden met de Kwaliteitswet zorginstellingen als norm voor de kwaliteit van de uitvoering. Op het gebied van de lokale openbare gezondheidszorg is een kwaliteitstraject gestart: 'Beter Voorkomen'. Hierin spelen de indicatoren van de IGZ naast het implementeren van de HKZ-certificering een belangrijke rol.

4.1.2 Knelpunten en risico's

Hoewel op landelijk niveau de aandacht voor preventie toeneemt, is de implementatie van het beleid op het lokale niveau waar veel van de uitvoering moet plaatsvinden niet vanzelfsprekend. In de Staat van de Gezondheidszorg 2005 *Openbare gezondheidszorg: Hoe houden we het volk gezond?* komt de inspectie tot onder meer de volgende constatering:

- Een goede infrastructuur voor preventie komt onvoldoende tot stand. Het schaalniveau van sommige GGD'en is te klein. Ook zijn de jeugdgezondheidszorg (JGZ) en het jeugdveld zeer versnipperd en daardoor te weinig effectief.
- Integraal beleid, gezondheidsbeleid op andere beleidsterreinen, komt te weinig tot stand. Uit onderzoek van het samenwerkingsproject Integraal Toezicht Jeugd (ITJ) blijkt dat de zorg voor de jeugd te weinig is toegesneden op het oplossen van de problemen van de jeugd.
- Gemeenten hebben in de meeste gevallen een lokale nota gezondheidsbeleid opgesteld, maar de uitvoering van de activiteiten in de nota's is allerminst gewaarborgd.

De Volksgezondheid Toekomstverkenning (VTV) 2006 geeft een overzicht van volksgezondheidsproblemen die spelen. Opvallend hierbij is de geringe voortgang die gemaakt is in het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Duidelijk wordt dat er veel gezondheidswinst te boeken is door 'gezondheidsgericht beleid' te voeren op andere beleidsterreinen dan volksgezondheid.

Preventie heeft binnen de zorg weliswaar de nodige aandacht, bijvoorbeeld in relatie tot de prestatie-indicatoren van de inspectie, maar er is nog veel winst te behalen.

4.1.3 Te bereiken doelen

Aan het eind van 2007 wil de inspectie de volgende doelen bereikt hebben:

- Er is een set indicatoren voor (de effectiviteit van) gemeentelijk gezondheidsbeleid.
- GGD'en en JGZ 0-4 verzamelen gegevens op basis van een set indicatoren voor OGZ.
- Een betere preventie-infrastructuur doordat meer GGD'en en GHOR-regio's congruent zijn, doordat de JGZ 0-4 en 4-19 beter geïntegreerd zijn dan in 2006 en doordat de inspectie de gemeenten stimuleert op onderstaande punten meer integraal beleid uit te voeren:
 - Betere zorg voor de jeugd doordat randvoorwaarden voor de uitvoering van de JGZ beter geregeld zijn.
 - De keten JGZ en Bureaus Jeugdzorg (BJZ) beter is geregeld.
 - Integraal Toezicht Jeugdzaken uitgevoerd wordt volgens plan.
 - De JGZ effectief bijdraagt aan zorgadviesteams op scholen.
 - Preventie van overgewicht op school wordt aangepakt.
 - Spoedeisende hulpverlening en huisartsenposten kindermishandeling (inclusief meisjesbesnijdenis) goed melden.
 - Programma's worden uitgevoerd om perinatale sterfte te voorkomen.
- Een set indicatoren en GGT voor de openbare gezondheidszorg en gemeentelijk gezondheidsbeleid waarbij de uitvoering van de OGZ getoetst wordt aan de hand van normen.
- Alle inspectieprogramma's hebben waar relevant in hun GGT indicatoren voor preventie, alle ketentoezicht omvat waar relevant preventie. De indicatoren en preventie in de keten zijn waar mogelijk gekoppeld aan de doelstellingen van de Preventienota en bestrijken de voornaamste gezondheidsproblemen. Er is een rapport over toezicht op preventie in de zorg opgesteld waarin preventie in alle programma's aan de orde komt.
- Integraal Toezicht Jeugdzaken (ITJ) wordt uitgevoerd volgens de planning. De inspectie heeft met de Inspectie jeugdzorg de samenhang JGZ - BJZ onderzocht. De inspectie en de Inspectie van het Onderwijs samen hebben de zorgadviesteams op scholen onderzocht.
- Omdat de gemeenten primair verantwoordelijk zijn voor de bevordering van de collectieve preventie zal de inspectie bezien hoe zij de resultaten van de inspecties direct onder de aandacht van de gemeenten kan brengen.
In navolging van de Taskforce Zorg voor Beter streeft de inspectie naar een soortgelijke constructie om de samenhang tussen de vele initiatieven voor verbetering van de preventieve zorg te bevorderen en tot een heldere normering te komen voor de beoordeling van de kwaliteit van de collectieve preventie. De indicatoren van de inspectie zijn daarbij leidend.

4.1.4 Prioritering en keuzen

- Het GGT gemeente is een prioritaire activiteit gekoppeld aan de Preventienota.
- Projecten Kindermishandeling en Perinatale sterfte worden uitgevoerd in programma 3 en 4.

Doorlopende activiteiten:

- GGT GGD.
- Integraal Toezicht Jeugd (ITJ)
- Projecten Gezondheidsbevordering, Psychosociale problemen bij kinderen, Onderzoek naar overgewicht.

4.1.5 Activiteiten

- GGT Gemeente.
- GGT GGD.
- GGD (bezoek GGD voor de pilot GGT en om de structuur van de GGD te beoordelen).
- Meldingen en calamiteiten: inventariseren via IGZ-loket.
- Project Psychosociale problemen bij kinderen (met Inspectie jeugdzorg).
- Project Gezondheidsbevordering.
- Toezicht naar aanleiding van producten Taskforce Gezondheidsbevordering.
- Project Sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV).
- Project Randvoorwaarden JGZ.
- Project Melding kindermishandeling SEH/HAP (met programma 3 en 4).
- Project Preventie van perinatale sterfte (met programma 2).
- Project Gedragsgerelateerde interventies in de zorg.
- Onderzoek Beroepsgeheim.
- Onderzoek Overgewicht.
- Integraal Toezicht Jeugd (ITJ).
- Rapport over preventie-aanpak binnen de IGZ.

4.2 Gezondheidsbescherming

KERN

Handhaven van het hoge niveau van gezondheidsbescherming in gewone en buitengewone omstandigheden.

4.2.1 Ontwikkelingen in maatschappij, overheid en veld

Overheden hebben de taak hun burgers te beschermen tegen bedreigingen van de volksgezondheid van buitenaf. Hoewel de preventie en vroege opsporing van (infectie)ziekten in alle sectoren van de gezondheidszorg relevant zijn, ligt de nadruk hier toch bij de openbare gezondheidszorg. Rampenbestrijding is een publieke verantwoordelijkheid vanwege de omvang die rampen kunnen aannemen en de maatschappelijke gevolgen hiervan. De bevolking moet ook beschermd worden tegen ongevraagd aanbod van medisch onderzoek wanneer dit onderzoek risico's oplevert of waarbij het om ongeneeslijke ziektes gaat. De toenemende mogelijkheden voor screening en het ongerichte aanbod vereisen intensieve handhaving van de regelgeving. Een bijzondere verantwoordelijkheid hebben de overheden voor de bescherming van kwetsbare groepen die buiten de reguliere zorgcircuits vallen, zoals dak- en thuislozen, asielzoekers, onverzekerden en illegalen. Deze verantwoordelijkheid is er naar de betrokkenen toe, maar ook naar de samenleving als geheel gezien de rol die deze groepen kunnen spelen bij de verspreiding van infectieziekten. De rijksoverheid in de persoon van de minister van VWS heeft op deze terreinen een voorwaardenscheppende en coördinerende taak. Bij de rampenbestrijding is daarbij deels sprake van een afgeleide verantwoordelijkheid van de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. De uitvoering van activiteiten op deze terreinen is vooral een taak van de lagere overheden en hun uitvoeringsorganen, zoals de GGD'en, maar gebeurt ook door private instellingen. De inspectie heeft krachtens de Gezondheidswet de taak er op toe te zien of de activiteiten op bovengenoemde terreinen naar behoren worden uitgevoerd. De inspectie kan daarbij terugvallen op specifieke wetgeving die voor deze terreinen geldt, zoals de Wet collectieve preventie volksgezondheid, de Infectieziektewet, de Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen en de Wet op het bevolkingsonderzoek. In het kader van de samenwerkende rijksinspecties zal de inspectie de samenwerking met de Inspectie Openbare Orde en Veiligheid op het gebied van de rampenbestrijding intensiveren. Verder vindt afstemming over de activiteiten plaats met de Voedsel en Waren Autoriteit.

4.2.2 Knelpunten en risico's

De westerse wereld heeft zich ontwikkeld tot een risicomaatschappij. De toenemende complexiteit van onze samenleving, de dreiging van terroristische aanslagen met nucleaire, biologische en chemische middelen, het importeren van nieuwe ziektes uit verre landen en de gevolgen van klimaatveranderingen zijn kiemen voor een potentiële ramp. De Nederlandse overheid is zich van deze dreigingen bewust en probeert de risico's voor de burger zoveel mogelijk te beperken. Hiertoe is onder meer een structuur bedacht die moet leiden tot een adequate rampenbestrijding. De Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR) is onderdeel van deze structuur. Gaandeweg is de inspectie tot de overtuiging gekomen dat de in 1998 gekozen structuur en organisatie van de GHOR niet goed voldoet.

De spoedeisende hulpverlening is in beweging. De nieuwe Wet ambulancezorg beoogt de ambulancezorg als deel van de spoedeisende hulpverlening te verbeteren maar omvat een complexe en risicovolle mengeling van private en publieke belangen. De verplichte samenwerking tussen de ambulancemeldkamer en de ambulancedienst kan conflicteren met de aansturing van diezelfde meldkamer door de veiligheidsregio. Een adequate respons op grootschalige uitbraken van infectieziekten is alleen mogelijk bij een goed functionerend systeem van preventieve infectieziektebestrijding dat in crisissituaties snel opgeschaald kan worden. Daarnaast moet een adequate voorbereiding plaatsvinden op grootschalige uitbraken. Medisch-microbiologische laboratoria vormen een essentiële schakel bij de preventie van infectieziekten, zowel op individueel als op collectief niveau. Er bestaat onvoldoende zicht op de bijdrage die deze laboratoria kunnen leveren aan de bestrijding van (grootschalige) uitbraken. Vanwege het grote aantal mensen dat aan bevolkingsonderzoek deelneemt en vanwege de noodzaak van een gestandaardiseerde aanpak is hier een constante kwaliteit vereist. Het aanbod op dit terrein zal aanzienlijk toenemen door ontwikkelingen op medisch-technologisch gebied (genetische screening, full-body scans) en door een toename van het ongericht aanbieden van screeningonderzoek. In het bijzonder deze laatste ontwikkeling is risicorijk omdat veelal een wetenschappelijke onderbouwing van deze activiteit ontbreekt en commerciële drijfveren voorop staan.

