

# Zorgbouw (z)onder toezicht?

Prof.mr. J.H. Hubben en  
Prof.mr. J. Sijmons

# **Zorgbouw (z)onder toezicht?**

**Prof.mr. J.H. Hubben en prof.mr. J.G. Sijmons**

Advies aan College bouw zorginstellingen inzake de normering en toezicht op kwaliteit in de  
zorgbouw

---

**Colofon**

Zorgbouw (z)onder toezicht?

Prof. mr. J.H. Hubben en prof.mr. J.G. Sijmons

© College bouw zorginstellingen, 2009

Vormgeving en druk: Twin Media bv, Culemborg

ISBN/EAN: 978-90-8517-108-9

Prijs € 10,--

**College bouw zorginstellingen**

Postbus 3056

3502 GB Utrecht

---

## **Zorgbouw (z)onder toezicht?**

**Advies aan College bouw zorginstellingen inzake de normering en toezicht op kwaliteit in de zorgbouw**

Prof.mr. J.H. Hubben (Nysingh/Rijksuniversiteit Groningen)

Prof.mr. J.G. Sijmons (Nysingh/Universiteit Utrecht)

December 2009

---



# Voorwoord

De vraag naar het waarborgen van de kwaliteit van zorgbouw is in de parlementaire geschiedenis van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) onvoldoende aan bod gekomen. De gebouwkwaliteit – of anders gezegd: de kwaliteit die de WTZi tracht te borgen – ziet op zaken als veiligheid en geschiktheid van een gebouw voor de daarin te verlenen vormen van zorg. De vraag is gerechtvaardigd met welk instrument deze kwaliteit wordt geborgd na afbouw van het bouwregime. Belangrijk is daarbij welke kwaliteit en veiligheid de overheid wil waarborgen.

Op verzoek van het bestuur van het College bouw zorginstellingen hebben wij getracht de hiermee samenhangende vragen in onderling verband te beantwoorden.

Wij stellen het op prijs dat dit advies op 15 december 2009 tijdens een minisymposium wordt aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De op stapel staande Wet cliëntenrechten zorg (WCZ) biedt naar onze mening immers een geschikte mogelijkheid om te voorzien in de lacune die dreigt te ontstaan in de noodzakelijke waarborging van de kwaliteit van zorgbouw.



December 2009

Prof.mr. J.H. Hubben

Prof.mr. J.G. Sijmons



# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	5
<b>Managementsamenvatting</b>	9
1 Inleiding	11
2 Ontwikkeling kwaliteitsregulering in het kader van de WTZi	13
3 Het ontwikkelen van prestatie-eisen door het College bouw	17
4 De afschaffing van het bouwregime in de periode 2007-2009	21
5 De beperkte mogelijkheid van het verbinden van voorwaarden aan de toelating ex art. 14 lid 1 WTZi	23
6 Vervanging toetsing ex ante door toetsing ex post op basis van de Kwaliteitswet zorginstellingen	25
7 De ontwikkeling van veldnormen voor zorgbouw in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen	27
8 Bevindingen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Raad voor de Veiligheid	31
9 Het gebruik van certificering voor handhaven van de bouwkwaliteit	35
10 Primaire en secundaire normhandhaving	37
11 Het handhavinginstrumentarium van de Kwaliteitswet zorginstellingen en het gebruik van art. 6 Kwaliteitswet zorginstellingen	41
12 Overgang naar de Wet cliëntenrechten zorg	43
13 Betekenis Bouwbesluit voor de bouwnormen in de zorg	45
14 Het voorstel van het sanctioneren van de privaatrechtelijke kwaliteitsnormen door een publiekrechtelijke beroepsorganisatie (transformatie Orde Medisch Specialisten op voorstel RVZ)	49
15 Adviesrol TNO (Centrum Zorg en Bouw)	51
16 De 'zachte' kant van bouwkwaliteit	53
17 Nieuw voorstel tot normering: Besluit zorgbouwnormen	59
18 Slotbeschouwing	61
<b>Noten</b>	65
<b>Bijlagen</b>	71
<b>M. van Huut en M. Ballieux, Proces van ontwerp tot uitvoeringsfase bouw</b>	73
<b>Bibliografie</b>	79





# Managementsamenvatting

Tot 1 januari 2009 toetste het College bouw zorginstellingen ('het College bouw') aanvragen voor een bouwvergunning in de zorg volgens de Wet toelating zorginstellingen ('WTZi') aan prestatie-eisen. Daarvan maakten deel uit eisen ten aanzien van de kwaliteit van de bouw. Met de afschaffing van het regime van bouwvergunningen onder de WTZi per 1 januari 2009 verviel de ex ante toetsing van overheidswege op bouwinvesteringen in de zorg.

Dit feit geeft aanleiding voor de vraag of de bouwkwaliteit in het gewijzigde stelsel van zorgregulering voldoende is geborgd. Deze vraag beantwoorden wij negatief. De kwaliteitsborging is ondergebracht bij de normhandhaving via de Kwaliteitswet zorginstellingen. De evaluatie van deze wet en nader onderzoek laten zien dat de normontwikkeling onder deze wet zeer traag verloopt. Van certificering en private handhaving van de kwaliteit kan niet worden verwacht dat zij een relevante sturende werking op de bouwkwaliteit uitoefenen en overheidsnormering kunnen vervangen.

De handhaving van de kwaliteitsnormen onder de Kwaliteitswet zorginstellingen is beperkt, juist om de reden dat de normstelling onvoldoende tot ontwikkeling is gekomen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ('IGZ') moet toezien op de bouwkwaliteit zonder te beschikken over een set heldere en geldende normen en zonder voldoende geëquipeerd te zijn om deze normen met het veld te ontwikkelen.

De toetsing ten aanzien van de normen voor de bouw is verdeeld geraakt over twee instanties: de ex ante toets van de gemeente aan zeer algemene normen (hoewel per functie, o.a. de zorgfunctie aangepast) en de IGZ ex post toets op zeer vage normen. Een samenhangend beleid ontbreekt.

De vervallen prestatie-eisen van het College bouw bieden een systematisch geheel van kwaliteitsnormen. Wij adviseren deze een nieuwe status te verlenen door de kwaliteitsnormen op te nemen in een vast te stellen algemene maatregel van bestuur op basis van artikel 6 Kwaliteitswet zorginstellingen: een Besluit zorgbouwnormen. Deze algemene maatregel van bestuur kan worden gebracht onder de Wet cliëntenrechten zorg, indien deze wet de Kwaliteitswet zorginstellingen vervangt.

Daartoe is een boedelscheiding nodig in de prestatie-eisen zoals het College bouw die nalaat. Aspecten in de normstelling die betrekking hebben op de functies van de aanbodsturing en



financiering van de bouwinvesteringen hebben geen functie meer. Er reteren normen over veiligheid, kwalitatieve functionaliteit, privacy en omgevingskwaliteit ('healing environment').

Door deze overzichtelijke operatie wordt veel tijd en moeite bespaard en wordt voorkomen dat een negatieve ontwikkeling van de bouwkwaliteit na mogelijk onomkeerbaar kwaliteitsverlies achteraf alsnog moet worden bijgebogen.



# 1 Inleiding

Begin 2009 markeerde een wijziging van het Uitvoeringsbesluit WTZi<sup>1</sup> het einde van een tijdperk. Het bouwregime in de zorg, dat in de jaren '50 van de vorige eeuw een aanvang had genomen en successievelijk werd uitgewerkt tot een wettelijk vergunningensysteem in de Wet ziekenhuisvoorzieningen (1971), is daarmee ten grave gedragen. Het College bouw zorginstellingen, dat decennia functioneerde onder de naam College voor ziekenhuisvoorzieningen, werd van bijna al zijn taken ontheven en zal met ingang van 2010 worden opgeheven. Nu was het bouwregime in de zorg natuurlijk niet voor niets ingevoerd. Toezicht op de infrastructuur van de zorg uit hoofde van beschikbaarheid, toegankelijkheid, bereikbaarheid, doelmatigheid en kwaliteit moest door dit bouwregime worden gewaarborgd. In het kader van de stelselwijziging in 2006 werd inmenging van de overheid in de ondernemingsbeslissingen die het bouwen en onderhouden, respectievelijk het gebruiken van zorginfrastructuur betreffen, niet meer passend geacht. Dat wil niet zeggen dat er geen publiek belang meer bestaat bij het waarborgen van de continuïteit, bereikbaarheid en toegankelijkheid van zorg in termen van beschikbaarheid van goede zorginfrastructuur. De doelen van de overheid in het kader van het volksgezondheidsbeleid (zie artikel 22 Grondwet) zijn nog in veel opzichten dezelfde. Alleen de juridische middelen zijn inmiddels andere geworden.

In de navolgende beschouwing willen wij nagaan of de omslag van het stelsel van aanbodregulering naar vrije marktwerking en private regulering en handhaving van de bouwkwaliteit als voltooid kan worden aangemerkt, of dat de verdere ontwikkeling van de kwaliteitsnormen voor de zorgbouw en de handhaving van deze normen nog verdere uitwerking behoeven. In dit verband kan verwezen worden naar de brief van de bewindslieden van VWS aan de Tweede Kamer betreffende *"Ruimte en Rekenschap voor zorg en ondersteuning"*<sup>2</sup>, waarin zij constateren dat de gezondheidszorg zich over de afgelopen jaren meer en meer heeft ontwikkeld tot een sector waar de overheid de randvoorwaarden schept en de aanbieders van zorg en ondersteuning<sup>3</sup> verantwoordelijk zijn voor het verlenen van deze zorg binnen die randvoorwaarden.

Uit hoofde van de publieke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg, achten de bewindslieden het van belang om een volgende stap in de stelselwijziging te zetten door een aantal wetten te vervangen door een nieuwe Wet cliëntenrechten zorg. Hierin zullen met name bepalingen worden opgenomen over kwaliteit van zorg in het algemeen en de verantwoordelijkheid voor specifieke ondernemersbeslissingen in de zorg, te vatten onder de term "goed bestuur", in het bijzonder. Gezocht wordt naar een nieuw evenwicht van verantwoordelijkheden rond beslissingen die de continuïteit van de zorg raken, waarbij het gaat om "cruciale zorg", maar tevens om de lange termijn beschikbaarheid van zorgfuncties



voor de markt. Het spreekt voor zich dat een kwalitatief goede zorginfrastructuur voor het zorgaanbod daarbij een centrale rol speelt. De ingezette stelselwijziging is gericht op het bieden van meer ruimte om aanbieders in staat te stellen een viertal doelen te verwezenlijken: ten eerste de specifieke wensen van cliënten voorop te stellen, ten tweede zorg en ondersteuning aan te bieden in een vertrouwde omgeving (waarbij de infrastructuur een rol speelt), en, in de derde plaats, cliënten zoveel mogelijk de regie te laten voeren over het eigen leven en, ten slotte, de benodigde zorg en ondersteuning op elkaar af te stemmen. Met deze uitbreiding van de ruimte voor de zorgaanbieders zijn ook nieuwe verantwoordelijkheden in het geding, waarvoor de bewindslieden van VWS verschillende nieuwe maatregelen in het vooruitzicht stellen.

Aanleiding voor deze maatregelen is onder meer een aantal recente casus. Die casus betreffen met name de brand in de operatiekamer in het Twenteborg Ziekenhuis, het faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen en de doorstart die daardoor noodzakelijk was, de veel te duur uitgeval- len nieuwbouw van het Orbis Ziekenhuis en de buiten proportie gegroeide onroerend goed- portefeuille van de zorginstelling Philadelphia. Ten slotte was de overheid betrokken bij een doorstart van de thuiszorginstelling Meavita, waarbij zij delen van de infrastructuur middels private stichtingen heeft overgenomen ter waarborging van de continuïteit van de zorg. De bewindslieden trekken hieruit allereerst de conclusies dat de verantwoordelijkheidsverdeling tussen aanbieders van zorg en zorgverzekeraars, cliënten en de overheid onvoldoende duidelijk is. Ten tweede zou zichtbaar zijn geworden dat de verschillende partijen nog onvoldoende in hun rol zijn gegroeid, waarbij in het bijzonder wordt gewezen op de positie van bestuurders, die tijd nodig hebben om zich nieuwe vaardigheden eigen te maken die horen bij grotere verant- woordelijkheden op het gebied van strategische investeringen, waarvan de maatschappelijke inbedding nog niet altijd voldoende is. In de derde plaats zou blijken dat de strategische beslis- singen van de zorgaanbieders grote ongewenste maatschappelijke gevolgen kunnen hebben en het publieke belang direct in gevaar kunnen brengen.

Samengevat kunnen wij stellen dat in de ogen van het kabinet het nieuwe evenwicht in het zorgstelsel nog lang niet is bereikt. Deze analyse zullen wij niet in zijn geheel hier overdoen, maar voor wat betreft de zorginfrastructuur moet zeker de vraag gesteld worden of gelet op de onwennigheid van partijen in hun nieuwe rol in het stelsel er nog een afdoende vangnet voor het handhaven van de bouwkwaliteit in de gezondheidszorg aanwezig is. Wij zullen daartoe eerst de belangrijkste aspecten van de stelselwijziging voor wat betreft de gewijzigde regulering van de zorginfrastructuur in ogenschouw nemen en vervolgens ingaan op de ontwikkeling en handhaafbaarheid van de kwaliteitsnormen voor de zorgbouw.



## 2 Ontwikkeling kwaliteitsregulering in het kader van de WTZi

In artikel 22 van de Grondwet (Gw) is het recht op gezondheidszorg in het algemeen als sociaal grondrecht opgenomen. Artikel 22, eerste lid Gw luidt: “De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid”. Opgevat als een “instructienorm aan de overheid”<sup>4</sup> behoeft dit recht nadere invulling door bijzondere regelgeving. Gelezen als een zelfstandig recht van de burger met corresponderende plicht van de overheid om concrete maatregelen te nemen, kan dit grondrecht dienen ter bescherming tegen het verzaken van de overheid van zijn algemene verplichtingen.<sup>5</sup> In de Memorie van Toelichting op de grondwetswijziging van 1983 wordt dan ook door de regering in algemene termen gesteld, dat de sociale grondrechten plichten voor de overheid in het leven roepen om zodanige voorzieningen te treffen, dat de maatschappelijke werkelijkheid zoveel mogelijk in overeenstemming is met hetgeen de sociale grondrechten beogen aan de burger te verzekeren.<sup>6</sup> De verplichtingen die op de overheid rusten, werden door de regering bij die gelegenheid geconcreteriseerd, door er op te wijzen dat de sociale grondrechten beschermen tegen intrekken van bestaande wetgeving.<sup>7</sup>

Men kan hieruit afleiden dat het begrip “recht op gezondheidszorg” beoogt de burger een inmiddels bereikt beschermingsniveau te bieden, waaronder de overheid niet meer zou mogen terugvallen. Concreet betekent dit dat de waarborgen voor een stelsel van gezondheidszorg zoals neergelegd onder andere in de Volksgezondheidsnota 1966 en de Structuurnota 1974 een zeker beschermingsniveau markeerden van het recht op gezondheidszorg, namelijk door te bepalen dat dit recht omvat het recht op kwalitatief goede, geografisch bereikbare en financieel toegankelijke gezondheidszorg.<sup>8</sup> Daaruit vloeide direct voort de verantwoordelijkheid van de overheid voor de infrastructuur van de zorg.

Hierbij kan men onderscheiden naar de ‘wat-vraag’ en de ‘hoe-vraag’, bij de vraag op welke wijze de overheid deze taak invult.<sup>9</sup> In de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw koos de overheid ervoor dit te doen door ingrijpen in de markt, teneinde het ‘marktfalen’ in de zorg tegen te gaan. De kosten stegen sterk en de nieuwe Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten hadden een bodem gelegd voor sterke groei.<sup>10</sup> Het aantal ziekenhuisbedden, verpleeghuisbedden en plaatsen in psychiatrische inrichtingen ontwikkelde zich stormachtig<sup>11</sup> en de overheid voerde als tegenwicht de aanbodregulering door planning in, die orde zou brengen in de onbeheerste groei.<sup>12</sup> Tevens nam de overheid echter de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de gebouwde infrastructuur. De kwaliteit van de zorginfrastructuur richtte zich zowel op de ‘doelmatigheid van de voorziening’, zoals het in termen van de Wet ziekenhuisvoorzieningen heette (art.15 lid 2 WZV), als op de kwaliteit in samenhang van de verschillende voorzieningen. Geordende en op elkaar regionaal afgestemde voorzieningen zouden zich moeten



voegen in een groter plan. De 'doelmatigheid' van artikel 15 WZV zag zowel op bouwtechnische geschiktheid in termen van deugdelijkheid van de bouw en geschiktheid voor de uit te oefenen functie (de wet noemde in het bijzonder bij academische ziekenhuizen de geschiktheid voor onderzoek en onderwijs), als op doelmatigheid in termen van kostenefficiëntie. De voorzieningen moesten 'gepaste soberheid' bezitten en in ieder geval niet leiden tot hogere tarieven dan in het algemeen belang verantwoord. De rechtstreekse verantwoordelijkheid van de minister van VWS voor de bouwkwaliteit kwam aanvankelijk tot uitdrukking in het Besluit Bouwmaatstaven WZV, waarin de minister nadere invulling kon geven aan het doelmatigheidscriterium (artikel 15 lid 4 WZV, dat in deze vorm in 1999 verviel). Deze besluiten bevatten genormeerde vloeroppervlakten, bouwkostenkengetallen, maar ook zeer specifieke maatstaven door de functionele eisen te stellen aan bouwkundige voorzieningen, zoals aan een operatiekamer, een intensive care of een PAAZ-voorziening. De bouwmaatstaven waren enigszins vergelijkbaar met de eisen tot inrichting van een apotheek, waar de overheid zich eveneens bemoeit met de bouwkundige voorziening van de geneesmiddelen distributie.

De overheid was met de sturingsmogelijkheden van de WZV niet tevreden<sup>13</sup> en ontwierp op basis van de *Structuurnota Gezondheidszorg* de Wet voorzieningen gezondheidszorg (WVG), die de WZV moest vervangen.<sup>14</sup> De WVG was een logistieke wet gericht op aard, omvang, spreiding, samenhang, maar tevens op de kwaliteit van het aanbod van medische diensten.<sup>15</sup> De wet kende een afzonderlijk kwaliteitsbeleid (hoofdstuk III). Voordien werd de kwaliteit van de zorg in instellingen geregeld via de erkenningseisen voor instellingen en de beroepenwetgeving voor de individuele gezondheidszorg.<sup>16</sup> Kwaliteitsbepalingen waren opgenomen in de eisen voor de erkenning van instellingen in het kader van de ZFW en AWBZ. Omdat kwaliteit nauw samenhangt met andere onderwerpen die in de WVG werden geregeld, zoals soort, aantal van voorzieningen, hun grootte, spreiding en samenhang is gekozen om een centraal kwaliteitsbeleid in te voeren.<sup>17</sup> De wetgever sprak van het in elkaar spelen van kwalitatieve en kwantitatieve aspecten.<sup>18</sup> De financiering zou afhankelijk worden van de kwaliteitseisen, in plaats van andersom.<sup>19</sup> De kwaliteitseisen zouden o.a. betrekking hebben op de benodigde personele bezetting, materiële middelen en de zorg voor hygiëne, veiligheid alsmede ook de zorg voor het goed en doelmatig functioneren van de voorzieningen (artikel 6, eerste lid WVG).

Deze centrale kwaliteitsregulering van de WVG is vervangen door een stelsel dat uitgaat van zelfregulering bij de invoering van de Kwaliteitswet Zorginstellingen (Kw).<sup>20</sup> Die wet beoogt een wettelijk kader te scheppen voor eigen initiatieven van zorgaanbieders op het gebied van kwaliteit en te bewerken dat een systematisch en structureel kwaliteitsbeleid wordt gevoerd om de zorg op verantwoord niveau te houden. De instellingen moeten ondermeer zodanig materieel ter beschikking stellen – in zowel kwalitatief als kwantitatief opzicht – dat een en ander leidt of redelijkerwijze moet leiden tot verantwoorde zorg (art. 3 Kw). In de memorie van toelichting werd met nadruk erop gewezen, dat deze verplichting betrekking heeft op alle aspecten van de desbetreffende zorgverlening. Indien de zorgverlening gebonden is aan een bouwkundige voorziening, omvatten de kwaliteitseisen tevens dat het gebouw van een verantwoorde kwaliteit is. Ook de infrastructuur van een gebouw, waaronder begrepen de groepering van de ruimten, dient

op verantwoorde zorg te zijn afgestemd.<sup>21</sup> Hiermee werd enigszins de impliciete kwaliteitseis van de WZV voor de bouw manifest via een afzonderlijke kwaliteitswet, zij het niet op een zeer prominente wijze. Voor een invulling van het algemene begrip ‘verantwoorde zorg’ wordt de zorgaanbieder verwezen naar “een veelheid van kenbronnen”, waaronder worden verstaan wettelijke normen, afspraken van de koepels van instellingen en organisaties van verzekeraars en patiënten / consumenten, adviezen van de Gezondheidsraad, modelovereenkomsten, wetenschappelijke rapporten, consensusrichtlijnen die zijn opgesteld met ondersteuning van instituten voor intercollegiale toetsing en protocollen en standaarden die door de beroepsgroepen (wetenschappelijke verenigingen) zijn ontwikkeld.<sup>22</sup> Helaas ontbreekt een concrete verwijzing naar bouwnormen, maar de bouwnormen uit het Besluit Bouwmaatstaven WZV waren daar zeker onder begrepen. Gezegd kan daarom worden, dat de Kwaliteitswet uiteindelijk terugverwees naar de WZV.

Het rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (Commissie Dekker) *Bereidheid tot verandering* maakte de geesten rijp voor marktwerking in de zorg. De commissie pleitte overigens niet voor het volledig vrijgeven van het bouwregime. De zogenaamde verklaring van geen bezwaar (ex ante toets van de minister ingevolge art. 7 WZV) zou kunnen worden behouden voor dure intramurale voorzieningen. De wettelijke bouwgoedkeurings- en uitvoeringsprocedures (ex ante toets door College bouw ingevolge artikel 6 WZV) zouden kunnen komen te vervallen. De financiering van de infrastructuur werd in het voorstel daarom eveneens aan marktwerking onderworpen.<sup>23</sup> Daarmee zou echter ook de inhoudelijke basis voor genormeerde bouwkwiteit vervallen.

