



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

## **Goede wijn behoeft een krans**

### **Professional governance in de 2<sup>e</sup> lijns zorg**

Margje Haverkamp

Achtergrondstudie bij het advies Garanties voor kwaliteit van zorg

# Goede wijn behoeft een krans

## Professional governance in de 2<sup>e</sup> lijns zorg

Achtergrond studie door **Margje Haverkamp** bij het RVZ advies: *Garanties voor kwaliteit van zorg*

**Centrale Vraagstelling:** Hoe waarborgt de medisch-specialist kwaliteit en veiligheid?

Een analyse van binnenuit, gebaseerd op interviews met medische specialisten en bestuurders.

*17 december 2013*

### **Afkortingenlijst:**

A&A: Assessment & Appraisal; AIOS: Arts-assistent in opleiding tot specialist; AMS: Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten; Canmeds: Canadian Medical Education Directives for Specialists; CBO: Centraal Begeleidings Orgaan voor de intercollegiale toetsing; DICA: Dutch Institute for Clinical Auditing; HKZ: Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector; IFMS: Individueel Functioneren Medisch Specialisten; IWKV: Instituut Waarborging Kwaliteit en Veiligheid; Kisz: Kwaliteitsinventarisatie en Signalering Zorgprocessen; KNMG: Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst; MUST: Malnutrition Universal Screening Tool; MSF: Multi-Source Feedback; NIAZ: Nederlands Instituut voor accreditatie in de zorg; NHS: National Health Service; NIV: Nederlandse Internisten Vereniging; OMS: Orde van Medisch Specialisten; RGS: Registratiecommissie Geneeskundig Specialismen; RvB: Raad van Bestuur; RvT: Raad van Toezicht; SKMS: Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten; SIT: Spoed Interventie Team; SURPASS: Surgical Patient Safety System; TCI: Team Climate Inventory; VIM: Veilig Incidenten Melden; VMS: veiligheidsmanagement systeem; WOB: Wet Openbaar Bestuur.

<b>Inhoud:</b>	<b>Pagina</b>
Samenvatting	6.
I Raamwerk	9.
a. Kwaliteitskader van medisch specialisten 2010	
b. Model toelatingsovereenkomst 2011	
c. KNMG.artennet.nl	
II Probleemstelling	11.
III Visie van medisch specialisten en bestuurders	13.
a. Huidige situatie	13.
1) Wat doen medisch specialisten aan de verbetering van de kwaliteit van zorg?	
2) Hoe laten medisch specialisten zich controleren op kwaliteit van zorg?	
3) Hoe wordt kwaliteit geborgd in uw ziekenhuis?	
4) Hoe worden disfunctionerende medisch specialisten aangepakt?	
b. Problemen	17.
1) Waar moet de kwaliteit van zorg beter?	
2) Wat zeggen meetinstrumenten over de kwaliteit van zorg?	
3) Hoe kan disfunctioneren ongecorrigeerd blijven?	
c. Ideale situatie	21.
1) Hoe moeten medisch specialisten de kwaliteit van zorg verbeteren?	
2) Hoe moeten medisch specialisten gecontroleerd worden op kwaliteit van zorg?	
3) Hoe moet disfunctioneren worden aangepakt?	
IV Visitaties en (goede) voorbeelden van kwaliteits-instrumenten	24.
a. Kwaliteits visitaties	24.
1) Nieuwe stijl	
2) Uniformiteit	
3) Openbaarheid	
b. Interne kwaliteitsaudits, UMC St. Radboud Ziekenhuis	30.
c. Calamiteiten openbaar, Jeroen Bosch Ziekenhuis	31.
VI Internationaal	32.
a. Kwaliteitsborging	
b. Disfunctioneren	
VII Beleidsadviezen	33.

## **Interviews:**

### Medisch Specialisten

- Specialist 1, internist in een academisch ziekenhuis
- Specialist 2, gynaecoloog in een perifeer ziekenhuis
- Specialist 3, trauma-chirurg in een regiomaatschap

### Bestuurders (tevens medisch specialisten)

- Bestuurder 1, lid RvB academisch ziekenhuis
- Bestuurder 2, divisie-voorzitter academisch ziekenhuis
- Bestuurder 3, voorzitter kwaliteitsinstituut academisch ziekenhuis

### Inspectie en OMS

- Inspecteur IGZ
- Dr J.H. Kingma, oud-voorzitter Medisch Centrum Twente, voormalig inspecteur generaal voor de volksgezondheid, cardioloog
- Vertegenwoordiging van bestuur OMS

### Specifieke projecten

- Dr F. Croon-de Boer, voorzitter Forum Visitorum NIV, Internist-hematoloog Ikazia Ziekenhuis
- Dr P.J.M. van Gorp, Unit interne audit, Instituut Waarborging Kwaliteit en Veiligheid, internist UMC St Radboud
- Drs M. Jager, medisch specialist patiënt veiligheid, kinderarts, Jeroen Bosch Ziekenhuis

### Internationaal:

- Dr Jean Petit, Directeur de la Qualité et de la Sécurité des Pratiques, CHU Toulouse

*(juli/september 2013)*

## Publicatie lijst:

- Brand P. Feedback. Column Medisch Contact 2013; 2019.
- Croonen H.(red.). Snel ingrijpen bij conflict nog lastig. Medisch Contact 2013; 306-7.
- Croonen H. (red.). Herregistratie met meer kwaliteit en minder papier. Medisch Contact 2013; 1422-5.
- Dresden D. Pilotproject voor het verbeteren van dienstoverdrachten. Interne Geneeskunde 2013;3:20-2.
- HC (red.). Acuut coronair syndroom in kaart. Medisch Contact 2013; 1940.
- Hilders C en projectgroep OMS. De medisch specialist 2015, visiedocument. 2012.
- Jager M. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis leert van incidenten in de zorg. [www.jbz.nl](http://www.jbz.nl). 18april '13.
- Keuzenkamp H. Beoordelen. Medisch Contact 2013; 2293.
- Kievit J. Kwaliteit van zorg in het LUMC. 2011.
- Kievit J. Kwaliteit van zorg: over het 'Wat?' en het 'Hoe?'. Oratie dd 14-6-2013 (Hoogleraarschap op gebied van kwaliteit van zorg aan het LUMC)  
KNMG.artsennet.nl
- Levi M. Maandagmorgenproduct. Medisch Contact 2013; 1487.
- LK (red.). Jonge arts minder eenzaam 's nachts. Medisch Contact 2013;1898-1900. *Repliek op Levi MC 2013*.
- NIV. Kwaliteitsnormen praktijkvoering interne geneeskunde. Geaccordeerd ALV april 2013.
- NVZ/OMS. Model toelatingsovereenkomst. 2011.
- OMS. Kwaliteitsvisitatie nieuwe stijl. Handboek voor wetenschappelijke verenigingen. 2005.
- OMS. Model reglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist. 2008.
- OMS. IFMS Persoonlijk beter. 2008.
- OMS. Kwaliteitskader van medisch specialisten. Richtlijnen voor medisch specialisten en raden van bestuur. 2010.
- OMS. Waarderingsystematiek voor de kwaliteitsvisitaties. 2012.
- OMS. Resultaat enquête kwaliteitsvisitatie, Adviescommissie kwaliteitsvisitatie 5 sept 2013.
- Red. Publieksvertrouwen moet je onderhouden. Medisch Contact 2013; 364-6.
- Red. De verbetering moet uit de praktijk komen. De Specialist 2013;3:8-9.
- van Reenen R. Keep doctors on the right track. Medisch Contact 2013;1456.
- RVZ, briefadvies. De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg. 2010.
- RVZ. Discussienotitie Project 'Garanties voor kwaliteit van zorg'. T.b.v. raadsvergadering 19-9-2013.
- SB (red.). Test voor opsporen ondervoeding voldoet niet. Medisch Contact 2013; 2031.
- Smit M. (red.) Ruwaard: ook onrust bij anesthesiologen. Medisch Contact 2013; 308-9.
- Van Tilburg. Kwaliteit in beeld: Transparante zorg. De Specialist 2013;5:11.
- Varkevisser M, van der Geest S, Loozen E. Kansen en knelpunten van regiomaatschappen. Medisch Contact 2013; 1914-6.

## Samenvatting

Deze achtergrondstudie geeft een beeld van de wijze waarop medisch specialisten de kwaliteit van door hen geleverde zorg verbeteren, en van de controle mechanismen waaraan zij zich onderwerpen. Het kwaliteitskader van medisch specialisten van de OMS (2010) vormt hiervoor het raamwerk.

In 2010 stelde de RVZ in een briefadvies dat tot dan toe een beoordelingskader voor het functioneren van medisch specialisten ontbrak. Disfunctioneren van medisch specialisten zou door periodieke toetsing tijdig aan het licht moeten komen. Inmiddels zijn er vele manieren waarop het functioneren van medisch specialisten onder de loep genomen wordt, maar daarbij blijft het medisch-inhoudelijk werk van de arts nog onderbelicht. Bovendien is er onvoldoende uniformiteit tussen de methoden die door de verschillende medisch specialismen worden gehanteerd en zijn de resultaten daarvan niet per definitie zichtbaar voor de Raad van Bestuur van het ziekenhuis.

De achtergrondstudie geeft een antwoord op vier vragen, zowel vanuit het perspectief van medisch specialisten als van bestuurders. *1. Wat doen medisch specialisten aan de verbetering van de kwaliteit van zorg? 2. Hoe laten medisch specialisten zich controleren op kwaliteit van zorg? 3. Hoe worden disfunctionerende medisch specialisten aangepakt? 4. Hoe is de transparantie van de kwaliteitsvisitaties te vergroten?* Ook de ‘Interne Kwaliteitsaudits’ van het UMC St. Radboud Ziekenhuis en ‘het openbaar maken van calamiteiten’ door het Jeroen Bosch Ziekenhuis passeren de revue. Uit de antwoorden op de vier vragen zijn adviezen voor beleid gedestilleerd ter voorbereiding op het uiteindelijke RVZ advies ‘Garanties voor kwaliteit van zorg’. Dit rapport zal op 19 december aan de secretaris generaal van VWS, drs. L.A.M. van Halder, worden aangeboden.

*Hoe moeten medisch specialisten de kwaliteit van zorg verbeteren?* Medisch specialisten moeten in de eerste plaats hun werk zo goed mogelijk doen. Zij volgen de door de wetenschappelijke verenigingen opgestelde richtlijnen, zijn alert op problemen, en participeren in de vigerende kwaliteitssystemen zoals kwaliteitsvisitaties, de IFMS en het kwaliteitsindicators-systeem. Ook nemen zij zo veel mogelijk deel aan kwaliteitscommissies binnen het ziekenhuis, van de wetenschappelijke verenigingen of bij de OMS. Veilige zorg is volgens de geïnterviewde medisch specialisten en bestuurders vooral afhankelijk van de kwaliteit van de zorgverleners (motivatie, capaciteiten, tijdmanagement), van de kwaliteit van de organisatie zelf, en van een veilige ‘huis-ethiek’ gebaseerd op onderling vertrouwen. Te veel focus op formele afspraken, regelingen en check-lijsten lijkt niet wezenlijk bij te dragen aan de kwaliteitsverbetering, en leidt zelfs de aandacht af van het primaire zorgproces.

Medisch specialisten moeten dus ‘goed’ zijn. Op de *operational excellence* hebben zij door een gebrek aan tijd en macht nu onvoldoende invloed. De RvB van het ziekenhuis zou artsen hierin tegemoet moeten komen, bijvoorbeeld door het aanstellen van een medisch specialist als kwaliteitsfunctionaris. Medisch specialisten moeten voldoende tijd kunnen vrij maken voor kwaliteitsverbetering. Bovendien moeten zij het publieke debat over de kwaliteit van de zorg aangrijpen om te laten zien hoe stringent er in het ziekenhuis op kwaliteit gecontroleerd wordt, wat daar goed gaat en waar van fouten geleerd wordt.

*Hoe moeten medisch specialisten gecontroleerd worden op kwaliteit van zorg?*

Vertrouwen in kwaliteitsverbetering door kwalitatief goede medisch specialisten moet gepaard gaan met een vorm van toezicht en controle. De huidige meetinstrumenten richten zich op de geleverde zorg en op het functioneren van de individuele medisch specialist. Instrumenten voor de kwaliteit van de geleverde zorg worden zowel landelijk (ziekenhuisaccreditaties, uitkomstindicatoren) als op lokaal niveau (kwaliteitscommissies, VIM-systeem) ingezet. De registratie van uitkomstindicatoren heeft

alleen zin als de data deugdelijk, en de uitkomsten bruikbaar zijn voor het beoogde doel. Daarom moeten medisch specialisten gefaciliteerd worden bij het invoeren van gegevens in kwaliteitsdatabases. Een adequate invoer is cruciaal en zou idealiter moeten worden gedaan door andere hoogopgeleide professionals dan de specialist zelf. Ook moeten hiertoe de analyses van kwaliteitsindicatoren worden versneld en is meer onderzoek gewenst naar het effect van dergelijke zorgregistraties op de verbetering van zorg.

Controle op het functioneren van de individuele medisch specialist komt voor rekening van het IFMS dat zowel bestaat uit een zelfevaluatie als uit een beoordeling door anderen (patiënten, medewerkers uit het ziekenhuis, en *peers*, meestal niet uit het eigen vakgebied). Maar de uitkomsten van het IFMS zijn niet openbaar voor de RvB. Bovendien geeft het IFMS onvoldoende zicht op het medisch inhoudelijk werk van de individuele arts omdat de beoordelaars vaak niet op de hoogte zijn van het vakgebied van de betreffende specialist. Het IFMS is vooral gericht op communicatievaardigheden en samenwerkingskwaliteiten. Er zal dus een kwaliteitsinstrument moeten worden ontwikkeld waarmee dit hiaat kan worden opgevangen.

De kwaliteitsvisitaties, een systeem van intercollegiale toetsing georganiseerd door de wetenschappelijke verenigingen, zijn een cruciaal middel in de kwaliteitsverbetering. Leden van de visitatiecommissies komen, in tegenstelling tot de beoordelaars van het IFMS, uit het eigen vakgebied. De visitatie commissies zetten voor en tijdens hun bezoek aan de vakgroep een aantal meetinstrumenten in om een oordeel te kunnen vellen over de kwaliteit van de maatschap. Deze instrumenten zijn vastgelegd in het handboek 'kwaliteitsvisitaties nieuwe stijl' van de OMS. Instrumenten die het vakgroeps-klimaat onder de loep nemen hebben een belangrijke plaats. Een ander instrument is de *Evidence-based medical audit*. Dit is een visitatietechniek die zich richt op de toepassing van richtlijnen, en zodoende wél handvatten geeft voor de evaluatie van het medisch inhoudelijk werk van de individuele specialist. Maar deze audit wordt niet door alle wetenschappelijke verenigingen gebruikt en dan slechts voor enkele specifieke onderwerpen. Al met al moet de wijze van visiteren door de verschillende wetenschappelijke verenigingen worden geüniformeerd, eventueel aangescherpt en uitgevoerd samen met niet-medici. Alle medisch specialisten, zowel academisch als perifeer, zouden zich aan deze kwaliteitsvisitaties moeten onderwerpen en de uitkomsten, minstens de conclusies en aanbevelingen, moeten zonder uitzondering inzichtelijk zijn voor de RvB. De inspanningen die geleverd worden door de visitatiecommissieleden moeten adequate gecompenseerd worden. Al met al moet de verantwoordelijkheid voor de kwaliteitsvisitaties ook buiten de beroepsgroep gedragen worden.