Mensen die geheel of gedeeltelijk buiten het reguliere zorgsysteem vallen, lopen meer risico's op gezondheidsschade omdat zij zich bijvoorbeeld te laat met hun klachten tot een arts wenden. Er zijn geen aanwijzingen dat de omvang van deze kwetsbare groepen afneemt.

4.2.3 Te bereiken doelen

Aan het eind van 2007 heeft dit programma de volgende doelen bereikt:

- Een set indicatoren voor de infectieziektebestrijding, het bevolkingsonderzoek en voor de gezondheidszorg voor kwetsbare groepen.
- Beter bevolkingsonderzoek, betere rampenbestrijding en infectieziektebestrijding door het uitvoeren van projectmatig toezicht.
- Betere reguliere spoedeisende hulpverlening doordat de centrale post ambulancevervoer (CPA), ambulancezorg en de spoedeisende eerstehulpafdelingen in de ziekenhuizen (SEH) goed op elkaar aansluiten en van voldoende kwaliteit zijn.
- Verbetering van de aansluiting van de zorg op het bevolkingsonderzoek borstkanker en van de aansluiting van de rampenopvangplannen in ziekenhuizen op de regionale GHOR-structuur.
- De algemene Doorlichting Rampenbeheersing is samen met de Inspectie Openbare Orde en Veiligheid uitgevoerd volgens de planning.
- Duidelijkheid over de vraag of bij de GGD'en taakherschikking tussen de betrokken beroepsgroepen tot verantwoorde zorg heeft geleid bij de infectieziektebestrijding en reizigersadvisering.

4.2.4 Prioritering en keuzen

Bij de prioritering en de keuzes van activiteiten binnen dit programma zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- De inspectie verdeelt de beschikbare capaciteit min of meer evenredig over de verschillende aandachtsgebieden in het programma (infectieziektebestrijding, geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen, spoedeisende hulpverlening, bevolkingsonderzoek en kwetsbare groepen). Per aandachtsgebied maakt de inspectie een risicoafweging.
- Per aandachtsgebied instrumentontwikkeling GGT.
- De afhandeling van meldingen en calamiteiten is niet in het activiteitenoverzicht opgenomen. Deze komen in het programma weinig voor. Wel is het mogelijk dat zich een ramp voordoet waarbij de inspectie betrokken wordt bij de evaluatie van de hulpverlening. Rond de tijdsbesteding hiervoor bestaan echter zoveel onzekerheden dat hiervoor vooralsnog geen tijd is ingeruimd. Zonodig zal de inspectie herprioriteren binnen het programma.

4.2.5 Activiteiten

- Ontwikkeling indicatoren:
 - Indicatoren infectieziektebestrijding.
 - Indicatoren toetsing bevolkingsonderzoek.
 - Indicatoren kwetsbare groepen.
- Algemene Doorlichting Rampenbestrijding.
- Follow-up thematisch onderzoek ‘Oefenen? Noodzaak!’.
- Thematisch toezicht Rampenopvangplannen ziekenhuizen.
- Thematisch toezicht Kwaliteit advisering ten aanzien van medische voorziening bij grootschalige evenementen.
- Follow-up thematisch onderzoek Spoedeisende hulpverlening.
- Advisering vergunningverlening in kader Wet ambulancezorg.
- Thematisch toezicht Voorbereidingen influenzapandemie.
- Rapportage Voortgang voorbereidingen op grootschalige uitbraken van infectieziekten.
- Handhaving Wet Bevolkingsonderzoek.
- Thematisch toezicht Zorgketen bevolkingsonderzoek.
- Thematisch toezicht Toegankelijkheid zorg voor onverzekerden.
- Thematisch toezicht Bemoeizorg.
- Thematisch toezicht Tolkgebruik in de zorg.
- Follow-up thematisch toezicht Hulpverlening probleemdrinkers.
- Follow-up thematisch toezicht Begin en eind vreemdelingenketen.
- Staat van de Gezondheidszorg (SGZ): Taakherschikking bij infectieziektebestrijding en reizigersadviesing.

4.3 Eerstelijnsgezondheidszorg

KERN

Veranderingen in wet- en regelgeving, voortschrijdende taakherschikking – zowel in de eerste lijn als tussen de eerste en tweede lijn – en marktwerking hebben invloed op de kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg.

4.3.1 Ontwikkelingen in maatschappij, overheid en veld

In de eerstelijnszorg wordt langzamerhand meer gewerkt in grotere verbanden. Er vindt vaker (telefonische) triage plaats als eerste contact voor de arts. In toenemende mate verschuiven taken van de tweede naar de eerste lijn. Taakherschikking van tandarts naar mondhygiëniste is thans bij algemene maatregel van bestuur (AMvB) geregeld. Nieuwe vormen van taakherschikking dienen zich ook aan bij de eerstelijns

geestelijke gezondheidszorg, huisartsenzorg en verloskundige zorg. Met de praktijk-verpleegkundige en physician-assistant komen er nieuwe beroepen in de zorg bij. Voorschrijven van geneesmiddelen is binnenkort voor een beperkt aantal middelen niet meer voorbehouden aan alleen artsen, tandartsen en verloskundigen. Voorbeelden hiervan zijn prenatale screening door verloskundigen en de behandeling en controle van diabetes type 1 buiten de tweede lijn. Daarnaast gaan openbare apotheken een actieve rol spelen in de begeleiding van de patiënt bij de eerste uitgifte van geneesmiddelen. Dit leidt tot actieve participatie van de apotheker in de voorlichting en begeleiding van zowel de patiënt als de voorschrijver bij polyfarmacie en interacties van geneesmiddelen. De Zorgverzekeringswet stimuleert onderlinge concurrentie. Men zal proberen delen van de markt te veroveren die tot voor kort waren ondergebracht bij andere partijen. Zo blijken zorgverzekeraars een actieve rol te gaan spelen in de farmaceutische zorg en uitgifte van medicatie.

4.3.2 Knelpunten en risico's

Gebrek aan regie en sturing bij aandoeningen die één zorgverlener overstijgen (chronische ziekten en preventie), is een belangrijk knelpunt. De kenmerkende conservatieve setting van de eerste lijn (veel kleine, vaak eenmansbedrijfjes van individuele beroepsbeoefenaren) heeft weliswaar een duidelijker regie, maar deze setting kan de patiëntveiligheid negatief beïnvloeden door gebrekkige afstemming tussen de vele zorgverleners onderling. De eerste lijn werkt wel meer in grotere verbanden, maar dat levert door onwennigheid van de professional om in teamverband te functioneren problemen op in de samenwerking. Dit heeft vaak een gebrekkige ketenafstemming tussen partijen binnen de eerste lijn en tussen eerste en tweede lijn tot gevolg. Daarnaast zal door gebrek aan transparantie en de toegenomen complexiteit van het veld de toegankelijkheid kunnen verminderen. Bovendien zal de zorgvraag toenemen door demografische factoren. Gebruik van geavanceerde ICT biedt mogelijkheden voor positieve ontwikkelingen, maar binnen de eerste lijn staan de meer geavanceerde ICT-toepassingen nog grotendeels in de kinderschoenen. Daartegenover zijn er ICT-ontwikkelingen (bijvoorbeeld internet-prescriptie) waarbij de grenzen van verantwoorde zorg worden opgezocht en overschreden. Wetgevende kaders zijn momenteel aan verandering onderhevig. De beroepsgroepen zoeken naar nieuwe grenzen en mogelijkheden. Dit uit zich onder andere in discussies over ANW-zorg als onlosmakelijk onderdeel van de huisartsenzorg en andere aspecten die de continuïteit en kwaliteit van zorg nadelig kunnen raken.

4.3.3 Te bereiken doelen

Aan het eind van 2007 wil de inspectie bereikt hebben: grotere patiënt- en medicatieveiligheid, betere aansluiting tussen delen van ketenzorg, zicht op de kwaliteit van zorg bij enkele groepen vrijgevestigde beroepsbeoefenaren en veilig gebruik van internet bij diagnostiek, behandeling en medicatie. Door stimulering van het veld en toetsing van de resultaten wil de inspectie bewerkstelligen dat deze risico's verminderen.

4.3.4 Prioritering en keuzen

Het ontwikkelen en implementeren van gelaagd en gefaseerd toezicht binnen de eerste lijn heeft de grootste prioriteit. De inspectie voert ook projecten uit die als follow-up van eerdere inspectieonderzoeken gepland zijn. Vanwege de risico's ontwikkelt de inspectie een instrument voor het toezicht op internetgebruik in de zorg. Er vindt ketenonderzoek plaats naar de trombosediensten. De inspectie brengt de telefonische toegankelijkheid van de huisartsen in kaart. Dit programma zet samen met programma 7 (Zorg thuis) een project Risicodetectie op en een project Verantwoord gebruik van infuuspompen in de thuissituatie.

4.3.5 Activiteiten

- GGT fase 0 en 1 activiteiten: openbare apotheken; huisartsenzorg; fysiotherapie, verloskunde, acute hulp en zelfstandig gevestigde psychiaters.
- GGT fase 3 activiteiten: tuchtzaken, bevelen en aanwijzingen.
- Meldingen en calamiteiten.
- Project Veilig Incident Melden (VIM).
- Internetproject.
- Project Risicodetectie (met programma 7).
- Project Ketenzorg trombosediensten.
- Follow-up Dienstapotheken.
- Project Verantwoord gebruik infuuspompen in de thuissituatie (met programma 7).
- Project Telefonische bereikbaarheid huisartsen.
- Project Samenwerking GGZ met huisartsen met aandacht voor consultatie en crisisinterventie.
- Ontwikkeling ketenindicatoren 'Zorg voor dementerende thuis' (met programma 7).

4.4 Specialistische somatische en psychiatrische zorg

KERN

Optimalisering van werkprocessen en betere samenwerking kunnen samen met de beschikbare kennis en kunde in de somatische curatieve zorg patiënt- en medicatieveiligheid op een hoger niveau brengen. Instellingen in de geestelijke curatieve zorg dienen ontwikkelde evidence based kennis breed toe te passen.

4.4.1 Ontwikkelingen in maatschappij, overheid en veld

In de afgelopen jaren was de trend zichtbaar van een steeds mondiger wordende patiënt die betrokken wenst te worden bij de keuzes voor zijn behandeling. Ook was merkbaar dat de zorgverzekeraar steeds meer probeert te sturen langs inhoudelijke lijnen. Als onderdeel van het nieuwe zorgstelsel kiest de overheid meer een positie op afstand om ondernemerschap ruimte te geven. Ze heeft de kwaliteitscontouren van de zorg aangegeven. Zorg wordt meer en meer een samenspel van patiënt, zorgverlener en zorgverzekeraar.

