

Initiatiefwetsvoorstel invloed van zorgverleners: een goed idee of niet?

Mr. dr. A.G.H. Klaassen*

1. Inleiding

Sinds de coronacrisis is het voor iedereen weer duidelijk hoe belangrijk verpleegkundigen en verzorgenden zijn. De vraag is alleen of er voldoende wordt geluisterd naar hen. Volgens 38% van de verpleegkundige adviesraden (VAR) betreft het ziekenhuisbestuur verpleegkundigen onvoldoende bij het crisismanagement in de coronacrisis.¹ Van de IC-verpleegkundigen in ziekenhuizen is 70% niet betrokken bij de plannen voor de opvang van COVID-19-patiënten in hun ziekenhuis.²

Voor Tweede Kamerleden Ellemeet (GroenLinks) en Veldman (VVD) (hierna: indieners), vormde dit de aanleiding om een initiatiefwetsvoorstel in te dienen bij de Tweede Kamer.³ Het doel is de kwaliteit van zorg te verbeteren door zorgverleners (meer) invloed te geven op het zorginhoudelijk beleid en het primaire proces van zorgverlening.⁴ De vraag is of dit initiatiefwetsvoorstel een goed idee is.

De opzet is als volgt. Paragraaf 2 behandelt de hoofdlijnen van het initiatiefwetsvoorstel. In paragraaf 3 en 4 wordt ingegaan op de vraag of het een goed idee is of niet. In paragraaf 5 volgt de conclusie.

2. Voorstel van wet

Het initiatiefwetsvoorstel wil aan artikel 3 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) een nieuw lid 2⁵ toevoegen, waarin komt te staan:

* Ageeth Klaassen is universitair hoofddocent ondernemings- en gezondheidsrecht aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

1 De VAR in crisistijd: lessen voor de toekomst | V&VN (venvn.nl) en www.zorgvisie.nl/ziekenhuisbestuurzet-verpleegkundige-buitenspel-in-crisismanagement/.

2 www.venvn.nl/nieuws/peiling-voorbereiding-op-schaling-ic-s-verloopt-stroef-verpleegkundigen-nog-te-weinig-betrokken/. Zie ook *Kamerstukken II 2020/21*, 35660, nr. 3, p. 2.

3 Voorstel van wet van de leden Ellemeet en Veldman houdende wijziging van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg in verband met de invloed van zorgverleners, zie *Kamerstukken II 2020/21*, 35660, nr. 2. Op 30 oktober 2020 is het initiatiefvoorstel ter internetconsultatie voorgelegd. Daarop kwamen 54 reacties. Door het vertrek van het lid Veldman uit de Tweede Kamer is de verdediging van het initiatiefwetsvoorstel overgenomen door het lid Aukje de Vries, *Kamerstukken II 2020/21*, 35660, nr. 4.

4 *Kamerstukken II 2020/21*, 35660, nr. 3, p. 2.

5 In art. 31 Wkkgz (nieuw) staat dat het voorgestelde lid 2 (van art. 3 Wkkgz) binnen vijf jaar wordt geëvalueerd.

Mr. dr. A.G.H. Klaassen

‘De zorgaanbieder, indien hij een instelling is, stelt de zorgverleners die zorg verlenen aan zijn cliënten, in de gelegenheid invloed uit te oefenen op zijn beleid ter uitvoering van het eerste lid, voor zover dat beleid direct van belang is voor hun bijdrage aan het verlenen van goede zorg.’

Uit de memorie van toelichting (MvT) bij het huidige artikel 3 Wkkgz, dat na invoering lid 1 zal worden, blijkt dat het bij ‘goede zorg’ vooral gaat om onderlinge afstemming in de organisatie.⁶ Nergens blijkt uit deze MvT het belang van de invloed van zorgverleners op de zorgverlening en op het zorginhoudelijke beleid. De indieners zijn van opvatting dat aan de basis van ‘goede zorg’ een goed functionerende verpleging en verzorging ligt en de inspraak van de zorgverlener op het zorginhoudelijke beleid en de uitvoering daarvan daarbij essentieel is.⁷ Daarmee zullen de meesten het eens zijn.