#### *Hoe moet disfunctioneren worden aangepakt?*

Kwaliteitssystemen als het IFMS, kwaliteitsvisitaties en de herregistratie van medisch specialisten zijn niet ontworpen om disfunctioneren van individuele medisch specialisten op te vangen. Daarvoor zijn specifieke procedures opgesteld, zoals het model regelement mogelijk disfunctionerend medisch specialist van de OMS. Toch zullen zowel de bovengenoemde kwaliteitssystemen als collega-artsen zich meer expliciet moeten richten op het signaleren van disfunctioneren. Vervolgens moet duidelijk zijn wie mogelijk disfunctioneren meldt aan de RvB, en moeten instellingen in zo'n geval verplicht worden een gang te maken naar de inspectie.

*Hoe is de transparantie van de kwaliteitsvisitaties te vergroten?* Het openbaarmaken van de visitatierapporten, eventueel in de vorm van een publieksversie, wordt wel genoemd als een mogelijkheid om het maatschappelijke vertrouwen in de zorg te herstellen. Het zou tegemoet komen aan de roep om transparantie en burgers helpen bij het maken van een keuze voor de beste dokter. Maar dit plan komt voor de medisch specialisten in een te vroeg stadium. De visitatie-instrumenten

zijn nog niet uitontwikkeld en afgedwongen openbaarheid zal het vertrouwen van medici in het kwaliteitsinstrument ondermijnen. Hierdoor zullen problemen kunnen worden verzwegen en wordt tijdig ingrijpen bemoeilijkt. Het probleem wordt niet ondervangen door het uitbrengen van een publieksversie. Zo'n versie impliceert het weglaten van gevoelige onderwerpen zoals de onderlinge verhoudingen, en zal zich richten op de randvoorwaarden. Voor het publiek blijft er een weinig interessant rapport over. Het openbaar maken van de visitatie-commissieleden zou potentiële visitatoren kunnen afschrikken waardoor de kwaliteit van de visitaties achteruit gaat. Beide tussenoplossingen schieten daarmee aan het doel van een vroegtijdige interventie bij dreigende calamiteiten voorbij. Pas als de kwaliteitsvisitaties zullen zijn uit geëvolueerd, en de media niet alleen aandacht zal geven aan slecht functionerende maatschappen, kan 'openbaarheid' opnieuw worden overwogen.



# I Raamwerk

## a. Kwaliteitskader van medisch specialisten, OMS 2010.

”Richtlijnen voor medisch specialisten en ziekenhuizen om de kwaliteit van de medisch-specialistische zorg te verbeteren en te uniformeren” (het KNMG kader 2012 heeft de aanbevelingen uit het kwaliteitskader OMS geïntegreerd).

Definitie kwaliteit: veiligheid, doelmatigheid, tijdigheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid.

De medisch specialist:

1. doet zijn werk goed, dat wil zeggen:
  - veilig, doelmatig, tijdig, effectief en patiëntgericht
  - volgens de vigerende protocollen en richtlijnen
  - houdt de patiëntendossiers bij
  - volgt nascholing
  
2. neemt verantwoordelijkheid voor:
  - eigen handelen (en neemt eigen grenzen in acht)
  - het handelen van de professionals die onder zijn verantwoordelijkheid opereren
  - het kwaliteitsbeleid (als deel van de medische staf)
  - het handelen van collega's (bespreekt problemen met collega, vakgroep en eventueel met RvB)
  - voor de patiënt (heeft een duidelijk aanspreekpunt)
  
3. legt verantwoording af aan RvB (en RvB op zijn beurt aan RvT) over:
  - aantal, kwaliteit, resultaat van behandelingen
  - complicaties en sterfte ten gevolge van behandelingen
  - klachten en tuchtrechtelijke procedures
  - resultaat van visitaties (opleidingsvisitaties, kwaliteitsvisitaties), deelname aan IFMS, afdelings-jaarverslagen, patiënttevredenheidsenquêtes.
  - Incidenten en calamiteiten (ook aan patiënt)
  
4. neemt deel aan:
  - patiënt gerelateerde overdrachten, pathologie/necrologie-besprekingen, interdisciplinair overleg etcetera
  - commissies voor beleid, kwaliteit en veiligheid (indien in de gelegenheid)
  - wetenschapsactiviteiten (in elk geval voor academisch werkende specialisten)
  - patiëntenvoorlichting

## b. Model toelatingsovereenkomst NVZ/OMS, 2011.

Artikel 11:

- De instelling en de medisch specialist beschouwen het kwaliteits en veiligheidsbeleid in het ziekenhuis als een gezamenlijke verantwoordelijkheid.
- De instelling organiseert de zorg zodanig dat er steeds sprake is van verantwoorde en veilige zorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan zorg die voldoet aan de professionele standaard, doeltreffend, doelmatig, en patiëntgericht is en is afgestemd op de reële behoefte van de

patiënt. De medisch specialist zal daaraan zijn medewerking verlenen en zijn praktijk op dienovereenkomstige wijze uitoefenen.

- De medisch specialist verbindt zich in het kader van de uitoefening van zijn werkzaamheden in het ziekenhuis naar behoren mee te werken aan het kwaliteits- en veiligheidsbeleid in het ziekenhuis (het vastgestelde 'kwaliteitskader'), waaronder in elk geval worden begrepen: medewerking aan accreditatie, deelnemen aan visitaties door de wetenschappelijke verenigingen, deelnemen aan onderlinge toetsing, verlenen van medewerking aan onderzoek en behandeling van klachten, actief deelnemen in en uitvoering geven aan kwaliteitsverbeteringstrajecten, volgen van geaccrediteerde bij- en nascholing, verzorgen van patiënten begeleiding, participeren in de coördinatie van medisch specialistische zorg, bijdragen aan een toereikende documentatie van het zorgproces, deelname aan de evaluatie van het individuele functioneren van de medisch specialist onder verantwoordelijkheid van de medische staf (IFMS).

#### Artikel 12:

- De medisch specialist verleent medewerking aan het geïmplementeerde registratiesysteem voor de indicatoren van het ziekenhuis en zal op de zijn specialisme van toepassing zijnde indicatoren in dat systeem registreren.
- De medisch specialist verleent medewerking aan de complicatieregistratie binnen het ziekenhuis. Binnen zijn cluster werkt hij mee aan het onderhouden van de complicatieregistratie en het periodiek in het cluster bespreken van de uitkomsten. Significante en meer dan incidentele afwijkingen ten opzichte van het volgens de professionele standaard acceptabel geachte soort en aantal complicaties meldt de medisch specialist aan het bestuur en het stafbestuur.
- De medisch specialist verleent medewerking aan de implementatie, uitvoering en eventuele accreditatie en/of certificering van het patiëntenveiligheidsbeleid.
- De medisch specialist meldt een incident of bijna-incident onverwijld aan de door het bestuur ingestelde meldingscommissie en verschaft daarbij schriftelijk alle in het belang van de patiënt en het ziekenhuis relevante feitelijke informatie.
- De medisch specialist meldt en rapporteert calamiteiten tevens onverwijld bij het bestuur en het stafbestuur.
- De medisch specialist en de instelling onderkennen dat incidenten melding gericht is op kwaliteits en veiligheidsverbetering van de door hen te verlenen zorg. De instelling gebruikt de informatie uit het incidenten meldingssysteem niet voor andere doeleinden.

#### c. *KNMG.artennet.nl*

Medisch professional moet 7 competenties beheersen (naar CanMeds model)

1. Medisch handelen (kennis en vaardigheden)
2. Communicatie (patiënten/cliënten)
3. Kennis en Wetenschap (medische wetenschappelijke deskundigheid en kritisch vermogen)
4. Samenwerking (met collegae en andere professionals)
5. Organisatie (functioneren als onderdeel van het grotere organisatorische geheel)
6. Maatschappelijk handelen (conform wettelijke bepalingen en maatschappelijke normen)
7. Professionaliteit (met besef van de eigen beperkingen en de consequenties daarvan)

## II Probleemstelling

RVZ Discussienotitie Project ‘Garanties voor kwaliteit van zorg’, besproken in raadsvergadering 2013:

De centrale vraag van de Tweede Kamer aan de minister van VWS, en daarmee aan de RVZ, is:

‘Wat te doen aan de aanhoudende stroom incidenten en calamiteiten in de zorg?’.

De raad merkt daarbij op dat enkele calamiteiten plaats vonden in zorginstellingen die op dat moment een goede kwaliteitsvisiteatie, HKZ-, of NIAZ-accreditatie hadden. Derhalve: ‘Kunnen bestuur en interne toezicht van zorgorganisaties hun wettelijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid in de zorg waarmaken?’

*Toegespitst op deze achtergrond studie:*

- Hoe borgt de beroepsgroep kwaliteit (zowel individueel als in collectief)?
  - o wat doen specialisten actief aan verbetering van de kwaliteit van zorg?
  - o hoe laten zij zich controleren op kwaliteit?
- Waar liggen gaten tussen de officiële kwaliteitssystemen en de praktische uitvoering daarvan?
- Wat is de invloed van nieuwe verhoudingen als regiomaatschappen op kwaliteitswaarborging?
- Hoe is transparantie te vergroten? Is openbaar maken van een bewerkte versie van visitatierapporten en/of visitatie commissie leden een kwaliteit bevorderende optie?

Briefadvies RVZ 2010: ‘De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg’:

*Conclusie briefadvies:* Tot nu toe ontbreekt een beoordelingskader voor het functioneren van medisch specialisten, uitvoerings-verantwoordelijke en consequenties voor arbeidsovereenkomst.

Een dergelijk beoordelingssysteem zou moeten inhouden: resultaten, complicaties, richtlijncompliance, bijhouden dossiers, klachten, incidenten, gevolgde bij- en nascholing, uitkomsten kwaliteitsvisitaties, IFMS, patienttevredenheidsonderzoeken, verbeteracties. Idealiter zou het systeem onder verantwoordelijkheid van het afdelingshoofd of de medisch manager moeten vallen met de mogelijkheid voor de RvB om consequenties te trekken uit de uitkomsten (disciplinaire maatregelen, ontslag). Verankering van het systeem in ‘document medische staf’.

*Advies briefadvies:* Disfunctioneren van medisch specialisten moet tijdig aan het licht komen door periodieke toetsing op alle relevante aspecten van de functie-uitoefening zodat ook de ontwikkeling gevolgd kan worden en uiteindelijk een disciplinaire maatregel getroffen kan worden.

De uitkomsten van een beoordelingssysteem als IFMS zijn nu besloten om te voldoen aan een veilige leeromgeving waarin specialisten zich toetsbaar op kunnen stellen en onterechte beschuldigingen kunnen worden voorkomen. De RVZ ziet in haar briefadvies geen reden waarom deze uitkomsten niet openbaar zouden zijn voor de RvB. De maatschap en de RvB hebben immers dezelfde belangen. Daarbij werken goede beoordelingen stimulerend.

*Toegesplitst op deze achtergrond studie:*

- Is er anno 2013 een beoordelingskader voor het functioneren van medisch specialisten? Zijn de uitkomsten openbaar?
- Hoe en door wie worden disfunctionerende specialisten aangepakt?

In opzet zal deze achtergrond studie ingaan op 4 hoofdvragen, gededuceerd uit het bovenstaande:

1. **Wat doen medisch specialisten aan de verbetering van de kwaliteit van zorg?**
2. **Hoe laten medisch specialisten zich controleren op kwaliteit van zorg?**
3. **Hoe worden disfunctionerende medisch specialisten aangepakt?**
4. **Hoe is de transparantie van kwaliteitsinstrumenten (*in casu* kwaliteitsvisitaties) te vergroten?**

Vraag 1 en 2 zullen worden beantwoord, zowel vanuit het perspectief van de medisch specialist als van de bestuurder. Deze laatste groep bestaat zowel uit ziekenhuisbestuurders als uit bestuursleden van de OMS en de Inspectie. Het antwoord op vraag 3 werd slechts vanuit de bestuurderskant belicht. Het zou een aanwijzing kunnen zijn voor de beslotenheid waarmee met disfunctioneren in het ziekenhuis wordt omgegaan, dan wel voor de afwezigheid van beleid hieromtrent.

Apart zal worden ingegaan op de kwaliteitsvisitaties en een aantal andere goede kwaliteitsinstrumenten. Hieraan gekoppeld wordt dan de vraag beantwoord hoe het zicht van de maatschappij op de kwaliteit van zorg in de ziekenhuizen kan worden vergroot (vraag 4). Aan het eind van deze studie worden enkele buitenlandse aspecten van kwaliteitsborging in de zorg belicht. De studie sluit af met het benoemen van mogelijke beleidsadviezen die zouden kunnen worden overgenomen in het uiteindelijke RVZ-advies 'Garanties voor kwaliteit van zorg'.

### III Visie van de medisch specialisten en bestuurders

#### a. Huidige situatie

##### 1. Wat doen medisch specialisten aan de verbetering van de kwaliteit van zorg?

Medisch specialisten zorgen voor zieke mensen. Zij proberen althans de ziekte te begrijpen en zoeken naar een adequate oplossing. De kwaliteit van die zorg is goed wanneer de specialist zijn werk goed doet. De bal ligt in eerste instantie bij de medisch specialist zelf. Hij houdt zijn vakkennis op peil en past nieuwe kennis zo goed mogelijk toe, controleert zijn handelingen, en volgt bij- en nascholing (*Specialist 1, 2*). Wanneer hij knelpunten signaleert in de behandeling van patiënten door anderen, bijvoorbeeld in de consultensfeer, koppelt hij dit terug aan de verantwoordelijke specialist (*Specialist 1*). Vervolgens dringt hij aan op het officieel melden van incidenten zodat er structurele oplossingen gevonden kunnen worden. Daarnaast doen specialisten mee in het IFMS, schrijven beleidsvisieplannen en jaarverslagen (*Specialist 2*). Hoewel de RvB formeel de eindverantwoordelijke is voor de kwaliteit van zorg, wordt dat door de individuele specialisten die geïnterviewd zijn voor deze studie niet zo gevoeld (*Specialist 1, 2 en 3*).

Waar medisch specialisten voortdurend bezig zijn de kwaliteit van hun dagelijks werk te verbeteren, leggen bestuurders meer nadruk op de plaats van dokters in kwaliteitssystemen. Kwalitatief goede zorg is zorg volgens ethische, professionele (richtlijnen, volumenormen), en juridische (WBG0, BIG) normen (*Bestuurder 3*). De wetenschappelijke verenigingen, waarin alle medici per specialisme zijn verenigd, maken de professionele standaarden en stellen volume-eisen (welke overigens niet noodzakelijkerwijs overeen komen met de volume-normen van de verzekeraars). Medisch specialisten zijn daarnaast betrokken bij kwaliteitsborging via de verschillende kwaliteits-commissies. Zij participeren in de veiligheidsrondes en scoren bovendien kwaliteit met de diverse indicatoren. Indicatoren worden gezien als belangrijke spiegelinformatie, vooral voor intern gebruik. Op landelijk niveau worden sommige specialisten afgevaardigd om plaats te nemen in commissies van de OMS. Ook participeren sommigen als visitatoren in de kwaliteitsvisitaties die georganiseerd worden door de eigen wetenschappelijke vereniging. Daarnaast is er een landelijk netwerk medisch specialisten patiënt-veiligheid, verbonden aan de OMS en bestaande uit een kernteam van vier leden. Door het gezamenlijk zoeken naar oplossingen voor problemen, bijvoorbeeld voortkomend uit het spanningsveld tussen productie en veiligheid, probeert dit netwerk interdisciplinair bij te dragen aan veilige zorg (*Red, Specialist '13*).