Dit scenario heeft zich deels nu ontvouwd, doordat de WTZi de WZV verving, de verklaring van geen bezwaar (die ‘fuseerde’ met de erkenning uit de wettelijke zorgfinanciering) als ‘toelating’ bleef bestaan en het bouwregime werd afgeschaft. De nota *Vraag aan Bod* van het Kabinet Kok II erkende dat dominante aanbodsturing had geleid tot geringe vraaggerichtheid van het zorgaanbod en beperkte ruimte voor ondernemerschap, flexibiliteit en innovatie. De overheid zou de prijzen stapsgewijs liberaliseren (bij voldoende aanbod en transparantie) en verruiming van het zorgaanbod realiseren door zorgaanbieders over hun investeringen zelf te laten beslissen.<sup>24</sup> De consument zou kwaliteit bij voldoende transparantie van de markt afdwingen door met de voeten te stemmen.<sup>25</sup>





### 3 Het ontwikkelen van prestatie-eisen door het College bouw

Sprak men onder de WZV van 'bouwmaatstaven', in de WTZi zijn deze omgevormd tot 'prestatie-eisen'. De functie bleef dezelfde. Het zijn normen om te beoordelen of bouw waarvoor een vergunning wordt gevraagd zowel vanuit zorginhoudelijk als bouwkundig oogpunt functioneel is<sup>26</sup>. Aansluiting is gezocht bij de systematiek in het kader van de (in 1992) herziene Woningwet en het bijbehorende Bouwbesluit (ex art. 2 Woningwet).<sup>27</sup> Bij die gelegenheid werd reeds in het kader van de deregulering overgestapt van inhoudelijk-technische voorschriften naar prestatie-eisen voor bouw.<sup>28</sup> Het Bouwbesluit bevat concrete prestatie-eisen voorzien van een doelstelling in de vorm van een functionele omschrijving. De functionele doelstelling dient ter motivering van de voorgeschreven eisen. Een gelijkwaardigheidsbepaling stelt de aanvrager van een bouwvergunning in de gelegenheid aan te tonen dat hij ondanks afwijking van de concrete eis toch functioneel eraan voldoet. Door aangewezen bepalingsmethoden kan worden vastgesteld of aan de functionele eisen wordt voldaan. Het systeem tracht zo veel mogelijk de ontwerpvrijheid en flexibiliteit toe te staan en te combineren met een systeem van technische voorschriften.<sup>29</sup> De prestatie-eisen van de WTZi zouden op dezelfde manier in plaats van inputgericht outputgericht worden opgesteld. De oude bouwmaatstaven stonden overigens wel model.<sup>30</sup> De facto zijn zij overgenomen. De bouwmaatstaven uit de oude Regeling bouwmaatstaven WZV (Stcrt. 2001, 21) werden omgedoopt tot prestatie-eisen in de zin van artikel 10 WTZi bij de Regeling prestatie-eisen WTZi van 30 januari 2006.<sup>31</sup> Daarbij zijn de bouwkostengetallen (bouwkostennormen, grondkostennormen en financiële toeslagen voor het treffen van bijzondere voorzieningen) en de regeling van de niet noodzakelijke bestanddelen, typische bouwmaatstaven onder de WZV, gehandhaafd en als prestatie-eisen aangemerkt. Een herstructurering was reeds onder de WZV naar analogie van het Bouwbesluit aangevangen. Een geheel nieuwe set van prestatie-eisen van output-normen heeft het College bouw niet meer kunnen opstellen. Wel zijn de bouwmaatstaven vanaf de inwerkingtreding van de WTZi in 2006 aangepast en geactualiseerd.

De bouwmaatstaven bestonden voor een belangrijk deel uit kwalitatieve eisen. Voor ziekenhuizen golden bijvoorbeeld zeer algemene eisen van bereikbaarheid (o.a. via openbaar vervoer), van toegankelijkheid (voor taxi's tot de hoofdingang en voor ambulances uiteraard de SEH), flexibiliteit, de ruimtelijke relaties tussen de verschillende functies (primaire nabijheidseisen, van bijv. SEH ten opzichte van de OK) en eisen aan de omgevingskwaliteit. Aan de algemene eisen worden voor de specifiekere functies bijzondere kwaliteitseisen toegevoegd. Om in ons voorbeeld te blijven: bij ziekenhuizen voor de functie verpleging en operatieruimten.<sup>32</sup>

De *Bouwmaatstaven voorzieningen voor verpleging* voegden daaraan ondermeer toe de genormeerde ruimtebehoefte per patiënt, de minimale eisen aan sanitaire voorzieningen (voor de



helpt rolstoeltoegankelijk en mogelijkheid voor tweezijdige assistentie), bedden van drie zijden benaderbaar en voorzieningen voor verpleging in onderdruk en gesluisde isolatie voor behandeling van besmettelijke zieken.<sup>33</sup>

De belangrijkste basiskwaliteitseisen met betrekking tot de ruimtelijke relaties voor de operatiekamers zijn, dat de operatieafdeling onafhankelijk van de verkeersstromen in de rest van het ziekenhuis is gesitueerd, via sluisen fysiek en luchttechnisch gescheiden van de rest van het ziekenhuis en dat het personeel binnen het operatiekamercomplex zich van het ene 'schone' gebied naar het andere kan begeven zonder 'niet-schone' gebieden te hoeven passeren. Voor de technische voorzieningen gelden weer andere kwaliteitseisen, zoals de eis dat de operatieafdeling is uitgerust met een mechanisch ventilatiesysteem en met een laminar-downflowsysteem (luchtzuivering en overdruk boven de operatietafel). Er mogen geen te openen ramen in de OK-ruimte aanwezig zijn. Vloer, wanden en plafond worden glad, naadloos, respectievelijk gesloten uitgevoerd. Hoeken en overgangen tussen vloeren en wanden hebben een vloeiend verloop om vuilophoping tegen te gaan. Er is bronafzuiging voor gassen bij het werken met een diathermisch "mes" of voor de rookontwikkeling die wordt veroorzaakt door laserbehandelingen.<sup>34</sup>

Op dezelfde wijze zijn eisen ontwikkeld voor de Spoedeisende Eerste Hulp, de Verloskamer, de dialyse, de laboratoria etc.. Voor andere sectoren golden weer andere op de specifieke cliënten en zorgfuncties afgestemde eisen (o.a. in de GGZ en gehandicaptenzorg bouwmaatstaven voor afzonderings- en separeervoorzieningen).



Verder heeft het College bouw eind 2002 afzonderlijke prestatie-eisen en richtlijnen geformuleerd ten aanzien van 'binnenklimaat en installatietechniek in de zorgsector'. Voor specifieke functies of voorzieningen voor bijzondere doelgroepen stelt het College bouw nadere eisen met betrekking tot de daarvoor benodigde technische uitwerking.<sup>35</sup>

Voor een deel hadden de bouwmaatstaven betrekking op de eisen die inmiddels ook vanwege andere wet- en bouwregelgeving, in het bijzonder door het Bouwbesluit 2003, aan gebouwen met een gezondheidsfunctie werden gesteld. Een aantal algemene technische eisen voor de gebouwen met een gezondheidszorgfunctie zijn opgenomen in het Bouwbesluit 2003.<sup>36</sup> Aldus ontstaat een zeer gevarieerd beeld van de kwaliteitsnormen van artikel 10 WTZi, die kunnen worden gepositioneerd naast de doelmatigheidsnormen van de WZV in termen van kosten-normen en tevens naast de negatief geformuleerde normen over niet-noodzakelijke bestanddelen. Deze kwaliteitsnormen spannen de complete structuur van de zorgbouw op.

Alle bouwmaatstaven/prestatie-eisen zijn inmiddels vervallen. In zijn vergadering van 6 oktober 2009 stelde het College bouw zorginstellingen zijn laatste circulaire vast.

*“Circulaire inzake consequenties beëindiging wettelijke taken Bouwcollege*

*Per 1 januari 2008 en 1 januari 2009 is het bouwregime voor de cure respectievelijk de care afgeschaft.*

*Vanaf voornoemde data geeft het Bouwcollege geen vergunningen meer af voor bouwinitiatieven in deze sectoren.*

*(...)*

*Het Bouwcollege zal per 1 januari 2010 van zijn wettelijke taken zijn ontheven, behoudens de afronding van een aantal lopende werkzaamheden.*

*(...)*

*Met het beëindigen van de wettelijke taken van het Bouwcollege zullen alle door het Bouwcollege vastgestelde circulaires komen te vervallen en verliezen de bouwmaatstaven, referentiekaders en kostennormen hun rechtskracht”.*

Doordat de wettelijke grondslag van artikel 10 WTZi en de bouwvergunningen ex artikel 11 WTZi vervallen, ontberen de prestatie-eisen ex artikel 10 WTZi een wettelijke status en verliezen daarmee hun rechtskracht. Zij hebben gedurende jaren een positief sturende invloed uitgeoefend. Is met de wettelijke taak de opgebouwde normering nog van belang voor de inhoudelijke invulling van het begrip ‘verantwoorde zorg’ en ‘kwaliteit van zorg’?



## 4 De afschaffing van het bouwregime in de periode 2007-2009

De vergunningplicht voor 'bouw' (mede omvattend het gebruik van gebouwde voorzieningen) in de zorg was afhankelijk gesteld van zorginitiatieven waarvoor krachtens het Uitvoeringsbesluit WTZi de Minister van VWS met toepassing van art. 7 WTZi een toelating verleent. Is het deel van de zorg niet aangewezen, dan is de toelating volgens artikel 9 WTZi (de "toelating zonder bouw") vereist. In het eerste geval is voor bouw een vergunning nodig van het College bouw (art. 11, eerste lid WTZi). Dit uitdrukkelijk voorwaardelijke karakter van de vergunningplicht op basis van de aanwijzing is zo ingericht met het oog op de omslag van de aanbodregulering met de bouw als aangrijpingspunt voor de verdere vormgeving van de zorginfrastructuur, naar een door de systeemverantwoordelijke overheid gereguleerde controle op de vraagsturing, waarin het proces van zorgverlening zelf de verdere vormgeving van de zorginfrastructuur bepaalt<sup>37</sup>. De systeemverantwoordelijkheid van de overheid betekent dat er een verschuiving plaatsvindt van regulering van het aanbod en controle op de input vooraf, naar normstelling vooraf en beoordeling op prestaties achteraf.<sup>38</sup> De overheid blijft een sturende rol houden, zolang niet het management van de zorginstellingen de volle verantwoordelijkheid – ook financieel – voor de bouwinvesteringen kan dragen.<sup>39</sup> De wetgever wilde die beslissing tot liberalisering sectorgewijs door de overheid laten nemen. De memorie van toelichting noemde als voorwaarden voor het afbouwen van het vergunningenstelsel ondermeer enkele technische criteria, zoals de beschikbaarheid van heldere prestatie-eisen voor de bouw en beschikbaarheid van een monitoringstelsel.<sup>40</sup>

Deze criteria zijn echter niet meer verder uitgewerkt. In feite is de verantwoordelijkheid voor de financiering beslissend geworden voor het opheffen van het bouwregime, in plaats dat eerst gezorgd is voor helderheid over de normering van de bouwkwaliteit en van het monitoren en bewaken ervan. Bij het vervallen van het bouwregime (de wijziging van het Uitvoeringsbesluit WTZi) is slechts verwezen naar de invoering van de integrale kostprijsberekening, waardoor investeringsbeslissingen geheel in de tarieven zouden worden verdisconteerd en de instellingen het risico van hun bouwbeleid zelf dragen.<sup>41</sup> Op zich is dat juist, maar de aandacht voor de bouwkwaliteit is bijna geheel naar de achtergrond verdwenen.





## 5 De beperkte mogelijkheid van het verbinden van voorwaarden aan de toelating ex art. 14 lid 1 WTZi

Tijdens de parlementaire behandeling van de WTZi heeft de minister opgemerkt:

*“op de kwaliteit van de huisvesting zal na versoepeling van het bouwregime van de WTZi worden toegezien middels prestatie-eisen”<sup>42</sup>.*

De minister heeft overwogen om binnen het kader van de WTZi de prestatie-eisen een status te geven voorschriften (in de zin van artikel 13 WTZi) te verbinden aan de toelating.<sup>43</sup> Het gevolg zou zijn dat de bouwnormen met bestuursdwang zouden kunnen worden gehandhaafd.

De eerste vraag die daarbij gesteld kan worden, is of de prestatie-eisen voor dat doel geschikt zijn. De prestatie-eisen – zo zagen wij hiervoor – zijn bedoeld voor de beoordeling van aanvragen van een bouwvergunning. Deze functie verliezen zij na het afschaffen van het bouwregime. De prestatie-eisen geven ondermeer maten (bouwkengetallen) aan voor initiële investeringen. Wanneer de toets op de kosten vervalst, verliezen zij deze functie. Als kwaliteitsnormen voor ex post-toezicht is maar een beperkt deel van de prestatie-eisen geschikt. Het meten van een verantwoorde investering – waarvoor de prestatie-eisen waren ontworpen – beweegt zich op een ander vlak dan het beoordelen van bestaande huisvesting en andere gebouwde zorgvoorzieningen.

Bovendien geeft de wet geen concrete aanknopingspunten om vergaande prestatie-eisen voor de bouw of huisvesting te verbinden aan de toelating. Als bijvoorbeeld eisen ten aanzien van de bestuursstructuur en bedrijfsvoering volgens artikel 9 WTZi een regeling vergen op het niveau van een algemene maatregel van bestuur, ligt niet voor de hand dat vergaande voorwaarden aan de toelating verbonden kunnen worden die geen directe grondslag vinden in de WTZi. Aldus oordeelde de Afdeling Bestuursrechtspraak Raad van State in haar beslissing van 19 november 2008 (200804090/1 e.a.)<sup>44</sup>. Een stelsel van prestatie-eisen als kwaliteitsvoorwaarden voor de huisvesting van zorginstellingen heeft toch niet wezenlijk minder gewicht dan de eisen van health care governance.

Als wij kijken naar het reguleringniveau voor bouw in het algemeen zien we dat de veiligheidseisen in het Bouwbesluit op het niveau van een algemene maatregel van bestuur zijn geregeld. Deze parallel pleit ertegen om de prestatie-eisen voor de bouw als toelatingsvoorwaarden te zien, die hooguit worden afgedekt door ministeriële beleidsregels. Het gebruik van de prestatie-eisen op deze wijze vindt geen grondslag in de parlementaire behandeling van de WTZi,



waarmee de gedachte verworpen moet worden dat het gebruik van de prestatie-eisen buiten het bereik van de vergunningprocedure kan worden gebracht.

Wij achten het verankeren van de prestatie-eisen in de WTZi-toelatingen om deze redenen geen begaanbare weg.

*β*

## 6 Vervanging toetsing ex ante door toetsing ex post op basis van de Kwaliteitswet zorginstellingen

Een andere route die het kabinet in de voorbereiding van de WTZi aangaf te willen bewandelen, is die van het opheffen van de tegenstelling tussen gebouwkwaliteit en zorgkwaliteit en beide in elkaars verlengde te zien:

*“zorggebouwen zijn, evenals personeel en technologie, middelen om tot levering van kwalitatief goede zorg te komen. Met andere woorden; de gebouwkwaliteit maakt onderdeel uit van de kwaliteit van de zorg, waarop de IGZ toezicht houdt”<sup>45</sup>.*

De gebouwkwaliteit wordt (wederom) deel van het containerbegrip ‘verantwoorde zorg’ uit artikel 2 Kwaliteitswet zorginstellingen. De vraag daarbij is uiteraard welke kenbronnen voor de gebouwkwaliteit zullen gelden en hoe zwaar deze zullen wegen. De minimale veiligheidsnormen uit het Bouwbesluit blijven onverminderd van kracht. Daarenboven zullen vanwege de normstelling van de te leveren verantwoorde zorg inhoudelijk eisen gesteld mogen worden aan de bouw en inrichting, omdat deze inderdaad niet los van de kwaliteit van de zorg gezien kunnen worden. De algemene en vagere norm van de kwaliteit absorbeert de uitgekristalliseerde uitwerking van de WZV en WTZi. In deze vorm stelt ook het huidige kabinet de route voor om de ‘bouwnormen’ onder te brengen in de algemene kwaliteitseis voor de zorg. De minister stelt zich voor de IGZ vanuit deze algemene normstelling de gebouwkwaliteit te laten controleren.

In de brief van 9 juli 2007 gericht aan de Eerste en Tweede Kamer hebben de minister en staatssecretaris de voortgang van de invoering van integrale en transparante tarieven uiteengezet en zijn zij onder andere uitvoerig ingegaan op de waarborgen voor kwaliteit. De toetsing vooraf – stellen zij – wordt verruild voor toetsing achteraf. Benadrukt wordt tegelijkertijd dat waar nodig de kwaliteitsnormen voor zorggebouwen van kracht zullen blijven, omdat zij deel uitmaken van de normen voor verantwoorde zorg waarop de IGZ toeziet. De zorgaanbieders krijgen aldus een eigen verantwoordelijkheid en worden hierdoor in de gelegenheid gesteld om alle kwaliteitsaspecten van de zorgverlening integraal te beoordelen. Voor de AWBZ geldt in het bijzonder dat prestatie-indicatoren voor de kwaliteit van zorg zijn vastgesteld waarbij ook afspraken zijn gemaakt over wonen en verblijf. De IGZ zal steeds toezien op de naleving van de verantwoordelijkheid van alle zorginstellingen om een veilige, schone en comfortabele omgeving te bieden.<sup>46</sup> In het verslag van een schriftelijk overleg over de voortgang van de invoering van de integrale en transparante tarieven<sup>47</sup> voegden zij hier aan toe, te verwachten dat de raden van toezicht en financiers – meer dan in het verleden – investeringsvoorstellen *vooraf* goed gaan beoordelen. De IGZ zal *achteraf* toezicht houden op de gebouwkwaliteit, voor zover deze direct gerelateerd is aan de kwaliteit en veiligheid van zorg.



In het algemeen overleg vastgesteld op 19 november 2007<sup>48</sup> gaf de minister nog een nadere uitleg over de waarborg van de kwaliteit van de bouw in de zorgsector. De IGZ zal toezicht houden op de kwaliteit van gebouwen, voor zover die raakt aan de veiligheid van de zorg. Daarmee lijkt de taak van de Inspectie bescheidener, dan uit de eerdere stellingname naar voren kwam, waarbij geborgde kwaliteit (bijvoorbeeld privacy en kwaliteitseisen aan de omgeving) verder reikte dan alleen veiligheid. De minister verwees naar de discussie over veldnormen die de beroepsverenigingen en de wetenschappelijke verenigingen moeten ontwikkelen. De Inspectie zou overigens niet verplicht zijn om die normen over te nemen. De IGZ zou versterkt moeten worden en de noodzakelijke middelen en mankracht ontvangen om deze nieuwe taak uit te voeren. De expertise van het CBZ zal worden ondergebracht bij TNO, waarvan nog steeds gebruik zou kunnen worden gemaakt. De minister tekende hierbij aan dat er geen sprake zal zijn van gedwongen winkelnering bij deze organisatie en benadrukte tevens dat de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg meer in het algemeen verzekerd is door het beleid voor acute zorg en continuïteit van de zorg, daarmee implicerend dat de directe geschiktheid van een zorggebouw in dat verband van minder gewicht zou zijn.

In antwoord op Kamervragen antwoordde de minister nog gerichter:

*“In de huidige situatie adviseert het CBZ over de bouwnormen, de minister stelt deze vast. Gebouwkwaliteit blijft belangrijk. Dat wordt voor ziekenhuizen vanaf 1 januari 2008 niet meer vooraf door het CBZ getoetst: er is geen vergunning vooraf meer nodig. De overheid kijkt achteraf of zorggebouwen voldoen aan de normen voor verantwoorde zorg. Het betreft hier een inspectietaak van de IGZ, op grond van de Kwaliteitswet. Net als de IGZ kijkt naar het hanteren van veilige procedures, zal de IGZ kijken naar de veiligheid van bijvoorbeeld operatiekamers. Het gaat om die normen die direct gerelateerd zijn aan de kwaliteit en veiligheid van de zorg; dat zijn beduidend minder normen dan nu vooraf via het bouwregime gelden. De beëindiging van het bouwregime betekent een substantiële vermindering van de administratieve belasting voor instellingen. De veldnormen worden door veldpartijen zelf ontwikkeld, op vergelijkbare wijze als momenteel al richtlijnen van wetenschappelijke verenigingen en kwaliteitsindicatoren worden ontwikkeld. Indien de IGZ de veldnormen voldoende acht kan de IGZ deze vervolgens als inspectienormen hanteren.”<sup>49</sup>*

Dit antwoord kenmerkt zich door aarzelingen van de minister over de omvang en reikwijdte van de kwaliteitsnormen. De normen worden afgebouwd, maar betekent dit dat de resterende normen slechts nog worden gesteld op het niveau van de veiligheid van de zorg, die uiteraard prioriteit heeft voor het toezicht door IGZ? Aan het veld wordt de invulling van de kwaliteitsnormen opgedragen. Is er voldoende duidelijkheid welke normontwikkeling van de wetenschappelijke verenigingen verwacht wordt? Welke betekenis komt toe aan de reeds ontwikkelde normen van het College bouw?

## 7 De ontwikkeling van veldnormen voor zorgbouw in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen

Welke kwaliteit wil de overheid nu eigenlijk waarborgen? De Kwaliteitswet zorginstellingen stelt een globale norm van 'verantwoorde zorg'. Onder verantwoorde zorg in de zin van artikel 2 Kw wordt verstaan een driedelige norm met betrekking tot:

- zorg van goed niveau;
- doeltreffendheid, doelmatigheid en patiëntgerichtheid;
- afgestemming op de reële behoefte van de patiënt.

De kwaliteitsnorm is inherent vaag en riep bij de parlementaire behandeling reeds de vrees voor rechtsonzekerheid op.<sup>50</sup> De vage norm is de pendant van de kwaliteitsnorm voor de individuele beroepsbeoefenaar zoals artikel 40 Wet BIG en artikel 7:453 BW. De positieve ervaring met het ontwikkelen van veldnormen is met name op de zelfregulering van de beroepsuitoefening gestoeld. De wetenschappelijke verenigingen van de diverse specialismen hebben in gestaag tempo een breed pallet aan protocollen en professionele standaards ontwikkeld. Men kan de professionele autonomie als leidend beginsel achter de kwaliteitswetgeving plaatsen.<sup>51</sup> De kwaliteitsnorm bindt het individuele handelen van de professional aan de state of the art van zijn beroepsgroep. De toetsing en de aanpassing van zijn werkwijze kan bij wijze van spreken van patiënt tot patiënt geïmplementeerd worden. Anders ligt het bij kwaliteitseisen voor zorginstellingen. Deze moeten immers de gehele dynamiek van de organisatie doordringen en verder staat een instelling in een groter maatschappelijk krachtenveld dan de individuele beroepsbeoefenaar. Aanpassen aan nieuwe ontwikkelingen van de kwaliteitsnormen kan natuurlijk voor een individuele beroepsbeoefenaar een tijdsinvestering vergen (bijscholing) of een investering in nieuwe apparatuur, maar in het algemeen zou men kunnen stellen dat de kwaliteitsnorm relatief gesproken direct kan worden geïmplementeerd. Dat ligt bepaald anders voor kwaliteitsnormen voor zorginstellingen.

De Commissie evaluatie regelgeving concludeerde ten aanzien van de Kwaliteitswet zorginstellingen vijf jaar na invoering dat de verwachtingen van de wet nog niet waren waargemaakt. De onderzoekscommissie schreef onder andere:

*"Met de operationalisatie van het begrip verantwoorde zorg is een aanvang gemaakt, maar van een transparant stelsel van normeringen is in geen van de onderzochte sectoren nog sprake"*<sup>52</sup>.