De keuze voor een nieuw lid bij artikel 3 Wkkgz ligt voor de hand, waarbij het nieuwe lid 2 kan worden gezien als een invulling (of een aanvulling) van deze (algemene) norm tot goede zorg. De vraag is alleen of aanpassing van artikel 3 Wkkgz nodig is of dat er alternatieven zijn om (meer) invloed te geven aan zorgverleners. Ik kom hierop nog terug. Eerst bespreek ik het initiatiefwetsvoorstel, hoe ziet dit eruit?

2.1. Open norm

De indieners kiezen bewust voor een open norm – alleen een verplichting tot het geven van invloed aan zorgverleners – en niet voor een verdere invulling daarvan, hoe de invloed van zorgverleners binnen een zorgorganisatie moet worden vormgegeven. Ten eerste gaat het de indieners erom, zoals gezegd, dat zorgverleners invloed moeten hebben (i) op het primaire proces van zorgverlening en (ii) op het zorginhoudelijk beleid van de organisaties. Het gaat erom dat de invloed van de zorgprofessional verplicht wordt voor alle lagen van de organisatie. Niet alleen op het beleid van de raad van bestuur, maar ook op besluiten die worden genomen op de werkvloer. Ten tweede is, vanwege de grote verscheidenheid aan zorgorganisaties, het verplichten van een bepaalde structuur in de ogen van de indieners niet passend. Ten derde moet er een cultuuromslag komen. Een wettelijke grondslag voor betrokkenheid van zorgverleners dwingt, waar dat nodig is, zorginstellingen deze cultuuromslag te maken naar een meer ‘professional governance structuur’, aldus de MvT.⁸

De vraag is of deze open norm voldoende effectief is, zonder nadere randvoorwaarden te stellen.⁹ Het initiatiefwetsvoorstel biedt met deze open norm wel de nodige ruimte voor maatwerk. Dit heeft mijns inziens als voordeel dat zorgorganisaties die al vormen van invloed(en) kennen, die niet hoeven te wijzigen.

6 Kamerstukken II 2009/10, 32402, nr. 3, p. 105. Zie ook p. 42.

7 Kamerstukken II 2020/21, 35660, nr. 3, p. 1 en p. 2.

8 Kamerstukken II 2020/21, 35660, nr. 3, p. 5.

9 De open norm uit het initiatiefvoorstel lijkt voor dit moment als meer passend gezien te worden. Zie de reacties van Nederlandse Vereniging van Anesthesiemedewerkers (NVAM), van V&VN, van VGN en van NU’91.

2.2. Toepassingsbereik

Alle zorgaanbieders die onder de reikwijdte van de Wkkgz vallen, worden verplicht de beschreven invloed te bieden.¹⁰ Het gaat om zorgaanbieders die een instelling zijn, aldus artikel 3 lid 2 Wkkgz (nieuw). Solisten zijn uitgezonderd, zij bepalen zelf al op welke wijze ze zorg verlenen en zijn verantwoordelijk voor hun eigen beleid, zo volgt uit de MvT.¹¹ De verplichting geldt ook voor kleinere zorginstellingen. Aangezien informele invloed van de zorgverleners op het zorginhoudelijke beleid volstaat,¹² zou in de praktijk al van invloed van zorgverleners sprake moeten zijn. Bij grotere zorginstellingen is er (waarschijnlijk) meer afstand tussen de beleidsverantwoordelijken en de zorgverleners. Voor het vormgeven van invloed van zorgverleners moet dan meer moeite worden gedaan.

De gelegenheid tot het uitoefenen van invloed moet worden geboden aan alle bij de zorgaanbieder werkzame zorgverleners in de zin van artikel 1 Wkkgz. In dienstverband, als uitzendkracht of op een andere grondslag werkzaam zijn bij de zorgaanbieder, het gaat om deelname aan het primaire proces van zorgverlening in hun hoedanigheid van zorgverlener.¹³ Hoewel in de MvT vaak naar verpleegkundigen en verzorgenden wordt verwezen, ziet het initiatiefwetsvoorstel op alle zorgprofessionals. Dit lijkt mij ook wenselijk, alle zorgverleners dragen bij aan goede zorg, ieder vanuit een eigen professionele expertise.