De medisch specialisten die voor deze studie zijn ondervraagd hebben allen het gevoel dat hun ziekenhuis goed en veilig is. De kwaliteit van het personeel lijkt in deze visie bepalend. In een ziekenhuis moeten goed opgeleide en toegewijde mensen werken die weten wat ze aan elkaar hebben en zorgen voor state-of-the art geneeskunst (*Specialist 2, 3, Bestuurder 2*). Maar kwaliteit wordt volgens één van de geïnterviewde specialisten ook bepaald door de mate waarin de RvB specialisten stuurt in het maken van keuzen binnen het zich almaar uitdijende medische veld (*Specialist 3*).

Ook de bestuurders, allen uit één ziekenhuis, vinden hun organisatie veilig. Zij roemen de cultuur waarin medisch specialisten kunnen leren van incidenten, het management (divisie-voorzitters, RvB) wordt uitgevoerd door ervaringsdeskundige en gezaghebbende artsen, en kwaliteit ontstaat in een samenspel tussen bestuur en werkvloer (*Bestuurder 1*). De belangrijkste factor lijkt de 'huis-ethiek': "De behoefte goede zorg te leveren zit hier in de haarvaten van de dokters", en dat moet door de RvB worden ondersteund en uitgedragen (*Bestuurder 3*). Zij moet daarnaast het gebruik van

kwaliteitsinstrumenten van de juiste urgentie voorzien. Het is opvallend dat de snijdende specialismen de noodzaak tot expliciete kwaliteitscontrole sneller lijken op te pakken dan de beschouwende vakgebieden.

Schaalgrootte heeft invloed op de kwaliteit en veiligheid. Onontkoombare tegenstrijdige belangen van de vele maatschappen in de kleine perifere ziekenhuizen kunnen in dit opzicht nadelig zijn. Maar het nadeel van een groot academisch centrum is een eventueel gebrek aan sociale controle (*Specialist 1*). Een vorm van schaalvergroting is de regiomaatschap waarbij maatschappen uit verschillende ziekenhuizen zich onderling aan elkaar verbinden. De medisch specialist heeft in ‘het eigen’ ziekenhuis vaak een volwaardig lidmaatschap van de medische staf en zijn ‘buitengewoon lid’ van de staf in de andere ziekenhuizen. Soms ook is de specialist een volwaardig lid van meerdere medische Staf-overleggen. Binnen zo’n regiomaatschap wordt door herverdeling en concentratie van zorg (‘volumenormen’) beoogt de kwaliteit van zorg te vergroten, maar dit brengt risico’s met zich mee. Financiële en strategische belangen van medisch specialisten en de RvB van de verschillende ziekenhuizen kunnen uiteen gaan lopen (*Varkevisser, MC 2013*). Zo impliceert concentratie van hoog complexe/laag volume zorg het terugbrengen van die zorg naar één locatie binnen de regio. Dat heeft gevolgen voor het OK-personeel, de toestroom op de eerste hulp, en het soort patiënten dat in de andere ziekenhuizen (niet meer) wordt opgenomen. Daarmee raak je indirect de aanpalende specialismen. Tegenstrijdige belangen zijn slecht voor de kwaliteit. Maar de voordelen wegen op tegen deze nadelen, zo wordt betoogd (*Specialist 3*). De kans op conflicten tussen specialisten en RvB wordt immers klein gehouden doordat een regiomaatschap bestaat bij gratie van de faciliterende RvBs. Een regio-maatschap kan niet functioneren als de RvB’s van de verschillende ziekenhuizen niet met elkaar door één deur kunnen. Uiteindelijk is iedereen gebaat bij een goede onderlinge relatie en een hoge kwaliteit van zorg. En de patiënt? Voor de patiënt is er maar één aanspreekpunt, namelijk het ziekenhuis waar hij behandeld wordt en onder wiens kwaliteitsbeleid hij valt (*Specialist 3*).

## 2. Hoe laten medisch specialisten zich controleren op kwaliteit van zorg?

Ziekenhuizen kennen een keur aan meetinstrumenten voor kwaliteit, die zich ofwel richten op de geleverde zorg (eindproduct), ofwel op het functioneren van de individuele medisch specialist. Ten aanzien van de kwaliteit van het eindproduct zijn er diverse systemen die op ziekenhuis brede of afdelingsspecifieke wijze kwaliteit onder de loep nemen. Sommige systemen zijn landelijk georganiseerd, zoals de ziekenhuisaccreditaties van het NIAZ en vele zorgregistraties. Zo zijn er landelijke kwaliteits-databases van uitkomst-indicatoren zoals de DICA en de registratie voor perinatale sterfte. Op lokaal niveau zijn in ziekenhuizen vele commissies actief die in het ziekenhuis de kwaliteit bewaken zoals de antibiotica-commissie, de bloedtransfusie-commissie of de commissie Medische Ethiek. Ook zijn er in de ziekenhuizen centrale VIM-systemen voor het melden van incidenten en worden er veiligheidsrondes georganiseerd door leidinggevenden, artsen en verpleegkundigen om de veiligheid (bijvoorbeeld rondom de uitgave van medicijnen) op de afdelingen te analyseren. Op afdelingsniveau worden er in perifere ziekenhuizen belangrijke gesprekken gevoerd over kwaliteit tussen de Medische Staf en de verschillende vakgroepen, waarvan verslagen voor de RvB inzichtelijk zijn. Maar de kwaliteitsvisitaties van de maatschappen, zoals uitgevoerd door *peers* uit het eigen vakgebied (*zie Va.*), staan in de ogen van alle geïnterviewde medisch specialisten bovenaan de lijst als het gaat om kwaliteitsborging (*M. Jager, Specialist 1, 2, 3*). Sommige ziekenhuizen kennen daarnaast interne audits voor een specifiek onderwerp zoals hygiëne of medicatieveiligheid (*M. Jager*), en ook de inspectie houdt zijn eigen vraagronde over bijvoorbeeld liesbreuken of heupfracturen (*Specialist 3*). Het Nijmeegse Radboud ziekenhuis is uniek in het

uitvoeren van zogenaamde ‘interne kwaliteitsaudits’, een veelbesproken systeem dat de kwaliteitsvisitaties voor sommige vakgroepen in Nijmegen zelfs vervangt (*zie Vb.*). Sommige specialismen kennen bovendien hun eigen audits zoals de perinatale audits in de obstetrie/gynaecologie. Tweemaal per jaar wordt de perinatale sterfte binnen de regio besproken met alle betrokken zorgverleners (verpleegkundigen, 1<sup>e</sup>-lijns verloskundigen, huisarts, 2<sup>e</sup>-lijns verloskundigen, gynaecologen, kinderarts, patholoog). De audit wordt voorgezeten door een onafhankelijke voorzitter, bijvoorbeeld een gynaecoloog uit een andere regio. Alle casussen worden webbased geregistreerd, inclusief de ‘substandard care factoren’ (*Specialist 2*). Zo bleek bijvoorbeeld dat niet alle risico-zwangeren in een bepaald ziekenhuis door een gynaecoloog werden gezien. In de verbetercyclus is er een schema gemaakt waarbij deze groep ten minste drie maal op het spreekuur komt van de medisch specialist (*Specialist 2*). Dit soort terugkerende verbetercycli (‘wat kan er beter?’, ‘Wat gaan we eraan doen?’, ‘Hoe controleren we of het werkt?’) zijn essentieel om tot structurele veranderingen te komen.

Ten aanzien van het functioneren van de individuele medisch specialist zijn er, behalve de controle op herregistratie, verschillende mogelijkheden. Het IFMS (Individueel Functioneren Medisch Specialist) bestaat uit de MSF (Multi-Source Feedback) en de A&A (Appraisal and Assessment) (*OMS 2008*). Het MSF behelst zowel een zelfevaluatie als een beoordeling door anderen. De specialist bepaalt zelf door wie hij beoordeeld wordt, maar ten minste zijn dit 25 patiënten, acht medewerkers (verpleegkundigen, arts-assistenten), één directe collega en acht *peers* uit het eigen ziekenhuis, maar niet vanuit het eigen specialisme (voor een gynaecoloog kan dat bijvoorbeeld een KNO-arts zijn). De specialist krijgt een nagesprek met een auditor. In sommige ziekenhuizen wordt een deel (bijvoorbeeld 15%) van de omzet pas uitgekeerd nadat aan een aantal voorwaarden, zoals participatie in, – niet uitkomst van–, het IFMS, is voldaan (*Specialist 2*). Andere ziekenhuizen kennen eenzelfde vorm van 360-graden beoordeling waarbij de leidinggevende beslist welke medewerkers de medisch specialist beoordelen (*Specialist 1*). Een tweede systeem zijn de Assessment & Appraisal rondes van medisch specialisten die eens in de twee jaar worden doorlopen. Dit zijn *peer-to-peer* gesprekken van specialisten van diverse pluimage (bijvoorbeeld internist versus KNO-arts) waaraan een 360-graden beoordeling vooraf kan zijn gegaan (*M. Jager*). De IFMS-uitkomsten zijn niet openbaar, ook niet voor de RvB, en zijn ook niet bedoeld om disfunctioneren aan te pakken. Het is overigens goed om te realiseren dat er in de meeste ziekenhuizen zowel medisch specialisten werken als de A(N)IOS. AIOS zijn opleidingsassistenten die het medisch handwerk nog in de vingers moeten krijgen. Hun werk wordt beoordeeld door het opleidende team, met de Canmeds als leidraad.

### 3. Hoe wordt kwaliteit geborgd in uw ziekenhuis?

Het ziekenhuis van de bestuurders betrokken bij deze achtergrondstudie kent een kwaliteitsbeleid waarbij diverse systemen naast elkaar bestaan. Dezen worden in onderstaande box ter illustratie benoemd.

Ten eerste is er een directoraat kwaliteitszaken, onderdeel van de RvB, dat verantwoording draagt voor de praktisch geleverde zorg en het melden aan de inspectie van calamiteiten. Ten tweede opereren er vele commissies, zogenoemde kwaliteit-subsystemen, waarvan de voorzitters strategisch gekozen zijn door de RvB. Meestal zijn dit mensen met gezag en verantwoordelijkheidsbesef (hoewel daardoor soms onvoldoende oog voor detail) (*Bestuurder 3*). Voorbeelden van dergelijke commissies zijn de antibiotica commissie, de apparatuur commissie, de bloedtransfusie commissie en de

commissie kwaliteitsborging farmacotherapie. Daarnaast fungeren commissies als de commissie medische ethiek, de klachten commissie, de commissie ‘*good research practice*’ en de commissie informatiebeveiliging en privacybescherming. Zij maken de spelregels in het ziekenhuis. Als laatste heeft het ziekenhuis een eigen kwaliteits instituut i.o., waarbij uiteindelijk 4FTE beschikbaar is voor patiënten-feedback, procesbewaking en implementatieonderzoek. Dit instituut heeft zich als doel gesteld om te komen tot een betere horizontale afstemming van gevonden oplossingen voor kwaliteitsvraagstukken, en om expertise te vergaren voor de implementatie van de zogenaamde plan/do/check/act feedback-cycli (Wat gaan we aan het probleem doen? Werkt de bedachte oplossing in de praktijk? Hoe kunnen we verder verbeteren?). Het plan/do gedeelte van zo’n cyclus wordt al veel gedaan in het ziekenhuis, maar de horizontale afstemming van deze verbeterplannen en de terugkoppeling van hun uitwerking naar de afdelingen is nu onvoldoende (*Bestuurder 3*). Dit is uiteindelijk een verantwoordelijkheid van de RvB (*Bestuurder 1*).

Een belangrijke eerste stap van het kwaliteitsinstituut i.o. van bovengenoemd ziekenhuis is het maken van een zeer arbeidsintensief document met ziekenhuis-eigen sturings-indicatoren voor de kwaliteit van zorg. Onontkoombaar overlappen deze indicatoren grotendeels met de landelijk vastgestelde indicatoren (patiënt-tevredenheid, medicatie, opnameduur etc.). Het verschil is echter dat de ziekenhuis-eigen indicatoren gemaakt zijn door ziekenhuis-eigen afdelingshoofden en managers, en daarmee worden gedragen door de organisatie.

In dit academisch ziekenhuis zijn kwaliteitsvisitaties geen gemeengoed. Dat geldt natuurlijk wel voor de opleidingsvisitaties, waarvan de uitkomsten openbaar zijn, ook voor de RvB. Het ziekenhuis is wars van het IFMS: “De hiërarchie waarborgt hier de kwaliteit, niet een *peer-review*” (*Bestuurder 1*). Toch worden op diverse afdelingen 360 graden evaluaties uitgevoerd (*Specialist 1*).

#### 4. Hoe worden disfunctionerende medisch specialisten aangepakt?

De RvB moet op zijn minst geïnformeerd zijn over eventueel disfunctioneren om zijn bevoegdheden volgens de arbeidsvoorwaardenregeling (AMS) aan te kunnen wenden. In de hiërarchische structuur van een UMC zijn de divisie-voorzitters gehouden problemen in het functioneren van individuele dokters tijdig te melden aan de RvB, op straffe van ontslag. In de praktijk zou dit, volgens een geïnterviewde bestuurder, wel eens een betere waarborg kunnen zijn dan officiële instrumenten als de toelatingsovereenkomst, het herregistratie systeem, de IFMS of de visitaties (*Bestuurder 1*). Zo wordt in de toelatingsovereenkomst niet voorzien in een actieve verplichting tot het afleggen van verantwoording door de medische specialist aan de Raad van Bestuur over zijn of haar handelen (*RVZ, 2010*). Herregistratie geschiedt op basis van niet-kwalitatieve eisen (bijvoorbeeld het aantal uren geleverde patiëntenzorg of gevolgde bijscholing). Ook het IFMS en kwaliteitsvisitaties zijn niet primair bedoeld om individueel disfunctioneren op te sporen. Dezen richten zich bewust op kwaliteitsverbetering van de medisch specialisten (*OMS, 2008*). Bij signalen van mogelijk disfunctioneren wordt een IFMS-evaluatie dan ook beëindigd en wordt er een procedure ‘mogelijk disfunctioneren’ opgestart.

De OMS heeft een model reglement opgesteld voor de directe collega’s van intramuraal werkende, mogelijk disfunctionerende specialisten (*OMS, 2008*). Disfunctioneren wordt gedefinieerd als ‘een structurele situatie van onverantwoorde zorg, waarin een patiënt wordt geschaad of het risico loopt te worden geschaad, en waarbij de betreffende arts/medisch specialist niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen’. Collega-specialisten moeten het probleem trapsgewijs bespreken met de



persoon in kwestie. In een volgende stap melden zij het disfunctioneren schriftelijk gemotiveerd bij het stafbestuur. Nader onderzoek door externe rapporteurs in combinatie met het ontbreken van verbetering na coaching en scholing kan leiden tot non-actiefstelling en ontslag. Behalve problemen met patiëntveiligheid kan een breuk in de vertrouwensrelatie tussen specialist en RvB aanleiding vormen tot een dergelijke procedure. Het ontslag kan aangevochten worden door de specialist bij het Scheidsgerecht Gezondheidszorg.

