

INSPECTEUR-GENERAAL RONNIE VAN DIEMEN:

‘Wie het goed doet, hoeft voor ons niet bang te zijn’

Dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) de laatste tijd haar tanden laat zien, daar wil inspecteur-generaal Ronnie van Diemen niets van weten. Wel is er in de twee jaar na haar aantreden het nodige veranderd: ‘We letten scherper op instellingen en zorgverleners die door het ijs dreigen te zakken.’

De inkt van twee kritische rapporten was amper droog toen Ronnie van Diemen-Steenvoorde eind 2012 Gerrit van der Wal opvolgde als inspecteur-generaal voor de gezondheidszorg. Kritiek was maar één kant van de zaak, wist zij uit ervaring: ‘Als bestuurder van een ggz-instelling kreeg ik te maken met het streven van de IGZ om het separeren terug te dringen. Iedereen vond dat belangrijk, maar kon dat wel? Het lukte pas toen wij veldnormen hadden ontwikkeld en de inspectie daar toezicht op ging houden.’ Die ervaring verklaart voor een deel waar-

om zij de stap zette: ‘Ik ben altijd bezig geweest met de kwaliteit van zorg. Nu kon ik die beïnvloeden vanuit een ander perspectief.’

In reactie op de kritiek is de organisatie van de IGZ de afgelopen jaren flink op de schop gegaan. De regionale indeling werd losgelaten en het toezicht werd anders ingericht. In wat ‘risicogebaseerd toezicht’ heet, worden nu continu gegevens van zorginstellingen verzameld, op basis van uiteenlopende bronnen als inspectiebezoeken, kwaliteitsverslagen, meldingen van burgers en social media. Doordat de IGZ landelijk is gaan werken, is centraal bekend wat instellingen doen aan kwaliteit en veiligheid, en wat de onderlinge verschillen zijn. De IGZ is van karakter veranderd, zegt Van Diemen: ‘Vroeger waren we misschien te veel adviseur en te weinig handhaver. Nu pakken we hoge risico’s aan door sneller het gesprek aan te gaan als het mis dreigt te gaan. Verandert er dan nog niets, dan grijpen we actief in. En het is niet meer één inspecteur die daartoe besluit. Dat doen we met elkaar, in multidisciplinaire teams.’

De kritiek was dat de IGZ te lang aarzelde met ingrijpen. Wil ze nu haar tanden laten zien?

Van Diemen: ‘We letten scherper op instellingen of individuele zorgverleners die door het ijs dreigen te zakken en

onvoldoende kwaliteit leveren. Maar in de buitenwereld zijn vooral onze maatregelen zichtbaar. Als we afspraken maken over verbetertrajecten, haalt dat de krant niet. Ik geloof er niet in dat we onze tanden moeten laten zien. Het gaat erom dat we scherp zijn, vragen hoe men ervoor staat en hoe de kwaliteit en de veiligheid worden gewaarborgd.’

Met huisarts Tromp in Tuitjenhorn lijkt dat gesprek niet gevoerd te zijn.

‘We praten niet over individuele casuïstiek, dat vind ik niet netjes. Deze casus is in onderzoek, meer is er niet over te zeggen. Bij casuïstiek is de beeldvorming altijd gekleurd door de ervaring en de eigen emoties. Mij gaat het om de ontwikkeling die de inspectie doormaakt.’

Door haar ongeduld zit de politiek de IGZ te veel op de hielen, stelden onderzoekers vorig jaar in een rapport van ZonMw. De druk om iets te doen neemt toe.

‘De media hebben invloed, daar zie je in de krant dagelijks voorbeelden van. Met Kamervragen en uitzendingen als Nieuwsuur wordt druk uitgeoefend: “Waar was de IGZ?” Maar nu de inspectie haar zaken op orde begint te krijgen, hoor je dat geluid minder. Wij zijn goed op de hoogte van de casuïstiek, kunnen Kamervragen bijna voorspellen. Als de organisatie op orde is en je hebt zicht op alles wat er speelt, dan kom je niet snel voor verras-

A portrait of Marieke Duijsters, a woman with short blonde hair and glasses, wearing a grey blazer over a white top. She is sitting on a green armchair with her hands clasped. The background is a blurred indoor setting with warm lighting.

‘Ik geloof er niet in
dat we onze tanden
moeten laten zien’

singen te staan. Dat is het verbetertraject dat de minister heeft beloofd en dat drie tot vijf jaar zal duren. We zitten er middenin en volgens de externe visitatie-commissie zijn we op de goede weg.'

Behalve de IGZ letten ook de zorgverzekeraars op de kwaliteit van zorg. Wordt er niet te veel dubbel gedaan?

'Er worden op dit moment geen gegevens uitgewisseld tussen de inspectie en verzekeraars, behalve als ze al openbaar zijn. Zouden we het willen? Misschien, als dat de regeldruk kan verminderen.