2.3. Onderwerpen en faciliteiten

Waarop dient de invloed van zorgverleners te zien? Het uitgangspunt is dat binnen zorginstellingen niets over de vakinhoud en beroepsontwikkeling van de zorgverlener wordt besloten zonder deze daarbij te betrekken.¹⁴ In de MvT worden verschillende voorbeelden genoemd. Met betrekking tot de dagelijkse praktijk kan het gaan om de vraag in welke volgorde de zorgverleners de ronde maken in het ziekenhuis of in de wijk of het afstemmen van de zorgvraag en het zorgaanbod in verband met de werkdruk. Met betrekking tot het zorginhoudelijke beleid kan het gaan om beleidskeuzes zoals de (totale) capaciteit van een zorginstelling of de transities die de komende jaren gaan plaatsvinden binnen de zorgsector.¹⁵

Volgens de commissie Werken in de Zorg dienen zorgprofessionals niet ongericht mee te praten over allerlei mogelijke onderwerpen, maar dient hun bijdrage gericht te zijn op die onderwerpen die direct de zorgverlening en hun vak raken.¹⁶ Dit laatste is volgens mij erg belangrijk om te voldoen aan het doel van het initiatiefwetsvoorstel. Genomen besluiten door beleidsverantwoordelijken of direct leidinggevenden met betrekking tot de zorgverlening dienen aan te sluiten bij de dagelijkse praktijk. Er moet gezamenlijk, dus met de zorgverleners, naar oplossingen voor geconstateerde knelpunten worden gezocht.

Voor overleg moet, binnen de werktijd van de zorgverlener, gelegenheid worden geboden. Daarnaast moet er budget komen voor scholing en ontwikkeling. Mogelijke financiële

10 Kamerstukken II 2020/21, 35660, nr. 3, p. 18.

11 Kamerstukken II 2020/21, 35660, nr. 3, p. 8.

12 Kamerstukken II 2020/21, 35660, nr. 3, p. 8.

13 Kamerstukken II 2020/21, 35660, nr. 3, p. 18.

14 Kamerstukken II 2020/21, 35660, nr. 3, p. 1.

15 Kamerstukken II 2020/21, 35660, nr. 3, p. 5-6.

16 Commissie Werken in de Zorg 2020, p. 17.

gevolgen liggen bij de zorginstelling.¹⁷ Hoeveel dit uiteindelijk gaat kosten, zal verschillen per zorginstelling en is in sterke mate afhankelijk van de grootte van de zorginstelling, zo erkennen de indieners.¹⁸ Overigens kan in mijn optiek het geven van invloed aan zorgverleners ook leiden tot kostenvermindering, wanneer als gevolg daarvan onnodige regels verdwijnen of het zorgproces efficiënter wordt georganiseerd.

2.4. *Praktijk*

Hoe kan in de praktijk vorm worden gegeven aan de invloed van zorgverleners op het primaire zorgproces? Zorgorganisaties kunnen ervoor kiezen om regelmatig (wekelijks of maandelijks) overleggen te organiseren waarbij de zorgverlening wordt geëvalueerd en de zorgverleners in staat worden gesteld om hun eigen ideeën naar voren te brengen, zo staat in de MvT.¹⁹ De raad van bestuur dient dergelijke werkoverleggen te stimuleren. Bij de invloed van zorgverleners op het zorginhoudelijk beleid kan worden gekozen voor een adviesraad of bestuursraad als gesprekspartner van de raad van bestuur, of de zorgverlener in een meer bestuurlijke rol, als chieft nursing officer (CNO) of als lid van de raad van bestuur.²⁰

Bij grotere instellingen ligt een vorm van vertegenwoordiging van zorgverleners voor de hand. Dit kan een verpleegkundig of verzorgende/professionele adviesraad (V(V)AR/PAR) zijn. Een V(V)AR/PAR kan bestaan uit vijf tot vijftien leden die allen twee tot vier uur per week worden vrijgespeeld voor hun werkzaamheden als lid van de V(V)AR/PAR, zo staat in de MvT.²¹ In de praktijk wordt ook de term ZAR gehanteerd, dat staat voor Zorg Advies Raad.²²