## b. Problemen

### 1. Waar moet de kwaliteit van zorg beter?

Afgezet tegen het aantal handelingen en de complexiteit van de zorg, is het aantal incidenten in de Nederlandse gezondheidszorg laag te noemen (*H. Kingma*). Bovendien stellen medisch specialisten dat de zorg in Nederland de laatste tien jaar sterk verbeterd is (*Specialist 1, 2, 3*). Door het ontstaan van richtlijnen en protocollen is de zorg minder afhankelijk geworden van de medisch specialist die men toevallig aan zijn bed treft. Inderdaad is Nederland sinds 2005 in de top drie van de European Health Consumer Index, en veelal de beste. Toch eist de maatschappij steeds meer en zijn mensen minder bereid tot het lopen van risico's (*Specialist 3*). Irreële verwachtingen ('ik heb recht op alle mogelijke behandelingen, ik word genezen en er gaat nooit iets mis') worden ondersteund door kritische verhalen over medische missers in de media, vaak gestoeld op  $n=1$  onderzoek (*Kievit 2013*). Een tempering is op zijn plaats: "Bij het leveren van medische zorg moet *need* (in plaats van *demand*) het leidende principe zijn; een dokter maakt zijn patiënt op zijn best *beter*; calamiteiten kunnen in ons complexe, hoog-technische stelsel nooit voor de volle 100 procent voorkomen worden door bureaucratische regels en afvinklijstjes" (*H. Kingma*). Immers, je kunt niet alles oneindig blijven controleren, dat zou de kosten in de zorg nog onbeheersbaarder maken (*Bestuurder 1, IGZ*).

Maar in feite hebben we nog onvoldoende zicht op de inhoudelijke kwaliteit van zorg zoals die door de individuele dokter geleverd wordt. Een goed kwaliteitsinstrument voor dit basale onderdeel van patiëntenzorg ontbreekt op dit moment, en complicatie-besprekingen en registraties zijn nog niet overall interdisciplinair ingevoerd (*Specialist 1*). Zo is er, vooral in de poliklinieken, onvoldoende zicht op de toepassing van de richtlijnen, op de zorg voor patiënten die nu juist buiten die richtlijnen vallen, en op het gebruik van aanvullende onderzoeken. Vaak ontbreekt de tijd om patiënten *lege artis* te betrekken in de besluitvorming over hun ziekte en bijbehorende behandel-opties, of te informeren over inclusie in medisch onderzoek (*Kievit, 2013*). Het maakt bovendien nog steeds uit of de zorg die je krijgt op weekdagen of in het weekend geleverd wordt, en of je voor eenzelfde probleem (bijvoorbeeld wondzorg) wordt geholpen op een chirurgische of interne afdeling (*M. Jager*). Ook onbewuste kennis-lacunes van dokters, bijvoorbeeld over geneesmiddelen-interacties, vormen een risico, vooral in afwezigheid van een adequaat vangnet (*Specialist 2*). Een andere grote valkuil voor kwaliteit is de onervarenheid van het personeel (*M. Jager*). Patiënten op de eerste hulp worden nog steeds vaak opgevangen door de jongste bediende, al dan niet bijgestaan door een eerste hulp-arts wiens ervaring ook geen gegeven is (*Specialist 1*). Ziekenhuizen waar arts-assistenten werken kennen per definitie een spanningsveld tussen adequate supervisie en de benodigde ruimte voor een effectief leerproces. Het kan voor de individuele staflid-begeleiders moeilijk zijn precies te weten in welke leer-fase iedere individuele assistent zich bevindt. "De supervisor zou het portfolio van de assistent kunnen inkijken, maar in de praktijk ligt hier een gat" (*Bestuurder 3*). Daarenboven zijn de supervisors zelf vaak nog "jonge klaren" met onvoldoende ervaring en overwicht. De kwaliteit van de begeleiding is ook nog sterk afhankelijk van het (gebrek aan) tijd en inzet van de individuele supervisor, die in het

huidige systeem de dag voor en na zijn supervisedienst geacht wordt een volle werkdag te draaien. Het zou de kwaliteit van zorg ten goede komen als supervisie niet gezien zou worden als ‘bij-taak’ en afdoende gecompenseerd zou worden met rusttijd (*Specialist 1*).

Professionele kwaliteit, hoewel een *conditio sine qua non*, is op zichzelf onvoldoende voor goede zorg. De kwaliteit van de organisatie, de *operational excellence*, is minstens zo belangrijk (*Kievit, 2011*). De invloedsfeer van de dokter hierin is beperkt. Zo heeft een operateur, anders dan op zijn eigen medisch inhoudelijk werk, geen grip op een OK-team dat incompleet blijkt te zijn. Vaak ook wordt nog de verkeerde patiënt geprikt of wordt medicatie foutief uitgedeeld. Hoe dan ook leiden dit soort organisatorische fouten tot kwalitatief mindere zorg (*Specialist 2*). Veel medici vinden helaas onvoldoende tijd, macht, aanleiding of motivatie om de kwaliteit van zorg op organisatorisch niveau te verbeteren (*Kievit 2011*). “Afdelingen verzinnen nu veelal onafhankelijk van elkaar oplossingen voor problemen zonder van elkaars plannen op de hoogte te zijn. Die horizontale afstemming moet beter” (*Bestuurder 3*). Al met al lopen dokters in een groot, technologisch ziekenhuis het risico snel gefrustreerd te raken in de complexiteit. Ook is het de vraag of medisch specialisten die optreden als ‘medisch manager’ belangrijke medisch inhoudelijke problemen op de werkvloer kunnen blijven signaleren. Zo zouden bij een meningsverschil tussen specialisten hoger geplaatsten in de hiërarchie moeten ingrijpen en overleg initiëren. Maar veelal hebben deze medisch-managers geen tijd om zich met medisch inhoudelijke zaken bezig te houden, zijn zij niet op overdrachten aanwezig, en derhalve onvoldoende op de hoogte van potentiële problemen (*Specialist 1*). Kleine ziekenhuizen kennen hun eigen uitdagingen voor goede zorg. Enerzijds moeten chirurgen zich bijvoorbeeld van hun wetenschappelijke verenigingen specialiseren om ‘aantallen operaties’ per operateur te halen, anderzijds moet de medisch specialist in de dienst wel alle ingrepen kunnen uitvoeren. Wat kan een individuele specialist dan nog wel, en wat niet meer, goed behandelen in een klein ziekenhuis? Dat die keuze niet bij hem alleen ligt is evident aangezien het afstoten van patiënten grote consequenties kan hebben voor de (financiële) gezondheid van het ziekenhuis (*Specialist 2*)?

Het is aan de RvB om de organisatie van het ziekenhuis toegankelijk te maken voor de welwillende kwaliteits-verbeteraar. Om te beginnen zouden medisch specialisten met gezag en vertrouwen moeten worden aangesteld als kwaliteitsfunctionaris en als geloofwaardig en inhoudsdeskundig intermediair moeten op treden tussen RvB en de specialisten (*Specialist 2*). Immers, zoals het voor de RvB moeilijk is daadwerkelijk zicht te krijgen op wat er zich binnen een maatschap afspeelt (*Specialist 2*), blijkt het voor de specialist niet eenvoudig met zijn grieven bij de RvB aan te kloppen. De deur staat altijd open, maar de drempel ligt hoog (*M. Jager*), en natuurlijk wil en kan je daar niet zomaar naar binnen (*Specialist 1*): “Ze hebben het eenvoudig te druk voor de werkvloer, maar eigenlijk zou de RvB maandelijks een dag moeten meewerken” (*Specialist 2*). De RvB zou er ook goed aan doen het inkomen van specialisten te relateren aan de kwaliteit van het geleverde werk en niet alleen aan productie. Maar ‘kwaliteit’ is bijna niet objectief te meten (*Specialist 3*). Vaak ontbreken parameters voor goede zorg of een adequate registratie. “En wanneer kwaliteit niet goed te meten is, moet je ervan afzien” (*Specialist 3*).

In ieder geval moet de RvB nooit een missie uitdragen die concessies impliceert aan de kwaliteit van de patiëntenzorg. Wanneer het beleid is om alleen top-referente zorg te leveren, kunnen problemen in de zorg voor patiënten met ‘gewone pathologie’ op minder gehoor rekenen bij het management. Wanneer men goed wil worden op gebied X, zoals excellent uitgevoerd door specialist Y, zullen wellicht concessies worden gedaan aan de kwaliteit van de overige werkzaamheden van specialist Y (*Bestuurder 3*). Professional en *operational excellence* moeten samengaan met een bovenlaag van excellent functionerende bestuurders en een goede “huis-ethiek” (*Bestuurder 3*).

## 2. Wat zeggen meetinstrumenten over de kwaliteit van zorg?

Een opvallende rode draad in alle gesprekken die gevoerd zijn voor deze achtergrond studie, en die ook werd opgepakt in het briefadvies (RVZ, 2010), is dat teveel focus op formele afspraken, regelingen en check-lijstjes niet wezenlijk bijdraagt aan kwaliteitsverbetering (*Specialisten en Bestuurders*). Kwaliteit is afhankelijk van de drive, opvattingen, capaciteiten en beschikbare tijd van individuen, en van een veilige sfeer waarin problemen (complicaties, individueel disfunctioneren) kunnen worden gemeld en aangepakt. De kwaliteit van zorg wordt beter naarmate professionals en bestuur elkaar meer vertrouwen, bijvoorbeeld in een juiste afhandeling van incidenten. Officiële kwaliteitssystemen, zowel voor het meten van de kwaliteit van de geleverde zorg als voor het functioneren van medisch specialisten blijken in de praktische uitvoering dan ook niet alle verwachtingen waar te kunnen maken. Maar ‘vertrouwen’ betekent niet dat de zorg vanzelf goed en veilig wordt. Een vorm van toezicht blijft geboden zodat kwaliteit voortdurend bijgesteld kan worden. Het moet voor dokters een expliciet en concreet aandachtspunt blijven (*Bestuurder 2*). “Structureel registreren maakt dat je je continu bewust bent van de kwaliteit van zorg. Dat alleen al leidt tot betere uitkomsten”, aldus een oncologisch chirurg (*van Tilburg, de Specialist '13*).

Bestuurders en medisch specialisten hebben gemeen dat zij de relatieve waarde en potentieel negatieve impact van kwaliteitsindicatoren op de zorg benadrukken. Indicatoren dreigen een ‘ritueel’ te worden, een probleem *an sich*. Frequente pijnscore-metingen zijn bijvoorbeeld tijdsintensief en dus kostbaar, maar niet nuttig bij post-OK patiënten die al pijnvrij zijn. Toch kun je niet om die registraties heen als je in aanmerking wilt komen voor accreditatie en het vertrouwen van de samenleving voor je wilt winnen (*Bestuurder 1*). Ten aanzien van de kwaliteitsindicatoren zijn een aantal opmerkingen te maken. Ten eerste heeft de registratie van uitkomst-indicatoren alleen zin als de data deugdelijk, en de uitkomsten bruikbaar zijn voor het beoogde doel. Het betrouwbaar bijhouden van zo’n database, nu vaak door de medisch specialisten zelf, is moeilijk en kost veel tijd. Die tijd is er niet en een verkeerde invoer (bijvoorbeeld door verkeerde codering) kan grote consequenties hebben (*Specialist 3*). Goede ICT voorzieningen en hoogopgeleide professionals (nurse-practitioners) zouden dit probleem kunnen oplossen (*Hilders, 2012*), maar wie gaat dat betalen? De maatschap, het ziekenhuis, de verzekeraar of de overheid? Wanneer een registratie het verkeerde beeld geeft is het in elk geval ongeschikt als beoordelingsinstrument en kan het niet gebruikt worden als prestatie-indicator. Zo bleken indicatorensets voor borstkanker en heup-en-knie vervanging beperkt betrouwbaar door onvoldoende scherpe en praktische definities, door grote verschillen in de wijze van dataregistratie en ontsluiting, en door sociaal wenselijke antwoorden (*Kievit, '13*). De MUST is een ander voorbeeld van een instrument dat de werkelijkheid verkeerd kan weergeven. Het is een korte, praktische vragenlijst die het risico op ondervoeding bij patiënten probeert te kwantificeren. Maar het aantal patiënten met een fout-positieve of fout-negatieve uitslag, vergeleken met een gouden standaard, is hoog en ook nog eens verschillend voor verschillende afdelingen. Het instrument brengt daarmee schijnveiligheid (*SB, MC 2013*). Nog een voorbeeld van moeizame beeldvorming door zorgregistraties zijn de patiënttevredenheidsenquêtes. Deze worden afgenomen op de polikliniek en zeggen iets over de wachttijden en de poli-faciliteiten, maar het is te betwijfelen of dit instrument de kwaliteit van zorg betrouwbaar weergeeft (*Specialist 3*). Veel indicatoren zijn dan ook niet te gebruiken om ziekenhuizen onderling te vergelijken. Een trend in de score van prestatie-indicatoren over de tijd zegt vooral iets over de prestatieverbetering van de vakgroep zelf (*Specialist 2*). Overigens is van veel kwaliteitsinitiatieven en zorgregistraties, de DICA database voor chirurgische oncologie (complicaties, re-OKs, kwaliteit van biopten) en SURPASS uitgezonderd, niet bewezen dat deze ook daadwerkelijk tot betere zorg leiden (*Kievit '11*). Meer onderzoek hiernaar is geboden.

Ten tweede kunnen uitkomstindicatoren complicaties verhullen. Registraties voorkomen niet dat fouten in de behandeling van patiënten onder een andere noemer gebracht worden. De oorzaak van overlijden verhuult wanneer een patiënt is dood gegaan na suboptimale zorg door een meningsverschil tussen verschillende (soorten) specialisten. Het hangt af van de overtuigingskracht van de specialist die de mogelijkheid tot obductie met de familie bespreekt of nader onderzoek naar de doodsoorzaak plaatsvindt en door dokters onderling besproken kan worden. Potentiële calamiteiten worden dus niet opgespoord (*Specialist 1*).

Ten derde interfereren de registraties veelal op onacceptabele wijze met het primaire zorgproces of leiden de aandacht af van de achterliggende problematiek (*M. Jager*). Zo houden de uitgebreide voorbereidingen voor de NIAZ-accreditatie ziekenhuizen af van het werk in de zorg waar het werkelijk om gaat, en werken zo frustraties in de hand. Berucht is het voorbeeld van de Britse NHS waar zorg voor acuut zieke mensen ondergeschikt werd aan de doorlooptijden op de eerste hulp (*Bestuurder 2, Bestuurder 3*). Paradoxaal genoeg kwam dit probleem aan het licht, juist omdat er geregistreerd werd.

Ten vierde duren analyses van output-indicatoren te lang (minstens een jaar) om de kwaliteit van zorg flexibel bij te kunnen sturen (*IGZ*).

Meetinstrumenten die het functioneren van de individuele medisch specialist evalueren binnen het IFMS (MSF, A&A) kennen hun eigen tekortkomingen. Ten eerste beoordeelt geen van de systemen ook daadwerkelijk het medisch inhoudelijke werk van de specialist. De beoordelingen in het kader van de IFMS, ook wel gekarakteriseerd als ‘slappe thee’ (*Keuzenkamp, MC '13*), blijven in de communicatie-sfeer hangen en leveren zelden nieuwe informatie op (*Specialist 2*). Slechts één van de beoordelaars in het IFMS is een directe collega vanuit het eigen specialisme. De overige *peers* zijn niet op de hoogte van het vakgebied van de specialist in kwestie en maken hem niet noodzakelijkerwijs mee in zijn dagelijks werk. Bovendien kunnen de systemen misbruikt worden om grieven te uiten die beter *face-to-face* gezegd kunnen worden (*Specialist 1*). Overigens moet worden opgemerkt dat de zogenaamde ‘Evidence-based medical audit’, een visitatietechniek die inzicht probeert te geven in de toepassing van richtlijnen in de zorg voor individuele patiënten, wel handvatten geeft voor de evaluatie van het medisch inhoudelijk werk van de individuele specialist (*OMS 2005*). Maar deze audit wordt niet door alle wetenschappelijke verenigingen gebruikt en dan nog slechts voor specifieke onderwerpen. Ten tweede geldt voor beide systemen dat de keuze van beoordelaars cruciaal is voor het slagen van de evaluatie. Kiest de specialist de beoordelaars zelf, dan zal hij waarschijnlijk mensen kiezen waarvan hij weet dat de beoordeling om zijn minst niet al te ongunstig uit zal pakken (*Specialist 2*). Wanneer de leidinggevende de beoordelaars uitkiest, loopt de specialist het risico beoordeeld te worden door mensen die hem onvoldoende kennen. Volgens een van de geïnterviewde specialisten wordt zelfs de minst functionerende collega met een ‘goed’ beoordeeld in het IFMS omdat niemand een negatieve kleur wil geven aan zijn beoordeling. In dat geval zouden specialisten met een ‘7’ in de IFMS dus al in de gaten gehouden moeten worden (*Specialist 2*).