De zorgaanbieders en brancheorganisaties hadden geïnvesteerd in implementatie, maar die activiteiten hadden voornamelijk een procedureel karakter. Het operationaliseren van het be-



grip verantwoorde zorg was niet uitgewerkt in een transparant stelsel van normeringen. In geen van de onderzochte sectoren van de zorg was daarvan sprake. Het ontbrak niet aan goede wil, maar de Commissie concludeerde dat de taak van de normontwikkeling geen gemakkelijke was en de snelheid in het veld te traag was. Met name zorgverzekeraars bleken niet of nauwelijks betrokken bij het ontwikkelen en vaststellen van de norm op instellingsniveau terwijl ook de rol van de patiënt en organisaties bescheiden was.<sup>53</sup> De evaluatiecommissie kon het gevoel van teleurstelling niet onderdrukken. De algemene conclusie luidde dat de invulling van het begrip “verantwoorde zorg” te vrijblijvend was.

Wij zien dat de algemene ontwikkeling van het implementeren en het handhaven van kwaliteitsnormen en kwaliteitssystemen nog steeds moeizaam verloopt. Weliswaar zijn met de inspectie door de brancheorganisaties afspraken gemaakt over prestatie-indicatoren<sup>54</sup>, maar om verschillende redenen is de kwaliteitsborging nog steeds niet op het niveau dat de wetgever bij de invoering van de Kwaliteitswet zorginstellingen voor ogen stond.

In 2006 is een vervolgonderzoek gepubliceerd over het hanteren van kwaliteitssystemen in de zorg. Daaruit blijkt weliswaar dat vooruitgang is geboekt maar dat ook op tal van plaatsen nog steeds niet wordt voldaan aan de wettelijke eisen<sup>55</sup>.

Bij de behandeling van de begroting 2006 heeft de minister van VWS een tweede evaluatie van de Kwaliteitswet Zorginstellingen aangekondigd maar een half jaar later heeft hij aan de Kamer laten weten dat deze evaluatie niet doorgaat. Een tussentijdse evaluatie van de Kwaliteitswet Zorginstellingen werd niet opportuun geacht, omdat op het gebied van kwaliteit en uitkomsten van zorg zoveel initiatieven gaande zijn in een omgeving die sterk aan verandering onderhevig is.

In 2009 is een onderzoek gepubliceerd van de Algemene Rekenkamer naar de stand van de implementatie van de Kwaliteitswet Zorginstellingen<sup>56</sup>. De veelzeggende conclusie van dit rapport luidt:

*“Dertien jaar na de invoering van de Kwaliteitswet zorginstellingen heeft de beoogde zelfregulering binnen de zorgsectoren nog niet tot de beoogde kwaliteitskaders geleid. In de jaren na de inwerkingtreding van de wet werd hierin weinig voortgang geboekt”<sup>57</sup>*

De Rekenkamer voegt daaraan toe dat zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliënten er onvoldoende in zijn geslaagd een gedeelde visie (kwaliteitskaders met indicatoren en normen) te ontwikkelen over wat moet worden verstaan onder verantwoorde zorg. De Algemene Rekenkamer is daarom van opvatting dat *“uiteindelijk absolute normen onmisbaar zijn om objectief te kunnen bepalen wanneer wel of niet sprake is van verantwoorde zorg”<sup>58</sup>*.

Ter illustratie van normendeficit verwijzen wij ten slotte naar het rapport van IZG *De vrijblijvendheid voorbij. Sturen en toezicht houden op kwaliteit en veiligheid in de zorg*, onderwerp van de jaarlijkse rapportage *Staat van de gezondheidszorg, 2009*.

Wij moeten ermeê rekening houden dat de dynamiek van de kwaliteitsnormen voor instellingen een beduidend ander tempo heeft dan de ontwikkeling van met name professioneel handelen van beroepsbeoefenaren. Gelet op het trage tempo van implementatie van deze kwaliteitsnormen in het veld, kan men niet met een korte tijdshorizon rekenen bij de ontwikkeling van veldnormen voor de zorgbouw.

Zoals reeds bij de evaluatie van de Kwaliteitswet Zorginstellingen uit 2001 naar voren kwam richten instellingen zich hoofdzakelijk op het invoeren van kwaliteitsbewakingssystemen. Niettemin werden ook kwaliteitseisen gesteld aan de materiële infrastructuur en bouwkundige voorzieningen.<sup>59</sup> Deze normen zijn deels weer ontleend aan de bouwmaatstaven van het College bouw die in overleg met het veld tot stand zijn gekomen. Van een noemenswaardige zelfstandige ontwikkeling van bouwnormen buiten het college om kan niet worden gesproken.

Normen voor bouw kwaliteit hebben te maken met alle drie de aspecten, die wij in de norm van verantwoorde zorg van artikel 2 Kw kunnen onderscheiden. Zo leiden ruimtelijk logistieke eisen en inrichtingseisen voor operatieafdelingen en laboratoria tot snelle en goede zorg ('zorg van een goed niveau'). Logistieke eisen betreffen voorts de doeltreffendheid en doelmatigheid. De omgevingskwaliteit in de bouwnormering draagt bij aan een patiëntgerichte zorgverlening die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt. De omvattende norm van 'verantwoorde zorg' verlangt meer dan zich inmiddels met de deregulering van het bouwregime verdraagt. De doelmatigheid bedoeld in artikel 2 Kw betekent dat de baten van de zorg moeten worden afgezet tegen de kosten in geld, mankracht, middelen en tijd die in de zorg zijn geïnvesteerd.<sup>60</sup> Met het in handen geven van investeringsbeslissingen in de bouw aan instellingen, gaat niet samen dat de instelling zich aan een veldnorm zou moeten committeren voor de beoordeling van de doelmatigheid van de investeringen. Als de instelling in haar beslissing werkelijk vrij is, kan die beslissing niet tevens door (de collega-instellingen) genormeerd zijn.

De markt zal de kwaliteit uiteindelijk differentiëren en verschillend waarderen. Er zullen ook in de bouw duurdere en goedkopere instellingen kunnen ontstaan, chique en ultramodern (vergeleijk Orbis) versus sober en kostenefficiënt (ziekenhuizen in oudbouw). Zo hangt kwaliteit samen met ondernemersbeslissingen, waarop de overheid geen invloed wil uitoefenen. Het algemene belang van 'doelmatigheid' in termen van kostenefficiëntie is daarmee slecht verenigbaar. Doelmatigheid zal bij meer marktwerking niet langer vanzelfsprekend het algemeen belang van lage investeringskosten (in termen van het tegengaan van "verspilling" van premiegelden) betekenen. Aan dit element in de definitie van verantwoorde zorg kan in het huidige stelsel maar beperkte betekenis toekomen. Daarmee wordt het doelmatigheids criterium in de norm van 'verantwoorde zorg' zelf gerelativeerd. Van binnen uit – zo zou men met gepaste overdrijving kunnen stellen – wordt de kwaliteitsnorm op het onderdeel doelmatigheid uitgehold door de be-



wuste deregulering. Men kan niet via de globale normstelling terughalen, hetgeen uitdrukkelijk is overgedragen aan ondernemersbeslissingen.

Als een algemeen meetbare grens als 'minimum' van kwaliteit niet is te geven en begrippen als 'kwaliteit', 'toegankelijkheid' en 'doelmatigheid' relatief zijn en een evenwicht van belangen behelzen<sup>61</sup>, is het juist van belang tot een duidelijke boedelscheiding te komen ten aanzien van bouwkwaliteitsnormen. Onderscheiden moeten worden enerzijds normen die uit beleidsmatige preferenties voortvloeien, maar niet per se door de markt worden ondersteund, zoals de privacy bij verpleging en intramuraal verblijf, of normen die grenzen stellen aan marktwerking uit hoofde van algemene overwegingen van zorgkwaliteit en veiligheid (voorschriften inrichting OK en IC e.d.), en anderzijds een andere categorie van kwaliteitsnormen, waar zelfregulering en ondernemingsbeslissingen tot hun recht kunnen komen, of waarbij de invulling van de parameters de uitkomst mag zijn van het spel der vrije werking van de countervailing powers (zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/cliënten). Voor de laatste categorie biedt de Kwaliteitswet een kader door de ondergrens ervan te bepalen met de norm 'verantwoorde zorg'. Voor de eerste categorie is naar onze mening – indachtig de recente kritiek van Algemene Rekenkamer – nog steeds een taak voor de overheid weggelegd om duidelijke normen te formuleren of richting te geven aan de ontwikkeling van de veldnormen, indien zij haar waarborgfunctie inhoud wil geven.



## 8 Bevindingen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Raad voor de Veiligheid

Aandacht verdienen de rapportages van de IGZ over de casus IJsselmeerziekenhuizen en Twenteborg Ziekenhuis, omdat daarin ook de beoordeling van bouwkundige aspecten van de patiëntenzorg aan de orde is gekomen. Het rapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid over de brand in laatstgenoemd ziekenhuis komt daarbij eveneens ter sprake.

In het rapport over het peroperatief proces in de IJsselmeerziekenhuizen maakt de IGZ zowel aan de Raad van Bestuur als aan de medisch specialisten ernstige verwijten over de luchtbehandeling op de operatiekamers en over de maatregelen om infecties te voorkomen<sup>62</sup>. De Inspectie spreekt over het veronachtzamen van essentiële eisen die aan een operatiekamercomplex moeten worden gesteld om veiligheid van een uiterst kwetsbare patiëntengroep te kunnen garanderen. Het ziekenhuisbestuur treft het verwijt dat het op de hoogte was van deze ernstige tekortkomingen en geen actie ondernam ten aanzien van de luchtbehandeling en de infectiepreventie. Aan de medisch specialisten is het verwijt gemaakt dat zij, hoewel op de hoogte van de problematiek, niet duidelijk hebben gemaakt dat op deze wijze geen verantwoorde patiëntenzorg kon worden geboden.

De IGZ constateert verder dat de kwaliteit van de lucht waarin werd geopereerd bij lange na niet voldeed aan de daaraan te stellen eisen. De luchtbehandelingssystemen in het ziekenhuis werden na de installatie niet gerenoveerd of geïnnoveerd en onvoldoende onderhouden. Juist bij het gebruik van implantaten geeft dat meer risico op postoperatieve wondinfecties die zeker bij implantaatchirurgie voor de patiënt ernstige consequenties kunnen hebben.

Deze handelwijze van het ziekenhuisbestuur acht de IGZ *“onaanvaardbaar en verwerpelijk”*. Daarnaast voegt de IGZ toe dat het bestuur van het ziekenhuis *“onder alle omstandigheden”* garanties dient te bieden *“voor het scheppen van voorwaarden voor een veilige en verantwoorde zorg voor patiënten”* en is van mening dat als deze garanties niet kunnen worden geboden er volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen geen zorg mag worden geboden.

De belangrijkste constatering van de IGZ luidt:

*“Het ziekenhuis voldoet zowel bouwtechnisch als qua kwaliteitssysteem niet aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg”<sup>63</sup>.*

Samenvattend leidt dit tot de slotsom dat de IJsselmeerziekenhuizen niet of in onvoldoende mate de artikelen 2, 3 en 4 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen hebben nageleefd, waardoor





direct gevaar voor de patiëntenzorg is ontstaan. Mede op grond hiervan achtte de IGZ het noodzakelijk de beide operatiekamercomplexen van het ziekenhuis buiten gebruik te stellen totdat is voldaan aan de minimaal te stellen eisen voor luchtbehandeling om een verantwoorde en veilige verzorging van operaties bij patiënten te garanderen.

Beoordeling van de bouwkundige aspecten van een ziekenhuis is ook aan de orde in het onderzoeksrapport naar aanleiding van de brand in operatiekamer 8 van het Twenteborg Ziekenhuis<sup>64</sup>. Het ging bij deze brand om een zuurstofbrand. Een zuurstofbrand valt ongeacht het blusmateriaal niet te blussen, zolang de geforceerde toevoer van zuivere zuurstof voortduurt. Voor het beëindigen van een dergelijke, buitengewoon heftige brand is het daarom essentieel dat de zuurstoftoevoer onderbroken wordt. Die mogelijkheid ontbrak in dit geval. Over de risico's van de zuurstofvoorziening bij een brand was zelfs nooit gesproken en afsluiting van de zuurstoftoevoer kwam niet in het (veiligheids)plan voor.

De conclusie van de IGZ luidt dat de brand in deze operatiekamer is ontstaan in de anesthesiezuil door het lekken van zuurstof. Door massale zuurstoftoevoer ontwikkelde de brand zich uitzonderlijk snel en was niet te blussen. Voorts concludeerde de IGZ dat de kans op het ontstaan van brand in het ziekenhuis onverantwoord groot was door de slechte technische staat van alle anesthesiezuilen. Er was sprake van achterstallig onderhoud, terwijl modificaties waren aangebracht, zonder de geldende normen te volgen en de risico's daarvan voldoende waren beoordeeld.

De IGZ schrijft in het rapport dat tot de verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur van het ziekenhuis behoort het voorzien in de noodzakelijke procedures om veiligheid vast te stellen en te kunnen garanderen, de wijze waarop medewerkers, inclusief de medisch specialist zich ervan kunnen overtuigen dat de apparatuur waarvan zij gebruik maken veilig is, alsmede de interne verantwoording dat een en ander adequaat wordt uitgevoerd. Ook de medisch specialisten worden op hun verantwoordelijkheid gewezen in verband met het feit dat in het ziekenhuis sprake is geweest van *“een structureel veiligheidstekort en van een onvoldoende veiligheidsbewustzijn”*.

Ook ten aanzien van de vluchtroute waren er duidelijk problemen. Niet-zelfredzame, bedlegerige patiënten dienen in eerste instantie alleen horizontaal te worden geëvacueerd. Met andere woorden: zij dienen op dezelfde verdieping in een ander groot brandveilig brandcompartiment te worden ondergebracht. In casu voldeed de vluchtweg die door de meeste geëvacueerde patiënten is gevolgd aan deze eis. De feitelijk gevolgde vluchtweg was echter tegengesteld aan de officieel aangegeven vluchtroute. Het zoeken naar een doorgang om deze niet-aangegeven vluchtroute te vinden, betekende volgens de IGZ een onnodig risico voor de te evacueren patiënten en begeleiders. Volgens de IGZ had bij meer rook buiten operatiekamer 8 dit alleen al gemakkelijk tot meer slachtoffers onder de patiënten en de begeleidende medewerkers kunnen leiden.



Als één van de kernpunten van de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis benoemt de IGZ

*“Het ter beschikking stellen van veilige apparatuur en een veilig gebouw”.*

Daaraan mankeerde het in dit geval. De IGZ merkt op:

*“Dat deze calamiteit niet is uitgegroeid tot een ramp voor een groot aantal patiënten is niet de verdienste van de ziekenhuisorganisatie maar van twee individuele medewerkers die op eigen initiatief doeltreffend in actie kwamen”<sup>65</sup>.*

De Onderzoeksraad voor Veiligheid bracht eveneens een uitvoerig rapport uit over de brand in operatiekamer 8 van het Twenteborg Ziekenhuis<sup>66</sup>. In het referentiekader voor de beoordeling van de brand betreft de Onderzoeksraad de Bouwmaatstaven voor een nieuwbouwziekenhuis die het College bouw ziekenhuisvoorzieningen heeft opgesteld. In het bijzonder verwijst de Onderzoeksraad naar de in paragraaf *Kwaliteit van de omgeving* van de basiskwaliteitseisen voor ziekenhuizen opgenomen criteria:

- goed en gemakkelijk toegankelijk en overzichtelijk;
- veilig, geborgen en inzichtelijk.

Verder verwijst de Onderzoeksraad naar de Bouwmaatstaven voor operatieafdelingen, in het bijzonder met betrekking tot het voorkomen van besmetting en infectie van patiënten en het voorkomen van blootstelling aan inhalatie anesthetica.

Voorts komt daarin aan de orde het Referentiekader ten behoeve van bestaande operatieafdelingen, zoals vastgesteld door het College bouw ziekenhuisvoorzieningen in 2004. Met name noemt de Onderzoeksraad de volgende richtlijnen:

- Bedrijfszekerheid van de installatietechniek en een optimaal binnenmilieu voor patiënt en medewerkers op een operatieafdeling is uitgangspunt bij het ontwerp en instandhouding van de werktuigbouwkundige en elektrotechnische installaties.
- De afname-, inregel-, en onderhoudsprocedures dienen te voldoen aan vigerende nationale of internationale normen en “good practice”-procedures.

Opmerkelijk is dat de Raad voor de Veiligheid bij de analyse van het toezicht door de IGZ vaststelt dat dit toezicht in de praktijk vooral is *“gericht op patiëntveiligheid in de zin van medische veiligheid”*. De Raad heeft verder vastgesteld dat fysieke veiligheid in relatie tot brandveiligheid bij het toezicht onderbelicht is en dat in de praktijk *“geen toezicht door IGZ”* op deze vorm van veiligheid plaatsvindt omdat de IGZ van mening is dat zij *“onvoldoende inzicht en geen kennis”* heeft wanneer een ruimte wel of niet veilig te gebruiken is en dit bovendien tot de taak van de gemeente vindt behoren, omdat de gemeente de gebruiksvergunning verleent<sup>67</sup>.





## 9 Het gebruik van certificering voor handhaven van de bouwkwaliteit

Bij het dereguleren van het bouwtoezicht naar de Kwaliteitswet heeft de minister, om de Inspectie niet over te belasten met deze nieuwe opdracht, gesuggereerd dat daarbij een indirecte vorm van toezicht kan plaatsvinden, namelijk door kwaliteitscertificering van zorgaanbieders te verlangen die mede betrekking heeft op de gebouwkwaliteit.<sup>68</sup> De uitvoering van het kwaliteitsbeleid door middel van certificering is de verantwoordelijkheid van de veldpartijen. Daarvoor worden bijvoorbeeld gebruikt de HKZ-certificaten<sup>69</sup> (de Stichting HKZ is in 1994 opgericht door brancheorganisaties van patiënten/consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars) of de accreditatie door het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen ('NIAZ', op 22 december 1998 opgericht door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitaire medische centra, de Orde van Medisch Specialisten en de Stichting Proefproject ACcreditatiE).

De Kwaliteitswet verlangt naast het leveren van verantwoorde zorg (artikelen 2 en 3) tevens de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg (artikel 4). De bewaking van de kwaliteit is onderdeel van de kwaliteit. Een kwaliteitssysteem (een stelsel van vastgelegde eisen, regels en procedures) is een waarborg van structurele kwaliteit. Aan een systematische bewaking kan men een gegronde vermoeden ontleenen, dat de kwaliteit op orde is.<sup>70</sup> Certificering ligt in het verlengde van deze interne bewaking. Zij is systematisch en objectief en geeft zichtbaar vorm – voor derden – aan de systematische kwaliteitsbewaking.<sup>71</sup> Certificering is aldus ook een bron van informatie voor de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) in haar opsporings- en handhavingstaak.<sup>72</sup>

Vanwege de geringe beschikbare capaciteit van de IGZ is de dekkingsgraad van het toezicht op naleving van de Kwaliteitswet door de IGZ laag. Voor de Algemene Rekenkamer een reden tot zorg, zoals in het voorafgaande aan de orde is gekomen.<sup>73</sup> De Algemene Rekenkamer doet daarom het voorstel om te komen tot een verplichte certificering van alle processen en voor alle zorgaanbieders teneinde een snellere invoering van een eenduidig en transparant kwaliteitsbeleid te realiseren. De reactie van het kabinet hierop was dat de overheid zich steeds meer dient te richten op de door de zorgaanbieders te leveren prestaties en minder op het voorschrijven hoe de zorgaanbieders die prestatie moeten bereiken of hoe zij de markt overtuigen van hun kwaliteit. In deze visie van de rol van de overheid past het niet om certificering voor zorgaanbieders verplicht te stellen.

De vraag is wat een onverplichte certificering kan bijdragen aan bewaking van de bouwkwaliteit. Certificering kan zowel zien op producten als systemen. Bij systeemcertificatie wordt getoetst aan systeemnormen. Deze regels zijn gericht op de organisatiestructuur, verantwoordelijkheden,



procedures, processen en systeemvoorzieningen (als kwaliteitsbewaking). Het systeem is afgesteld op een doelniveau. Certificering van het systeem behoeft niet een bewijs te zijn van een hoge kwaliteit. Een goed systeem kan een lage kwaliteit bewaken. Dus zijn nodig (zoals we zagen bij de eisen van verantwoorde zorg): zowel een beoordeling van de kwaliteit als van de kwaliteit van de bewaking van de kwaliteit. Het certificeringsproces doorloopt verschillende stadia van aanvraag, onderzoek, rapportage, certificering en periodieke herbeoordeling. Aan de certificerende instantie staan in de regel enkele sancties ter beschikking zoals het schorsen of intrekken van het certificaat en publicatie van deze maatregelen.<sup>74</sup> De certificatie instantie kan zelf ook weer 'gecertificeerd' zijn door haar competenties te laten accrediteren.<sup>75</sup> In Nederland is accreditatie in handen van de Raad voor Accreditatie (RvA), waarmee de private controleketen, die begon bij de interne bewaking, een einde neemt. Waar de overheid steunt op private certificering, roept dat de vraag op in welke mate de overheid verantwoordelijk is voor de kwaliteit van certificeren en/of accreditatie.<sup>76</sup> Des te nadrukkelijker de overheid steunt op certificering in het publieke domein, des te eerder draagt zij ook (mede) verantwoordelijk voor de kwaliteit ervan.<sup>77</sup>

Het verschil tussen private certificatie enerzijds en toezicht en handhaving door de overheid anderzijds is groot. Certificering geschiedt op basis van vrijwilligheid, die grenzen stelt aan de medewerking. De certificerende instantie ontbeert de bevoegdheden die een overheidsorgaan heeft, zoals de algemene verplichting om op grond van artikel 5:20 Awb medewerking te verlenen aan de toezichthouder bij de uitoefening van diens toezichthoudende taak. De overheid heeft de strafrechtelijke sanctie op medewerking aan het toezicht van artikel 184 Sr. Certificering is een vorm van dienstverlening tegen concurrerende tarieven, hetgeen de omvang van de dienstverlening kan beïnvloeden en ook de objectiviteit van de beoordeling als men de te certificerende instelling als klant wil vasthouden.<sup>78</sup> Voor een derde is daarom niet altijd transparant wat de certificering qua normen inhoudt, nu deze niet uniform op wettelijke basis, maar in de markt wordt ontwikkeld, al is de schijn wel eens anders.<sup>79</sup> Certificering is daarom in het algemeen geen volwaardig alternatief voor een normstelling door de overheid.<sup>80</sup>

Certificering is voor bouw in het bijzonder in zoverre reeds ongeschikt, dat toetsing voor certificering van bestaande bouw maar beperkt effectief kan zijn. Indien niet op bouwkundige normen is geanticipeerd en de bouwkundige voorziening is gerealiseerd, rest in feite de zoektocht naar de match van de bijpassende certificeringsnormen. Het aanpassen van de bouwkundige voorziening aan de normen is – verwachten wij – te kostbaar om die afhankelijk te maken van een onverplicht certificaat. Alleen op het gebied van technische voorzieningen, privacy en onderhoud, waar men bij een bestaand gebouw verhoudingsgewijs eenvoudig nog aanpassingen kan verrichten is certificering 'ex post' mogelijk. Voor het realiseren van de bouw kan men eerder denken aan een toets bij wijze van second opinion op het ontwerp in plaats van certificering of accreditatie. De bewaking van het onderhoud is wel certificeerbaar (systeemcertificatie). Waarschijnlijk eveneens de privacy voor zover zij door het gebruik van de voorziening wordt bepaald. Daarmee is zowel op algemene en op bijzondere gronden certificering niet een afdoende oplossing voor het bewaken van bouwkwaliteit. Wel kan zij bijdragen aan transparantie van de bouwkwaliteit, wanneer de normen daarvoor reeds gegeven zijn buiten het kader van de certificering.