Een andere mogelijkheid is om een V(V)AR/PAR door te ontwikkelen naar een bestuursraad. Dit is dan een gezamenlijk adviesorgaan waarin de aanwezige zorgprofessionals, zoals medici, verpleegkundigen, verzorgenden en eventueel andere professionals gelijkwaardig participeren in de koers van de zorgorganisatie.²³ Naast Buurman is ook de commissie Werken in de Zorg gecharmeerd van dit idee van een bestuursraad. Volgens deze laatste commissie doet een bestuursraad ‘recht aan de integraliteit van de besproken vraagstukken en de onderlinge wisselwerking en afhankelijkheid tussen de beroepsgroepen bij het waarmaken van “goede zorg”’.²⁴

17 *Kamerstukken II 2020/21*, 35660, nr. 3, p. 15.

18 De VAR moet een budget tussen de € 5.000 en € 10.000 krijgen. De personeelskosten van een VAR komen ongeveer overeen met 1 fte (5 tot 15 leden die allen twee tot vier uur per week bezig zijn met hun werkzaamheden). Per CNO kan een instelling rekenen op kosten die ongeveer gelijkstaan aan 1 fte.

19 *Kamerstukken II 2020/21*, 35660, nr. 3, p. 6. Zie voor praktische obstakels, *Kamerstukken II 2020/21*, 35660, nr. 6, p. 8 e.v.

20 *Kamerstukken II 2020/21*, 35660, nr. 3, p. 7.

21 Onder een adviesraad kan dan nog een verpleegkundig platform worden georganiseerd. Dit vervult dezelfde functie als de VAR, alleen adviseren zij over zorginhoudelijk beleid op het niveau van de afdeling/divisie, zie *Kamerstukken II 2020/21*, 35660, nr. 3, p. 7.

22 Zie ook de reactie van de Nederlandse Vereniging van Anesthesiemedewerkers (NVAM).

23 B. Buurman, *Niets over ons, zonder ons: Investeringsagenda zeggenschap en positionering verpleegkundigen & verzorgenden*, september 2020, p. 8.

24 Commissie Werken in de Zorg 2020, p. 16.

Voor een meer bestuurlijke rol van zorgverleners bestaat de mogelijkheid om in de directie van elke zorginstelling een verpleegkundige (of verpleegkundigen) als CNO²⁵ aan te stellen.²⁶ Door dat deze verpleegkundige participeert in het management van de organisatie, heeft de verpleegkundige mandaat en budget om organisatiebreed veranderingen te initiëren.

Een zorgorganisatie kan er ook voor kiezen om een zorgverlener op te nemen in de raad van bestuur. Voor bepaalde organisaties, met een homogene beroepsgroep, kan dit een goede manier zijn om invloed van zorgverleners te borgen, aldus de MvT.²⁷ De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) beveelt aan verpleegkundigen deel te laten uitmaken van de raden van bestuur van zorgorganisaties.²⁸

De keuze voor één of een combinatie van deze mogelijkheden is mijns inziens afhankelijk van hoe groot en hoe divers een zorgorganisatie is.

3. Goed idee...

De centrale vraag is: Is het initiatiefwetsvoorstel een goed idee? Door COVID-19 is duidelijk geworden hoe belangrijk verpleegkundigen en verzorgenden en andere zorgprofessionals zijn en welke bijdragen zij kunnen leveren aan goede zorg.²⁹ Niet bij alle zorgorganisaties is de invloed van zorgverleners momenteel vanzelfsprekend, terwijl dat wel zou moeten zijn. De titel van het rapport van de RVS is niet voor niets 'Applaus is niet genoeg' en het advies van Buurman heeft als titel 'Niets over ons, zonder ons'. Gezien het feit dat verpleegkundigen en verzorgenden zo'n 70% van de totale populatie zorgprofessionals uitmaken is specifieke aandacht voor deze groepen wenselijk.³⁰

De hoge uitstroom en de verwachting van het grote tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden³¹ betekent dat dit onderwerp op de agenda van elke zorgorganisatie moet staan.³² Door het eigenaarschap van het vak voor zorgverleners te versterken, blijft meer personeel behouden voor de (zorg)sector, aldus de MvT,³³ en het draagt bij aan het verkleinen van personeelstekorten.³⁴ Invloed is essentieel met het oog op de toekomst.