Ik zou willen dat we elkaar uiteindelijk vinden in waar het werkelijk om gaat: te komen tot een beperkt aantal kwaliteits-indicatoren, die niet al te gedetailleerd zijn. Onze mensen die werken aan de Basisset Kwaliteitsindicatoren, zijn continu in overleg met partijen als de wetenschappelijke verenigingen en DICA (Dutch Institute for Clinical Auditing, red.): hoe kunnen we ervoor zorgen dat instellingen niet dubbel maar slechts één keer worden bevraagd? En dan zo dat dat voor iedereen zinvol en nuttig is. Op de ene afdeling is een pijnscore belangrijk, maar op een andere hebben patiënten geen pijn. En is de terechte vraag: "Waarom moet ik dan drie keer per dag een pijnscore afnemen?" Het duurt lang voordat je hebt ontregeld wat in jaren is opgebouwd. Maar het begin is er.'

'Het duurt lang voordat je hebt ontregeld wat in jaren is opgebouwd'

Instellingen moeten calamiteiten melden. Wie bepaalt wat een calamiteit is?

'Zorginstellingen moeten zelf bepalen of de schade die een patiënt heeft opgelopen zo ernstig is dat er sprake is van een calamiteit, dus dat de uitkomst dramatisch is vergeleken met wat het had moeten zijn. Jaarlijks zijn er zo'n 10.000 meldingen uit alle sectoren samen, waarvan 1600 van ziekenhuizen. Veel instellingen melden direct, en doen meteen onderzoek naar de vraag hoe het heeft kunnen gebeuren. Vaak ligt de oorzaak niet bij een individu, maar in het systeem, in zwakke schakels in het zorgproces: het is 3 uur 's nachts, een aios werkt alleen en durft de supervisor niet te bellen. Wij krijgen dat interne onderzoek terug en beoordelen het aan de hand van de criteria die de WHO over dergelijk onderzoek heeft ontwikkeld. Sinds een jaar kijken we ook of de patiënt

en de familie zijn gehoord. Het is belangrijk om met hen te praten, in het begin en ook na afloop van het onderzoek. Daar waar je open bent over wat er gebeurt, verbetert de zorg. Als je dat open klimaat voor elkaar krijgt, heb je vleugels! Daartoe vergroten wij het lerend vermogen van instellingen, onder andere door hun eigen calamiteitenonderzoek zo centraal te stellen.'

De IGZ zou tot diep in het primaire werkproces voorschrijven wat er moet veranderen. Waarom zou er beslist een antibioticat team moeten zijn?

'Daar hebben we met de wetenschappelijke verenigingen over gesproken. Het zijn hun veldnormen waarop wij een toetsingskader hebben gemaakt, met wegingscriteria. Maar worden de normen wel door iedereen gedeeld? Ik hoor wel van bestuurders: "Een specialist komt bij me met een richtlijn, en zegt dat hij dit en dit instrument nodig heeft, of 5 fte extra aan medewerkers. Want hij moet de richtlijn in praktijk brengen." Het is goed dat de verenigingen richtlijnen maken. Maar tot voor kort lag daar geen businesscase aan ten grondslag. Normen en richtlijnen zijn en blijven belangrijk, maar stel met elkaar vast of ze realistisch en haalbaar zijn. Dan kan het Kwaliteitsinstituut ze accepteren en publiceren, en kan de inspectie er toezicht op houden. Als er kritiek is op de manier waarop wij dat doen, moeten we daarover het gesprek aangaan. Alle toetsingskaders die wij gebruiken bij thematisch onderzoek, komen op de website. Dan weten we waar we het over hebben.'

RONNIE VAN DIEMEN-STEENVOORDE (1958)

1983	Artsexamen (cum laude)
1983-1993	Opleiding tot kinderarts-nefroloog in (toen nog) het Wilhelmina Kinderziekenhuis in Utrecht; promotieonderzoek naar hemodialyse en niertransplantatie bij kinderen
1993-2003	Afdelingshoofd-opleider kindergeneeskunde in het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein
2003-2008	VUmc, onder meer hoogleraar onderzoek en ontwikkeling van medisch onderwijs en opleiding, onderwijsdirecteur en lid van de Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen
2008-2012	Voorzitter raad van bestuur GGZ Oost Brabant
Sinds 2012	Inspecteur-generaal voor de gezondheidszorg

Op grond waarvan besluit de IGZ tot onderzoek naar een individuele arts?