## 10 Primaire en secundaire normhandhaving

Wanneer het doel is het handhaven van de kwaliteit van de zorginfrastructuur en wanneer de kwaliteit in een norm kan worden gevat, komt aan de orde de vraag op welke wijze deze norm het beste door het recht kan worden verzekerd. Men onderscheidt doorgaans preventieve en repressieve handhaving van normen. Van een normstelling gaat een preventieve werking uit die leidt tot normconform gedrag. De preventieve werking van de norm wordt versterkt doordat zij wordt voorzien van sancties bij normovertreding. Hierin kunnen wij vervolgens onderscheiden privaatrechtelijke, de bestuursrechtelijk en de strafrechtelijke handhaving.

In het kader van Kwaliteitswet Zorginstellingen is krachtens artikel 8 de Inspectie voor de Gezondheidszorg belast met het toezicht op de naleving van de kwaliteitsnormen. De handhaving berust bij de Minister van VWS die ingevolge artikel 7 schriftelijke aanwijzingen kan geven aan de zorgaanbieder. In de aanwijzing geeft de minister met redenen omkleed aan op welke punten de zorgaanbieder de kwaliteitsnormen in onvoldoende mate of op onjuiste wijze naleeft en geeft aan welke maatregelen in verband daarmee door de zorgaanbieder moeten worden genomen (artikel 7, tweede lid KW). De zorgaanbieder is dan verplicht binnen de in de aanwijzing gestelde termijn (artikel 7 lid 3 KW) aan de aanwijzing te voldoen (artikel 7 lid 5 KW). In verband met gevaar voor de veiligheid of de gezondheid kan de Inspecteur een schriftelijk bevel geven met een geldigheidsduur van zeven dagen, die door de minister kan worden verlengd (artikel 7 lid 4 KW). De Minister van VWS kan zijn aanwijzingen verder kracht bijzetten door het toepassen van bestuursdwang (artikel 14 KW). Bij inwerkingtreding van de Wet Uitbreiding van de Bestuurlijke Handhavinginstrumenten in de wetgeving op het gebied van de Volksgezondheid ('WUBHV') blijft dit handhavinginstrument als zodanig bestaan met of onder de nieuwe titel van een "last onder bestuursdwang" (artikel 10 WUBHV).

Naast deze publiekrechtelijke handhaving zal er slechts in uitzonderingsgevallen sprake kunnen zijn van strafrechtelijke handhaving wanneer strafrechtelijke normen zijn geschonden. Te denken valt dan aan dood door schuld of ernstig lichamelijke letsel door schuld, wanneer de oorzaak daarvan gelegen is in een bouwkundige voorziening die door schuld van de zorginstelling gevaar heeft opgeleverd en heeft bijgedragen aan de dood of het lichamelijke letsel van een cliënt <sup>81</sup>.

Veeleer zal bij concreet ontstane schade voor cliënten naar het middel van de civielrechtelijk aansprakelijkheid gegrepen kunnen worden. Een actie jegens een zorginstelling tot schadevergoeding ingeval van schade door toedoen van een gebrekkige bouwkundige voorziening kan worden gebaseerd op artikel 7: 453 BW of op artikel 6: 174 juncto 181 BW. In het eerste geval is de basis van de aansprakelijkstelling de tekortkoming jegens de opdrachtgever (meestal de

cliënt) van de geneeskundige behandelingsovereenkomst, waarbij de hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en in overeenstemming moet handelen met de op hem rustende verantwoordelijkheid voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard. Voor een zorginstelling is deze professionele standaard de publiekrechtelijke norm van verantwoorde zorg ingevolge artikel 2 en 3 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen, die aldus tevens van een privaatrechtelijke sanctie is voorzien.

Artikel 6: 174 BW geeft een zelfstandige grondslag voor een actie uit onrechtmatige daad. Dit artikel vestigt de aansprakelijkheid van de bezitter van een opstal die niet voldoet aan de eisen die men daar in de gegeven omstandigheden aan mag stellen en daardoor gevaar voor personen of zaken ontstaat, dat zich verwezenlijkt. Er moet rekening worden gehouden met de bijzondere werkzaamheden waarvoor de opstal wordt gebruikt (Hoge Raad 20 oktober 2000, NJ 2000, 700, Foekens/Naim). Indien sprake is van bedrijfsmatig gebruik van de opstal, hetgeen bij een zorginstelling het geval is, wordt de aansprakelijkheid verlegd naar de gebruiker en in casu de zorginstelling. Omdat in dit verband voor aansprakelijkheid relevant zijn de eisen die men in bijzondere omstandigheden van het geval aan de opstal mag stellen, werkt de publiekrechtelijke norm van de artikel 2 en 3 Kwaliteitswet door in de aansprakelijkheidsnorm krachtens onrechtmatige daad. De kwaliteitseisen voor zorginstellingen zijn de eisen die men in bijzondere omstandigheden aan het gebruik van een gebouw in de zorg mag stellen. Toch is het zo dat men uit het voorgaande kan afleiden dat de privaatrechtelijke handhaving een afgeleide is van de publiekrechtelijke normstelling en de bestuurlijke handhaving prioriteit zou moeten hebben boven de privaatrechtelijke. Van de bestuursrechtelijke handhaving (mogelijk strafrechtelijke) zou een sterkere preventieve werking uitgaan en effectief toezicht is privaatrechtelijk niet goed mogelijk. De repressieve handhaving via privaatrecht heeft aan de andere kant het nadeel dat de sancties beperkt in omvang zijn en niet uitzicht bieden op een integrale handhaving van de norm voor de toekomst. Daartoe is een aanwijzing met bestuursdwang een veel beter middel dan een schadevergoeding aan een individuele cliënt waarmee privaatrechtelijk de kous af is. Als de zorgaanbieder de gevaarlijke situatie in het zorggebouw in stand laat, neemt hij wel een risico maar daartegen zal in de praktijk moeilijk een privaatrechtelijke sanctie in stelling kunnen worden gebracht.

In het algemeen is privaatrechtelijke handhaving behept met een drietal beperkingen, aldus Van Boom in zijn oratie<sup>82</sup>:

- Het privaatrecht is niet anticiperend maar eerder gericht op consequenties van handelingen in het verleden;
- De privaatrechtelijke vorderingen zijn gericht op herstel van de oude toestand;
- Privaatrechtelijke handhaving is individueel en gericht op de belangen van partijen, niet op die van anderen of het algemeen belang.

De compenserende functie van schadevergoeding is dominant. Zelfs als er een marge is voor het afwenden van schade en voor het invoegen van privaatrechtelijke sancties (*'punative damages'*) dan nog kunnen we van het privaatrecht geen sturing verwachten van de private sancties.<sup>83</sup> Een

belangrijke hindernis voor private handhaving die gelegen is in het relativiteitsvereiste,<sup>84</sup> doet zich hier niet voor. De bouwkwaliteitsnormen beogen immers patiënt en cliënt te beschermen, zodat private handhaving door de patiënt of cliënt niet op het relativiteitsvereiste strandt.

Al lastiger ligt de vraag naar de haalbaarheid van private vorderingen tot nakoming van zorg met goede bouwkwaliteit of schadevergoeding wegens onrechtmatige daad voor het gebruik van gebrekkige bouwkundige voorzieningen. De patiënt kan nakoming van zijn zorgverlening uit hoofde van de behandelingsovereenkomst vorderen. Als de behandeling juist is uitgevoerd, is er dan nog een titel om te vorderen dat het gebouw waarin de behandeling wordt of is uitgevoerd voldoet aan bepaalde bouwkundige eisen? Jegens de patiënt of cliënt zal de zorginstelling zich verder niet verplichten tot het naleven van bouwkundige normen. Hier treedt aan de dag dat het lastig is om de open norm van goed hulpverlenerschap en de professionele standaard uit te breiden over alle middelen die bij de behandelingsovereenkomst worden gebruikt, met inbegrip van de bouwkwaliteit. Daar waar de veiligheid in het geding is, mag men veronderstellen dat onveilige situaties een normschending opleveren. Wij zagen echter vele bouwkundige normen, die niet direct de veiligheid betreffen maar het niveau van de zorg op hoger plan brengen. Nu kiest de patiënt of cliënt voor een bepaalde instelling, waarbinnen een zeker kwaliteitsniveau is gerealiseerd. Men moet het aanbod van de zorgaanbieders zo verstaan dat zij het gegeven kwaliteitsniveau aanbieden en niet voor een individuele patiënt of cliënt zich verplichten hen bouwkundige voorzieningen aan te passen (tenzij uitdrukkelijk overeengekomen). Nu een schriftelijke behandelingsovereenkomst eerder de uitzondering dan de regel is, zal daarvan geen sprake zijn. Wanneer de veiligheid niet in het geding is en directe schade niet dreigt, is er verder geen titel om uit onrechtmatige daad te ageren (gebrekkige bouwkundige voorziening). Daarmee wordt de reikwijdte van de geschonden bouwnormen aanzienlijk ingeperkt en private handhaving een te smal instrument. De zorgverzekeraars zijn wel in de positie om bij het contracteren van zorg in natura bouwkwaliteitsnormen te bedingen. Zij zullen echter terughoudend zijn om meer dan de wettelijke vereiste bouwnormen af te dwingen, aangezien zij daarmee hogere prijzen uitlokken.

De overheid kan niet de verwachting hebben dat private partijen via het private handhavingsinstrumentarium voldoende druk opbouwen op de zorginstelling. Aldus leert ook het leerstuk van de 'rationele apathie'.<sup>85</sup> Er zijn in beginsel drie voor de hand liggende redenen waarom een individuele gelaedeerde geen rechtszaak begint tegen een private normschender. Zij zullen bij voorkeur een *free rider* gedrag vertonen (hopen dat iemand anders op zijn kosten procedeeert, waarvan anderen profiteren). Omgekeerd zal een procedure over bouwkundige voorzieningen een buitengewoon kostbare aangelegenheid kunnen worden. Men zal zich al snel van deskundige bijstand moeten voorzien ook op bouwtechnisch gebied. De zorgaanbieder zal zich ter voorkoming van hoge bouwkundige kosten hardnekkig verweren. De verwachte baten van de procedure komen ten slotte niet ten goede aan de eisende partij, althans maar ten dele, maar veeleer aan de gebruikers van de bouwkundige voorziening in het algemeen (gesteld dat men niet bijvoorbeeld slechts aanpassing van de eigen patiëntenkamer heeft gevorderd). De patiënt of cliënt begint bovendien al met een grote informatieachterstand, zodat het zelden het geval zal zijn



dat men doorziet dat een bouwkundige voorziening niet naar de actuele staat van de bouwkundige veldnormen is ingericht. Men is in de regel een te incidentele gebruiker van de gezondheidszorgvoorziening om belangen te hebben bij private handhaving ten aanzien van de bouwkwaliteit. Uitzondering hierop vormen wellicht degenen die langdurig in intramurale instellingen zullen verblijven, maar die zijn bij uitstek vaak niet in de positie om veel geld en middelen en energie te besteden aan een rechtszaak tegen hun hulpverlener. Formeel biedt hier artikel 3:305 a BW een opening voor belangenorganisaties. In dat geval kan geen schadevergoeding worden gevraagd, maar juist wel – en zeer passend – nakoming van verplichtingen tot naleven van bouwkundige normen mits deze dan inderdaad ook algemeen verbindend zijn. Het formele instrumentarium van private handhaving zou dan op zijn minst moeten aansluiten bij eenduidige objectieve normstelling die jegens een ieder geldt, en daar is juist in private sfeer vooralsnog geen sprake van.

De conclusie tot zover zou kunnen zijn dat de primaire normhandhaving moet berusten bij de overheid en slechts secundair de privaatrechtelijke handhaving van de kwaliteitseis in de gezondheidszorg een rol zouden kunnen spelen. Biedt de Kwaliteitswet zorginstellingen, of de nieuwe Wet cliëntenrechten zorg, voor deze publiekrechtelijke handhaving het juiste kader?



## 11 Het handhavinginstrumentarium van de Kwaliteitswet zorginstellingen en het gebruik van art. 6 Kwaliteitswet zorginstellingen

De Kwaliteitswet Zorginstellingen bepaalt dat de zorgaanbieder de zorg zo moet organiseren dat dit leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg. De zorgaanbieder moet bij de organisatie van de zorg ook de resultaten van overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties betrekken. Artikel 3 vergt van de zorgaanbieder voorts de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg. De zorgaanbieder moet systematische gegevens verzamelen en registreren over de kwaliteit van zorg, aan de hand daarvan toetsen of er daadwerkelijk sprake is van verantwoorde zorg en op basis van deze toetsing zo nodig de organisatie van de zorg veranderen (artikel 4).

Uit de memorie van toelichting blijkt dat de wetgever daarbij vooral het gebruik van kwaliteitssystemen voor ogen stond. Die kwaliteitssystemen moeten de garantie bieden dat het leveren van verantwoorde zorg structureel is gewaarborgd en niet afhankelijk is van toevallige omstandigheden.

In het oorspronkelijke wetsvoorstel was een beperktere omschrijving opgenomen van het begrip verantwoorde zorg. De onderdelen “zorg van een goed niveau” en “afgestemd op de reële behoefte van de patiënt” ontbraken. Deze onderdelen zijn later, op initiatief van de Tweede Kamer aan de wettekst toegevoegd. De minister was van mening dat die toevoeging overbodig was omdat de voorgestelde aanvulling reeds besloten ligt in het begrip “verantwoorde zorg”. Het wettelijk begrip “verantwoorde zorg” roept verschillende vragen op. De eerste vraag betreft de verhouding van dit op zichzelf vage begrip tot de rechtszekerheid. Schending van de wettelijke norm “verantwoorde zorg” kan immers ingrijpende gevolgen hebben voor de zorgaanbieder. De rechtszekerheid brengt met zich mee dat de zorgaanbieder op de hoogte moet kunnen zijn van hetgeen hij moet doen om de wettelijke norm na te leven. Tijdens de parlementaire behandeling is wel betoogd dat daarom meer gedetailleerde regels nodig zijn dan het wetsvoorstel bood. Dit argument overtuigde de regering niet. De regering betoogde dat het niet mogelijk is in de wettekst meer gedetailleerde normen voor de kwaliteit van zorg te formuleren. Bovendien werd dit ongewenst geacht omdat de wet dan onvoldoende ruimte zou laten voor nieuwe ontwikkelingen. Voor de beantwoording van de vraag hoe het begrip “verantwoorde zorg” nader kan worden omlijnd, verwees de regering naar bestaande kenbronnen zoals de wettelijke regeling van de geneeskundige behandelingsovereenkomst, het klachtrecht, adviezen van de gezondheidsraad, protocollen en richtlijnen van beroepsorganisaties, etc.

Uiteindelijk heeft de regering echter ingestemd met de suggestie van de Tweede Kamer om het huidige artikel 6, tweede lid toe te voegen<sup>86</sup>. Deze bepaling geeft de mogelijkheid om bij alge-



mene maatregel van bestuur nadere regels te stellen met betrekking tot het begrip “verantwoorde zorg” als daartoe noodzaak bestaat.

Het is van belang om vast te stellen dat de eisen die in artikel 3 van de Kwaliteitswet worden gesteld aan “verantwoorde zorg” zelfstandige betekenis hebben. Het is niet zo dat de norm van artikel 3 alleen geschonden wordt indien gebreken in de organisatie tot onverantwoorde zorg leiden. Het enkele feit dat in de organisatie sprake is van een gebrek als bedoeld in artikel 3 levert een basis op om in te grijpen, ook al is van onverantwoorde zorg (nog) geen sprake. De Kwaliteitswet is er immers op gericht om verantwoorde zorg te voorkomen.

Aan de Kwaliteitswet ligt de veronderstelling ten grondslag dat als er goede kwaliteitssystemen zijn dit als het ware vanzelf tot verantwoorde zorg zal leiden. Ofschoon na de in 2001 uitgevoerde evaluatie dit uitgangspunt niet is losgelaten, is de minister van VWS nadien meer nadruk gaan leggen op transparantie van kwaliteit van zorg. De gedachte die daaraan ten grondslag ligt is dat transparantie eraan bijdraagt dat de kwaliteit van zorg van instellingen beter kan worden vergeleken en patiënten en verzekeraars vervolgens een meer gefundeerde keuze kunnen maken. In dit opzicht kan worden geconstateerd dat ook in andere landen sprake is van een dergelijke trend naar transparantie en het formuleren van kwaliteitsindicatoren.

Gezegd kan worden dat het huidige volksgezondheidsbeleid zich richt op transparantie (“zichtbare kwaliteit”), cliëntgerichtheid en veiligheid<sup>87</sup>. Tegen die achtergrond moet worden gezien de toewijzing aan de IGZ van de regiefunctie voor het tot stand komen van kwaliteitsindicatoren en de invoering van de verplichting voor ziekenhuizen om een veiligheidsmanagementsysteem in te voeren. Ook past in dit kader de uitbreiding van het wettelijk instrumentarium van de IGZ, aangekondigd in het wetsvoorstel Uitbreiding bevoegdheden volksgezondheid.

In een reactie op eerdergenoemd advies van de Algemene Rekenkamer over de Kwaliteitswet hebben de bewindslieden van VWS begrijpelijkerwijs het standpunt ingenomen dat zij zich niet primair bemoeien met de operationele kwaliteitssystemen. Zij maken daarbij echter een uitzondering voor die “systemen bij zorgaanbieders om de veiligheid van de geleverde zorg te waarborgen (inclusief het onderhoud van medische apparatuur en hulpmiddelen)”<sup>88</sup>. In dat verband verwijzen de bewindslieden ook naar de in volle gang in voorbereiding zijnde Wet cliëntenrechten zorg (WCZ).

Opgemerkt is reeds dat het huidige artikel 6 van de Kwaliteitswet de mogelijkheid biedt om bij algemene maatregel van bestuur nadere regels te stellen indien de uitvoering van de artikelen 3 en 4 niet blijkt te leiden tot verantwoorde zorg. Tot nu toe zijn op basis van deze bepaling slechts twee besluiten voorgesteld. Het betreft het Besluit kwaliteitseisen ziekenhuisbloedbanken dat op 23 december 2004 (Stb.2005,33) in werking is getreden. Ook is op 25 maart 2009 in werking getreden het Besluit zorgplan bespreking AWBZ-zorg<sup>89</sup>. Dit besluit geeft invulling aan het begrip “verantwoorde zorg” voor wat betreft het bespreken van de te verlenen zorg met cliënten aan wie langdurige AWBZ-zorg wordt verleend. Het gaat daarbij onder andere om de plicht tot het bespreken van het zorgplan.



## 12 Overgang naar de Wet cliëntenrechten zorg

De minister van VWS heeft in 2008 aangekondigd dat hij de rechtpositie van de cliënt wil verstevigen en daartoe de rechten van de cliënt die nu in meerdere wettelijke regelingen verspreid zijn, wil samenbrengen in één nieuwe, solide, wettelijke regeling. Dit betekent dat ook de Kwaliteitswet zorginstellingen zal opgaan in die nieuwe Wet cliëntenrechten zorg<sup>90</sup>. In dit wetsvoorstel krijgt de cliënt onder andere recht op goede zorg. Daaronder wordt uitdrukkelijk ook begrepen dat de zorg veilig dient te zijn. Dit laatste is onder meer het gevolg van de aanbeveling van de Onderzoeksraad voor Veiligheid die naar aanleiding van de casus Radboud-ziekenhuis heeft geadviseerd om het begrip verantwoorde zorg aan een nader onderzoek te onderwerpen, gericht op het wegnemen van onduidelijkheden<sup>91</sup>. Naar het zich laat aanzien zal in de WCZ een bepaling worden opgenomen analoog aan het huidige artikel 3 van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Waar het gaat om de verplichting om de zorgverlening zo te organiseren dat die redelijkerwijs leidt tot “goede zorg” verdient het aanbeveling daarbij uitdrukkelijk op te nemen dat de zorgaanbieder zich dient te bedienen van “zodanige bouwkundige voorzieningen” dat dit redelijkerwijs moet leiden tot goede zorg. Voor zover nodig dient de zorgaanbieder in te staan voor geschikte (lees: tenminste veilige) bouwkundige voorzieningen. Op die manier kan worden voorzien in de lacune die ontstaat als gevolg van het feit dat met de WCZ de WTZi zal worden ingetrokken. In dit verband is van belang dat in de WCZ tevens de mogelijkheid zal worden opgenomen om krachtens algemene maatregel van bestuur de term goede zorg nader in te vullen. Aangezien goede zorg mede betrekking heeft op de daarvoor benodigde bouwkundige voorzieningen, dient uitdrukkelijk te worden voorzien in de mogelijkheid dat bij algemene maatregel van bestuur regels ten aanzien van die bouwkundige voorzieningen worden gesteld. Dit betekent niet dat het systeem van geconditioneerde zelfregulering dat ten grondslag ligt aan de Kwaliteitswet Zorginstellingen als zodanig ter discussie wordt gesteld. Wel is er alle aanleiding om te bepleiten dat de overheid, ook na intrekking van de WTZi over de mogelijkheid blijft beschikken om, daar waar dat geboden is, nadere regels te stellen aan de voor goede zorg vereiste bouwkundige voorzieningen.



## 13 Betekenis Bouwbesluit voor de bouwnormen in de zorg

Zoals hiervoor aangegeven volgden de prestatie-eisen van artikel 10 WTZi de systematiek van het Bouwbesluit. Biedt dit besluit na het buiten werking stellen van artikel 10 WTZi een kader om de bouwkwaliteit nader te regelen in plaats van een algemene maatregel van bestuur?

Artikel 2 Woningwet bepaalt dat bij of krachtens algemene maatregel van bestuur uit het oogpunt van veiligheid, gezondheid, bruikbaarheid, energiezuinigheid en milieutechnische voorschriften worden gegeven omtrent het bouwen van bouwwerken. Bij of krachtens dezelfde algemene maatregel van bestuur worden vanuit het oogpunt van veiligheid, gezondheid en bruikbaarheid voorschriften gegeven omtrent de staat van bestaande bouwwerken. Achtergrond van deze regeling was het gebrek aan uniformiteit die de gemeentelijke bouwverordeningen ten toon spreidden.