De indruk bestaat dat de patiënt en de zorgverzekeraar min of meer klaar zijn voor de nieuwe verhoudingen, het zorgveld worstelt daar nog mee. Enerzijds zijn er op economische gronden fusies tussen zorginstellingen, anderzijds is er met het oog op toegankelijkheid de roep om de kleine zorginstellingen te behouden. Voorts constateert de inspectie uit oogpunt van patiëntveiligheid behoefte aan én noodzaak tot duidelijkheid over het lokaliseren van hoog- en laagcomplexe zorg. Daarnaast zien we particuliere initiatieven leiden tot particuliere zorginstellingen die zich veelal richten op beperkte en meer lucratieve delen van de zorg. Dat is nog maar het begin van een vorm van commercialisering. Grote buitenlandse zorgorganisaties, zoals ziekenhuisketens, zullen naar verwachting ook hier aan de slag gaan met als perspectief 2012. Dan mogen ze winsten ook aan aandeelhouders uitkeren.

Het is de vraag of management en professionals in de zorg hiervoor klaar zijn.

De specialisatie in de somatische zorg zet zich gestaag door. Nieuwe ontwikkelingen in de medische techniek, automatisering en farmaceutische producten volgen elkaar snel op.

Toenemende hyperspecialisatie verlengt de zorgketen waardoor steeds meer zorgverleners een stukje van de verantwoordelijkheid krijgen voor een patiënt. Ondanks het hoge niveau van kennis en kunde in de somatische curatieve zorg zijn de resultaten als het gaat om bijvoorbeeld patiënt- en medicatieveiligheid, slechter dan verwacht.

In de psychiatrische curatieve zorg valt op dat – ondanks de sterke toename van het aantal evidence-based behandelingen de afgelopen 10 jaar – de brede toepassing daarvan maar matig van de grond komt. De ‘interdoktervariantie’ is groot. De overheid vindt dat de zorg voor alle Nederlanders gelijkwaardig moet zijn. Dit heeft consequenties voor de zorg voor specifieke en zeer kwetsbare groepen, zoals gedetineerden in het algemeen, jeugdige delinquenten in het bijzonder, in combinatie met psychiatrische problematiek en TBS.

4.4.2 Knelpunten en risico's

Toenemende specialisatie, voortschrijdende medische technologische mogelijkheden en hoogcomplexere zorg (niet alles kan overal verantwoord plaatsvinden) vragen gerichte aandacht. De zeer complexe medische technologie vereist hoogwaardig, zeer deskundig en ervaren personeel. In het algemeen is dit beschikbaar; taakherschikking, mits zorgvuldig toegepast, kan een bijdrage leveren aan onderscheid in niveau van werkzaamheden en het beleggen van verantwoordelijkheden daarbij. Vooral nodig is een betere samenwerking, een heldere verantwoordelijkheidsverdeling (wie is hoofdbehandelaar) en last but not least het optimaliseren van de werkprocessen. Het programma ‘Sneller Beter’ laat goed zien welke kwaliteitswinst er mogelijk is en hoe de beschikbare capaciteit beter kan worden benut. Dit laatste mede in het licht van te verwachten spanningen op de arbeidsmarkt.

Risico's manifesteren zich met name in de hoogcomplexere zorgvelden, zoals de intensive care, de oncologie, het operatief proces en zorgvelden die verschillende zorgorganisaties betreffen, zoals de spoedeisende hulpketen.

Het ziekenhuismanagement moet hierop kunnen inspelen, rekening houdend met de kansen en bedreigingen in de veranderende context van de curatieve zorg. Dit vraagt ook vernieuwde verhoudingen binnen het ziekenhuis tussen management, specialisten en verpleging. De huidige verhoudingen zijn in het algemeen weinig toekomstbestendig.

De professionalisering van de curatieve psychiatrische zorg vraagt alle aandacht. Ondanks dat het aantal evidence-based behandelingen van psychiatrische ziektebeelden sterk is toegenomen, is de brede toepassing daarvan nog ver weg. Er is sprake van onder- en overbehandeling en sterke lokale verschillen in aanpak en behandeling. Dwangbehandelingen, separeren en de toepassing van de Wet Bopz in het algemeen verlopen niet optimaal. Het aantal gedwongen opnames en separaties stijgt.

4.4.3 Te bereiken doelen

Het hoofddoel is het verhogen van de kwaliteit van zorg, met name de patiënt- en medicatieveiligheid.

De inspectie werkt langs twee lijnen.

Allereerst het werken aan structurele verbeteringen (diepte-investeringen) zoals:

- Het (verder) ontwikkelen van indicatoren die de ingeschatte risico's beter zichtbaar zullen maken. Dit bevordert de zo noodzakelijke transparantie in de zorg. De inspectie blijft initiatieven nemen die deze ontwikkeling positief beïnvloeden. Hiertoe zal de inspectie intensief contact onderhouden met beleidsmakers, het zorgveld, verzekeraars en patiënten- en consumentenorganisaties.
- Het bevorderen en blijven stimuleren van normontwikkeling door het veld.
- Het ondersteunen en bevorderen van de brede invoering van het Veiligheidsmanagementsysteem (VMS).

Daarnaast het stevig handhaven in situaties waarin sprake is van onverantwoorde zorg met de instrumenten die de inspectie daarvoor tot haar beschikking heeft, zoals verscherpt toezicht, tijdelijke sluiting en inschakeling tuchtrechter. Een aantal recente voorbeelden laat zien dat misstanden vaak lang doorzien en een desastreuze uitwerking hebben op kwaliteits- en veiligheidsbesef in een ziekenhuis.

4.4.4 Prioritering en keuzen

Reguliere werkzaamheden: doorloop van reeds gestarte activiteiten, follow-up van eerdere onderzoeken, aan de bewindslieden toegezegde activiteiten, meldingen, tuchtzaken/aanwijzingen/bevelen, actueel houden van indicatorensets.

Verder heeft de inspectie een aantal risicogebieden vastgesteld te weten: intensieve zorg, het operatieve proces, cardiochirurgische zorg, de oncologische keten, de spoedeisende hulpverleningsketen, psychiatrische zorg in relatie tot de somatische zorg, zorg voor de meest kwetsbare doelgroepen en zorg in particuliere klinieken. Deze zijn leidend voor de inzet van de beschikbare capaciteit.

Op het terrein van de curatieve geestelijke gezondheidszorg zal de professionalisering en brede toepassing van evidence based zorg en behandeling uitgangspunt zijn voor de activiteiten. Ontwikkeling van indicatoren en toepassing van GGT zullen in dit perspectief gezet worden.

De Staat van de Gezondheidszorg 2007 gaat over taakherschikking.

4.4.5 Activiteiten

- Verder ontwikkeling van indicatoren: Bopz/GGZ, ziekenhuizen, acute keten, ziekenhuispsychiatrie, delier, medicatieveiligheid, toepassingsveiligheid medische hulpmiddelen, particuliere klinieken en zelfstandige behandelcentra (ZBC's).
- Behandeling van meldingen en calamiteiten.
- Specifieke aandacht voor cardiochirurgische keten volwassenen.

- (Thematische) onderzoeken: TBS-klinieken, Verantwoord gebruik van infuus-pompen in de thuissituatie (met programma 7), Samenwerking en teamvorming rond operatief proces, Minimale invasieve chirurgie, Kwaliteit intensive care, Follow-up radiologie, Follow-up orgaandonatie, ICT in de zorg, Veilig Incident Melden (VIM), GGZ (internetonderzoek), Forensische zorg (JJI's), Ouderenpsychiatrie (met programma 6), Bemoeizorg (met programma 2), SGZ 2007 over taakherschikking.
- Doorlopende projecten: Operatief proces (TOP 1 en 2), Kernenergiewet (KEW), Follow-up SGZ 2006 over patiëntenrechten.
- Individuele toetsingen Bopz.
- Oriëntatie op uitvoering onderzoek dure geneesmiddelen.
- Toezicht op nieuw toegelaten zelfstandige behandelcentra.

4.5 Gehandicaptenzorg

KERN

Stijging van het niveau van gehandicaptenzorg tot stand brengen via een toetsingskader met normen voor verantwoorde zorg en intensivering van het toezicht in de 24-uurszorg.

4.5.1 Ontwikkelingen in maatschappij, overheid en veld

Er is veel mediabelangstelling voor de kwaliteit van de zorgverlening in de gehandicaptenzorg. Belangenbehartigers weten steeds beter de weg naar de media en de Tweede Kamer te vinden. Vaak hebben zij de weg naar de klachtencommissie (nog) niet bewandeld omdat zij sceptisch zijn over een onafhankelijke afhandeling van hun klacht. Van de inspectie verwachten belangenbehartigers dat deze een onomwonden oordeel geeft over cruciale processen. Men vraagt in dit verband een frequenter en steviger optreden van het toezicht.

De algemene ontwikkelingen in de gezondheidszorg zoals corporate governance in instellingen, de invoering van de Zorgverzekeringswet en het *Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording* dat zich verbreedt tot een benchmarkinstrument, leiden ook voor de gehandicaptenzorg tot meer transparantie van de kwaliteitsprestaties.

De complexiteit van de zorgvragen van jeugdigen, jong-adolescenten en volwassenen met bijkomende problematiek naast de verstandelijke beperking, neemt sterk toe. Zorgaanbieders worden geconfronteerd met prostitutie, loverboys, delicten, rechterlijke machtigingen, forensische psychiatrie, kindermishandeling, ernstige psychiatrische aandoeningen als niet gehecht zijn. Er is nog onvoldoende bekendheid met de geschetste problematiek om de zorgvragen goed te kunnen beantwoorden. Ook is het netwerk met relevante werkvelden en disciplines nog niet goed ontwikkeld.

4.5.2 Knelpunten en risico's

Cliënten in de gehandicaptenzorg wonen noodgedwongen in niet-natuurlijke huishoudens: in groepsverband met mensen die zij niet zelf hebben uitkozen en wisselende begeleiders. Dit brengt veiligheidsrisico's met zich mee, zowel fysiek als emotioneel. Risicofactoren zijn:

- Onvoldoende professionaliteit van medewerkers: ze pikken signalen onvoldoende op, diagnostiek blijft achterwege en noodzakelijke behandeling komt niet tot stand.
- Onvoldoende multidisciplinaire samenwerking: het beeld van de cliënt is gefragmenteerd, diagnostiek en behandeling zijn onvolledig, begeleiding bestrijkt slechts een deel van de vraag en er is onvoldoende afstemming in de keten van zorg.
- Onvoldoende kennisbeleid. Omdat kennis ontbreekt, worden kansen gemist. In de gehandicaptenzorg ontwikkelt men minder good practises, nieuwe inzichten en behandelwijzen dan mogelijk is.
- Onvoldoende smart geformuleerde doelen^[4] in het ondersteuningsplan. Gevolg: weinig concrete afspraken en onduidelijke toedeling van verantwoordelijkheden.
- Voldoende personeel in zowel kwalitatief als kwantitatief opzicht.

Voorts zijn er meer algemene risico's:

- Ongewenst seksueel grensoverschrijdend gedrag.
- Oneigenlijk cq. onjuist gebruik van medicatie.
- Bad- en zwembadrisico's (verbranding, verdrinking).
- Inadequate huisvesting in relatie tot de zorgvraag (privacy; prikkelverwerkingsstoornissen; fysieke beperkingen, zintuiglijke beperkingen).
- Nachttoezicht.
- Toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen.