'Wij krijgen signalen, of meldingen van calamiteiten. Als er mogelijk sprake is van disfunctioneren, worden ze hier besproken. Veruit de meeste signalen worden vervolgens bevestigd bij de zorginstelling. Daar ligt immers de verantwoordelijkheid voor sturen op functioneren, en op dreigend disfunctioneren. We weten dat 1 tot 5 procent van de zorgverleners in enige fase van het leven disfunc-

PRAKTIJKPERIKEL

WIE BETAALT BEPAALT

tionneert, vaak tijdelijk, maar het gebeurt. Met 1,3 miljoen werkers in de zorg kunnen alleen de zorginstellingen zelf en de mensen die daar werken dat probleem goed aanpakken. Omdat de meeste instellingen dit al doen, heeft de IGZ meestal te maken met mogelijk disfunctionerende solisten. We hebben de afgelopen jaren een team geformeerd dat zich specifiek richt op deze groep.'

De IGZ krijgt ook signalen uit het Landelijk Meldpunt Zorg. Wat gebeurt daarmee?

Het LMZ begeleidt burgers bij klachten; burgers kunnen er ook klachten indienen. Duidelijke meldingen komen bij ons in het triageteam. Maar ook andere signalen komen bij ons door. Deze signalen gaan voor 95 procent over zorginstellingen: iemand trof een vuile wc, werd veel te laat geholpen, of er ging iets fout met het infuus. Ongeveer 5 procent gaat over zorgverleners die niet in een instelling werken. Artsen maken zich zorgen over deze signalen, en de KNMG praat er inmiddels over met de minister, die over het LMZ gaat. We moeten continu bekijken wat werkt en wat niet, dat is het lerend perspectief.'

Wanneer zet de IGZ de stap naar de tuchtrechter?

'Als een instelling bij disfunctioneren niet de juiste stappen neemt, en wij vinden de situatie ernstig, dan stappen we naar de tuchtrechter. Die moet dan uitspreken of en hoe deze persoon nog in de zorg werkzaam mag zijn. We gaan alleen naar de tuchtrechter met zaken die er echt toe doen, en er sprake is van structureel disfunctioneren. Soms willen we er jurisprudentie mee opbouwen. Mensen die privé kinderporno hebben en toch als arts functioneren, dat voelt niet goed. Daarover willen we een uitspraak van de tuchtrechter: kan dat? Er zijn zo'n 1500 tuchtzaken per jaar, waarvan er slechts 40 tot 50 door ons zijn gestart. Alleen bij zeer complexe gevallen gaan wij tot een tuchtzak over. Wie het als arts goed doet, hoeft niet bang te zijn voor de inspectie.'

De IGZ controleert niet of een beroeps-

Een patiënt bezoekt mij voor het eerst met het verzoek om een verwijsbrief voor de oogarts, want haar man – diabeet – gaat er altijd naartoe en dan kijkt de oogarts ook haar ogen meteen even na. Dit is altijd zo gegaan en kennelijk werkte zowel de oogarts als de huisarts hieraan mee. Zij draagt naar genoegen een bril en heeft geen klachten, ook bij navraag niet. Ik zie dus geen reden om haar te verwijzen en probeer haar dit – tevergeefs – uit te leggen en opper de opticien. Zij wil dat niet, vindt dat ik maar moeilijk doe, verlaat met heel haar gezin (vijf personen) kwaad de spreekkamer en – naar later blijkt – ook de praktijk.

Dit moet je als startende huisarts niet te vaak meemaken, want naast het feit dat het demotiverend en deprimerend is, is het kennelijk ook financieel zeer onaantrekkelijk om al te kritisch te zijn in je verwijsbeleid. Je moet je rol als poortwachter met een flinke korrel zout nemen, want uiteindelijk is het toch de patiënt die be-p/t-aalt!

Heeft u ook een perikel?
Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl

verbod wordt nageleefd, meldde een tv-rubriek onlangs.

'Het is de verantwoordelijkheid van het CIBG om te zorgen dat deze zaken goed zijn geregistreerd. Als iemand is doorgehaald en zich toch weer als arts opstelt, dan is dat crimineel gedrag. Die is geen dokter meer, en dan gaan wij er als inspectie niet over. Maar als er signalen zijn, breng deze vooral bij ons aan. Als het nodig is, gaan ze naar het Openbaar Ministerie.'

Twee jaar na haar aantreden is Van Diemen te spreken over haar werk: 'Net als in de zorg is het leuk om te werken met gedreven mensen en hun vakmanschap mee te maken.' Het werk verschilt niet erg van wat zij als ggz-bestuurder deed: 'Continu wikken en wegen, luisteren, het gesprek voeren, durven vaststel-

len dat ook bij ons dingen soms niet goed gaan en daarover durven praten, ook met de buitenwereld. Dat is het mooie in zo'n functie.' Maar niet alles is rozengeur en maneschijn: 'Lastig is dat de buitenwereld altijd iets mag vinden van de inspectie. Zeker, dat mag en moet ook. Op gezag wordt nu eenmaal gemopperd. Ik zou er vaak iets op terug willen zeggen, maar gezien mijn rol kan dat niet. Dat is het ingewikkelde.' ■

web

Meer informatie over ontwikkelingen binnen de IGZ is te vinden onder dit artikel op medischcontact.nl.