Het Bouwbesluit 2003 geeft per beoordelingsaspect de eisen voor alle typen bouwwerken.<sup>92</sup> De voorschriften worden ingedeeld in de vijf uitgangspunten: veiligheid, gezondheid, bruikbaarheid, energiezuinigheid en milieu. Bij het aanvragen van bouwvergunningen wordt op alle onderdelen getoetst. De eisen van het Bouwbesluit zijn echter ook relevant voor de bestaande bouw. De eisen voor nieuwbouw zijn ruimer en inhoudelijk zwaarder dan de eisen voor bestaande bouw. Voor bestaande bouw geldt bijvoorbeeld de eis van energiezuinigheid niet. Voor bouwwerken niet zijnde gebouwen gelden slechts de uitgangspunten veiligheid en gezondheid, die daarmee laten zien de meest fundamentele te zijn. Wat hiervan de ultieme consequentie is, zullen wij later nog bespreken. De staat van bestaande bouw kan worden getoetst aan de uitgangspunten veiligheid, gezondheid en bruikbaarheid. Het is verboden een bouwwerk in strijd met de eisen van het Bouwbesluit in stand te houden (artikel 1b lid 2 Ww). Daarmee is er een tweedeling in het gebruik van de normen die correspondeert met een ex ante en ex post toetsing, zodat de toetsing niet enkel plaatsvindt in het kader van een aanvraag voor een bouwvergunning.<sup>93</sup>

Het Bouwbesluit werkt de beoordelingsaspecten afzonderlijk uit, gesplitst voor nieuwbouw en voor bestaande bouwwerken. Het Bouwbesluit geeft telkens zowel de functionele eis aan waaraan een bouwwerk moet voldoen, alsook een uitwerking in prestatie-eisen. Deze prestatie-eisen bevatten grenswaarden en eenduidige bepalingsmethoden en zijn daardoor te zien als concretisering van de functionele eis. De eisen worden afhankelijk gesteld van de gebruiksfunctie van het bouwwerk. Het Bouwbesluit onderscheidt een twaalftal gebruiksfuncties, waaronder woon-, industrie-, kantoor-, logies-, onderwijs-, en winkelfuncties, en ook afzonderlijk de gezondheidszorgfunctie:

*“Hierbij gaat het bijvoorbeeld om ruimten voor de behandeling of verpleging van patiënten in een ziekenhuis, een verzorgingstehuis, een psychiatrische inrichting, een medisch centrum, een polikliniek en een praktijkruimte voor een huisarts, fysiotherapeut of tandarts.*

*Verder dient te worden opgemerkt dat een verpleeghuis, vanwege het feit dat bewoners er over het algemeen permanent verblijven, tevens een woonfunctie omvat”.<sup>94</sup>*

Omdat de bouweisen per functie gelden en niet per type gebouw, kan een gebouw meerdere functies en dus eisen omvatten. Voor de ruimten met kantoorfuncties gelden andere eisen, dan voor het restaurant ('bijeenkomstfunctie') en weer andere voor een ruimte voor dwangmatige verpleging ('celfunctie'). Zorggebouwen kennen in de regel een dergelijke bundeling van functies rond de gezondheidszorgfunctie.

De methode van prestatie-eisen van het Bouwbesluit biedt duidelijkheid vooraf en door de aangewezen bepalingsmethode kan in geval van twijfel eenduidig worden vastgesteld of met een gekozen ontwerp oplossing daadwerkelijk aan de prestatie-eis wordt voldaan. Men is echter vrij om aan te tonen dat het ontwerp weliswaar niet aan de prestatie-eisen maar wel materieel aan de functionele eisen voldoet (het gelijkwaardigheidbeginsel). Het Bouwbesluit biedt door een flexibele normstelling de mogelijkheid tot afwijking van de prestatie-eisen “voor zover anders dan door toepassing van het voorschrift het bouwwerk of het betrokken gedeelte daarvan tenminste eenzelfde mate van veiligheid, bescherming van gezondheid, bruikbaarheid, energiezuinigheid en bescherming van het milieu biedt” (art.1.5 Bouwbesluit).

Het Bouwbesluit is bedoeld als een uitputtende regeling voor algemene bouwvoorschriften.<sup>95</sup> Artikel 5 van de Woningwet bepaalt dat het Bouwbesluit in overeenstemming wordt gebracht met technische voorschriften omtrent het bouwen, die zijn of worden gegeven bij of krachtens andere algemene maatregelen van bestuur. Te denken valt aan bouw- of woontechnische voorschriften van algemene strekking met betrekking tot bijvoorbeeld zorginstellingen. De wetgever beoogt hier alle technische voorschriften van algemene strekking omtrent bouwen in één besluit samen te brengen. Niettemin kan de bijzondere functie van een bepaald gebouw nog steeds het stellen van specifieke voorschriften met zich brengen. Het Bouwbesluit zal in dat geval niet met die voorschriften in overeenstemming worden gebracht.<sup>96</sup> Een afzonderlijke regeling is dus aangewezen.

In het Bouwbesluit wordt voor de gezondheidszorgfunctie bovendien rekening gehouden met de verschillende functies van gebouwen of delen daarvan. Zo is een operatiekamer een gebouwdeel met een gezondheidszorgfunctie.<sup>97</sup> De mate van strengheid van bijvoorbeeld brandvoorschriften wordt hieraan aangepast.

Maar een beperkt deel van de prestatie-eisen zijn in het Bouwbesluit 2003 ondergebracht. De verklaring daarvoor is zowel structureel als inhoudelijk. De eisen van het Bouwbesluit zijn algemener en dekken nu eenmaal niet eisen die voortvloeien uit de inrichting van bouwkundige

voorziening voor de zorgverlening. Op algemene aspecten van veiligheid, gezondheid en bruikbaarheid worden de gezondheidszorgfuncties aangepast. Bij het aspect 'gezondheid' gaat het ten dele om zaken die ook onder de omgevingsfactoren van bouwmaatstaven vallen (daglicht en geluidsniveau), niet om de zorgfunctie van het gebouwde. In het kader van de zorg is er bovendien aanleiding boven de algemene normen uit te gaan en zorgspecifiek aan te scherpen.<sup>98</sup> De prestatie-eisen zijn uiteraard zorgspecifiek en daarom nog ingedeeld naar de gebruiksfunctie, zoals dit ooit het geval was in het Bouwbesluit. In het huidige Bouwbesluit zijn de eisen voor alle typen bouwwerken opgenomen en ingedeeld per beoordelingsaspect. Wil men de prestatie-eisen inpassen in het huidige Bouwbesluit, dan zouden deze moeten worden verdeeld over de vijf beoordelingsaspecten. Gezien de specifieke eisen voor de verschillende zorgfuncties is een dergelijke indeling niet erg logisch. Als voorbeeld voor het indelingsprobleem kan dienen de eis van de aanwezigheid van een downflowsysteem in de operatiekamers van ziekenhuizen. Luchttoevoer en inblaasprofiel moeten zo gekozen zijn dat de lucht geen contaminatiebronnen passeert alvorens in het operatiegebied of over de instrumententafel te stromen om kruisinfectie te vermijden.<sup>99</sup> Dit is een veiligheidseis, maar past niet in de categorieën van hoofdstuk 2 van het Bouwbesluit, dat over de veiligheidsaspecten gaat. In hoofdstuk 3 van het Bouwbesluit staan de voorschriften uit het oogpunt van gezondheid. Daarin zijn voorschriften opgenomen met betrekking tot luchtverversing, maar daarin zijn niet goed inpasbaar de zeer specifieke prestatie-eisen. De wetgever stond niet voor ogen dergelijke al te specifieke eisen in het Bouwbesluit op te nemen. Ingevolge artikel 5 van de Woningwet wordt het Bouwbesluit slechts gelijkgesteld met technische bouwvoorschriften van algemene strekking die zijn of worden gegeven bij krachtens een andere algemene maatregel van bestuur. Indien zorgspecifieke eisen in een algemene maatregel van bestuur zouden worden vastgelegd, zou het Bouwbesluit hiermee niet in overeenstemming worden gebracht. Een reden om de bouwkwaliteit voor de zorg niet in het Bouwbesluit, maar onafhankelijk daarvan te reguleren.<sup>100</sup>

In de Tweede Kamer heeft de minister gereageerd op het idee van het onderbrengen van de prestatie-eisen in het Bouwbesluit. De minister was hier op tegen, nu zijn beleid er juist op gericht was om normen vooraf te vervangen door toezicht achteraf. Indien de prestatie-eisen zouden worden ondergebracht in het Bouwbesluit, zou impliciet het bouwregime blijven bestaan.<sup>101</sup> Wij zien hier een laatste argument voor een zelfstandig besluit zorgbouwbesluit, omdat de oude taak van het College bouw zonder de benodigde expertise zou worden overgeheveld naar de gemeenten.





## 14 Het voorstel van het sanctioneren van de privaatrechtelijke kwaliteitsnormen door een publiekrechtelijke beroepsorganisatie (transformatie Orde Medisch Specialisten op voorstel RVZ)

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg meent dat de Raad van Bestuur van het ziekenhuis niet over voldoende instrumenten beschikt om zijn verantwoordelijkheid voor integrale kwaliteit van zorg waar te maken<sup>102</sup>.

De kern van de problematiek is volgens de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) dat het interne kwaliteitssysteem niet sluitend is want: *“terugkoppeling en verantwoording zijn niet geborgd en intercollegiale toetsing is vrijblijvend en besloten”*. De Raad schrijft dat er *“keiharde noodzaak”* is voor verandering en de Raad van Bestuur over adequate middelen moet gaan beschikken. Ter illustratie van die noodzaak verwijst de Raad naar het feit dat de Orde van Medisch Specialisten (‘OMS’) in een reactie op het IGZ-rapport over de veiligheid op operatiekamers zelf heeft geconstateerd dat vele richtlijnen niet worden nageleefd in de praktijk. Om hierin verandering te brengen stelt de RVZ voor om de OMS om te vormen tot een publiekrechtelijke organisatie die richtlijnen dwingend kan voorschrijven en waarbij voorzien wordt in sancties bij niet-naleving. Bij dit laatste denkt de RVZ onder andere aan de mogelijkheid om niet-naleving te koppelen aan doorhaling van de registratie.

De vraag is of de door de RVZ voorgestelde oplossing wel past bij de huidige inzichten over de noodzaak dat maatregelen ter bevordering van kwaliteit en veiligheid daadwerkelijk worden gedragen door alle betrokkenen. De juridische figuur van de verordenende bevoegdheid kan in dat proces moeilijk worden geplaatst. In de nota *Ruimte en Rekenschap voor zorg en ondersteuning*<sup>103</sup> hebben de bewindslieden van VWS afstand genomen van dit voorstel omdat daarvan *“geen oplossing voor de geconstateerde problemen”* te verwachten valt.<sup>104</sup> De OMS zelf en de NVZ zagen eveneens geen heil in het voorstel. Op het gebied van de bouwnormering zien wij geen bijzondere rol voor de OMS, alleen al omdat zij maar over een deelaspect van de bouwkwaliteit expertise bezit.

In algemene zin is een publiekrechtelijke organisatie voor bouwkwaliteit nog niet aan de orde. In samenspraak met het veld kunnen de bouwnormen worden vastgesteld en ontwikkeld zonder dat daarvoor een nieuw orgaan in het leven wordt geroepen. De wet biedt daarvoor reeds de aanknopingspunten. Het College bouw handhaven voor alleen deze functie (vergelijkbaar met artikel 10 WTZi) vergt een wetswijziging. Het politieke draagvlak daarvoor achten wij gering. De eerstvolgende logische stap is een besluit zorgbouwnormen vast te stellen. Indien de verdere ontwikkeling van de normen een dergelijke vlucht neemt, dat een zelfstandig bestuursorgaan daarvoor noodzakelijk blijkt, kan daarover alsnog worden besloten.



## 15 Adviesrol TNO (Centrum Zorg en Bouw)

Om de expertise van het College bouw niet verloren te laten gaan, is gezocht naar een wijze van continueren van zijn werkzaamheden als adviserende instantie. Daaruit is het Centrum Zorg en Bouw voortgekomen. Het centrum maakt onderdeel uit van TNO. Het Centrum Zorg en Bouw adviseert in opdracht van de IGZ over de stand van zaken van de gebouwen in de gezondheidszorg aan de hand van de door het veld opgestelde veldnormen.<sup>105</sup> Bij het opstellen van dergelijke veldnormen kan door het Centrum Zorg en Bouw bijstand worden verleend. Het Centrum verzamelt voorbeelden uit de nationale en internationale praktijk. De verwachting is dat op basis daarvan een beperkte set veldnormen kan worden ontwikkeld.

Daarnaast brengt het Centrum in opdracht van IGZ de kwaliteit van de gebouwen van de gezondheidszorg in beeld.<sup>106</sup> Jaarlijks wordt daarvoor een sector uitgekozen. In 2009 wordt de monitoring van de gehandicaptenzorg afgerond.

Ten slotte beoogt het Centrum een *“makelaarsfunctie”* te vervullen op het gebied van patiëntveiligheid (genoemd worden brandveiligheid, apparatuurveiligheid, gevaarlijke stoffen, luchtbehandeling en protocollering van werkprocessen en het functioneel ontwerp van gebouwen). Het Centrum neemt zich voor concrete producten te leveren zoals een toolkit geïntegreerde patiëntveiligheid voor hoog risico-afdelingen en het verder ontwikkelen van de zg. brandveiligheidsmatrix.

Wij menen dat als de minister middels een algemene maatregel van bestuur de contouren vaststelt van bouwnormen voor de zorg in de eerste plaats geput kan worden uit de opgebouwde kennis van het College bouw en het dus relevant is dat deze kennis niet met de opheffing van de wettelijke taken per 1 januari 2010 verloren gaat. Er is tevens een centrum gecreëerd, dat een functie kan vervullen bij het actualiseren van de normen, omdat het instellen van een bouwnormenregeling niet uitsluit, maar impliceert, dat VWS met het veld verantwoordelijkheid neemt voor de verdere ontwikkeling van bouwnormen en daardoor de grenzen kan bepalen van waar de uitwerking aan veldnormen kan worden overgelaten.

Wij achten het ten slotte ook niet reëel te verwachten dat de IGZ zonder aangereikte normen adequaat toezicht kan houden, noch dat zij zonder ondersteuning dit toezicht kan verrichten. Het voorhanden zijn van voldoende kennis is een feitelijke conditie voor het met succes kunnen handhaven van bouwnormen.





## 16 De 'zachte' kant van bouwkwiteit

Bouwkwiteit heeft – zoals wij zagen - verschillende aspecten. Waar de veiligheid in het geding is, zal juridische interventie snel een draagvlak vinden. Op het moment dat niet de bescherming van de lichamelijke integriteit (grondwettelijke verankerd in artikel 11 Gw), maar van de kwaliteit van zorg in termen van effectiviteit en satisfactie aan de orde is, behoeft juridisering een extra motivering. Reden om tot slot nog aandacht te besteden aan het imponderabele eind van het spectrum van kwaliteitsnormering. Nu de investeringsbeslissing worden vrijgegeven aan de marktwerking is juist hier de beschermende werking van het recht geboden. In kosten-baten-analyse zouden minder robuuste, maar niet minder wezenlijke aspecten van kwaliteit als eerste onder druk kunnen komen te staan. Voor wij tot een samenvatting van de te reguleren bouwnormen komen, staan wij stil bij dit aspect van bouwkwiteit.

Wanneer wij spreken van een 'kwaliteitsproduct' en van een kwalitatief hoogwaardig gebouw associëren wij 'kwaliteit' met het duurzame, het zich onderscheidende van het gemiddelde, het doordacht en goed met elkaar samenhangende en vooral ook met voor de gebruiker zichtbare, herkenbare kwaliteit in vormgeving. Het spectrum van bouwkwiteit is niet lineair. Functionaliteit in enge zin en doelmatigheid in kosten zijn andere dimensies. 'Kwaliteit' is niet per se de pure esthetiek van bouw en inrichting in tegenstelling tot functionaliteit bijvoorbeeld, maar herkenbare kwaliteit heeft zeker een esthetisch component. Voor de bouw in de zorg kan 'kwaliteit' in deze zin nader worden gepreciseerd met de term 'healing environment'.

Onder de fundamentele principes van de architectuur schaarde de Romein Vitruvius in zijn befaamde *Tien boeken over de architectuur* : dat een tempel van Asclepius in een 'gezonde omgeving' (letterlijk een 'healing environment') moest worden gebouwd. Als zieken daar worden behandeld, ondermeer met water uit helende bronnen, zullen ze sneller genezen, aldus Vitruvius, hetgeen bijdraagt aan de reputatie en waardigheid van de god aan wie de tempel is gewijd.<sup>107</sup> De relatie tussen gebouwde omgeving en welzijn, welbevinden en ook gezondheid is wellicht nooit ver weg geweest, doch in ieder geval in de vorige eeuw steeds prominenter aan bod gekomen. Deze ontwikkeling vond zijn eerste neerslag in de regelgeving van de Woningwet (1901) en de Wet op de ruimtelijke ordening. De Woningwet en de Gezondheidswet werden niet toevallig in 1899 gelijktijdig ingediend. 'Licht en lucht' was het motto om de volkshuisvesting te verbeteren.<sup>108</sup> In de zorg is aan het einde van de vorige eeuw de aandacht voor subtielere aspecten van de 'healing environment' naar voren gekomen. Wij noemen enkele voorbeelden:

- Bij de nieuwbouw van het Antonius Ziekenhuis – Zuid-West Friesland (Sneek) heeft men architectonisch rekening gehouden met het aspect van healing environment, dat patiënten



graag uitzicht naar buiten hebben als zij op een verpleegafdeling moeten verblijven. Het ziekenhuisontwerp uit 1994 brak met de tegenstelling in 'deurbedden en raumbedden' zoals in oude meerbedskamers in ziekenhuizen gebruikelijk was. Er is voor gezorgd dat elk patiëntenbed bij het raam staat zodat de patiënt naar buiten kan kijken en daarop is de architectuur van het gebouw ten opzichte van de tuin aangepast.<sup>109</sup>

- Enige jaren later kwam het Academisch Ziekenhuis Groningen gereed (1996). De eerste bouwplannen dateren uit de jaren zeventig en het bouwconcept dat men aanvankelijk voor ogen had bestond uit een aantal losse gebouwen, met eigen ingangen en parkeerplaatsen. Het geheel was een samenstel van identieke gebouwen, sober, gemakkelijk schoon te maken en te onderhouden, maar met een onpersoonlijke en saaie uitstraling. Gaandeweg wijzigde het concept niet voor de afdelingen maar werd centraal 'rond de patiënt gebouwd'. De ziekenhuissfeer werd doorbroken en de functionaliteit werd ingeruild voor een herkenbaar, vriendelijk en toegankelijk gebouw voor de patiënt maar waarin alle afdelingen een eigen gezicht hebben. De centrale hal met gangen werden als het ware winkelstraten. De verbindende bouwelementen hebben de gezelligheid van een stadsbuurt.<sup>110</sup>
- Het nieuwe Martini Ziekenhuis dat in 2007 werd opgeleverd was echter al nadrukkelijk gebouwd volgens het 'Martini health design' met als twee pijlers de healing environment en de IFD-bouw (industriële, flexibele en demontabele bouw voor duurzaamheid). Daarmee wilde het Martini Ziekenhuis zeer nadrukkelijk trendsetter zijn voor een nieuw concept.<sup>111</sup> Doelstellingen waren o.a. 30% meer daglicht, goede belevingsoriëntatie, consequent gebruik van een speciaal ontwikkeld kleurenpalet, geluidsreductie en overzichtelijkheid. Bewust werd gepoogd om de factor natuur te integreren via een open binnengebied in samenwerking met Natuurmonumenten.<sup>112</sup> Inmiddels blijkt uit de eerste onderzoeken dat de patiënten het lichte, kleurrijke en transparante gebouw waarderen. De privacy en inrichting van de patiëntenkamers zijn een verbetering ten opzichte van de oudbouw. De oriëntatie in het grootschaliger gebouw wordt niet als verbetering ervaren.<sup>113</sup>
- Eind 2008 opende het Deventer Ziekenhuis op de Rielerenk aan de rand van Deventer met uitzicht op een groene omgeving de deuren van een nieuwbouw, die niet minder zich heeft willen baseren op het concept van healing environment. Naast medisch-technische mogelijkheden zijn voor de vormgeving van het ziekenhuisgebouw het bewustzijn dat de gebouwde omgeving een positief effect kan hebben op gezondheid en welbevinden van de patiënt, bezoekers en medewerkers leidend geweest.<sup>114</sup>

Men kan inmiddels stellen dat healing environment een belangrijke rol speelt bij het idee over de kwaliteit van de zorgbouw van woonzorgcombinaties tot de ziekenhuisbouw.<sup>115</sup> Healing environment eisen werden al in 2002 in de Bouwmaatstaven Algemeen Ziekenhuis (paragraaf 4.6) als eisen aan de 'kwaliteit van de omgeving' opgenomen. Het College bouw werkte verder aan de ontwikkeling van het concept healing environment.<sup>116</sup> Met de opkomst van het begrip healing environment bij gebruikers en architecten nam ook de belangstelling vanuit de wetenschap toe.



In 2008 verscheen hierover een rapport van het College bouw *Kwaliteit van fysieke zorgomgeving. De stand van zaken onderzoek omgevingsvariabelen en de effecten op de (zieke) mens*.<sup>117</sup> Deze wetenschappelijke belangstelling riep al spoedig de vraag op naar het 'Evidence Based Design'.<sup>118</sup> Bij deze gelegenheid werd gesignaleerd dat evidence based design zich niet primair van bouwkundige termen bedient, omdat zij vooral is ingegeven door de omgevingspsychologie. De disciplines staan dus nog in een vrij los verband met elkaar.<sup>119</sup> Niettemin heeft het College bouw wel beoogd inzichtelijk te maken en te concretiseren wat de belangrijkste omgevingsvariabelen zijn waar in het ontwerp van een zorggebouw rekening mee kan worden gehouden. Kern daarvan zijn een aantal bewezen helende omgevingsvariabelen, doch de scope is iets breder dan dat. Er zijn inderdaad effecten meetbaar in de fysieke omgeving (daglicht, akoestiek, contact met de natuur), doch er zijn verder indirecte effecten, waarvan stress als een van de belangrijkste wordt gezien. Andere aspecten van de zorgomgeving zijn de ervaren controle of invloed op de omgeving, sociale interactie en steun, privacy, gezondheidsbevorderend gedrag (uitnodigend/remmend) en restoratieve effecten van ontspanning of rustgevende natuur en dergelijke. Aan de factor stress worden verschillende aspecten verbonden ('stressors', zoals lawaai, temperatuur en drukte/crowding), maar ook meer algemene ruimtelijke principes zoals door hun stimulatie (vorm en kleur, layout van de ruimte), coherentie (helderheid en begrijpelijkheid van de gebouwelementen en de vorm) en affordances (gebruikersvriendelijkheid).<sup>120</sup> De meer fysieke eenduidige componenten leiden tot gerichte aanwijzingen, zoals het gebruik van voldoende licht in het gebouw, zorg voor ramen en uitzicht, het beheersen van het geluidsniveau (ruimte-akoestiek), oriëntatie en routing, luchtkwaliteit etc. Onderzoek naar zaken als materiaal en kleur staat nog relatief in de kinderschoenen. Een en ander draagt wel bij tot het opstellen van 'prestatie-indicatoren' voor healing environment van zorggebouwen. Het Centrum Zorg en Bouw van TNO heeft hiervoor reeds een eerste ontwerp gemaakt in het zogenaamde OAZIS-systeem ('Onderzoek Aantrekkelijkheid Zorgomgevingen met behulp van de Impact Scan'). Op acht variabelen wordt de kwaliteit van de fysieke zorgomgeving gescoord en de uitkomst geeft een indicatie van de mate waarin gesproken kan worden van een healing environment. Voor ons betoog is relevant dat hiermee een begin gemaakt is aan het zo niet meetbaar, dan toch inzichtelijk maken van wezenlijke aspecten voor de zorgbouw, die tot nu toe geen plaats hadden in de kwaliteitsbeoordeling. De vraag is in welke mate deze aspecten verdere verankering behoeven.

