

Verantwoordelijkheden rond kwaliteitsbewaking niet helder verdeeld

# Kwaliteit heeft structuur nodig

Johan Legemaate, hoogleraar gezondheidsrecht Vrije Universiteit Amsterdam

Correspondentieadres:  
johan.legemaate@vumc.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Een aantal incidenten rond disfunctionerende artsen heeft de veiligheid van de ziekenhuiszorg hoog op de publieke agenda gezet. Dit heeft echter nog niet geleid tot een goede verdeling van de verantwoordelijkheden bij de kwaliteitbewaking. Tijd voor een inhaalslag.

**B**egin 2009 ontstond commotie over het handelen van een neuroloog die tot enkele jaren geleden werkzaam was in het Medisch Spectrum Twente (MST). In deze zaak handelde het onder meer om verslavingsproblematiek en het stellen van onjuiste diagnoses.

Op verzoek van de minister van VWS stelde de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in februari 2009 een rapport op over haar handelwijze in deze zaak. Daarin staan suggesties om in toekomstige gevallen beter op situaties als die in het MST te kunnen reageren. Die betreffen niet alleen de taken en bevoegdheden van

de inspectie zelf, maar ook de verantwoordelijkheden van andere partijen, zoals medisch specialisten en ziekenhuisbesturen.

Ook uit recente adviezen van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (Radboud-rapport, april 2008), de

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg ('Governance en kwaliteit van zorg', maart 2009) en de Algemene Rekenkamer ('Implementatie kwaliteitswet zorginstellingen', juni 2009) komt naar voren dat er nog het nodige schort aan de verantwoordelijkheidsverdeling met betrekking tot de kwaliteit van zorg.

## Zelfreinigend vermogen

Sinds de invoering van de Kwaliteitswet zorginstellingen in 1996 ligt de primaire verant-

woordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg bij de instellingen en de beroepsbeoefenaren zelf. Dit impliceert dat er sprake is van zelfreinigend vermogen in situaties die een bedreiging vormen voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. De incidenten die de laatste jaren met betrekking tot de kwaliteit van de ziekenhuiszorg aan het licht zijn gekomen – waaronder de MST-zaak – wijzen echter uit dat het zelfreinigende vermogen minder heeft opgeleverd dan had mogen worden verwacht. Instellingen en hun brancheorganisaties hebben na invoering van de Kwaliteitswet nagelaten om de arrangementen te realiseren waarmee ze hun verantwoordelijkheden kunnen waarmaken. Dat bleek al uit de evaluatie van de wet in 2001, waarin naar voren kwam dat de instellingen te vrijblijvend met de bepalingen omgingen. En het lijkt in de jaren nadien niet wezenlijk te zijn veranderd, mede door onvoldoende toezicht van de kant van overheid en inspectie.

Ziekenhuisbesturen en medisch specialisten hebben onvoldoende een gezamenlijke aanpak nagestreefd. Ook is de verantwoording tekortgeschoten, zowel in de relatie tussen ziekenhuisbestuur en medisch specialisten als tegenover het publiek. Waar het gaat om het negeren van de implicaties van de (huidige) kwaliteitswetgeving zijn de besturen van ziekenhuizen en de medisch specialisten dus *partners in crime*. Er is pas recentelijk sprake van een *sense of urgency* en van een streven naar systematische integratie van systemen en ver-

*Ziekenhuizen en specialisten zijn 'partners in crime'*

antwoordelijkheden van ziekenhuisbesturen en medisch specialisten.

### Financiële belangen

Het zou vanzelfsprekend moeten zijn dat ziekenhuisbesturen en medisch specialisten over en weer verantwoording afleggen, en dat de kwaliteitssystemen van het ziekenhuis worden geïntegreerd met die van de beroepsgroep. Dit vraagt om een gemeenschappelijke visie op de explicitering en afstemming van taken en verantwoordelijkheden van alle betrokken actoren: de medisch specialisten, de maatschappijen en vakgroepen, de medische staf, de raad van bestuur en de raad van toezicht.