De risico's voor mensen die zorg ontvangen in instellingen voor lichamelijk en/of zintuiglijk beperkten, zijn onvoldoende in beeld om daar een oordeel over te kunnen geven. Mensen met een lichamelijke beperking zijn in het algemeen mondig, eisen nadrukkelijk een ondersteunende houding van de begeleiders en verzorgers en maken hun klachten eerder kenbaar dan cliënten in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.

Binnen de zorg voor mensen met een lichamelijke beperking is de groep mensen met niet-aangeboren hersenletsel een kwetsbare groep. Hun zorgvraag is vaak complex, waardoor het risico bestaat dat vrijheidsbeperking sluipenderwijs haar intrede doet in de zorgverlening.

[4] Smart: specifiek, meetbaar, aanvaard, resultaatgericht, tijdgebonden.

4.5.3 Te bereiken doelen in 2007

Eind 2007 heeft dit programma een bijdrage geleverd aan:

- Veiliger zorg door:
 - Beoordeling huisvesting in relatie tot de zorgvraag.
 - Beoordeling ondersteuningsplan van de cliënten.
 - Stimulering medicatieveiligheid via medicatieprotocol.
 - Implementatie van preventiebeleid voor seksueel overschrijdend gedrag.
 - Opname van goede bad- en zweminstructies in alle ondersteuningsplannen.
 - Bijdrage aan een norm voor nachttoezicht.
 - Implementatie van de aanbevelingen uit het rapport *Complexe gedragsstoornissen. Meer specialistische zorg voor ernstig verstandelijk gehandicapten.*
- Effectievere zorg door:
 - Stimulering van transparantie van uitkomsten van de indicatoren voor de zorgverlening aan mensen met een verstandelijke beperking.
 - Samenwerking met Arbeidsinspectie en Inspectie jeugdzorg met als doel in 2009 een gezamenlijk toezichtprogramma voor de gehandicaptenzorg.
- Patiëntgerichtere zorg door:
 - Borging cliëntenrechten.
 - Verplichting aan instellingen te werken met risico-inschattingsprofielen/ signaleringsprofielen.
 - Specifieke aandacht voor jeugdigen en jong-zelfstandigwonenden met een verstandelijke beperking.
 - Beter gebruik van gegevens uit cliëntraadplegingen (CQ-index-data).

4.5.4 Prioritering en keuzen

- Ontwikkeling toetsingskader gehandicaptenzorg in relatie tot GGT en *Jaardocument maatschappelijke verantwoording*.
- Veiligheid van cliënten.
- Instellingen moeten rechten van cliënten respecteren. De aan cliënten geboden ondersteuning moet aansluiten bij hun vraag, hun persoonlijkheid en hun persoonlijke omstandigheden. Instellingen moeten wensen meenemen bij de vaststelling van het zorgplan. Met beperkingen van de vrijheid moeten ze uitermate prudent en zorgvuldig omgaan en verzet, in welke vorm dan ook, serieus nemen.
- Toezicht Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). De inspectie beperkt het toezicht vooralsnog tot de huishoudelijke zorg en de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG).

4.5.5 Activiteiten

- Ontwikkelen toetsingskader en indicatoren (GGT) gehandicaptenzorg.
- Ontwikkeling toezichtinstrument WMO.
- Thematisch toezicht Medicatieveiligheid 24-uurszorg.
- Thematisch toezicht Preventiebeleid grensoverschrijdend gedrag.
- Circulaire Bad- en zweminstructies.
- Ontwikkelen norm in samenwerking met veld voor nachttoezicht op basis van analyse incidenten 2003-2006.
- Follow-up implementatie aanbevelingen rapport *Complexe gedragsstoornissen. Meer specialistische zorg voor ernstig verstandelijk gehandicapten*.
- Start ontwikkeling gezamenlijk toezichtprogramma voor de gehandicaptenzorg met Arbeidsinspectie en Inspectie jeugdzorg.
- Thematisch toezicht met andere betrokken toezichthouders op betere zorg voor jeugdigen en jong-zelfstandigwonenden met een verstandelijke beperking.
- Thematisch toezicht op kwaliteit van de zorgverlening aan mensen met een lichamelijke beperking.

4.6 Ouderenzorg

KERN

Ouderenzorg in beweging: kwaliteit naar een volgende fase.

4.6.1 Ontwikkelingen in maatschappij, overheid en veld

Het programma Ouderenzorg houdt toezicht op de kwaliteit van zorg die verpleeghuizen, verzorgingshuizen en voorzieningen voor chronische ouderenpsychiatrie verlenen aan ouderen. In 2005 en 2006 stond de verpleeghuissector sterk onder maatschappelijke en politieke druk. Intussen is het zorgstelsel veranderd, waardoor de verschillende partijen rondom de zorgverlening zich anders opstellen, de kijk op kwaliteit zich wijzigt en de maatschappelijke roep om 'meer veiligheid' in de zorg sterker wordt.

Zorgvragers en zorgvragen veranderen en verschuiven over de objecten in het veld, bijvoorbeeld: verzorgingshuizen die verpleeghuiszorg en thuiszorg leveren. Een ander voorbeeld: verpleeghuizen die hun cliënten in kleinschalige woonvormen huisvesten en verpleeghuisartsen van externe maatschappen betrekken.

Door de verandering in het zorgstelsel is er ook meer aandacht voor de resultaten van zorgverlening en daarmee voor de kwaliteit. Belangrijke aspecten hierbij zijn: het meetbaar maken van de kwaliteit door heldere indicatoren en het afspreken van bindende normen voor essentiële veiligheidsaspecten.

De overheid stimuleert deze ontwikkeling door programma's als Zorg voor Beter (kwaliteitsverbetering en -borging), het Landelijk Dementieprogramma en het promoten van de kwaliteitskaarten in de sector verpleging en verzorging (consumenteninformatie door middel van de website Kies Beter.nl). Deze sector neemt zelf ook de verantwoordelijkheid op zich voor de kwaliteit van zorg. Dit komt tot uitdrukking in het toetsingskader en de normen voor verantwoorde zorg. Hiermee komt sturingsinformatie beschikbaar op grond van dezelfde indicatoren voor de instellingen zelf, de inspectie, de cliëntentoetsingsorganisaties en de zorgkantoren. Na de pilot bij 100 instellingen in 2006 zal in 2007 van alle verpleeg- en verzorgingshuizen dergelijke informatie beschikbaar komen. Instellingen voor ouderenzorg zullen transparant moeten zijn over de geleverde kwaliteit, zodat zorgconsumenten en zorgverzekeraars hun nieuwe rol kunnen spelen. Op basis van de beschikbare informatie kunnen zorginstellingen verbeteringen aanbrengen en kan het zorgkantoor afspraken maken over het afsluiten van contracten.

4.6.2 Knelpunten en risico's

Als bij verschuivende activiteiten van zorgaanbieders het zorgaanbod niet aansluit bij de kwaliteit of kwantiteit van de zorgvragers ontstaan ernstige risico's zoals onder- of overdiagnostiek, te weinig of inadequate medische behandeling, farmaceutische zorg of begeleiding voor specifieke groepen ouderen (bijvoorbeeld die met psychiatrische problemen of dementie), onvoldoende continuïteit in de zorg, onvoldoende privacy, of onvoldoende invloed op de zorg en behandeling (Bopz). Door het beoordelen van de indicatoren voor verantwoorde zorg krijgt de inspectie zicht op deze risico's. Andere risico's treden op door maatschappelijke tendensen als kleinschalig wonen voor bewoners, al dan niet met een persoonsgebonden budget. Ook ontstaan risico's als reactie op het toetsen van de indicatoren voor verantwoorde zorg en het openbaarmakingsbeleid van de inspectie. Anderzijds komen de verschillen in kwaliteit meer aan het licht en worden de risico's beter zichtbaar.

4.6.3 Te bereiken doelen

Aan het eind van 2007 wil de inspectie het volgende bereikt hebben:

- Indicatoren (uit inspectieformulieren en CQ-index) voor verantwoorde zorg heeft de inspectie in alle verpleeg- en verzorgingshuizen beoordeeld. Beschikbare CQ-indexgegevens gebruikt de inspectie bij vaststellen van het risico in eerste fase toezicht in verpleeg- en verzorgingshuizen.
- De inspectie verkrijgt zicht op de kwaliteit van de medische zorg door het opstellen en toetsen van indicatoren voor verantwoorde medische zorg in verpleeghuizen.

- De inspectie heeft de risico's bij geneesmiddelendistributiesysteem in verzorgingshuizen opgespoord, het functioneren van het interne meldingssysteem medicatiefouten geanalyseerd en gevaren van polyfarmacie onderzocht.
- De inspectie heeft de aard en de omvang van de psychiatrische problemen bij ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen in kaart gebracht en risico's in de zorgverlening gedetecteerd.
- De inspectie heeft de aard en de omvang van kleinschalig wonen in de ouderenzorg in kaart gebracht en risico's in de zorgverlening gedetecteerd.

4.6.4 Prioritering en keuzen

Prioriteit krijgen:

- Het toetsen van verantwoorde zorg in alle verpleeg- en verzorgingshuizen (fase 1 GGT).
- Medicatieveiligheid in verzorgingshuizen.
- Medische zorg in verpleeghuizen.
- Risicodetectie bij kleinschalig wonen.
- Risicodetectie psychiatrische problemen bij ouderen in zorginstellingen.

4.6.5 Activiteiten

- Opstellen van plan van aanpak voor het toetsen van verantwoorde zorg: opschaling van 100 naar circa 2000 objecten.
- Deelname aan stuurgroep 'Indicatoren verantwoorde zorg', ontwerpen en bijstellen van instrumenten.
- Risicodetectie op basis van inspectieformulieren en CQ-index (fase 1).
- Toezicht fase 2 in hoogrisico-instellingen.
- Onderzoeken van meldingen en calamiteiten.
- Intensivering verpleeghuiszorg: follow-up, procesevaluatie, presentaties (doorloop 2006).
- Onderzoek Medische zorg in verpleeghuizen (ontwikkelen van indicatoren doorloop 2006).
- Onderzoek Medicatieveiligheid in verzorgingshuizen (doorloop van 2006).
- Onderzoek Ouderen met psychiatrische problemen.
- Ontwikkelen ketenindicatoren 'Zorg aan dementerenden thuis'.
- Opzetten project in het kader van 'Samenwerkende rijksinspecties'.
- De website Kies Beter.nl voorzien van IGZ-gegevens.
- Voorbereiding thematisch toezicht 2008 (commerciële zorg).
- Individuele toetsingen Bopz.

4.7 Zorg thuis

KERN

Veranderingen in wet- en regelgeving, voortschrijdende taakherschikking en marktwerking vragen om continue risicodetectie bij de veiligheid en de kwaliteit van de extramurale zorgverlening.

4.7.1 Ontwikkelingen in maatschappij, overheid en veld

In juni 2006 is een gezamenlijke visie op *Normen voor verantwoorde zorg thuis* opgesteld door alle veldpartijen. Bij het ontwikkelen is nadrukkelijk gebruikgemaakt van de ervaringen van thuiszorg met kwaliteitszorg, cliëntenraadplegingen en benchmark. De thuiszorg heeft hierin een lange traditie.