Minder in termen van waarborgen als wel van faciliteren is het drietal algemene ruimtelijke principes die gelieerd waren aan stress: stimulatie, coherentie en gebruiksvriendelijkheid. Uitgangspunt daarbij is dat mensen het beste functioneren bij gemiddelde niveaus van stimulatie. Een tekort aan stimulatie betekent verveling. De monotonie van rechte vlakken met zich herhalende elementen is in deze zin disfunctioneel evengoed als een gebrek aan eenheid in het ontwerp door een bonte verzameling van verschillende niet samenhangende elementen een onrustige indruk maakt. Bij coherentie gaat het om de herkenbaarheid van de bouwomgeving en deze moet uitnodigen tot gebruik.

Zelfs deze principes vatten nog niet volledig, wat men intuïtief kan aanvoelen als de schoonheid van het ontwerp dat de gebruiker tegemoet komt en in de esthetische receptie voor een





vorm van welzijn of behagen verantwoordelijk is. Hoewel het niet zo eenvoudig is hierover in wetenschappelijke termen te spreken, is het ook zeker niet onmogelijk. 2500 jaar esthetica zijn niet helemaal voor niets geweest. Een samenvatting van hetgeen het denken over architectuur te bieden heeft, vindt men bijvoorbeeld in Alain de Bottons *De architectuur van het geluk*.<sup>121</sup> Men zou het zich op het vlak van de esthetica te gemakkelijk maken met de stelling dat smaken wat betreft architectuur nu eenmaal verschillen. De Botton concludeert:

*“De gebouwen die we bewonderen hebben uiteindelijk met elkaar gemeen dat ze op allerlei manieren waarden verheerlijken die wij hoogachten – dat ze met andere woorden via hun materialen, vormen en kleuren verwijzen naar zulke van oudsher positieve eigenschappen als vriendelijkheid, goedheid, fijnzinnigheid, kracht en intelligentie. Ons gevoel voor schoonheid en ons idee van wat een goed leven behelst zijn met elkaar verstrengeld..... Hoe nauw visuele smaak en ons gevoel voor waarden met elkaar verweven zijn is het helderst verwoord door Stendhal, toen hij schreef: “schoonheid is de belofte van geluk”.<sup>122</sup>*

De psychologische verklaring is dat de vormtaal van onze gebouwde omgeving ons iets zegt. Die taal is zo algemeen – wanneer niet universeel dan toch wijd verbreid – dat de conclusie van De Botton maatschappelijk relevant is:

*“We lijken het niet te kunnen laten om al dan niet onbewust onze eigen innerlijke drijfveren aan gebouwen af te lezen en de tegenstelling die sommige bouwwerken ten toon spreiden in verband te brengen met strijdige kanten van ons eigen karakter. De spanning tussen gebogen en rechte lijnen in een voorgevel weerspiegelt de wrijving tussen emotie en rede in ons zelf. In ongelakt hout zien we menselijke integriteit en in vergulde panelen menselijk hedonisme. Glasplaten met wilgenprint en zwarte betonblokken (waaruit de buitenmuur van de universiteitsbibliotheek van Utrecht bestaan) lijken de natuurlijke pendanten van vrouwelijke en mannelijke trekken.”<sup>123</sup>*

De gevolgtrekking is dat het met name in de zorg, waarin de patiënt of cliënt ondersteuning behoeft van zijn omgeving, relevant is bij het ontwerp te streven naar een zekere harmonie van verschillende beeld- en vormelementen. De monotonie van grote, rechthoekig verdeelde gevels en wanden biedt niet de variatie en de ‘beschutting’ van meer natuurlijke vloeiende, gevarieerde (metamorfoserende) en omhullende vormen. Nu zijn de rechte hoek, de rechte gang en de vlakke gevel nog vrij dominant in de bouwvormen. Gestreefd kan worden naar harmonisch samengaan van koelere en warmere kleuren, harde en vriendelijkere materialen en het verbinden van kleinschalige ruimten en grootschalige structuren, waardoor een zekere geborgenheid met helderheid en transparantie van de grotere bouwkundige structuur kan samengaan.

Vitruvius stelde de proporties van de mens aan ontwerpen in de bouwkunst ten voorbeeld. Bekend is de illustratie van Da Vinci van de mens omsloten door cirkel en vierkant. De mens als maat der dingen is een voor de handliggende gedachte, wanneer het om zijn behuizing en omgeving gaat en niet alleen gedacht wordt in termen van een minimale materiële functionaliteit.



De architectuur is na een doorgeschoten functionalisme op inspiratie van ondermeer Gaudí ('Casa Milà', 'Sagrada Família'), Le Corbusier (zijn 'modulor' en Kapel te Ronchamps), Frank Lloyd Wright ('Guggenheim' museum), de fin Alvar Aalto ('Aalto-Theater'), Hans Scharoun (Haus Schminke en 'Philharmonie'), Jørn Utzon (Sidney Opera House) en Friedensreich Hundertwasser ('Hundertwasserhaus' in Wenen<sup>124</sup>) om een aantal grotere namen en iconen te noemen opnieuw de beleving en de menselijke maat gaan herontdekken.

Het is waarschijnlijk geen toeval dat een bouwvorm van een bouwstijl die zich expliciet tot een beleving- en harmoniemodel heeft bekend in de zorg inmiddels is aangeslagen. Wij doelen op de 'organische architectuur'. Ook dit is uiteraard een verzamelnaam voor een bredere beweging met verschillende architectonische preferenties. Zij is in Nederland vooral in de aandacht gekomen door een aantal grotere ontwerpen op de kantorenmarkt (NMB bank Amsterdam Zuid Oost, KPMG hoofdkantoor te Amstelveen en Gasunie te Groningen), die waardering oogstten bij het publiek. Er zijn inmiddels een hele serie zorggebouwen in deze stijl.<sup>125</sup> Door een internationaal gezien unieke voorsprong<sup>126</sup> is deze ontwikkeling in ontwerpen voor het zorgvastgoed beschikbaar. Als concept van de zorgbouw gericht op healing environment bevat de 'organische architectuur' zeker elementen die bredere navolging verdienen.<sup>127</sup>

In kunst in het algemeen is het niet- of zelfs anti-esthetische soms functioneel en deel van het idioom. In de zorg daarentegen is een bouwstijl op zijn plaats die de patiënt of bewoner gerust stelt, op zijn gemak laat zijn en hem de harmonie voordoet die onderdeel uitmaakt van het gezond zijn. Hier heeft de esthetische vormgeving (letterlijk de vormgeving 'voor de zintuigen') op zichzelf dus een zuiver functionele betekenis en valt de tegenstelling tussen nuttig gebruik en vormgeving weg, omdat de zorg voor de patiënt beide verbindt. Bewuste vormgeving met het oog op de cliënten-beleving – wij veralgemeniseren daarmee het principe – moet een eis blijven voor zorgbouw. Zij kan als eerste door afwegingen van korte termijn rendement en technische functionaliteit in enge zin in verdrinking komen. Zij verdient bescherming en kan door (ex ante) normstelling nog verder worden gestimuleerd. Het volume aan zorgbouw is dermate omvangrijk, de gerealiseerde voorzieningen voor termijnen van 30 jaar of meer vrijwel onveranderbaar, de invloed en uitstraling naar de publieke ruimte zodanig, dat aan de met semi-publieke middelen gebouwde architectuur in dit opzicht hoge eisen mag worden gesteld.

Wij menen dat dit aspect niet reeds is belegd door de 'welstandstoets' van artikelen 44 lid 1 sub d jo. 12/12a Woningwet. De beoordeling op welstand gaat – blijkens de jurisprudentie – uit van de splitsing van functie en esthetiek.<sup>128</sup> De welstandstoets is een beoordeling die voornamelijk ziet op inpassing in de omgeving. De overheid motiveerde de welstandstoets met het streven naar ruimtelijke kwaliteit en samenhang en het voorkomen van conflicten over bouwinitiatieven aangezien de kwaliteit van de gebouwde omgeving steeds belangrijker wordt.<sup>129</sup> In gemeentelijke welstandnota's moeten de criteria voor welstand zijn vastgelegd (art. 12a Woningwet). Daarbij is veelal voor een esthetische maatvoering, kleur en materiaalgebruik en dergelijke vaak een plaats ingeruimd, maar deze heeft geen verband met de functie van de vormgeving als 'healing environment'. De welstandstoets is aanvankelijk als een soort 'excessen-

regeling' (correctieve toets) geïntroduceerd en zo functioneert de toets grotendeels nog op het moment waar de welstandseisen aan het esthetische element raken.<sup>130</sup>

Wij komen hier wel aan de grens van hetgeen juridisch kan worden geborgd, want een geslaagde vormgeving wordt gedragen door een de investering in creativiteit.<sup>131</sup> Stijl en creativiteit zijn geen voorwerp van juridische normen en regels. In de welstandsnota's wordt vaak in de criterium een esthetisch karakter van het ontwerp verlangd "ongeacht de bouwstijl of aan het ontwerp ten grondslag liggende architectuuropvatting".<sup>132</sup> *Dát* het ontwerp esthetisch is mag men voor de welstand wel eisen, en analoog eveneens *dát* het ontwerp van bouw met zorgfuncties in zijn esthetische vormgeving rekening houdt met de werking als 'healing environment'. Het is niet nodig de inhoud daarvan precies vast te leggen. De algemene normstelling kan stimuleren dat men vergelijkt en van elkaar leert en zou daarmee haar doel reeds vervullen. In haar meetbare aspecten is door de ontwikkeling van prestatie-indicatoren op aan healing-environment een basis te geven (zie het genoemde 'OAZIS'-model). Aan het slot van deze beschouwing verwijzen wij bij de huidige stand van zaken naar een mogelijke *best practice* van het integreren van de functionele benadering, de bedrijfseconomische efficiency en zorgzame architectuur als healing environment: het ontwerp voor de nieuwe Isala Klinieken te Zwolle<sup>133</sup>, hierna opgenomen als bijlage bij dit rapport.<sup>134</sup> Opmerking verdient daarbij dat in de keuze voor het ontwerp de stem van het publiek een belangrijke rol speelde en dat door het wijzigen van de kapitaal-lastenfinanciering het ontwerp aan een strenge financiële toets is onderworpen en is aangepast. Het wordt het eerste grote project dat zonder bouwvergunning van het College bouw wordt gebouwd. De praktijk zal uitwijzen of het gebouw in alle opzichten gaat functioneren als verwacht, maar onmiskenbaar is het ontwerp gericht op de integratie van de verschillende elkaar in de praktijk niet vanzelfsprekende vindende elementen tot een evenwichtig vorm gegeven geheel. Wij ronden bovendien met dit voorbeeld af als een inzet voor een niveau van zorgbouw dat illustreert dat de door ons voorgestane juridische oplossing in de praktijk geen enkel beletsel behoeft te zijn voor een duurzame en zorgzame bouw, die het gezicht van de omgeving gerust mag domineren.



## 17 Nieuw voorstel tot normering: Besluit zorgbouwnormen

Wij adviseerden normen voor de bouwkwaliteit in de zorg onder te brengen in een algemene maatregel van bestuur, die vooralsnog gebaseerd kan zijn op artikel 6 Kwaliteitswet zorginstellingen en over zal kunnen gaan naar een algemene maatregel van het bestuur op basis van de komende Wet cliëntenrechten zorg. Welke inhoud stellen wij ons daarbij voor? Voor de beantwoording van die vraag is het van belang om te komen tot een boedelscheiding in de bouwmaatstaven zoals ontwikkeld door het College bouw.

In de eerste plaats zal geen nader betoog behoeven dat de bouwkostennormen als zodanig integraal vervallen met de ex ante toets van de investeringslasten in het kader van de bouwvergunning. Voor de kosten per vierkante meter is de zorgaanbieder die investeert, verantwoordelijk. De businesscase van zijn investeringen in zorgvastgoed zal de zorgaanbieder hebben te verdedigen tegenover zijn financier, zijn raad van toezicht, zijn ondernemingsraad, zijn cliëntenraad en mogelijk ook (bij voorkeur) de zorgverzekeraars die hij voor zijn plannen hoopt te winnen. Als gevolg daarvan zijn ook de bouwmaatstaven die betrekking hebben op het vaststellen van niet-noodzakelijke bestanddelen achterhaald. Waar de bouwmaatstaven spreken van genormeerde aantallen vierkante meters moet men onderscheiden het deel dat betrekking heeft op de beoordeling van doelmatigheid (soberheid) van de investeringen en het deel dat betrekking heeft op de patiëntenbehoefte. Het spel van investeringsbeslissingen dat aan countervailing powers onderhevig is, laat zich niet vergelijken met het spel der vrije maatschappelijke krachten tussen patiënt en zorgaanbieder over wat bijvoorbeeld zijn minimale ruimtebehoefte op de patiëntenkamer is. De patiënt of zelfs de cliënt van een intramurale instelling zou doorgaans niet in de gelegenheid zijn daarover te onderhandelen. Als hij kiest voor de zorgaanbieder is er vervolgens een *take it or leave it*-verhouding als het aankomt op de bouwkundige voorziening. Hier is dus wel aanleiding om de normeringen in het belang van behoud van een goede kwaliteit van bouwkundige voorzieningen te handhaven. De privacynormen zijn daarop een vervolg.

Bij de bouwmaatstaven die zien op de kwaliteit (in niet-kwantitatief zin) kan een onderscheid gemaakt worden tussen die normen die beoogden een maximale kwaliteit te sanctioneren ('gepaste soberheid') en die kwaliteitsnormen die een minimale kwaliteit van zorg beogen te borgen. De laatste lenen zich in beginsel voor opneming in een publieke norm.

Hetzelfde geldt voor alle veiligheidsnormen die verwerkt zijn in de bouwmaatstaven, voor zover zij niet reeds zijn opgenomen in het Bouwbesluit 2003. Het gaat hier niet alleen om veilig-

heidsnormen jegens de patiënt, doch soms ook om arbo-technische normen die specifiek zijn voor de zorg (bijvoorbeeld afvoer van gassen bij operaties door bronafzuiging). Ook stellen wij ons voor dat bij een kritische toets op de brandveiligheidsnormen ten opzichte van het Besluit brandveiligheid gebruik bouwwerken er nog plaats kan zijn voor aanvullende eisen in zorginstellingen (bijvoorbeeld evacuatiemogelijkheden patiënten).

In de publieke bouwnormen kunnen maatstaven worden verwerkt die kwaliteitsgaranties borgen voor de medisch-technische voorzieningen.

Waar functionaliteits-eisen niet slechts de resultanten zijn van kostenefficiëntie, maar bijdragen aan een verantwoord niveau van zorg, verdienen ook deze normen een plaats in een publiek besluit (wij gaven voorbeelden van de bereikbaarheid van de voorziening, de afstanden tussen SEH en operatieafdeling in een ziekenhuis, de plaatsing van een afzonderings- of separeerruimte ten opzichte van de ingangen van een gebouw, bereikbaarheid van ambulancezorg e.d.).

Het reguleren van de privacy vindt bij voorkeur op een zo concreet mogelijk niveau plaats, waardoor een publieke norm voor zorgbouwvoorzieningen het beste medium verschaft.

Het College bouw maakt in zijn prestatienormen onderscheid tussen 'open normen' en 'gesloten' normen. Wanneer het gaat om de ontwikkelde bouwmaatstaven en nog te ontwikkelen normen voor healing environment zullen wij deels spreken van gesloten en deels van open normen. Ten aanzien van licht, temperatuur, binnen-akoestiek en geluidsnormen zullen de fysieke omgevingsaspecten, waarmee het College bouw een begin heeft gemaakt in haar bouwmaatstaven wellicht nog nader concreet worden uitgewerkt. Dat algemenere omgevingsfactoren zich niet eenvoudig in dergelijke gesloten normen laten vangen, betekent niet dat de overheid ervan zou moeten afzien, zoals wij hiervoor hebben betoogd. De bouwmaatstaven bieden voor aspecten van healing environment reeds een basis waarop kan worden voortgebouwd. Het model van het Bouwbesluit 2003 zou hier gevolgd kunnen worden door in termen van functionele eisen de normstelling in te richten. Met dergelijke normen kan richting worden gegeven aan nieuwbouw, door te verlangen dat bij het ontwerp de zorgaanbieder zich rekenschap geeft van de invloed van de structurering van de bouwkundige voorziening, de vormgeving, de kleurstelling en het gebruik van materialen invloed heeft op het welbevinden van patiënt of cliënt.



## 18 Slotbeschouwing

Met het vervallen van de toetsing van aanvragen voor een bouwvergunning in de zorg door het College bouw onder 'WTZi' verloren de daarbij gebruikte prestatie-eisen hun rechtskracht. Toch boden zij het enige concrete kader voor beoordeling van bouwkwaliteit in de zorg. De ontstaansgeschiedenis van dit kwaliteitskader laat zien dat aspecten van zuivere bouwkwaliteit ondergeschikt waren gemaakt aan de planning en aanbodsturing. De pogingen die er in de wetgeving zijn geweest om een zelfstandige grondslag te geven aan de bouwkwaliteitsnormering hebben niet geresulteerd in een zelfstandig normenkader. Daarmee zijn de bouwkwaliteitsnormen van de prestatie-eisen (bouwmaatstaven) in hun verwevenheid met andere aspecten van de aanbodregulering, spreidingsbeleid en kostenbeheersing, het enige relevante normenkader gebleven.

Bij de afschaffing van het regime van bouwvergunningen onder de WTZi is onvoldoende rekening gegeven van de effecten van het ontbreken van een wettelijke basis aan deze kwaliteitsnormen voor de bouw. Met de ex ante toetsing van overheidswege op bouwinvesteringen in de zorg als ondernemingsbeslissingen, viel ten onrechte de kwaliteitsnormering. In de parlementaire geschiedenis van de stelselwijziging en vervanging van de WZV door de WTZi hebben wij kunnen terugvinden, dat aanvankelijk de bedoeling was de opheffing van het bouwregime gepaard te laten gaan met een heldere normstelling voor bouwkwaliteit. Aan dit voornemen is geen gevolg geven. Waarschijnlijk is het in de omvang van de wetgevingsoperatie buiten beeld geraakt.

De vraag blijft of de bouwkwaliteit in het gewijzigde stelsel van zorgregulering voldoende is geborgd. Deze vraag beantwoorden wij negatief. De kwaliteitsborging is ondergebracht bij de normhandhaving via de Kwaliteitswet zorginstellingen. De evaluatie van deze wet en nader onderzoek hebben laten zien dat de normontwikkeling onder deze wet zeer traag verloopt. Van certificering en private handhaving van de kwaliteit kan naar onze mening niet worden verwacht dat zij een relevante sturende werking op de bouwkwaliteit uitoefenen en overheidsnormering kunnen vervangen.

De overheid heeft geen duidelijk beeld hoe de normstelling op het gebied van de bouwkwaliteit zou moeten worden ingevuld. Enerzijds wordt gedacht aan de invulling als veiligheidsnormen, anderzijds verlangt de wettelijke basis van verantwoorde zorg meer dan een basisniveau van veiligheid, namelijk bouwkwaliteit van een goed niveau, doelmatig en doeltreffend en gericht op de behoefte van de patiënt of cliënt (art. 2 Kw). De vage normstelling zal een hindernis blijken op tot een spoedige invulling tot stand te brengen.

De handhaving van de kwaliteitsnormen onder de Kwaliteitswet zorginstellingen is echter beperkt zolang de normstelling onvoldoende tot ontwikkeling komt. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ('IGZ') moet toezien op de bouwkwaliteit zonder te beschikken over een set heldere en geldende normen en zonder voldoende geëquipeerd te zijn om deze normen met het veld te ontwikkelen.

Het onderbrengen van kwaliteitseisen voor zorgbouw in het Bouwbesluit is naar onze mening niet de geëigende weg. De inrichting van het Bouwbesluit staat daaraan in de weg en het ontbreekt de gemeenten aan expertise de taak van het College bouw in de ex ante toetsing over te nemen. Nu de overheid wil afzien van ex ante toetsing zal op zijn minst centraal kennis bijeengebracht moet worden bij de IGZ om ex post met ondersteuning van door de expertise van bijvoorbeeld het Centrum Zorg en Bouw enig effectief toezicht te kunnen uitoefenen. De IGZ zal een proactieve rol op zich moeten nemen. Grote bouwprojecten zijn overzichtelijk in aantal. Wil toezicht ex post niet in te passief toezicht uitmonden, dan zal de IGZ wil zij haar mogelijkheden tot handhaving niet ingeperkt zien (vanwege de proportionaliteitseis van art. 3:4 Abw) tijdig van zijn bevoegdheden gebruik moeten maken om op kwalitatief niveau waar nodig te kunnen corrigeren.

Voor alles heeft de IGZ behoefte aan een normenkader, daar zij zelf geen normstellende bevoegdheid heeft. De vervallen prestatie-eisen van het College bouw bieden een systematisch geheel van kwaliteitsnormen. Wij adviseren deze – na de noodzakelijke technische aanpassingen – een nieuwe status te verlenen door de kwaliteitsnormen op te nemen in een vast te stellen algemene maatregel van bestuur op basis van artikel 6 Kwaliteitswet zorginstellingen: een Besluit zorgbouwnormen.

Met de komst van de Wet cliëntenrechten zorg verandert de noodzaak tot regulering van de bouwkwaliteit niet. Integendeel, normering van de bouwkwaliteit past goed in het streven een wettelijke basis te geven aan de rechten van de cliënt rechtstreeks jegens de zorginstelling. Als onderdeel van het recht op kwalitatief goede zorg heeft de cliënt recht op zorgverlening in een zorggebouw dat aan van overheidswege gestelde kwaliteitseisen voldoet. Het Besluit zorgbouwnormen kan worden gebracht onder de Wet cliëntenrechten zorg, indien deze wet de Kwaliteitswet zorginstellingen vervangt.

Voor de inrichting van een Besluit zorgbouwnormen is een boedelscheiding nodig in de prestatie-eisen zoals het College bouw die nalaat. Aspecten in de normstelling die betrekking hebben op de functies van de aanbodsturing en financiering van de bouwinvesteringen hebben geen functie meer. Er resteren normen over veiligheid, kwalitatieve functionaliteit, privacy en omgevingskwaliteit ('healing environment'). Wij adviseren met name voor de laatste categorieën een plaats in te ruimen als noodzakelijk tegenwicht tegen de druk van de prijsvorming op de zorg(inkoop)markt en kostenbeheersing door de instellingen. Eisen aan de omgevingsfactoren en de vormgeving van de zorgruimte verdienen borging via een Besluit zorgbouwnormen. De emancipatie van de patiënt of cliënt heeft evenmin voldoende gehad aan (paternalistische)

veiligheidseisen. De bouwmaatstaven bevatten voor de kwaliteitseisen aan de healing environment al een relevante aanzet.