Ten derde zijn de uitkomsten van de evaluaties niet openbaar, ook niet voor de staf of de RvB, en hebben daarmee geen grote consequenties. In veel ziekenhuizen is de salariëring weliswaar deels gekoppeld aan deelname aan (niet: *uitkomst van*) kwaliteitssystemen als de IFMS, maar wordt dit deel van het salaris altijd uitgekeerd (*Specialist 2*). Door bovenstaande argumenten is het IFMS te soft om een rol te spelen in de aanpak van disfunctioneren, ook al is het daar niet voor bedoeld (*Specialist 3*). Zo wordt het instrument ook niet ervaren. “Een afdelingshoofd moet niet wachten op een IFMS beoordeling, maar zo nodig direct ingrijpen” (*Bestuurder 2*).

### 3. Hoe kan disfunctioneren ongecorrigeerd blijven?

Slechte governance gaat goed zolang professionals hun werk goed doen. Wanneer het fout gaat, zullen de informatie-stromen naar de RvB (via de hiërarchie of vanuit visitaties etc.) op orde moeten zijn, en kan de RvB niet te lang aarzelen om in te springen (*IGZ*). Hier gaat het vaak fout. In 2011 is de toelatingsovereenkomst voor medisch specialisten herzien zodat ziekenhuisbesturen de arbeidsovereenkomst makkelijker kunnen verbreken (*OMS, 2011*), maar de RvB wordt vaak onvoldoende op de hoogte gehouden. Het komt voor dat de RvB zelf niet actief genoeg is in het vergaren van informatie omdat die verantwoordelijkheid niet expliciet is uitgedeeld. Vervolgens kiezen besturen niet zelden voor een lang en informeel verbetertraject, ook uit angst voor hoge afkoopsommen (*Croonen, MC '13*). Goedbedoelende maar weinig daadkrachtige actoren kunnen een onacceptabele situatie dan niet meer voorkomen (*Smit, MC '13*). Er is bovendien geen meldingsplicht voor instellingen om disfunctioneren te melden bij de inspectie. De inspectie heeft vervolgens niet de macht disfunctionerende artsen op non-actief te stellen (*Croonen, MC '13*).

In elk geval zijn kwaliteitsvisitaties, de IFMS en het herregistratiesysteem nog onvoldoende uitgerust, en ook niet opgezet om disfunctioneren op te pakken. In de praktijk blijkt dat disfunctionerende specialisten, zoals gesignaleerd bij kwaliteitsvisitaties, bij herregistratie nauwelijks problemen ondervinden (*Croonen '13*).

#### c. Ideale situatie

##### 1. Hoe moeten medisch specialisten de kwaliteit van zorg verbeteren?

Kwaliteit in de zorg is afhankelijk van individuen en onderling vertrouwen: Goede dokters hebben hart voor de zaak, een goed ontwikkeld ethisch bewustzijn, kunnen tegen hoge werkdruk en leggen daarbij de juiste prioriteiten (*Specialist 2, M. Jager*). Het zijn professionals met een strakke discipline tot het leveren van topkwaliteit. Die intrinsieke motivatie moet worden versterkt en van de juiste urgentie voorzien door een bescheiden en zorgvuldige inzet van extrinsieke krachten, zo stellen bestuurders (*Kievit, '13*).

Maar welke externe factoren zouden dokters moeten aangrijpen om de kwaliteit van hun zorg te verbeteren? Tijdsgebrek lijkt het grootste struikelblok om 'aan kwaliteit te doen'. Zeker in de periferie zijn medisch specialisten zo drukbezet met patiëntenzorg dat zij onvoldoende tijd nemen om met elkaar te praten over mogelijke verbeteringen in het zorgproces (*M. Jager*). Idealiter zou hiervoor tijd moeten worden vrijgemaakt, zoals dat ook gebeurt voor wetenschap en onderwijs (*OMS*). Maar veel ruimte is er niet. "We lopen tegen de grenzen van efficiëntie en hard werken aan" (*OMS*). Een minder directe relatie tussen productie en inkomsten, zoals bij specialisten in loondienst, zou volgens een van de geïnterviewde specialisten al wat ruimte kunnen geven (*Specialist 2*). Het is overigens de vraag of die ruimte dan gebruikt zou worden voor de borging van kwaliteit, of voor de broodnodige ontlasting van het dagelijkse schema (*Specialist 2*).

Tijdsgebrek buiten beschouwing latend, zou de officiële betrokkenheid van het gehele ziekenhuis bij kwaliteitsverbetering moeten worden opgevoerd. Mensen uit alle geledingen moeten gerichte taken krijgen in de kwaliteitsborging (bijvoorbeeld door zitting te nemen in kwaliteitscommissies) zodat problemen op alle niveaus worden gesignaleerd en ingebracht. Dit zal het taboe op het herkennen en melden van incidenten in de organisatie verminderen (*Specialist 1*).

Voldoende tijd en betrokkenheid kunnen leiden tot mooie kwaliteits-verbeter projecten, zoals het NIV doorbraakproject ‘verbeteren dienstoverdrachten’. De overdracht is van groot belang voor de continuïteit van zorg en creëert potentiële risico’s voor de patiënt die verpleegd wordt tijdens de diensten (avonden, weekenden, feestdagen). Dit is een probleem in alle ziekenhuizen dat nog vergroot wordt door de toename van parttime werkende specialisten. Het CBO en een groep ziekenhuizen (AMC, Deventer, Haga, Jeroen Bosch, de Ommelander groep, de Reinier de Graaf groep) proberen daarom de overdrachtstructuur te verbeteren met een aantal voor de hand liggende maatregelen, inclusief trainingsmodule voor nieuwe assistenten: digitale overdrachtsmodules, checklijsten, ‘als-dan-beleid’, minimaliseren van administratieve handelingen, concrete afspraken over het opnamebeleid, en aanwezigheid van de dienstdoende specialist bij de avondoverdracht (*Dresden, Int Geneeskd '13*). Overigens is er een roep om *round-the-clock* aanwezigheid van ervaren medisch specialisten in het ziekenhuis, ook buiten kantooruren, waarbij supervisie een ware ‘dagtaak’ wordt (*Levi, MC '13*). Recente verbeteringen in de overdrachtstructuur en van de kwaliteit van zorg op de eerste hulp (zoals een introductie cursus voor beginnende AIOS en SIT-teams) zijn in deze visie onvoldoende. Maar de financiële consequenties van een dergelijk plan werken voorlopig tegen (*LK,MC '13*).

Medisch specialisten hebben een eigen verantwoordelijkheid in het publieke debat. De collectieve verontwaardiging over het falen van controle mechanismen in de zorg (de Klebsiella uitbraak in het Maasstad Ziekenhuis, huisarts Tromp, Jansen Steur, cardiologische zorg in het Ruwaard van Putten ziekenhuis) en van de bestuurlijke aanpak van conflicten tussen medisch specialisten (internisten in het Catharina Ziekenhuis, Cardiologen in Goes, Radiotherapeuten in het Reinier de Graaf Ziekenhuis, orthopeden in Medisch Spectrum Twente) wordt ook gevoeld binnen de beroepsgroep. Maar het verschil tussen medisch specialisten en het grote publiek is dat de medisch specialist uit eigen ervaring weet met hoeveel bloed, zweet en tranen dagelijks geprobeerd wordt complicaties, ook niet-iatrogeen, vóór te zijn. Zij die daarbuiten staan proberen met gepast wantrouwen discussies over de kwaliteit van zorg op gang te houden (*F. Meijman in Red, MC '13*). Dokters moeten die discussie gebruiken om genuanceerd te laten zien wat goed gaat, ook in relatie tot andere Europese landen, en waar van fouten geleerd wordt. Als de maatschappij oprecht betrokken wordt in belangrijke discussies over de kwaliteit van zorg, niet alleen in tijden van schandaal, kan het publieke vertrouwen in de zorg herstellen (*Kievit '13*).

## **2. Hoe moeten medisch specialisten gecontroleerd worden op kwaliteit van zorg?**

Governance moet gericht zijn op cultuur (*Bestuurder 2*). Een veilige cultuur waarin medici elkaar bij de les houden en in alle openheid problemen bespreken is de beste waarborg voor kwaliteit. Helaas blijkt dit onvoldoende voor maatschappelijk vertrouwen in goede zorg (*Bestuurder 2*). De openheid moet volgens de bestuurders wel worden ingebed in een hiërarchische structuur, waarbij de verschillende bazen volgens een strakke discipline de kwaliteit van hun werknemers rapporteren aan de RvB. “Geen kwaliteit zonder baas” (*Bestuurder 1*).

Controle op het inhoudelijk functioneren van een specialist is afhankelijk van directe collega’s, maar centraal is er weinig toezicht (*Croonen, MC '13*). Zoals eerder gesteld (*zie IIIb1.*) lijkt het medisch inhoudelijk werk vrijwel onontgonnen gebied in de kwaliteitsmetingen. Vigerende systemen evalueren competenties als samenwerking, communicatie, en professioneel gedrag maar zijn onvoldoende uitgerust om systematisch de grondigheid van een anamnese, de indicatie voor aanvullend onderzoek of de toepassing van richtlijnen te controleren. ‘Niemand leest met je status mee in de polikliniek, laat staan dat er gekeken wordt naar hoe je met patiënten communiceert’ (*Specialist 1*). Een kinderarts stelt

in het Medisch Contact dat het voor medisch specialisten, anders dan voor arts-assistenten, nu eenmaal niet gebruikelijk is om professioneel gedrag regelmatig te laten observeren door een collega of supervisor, en er dan feedback op te krijgen (*Brand, MC 2013*). Zijn vakgroep heeft het toch gedaan. “Spannend, maar nuttig en leerzaam, en een uitdaging om dit nu structureel te gaan doen”. Al met al zou regelmatige feedback op het eigen werk meer usance moeten worden. Specialisten zouden bijvoorbeeld hun poli-patiënten steekproefsgewijs kunnen uitwisselen zodat men zicht krijgt op elkaars werk (*Specialist 1*), of er zou gewerkt kunnen worden met *mystery patients*.

Zorgregistraties en ‘check-lijsten’ zijn een gewraakte manier van kwaliteitscontrole. Er moet in het vervolg gestreefd worden naar eenvoudige, objectieve en betrouwbare datavergaring door zoveel mogelijk bestaande gegevens te gebruiken, goede ICT-interfaces te ontwikkelen en door dokters de tijd te geven om gegevens te registreren en analyseren (*Bestuurder 3*). Liever nog geef je hen de middelen om dat door andere hoog opgeleide arbeidskrachten te laten doen (*Bestuurder 3*). Professionals moeten sneller dan nu feedback krijgen naar aanleiding van hun registraties, zodat zij direct gestimuleerd worden tot het initiëren van ‘verbeter-cycli’. “Je zou bijvoorbeeld een dashboard systeem kunnen maken waarbij informatie over een afdeling op het intranet verschijnt” (*Bestuurder 3*).

Weerstand tegen het scoren van indicatoren kan worden ondervangen door afdelingen hun eigen parameters te laten maken (*Bestuurder 1*), maar het lijkt zonde van de tijdsinvestering om het wiel steeds opnieuw te laten uitvinden. Een voorgestelde verbetering is om uitkomst-indicatoren af te slanken en om te zetten naar een beperkte set normen waar de gezondheidszorg aan moet voldoen (*H. Kingma*). Die normen moeten uitgaan van uitkomsten en niet van randvoorwaarden (‘is er een hart-falen poli?’) (*H. Kingma*). Regels die niet te herleiden zijn tot zo’n norm zou je moeten schrappen. De overige handvaten moeten dokters nopen tot kwaliteitsverbetering op onderwerpen die anders geleden zouden hebben onder andere prioriteiten (*Kievit, '13*). Zo moeten we komen tot een betere beeldvorming van de medisch specialistische zorg. “Het is essentieel dat de samenleving medici gaat vertrouwen in de interpretatie en uitvoering van de normen” (*H. Kingma*).

### 3. Hoe moet disfunctioneren worden aangepakt?

Volgens de OMS kunnen kwaliteitssystemen waarin alle medisch specialisten participeren zoals het IFMS (verplichte deelname in de huidige toelatingsovereenkomst) en de kwaliteitsvisitaties in hun huidige vorm en mits juist toegepast naar alle waarschijnlijkheid disfunctioneren wel tijdig signaleren. Zij zullen hierop alerter moeten zijn. Extra waarborg is de controle die visitatiecommissies uitvoeren op de aanpak van hun aanbevelingen door de vakgroepen. Via de hiërarchische structuren zullen zij de RvB uiteindelijk helpen het disfunctioneren vast te leggen in de tijd, en eventueel te melden bij de inspectie. Ook de registratiecommissie heeft de wens uitgesproken dokters op te sporen die dreigen af te glijden en bijvoorbeeld nalaten nascholing te volgen over de breedte van het vak (*Croonen, MC '13*). De herregistratie commissie gaat hierin samenwerken met de inspectie.

Volgens J. Legemaate, hoogleraar gezondheidsrecht bij het AMC, moet de inspectie of de tuchtrechter bewezen disfunctionerende artsen per direct uit het vak kunnen zetten. Daarbij zou er een meldingsplicht voor instellingen moeten komen om disfunctioneren bij de inspectie te melden (*Croonen, MC '13*).

## V Visitaties en (goede) voorbeelden van kwaliteits-instrumenten

### a. Kwaliteits-visitaties

#### 1. Nieuwe stijl

Zo'n 25 jaar geleden hebben medisch specialisten een systeem van intercollegiale toetsing opgezet. Dit systeem, waarin vakgenoten vijfjaarlijks de kwaliteit van de patiëntenzorg doorlichten op de plek waar deze zorg wordt verleend, is uniek in de wereld. Kwaliteitsvisitaties hebben tot doel de zorgverlening aan de patiënt te verbeteren op het niveau van de vakgroep. Zij worden uitgevoerd door de verschillende wetenschappelijke verenigingen. De OMS heeft een adviescommissie kwaliteitsvisitation ingesteld met specialisten uit de verschillende visitatiecommissies van deze verenigingen om onderling overleg te faciliteren.