Partijen achten het van groot belang dat getoetst wordt in welke mate zorgorganisaties aan de normen voor verantwoorde zorg voldoen. Gelet op het individuele karakter van de zorg thuis krijgt de stem van de cliënt, in de vorm van een cliëntenraadpleging, een belangrijke plaats. Daarnaast toetst de inspectie die aspecten die rechtstreeks te maken hebben met gezondheidsrisico's en gezondheidsbescherming, zoals veiligheid (onder andere medicatie en medische hulpmiddelen).

De inspectie heeft geconcludeerd dat er weliswaar een positieve ontwikkeling is ten aanzien van de uitkomstindicatoren die gemeten zijn, maar dat de registratie van uitkomstindicatoren nog altijd tekortschiet. In het *Toetsingskadernormen voor verantwoorde zorg thuis* zullen uitkomstindicatoren worden opgenomen die aansluiten bij de normen voor verantwoorde zorg. De indicatoren worden in 2006 in een pilot getest. Eind 2006 zal duidelijk zijn of de indicatoren de juiste informatie opleveren die nodig is om de kwaliteit te beoordelen. Er bestaat er een toenemende vraag naar inzicht in de prestaties van zorgaanbieders.

Sinds 2003 is er geleidelijk meer marktwerking ingevoerd in de extramurale AWBZ-zorg. De *Monitor extramurale AWBZ-zorg* (juni 2006; CTG/Zaio, CTZ) gaat in op de gevolgen van de introductie van meer marktprikkels in de extramurale AWBZ-zorg. Hoe ontwikkelt de markt zich en welke problemen ontstaan daarbij? De belangen van de cliënt bij kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid staan hierbij centraal. In 2006 was er vooral procesgerichte aandacht voor kwaliteitsaspecten bij de inkoop van zorg. Vrijwel alle zorgkantoren hebben cliëntenraadpleging en kwaliteitscertificering verplicht gesteld. Het aantal aanbieders met een kwaliteitscertificaat en een cliëntenraadpleging zal dan ook sterk toenemen. Dit kan een positief effect hebben op de daadwerkelijke kwaliteit van de zorgverlening. Meer aandacht voor de kwaliteit van zorgaanbieders op basis van uitkomstindicatoren en een beloning hierop kan de prikkel tot het leveren van hogere kwaliteit vergroten.

De marktwerking en contracteervrijheid hebben er toe bijgedragen dat er een

aanzienlijke groei is van het aantal toetreders op de thuiszorgmarkt. Ook verpleeg- en verzorgingshuizen verlenen in toenemende mate zorg bij cliënten thuis. Het proces van extramuralisering (inclusief de verkorting van de ligduur bij ziekenhuizen) plaatst de thuiszorg in een positie van intensivering van de directe relaties met vele aanpalende actoren zoals huisartsen, verzorgingshuizen, verpleeghuizen, ziekenhuizen, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg.

De thuiszorg levert als voorziening ook verstrekkingen op het gebied van huis- houdelijke verzorging, persoonlijke verzorging en verpleging aan thuiswonende psychiatrische patiënten en thuiswonenden met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap. Het denken in de zorg gaat steeds meer uit van doelgroepen- beleid en ketenzorg. Er is behoefte van cliënten aan arrangementen op maat en de ontwikkeling van steeds meer diensten en voorzieningen die in samenhang met zorg thuis geboden kunnen worden.

4.7.2 Knelpunten en risico's

De knelpunten in de thuiszorg, de zorgverlening in de thuissituatie (waaronder de palliatieve zorg) en de kraamzorg doen zich voor in het primaire proces (zorg- en behandelplannen, professioneel handelen en naleven van professionele standaarden, toepassen van medische hulpmiddelen en geneesmiddelen), op het gebied van beleid en organisatie (kwaliteitssysteem, ketenzorg) en op het gebied van het personeel (dreigende tekorten, kwalificatieniveaus, kennis, bejegening). Door de extramuralisering komen er steeds meer complexe zorgsituaties voor in de zorg thuis. Hoewel nieuwe medische technologie ook in de thuiszorg kansen biedt, zijn er door onjuist gebruik, onvoldoende bewaking van de toepassing en onbekwame medewerkers ook risico's aan verbonden.

Doordat er steeds meer zorgaanbieders op de markt zijn, hebben zorgondernemers een buffer nodig om schommelingen in de productie op te vangen of benodigde investeringsruimte te creëren om daarmee hun continuïteit te waarborgen. Grote omzetverliezen geven een toenemende kans op faillissementen met verlies van banen en risico's voor de cliënt in de continuïteit van de zorg. Het kan ook een negatief effect hebben op het behouden en aantrekken van gemotiveerde en deskundige medewerkers.

Naar aanleiding van een verontrustend aantal signalen over mogelijke economische misstanden in de sector gaat de Nederlandse Zorgautoriteit de marktstructuur in de thuiszorg nader onderzoeken.

Door recente tekorten in de AWBZ-budgetten (juli 2006) zijn diverse thuiszorg- instellingen overgegaan tot een cliëntenstop. Veel mensen dreigen hierdoor te laat of slechts in beperkte mate thuiszorg te krijgen. Naast de cliëntenstop zorgt

ook de fusiegolf onder zorginstellingen voor onrust binnen de sector.

Diverse maatschappelijke organisaties spreken hun ongerustheid uit over de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). Als met ingang van 1 januari 2007 de gemeenten een groot deel van de verantwoordelijkheid krijgen over zorg en welzijn zou dit volgens die organisaties tot ingewikkelde situaties kunnen leiden voor cliënten die gelijktijdig huishoudelijke zorg (WMO) én vormen van AWBZ-zorg krijgen.

Het toepassen van vrijheidsbeperking komt ook voor in de zorgverlening in de thuis-situatie terwijl het wettelijke kader ontbreekt (Wet Bopz) dan wel niet toereikend is (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)). Er zijn onvoldoende waarborgen voor de rechtspositie van de betreffende cliënten. Een nieuwe regeling is in de maak.

In de kraamzorg speelt marktwerking al vele jaren een grote rol. Verzekeraars letten sterk op hun inkoop. Als voorbeeld dient de zorgveiling. Kraamzorg wordt door een zorgverzekeraar via internet geveild aan de laagst biedende. Aanbieders moeten wel aan gaan tonen dat ze voldoen aan de basiskwaliteitseisen.

Grote veranderingen in wet- en regelgeving, voortschrijdende taakherschikking en marktwerking veroorzaken veranderingen in de extramurale gezondheidszorg, waarvan de effecten op de veiligheid en kwaliteit van de zorgverlening moeilijk zijn in te schatten en mogelijk nieuwe risico's worden geïntroduceerd.

4.7.3 Te bereiken doelen

De doelen zijn gericht op stimulering van betere veiligheid, betere invloed van de patiënt, betere kwaliteit, betere continuïteit, betere privacy en betere beschikbaarheid. Zorgaanbieders maken op alle velden van het *Toetsingskader normen voor verantwoorde zorg thuis* door middel van prestatie-indicatoren inzichtelijk in hoeverre verantwoorde zorg geleverd wordt. Het gaat hierbij om de volgende velden: zorgovereenkomst en zorg/leefplan, communicatie en informatie, lichamelijke gezondheid, zorginhoudelijke veiligheid, woon- en leefomgeving, sociale redzaamheid, geestelijk welzijn, veiligheid in en om de woning, professionele kwaliteit van de zorgverleners, betrouwbare zorgorganisatie, ketenzorg en kwaliteitszorg.

Concrete doelen voor 2007 op het terrein van kraamzorg zal de inspectie mede formuleren op basis van de uitkomsten van het gelaagd en gefaseerd toezicht thuiszorg en kraamzorg 2006. Ook de uitkomsten van de pilot 'Normen voor Verantwoorde Zorg' zijn van grote invloed op de accenten die inspectie in haar toezicht op de thuiszorg in 2007 zal aanbrengen.

4.7.4 Prioriteiten

- Continueren ontwikkeling toezicht in relatie tot *Toetsingskader normen voor verantwoorde zorg thuis*.
- Risicodetectie eerstelijnsgezondheidszorg (in samenwerking met programma 3).
- Inventariseren risico's (explorerend onderzoek bij gebruikers) en ontwikkelen module toezicht op palliatieve terminale zorg.

4.7.5 Activiteiten

- Afronden project Verantwoord gebruik van infuuspompen in thuissituaties.
- Voorbereiden project Verantwoord gebruik van beademingsapparatuur in de thuissituatie.
- Ontwikkelen ketenindicatoren 'Zorg aan dementerenden thuis' (met programma 6).
- Ontwikkelen toezicht Wet maatschappelijke ondersteuning.
- GGT bij thuiszorg, kraamzorg en voorzieningen Palliatieve Terminale Zorg.
- Behandelen en onderzoeken van meldingen en calamiteiten.

4.8 Productveiligheid

KERN

Voor de bewaking van de veiligheid van medische producten die steeds meer patiënten gebruiken en waarvan de complexiteit door gebruik van nieuwe productietechnologieën toeneemt, is de borging van de kwaliteit en de effectiviteit van het product van groot belang.

4.8.1 Ontwikkelingen in maatschappij, overheid en veld

Er is een toenemende vraag naar medische producten: geneesmiddelen, medische hulpmiddelen, bloedproducten, weefsels, opiaten en in-vitro diagnostica. Dit hangt samen met een aantal ontwikkelingen, zoals de vergrijzing van de populatie, een verschuiving in life-style, de dreiging van terroristische rampen, de ontdekking van nieuwe, onbekende infectieuze virussen en de vraag naar zelfhulp voor het stellen van diagnoses.

Van de in Nederland gebruikte medische producten wordt minstens 80 procent geproduceerd en getest buiten onze landsgrenzen. Dit betekent voor het toezicht dat maar een gedeelte van de inzet zich richt op de activiteiten die in Nederland plaatsvinden. Vrij verkeer van medische producten binnen de Europese gemeenschap heeft tot gevolg dat wetgeving in Europa geharmoniseerd is ter bescherming van alle

Europeanen en ter voorkoming van economische ongelijkheid. Het bereiken van deze harmonisatie is een uitdaging met name sinds de EU uit 25 landen bestaat. Daarom zal het vormgeven en het uitvoeren van toezicht in toenemende mate plaatsvinden in samenwerking met inspectiediensten van andere Europese landen. Een andere tendens is het verplaatsen van productieactiviteiten en klinisch onderzoek van medische producten naar landen als China en India. Ook dit heeft consequenties voor het houden van toezicht.

Behalve het mondiale verkeer van legale middelen worden steeds vaker illegale en namaakgeneesmiddelen in het handelskanaal gebracht. Ook op dit terrein wordt internationaal toezichtbeleid ontwikkeld, waar Nederland zijn bijdrage aan dient te leveren.