Door deze overzichtelijke operatie van overheveling van de kwaliteitsnormen naar een nieuw besluit wordt veel tijd en moeite bespaard en wordt voorkomen dat een negatieve ontwikkeling van de bouwkwaliteit na mogelijk onomkeerbaar kwaliteitsverlies achteraf alsnog moet worden bijgebogen.







## Noten

- 1 Staatsblad 2009/19 en Stb. 2009/181
- 2 Brief d.d. 9 juli 2009, kenmerk MC-U-2941595, *Kamerstukken II*, 2009/10, 32 012, nr. 1.
- 3 Bedoeld is de huishoudelijke hulp in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning
- 4 H.J.J. Leenen & H.D.C. Roscam Abbing a.w. (1986), p. 19. Vgl. H.J.J. Leenen, *Sociale Grondrechten en Gezondheidszorg*, Hilversum: De Boer-Brand (1996)., zie ook M.C. Burkens, *Algemene leerstukken van grondrechten naar Nederlands constitutioneel recht*. Zwolle: Tjeenk Willink (1989), p. 78 en 79.
- 5 In de zin dat opgekomen kan worden tegen de onrechtmatige overheidsdaad van verzaking en schending van een rechtsplicht van de overheid: zie President Rechtbank Zwolle, 14 februari 2000, TvGR 2000/29. Vgl. J.H. Hubben, , *Het stelsel voorbij, Sturingsperikelen in de gezondheidszorg en jurisprudentieoverzicht*, in: Hubben & Van Zenderen, a.w. (2002), p. 31-48, mn. p. 34.
- 6 Zie M.C. Burkens, *Algemene leerstukken van grondrechten naar Nederlands constitutioneel recht*. Zwolle: Tjeenk Willink (1989), p. 78 en 82.
- 7 M.C. Burkens (1989), p. 78.
- 8 Zie Leenen & Roscam Abbing (1986), p. 19.
- 9 Zie *Borging van publieke belangen*, het kabinetsstandpunt op het rapport *Het borgen van publiek belang* van de WRR, *Kamerstukken II 2000/01*, 27 771, nr. 1.
- 10 Zie de *Structuurnota Gezondheidszorg*, van de toenmalige staatssecretaris Volksgezondheid en Milieuhygiëne, J.P.M. Hendriks in *Kamerstukken II*, 1973/74, 13 012, nrs. 1 en 2, d.d. 9 augustus 1974.
- 11 Zie voor deze ontwikkeling: H.P. Sijbring, *De ontwikkeling in de algemene ziekenhuizen* in: P.J. van Leeuwen, L.A.M. van Zenderen, e.a., *Bouwstenen in het damspel, opstellen over de bouw van ziekenhuisvoorzieningen opgedragen aan A.J.M. van Dam*, , Utrecht (1983) en M. Spanjer, *Dynamiek in steen*, jubileumuitgave College voor Ziekenhuisvoorzieningen, Utrecht: C.Z. (1997).
- 12 *Kamerstukken II*, 1973/74, 13 012, nr. 2, p. 5.
- 13 Zie Leenen & Roscam Abbing (1986), p.107.
- 14 *Kamerstukken II*, 1976/77, 14 181, nr. 1 t/m 3.
- 15 Zie *Kamerstukken II*, 1976/77, 141 81, nr. 3, p. 29.
- 16 Zie Leenen & Roscam Abbing (1986), p. 58 e.v. en p. 87-93.
- 17 *Kamerstukken II*, 1979/80, 14 181, nr. 9, p. 46.
- 18 Zie H.D.C. Roscam Abbing, *Het erkenningstelsel als reguleringsinstrument*, TvGr 1983- 2, p. 53-64, met name p. 59-60.



- 19 *Kamerstukken II*, 1979/80, 14 181, nr. 9, p. 46 en ook Leenen & Roscam Abbing (1986), p. 89.
- 20 Wet van 18 januari 1996, Stb. 80.
- 21 *Kamerstukken II*, 1993/94, 23 633, nr. 3, p. 26.
- 22 *Kamerstukken II*, 1993/94, 23 633, nr. 3, p. 9.
- 23 Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, *Bereidheid tot verandering*, p. 72-73.
- 24 *Kamerstukken II*, 2000/01, 27 855, nr. 2, pag. 24-32.
- 25 "Voor de werking van het systeem is het immers van groot belang dat verzekerden gaan 'stemmen met de voeten'", MvT *Kamerstukken II*, 2003/04, 29 763, nr. 3, , p. 54 (zie ook p. 7).
- 26 *Kamerstukken II*, 2000/01, 27 659, nr. 3, p. 25.
- 27 Stb. 2001, 410, laatstelijk gewijzigd bij Staatsblad 2007, 439.  
Zie over deze aansluiting *Kamerstukken II*, 2000/01, 27 659, nr. 3, p. 40.
- 28 Per 1 september 2005 nader gedereguleerd: Stb 2005, 1, besluit inwerkingtreding: Stb. 2005, 417.
- 29 Zie J. in 't Hout, en W.R. Smid (2004), *Het Bouwbesluit 2003: een overzicht*, BR, 2004-11, p. 926-937.
- 30 *Kamerstukken II*, 2000/01, 27 659, nr. 3, p. 26.
- 31 Stcrt. 7 februari 2006, nr. 27, p. 18.
- 32 College bouw, *Algemeen Ziekenhuis. Bouwmaatstaven voor nieuwbouw* (2002).
- 33 College bouw, Rapportnr. 0.113 (2003).
- 34 College bouw, *Operatieafdeling. Bouwmaatstaven voor nieuwbouw*, rapportnr. 0.115 (2004).
- 35 Vgl. J.H. Nicolaas, *Installatie- en elektrotechnische ontwikkelingen in de gezondheidsbouw in 'A posteriori'*, Cbz (2004), p. 79-86.
- 36 College bouw, *Capita Selecta 2006*, waarin een overzicht van de algemene bouwtechnische eisen volgens de indeling van de Elementenmethode '91, uitgebracht onder auspiciën van de Stichting Bouwkwiteit (SBK).
- 37 *Kamerstukken II*, 2000/01, 27 659 nr. 3, p. 4.
- 38 *Kamerstukken II*, 2000/01, 27 659 nr. 3, p. 3.
- 39 *Kamerstukken II*, 2000/01, 27 659 nr. 3, p. 3.
- 40 *Kamerstukken II*, 2000/01, 27 659 nr. 3, p. 32.
- 41 Staatsblad 2009, 19, en Staatsblad 2009, 181.
- 42 *Kamerstukken II*, 2004/05, 27 659 nr. 50, p. 9.
- 43 Brief minister VWS aan het College bouw van 20 januari 2005 (MC/MO-2552391), p. 2.
- 44 GJ 2009/27 m.nt. J.J.M. Linders.
- 45 *Kamerstukken I*, 2004/05, 27 659 en 29 763, J, p. 8.
- 46 *Kamerstukken II*, 27 659, nr. 84
- 47 Vastgesteld op 16 oktober 2007 (*Kamerstukken II*, 2007/08, 27659, nr. 86) ter voorbereiding van het algemeen overleg op 9 oktober 2007.
- 48 *Kamerstukken II*, 27 659, nr. 94.



- 49 Verslag schriftelijk overleg over brief van 8 november 2007 over tweede wijziging Uitvoeringsbesluit WTZi (*Kamerstukken II*, 2007/08, 27659, nr. 93) vastgesteld op 21 december 2007 (*Kamerstukken II*, 2007/08, 27659, nr. 95).
- 50 Verslag *Kamerstukken II*, 1994/95, 23 633, nr. 7, p. 2.
- 51 J.G. Sijmons, *Aanbodregulering in de Wet toelating zorginstellingen*, Den Haag: SDU uitgevers 2006, p. 43-41.
- 52 A.F. Caspary, J. Legemate e.a, *Evaluatie Kwaliteitswet Zorginstellingen*, Den Haag: ZonMw, november 2001, Reeks evaluatieregelgeving: deel 8, p. 162.
- 53 O.c., p. 82-84 en 162-168.
- 54 Zie het IGZ rapport *Het resultaat telt. Prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit en veiligheid van in ziekenhuizen verleende zorg*, Den Haag:2005.
- 55 A. Keijser, E. Sluijs en C. Wagner, *Kwaliteitssystemen in zorginstellingen, de stand van zaken in 2005*, Utrecht, Nivel, 2006, p. 44
- 56 Tweede Kamer, 2008-2009, 31.961, nrs. 1-2
- 57 O.c., p. 12
- 58 O.c., p. 23
- 59 *Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen*, (2001) p. 89.
- 60 NvT, *Kamerstukken II* 1993/94, 23 633, nr. 3, p. 25.
- 61 *Kamerstukken II*, 2003/04, 27 659, nr. 17, p. 48.
- 62 IGZ, Rapport van het onderzoek naar het peroperatief proces in de IJsselmeerziekenhuizen te Lelystad en Emmeloord op 5 en 12 september 2008, Amsterdam: IGZ 2008 m.n. p.4.
- 63 IGZ, Rapport van het onderzoek naar het peroperatief proces in de IJsselmeerziekenhuizen te Lelystad en Emmeloord op 5 en 12 september 2008, Amsterdam: IGZ 2008 m.n. p. 19.
- 64 IGZ, Onderzoek naar aanleiding van de brand in operatiekamer 8 van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo op 28 september 2006, Den Haag; IGZ 2008, m.n. p. 44 en 53.
- 65 o.c., p. 45.
- 66 Onderzoeksraad voor veiligheid, brand in een operatiekamer Twenteborg Ziekenhuis, Den Haag, augustus 2008 ([www.onderzoeksraad.nl](http://www.onderzoeksraad.nl))
- 67 o.c., p. 62
- 68 *Kamerstukken I*, 2004/05, 27 659 en 29 763, J, p. 8 en 17.
- 69 *Kamerstukken II* 2009/10, 31 961 nr. 5
- 70 *Kamerstukken II* 1993/94, 23 633, nr. 3, p. 16.
- 71 *Kamerstukken II* 1993/94, 23 633, nr. 3, p. 12-13.
- 72 *Kamerstukken II* 1994/95, 23 633, nr. 8, p. 10.
- 73 *Kamerstukken II* 2009/10, 31 961 nr. 1
- 74 G.J.M. Evers 2002, *Blind vertrouwen? Een onderzoek naar de toepassing van certificatie ten dienste van de handhaving van wettelijke voorschriften*, p. 22-27.
- 75 RvA, Termen en definities 2001, <[www.rva.nl](http://www.rva.nl)> .
- 76 Zie Ph. Eijlander e.a., *De inkadering van certificatie en accreditatie in beleid en wetgeving*, Tilburg: 2003, p. 59-87.
- 77 Evers (2002), p. 187-209.
- 78 Evers (2002), p. 30.



- 79 B. Baarsma e.a. (2003), *Zelf doen? Inventarisatiestudie van zelfreguleringsinstrumenten*, p. 114.
- 80 Vgl. N. Badoux, *Ziekenhuisbouw na de afschaffing van het bouwregime*, Groningen: RUG 2008, p. 22-27.
- 81 Zie hiervoor J.H. Hubben, *Het ziekenhuis als strafbare rechtspersoon*, oratie KUN, 2<sup>e</sup> druk, De Tijdstroom 1989.
- 82 W.H. Van Boom, *Effacious Enforcement In Contract And Tort*, Den Haag: Boom juridische uitgevers, 2006 en zie ook zijn *Effectuerend handhaven in het privaatrecht*, NJB 2007, p. 982 e.v.
- 83 Zie over het systeemfalen en desondanks de toenemende mogelijkheden van private handhaving E.F.D. Engelhard, I. Giesen e.a. (red.), *Handhaving van en door het privaatrecht. Vijftien bijdrage over handhaving van het privaatrecht en privaatrechtelijke handhaving*, Den Haag: Boom juridische uitgevers 2009, met name daarin bij de overzichtsartikelen van E.F.D. Engelhard, *Handhaven van en door het privaatrecht*, p. 11-48 en I. Giessen, *Handhaving in, via, door en met het privaatrecht: waar staan we nu?*, p. 307-329.
- 84 Zie HR 7 mei 2004, NJ 2006, 281 met noot J. Hijma en HR 13 april 2007, NJ 2008, 578 met noot Vranken.
- 85 Zie L. Visscher, *Rechtseconomische beschouwingen over rechtshandhaving*, in *Handhaving van en door het privaatrecht* (2009), p. 72-73.
- 86 *Kamerstukken II*, 23.633 nr. 8, p. 11
- 87 Brief van de bewindslieden van VWS naar aanleiding van het rapport "Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen", Tweede Kamer, 2007-2008, 28.439, 18
- 88 O.c., p. 21.
- 89 Stb. 2009, 131.
- 90 *Kamerstukken II* 2007/08, 31.476, nr. 1.
- 91 Onderzoeksraad voor Veiligheid, *Een onvolledig bestuurlijk proces: hartchirurgie UMC St. Radboud*, 2008.
- 92 A. de Jong en J.W. Pothuis, *Bouwbesluit 2003*, Lexplicatie, Deventer: Kluwer, 2009, p. 11-14.
- 93 In 't Hout & Smid 2004, p. 928-929.
- 94 NvT, *Bouwbesluit 2003*, en De Jong & Pothuis (2009), p. 32.
- 95 *Kamerstukken II* 1986/87, 20066, nr. 3, p. 5.
- 96 *Kamerstukken II* 1986/87, 20066, nr. 3, p. 9.
- 97 M. Van Overveld *Handboek Bouwbesluit 2003*, Den Haag: 2006, p. 21.
- 98 Zie bijv. I. Braam, *Akoustiek in de zorgsector*, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen: 2006.
- 99 College bouw ziekenhuisvoorzieningen 2004, p. 8 en 25.
- 100 Vgl. N. Badoux, *Ziekenhuisbouw na de afschaffing van het bouwregime*, Groningen: RUG 2008, p. 33-34.
- 101 *Kamerstukken II* 2007/08, 27 659 en 29 248, nr. 86, p. 13-14.
- 102 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *governance en kwaliteit van zorg*, 2009, 04.
- 103 Zie noot 2
- 104 o.c., p. 8



- 105 Centrum voor Zorg en Bouw, TNO kennis voor zaken, brochure 2009
- 106 o.c.
- 107 Vitruvius, *The Ten Books on Architecture*, vertaling N.H. Morgan, New York: Dover publications 1960, p.15.
- 108 P.J.J. van Buuren, A.A.J. de Gier, A.G.A. Nijmeijer en J. Robbe, *Hoofdpijnen ruimtelijk bestuursrecht*, Deventer: Kluwer 2009, p. 10-11.
- 109 P. Terpstra, *Bouwen aan zorg. Geschiedenis van het Antonius Ziekenhuis 1903-1994*, Sneek: uitgave Antonius Ziekenhuis november 1994, p.141-142 en p.165.
- 110 *Het Academisch Ziekenhuis Groningen* (J. Prins, J. Schrijvers, W. Sorgdrager en N. Steltingsma), Groningen: AZG 1996, p. 5-9.
- 111 Zie *Martini Ziekenhuis. Het ziekenhuis van de 21<sup>ste</sup> eeuw*, Groningen: FC Groningen Media B.V., 2008, p. 9-11 en 84-85.
- 112 Zie [www.martiniziekenhuis.nl](http://www.martiniziekenhuis.nl) onder 'Healing environment Martini Ziekenhuis'.
- 113 F. de Vos, *Samenvatting onderzoek naar de healing environment van het nieuwe Martini Ziekenhuis*, september 2009 ([www.fionadevos.com](http://www.fionadevos.com)). Zie *Bouwen aan de Zorg*, 2009-5, p. 44-45.
- 114 *Nieuwbouwboek Deventer Ziekenhuis* (E. van Zijl, R. van Putten en N. van Dam, red.), Deventer 2008, p.19-33.
- 115 Zie ook College bouw, *Future hospitals. Competitive en healing. Verslag van een prijsvraag – competition report*, (P. Boluijt en N.J. Hinkema, red.), Utrecht: College bouw ziekenhuisvoorzieningen 2005, p. 39-49. Zie ook de hiervoor genoemde publicatie van het College: *Zorgzame architectuur* (2003).
- 116 Zie College bouw (2003), notitie Healing environment. Zie voorts College bouw, *Zorgzame architectuur. Zorg voor wonen, wonen met zorg*. Verslag van een prijsvraag, Utrecht, (2003) p.14-17 en H. d'Ancona, *Helende omgevingen*, in *A posteriori*, Utrecht: Cbz 2009, p. 61-65 en B. Troost, *Zicht en uitzicht: healing environment in de praktijk*, in *A posteriori*, p. 67-72.
- 117 Rapport nr. 617, Utrecht: College bouw 2008.
- 118 Zie het verslag van de studiemiddag Evidence Based Design d.d. 20 juni 2006, Stichting architectuur gebouw en gezondheid, [www.stagg.nl](http://www.stagg.nl) onder 'healing environment'.
- 119 Het College bouw signaleert in dit rapport dat bij de stand van zaken in 2006 het nog te prematuur is om evidence based ontwerprichtlijnen voor zorggebouwen te formuleren.
- 120 Zie ook College bouw, *Algemeen Ziekenhuis. Bouwmaatstaven voor nieuwbouw* (2002), p. 14.
- 121 A. de Botton *The Architecture of Happiness*, Nederlandse vertaling J. Noordman, Amsterdam/Antwerpen: uitgeverij Atlas (2006).
- 122 De Botton (2006), p.111-112.
- 123 De Botton (2006), p. 223.
- 124 De stijl van 'Friedensreich Hundertwasser' vond inmiddels navolging in de zorg door het aan het kinderrevalidatiecentrum Franciscusoord verbonden Ronald McDonald Kinderhuis, De Regenboogspiraal te Valkenburg. Zie *Bouwen aan de Gezondheidszorg* 2007-4, p. 7-9.
- 125 Zie Alberts & Van Huut, *Bureaupresentatie gezondheidszorg* ter gelegenheid van het Jubileumcongres 'Zorg en architectuur' georganiseerd door het College bouw 2002 (Nederlands



Congrescentrum te Den Haag). Daarin voorbeelden van een kliniek voor forensische psychiatrie (Groot Batelaar te Lunteren), een epilepsiekliniek te Zwolle, verpleeghuizen (o.a. de Stichtse Hof te Laren) en instellingen voor gehandicaptenzorg (o.a. Breidablick te Midden-Beemster).

- 126 Gaudí en Hundertwasser zijn voorbeelden van een 'organische' stijl die waarschijnlijk te idiosyncratisch is om zij zakelijk navolging te kunnen ondervinden. Het komt er op aan esthetische ideeën ook weer 'functioneel te integreren in een praktisch gebouw.
- 127 H. d'Ancona, *Helende omgevingen*, in Cbz (2004), *A posteriori*, p. 65, als zodanig het voorbeeld van Het Reinalda-Huis te Haarlem, het grootste woonzorg complex van ons land in 'organische' stijl.
- 128 Zie ABRS 28 augustus 1992, BR 1993, p. 131 (Welstand Ubbergen). Zie .A.G.A. Nijmeijer, *welstandstoezicht juridisch getoetst*, Bouwrechtmonografieën nr. 20, Deventer: Kluwer (2001), p. 89.
- 129 Nijmeijer (2001), p. 41-42.
- 130 Nijmeijer (2001), p. 18-43. Nijmeijer is van mening, dat esthetische criteria überhaupt niet als materiële normstelling ter nadere uitwerking van artikel 12 lid 1 Woningwet kunnen gelden. Zie Nijmeijer (2001), p. 165-169.
- 131 Zie T. Idsinga, *Steen. Nederlandse architecten over hun drijfveer, denkbeelden en werkwijze*, Amsterdam: Atheneum Polak & van Gennep 2009, passim, o.a. interview met M. van Huut, p.117-132.
- 132 Welstandsnota Gemeente Utrecht: zie <[www.utrecht.nl](http://www.utrecht.nl)> onder 'welstandsnota'. Nijmeijer is van mening, dat esthetische criteria niet als materiële normstelling ter nadere uitwerking van artikel 12 lid 1 Woningwet kunnen gelden. Zie Nijmeijer (2001), p. 165-169.
- 133 Zie M. van Huut, *Een visie op landschap, stedenbouw en architectuur* in *Technologie in de Gezondheidszorg*, 07/08, 2000, p. 10-13.
- 134 Nog weer andere voorbeelden zijn te vinden onder de genomineerde kandidaten van de Hedy d'Ancona Prijs voor de architectuur. Zie: < [www.hedydanconaprijs.nl](http://www.hedydanconaprijs.nl)>



## **Bijlagen**





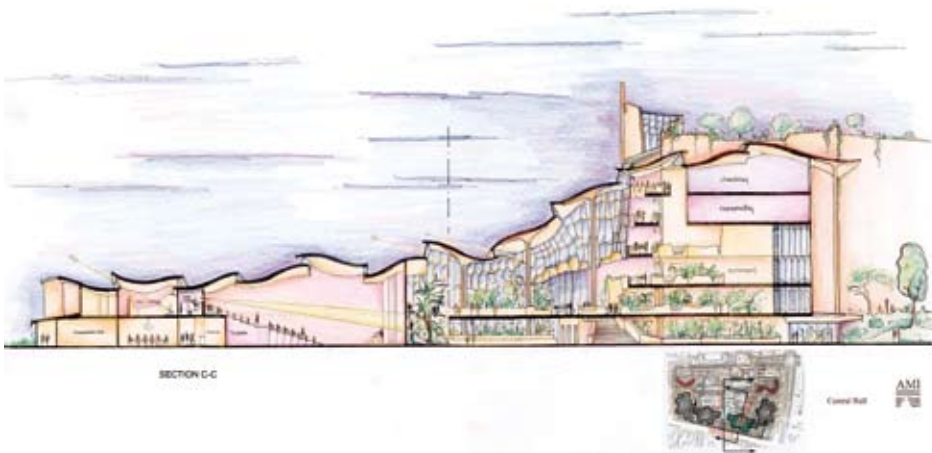


## Proces van ontwerp tot uitvoeringsfase bouw

Op 30 november 1999 schrijven we in onze structuurplanontwerp nieuwbouw Isala Klinieken het volgende:

*“Het spreekt voor zich, dat het niet meer is dan een visieconcept, het plan is nog geen uitgewerkt ontwerp. Gaan we het ontwerp uitwerken, dan is dit niet mogelijk om het zonder u te doen. Door met u te werken, zal het ziekenhuis binnen alle optimale flexibele mogelijkheden een “maatkostuum” worden. Het proces van samenwerken zal een geweldig resultaat zijn voor het doel waarvoor het bestemd is; een omgeving te maken waardoor zij die zorg behoeven, zich optimaal op hun gemak voelen en zij die zorg geven dit optimaal kunnen doen.”*

Het samenwerken, de samenspraak begon al in de fase van de prijsvraag. Aan de Amstel Architecten en Architectenbureau Alberts & Van Huut, beide kantoren in Amsterdam, hebben in gezamenlijkheid aan die prijsvraag gewerkt (zie illustratie 1). Toen nog NIB Architecten met Jan Willem Idema, onder de huidige naam met Frank Burger.