In 2005 gaf de OMS aan de wetenschappelijke verenigingen handvatten voor 'kwaliteitsvisitaties nieuwe stijl' in een bundeling van potentiële kwaliteitsinstrumenten (*OMS '05*). Sindsdien is het ondergaan van kwaliteitsvisitaties een voorwaarde om in aanmerking te komen voor herregistratie (specialisten in academische ziekenhuizen voor bepaalde specialismen zijn hiervan onder druk van de NFU uitgezonderd). In de nieuwe systematiek vanaf 2005 wordt minder nadruk gelegd op 'randvoorwaarden'. Kwaliteitsvisitaties richten zich nu op het (dagelijks) handelen van specialisten en maatschappen, waarbij vier kwaliteitsdomeinen worden onderscheiden: evaluatie van zorg (A), vakgroepfunctioneren (B), patiëntenperspectief (C), en professionele ontwikkeling (D). De domeinen kennen elk een set aan waarden die idealiter genormeerd worden (streefnorm/basisnorm/onder de norm) en zo nodig voorzien van aanbevelingen, zwaarwegende adviezen of voorwaarden (*OMS '12*). Het staat wetenschappelijke verenigingen overigens vrij om af te wijken van de door de OMS voorgeschreven normen en om meetinstrumenten aan te passen aan de eigen beroepsgroep.

De te beoordelen waarden/normen zijn zeer uitgebreid en bestrijken vele facetten van het medisch handelen. Ter illustratie worden in onderstaande box de items genoemd waarop de NIV het werk van de aan haar gelieerde vakgroepen interne geneeskunde evalueert (*NIV '13*). Deze grijpen terug op de eerder genoemde kwaliteitsdomeinen (A-D).

Ad A: 1. Werken volgens richtlijnen, 2. Opname beleid klinische patiënt, 3. Medisch beleid klinische patiënt (bijvoorbeeld: 'Voorafgaand aan of bij opname is het voorlopig medisch beleid met een internist afgestemd.' 'Binnen 24 uur na opname ziet een internist de patiënt en accordeert het medisch beleid'), 4. Medisch beleid poliklinische patiënt (bijvoorbeeld: 'Bij het eerste bezoek is er voldoende tijd beschikbaar om het medisch beleid te bepalen en toe te lichten en de vragen van de patiënt te beantwoorden'), 5. Visitatiefrequentie, 6. Multidisciplinair overleg, 7. Dossiervorming (oa reanimatiebeleid, allergieën), 8. Dienstregeling en bereikbaarheid (bijvoorbeeld: 'Er zijn afspraken over de dienstregeling en de bereikbaarheid van de dienstdoend internist'), 9. Dienstoverdrachten, 10. Berichtgeving aan de huisarts, 11. Risico's en uitkomsten van zorg individuele patiënt, 12. Risico's en uitkomsten van zorg algemeen ('vakgroep analyseert, bespreekt en neemt maatregelen'), 13. Randvoorwaarden voor goede zorgverlening.

Ad B: 14. Schriftelijke werkafspraken, 15. Samenwerking met verwijzers (bijvoorbeeld: 'vakgroep heeft schriftelijke afspraken gemaakt over verwijz- en terugverwijsbeleid'). 16. Teamklimaat



(‘vakgroep vult team climate inventory (TCI) 2 x per 5 jaar in\*, bespreekt resultaten en neemt maatregelen indien nodig’) (\*NB: over het algemeen gebruiken wetenschappelijke verenigingen hier de Quickscan)

Ad C: 18. Tijdig afhandelen van klachten en claims, 19. Voorkomen van klachten en claims

Ad D: 20. Kennis en vaardigheden vakgroep, 21. (Her)registratie internist, 22. Certificering endoscopisten, 23. Individueel functioneren (IFMS), 24. Refereerbijeenkomsten (minimaal 6x per jaar)

Bovenstaande 24 items zijn een gemoderniseerde versie van de visitatie-normen voor de interne geneeskunde zoals recent door het Forum Visitatorum van de NIV is uitgebracht. Deze normen zijn gebaseerd op de ‘waarderingssystematiek voor de kwaliteitsvisitaties’, een OMS-document uit 2012 (OMS, '12), en kennen een 5-punts waarderingsschaal. De bewijslast voor het behalen van de normen ligt bij de vakgroepen zelf. De normen bestrijken vooral het werk in de kliniek. Goede normen voor het poliklinisch werk zijn nog onvoldoende uitontwikkeld (*F. Croon-de Boer*). Juist op de poli werken specialisten vaak solistisch en is er weinig intercollegiale controle. Toch worden poli-statussen tijdens visitaties slechts steekproefsgewijs inhoudelijk bekeken. De normen zijn dan ook in ontwikkeling. Het is een continu proces waarbij definities verbeterd, en aanbevelingen concreter worden gemaakt. In mei 2014 zal de NIV opnieuw een nieuw normendocument invoeren.

Het Forum Visitatorum bestaat uit 20 internisten onder wie één academicus, één lid van de jongeren organisatie JNIV, en één à twee geregistreerde gepensioneerden. Er wordt gestreefd naar een doorsnede van de Nederlandse internistische regio's. Bij vijfjaarlijkse visitaties voert het forum drie tot 20 visitaties per jaar uit. Dezen worden gefinancierd vanuit de NIV- lidmaatschapsgelden en de kwaliteitsgelden medisch specialisten (SKMS). Visitatoren worden uitgebreid getraind. Het werk voor het Forum is onbetaald, afgezien van reiskosten en vacatiegeld (400 euro per visitatie dag), lang niet dekkend voor een dag werk in de maatschap.

Een visitatie dient door de maatschappen grondig te worden voorbereid en leidt tot dikke rapporten (*Specialist 3*). De maatschappen interne geneeskunde vullen ter voorbereiding bijvoorbeeld de TCI in, een gedigitaliseerde vragenlijst over het vakgroepsfunctioneren, ontworpen en geanalyseerd door IQ-healthcare. Conclusies en verbeterplannen die hieruit volgen worden naar de visitatie commissie gestuurd. Ook worden tevoren vragen gesteld aan stake-holders (verwijzende specialismen, huisartsen, arts-assistenten, verpleegkundigen, RvB). De visitatie commissie weet dus al vóór de visitatie-dag waar de pijnpunten liggen. Tijdens de dag wordt veel tijd ingeruimd voor gesprekken met de maatschap over het eigen functioneren en voor een bezoek aan de afdeling. Zo krijgt de visitatiecommissie een kijkje in de keuken (‘Hoe is het met de hygiëne? Weten de maatschapsleden waar de richtlijnen zich bevinden?’ etc.).

Tijdens dit voortraject en op de dag zelf kunnen verschillende visitatie-methoden gebruikt worden. Het bovengenoemde handboek ‘kwaliteitsvisitaties nieuwe stijl’ van de OMS’ geeft voor elk van de vier kwaliteitsdomeinen een eigen set aan potentiële meetinstrumenten (OMS '05):

ad A: Bespreking complicatie registratie, Evidence-based medical audit (evaluatie van de toepassing van richtlijnen), Dossieronderzoek (procedureel en inhoudelijk), KISZ-lijst (voor evaluatie van het management van zorgprocessen: hoe is overleg/afstemming en coördinatie van zorg geregeld?), Huisartsen enquête.

Ad B: Quick Scan (voor de NIV de TCI).

Ad C: Patiënten enquête, Bespreking (van management van ) patiënten klachten.

Ad D: Visitatievragenlijst en interview met maatschap en anderen (assistenten, verpleegkundigen, huisartsen), Multisource feedback, Appraisal & Assessment, visitatievragenlijst en interview met de maatschap

Tijdens de visitatie wordt in grote lijnen duidelijk welke problemen in de vakgroep spelen. Na afloop van de visitatie-dag, in een 'eindgesprek', geven de leden van de visitatiecommissie de belangrijkste bevindingen over aan de maatschap. Binnen enkele maanden na de visitatie moet het rapport zijn uitgewerkt en gaat het voor commentaar naar maatschap en, voor zover relevant, gesprekspartners. Het Forum Visitorum van de NIV stelt eigen referenten aan 'met frisse blik' die commentaar leveren op het rapport (*F. Croon-de Boer*). De vakgroep krijgt het eindrapport met complimenten, aanbevelingen, adviezen of voorwaarden. Het is OMS-beleid om het visitatierapport vervolgens aan het stafbestuur en de RvB van het ziekenhuis aan te bieden. Sinds een aantal jaar adviseert de NIV haar vakgroepen dan ook dringend het rapport met de RvB te delen. Bij hele grote zorgen neem het NIV-bestuur zelf contact op met de RvB.

Het doel van de visitatiesystematiek is te komen tot periodieke reflectie, zelfkritiek en kwaliteitsverbetering: je krijgt door vakgenoten een spiegel voorgehouden (*OMS '12*). Onderling vertrouwen is daarbij cruciaal. Het visitatie handboek stelt dan ook expliciet dat wetenschappelijke verenigingen gekant zijn tegen een 'visitatiepolitie' (*OMS, '05*). "Wanneer de visitatoren zich gaan gedragen als politie, is er geen openheid en krijg je geen goed beeld van de maatschap", zegt ook een visitatie-deskundige (*F. Croon-de Boer*). Toch groeit sinds een aantal jaren de bereidheid van wetenschappelijke verenigingen regelingen te treffen om ernstige bevindingen tijdens visitaties te melden bij de RvB en eventueel de IGZ (*OMS*).

Een aantal domeinen valt expliciet buiten de kwaliteitsvisitaties, zoals het opsporen van individueel disfunctioneren, de opleidingen, en voor sommige specialismen 'het academisch ziekenhuis'. Deze domeinen worden door andere instrumenten bestreken, zoals hieronder uiteengezet. Het functioneren van de individuele medisch specialist, zo geeft de officiële website van de OMS aan, wordt ondervangen door het IFMS. Maar, zoals in deze achtergrondstudie is beschreven, blijft het medisch inhoudelijk werk van de individuele dokter ook in het IFMS praktisch ongemoeid. Disfunctioneren kent een eigen traject waarbij de toelatingsovereenkomst centraal staat. Afglijdende dokters zouden door visitatoren, maar ook door directe collega's, wel beter dan nu, en in een vroeger stadium aangesproken moeten worden. Commissieleden moeten gerichte vragen stellen aan de persoon in kwestie en aan de stake-holders (staf, huisartsen). Nu is het nog mogelijk dat disfunctionerende artsen vaak langdurig in een systeem werken waarin zij niet gecorrigeerd worden (*OMS*). Opleidingen, tenslotte, worden gevisiteerd in aparte opleidingsvisitaties, georganiseerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) samen met de Consiliae. Deze visitaties worden wel parallel aan de kwaliteitsvisitaties afgenomen. Opleidingsvisitaties kennen, in tegenstelling tot de kwaliteitsvisitatie, een duidelijke repercussie: Bij uitblijven van verbetering dreigt

een ondermaats presenterende opleidingsgroep ‘de opleiding te verliezen’. Dit heeft gevolgen voor het aanzien van, en de werkverdeling binnen een vakgroep, maar ook voor aanpalende specialismen. In het academisch ziekenhuis worden opleidingsvisitaties dan ook vaak als argument gebruikt om geen aparte kwaliteitsvisitatie toe te laten (“er wordt al genoeg gevisiteerd”). De opleidingsvisitaties zouden de kwaliteit voldoende borgen. Desondanks is er, juist ook bij de NIV, de behoefte om vakgroepen in de UMC’s specifiek op kwaliteit te visiteren (*F. Croon-de Boer*). Opleidingsvisitatie-rapporten worden overigens altijd verstuurd aan de opleider van de betreffende opleiding en naar de RvB van de instelling. Zij zijn niet openbaar voor ‘het publiek’, hoogstens via een procedure Wet Openbaar Bestuur. De kwaliteitsvisitaties vallen niet onder de WOB.

De hamvraag is of de kwaliteit van de patiëntenzorg daadwerkelijk verbetert door de visitatie-procedure. “Dit is niet goed onderzocht, maar rondom visitaties wordt door maatschappen zo hard gewerkt aan kwaliteitsverbetering dat je je dat nauwelijks anders kunt voorstellen (*F. Croon-de Boer*)”. Toch wordt vanuit de mond van een der specialisten opgetekend dat aanbevelingen vanuit de kwaliteitsvisitaties vaak moeilijk te realiseren zijn bij gebrek aan financiële/ICT faciliteiten vanuit de RvB, door tijdgebrek, of doordat het binnen een maatschap moeilijk is een maat te dwingen mee te werken aan verbetering. De RvB – hoewel op de hoogte van de conclusies van de visitatie – kan in zo’n geval slechts op zwaarwegende gronden ingrijpen (*Specialist 2*).

## 2. Uniformiteit

Uniformering van het kwaliteitsvisitatie-systeem waaraan alle vakgroepen (ook de UMC’s) zich onderwerpen zou een belangrijke stap kunnen zijn in het terugwinnen van maatschappelijk vertrouwen in de medisch specialistische zorg. De OMS moet de mogelijkheid krijgen die uniformiteit af te dwingen. De OMS in de huidige vorm is een koepelorganisatie van 29 Nederlandse wetenschappelijke verenigingen, zonder juridisch mandaat. Daarom wordt al lang met de gedachte gespeeld om de OMS om te vormen tot een publieksrechtelijke organisatie. Dit zou tot gevolg hebben dat de OMS, analoog aan de Nederlandse Orde van Advocaten, de macht krijgt haar leden te dwingen tot het nemen van bepaalde maatregelen (*H. Kingma*). Een risico van dergelijke dwang is dat sommige verenigingen zich tegen opgelegde regels zullen keren en dezen niet zullen invoeren op de manier waarop zij bedoeld zijn.

Om (afwijkingen in) de uniformiteit van de huidige kwaliteitsvisitaties door de verschillende wetenschappelijke verenigingen in kaart te brengen, heeft de Adviescommissie Kwaliteitsvisitatie van de OMS in maart 2013 een enquête gehouden onder haar leden: “Hoe wordt er gevisiteerd? In hoeverre committeren de wetenschappelijke verenigingen zich aan de ingezette koers vanuit de Raad Kwaliteit?”. Volgens het begeleidend schrijven van de OMS maakt uniformiteit in de visitaties medisch specialisten geloofwaardig voor de buitenwereld. “Dat kunnen we alleen zelf bewerkstelligen” (*OMS '13*).

Uit de resultaten van deze enquête kan geconcludeerd worden dat nog niet alle wetenschappelijke verenigingen zich houden aan alle afspraken. Zij zijn daarop aangesproken door de Raad middels een brief waarin de afspraken worden samengevat. Deze behelzen onder meer: “Na afloop van de visitatie worden (minimaal) de conclusies en adviezen van de kwaliteitsvisitaties naar de RvB en het stafbestuur van het gevisiteerde ziekenhuis gestuurd”; “Na een visitatie dient na verloop van tijd een rapportage aan de vakgroep gevraagd te worden van de ondernomen stappen met een tijdsbestek van zes maanden (voorwaarde) tot twee jaar (zwaarwegend advies)”; “Er moet een procedure zijn om een

melding te doen bij de IGZ naar aanleiding van een visitatie waarvan de adviezen niet voldoende worden gecorrigeerd, ondanks verzoek”.

*Enkele uitkomsten (OMS '13):*

Slechts de helft van de verenigingen vindt het visitatie instrument, waarbij vooral bedoeld wordt op de Quickscan, gevoelig genoeg om eventuele problemen in de vakgroep te signaleren. Enkele opmerkingen van de verenigingen bij deze vraag zijn vermeldenswaard: “Uiteraard kan een vakgroep/maatschap zaken verdoezelen of afzwakken, en dat kan de RvB en stafbestuur ook doen. Daar is geen instrument tegen bestand”. En: “Daarnaast blijkt ook dat als iedereen zwijgt tijdens de visitatie of de waarheid niet spreekt, ook dit instrument toch tekort schiet”. Dit leidt, zo blijkt, tot problemen: “Indien alle geledingen binnen de organisatie er het zwijgen toedoen (vanuit hun belang) blijft soms waardevolle informatie achter. Dit kan en heeft er ook toe geleid dat ondanks een relatief goede visitatie er op zeer korte termijn na de visitatie toch ernstige problemen zijn opgetreden. Of dit door een meer normatief proces voorkomen wordt, waarin verstoppen (helaas) meer gangbaar zal worden, weet ik niet, maar grote twijfels heb ik wel”. En: “wij hebben net ervaren dat een grote vakgroep met veel problemen zonder extra opmerkingen door de visitatie is gekomen”.