25 Dit kan een verpleegkundig directeur, verpleegkundig decaan of verpleegkundig stafbureau zijn, zie *Kamerstukken II 2020/21*, 35660, nr. 3, p. 7 en Buurman 2020, p. 8.

26 Zie voor de verschillende taken *Kamerstukken II 2020/21*, 35660, nr. 3, p. 7.

27 *Kamerstukken II 2020/21*, 35660, nr. 3, p. 7.

28 RVS, *Applaus is niet genoeg. Anders waarderen en erkennen van zorgverleners*, Den Haag: 2020, p. 35. Zie ook het standpunt van Marian Kaljouw, Skipr Redactie, HRM Topvrouw zorgautoriteit: 'Zet verpleegkundige in raad van bestuur', 7 januari 2019 en SER-advies, 'Aan de slag voor de zorg. Een actieagenda voor de zorgarbeidsmarkt', mei 2021, p. 32.

29 Zie bijvoorbeeld RN2Blend, *De Verpleegkundige van Morgen, Een leergeschiedenis over verpleegkundig werk en de gedifferentieerde inzet van verpleegkundigen in Rijnstate*, 2021.

30 Commissie Werken in de Zorg 2020, p. 12.

31 In 2025 wordt een tekort van 100.000 verpleegkundigen en verzorgenden verwacht. Deze beroepsgroep omvat nu 385.000 professionals, zie Buurman 2020, p. 1 en 3.

32 Zie Buurman 2020, p. 3-4 en p. 6. Zie ook commissie Werken in de Zorg, *Behoud en betrokkenheid van zorgprofessionals*, oktober 2020 en SER, *Zorgen voor de toekomst*, juni 2020. Zie ook WRR, *Het betere werk. De nieuwe maatschappelijke opdracht*, Den Haag 2020.

33 *Kamerstukken II 2020/21*, 35660, nr. 3, p. 11.

34 Commissie Werken in de Zorg 2020, p. 11.

Zorgverleners kunnen een sleutelrol vervullen als het gaat om een kwaliteitsverbetering van de zorg.³⁵ Daarom is het mijns inziens belangrijk dat de ideeën van zorgverleners serieus worden genomen en er naar hen wordt geluisterd. Inspraak is een onderdeel van modern werkgeverschap. Een professionele governancestructuur binnen zorgorganisaties is dan passend. De invloed van medisch specialisten is meestal al goed geborgd.³⁶ Waarom geldt dat niet voor alle zorgverleners?

Weliswaar moeten zorginstellingen rekening houden met complexere overlegstructuren en overleg kost tijd en geld, maar overleg kan ook worden gezien als een waardevolle investering in kwaliteit van zorg. Wanneer overleg leidt tot verlaging van de administratieve lasten en minder werkdruk, blijft er meer tijd over voor de patiënt en kan betere zorg worden geleverd, zo staat in de MvT.³⁷ Wanneer deze investering niet wordt gedaan, kan dat ook geld en tijd kosten vanwege het nemen van verkeerde besluiten door leidinggevendenden of het bestuur. Het niet regelen van invloed van zorgverleners is volgens mij geen optie en het zou geen recht doen aan hun betrokkenheid en professionele verantwoordelijkheid. Kortom, inspraak van zorgverleners is een goed idee, maar de vraag is wel: Moet deze verplichting in de Wkkgz worden vastgelegd?

4. ... of niet?