Gevelaanzicht Dokter van Heesweg

Ons bureau werd met name gevraagd vanwege onze visie. In onze visie vormt de natuur, en de mens als onderdeel daarvan, het uitgangspunt en is het welbevinden van de mens, door het optimaal laten samenvloeien van landschap, stedenbouw en architectuur essentieel. Voor ons dient in het ontwerp de menselijke maat voelbaar en zichtbaar te zijn. De mens voelt zich daarvoor thuis en heeft de mogelijkheid in harmonie te leven met zijn of haar omgeving.

Aan de Amstel Architecten is aan het team gekoppeld, daar zij zich vooral gespecialiseerd hebben in ziekenhuizen en zorgcentra. Frank Burger zegt daar het volgende over:

*Een ziekenhuis heeft veel verschillende gebruikers, met elk hun specifieke werkproces. Bovendien stelt de overheid veel eisen, onder meer wat betreft de budgetten. Dan is het handig dat je ervaring hebt met dit soort grote opdrachten."*



Na het winnen van de prijsvraag zijn er onder leiding van Paul Smaling, directeur nieuwbouw, zeventig verschillende gebruikersgroepen in het leven geroepen voor de totstandkoming van de indelingen.

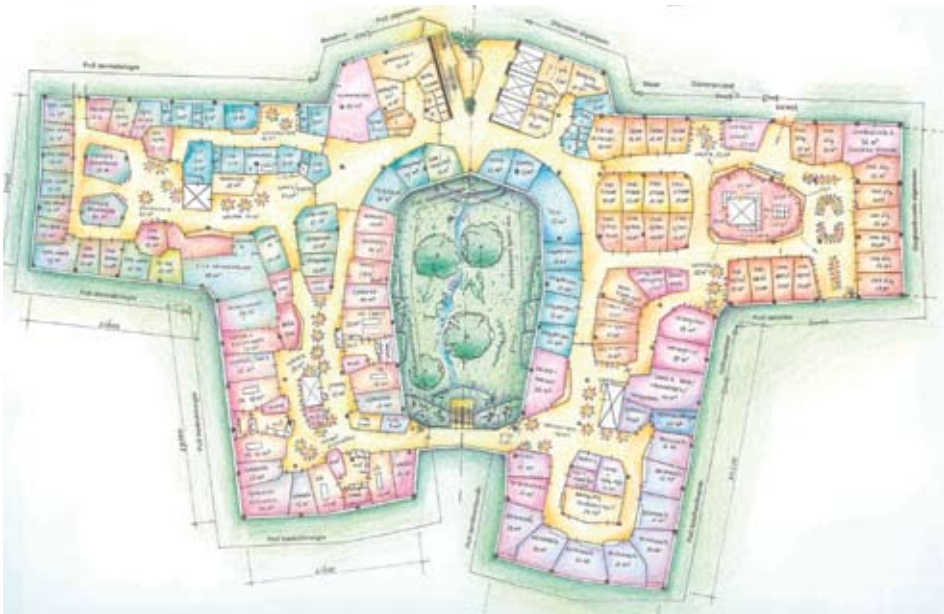


Het nieuwe ziekenhuis bestaat uit vier vlinders (zie illustratie pag. 74) en over de indeling hiervan is goed nagedacht, zodat het voor iedereen effectief werkt (zie onderstaande illustratie). Voor elke gebruikersgroep is een schets gemaakt van hun afdeling. Tijdens het eerste overleg is deze onder de loep genomen. Alle opmerkingen uit de verschillende bijeenkomsten werden input voor de volgende schetsen. Tot in de kleinste details zijn de schetsen besproken. Door deze intense samenwerking is het ziekenhuis, wij noemen het overigens 'beterhuis', niet van de architecten met haar adviseurs, maar van de opdrachtgeefster, gebruikers, cliënten en bezoekers geworden. Het is vooral hún huis.

Maar goed, een mooi ontwerp maken met je opdrachtgeefster is één. Op een cruciaal moment in het ontwerpproces veranderde de overheid namelijk de regelgeving: ziekenhuizen werden zelf volledig verantwoordelijk voor het financieren van nieuwbouw. Er ontstaat dan een soort vrije markt. Vanuit het ziekenhuis werden verschillende mogelijkheden bekeken om de nieuwbouw te realiseren en te financieren. Ook zijn er bouwkundige aanpassingen gedaan om het project betaalbaar te maken (zie illustratie 4). Zo heeft het bestuur onder andere besloten dat er geen parkeerlaag onder het ziekenhuis komt, maar daar ziekenhuis gerelateerde voorzieningen onder te brengen.

Allemaal qua logistiek goed mogelijk, daar het ontwerp een grote mate van flexibiliteit in zich draagt. Alle vlinders hebben een maatvoering die onderlinge uitwisseling van functies mogelijk maakt. Verder kunnen vlinders worden toegevoegd of eventueel als unit worden afgestoten. Dat heeft tijdens het ontwerpproces al vele voordelen opgeleverd.

β



Ondanks dat er in de 10 jaren die achter ons liggen veel is veranderd, is de ziel van het ontwerp niet aangetast (zie illustratie 5). Het ontwerp wat destijds gekozen is, is dusdanig krachtig qua vormgeving, flexibiliteit en logistiek, dat de vele veranderingen mogelijk zijn en zeker als er vanuit de vrije markt gehandeld moet worden en niet meer vanuit het College Bouw zorginstellingen of zoals het ziekenhuis nu zelf zegt:

*“We hebben ons succes grotendeels in eigen handen,  
we hebben veel te bieden en dat gaan we laten zien”.*

Het ontwerp, het gebouw helpt hieraan mee. Architectuur speelt een bepalende rol in ons leven. Hoe en wat wij bouwen is een uitdrukking van ons mens- en wereldbeeld, van ons denken, voelen en willen. Met die door de mens gebouwde omgeving staan wij voortdurend in contact.

Alles is voedsel. Winston Churchill had de volgende uitspraak hierover:

*“Wij scheppen onze gebouwen, maar later scheppen zij ons.”*



Zoals reeds gemeld is het nieuwe ziekenhuis opgebouwd uit vier vlindervormige gebouwen, die bestaan uit twee vleugels met in het midden een trappenhuis en liften, dat vol komt te staan met beplanting.

De vinders zijn onderling verbonden met een overdekte straat die telkens een oriëntatie geeft naar je bestemming, zodat je nooit de weg kwijt raakt. Die straat geeft uitzicht op de binnentuin, maar ook op de algemene buitentuinen.

De toegangen vanuit de straat naar de vlinders, die vier atria met trappenhuizen onderscheiden zich door verschillende kleuren en verschillende beplanting. Duurzaamheid, healing environment ontstaat bij de verbinding tussen mens en omgeving. Door het ziekenhuis, 'beterhuis' op deze manier te ontwerpen, waarbij je je door opdrachtgeefster en de natuur laat inspireren, zorgt voor een heilzame omgeving.

De natuur als rustgevend element is de basis van ons bestaan. Het gebouw als natuur in al haar volle schoonheid.

***Beauty, the Ray of Understanding....***

Amsterdam, december 2009

Max van Huut en Marius Ballieux



β



## Bibliografie

- Alberts & Van Huut, *Bureaupresentatie gezondheidszorg*, Amsterdam 2002.
- Ancona, H. d' (2004), *Helende omgevingen*, in Cbz (2004), *A posteriori*, 61- 65.
- Baarsma B. e.a.(2003), *Zelf doen?Inventarisatiestudie van zelfreguleringsinstrumenten*, Amsterdam: SEO 2003.
- Badoux N., *Ziekenhuisbouw na de afschaffing van het bouwregime*, Groningen: RUG 2008
- Ballegooij, G.A.C.M. van (1997), *Plannen in het welzijnsrecht en het gezondheidsrecht*, Deventer: Kluwer.
- Bergh, R. van den (1997), *Economische analyse van het mededingingsrecht. Een terreinverkenning*, Deventer: Gouda Quint.
- Bisschop, F., *Marktwerking in de zorg en de rol van de infrastructuur*, in *A posteriori*, Cbz (2004), p. 53-60.
- Van Boom W.H., *Efficacious Enforcement In Contract And Tort*, Den Haag: Boom juridische uitgevers, 2006 en zie ook zijn *Effectuerend handhaven in het privaatrecht*, NJB 2007, p. 982 e.v.
- *Borging van publieke belangen*, het kabinetsstandpunt op het rapport *Het borgen van publiek belang van de WRR, Kamerstukken II 2000/01, 27 771, nr. 1*
- Bovenberg, A.L. & Teulings, C.N. (1999), *Op zoek naar de grenzen van de staat: publieke verantwoordelijkheid tussen contract en eigendomsrecht*, in WRR voorstudies en achtergronden, V 105, *Over publieke en private verantwoordelijkheden*, Derksen, W. e.a., Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Braam I., *Akoustiek in de zorgsector*, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen: 2006.
- Brasz, H.A. en Ruijter, D.W.P. (1983), *Het plansysteem van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Dialogisch preadvies voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht*. Utrecht.
- Burckens, M.C. (1989), *Algemene leerstukken van grondrechten naar Nederlands constitutioneel recht*. Zwolle: Tjeenk Willink.
- Buuren, P.J.J. van (2004), *Over verbeterde handhaafbaarheid van bouwregelgeving*, BR 2004-8, p. 639-642.
- Buuren P.J.J. van, de Gier A.A.J., Nijmeijer A.G.A. en Robbe J., *Hoofdpijnen ruimtelijk bestuursrecht*, Deventer: Kluwer 2009, p. 10-11.
- Caspary A.F., Legemate J. e.a, *Evaluatie Kwaliteitswet Zorginstellingen*, Den Haag: ZonMw, november 2001, Reeks evaluatieregelgeving: deel 8, p. 82-84 en 162-168.
- College bouw ziekenhuisvoorzieningen, signaleringsrapport *Sturing en financiering van de bouwkundige zorginfrastructuur in andere landen van de Europese Unie*, Utrecht 2001.
- College bouw ziekenhuisvoorzieningen, *Zorgzame architectuur. Zorg voor wonen, wonen met zorg. Verslag van een prijsvraag*, Utrecht 2003.





- College bouw ziekenhuisvoorzieningen, *A posteriori, Ter Gelegenheid van het afscheid van Hans de Boer als voorzitter van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen*, Utrecht 2003.
- College bouw ziekenhuisvoorzieningen, *Future hospitals. Competitive and healing. Verslag van een prijsvraag-competition report*, Utrecht 2005.
- College bouw ziekenhuisvoorzieningen, signaleringsrapport *Strategische positie vastgoed*, rapportnr. 548, Utrecht 2005.
- College bouw zorginstellingen, *Kwaliteit van de fysieke zorgomgeving*, Rapportnr. 617, Utrecht, 2008
- College bouw ziekenhuisvoorzieningen, *Bouwmaatstaven algemeen ziekenhuis*, Utrecht 2002
- College bouw ziekenhuisvoorzieningen, *Bouwmaatstaven operatieafdeling*, Utrecht 2004.
- College bouw, Utrecht, 2006 *Capita Selecta*
- College bouw ziekenhuisvoorzieningen, *Voorzieningen voor ziekenhuisverpleging*, Rapportnr. 0.113, Utrecht, 2003
- Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, rapport *Bereidheid tot verandering*, maart 1987.
- Centrum voor Zorg en Bouw, TNO kennis voor zaken, brochure 2009
- Donner, A.M. en Pot C.W. van der (2001), *Handboek van het Nederlands staatsrecht*, 14<sup>e</sup> druk, bewerkt door Prakke, L, De Reede, J.L. en Van Wissen, G.J.M., Zwolle: Tjeenk Willink.
- Dorp, W.G. (2004) *Het moderne, ondernemingsgerichte ziekenhuis*, in *A posteriori*, Cbz (2004), pp. 137-146.
- Dute, J.C.J.( red.), Gevers, J.K.M. en De Groot , G.R.J. (2002), *Omzien naar de toekomst. 35 jaar preadviezen voor Gezondheidsrecht*, Houten/Diegem.
- Eijlander Ph. e.a., *De inkadering van certificatie en accreditatie in beleid en wetgeving* (onderzoek in opdracht van het Ministerie van Economische Zaken) Tilburg: 2003.
- Engelhard E.F.D., Giesen I. e.a. (red.), *Handhaving van en door het privaatrecht. Vijftien bijdrage over handhaving van het privaatrecht en privaatrechtelijke handhaving*, Den Haag: Boom juridische uitgevers 2009,
- Evers G.J.M., *Blind vertrouwen? Een onderzoek naar de toepassing van certificatie ten dienste van de handhaving van wettelijke voorschriften*, (diss: Tilburg Schoordijk Instituut), Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2002.
- Gaay Fortman M.T.H. de, 'De zorg ge(de)reguleerd' in: F.B. Falkena en M.E. Koppenol-Laforce, *Markten onder toezicht*, Deventer: Kluwer 2004, p. 249-257.
- Giesen I., *Handhaving in, via, door en met het privaatrecht: waar staan we nu?*, p. 307-329
- Giesen I., 'Alternatieve regelgeving in privaatrechtelijke verhoudingen', in: *Alternatieve regelgeving* (Handelingen Nederlandse Juristen-Vereniging 2007-1), Deventer: Kluwer 2007, p. 67-168.
- Haan, P. de, Drupsteen, Th.G. en Fernhout, R (2001), *Bestuursrecht in de Sociale Rechtsstaat, Deel I*, Ontwikkeling, Organisatie, Instrumentarium, 5<sup>e</sup> druk, Deventer: Kluwer.
- Hout, J in 't en Smid, W.R. (2004), *Het Bouwbesluit 2003: een overzicht*, in BR, 2004-11, p. 926-937.
- Houwen, L. (2006), *Toezicht op zorgondernemingen*, NJB 2005, p. 1228-1233.



- Hubben J.H. (1990), *Het ziekenhuis als strafbare rechtspersoon*, Lochem: De Tijdstroom.
- Hubben, J.H. en Zenderen, L.A.M. van (red.), (1996), *Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Actualiteit en jurisprudentieoverzicht 1975-1995*, Lelystad: Koninklijke Vermande.
- Hubben, J.H. & Van Zenderen (red.) (2002), *Het stelsel voorbij, Sturingsperikelen in de gezondheidszorg en jurisprudentieoverzicht*, reeks Gezondheidsrecht nr. 18, Den Haag: Koninklijke Vermande.
- Hout J. In 't & Smid W.R., 'Het Bouwbesluit 2003: een overzicht', *BR* 2004, p. 926-937
- Huut M. van, *Een visie op landschap, stedenbouw en architectuur* in *Technologie in de Gezondheidszorg*, 07/08, 2000, p. 10-13.
- Idsinga T., *Steen. Nederlandse architecten over hun drijfveer, denkbeelden en werkwijze*, Amsterdam: Atheneum Polak & van Gennep 2009, interview met M. van Huut, p.117-13
- Jong A. de & Pothuis J.W., *Bouwbesluit 2003*, Lexplicatie 3.45c-I, Deventer: Kluwer 2005.
- Keijser A., Sluijs E. en Wagner C., *Kwaliteitssystemen in zorginstellingen, de stand van zaken in 2005*, Utrecht, Nivel, 2006, p. 44
- Knoors, E.G.M. (2004), *Zelfstandige behandelcentra: booming business of modegril?*, in: 'A posteriori' (Cbz 2004), p. 147-152.
- Legemaate J., 'Recht op veilige zorg', *NJB* 2007, p. 1577-1581.
- Leenen, H.J.J. en Roscam Abbing, H.D.C. (1986), *Bestuurlijk Gezondheidsrecht*, Alphen a/d Rijn: Samsom H.D. Tjeenk Willink.
- Leenen, H.J.J. (1988), *Handboek gezondheidsrecht; rechten van mensen in de*
- Leenen, H.J.J. (1996) *Sociale Grondrechten en Gezondheidszorg*, Hilversum: De Boer-Brand.
- Leeuwen, P.J. van, en Van Zenderen, L.A.M. (red)(1983), *Bouwstenen in het damspel, opstellen over de bouw van ziekenhuisvoorzieningen opgedragen aan A.J.M. van Dam*, Utrecht: Cbz.
- Maks J.A.H. & Philipsen N.J., *De economische beginselen van zelfregulering*, Universiteit van Maastricht, Maastricht: Eurecom/METRO 2001.
- *Martini Ziekenhuis. Het ziekenhuis van de 21<sup>ste</sup> eeuw*, Groningen: FC Groningen Media B.V., 2008, p. 9-11 en 84-85
- Meersma, K.D. en Brokkaar, B. (2006), *Bouwen in de Zorg*, *Bouwrecht* 2006-1, p. 22-27
- Meijerink, M.H. en Minderman, G.D. red. (2005), *Naar een andere publieke sector. Hybriditeit en een andere wijze van publieke taakvervulling*, Den Haag: Sdu Uitgevers
- Mimpfen, L.J.N. en Van Zenderen, L.A.M. (2001), *Wet ziekenhuisvoorzieningen, Gezondheidszorg Wetgeving*, Deel 1, Maarssen: De Tijdstroom.
- Nicolaas, J.H. (2004), *Installatie- en elektrotechnische ontwikkelingen in de gezondheidsbouw* in 'A posteriori', Cbz (2004), p. 79-86.
- Nijmeijer A.G.A., *welstandstoeyzicht juridisch getoetst*, *Bouwrechtmonografieën* nr. 20, Deventer: Kluwer (2001), p. 89.
- Noordman J., *The Architecture of Happiness*, Nederlandse vertaling Amsterdam/Antwerpen: uitgeverij Atlas (2006).
- Onderzoeksraad voor Veiligheid, *Een onvolledig bestuurlijk proces: hartchirurgie in het UMC St Radboud*, Den Haag: 2008.
- Overveld M. van, *Handboek Bouwbesluit 2003*, Den Haag: Sdu Uitgevers bv 2006.



- Preadvies mr. J.T.K. Bos, mr. G.A.M. Giesen, mr. J. de Groot, prof.mr. drs. F.C.M.A. Michiels, *Handhaving van het bestuursrecht*
- Preadviezen van prof.dr. W.J. Witteveen, prof.mr. I. Giesen, profmr. J.L. de Wijkerslooth, *Alternatieve regelgeving*.
- Prins J., Schrijvers J., Sorgdrager W. en Stellingsma N.), *Het Academisch Ziekenhuis Groningen*, Groningen: AZG 1996, p.5-9.
- Roscam Abbing H.D.C., *Het erkenningstelsel als reguleringsinstrument*, TvGr 1983- 2, p. 53-64, met name p. 59-60.
- RvA Termen en definities 2001, <www.rva.nl>.
- RVZ (2001), *Technologische innovatie in de zorgsector*, Zoetermeer.
- RVZ (2002), *Winst en gezondheidszorg*, Zoetermeer.
- RVZ (2003), *Marktwerking in de medische specialistische zorg*, Zoetermeer
- RVZ (2003), *Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg*, Zoetermeer.
- RVZ (2006), *Management van vastgoed in de zorgsector*, Zoetermeer.
- Scheerder, R.L.J.M. (2004), *Bouwen in de Zorg: tussen sturen en loslaten*, Zorg & Financiering, 2004-8, p.12-32.
- Scheerder R.L.J.M. (2005), *Integrale tarieven en kapitaallasten*, Zorg & Financiering, 2005-4, p. 1-11.
- Sluyters B. 2004, *T&C Gezondheidsrecht\**, commentaar Kwaliteitswet.
- Spanjer, M. (1997), *Dynamiek in steen*, Jubileumuitgave 25 jaar Cbz, Utrecht: Cbz.
- Struik, J. (2003), *Dereguleren met behoud van ellende*, inaugurele rede VU, 12 juni 2003.
- Sijbring, H.P. (1983), *De ontwikkeling in de algemene ziekenhuizen in: Bouwstenen in het damspel, opstellen over de bouw van ziekenhuisvoorzieningen opgedragen aan A.J.M. van Dam, Van Leeuwen, P.J. en Van Zenderen, L.A.M., e.a.*, Utrecht,
- Sijmons, J.G. (2002), *Wet Exploitatie Zorginstellingen: centrale aanbodregulering opnieuw uitgevonden?*, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2002, nr 8., 512-526.
- Sijmons, J.G., *Aanbodregulering in de Wet toelating zorginstellingen*, Den Haag: SDU uitgevers 2006, p. 43-41.
- *Structuurnota Gezondheidszorg*, van de toenmalige staatssecretaris Volksgezondheid en Milieuhygiëne, J.P.M. Hendriks in *Kamerstukken II*, 1973/74, 13 012, nrs. 1 en 2, d.d. 9 augustus 1974.
- Terpstra P., *Bouwen aan zorg. Geschiedenis van het Antonius Ziekenhuis 1903-1994*, Sneek: uitgave Antonius Ziekenhuis november 1994, p.141-142 en p.165
- Teunissen, J (2004), *De herziening van de Woningwet op het punt van de handhaafbaarheid en handhaving. Een verwerpelijk wetsvoorstel*, NJB 2004,
- VanDoorneHuiskes en partners, *Onderzoek naar certificatieprocessen in de zorgsector*, Utrecht: 2004.
- Visscher L., *Rechtseconomische beschouwingen over rechtshandhaving*, in *Handhaving van en door het privaatrecht* (2009), p. 72-73.
- Vos F. de, *Samenvatting onderzoek naar de healing environment van het nieuwe Martini Ziekenhuis*, september 2009.



- Wessels, L. (2004), *Healing Art: meer dan kunst alleen*, in *A posteriori*, Cbz (2004), pp. 73-78.
- Westerman, P. (2006), *De onmogelijkheid van deregulering*, NJB 2006-3 p.132-137
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2000), *Het borgen van publiek belang*, rapport nr. 56, Den Haag: Sdu Uitgevers.
- van Zijl, E. van Putten R. en Dam N. van, red., *Nieuwbouwboek Deventer Ziekenhuis Deventer* 2008, p.19-33.
- Zenderen, L.A.M. van (1995), *De Wet ziekenhuisvoorzieningen moet opnieuw worden uitgevonden*, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 95, nr. 6., pp. 348-360.
- Zenderen, L.A.M. van (1999), commentaar WZV T & C *Gezondheidsrecht, Organisatie en Planning*, B. Sluysters e.a. red., Deventer: Kluwer.
- Zenderen, L.A.M. van (z.j.), Commentaar WZV *Wetgeving Gezondheidszorg*, Deventer: Kluwer.
- Zijl E. van, Putten R. van en Dam N. van, *Nieuwbouwboek Deventer Ziekenhuis Deventer* 2008, p.19-33.







**College bouw  
zorginstellingen**

---

Postbus 3056  
3502 GB Utrecht  
T (030) 298 31 00  
F (030) 298 32 99  
E [cbz@bouwcollege.nl](mailto:cbz@bouwcollege.nl)  
I [www.bouwcollege.nl](http://www.bouwcollege.nl)

**Bezoekadres:**  
Churchillaan 11  
3527 GV Utrecht