Er zijn verschillende ontwikkelingen in het veld die van invloed kunnen zijn op de veiligheid van medische producten en die specifieke expertise en/of benadering vragen van de toezichthouder. Deze ontwikkelingen betreffen bijvoorbeeld een toename van het aantal producten dat een combinatie is van een medisch hulpmiddel en een geneesmiddel, de ontwikkeling van vroegdiagnostiek, de potentiële toepassing van nanotechnologie, innovatieve biotechnologische producten, stamceltherapie, genterapie, celtherapie en cel engineering.

Daarnaast vinden ook veel mondiale fusies plaats van bedrijven van medische producten.

4.8.2 Knelpunten en risico's

Producenten van geneesmiddelen verplaatsen hun activiteiten in toenemende mate naar lage-lonen-landen. Dit compliceert het toezicht op deze activiteiten en door het toepassen van andere kwaliteitsstandaarden neemt het risico van onveilige producten toe. Daarnaast is er zowel in het legale als in het illegale circuit een groeiende tendens te zien in het verhandelen van illegale en namaakgeneesmiddelen en opiaten. De maatschappelijke vraag naar nieuwe behandelingen leidt tot het inzetten van producten, zoals stamcellen en embryonaal weefsel, waar de nodige ethische vraagstukken aan kleven en waarvan er onvoldoende zicht is op de veiligheid en effectiviteit van deze producten. Bij deze producten en bij bloedproducten is bovendien een onbekend risico aanwezig voor de overdracht van onbekende of niet-detecteerbare infectieziekten.

4.8.3 Te bereiken doel

Door middel van toezicht bijdragen aan het borgen van de veiligheid, kwaliteit en effectiviteit van medische producten en naleving van internationale verplichtingen.

4.8.4 Prioritering en keuzen

- Continueren van het toezicht op productveiligheid in de volle breedte.
- Toezicht op klinische studies.
- Kwaliteit van de geneesmiddelenbereiding in ziekenhuisapotheken.
- Geneesmiddelenproductie en -distributie.

4.8.5 Activiteiten

- In 2007 zal een risico-evaluatie plaatsvinden van het klinisch onderzoek op basis van blootstelling, incidentie en ernst van de risico's. Hieruit volgt een concreet plan voor een aantal inspecties in 2008.
- Voor een aantal specifieke gebieden van het klinisch onderzoek is reeds een voorlopige risicoschatting gemaakt. Deelgebieden met een hoog risico zijn genetica en biologicals. Eind 2007 zal een begin gemaakt zijn met het toezicht op deze klinische studies.
- Door middel van een pilot met GGT inzicht krijgen in de kwaliteit van onderzoek bij academische trials die uitgevoerd worden op initiatief van een medisch onderzoeker.
- Alle banken (bloedbanken, orgaanbanken volgens huidige Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal (WVKL) en volgens de gewijzigde wet alle weefselinstellingen, donortestlaboratoria en orgaanbanken) zijn bekend bij de IGZ en een aanzienlijk aantal is eind 2007 geïnspecteerd.
- Zicht krijgen op bijwerkingen van weefsels en organen. De organisatie Transfusiereacties in Patiënten (TRIP) krijgt taak om de bijwerkingen (niet de ernstige) te registreren, instellingen houden de plicht om ernstige bijwerkingen/incidenten te melden bij (het loket van) de inspectie.
- Bloed: alle bloedafnamepunten zijn bekend bij de inspectie en de vaste locaties zijn geïnspecteerd.
- In kaart brengen van de kwaliteit van de geneesmiddelenbereidingen in ziekenhuisapotheken. Hiervoor worden 30 ziekenhuisapotheken geïnspecteerd.
- Om de kwaliteit van de fabrikanten van medische hulpmiddelen in beeld te brengen worden 50 klasse I fabrikanten geïnspecteerd en worden meldingen op een systematische wijze geëvalueerd.
- Inzicht verwerven in het beheer van opiaten bij openbare apotheken.
- Reguliere inspecties bij producenten van geneesmiddelen en opiummiddelen en de daarbij behorende distributiekkanalen.
- Voortzetting en indien nodig intensivering van de contacten met de douane om illegale middelen bij binnenkomst tegen te houden.

- Ontwikkeling van handhavingsplan voor de geneesmiddelen‘grootbereiders’. Optreden volgens dit plan na inwerkingtreding van de nieuwe geneesmiddelenwet.
- Deelnemen aan internationale programma’s om ‘counterfeit medicines’ op te sporen en terug te dringen.
- Toezicht op Codecommissie Geneesmiddelenreclame (CGR) en de instanties aan welke deze commissie activiteiten heeft uitbesteed.

5 Internationale activiteiten

5.1 Algemeen

KERN

Vanwege een toename van grensoverschrijdend verkeer in een globaliserende wereld onderhoudt de inspectie contacten met buitenlandse toezichthouders en speelt in op ontwikkelingen in internationaal verband.

5.1.1 Ontwikkelingen in maatschappij, overheid en veld

In een globaliserende wereld heeft de gezondheidszorg steeds meer te maken met effecten van die globalisering. Hulpverleners uit andere landen vestigen zich in Nederland. Patiënten zoeken hulp in het buitenland. Nederlandse verzekeraars sluiten ten behoeve van hun Nederlandse verzekerden contracten met buitenlandse zorgproviders. Wetgeving krijgt steeds meer te maken met richtlijnen die in EU-verband zijn vastgesteld. Het toezicht in de gezondheidszorg moet inspelen op die ontwikkelingen. Enerzijds moet toezicht de internationale ontwikkelingen volgen en anderzijds moet het toezicht betrokken zijn bij de totstandkoming van wetgeving in internationaal verband om de handhaafbaarheid te kunnen bewaken en te kunnen vormgeven.

5.1.2 Knelpunten en risico's

De inspectie ervaart problemen bij zich in Nederland vestigende beroepsbeoefenaren uit het buitenland die in het land van herkomst disfunctioneerden. Onduidelijk is op welke wijze de toezichthouder in het land van herkomst heeft gehandeld en tot welke maatregelen dat leidde. Het risico is dat de veiligheidsproblemen rond die buitenlandse hulpverlener van het land van herkomst verplaatst worden naar Nederland.

De aanpak van patiëntveiligheid kent een belangrijke internationale dimensie. Zowel de Europese Commissie, de Raad van Europa, de OECD als de WHO hebben uitgangspunten bepaald die in de verschillende landen opgepakt moeten worden. Nederland moet daarbij aansluiten.

Het grensoverschrijdende verkeer van patiënten roept vragen op over de vigerende wetgeving rond kwaliteit en toegankelijkheid, wanneer bij terugkomst in Nederland er problemen blijken te zijn over de behandeling in het buitenland.

5.1.3 Te bereiken doelen

Actief participeren in een netwerk van toezichthouders in Europa. Toezichthouders kennen elkaars verantwoordelijkheden en bevoegdheden en oriënteren zich op elkaars werkwijzen. Zij streven naar een gezamenlijke oplossing van problematiek waar zij gezamenlijk mee van doen hebben. Over professionals met bevoegdheidsbeperkingen vindt een actieve gegevensuitwisseling plaats met toezicht- en registratieautoriteiten in andere landen. Om dat mogelijk te maken worden daarvoor in internationaal verband afspraken gemaakt.

De inspectie is op de hoogte van ontwikkelingen op Europees en wereldniveau die van invloed zijn op het toezicht.

5.1.4 Prioritering en keuzen

- Het contact met andere toezichthouders waarbij kennisnemen van elkaars organisaties en werkwijzen de belangrijkste doelstellingen zijn.
- Samenwerking met andere toezichthouders, bijvoorbeeld bij over de grens trekkende disfunctionerende beroepsbeoefenaren.
- Toenemende hulpverlening over de landsgrenzen heen, waarbij onduidelijk is welke regelgeving van toepassing is.
- De toenemende rol van de EU op het gebied van de gezondheidszorg:
 - De effecten van het EU-beleid op het toezicht.
 - De agendasetting van de EU op het gebied van patiëntveiligheid.
- De (internationale) farmaceutische regelgeving.

5.1.5 Activiteiten

- Deelname aan het overleg van VWS met de internationale coördinatoren van de beleidsdirecties.
- Onderhouden van contacten met andere, buitenlandse toezichthouders en ministeries van Volksgezondheid.
- Optreden als inhoudsdeskundige internationaal, zowel intern als extern.

5.2 Nederlandse Antillen

KERN

Op grond van een convenant voor technische bijstand tussen de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Inspectie Volksgezondheid van de Nederlandse Antillen, gesloten op 11 juli 2006, verleent de Nederlandse inspectie technische bijstand aan de Antilliaanse inspectie.

5.2.1 Ontwikkelingen in maatschappij en veld

De komende staatkundige veranderingen in de verhouding tot Nederland werpen hun schaduw vooruit: de afzonderlijke eilanden van de Nederlandse Antillen zoeken apart toenadering tot Nederland. Zo zoeken zij ook contact met de Nederlandse Inspectie voor de Gezondheidszorg.

De inspectie geeft de voorkeur aan het geven van ondersteuning aan de afzonderlijke eilanden via de Antilliaanse Inspectie Volksgezondheid.

Op de Nederlandse Antillen is uitdrukkelijk gekozen voor het aanleggen van de Nederlandse/West-Europese standaard binnen de gezondheidszorg.

5.2.2 Knelpunten en risico's

Het St. Elisabeth hospitaal in Willemstad fungeert als referentieziekenhuis voor alle eilanden. Voor sommige onderdelen (bijvoorbeeld radiotherapie) ook voor het land Aruba.

De professionele structuur van het ziekenhuis loopt, vergeleken bij Nederland, zeker 30 jaar achter. Er is nog nauwelijks maatschap-/vakgroepvorming. Een medische staf is pas onlangs weer opgericht. Allerlei kwaliteitsborgende structuren ontbreken.

De financiële situatie van het ziekenhuis en van de gezondheidszorg in het algemeen is slecht. De infrastructuur van het ziekenhuis is slecht. Investerings zijn slechts beperkt mogelijk. Er wordt al lang gepraat over de bouw van een nieuw ziekenhuis zonder dat veel voortgang wordt geboekt.

5.2.3 Te bereiken doel

Ondersteuning van de inspectie op de Antillen vindt slechts plaats op verzoek van de Inspectie Volksgezondheid.

5.2.4 Prioritering en keuzen

De prioritering geschiedt allereerst door de Antilliaanse Inspectie Volksgezondheid. De Inspectie voor de Gezondheidszorg is daarbij adviserend en grotendeels volgend. Eerste prioriteit is toch vooral het waarborgen van de patiëntveiligheid in het ziekenhuis in Willemstad.

5.2.5 Activiteiten

- Hernieuwd onderzoek van het St. Elisabeth hospitaal. Het laatste onderzoek, waaraan de IGZ meewerkte, vond in 2005 plaats.
- GMP-inspectie van de bloedbank op Curaçao.
- Ondersteuning bij een vervolgonderzoek naar de ambulancevoorzieningen op de verschillende eilanden.
- Onderzoek naar de psychiatrische voorzieningen (Capriles kliniek).