Slechts enkele verenigingen zijn nog niet van plan de ‘leidraad waarderingssystematiek’ van de OMS (2012) te gebruiken. Eén vereniging maakt een eigen leidraad.

De meeste verenigingen delen conclusies en adviezen van de visitatiecommissies met de RvB en het stafbestuur. Een klein deel van de verenigingen stuurt het hele visitatie rapport naar RvB en stafbestuur, een klein aantal verenigingen stuurt niets.

De meeste verenigingen vragen binnen de vastgestelde termijnen voortgangsrapportages na een visitatie, een minderheid doet dit niet. Als tegenargument gebruikt een van de verenigingen dat “verbetertrajecten daar gelaten moeten worden waar ze primair horen”. Zij vult aan dat “een kwaliteitsvisitatiecommissie in de praktijk hiertoe geen machtsmiddel heeft”. Er bestaat blijkbaar een weerstand binnen sommige visitatie commissies om als controlerende instantie op te treden, ondersteund door het ontbreken van mogelijke sancties.

Ongeveer de helft van de verenigingen heeft een procedure om, indien nodig, een melding te doen bij de inspectie naar aanleiding van een visitatie.

### **3. Openbaarheid**

Het maatschappelijk vertrouwen in de zorg heeft in de afgelopen jaren averij opgelopen door de vele schandalen in de media, sommige ongehinderd door goede kwaliteitscontroles van de betrokken afdelingen en ziekenhuizen. Binnen de RVZ is het idee geopperd de rapporten van de kwaliteitsvisitaties openbaar te maken. Het zou de transparantie binnen de medisch specialistische zorg vergroten en zo het maatschappelijk vertrouwen in de zorg helpen herstellen. Informatie over kwaliteit komt bij de zorgafnemers terecht, de burgers en de verzekeringsmaatschappijen die daar vanuit hun keuzeoptiek belang bij hebben. Goed functionerende maatschappen zouden zichzelf kunnen profileren met als bijkomend voordeel dat ook de middenmoot gestimuleerd zal worden de zorg te verbeteren. Mogelijk worden de media-schandalen van de afgelopen jaren waarbij disfunctionerende specialisten ongeremd hun gang konden gaan en falende organisatiestructuren langdurig onder de pet gehouden werden, zo voorkomen.

Maar het in de openbaarheid brengen van de visitatie rapporten zou een zeer onverstandige zet zijn, in elk geval volgens alle betrokken medisch specialisten (*P. van Gurp, OMS, Specialist 3*). Zoals uit deze achtergrond studie is te af te leiden, zijn de vigerende visitatie-methoden aan grote veranderingen onderhevig. Het normen-document van de OMS dateert uit 2012. De aanpassingen in de visitatietechnieken van de individuele wetenschappelijke verenigingen bouwen hierop voort en zijn van nog recenter datum. De enquête over de werkwijze van de visitatiecommissies is pas dit jaar uitgevoerd en geanalyseerd. Op basis daarvan zijn wetenschappelijke verenigingen door de OMS onlangs aangespoord tot actie. Met vereende kracht wordt geprobeerd alle neuzen dezelfde kant op te krijgen. De grote meerderheid van de verenigingen is hier gevoelig voor en de overige hebben bij de OMS wat uit te leggen. De morele druk is hoog. Maar deze verenigingen zijn afhankelijk van draagvlak onder hun leden, nu juist de dokters die de visitaties moeten ondergaan...

Bovengenoemde ontwikkelingen gaan gepaard met een groeiende bereidheid van gevisiteerde specialisten hun zorgen met de commissies te delen. Onderling vertrouwen leidt tot openheid en daarmee tot een vroege opsporing van problemen. Dat geldt voor visitaties, zoals voor het primaire zorgproces. Het draagt uiteindelijk bij aan een adequate melding van incidenten. Dit proces wordt toegejuicht en gestimuleerd, want als de maatschapsleden niets vertellen, heeft een visitatie geen zin. Een verplichte openbaarheid van de visitatierapporten zal het vertrouwen van dokters tijdens visitaties doen wankelen, hen bang maken voor (maatschappelijke) repercussies en leiden tot ‘mooiweer-rapportages’ die hun doel voorbij schieten. Men zal wanhopig aan de normen gaan voldoen terwijl disfunctioneren weer kan worden toegedekt totdat de situatie zo ernstig wordt dat het niet meer kan worden ontkend. Bovendien is openbaarheid van de rapporten alleen geëigend als de inhoud absoluut betrouwbaar is en kwaliteit dus goed te meten. Echter, maatschaps-dynamiek en ‘kwaliteit’ laten zich notoir moeilijk in cijfers vangen.

Medisch specialisten zullen zich door een vergaande dwang tot transparantie gepasseerd voelen omdat het op korte termijn afbreuk doet aan gemeenschappelijke doelen van kwaliteitsverbetering en het in een vroeg stadium voorkomen van calamiteiten. “Organen als de RVZ en VWS moeten juist niet meeliften op het wantrouwen in de maatschappij maar de rug recht houden zodat de burger zich hierin kan spiegelen” (*OMS*). Op de lange termijn, als de visitatie-methodiek volledig is uitontwikkeld, het vertrouwen van medici in de visitatie commissies veel meer vaste grond heeft en de media ook bereid zijn aandacht te geven aan goed functionerende afdelingen (*sic*), is openbaarheid van de visitatie rapporten wellicht een optie. Tot die tijd is pas op de plaats geboden, en vinden ook ziekenhuisbestuurders en de inspectie dat de rapporten niet inzichtelijk moeten zijn voor bijvoorbeeld de verzekeraar (*OMS*).

Voor de hand liggende tussenoplossingen zoals ‘een publieksversie’ van de visitatie rapporten, of het openbaar maken van alleen de namen van de visitatiecommissie-leden zijn ieder in zichzelf ongewenst. Zo’n publieksversie zou, om aan bovenstaande bedenkingen tegemoet te komen, zich moeten richten op de randvoorwaarden voor zorg. Maar daar is de maatschappij niet in geïnteresseerd. Je komt dan uit op een uitgekleed rapport waar nu juist niets instaat over een bewezen belangrijke risicofactor voor disfunctioneren, de onderlinge verhoudingen. Ook praktisch lijkt dit plan niet uitvoerbaar. Het gaat om vele rapporten per jaar die zullen moeten worden uitgewerkt. Wie gaat dat betalen? De andere optie, het publiekelijk verbinden van de visitatoren aan de visitatierapporten zal er wellicht toe leiden dat visitatoren zich terugtrekken of niet aanmelden uit angst tijdens visitaties te streng of juist te coulant te oordelen over vakgenoten. Een op het eerste gezicht logische oplossing zou zijn het visiteren verplicht te stellen voor alle specialisten. Maar ook die gedachte gaat voorbij aan de complexiteit van het probleem en aan de moeilijkheidsgraad van de gemiddelde visitatie. Het zou de kwaliteit van de visitaties zelfs ernstig kunnen schaden. Visitatoren moeten in korte tijd een oordeel

vellen over een complexe organisatie. De vrijwillige aanmelding van visitatoren zorgt nu voor een selectieve groep mensen die hiervoor in beginsel geschikt is. Zij worden vervolgens uitgebreid getraind. Zo'n een training is alleen al om tijd technische redenen onhaalbaar voor de gehele populatie medisch specialisten. "Visiteren moet je leren, en is niet voor iedereen weggelegd" (F. Croon-de Boer). Overigens staan de namen van de visitatoren wel in het visitatierapport genoemd.

Wat zijn dan de mogelijkheden om de mensen het vertrouwen in de medische stand terug te geven? We zouden als maatschappij kritisch kunnen kijken naar de visitatiemethoden om dezen vervolgens aan te scherpen (vooral voor wat betreft het beoordelen van het medisch inhoudelijk werk van de individuele dokter), te objectiveren en te uniformeren. Of we zouden de OMS – via de weg van een publieksrechtelijke organisatie – dat voor ons kunnen laten doen. We zouden het publiek kunnen laten zien hoe uitgebreid de toetsingsmethodieken zijn, met de IGZ als ultiem vangnet, en zo het maatschappelijk vertrouwen in de uitkomsten daarvan laten groeien. We kunnen ook besluiten de verantwoordelijkheid voor de visitaties minder in de hand van de dokters te laten. Vakkennis is een *conditio sine qua non* voor een kwaliteitsvisite en we zullen niet om de wetenschappelijke verenigingen heen kunnen. Maar een extern bureau zou de visitaties samen met de verenigingen kunnen uitvoeren. Dan moeten we als maatschappij overigens ook onze verantwoordelijkheid in de financiering en organisatie van de visitaties nemen.

#### b. Interne Kwaliteits-Audits UMC St Radboud Ziekenhuis

De interne kwaliteits-audits zijn in 2007 in het St Radboud Ziekenhuis geïnitieerd door het 'Instituut voor Waarborging Kwaliteit en Veiligheid' (IWKV). Dit instituut is ontstaan vanuit de 'Radboud-casus' (problemen met de cardio-chirurgische afdeling van het ziekenhuis), die zich kon voordoen ondanks een goede NIAZ-accreditatie van het ziekenhuis. Daarmee is volgens het Radboud bewezen dat deze accreditatie potentiële problemen onvoldoende voorziet.

De audits volgen de hiërarchische lijnstructuur van het ziekenhuis waarin afdelingshoofden rechtstreeks aan de RvB rapporteren. Elke afdeling wordt vierjaarlijks geauditteerd door een drietal vaste IWKV-medewerkers en zo'n zeven *peers* (*peer-to-peer auditing*). De *peers*, allen praktiserend zorgprofessional, komen 'uit Huis', maar niet uit hetzelfde specialisme. Daarin ligt, volgens een IWKV medewerker, het onderscheid tussen de interne kwaliteitsaudits en de reguliere kwaliteitsvisites: Kwaliteitsvisites beoordelen vakspecifieke normen vanuit de eigen beroepsgroep, terwijl de Nijmeegse audits zich focussen op het feitelijke zorgproces en de randvoorwaarden (*P. van Gurp*). De audits maken de verbinding tussen verschillende specialismen, en kijken breder dan de kwaliteit van de vakgroep *an sich*. Een afdeling wordt geauditteerd door zijn 'klanten' (consulterende specialismen, verwijzers, de prikdienst of de radiotherapie-afdeling): "Hoe verloopt de dienstverlening? Hoe is de capaciteit van zorg in het weekend? Hoe worden problemen bespreekbaar gemaakt en hoe wordt omgegaan met calamiteiten?". De audits bestaan naast de kwaliteitsvisites en de NIAZ –accreditatie, maar sommige kwaliteitsvisites worden in het Radboud niet meer gehouden omdat de audits volgens de beroepsvereniging voldoende garantie vormen voor kwaliteit.

Na afloop van de audit wordt een rapport opgemaakt voor het bestuur van het IWKV. Dit bestuur opereert onafhankelijk van de audit teams. Het bestuur oordeelt over de kwaliteit en veiligheid op een afdeling aan de hand van de gegevens uit het rapport, zodat de audit-teamleden niet verantwoordelijk gehouden kunnen worden voor eventuele kritiek op eigen collega's. Het IWKV-bestuur stelt een

rapport op en een prioriteitenlijst met verplichte verbeterpunten inclusief een tijdsplan, en stuurt dit naar het afdelingshoofd.

De audits staan in dienst van de afdelingshoofden en worden niet gemaakt als controle ‘van boven-af’. Ze zijn in die zin ‘veilig’. Ook faciliterende afdelingen (ICT, personeelszaken, financiën) rapporteren naar de afdeling en zijn geen ‘verkapte hofhouding’ van de RvB (IGZ). De RvB is dus afhankelijk van het afdelingshoofd voor zijn informatievoorziening. Het afdelingshoofd is expliciet verantwoordelijk gemaakt voor die informatiestroom, op straffe van disciplinaire maatregelen. Dit voorkomt calamiteiten zoals het Ruwaard of het VUMC waar afdelingshoofden zaken niet melden en de RvB er niet naar vroeg. De RvB krijgt wel standaard de lijst met verbeterpunten vanuit de audit. Na een jaar moet aantoonbaar vooruitgang zijn geboekt op deze punten. Dit wordt gecontroleerd met een nieuwe één-daagse audit. Bij kritische bevindingen wordt het afdelingshoofd door het IWKV-bestuurslid uitgenodigd om gezamenlijk naar de RvB te gaan, als eindverantwoordelijke voor de veiligheid van zorg.

Een belangrijk effect van de audit is dat iedereen vanzelfsprekend bezig is met kwaliteit en veiligheid. Afdelingen ervaren de audits positief en de afdelingshoofden voelen zich gesteund in het dragen van hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg. Zij kunnen tevoren zelf aangeven bij welke kwaliteitsaspecten zij steun verwachten. Zo wordt een natuurlijk draagvlak gecreëerd. Ook de inspectie is te spreken over de Nijmeegse audits (IGZ).

Leiden de audits ook tot betere zorg? Geeft het voldoende handvaten voor bestuurders om de kwaliteit in het ziekenhuis te verbeteren? Hiernaar wordt onderzoek gedaan, onder andere door een promovendus. Ook wordt gewerkt aan een beschrijving van deze audits, na gebleken interesse voor dit systeem bij vele ziekenhuizen.

### c. Calamiteiten openbaar, Jeroen Bosch Ziekenhuis

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis heeft in april 2013 alle 24 calamiteiten tussen 2009 en 2012 geanalyseerd en de uitkomsten van deze analyse openbaar gemaakt. Een calamiteit is een ‘onbedoelde of zeer onverwachte gebeurtenis die tot de dood of tot een ernstig schadelijk gevolg heeft geleid voor de patiënt’. Alle calamiteiten zijn eveneens gemeld bij de Inspectie. Het project stond onder leiding van Marjo Jager, kinderarts en medisch specialist patiëntveiligheid van het ziekenhuis. Het openbaarmaken van de analyse staat volgens Jager in een traditie van openheid in het ziekenhuis. Draagt die openbaarheid bij aan een verbetering van de kwaliteit van zorg in het Jeroen Bosch ziekenhuis en aan het vergroten van het maatschappelijk vertrouwen in de zorg? Is dit een navolgenswaardig voorbeeld voor andere ziekenhuizen?

Het document (*Jager '13*) is op het internet te vinden (zoektermen: ‘calamiteitenanalyse JBZ’), maar blijkt op het intranet van het ziekenhuis inmiddels ondergesneeuwd. Belangrijke vragen in de analyse waren: “Welke basisoorzaken liggen ten grondslag aan een calamiteit? Wat kan de organisatie leren van de calamiteit? Welke structurele maatregelen moeten worden getroffen?”. Zo zijn 89 basisoorzaken gevonden van medische, verpleegkundige en organisatorische aard. Vaak blijkt een calamiteit het gevolg van meerdere opeenvolgende gebeurtenissen. De oorzaken vielen uiteen in diverse categorieën: organisatorisch (werkafspraken, overdracht, werkdruk, diagnostiek), ontbreken van kennis over ziekte of protocollen, gedrag (verslaglegging), vaardigheden, techniek, menselijke fouten (medicatie). De eerste categorie kwam het meeste voor. Zij leidden tot verschillende verbeterpunten zoals een telprotocol voor gazen bij buikoperaties, het dragen van een felgekleurd

hesje bij het uitdelen van medicijnen, het toegankelijker maken van protocollen en het reguleren van verslaglegging en overdrachten.