Is wetgeving echt nodig of zijn er alternatieven?³⁸ Uit de internetconsultatie blijkt dat er voorstanders en tegenstanders zijn van wettelijke vastlegging van deze verplichting.³⁹

Wet? Een wettelijke verankering kan een impuls geven om de bestaande ontwikkelingen in de zorgsector voort te zetten en deze ontwikkeling vooral te versnellen.⁴⁰ Meer zorginstellingen kunnen door een wettelijke verplichting over de streep worden getrokken om met de invloed van zorgverleners aan de gang te gaan.⁴¹

De vraag is alleen, is dit het goede moment? Dat is pas het geval als er geen andere opties meer zijn.⁴² Het is vooral bedoeld als stimulans volgens de indieners,⁴³ maar dat kan ook op andere wijze.

35 Buurman 2020, p. 3.

36 Zie *Kamerstukken II 2020/21*, 35660, nr. 3, p. 4.

37 *Kamerstukken II 2020/21*, 35660, nr. 3, p. 13.

38 Zie hierover ook het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State, *Kamerstukken II 2020/21*, 35660, nr. 5, p. 5 en p. 10.

39 De Nederlandse GGZ is bijvoorbeeld geen voorstander van het initiatiefvoorstel.

40 *Kamerstukken II 2020/21*, 35660 nr. 3, p. 10.

41 De invoering van de Wmcz heeft een cultuuromslag gestimuleerd, zie J. de Savornin Lohman e.a., *Evaluatie Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen*, Den Haag 2000, p. 62.

42 Overigens wordt minder vrijblijvendheid door sommige organisaties niet uitgesloten. Zie reactie V&VN en NU'91. De VVAR Treant Zorggroep en de Patiëntenfederatie Nederland pleiten voor specifieke regels of kaders.

43 *Kamerstukken II 2020/21*, 35660, nr. 6, p. 1.

Alternatief? Leent een dergelijke verplichting tot het verschaffen van invloed van zorgverleners zich niet meer voor vastlegging in (meer) cao's⁴⁴ of kwaliteitskaders⁴⁵? In de praktijk gebeurt dit al. Er kan dan ook meer rekening worden gehouden met verschillen tussen de zorgbranches en organisaties. De gestelde eisen dienen wel concreet geformuleerd te zijn, bijvoorbeeld de verplichting tot oprichting van een VAR dan wel een PAR.

Ook in de Governancecode Zorg staat dat raad van bestuur inspraak moet organiseren en een adequate invloed van belanghebbenden moet waarborgen.⁴⁶ De vraag is alleen of deze code voldoende concreet is als het gaat om de invloed van zorgprofessionals.⁴⁷ Uit het onderzoek naar de bijdrage van deze code aan goed bestuur en toezicht blijkt dat de rol van de VAR (of VVAR of PAR) achterblijft in vergelijking tot andere medezeggenschapsvormen.⁴⁸ Mijn aanbeveling is deze verplichting meer te expliciteren in de Governancecode Zorg.⁴⁹

Het aanpassen van de Governancecode Zorg en vooral het concreet vastleggen van vormen van invloed van zorgverleners in cao's en in kwaliteitskaders zou mijns inziens voldoende moeten zijn om te bevorderen dat de huidige ontwikkelingen ter verbetering van de invloed van zorgverleners zich blijven doorzetten.

Belangrijk voor deze opties is dat er voldoende draagvlak aanwezig is in het zorgveld voor het verbeteren van invloed van zorgverleners. Dit draagvlak⁵⁰ blijkt uit de verschillende rapporten⁵¹ en de meerderheid van de reacties tijdens de internetconsultatie.⁵²

Nadeel blijft hoe dan ook dat het vastleggen van een dergelijke verplichting tot invloed van zorgverleners leidt tot (enige) administratieve lasten, waar deze dan ook mag zijn vastgelegd.⁵³ Overigens zullen de administratieve lasten beter in de hand kunnen worden gehouden bij vormen van zelfregulering dan bij handhaving van de Wkkgz door de IGJ.⁵⁴

Zolang zorgorganisaties de handschoen oppakken, is wetgeving in mijn ogen niet nodig. Wanneer zorginstellingen de 'aanmoediging' in een cao of een kwaliteitskader of in de Governancecode Zorg niet oppakken en dit niet leidt tot een merkbare verandering, kan alsnog een wettelijke verankering van professionele (mede)zeggenschap van zorgverleners

44 Zie bijvoorbeeld art. 10.5 Cao VVT 2019-2021 (Adviesraad van Zorgmedewerkers).

45 Zie bijvoorbeeld par. 5 Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

46 Principe 2.4, bepaling 2.4.1 en Principe 3, met name de introductie bij 3.1 Governancecode Zorg.

47 In noot 7 bij Principe 3 GCZ wordt verwezen naar een Verpleegkundige Advies Raad.

48 *Governance support, Bouwen op een stevig fundament*, Utrecht 2020, p. 39.