5.3 Aruba

KERN

Op grond van een convenant voor technische bijstand tussen de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Inspectie Volksgezondheid in Aruba wordt de inspectiefunctie in Aruba uitgeoefend voor zover het gaat om onderzoek van instellingen en beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg.

5.3.1 Ontwikkelingen in maatschappij, overheid en veld

In Aruba is uitdrukkelijk gekozen voor het aanleggen van Nederlandse/Westeuropese normen en niet voor Zuid-Amerikaanse/Caraïbische, als het gaat om de beoordeling van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Bij de toepassing van deze normen wordt wel rekening gehouden met de specifieke omstandigheden in Aruba.

De scheiding van beleid en toezicht binnen het Arubaanse departement van volksgezondheid is nog niet voltooid. Er is wel een hoofdinspecteur voor de inspectie volksgezondheid aangewezen, maar deze heeft nog niet de bevoegdheden die noodzakelijk zijn voor de uitoefening van zijn functie. Gewacht wordt op de wetswijziging die daarvoor noodzakelijk is.

5.3.2 Knelpunten en risico's

De samenwerking tussen beroepsbeoefenaren die hetzelfde medisch specialisme uitoefenen, is minimaal. De vakgroepvorming staat nog in de kinderschoenen. Daarnaast

ontbreekt veelal de registratie van complicaties, en is de toegankelijkheid van gegevens voor onderzoek of voor beleid slecht. Het ontbreken van inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg brengt risico's voor de patiënten met zich mee. De directie van het ziekenhuis in Oranjestad en de directie van de (enige) ziektekostenverzekeraar werken samen om daar verbetering in te brengen. De inspectie volksgezondheid van Aruba/Inspectie voor de Gezondheidszorg is begonnen met het doen van audits van de diverse medisch specialismen, met als doel de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de patiëntveiligheid te verhogen. Door, met toestemming van de betrokken beroepsbeoefenaren, de uitkomsten van de audit en vooral de aanbevelingen ook ter kennis te brengen van de verzekeraar kunnen kwaliteitsverhogende maatregelen worden afgedwongen.

De bevolking van Aruba maar ook de bezoekende toeristen waar Aruba grotendeels van afhankelijk is, zijn niet alleen gebaat bij goede medische voorzieningen, maar ook bij een goed functionerend systeem van hulp bij ongevallen en rampen, onder andere rondom het vliegveld Reina Beatrix van Aruba.

5.3.3 Te bereiken doelen

- Het doen van een audit van alle medisch specialisten werkzaam in het Horacio Oduber Hospitaal in Aruba.
- Het in samenwerking met de Algemene Ziektekosten Verzekering van Aruba (AZV) stimuleren en desnoods afdwingen van de noodzakelijke kwaliteitsverbetering.
- Het tot stand brengen van vakgroepen van medisch specialisten die de eigen kwaliteitsbewaking ter hand nemen.

5.3.4 Prioritering en keuzen

- Het doen van vervolgonderzoek naar de opvolging van de aanbevelingen van de verschillende onderzoeken.
- Onderhouden van de samenwerking met de Algemene Ziektekosten Verzekering in Aruba.

5.3.5 Activiteiten

- Vervolgonderzoek naar de opvolging van de aanbevelingen van de audits van de medische specialismen.
- Vervolgonderzoek als vervolg op de GMP-inspectie van de bloedbank Aruba.
- Vervolgonderzoek rampenvoorziening vliegveld Aruba.
- Vervolgonderzoek SEH van het HOH-hospitaal.

BIJLAGE 1 Overzicht van verander(en)de wet- en regelgeving

- Wet toelating zorginstellingen (WTZi); deze wet is op 1 januari 2006 in werking getreden en regelt de wijze waarop zorginstellingen als zodanig toegelaten worden. Duidelijk is al wel dat het College Bouw – dat de sector adviseert over de gebouwelijke kwaliteit van zorginstellingen en daar toezicht op houdt – als zelfstandig bestuursorgaan in 2010 ophoudt te bestaan. De deskundigheid op dit specifieke terrein blijft echter hard nodig. De inspectie, verantwoordelijk voor het toezicht op de kwaliteit van de zorg, is in overleg met VWS over de invulling van het toezicht op de uitvoering van deze wet. Het departement overweegt de deskundigheid van het College Bouw onder te brengen in een kenniscentrum en dat te verbinden met de inspectie.
- Wet marktordening gezondheidszorg (WMO); deze wet regelt de oprichting van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), diens taken, bevoegdheden en instrumenten. De NZa is in de zorg toezichthouder op de verhouding prijs-kwaliteit, de inspectie richt zich op de kwaliteit van zorg. Afspraak is dat de NZa zich op het terrein van kwaliteit van de zorg verlaat op het oordeel van de IGZ.
- Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO); kern van deze wet is dat de gemeente verantwoordelijk wordt voor de maatschappelijke ondersteuning. De inspectie is toezichthouder op de taken die via de WMO naar de gemeente gaan, te beginnen met de huishoudelijke zorg. Beoogde datum van inwerking-treding is 1 januari 2007.
- Geneesmiddelenwet (GW); deze nieuwe wet is primair een productwet. Deze wet regelt niet meer zoals in de voorgaande Wet op de geneesmiddelenvoorziening (WOG) hoe de apotheker zijn beroep moet uitoefenen. Nieuw is de mogelijkheid van de minister om een bestuurlijke boete op te leggen. Door middel van een wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) krijgen verpleegkundigen die behoren tot een door de minister aan te wijzen categorie de bevoegdheid om geneesmiddelen die uitsluitend op recept verkrijgbaar zijn voor te schrijven als aan bepaalde eisen is voldaan.
- Wet burgerservicenummer in de zorg (Wet BSN); deze wet voorziet in verantwoorde toepassing van het burgerservicenummer (BSN) in de zorg. Het BSN is een basisbouwsteen voor het Elektronisch Patiëntendossier (EPD). De onderdelen Elektronisch Medicatiedossier (EMD) en het Waarneemdossier Huisartsen (WDH) worden thans geïmplementeerd. Het gebruik van het BSN valt onder de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG waarop de inspectie toezicht houdt. Beoogde inwerkingtreding van deze wet is 1 januari 2007.
- Wet op het Elektronisch Patiëntendossier (WEPD); deze wet die in voorbereiding is, regelt het eenduidig gebruik van (de uitwisseling van) elektronische patiënteninformatie.
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz); op 20 maart 2005 hebben de ministers Hoogervorst en Donner een wetsvoorstel ingediend voor wijziging van de Wet Bopz. Het gaat hierbij om aanpassing van de voorwaardelijke machtiging en een verruiming van de mogelijkheden om bij een gedwongen opname over te gaan tot dwangbehandeling. Voor toepassing van de Wet Bopz in de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatric is een nieuwe regeling in voorbereiding. De 3e evaluatie van de Wet Bopz zal in 2007 tot een evaluatierapport leiden.
- Wet Medisch Wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO); deze wet is per 1 maart 2006 herzien om de EU-richtlijn 2001/20/EG te implementeren. De belangrijkste wijzigingen hebben betrekking op onderzoek met geneesmiddelen. Deze wet regelt met name ethische- en veiligheidsaspecten van klinisch onderzoek met mensen.

In vroegere fase van voorbereiding is de Wet bestuurlijke handhaving IGZ. Deze wet breidt het hand-havingsinstrumentarium van de minister (namens deze de IGZ) uit met de bestuurlijke boete en last onder dwangsom in een aantal bijzondere wetten (Wet BIG, Kwaliteitswet, Bopz etc.). De inspectie ziet deze wet als een noodzakelijke en welkome aanvulling van haar handhavingsmogelijkheden. Dit geldt ook voor het voornemen van de minister om de bevoegdheid van de inspectie om medische dossiers in te zien wettelijk te regelen.

BIJLAGE 2 **Rapporten**

<i>Programma</i>	<i>Onderzoek</i>
Programma 1: Gezondheidsbevordering	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport preventie IGZ - GGT Gemeente - Psychosociale problemen bij kinderen - Gezondheidsbevordering (GZB) - Follow-up Taskforce Gezondheidsbevordering (GZB)
Programma 2: Gezondheidsbescherming	<ul style="list-style-type: none"> - Toezicht naleving WBO - Rapportage aansluiting landelijke draaiboeken influenzapandemie op de regionale draaiboeken - Kwaliteit medisch microbiologische centra - Thematisch toezicht Biosafety - Medische hulpverlening grootschalige evenementen - Kwaliteit rampenopvangplannen ziekenhuizen - Thematisch toezicht hulpverlening probleemdrinkers - Tolkgebruik in de zorg - Toetsing kwaliteit van de ambulancezorg en kwaliteit meldkamers naar aanleiding van de nieuwe Wet ambulancezorg - WTZI en traumazorg
Programma 3: Eerstelijnsgezondheids-zorg	<ul style="list-style-type: none"> - Internetconsulten en therapieën in de GGZ: het voorschrijven en de uitgifte van geneesmiddelen - Ketenonderzoek trombosediensten - Verantwoord gebruik infuuspompen in de thuissituatie - Telefonische bereikbaarheid huisartsen
Programma 4: Specialistische somatische en psychiatrische zorg	<ul style="list-style-type: none"> - Het resultaat telt 2006 - TOP 1 (Toezicht operatief proces) - MIC (Minimaal invasieve chirurgie) - Radiotherapie - Nucleaire geneeskunde (project samenwerkende rijksinspecties)
Programma 5: Gehandicaptenzorg	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport tweede fase GGT (juli 2007) - Thematisch toezicht Medicatieveiligheid (december 2007) - Thematisch toezicht Preventie seksueel misbruik tussen cliënten (september 2007) - Follow-up onderzoek Complexe gedragsstoornissen (december 2007) - Circulaire badincidenten (augustus 2007)
Programma 6: Ouderenzorg	<ul style="list-style-type: none"> - Medicatieveiligheid in verzorgingshuizen - Onderzoek kleinschalige woonvoorzieningen - Onderzoek psychiatrische problemen bij ouderen - Resultaten toetsing verantwoorde zorg in V&V- instellingen
Programma 7: Zorg thuis	<ul style="list-style-type: none"> - Verantwoord gebruik van infuuspompen in de thuissituatie (april 2007)
Programma 8: Productveiligheid	<ul style="list-style-type: none"> -

BIJLAGE 3 Objecten

<i>Programma</i>	<i>Objecten</i>	<i>Aantal objecten</i>
1 Gezondheidsbevordering	Gemeenten	458
	GGD'en	35
	Consultatiebureaus 0-4 jarigen	61
	Entadministraties ^[1]	10
2 Gezondheidsbescherming	Ambulancediensten	103
	RAV'en	24
	GHOR inclusief psychosociale nazorg	25
	Medisch microbiologische laboratoria	67
	Heroïneposten	6
	Zelfstandige CAD's	17
	Voorzieningen voor asielzoekers en vreemdelingen	96
	Regionale netwerken verslavingszorg	18
	3 Eerstelijnsgezondheidszorg (inclusief de toepassing van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen en infectiepreventie)	(Apotheekhoudende) huisartsen
Huisartsenposten		131
Apotheken/ apothekers		1570/ 2842
Gezondheidscentra		306
Vrijgevestigde psychologen,		6500
Psychiaters,		650
Psychotherapeuten		1100
Fysiotherapeuten		15000
Logopedisten		4000
Oefentherapeuten Caesar en Mensendieck		1850
Verloskundigen		1500
Tandartsen		8000
Orthodontisten		250
Mondhygiënisten		2000
Alternatieve behandelaars en andere hulpverleners		10000
Zelfstandige RIAGG's		7
Trombosediensten		73
Arbo- en verzekeringsartsen		9000
Ergotherapeuten		2800
Huidtherapeuten		210
Orthoptisten		350
Diëtisten		350
Podotherapeuten	400	

[1] In 2007 wordt dit 1 object.