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis geeft zo openheid over algemene leerpunten die uit de calamiteitenanalyse zijn getrokken, maar niet over de calamiteiten zelf, ook niet in abstracte vorm. “De focus moet ook niet liggen op het individuele incident, maar op het probleem in de organisatie” (M. Jager). Het project krijgt overigens geen gevolg omdat er eenvoudigweg te weinig calamiteiten zijn. Wel zullen de uitkomsten van de analyse gelegd worden naast lopende verbeterprojecten in het ziekenhuis. ‘Gewone’ incidenten worden in het Jeroen Bosch ziekenhuis geanalyseerd op de afdelingen zelf. Al met al is dit een lovenswaardig initiatief, dat door de mate van openbaarheid (algemene categorieën en verbeterpunten, een moeizaam terug te vinden document) toch vooral een signalering is van goede wil.

## VI Internationaal

### a. Kwaliteitsborging

Een zeer beperkte verkenning van het kwaliteitssysteem in Franse Ziekenhuizen levert enkele accentverschillen met de Nederlandse situatie. Fransen vinden het engagement van verpleegkundigen, dokters, ziekenhuismanagers en politici bij kwaliteitsverbetering op de lange termijn belangrijker dan het resultaat daarvan. De nadruk bij kwaliteitsverbetering ligt in Frankrijk bij het functioneren van het *equipe*: dokters en verpleegkundigen moeten elkaar onderling scherp houden en corrigeren. Aansturen van gedrag moet gaan via kleine, praktische hulpmiddelen zoals pop-up schermplaatjes in het ziekenhuissysteem en niet via brede regelgeving (J. Petit).

In onderstaande box wordt de evolutie van kwaliteitsborging in Frankrijk in de tijd summier weergegeven.

- 1990-1996: Invoering van aanbevelingen voor de medische praktijk (richtlijnen). Controle door zelfevaluatie.
- 1996-2003: Invoering van een ziekenhuis-accreditatiesysteem op transversale activiteiten (hygiëne, transfusiebeleid, dossiervorming). Meedoen is belangrijker dan de uitkomst. Alle ziekenhuizen worden geaccrediteerd.
- 2003-2009: Accreditatie per afdeling. Professionals moeten laten zien dat hun afdeling aan de normen voldoet. Sommige afdelingen worden niet geaccrediteerd
- 2009-2014: Certificering in plaats van accreditering, met drie extra elementen:  
A. Wat heeft prioriteit? (pijnbestrijding, *fin de vie*) B. Uitkomst-indicatoren (gebruikt voor externe controle, hoewel gebaseerd op matige data-verzameling) C. (Auto-) evaluatie (expert-*visiteurs*, dokters en ziekenhuismanagers verblijven 10 dagen in een ziekenhuis om de kwaliteit te beoordelen.)  
Veel ziekenhuizen krijgen nu te maken met aanbevelingen (30%) en noodzakelijke maatregelen (30%). Alle grote ziekenhuizen worden gecertificeerd.



De individuele ontwikkeling van Franse (para-)medici wordt begeleid door een professioneel ontwikkelingsplan waarbij, zoals in Nederland, punten behaald moeten worden tijdens diverse nascholingen. Ook zorg-registraties van bijvoorbeeld cardiovasculaire ingrepen zijn Frankrijk niet vreemd (*HC, MC '13*). Vanaf november 2013 worden de resultaten van het certificatie systeem openbaar gemaakt zodat burgers op basis hiervan een ziekenhuis kunnen kiezen. Niet-gecertificeerde ziekenhuizen krijgen daardoor minder klandizie en financiële ruimte en de vrees is dat zij nog verder zullen terugzakken (*J. Petit*).

### b. Disfunctioneren

Hoe gaan andere landen om met disfunctionerende artsen? In Engeland zijn ziekenhuizen verantwoordelijk voor een werkomgeving waarin artsen de kwaliteit van zorg centraal kunnen stellen. Er zijn zeer ruime mogelijkheden om in te grijpen als een arts niet *fit to practice* is (*van Reenen, MC '13*). Daarnaast worden maatregelen genomen om problemen vroeg te signaleren: jaarlijkse appraisals en jaargesprekken, regelmatige contacten tussen werkgevers en 'employment liaison officers' van de General Medical Council. Vijf goede jaargesprekken leiden tot herregistratie. Gegevens over het functioneren van artsen worden langdurig bewaard en ruimhartig gedeeld, niet altijd naar de zin van artsen.

## **VII Beleidsadviezen**

Deze achtergrondstudie sluit af met beleidsadviezen die volgen uit de bovenbeschreven visies van medisch specialisten en bestuurders op de betrokkenheid van dokters bij het kwaliteit- en veiligheidsbeleid in het ziekenhuis: "Hoe is het nu? Wat zijn de problemen? Hoe zou het moeten?" De adviezen grijpen terug op de vier hoofdvragen zoals in de probleemstelling van deze studie zijn opgevoerd.

### **1. Hoe moeten medisch specialisten de kwaliteit van zorg verbeteren?**

- Dokters moeten initiatief nemen in het maatschappelijk debat en goede voorbeelden uitdragen om de publieke opinie ten positieve te keren. Voorbeelden van intrinsiek gemotiveerde specialisten met grote discipline tot het leveren van topzorg; maatschappen die complexe, maar organisatorisch uitstekende zorg leveren; visitatie commissies die uitgebreide methodieken hanteren om kwaliteit van zorg te evalueren en te verbeteren. Openheid moet worden betracht over 'missers' en daaruit getrokken lessen. Kritische buitenstaanders moeten worden betrokken in belangrijke discussies over het vak. Politiek en publiek moeten zo oog krijgen voor het belang van vertrouwen, intercollegiale controle en een goede veiligheidscultuur versus indicatoren en checklijsten in het bevorderen van 'kwalitatief goede en veilige zorg'. Er moet meer aandacht komen voor de rol van het individu in de kwaliteitsborging. Daarbij moeten irreële verwachtingen van burgers over '100% veiligheid' in de zorg worden bijgesteld. *En passant* zouden burgers kunnen worden geïnformeerd over het belang van obducties in de kwaliteitsbewaking.

- Medisch specialisten, maar ook andere werknemers (verpleegkundigen, arts-assistenten) van het instituut, zouden meer tijd moeten krijgen om mee te werken aan kwaliteitsverbetering, ook als er geen visitatie of accreditatie aanstaande is. Zij zouden ziekenhuis-breed moeten kunnen worden ingezet bij kwaliteits-monitoring en bij projecten over patiëntveiligheid zodat zij direct betrokken zijn bij het kwaliteitsbeleid en de horizontale afstemming daarvan. Zo zal ook het taboe op het (h)erkennen van 'fouten' verkleind worden. Ook zouden zij projecten tussen verschillende ziekenhuizen kunnen opstarten met het doel kwaliteit op gedeelde pijnpunten te verbeteren. Met name voor artsen niet-in-loondienst betekent tijdsinvestering in kwaliteit een belemmering voor 'productie' waarvoor de ruimte gevonden zal moeten worden.
- Stel een medisch specialist aan als kwaliteitsfunctionaris in het ziekenhuis en geef deze de tijd en de mogelijkheden om het werk goed uit te voeren.
- Uniformeer kwaliteits-instrumenten zoals necrologie-, en complicatiebesprekingen tussen afdelingen en ziekenhuizen, en maak deze waar zinvol interdisciplinair.
- Specialisten moeten onderling bewerkstelligen dat de supervisie van arts-assistenten gezien wordt als volledige werktaak, die adequate competenties, fysieke aanwezigheid en dus ook compensatie in werktijd behoeft. Alle supervisors moeten op de hoogte zijn van het opleidingsniveau van de individuele assistenten. Er moet in de opleiding niet alleen aandacht zijn voor communicatie met patiënten, maar ook voor de bespreking van incidenten of calamiteiten met collega's.
- Stel expliciet vast wie verantwoordelijk is voor het melden van grote incidenten/calamiteiten en disfunctioneren aan de RvB en wie de afhandeling hiervan initieert.
- De RvB moet geen missie uitdragen die potentieel afbreuk doet aan kwaliteit en veiligheid. Zij moeten een juiste ethiek initiëren en klokkenluiders het gevoel geven gehoord te worden. Zij zouden er goed aan doen zich frequent te laten zien op de werkvloer van haar instituut.

## **2. Hoe moeten medisch specialisten gecontroleerd worden op kwaliteit van zorg?**

- Zorg-registraties (kwaliteits-indicatoren, uitkomstendatabases) moeten een minder prominente rol krijgen in de kwaliteitscontrole. We moeten ons beter realiseren dat kwaliteit notoir moeilijk in 'check-lijsten' te vangen is. Ten eerste moet er alleen geregistreerd worden als de data volledig betrouwbaar kunnen worden vastgelegd. Ten tweede moet er alleen geregistreerd worden als de data daadwerkelijk bruikbaar zijn voor het beoogde doel. Ten derde moet de registratie zo min mogelijk interfereren met het primaire zorgproces. De data moeten waar mogelijk rechtstreeks afgeleid worden uit bestaande klinische digitale zorgdata en er moeten adequate ICT-voorzieningen voor de registratie worden geschapen. De registratielast moet zoveel mogelijk worden weggehaald bij de dokters en neergelegd bij andere, eventueel centraal betaalde, hoogopgeleide professionals. Ten vierde moet beter onderzocht worden of de verschillende registraties ook inderdaad leiden tot betere zorg. Ten vijfde moeten instituten de mogelijkheid krijgen op de eigen situatie toegesneden indicatoren te bedenken indien dit de commitment aan de registratie vergroot. Wel moet voorkomen worden dat iedereen voor zichzelf opnieuw het wiel uitvindt. Ten zesde moet de terugkoppeling van de data naar de werkvloer versneld om de zorg flexibel bij te kunnen sturen.

- Er moet een evaluatie instrument worden ontwikkeld waarmee een oordeel geveld kan worden over het medisch inhoudelijk werk van de specialist. Dit kan in de vorm van intercollegiale intervisie en het incidenteel meebehandelen van elkaars patiënten, via de inhoudelijke beoordeling van de patiëntenstatus zoals nu steekproefsgewijs bij kwaliteitsvisitaties gebeurt, bij of met *mystery patiënten*. De ‘Evidence Based medical audit’, een van de kwaliteitsvisitatie-technieken, zou hiervoor als leidraad kunnen dienen. De resultaten van de beoordeling kunnen meegenomen worden met de kwaliteitsvisitaties en zullen daarmee ook voor de RvB inzichtelijk zijn.
- Kwaliteitsvisitatie-modellen en de daaruit volgende verbetercycli (naleving van aanbevelingen) moeten verder worden geüniformeerd aan de hand van objectieve waardensets voor zowel kliniek als polikliniek met een heldere normering (zie ‘*de waarderingssystematiek*’ OMS, ’12). De visitatiemethodiek zou samen met niet-medici onder de loep genomen moeten worden, eventueel moeten worden aangevuld met items uit de Nijmeegse audits, en zo nodig aangescherpt. Alle vakgroepen, zowel perifeer als academisch (ook mogelijk in de vorm van een regio-maatschap), zouden zich aan kwaliteitsvisitaties moeten onderwerpen. Alle visitatierapporten, en minstens de conclusies en aanbevelingen daaruit, moeten openbaar zijn voor de RvB. In dit kader zou overwogen kunnen worden de OMS om te vormen tot een publieksrechtelijke organisatie met juridisch representatieve slagkracht. Men zal zich steeds rekenschap moeten geven dat achterlopende wetenschappelijke verenigingen, onder de daaruit voortkomende dwang, de opgelegde aanwijzingen opvolgen zoals dezen bedoeld zijn.
- Visitatiecommissies moeten zich meer expliciet richten op het signaleren van disfunctioneren en het melden van eventuele ernstige problemen bij de IGZ.
- Visitatiecommissies, vakgroepen en RvB moeten de financiële ruimte afwegen bij de verbetercycli van de kwaliteitsadviezen.
- Instellingen moeten op zijn minst een algemeen overzicht van calamiteiten en verbeterpunten openbaar maken.
- Het honorarium zou verbonden moeten worden aan kwaliteit (uitkomsten in plaats van ‘meedoen’), maar alleen als die kwaliteit daadwerkelijk te meten is.

### **3. Hoe moet disfunctioneren worden aangepakt?**

- Disfunctioneren zou een expliciet aandachtspunt moeten worden bij vigerende kwaliteitsinstrumenten zoals IFMS, visitaties en herregistratie. Het stimuleren van goed functioneren blijft het hoofddoel.
- Er moet een meldingsplicht voor instellingen komen om disfunctioneren te melden bij de inspectie. Deze zou een disfunctionerende arts per direct uit het vak moeten kunnen zetten om een te lang aarzelende, of onvoldoende geïnformeerde RvB te kunnen ondervangen.

#### 4. Hoe is de transparantie van kwaliteitsvisitaties te vergroten?

- Het is te vroeg om visitatie-rapporten openbaar te maken. Het visitatie-instrument is nog niet uitontwikkeld. Afgedwongen openheid zal het soms wankel vertrouwen van medici in het kwaliteitsinstrument ondermijnen waardoor visitaties hun doel voorbij dreigen te schieten, namelijk het in een vroeg stadium melden van individueel disfunctioneren en van falende organisatiestructuren. Openbaarheid zou op termijn een mogelijkheid zijn, in een toekomst waarin kwaliteitsvisitaties uniform zijn ingevoerd, het vertrouwen van dokters in het instrument een gegeven is en de media bereid is ook aandacht te geven aan afdelingen die goed presteren.
- Een bruikbare ‘publieksversie’ van de rapporten impliceert het weglaten van gevoelige onderwerpen zoals de onderlinge relaties tussen de maatschapsleden. Zo’n uitgekledede versie met een beschrijving van randvoorwaarden zal weinig invloed hebben op het vertrouwen van de maatschappij in de medische stand en biedt derhalve geen werkzame tussenoplossing.
- Het openbaarmaken van de namen van de visitatiecommissie-leden gaat voorbij aan de complexiteit van het visiteren. Het zal potentiële visitatoren afschrikken zich aan deze taak te kwijten. Een vakgroep moet in korte tijd op vele facetten worden beoordeeld (organisatie, randvoorwaarden, medische inhoud, onderlinge verhoudingen). Visitatoren worden nu uitgebreid gescreend en getrained. Dit is niet voor iedereen weggelegd. Het is dus niet mogelijk visiteren voor alle specialisten verplicht te stellen zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit van de visitaties. Daarmee biedt ook deze ‘tussenoplossing’ geen soelaas.
- Kwaliteitsvisitaties moeten worden uitgevoerd door de visitatiecommissies van de wetenschappelijke verenigingen in samenwerking met niet-medici om de zweem van ‘de slager die zijn eigen vlees keurt’ weg te halen.
- De *visitatie-instrumenten* en de daarbij gehanteerde normen moeten in een maatschappelijk debat/project kritisch bekeken worden, eventueel worden aangescherpt en vervolgens in de openbaarheid gebracht zodat burgers hun vertrouwen herwinnen in een tijdige identificatie en aanpak van problemen in de zorg.
- Visitaties zouden gezien moeten worden als een nationale verantwoordelijkheid. Maatschappen moeten adequaat worden gecompenseerd voor het beschikbaar stellen van een maatschapslid voor de visitatie. Dit geldt ook voor de administratieve afhandeling.