49 De indieners vinden de Governancecode Zorg op dit punt te ruim geformuleerd, zie *Kamerstukken II 2020/21*, 35660, nr. 6, p. 2. Buurman 2020, p. 8, vindt de Governancecode Zorg te vrijblijvend op dit punt. Uit een aantal reacties blijkt dat de Governancecode Zorg al als voldoende wordt gezien. Zie de reacties van VGN en van de Nederlandse GGZ.

50 Volgens de Afdeling advisering van de Raad van State wordt dit breed onderschreven in het zorgveld, zie *Kamerstukken II 2020/21*, 35660, nr. 5, p. 1.

51 Bijv. RVS 2020, p. 35 en N. van Gestel, *Over zeggenschap gesproken...* (Verkenning in opdracht van de minister van Medische Zorg en Sport, in vervolg op het CNO-rapport 'Niets over ons, zonder ons'), december 2020, p. 5.

52 De eerstelijnsorganisaties willen een uitzondering. Zie reactie van KNMT, LHV, KNMP, KNOV en ANT.

53 Vgl. Ph.S. Kahn & K.D. Meersma, 'De juridisering van goed bestuur. De onstuitbare regelzucht over good governance in de zorg', *TvGR 2021*, p. 40, noot 54.

54 De indieners zijn optimistisch over de administratieve lasten en de rol van de IGJ, zie *Kamerstukken II 2020/21*, 35660, nr. 3, p. 15.

Mr. dr. A.G.H. Klaassen

worden overwogen, waarin de (minimum)voorwaarden dan ook nader kunnen worden omschreven. Buurman noemt daarvoor een termijn van drie jaar.⁵⁵ Dit lijkt mij een reële termijn. De urgentie om de inspraak van zorgverleners nu (beter) te regelen is duidelijk. Mijn voorkeur heeft om eerst de praktische problemen op te lossen die ten grondslag liggen aan het niet of beperkt geven van invloed van zorgverleners.⁵⁶ Volgens mij is er vooral behoefte aan goede (werkbare) voorbeelden van invloed van zorgverleners. Zorgorganisaties moeten vooral op ideeën worden gebracht hoe zij dit op de juiste wijze kunnen implementeren in hun overlegstructuren/organisatie.⁵⁷

5. Conclusie

Belangrijk is dat er oog komt voor de positie van zorgverleners, want zonder zorgverleners is er geen zorg. Het vastleggen van de invloed van zorgverleners kan een belangrijke rol spelen bij het oplossen van de tekorten op de arbeidsmarkt. Naast dat een nieuwe – al dan niet wettelijke – verplichting weer meer administratieve lasten oplevert, kan deze verplichting ook een verlaging van deze lasten opleveren, door op structurele wijze te luisteren naar goede ideeën van zorgverleners. Zorgverleners moeten hun stem kunnen laten horen en zorgorganisaties, met name de leidinggevenden en bestuurders, moeten naar hun ideeën luisteren. Voordat tot wettelijke vastlegging wordt overgegaan, zijn er nog andere opties. Kortom, het toekennen van invloed aan zorgverleners is een goed idee. Deze verplichting hoeft alleen nu (nog) niet in een wet te worden vastgelegd.

55 Zie ook Buurman 2020, p. 9.

56 Zie hierover Van Gestel, 2020 en *Kamerstukken II 2020/21*, 35660, nr. 6, p. 8 e.v.

57 Zie hierover *Kamerstukken II 2020/21*, 29282, nr. 443, p. 11.