<i>Programma</i>	<i>Objecten</i>	<i>Aantal objecten</i>
4 Specialistische somatische en psychiatrische zorg (inclusief de toepassing van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, infectiepreventie en vrijheidsbeneming/vrijheidsbeperking en klinisch geneesmiddelenonderzoek)	Algemene ziekenhuizen	86
	Academische ziekenhuizen	8
	Algemeen psychiatrische ziekenhuizen	40
	Categorale ziekenhuizen:	
	– Revalidatiecentra	20
	– Oogziekenhuizen	1
	– Epilepsiecentra	5
	– Astmacentra	3
	– Audiologische centra	11
	– Reuma centra	2
	IKC's	10
	Geïntegreerde GGZ-instellingen	32
	Abortusklinieken	17
	Particuliere klinieken (Privé-klinieken voor somatische en/of psychiatrische zorg en ZBC's)	110
	Radiotherapeutische centra	4
	Dialysecentra	3
	Klinieken voor verslavingszorg	14
	TBS-klinieken	11
	PBC (Pieter Baan Centrum)	1
	Penitentiaire inrichtingen en strafrechterlijke opvang verslaafden	33
Justitiële jeugdinrichtingen	18	
Forensisch psychiatrische dienst (FPD): centra voor veelplegers forensische psychiatrische instituten	10	
Klinieken voor kinder- en jeugd- psychiatrie	11	
Particuliere instituten voor arbeidsrehabilitatie en psychotherapie	20	
5 Gehandicaptenzorg (AWBZ zorg) (inclusief de toepassing van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, infectiepreventie en vrijheidsbeneming/vrijheidsbeperking)	Stichtingen voor gehandicapten (exclusief individuele locaties)	272
	Regionaal instituut beschermd wonen (RIBW) (samen met programma 4)	8
	Instellingen voor lichamelijk gehandicapten	20
	Instellingen voor zintuigelijk gehandicapten	12
	Orthopedagogische centra	8

<i>Programma</i>	<i>Objecten</i>	<i>Aantal objecten</i>
6 Ouderenzorg (AWBZ zorg) (inclusief de toepassing van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, infectiepreventie en vrijheidsbeneming/vrijheidsbeperking)	Verpleeghuizen (somatische zorg, psychogeriatrische zorg en gecombineerd).	350
	Verzorgingshuizen (inclusief Bopz-units)	1467
	Particuliere ouderenzorg	80
	Afdelingen chronische ouderenpsychiatrie (ism met programma 4)	zie programma 4
7 Zorg thuis (inclusief kraamzorg, inclusief de toepassing van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen en infectiepreventie)	Thuiszorginstellingen	319
	Jeugdgezondheidszorg en consultatiebureaus (ism programma 1)	zie programma 1
	Instellingen voor kraamzorg (afstemming met programma 3 met betrekking tot verloskundige zorg)	140
	Zelfstandige hospices en hospice-units	28
8 Productveiligheid (veilige producten, geneesmiddelen, bloed, bloedproducten, organen, weefsels, medische hulpmiddelen en opiumwetmiddelen)	Grondstoffenproducenten	Nog onbekend, nieuwe regelgeving
	Geneesmiddelenproducenten, uitsluitend industrieel	300
	Groothandelaren, geneesmiddelenopslag	180
	Ziekenhuisapotheken klinisch proefmateriaal	38
	Ziekenhuisapotheken grootschalige productie	80
	(Regionale) apotheeklaboratoria	36
	Fabrikanten veterinaire geneesmiddelen	43
	Importeurs, internationale bedrijven	75
	Bloedbanken	4
	Bloedafnamelocaties	250
	Alle banken (organen, weefsels, cellen)	300
	Fabrikanten klasse I medische hulpmiddelen	550
	Fabrikanten naar maat gemaakte medische hulpmiddelen	1100
	Notified bodies	2
	Verlofhouders voor opiumwet	255
	Drogisten	4076
	Zelfstandige sterilisatiebedrijven	60
	Douane (import geneesmiddelen)	7
	Geneesmiddelenproducenten derde landen	50
	Bedrijven pharmacovigilantie	100
	Apotheken distributie en detail	1600
	CRO's, klinisch onderzoek sites, sponsors	1500
	Bedrijven reclametoezicht	50
	Reclametoezicht, toezicht CGR (geneesmiddelenreclame)	1
	Verklaringen, certificaten	5500

BIJLAGE 4 **Formatie 2007**

Formatie verdeeld over primair proces en overhead (afgeronde getallen)

<i>Functies</i>	<i>Primair</i>	<i>Overhead</i>	
Inspecteurs	112		
Toezichtmedewerkers ('hulpinspecteurs')	51		
Programmamedewerkers (fase 1 informatieverzameling)	52		
Bureau verklaringen	5		
Kenniscentrum, IGZ-loket en overige inhoudelijke staf			38 ^[1]
Leiding en staf		42	
Bedrijfsvoering		68	
Subtotalen	220	110	38
Totaal structurele formatie			368

Verdeling inspecteurs, toezichtmedewerkers en programmamedewerkers over programma's en inspectiebrede taken

<i>Programma</i>	<i>Inspecteurs</i>	<i>Toezicht- medewerkers</i>	<i>Programma- medewerkers</i>	<i>Totaal</i>
1	5,0	2,5	2,5	10,0
2	5,2	2,6	2,6	10,4
3	9,4	4,7	4,7	18,8
4	28,5	14,25	14,25	57,0
5	6,8	3,4	3,4	13,6
6	15,1	7,55	7,55	30,2
7	7,3	3,65	3,65	14,6
8	24,9	12,45	12,45	49,8
				204,4
Coördinerend inspecteurs	10,0			10,0
Totaal programma's	112,2	51,1	51,1	214,4

[1] De formatie van het Kenniscentrum is voor het overgrote deel werkzaam als onderdeel van het primair

proces, doch kan bij andere definities als ondersteunende staf worden aangemerkt.

BIJLAGE 5 Bestedingsplan

Voorlopig bestedingsplan 2007 op basis van de ontwerpbegroting 2007		<i>euro</i>
Actief personeel	Reguliere medewerkers	21.835.000
	Medewerkers op projecten	260.000
	Kosten fpu+-regeling ^[1]	307.000
	Totaal	22.402.000
Overige personeelsuitgaven	Woonwerkverkeer	480.000
	Uitzendkrachten	500.000
	Opleidingen	385.000
	Overige uitgaven ^[2]	950.000
	Totaal	2.315.000
Uitgaven voor post-actieven	Kosten fpu+-regeling ^[1]	412.000
	Reguliere uitgaven	380.000
	Totaal	792.000
Materiële uitgaven	Bureaunkosten	930.000
	Exploitatiekosten kantoren	450.000
	Reiskosten	1.200.000
	Onderhoud dienstauto's	160.000
	Automatisering	800.000
	Ondersteuning door FD	450.000
	Voorlichting en communicatie	450.000
	Overige uitgaven ^[3]	741.000
	Totaal	5.181.000
Onderzoeken	IGZ-onderzoeken	648.000
	Project SGZ	370.000
	RIVM-onderzoeken	2.828.000
	Totaal	3.846.000
Huisvesting	Huren	1.457.000
	Herinrichting kantoren	1.000.000
	Totaal	2.457.000
	Totaal	36.993.000

[1] De kosten van de fpu+-regeling worden conform afspraak verdeeld over twee begrotingsposten.

[2] Dit betreft zaken als toelagen, inhuur externe deskundigen, etc.

[3] Dit betreft zaken als inhuur juridische bijstand, uitbesteding werkzaamheden, etc.

BIJLAGE 6 **Lijst van afkortingen**

AMvB	Algemene maatregel van bestuur
ANW-zorg	Avond/nacht/weekend-zorg
AWBZ	Algemene wet bijzondere ziektekosten
BIG (Wet)	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
BJZ	Bureau Jeugdzorg
Bopz (Wet)	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
BSN (Wet)	Wet burgerservicenummer in de zorg
CAHPS	Consumer assessment of health plan survey
CBP	College Bescherming Persoonsgegevens
CIBG	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg
CGR	Stichting Code Geneesmiddelenreclame
CPA	Centrale post ambulancevervoer
CQ-index	Consumer quality index
CTG/Zaio	College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o.
CTZ	College toezicht zorgverzekeringen
CVA	Cerebrovasculair accident
DBC	Diagnose-behandelcombinaties
EMD	Elektronisch medicatiedossier
EPD	Elektronisch patiëntendossier
EU	Europese Unie
EC	Europese Commissie
GGD	Gemeentelijke gezondheidsdienst
GGT	Gelaagd en gefaseerd toezicht
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
GW	Geneesmiddelenwet
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
ITJ	Integraal Toezicht Jeugd
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
JJI	Justitiële jeugdinrichting
KEW	Kernenergiewet
MH	Medische hulpmiddelen
MIB	Management information base
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek gezondheidszorg
NMa	Nederlandse mededingingsautoriteit
NvZ	Nederlandse vereniging van ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OECD	Organisatie voor economische samenwerking en ontwikkeling
OGZ	Openbare gezondheidszorg
Orde	Orde van medisch specialisten
PGB	Persoonsgebonden budget
SEGV	Sociaal-economische gezondheidsverschillen
SEH/HAP	Spoedeisende hulp/Huisartsenpost
SGZ	Staat van de Gezondheidszorg
TBS	Terbeschikkingstelling
TRIP	Trade Regulation on Intellectual Property
VIM	Veilig incident melden
VMS	Veiligheidsmanagementsysteem

VTV	Volksgezondheid Toekomstverkenningen
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WCPV	Wet collectieve preventie volksgezondheid
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WHO	Wereldgezondheidsorganisatie
WMG	Wet marktordening gezondheidszorg
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
WOG	Wet op de geneesmiddelenvoorziening
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
WVG	Wet voorzieningen gehandicapten
WVKL	Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal
ZBC	Zelfstandig behandelcentrum

Uitgave
Inspectie voor de Gezondheidszorg

Internet
www.igz.nl

Bestellingen
E-mail bestel@igz.nl

Den Haag, oktober 2006

Grafisch ontwerp
Faydherbe/De Vringer,
Den Haag
Opmaak
Heleen van Haaren,
Den Haag
Druk
Albani Drukkers bv,
Den Haag