De zaak van de Twentse neuroloog en vergelijkbare zaken laten zien dat deze explicitering nog onvoldoende heeft plaatsgevonden. Dat heeft te maken met de cultuur binnen ziekenhuizen, met de attitude en de competenties van de betrokken beroepsbeoefenaren en bestuurders, en met een (vaak impliciete) vermenging van discussies over kwaliteitsverantwoordelijk-

heden met die over honorering en financiële belangen.

Aan te bevelen is dat de vertegenwoordigende organisaties van ziekenhuizen en medisch specialisten een overkoepelend kwaliteitskader ontwerpen, waarin de posities van en de onderlinge relaties tussen de verschillende actoren worden verduidelijkt en vastgelegd. Het ligt erg voor de hand bij het opstellen daarvan ook patiëntenorganisaties te betrekken. Een dergelijk kader kan zo nodig wettelijk worden verankerd, en kan als brondocument dienen voor andere teksten, zoals arbeids- en toelatingsovereenkomsten, het document medische staf en interne kwaliteitsreglementen.

### Beroepsbeperking

Aan de kant van de inspectie dient vooral het vraagstuk van de beroepsbeperkende afspraken meer aandacht te krijgen. In de MST-zaak maakte de IGZ met de betreffende neuroloog dergelijke afspraken, maar de naleving daarvan verliep bepaald niet vlekkeloos. Binnen de inspectie is er geen duidelijk beleid voor beroepsbeperkende afspraken, en evenmin is er een centrale registratie. Ook worden soms afspraken gemaakt over aanlegenheden die voorbehouden behoren te zijn aan de rechter, zoals uitschrijving uit het BIG-register.

Er moet onderscheid worden gemaakt tussen twee categorieën beroepsbeperkende afspraken: 1. De afspraak dat een beroepsbeoefenaar in Nederland niet meer zal praktiseren en/of de afspraak dat de beroepsbeoefenaar zich zal laten uitschrijven uit het BIG-register; 2. De afspraak dat een beroepsbeoefenaar verbetermaatregelen zal treffen en in die context de inspectie informeert.

Als de IGZ wil bereiken dat een beroepsbeoefenaar niet meer praktiseert, dient de koninklijke weg te worden gevolgd: een procedure bij het tuchtcollege of het College van Medisch Toezicht (CMT). In die sfeer zijn verbeteringen mogelijk, door de taak van het CMT onder te brengen bij de tuchtcolleges en de tuchtcolleges de mogelijkheid te geven om een voorlopige voorziening te treffen, bijvoorbeeld schorsing of beperkingen gedurende de behandeling van de zaak.

Beroepsbeperkende afspraken uit de tweede categorie moeten onder bepaalde condities aanvaardbaar worden geoordeeld. Het publieke belang bij goed extern toezicht op de gezondheidszorg is niet gediend met een toezichthouder die uitsluitend formele instrumenten en bevoegdheden kan inzetten.

In een overkoepelend kwaliteitskader moeten de posities van en de onderlinge relaties tussen verschillende actoren worden vastgelegd.

beeld: Images.com





De inspectie moet kunnen verlangen dat een disfunctionerende arts zich laat onderzoeken of behandelen.

#### Afspraken over verbetering

Daarnaast is in het geval waarin betrokkene wil meewerken en een gunstig effect te verwachten is van verbetermaatregelen, het starten van een procedure bij tuchtrechter of CMT voor zowel beroepsbeoefenaar als inspectie onevenredig belastend. Dit pleit voor de mogelijkheid dat de inspectie beroepsbeperkende afspraken gericht op verbetering moet kunnen maken, bijvoorbeeld door van betrokkene te verlangen dat hij zich laat onderzoeken of behandelen, of dat hij bepaalde verrichtingen (tijdelijk) niet zelfstandig uitoefent. En het pleit ook voor afspraken van procedurele aard, bijvoorbeeld over de vraag of de betrokkene rapportages van

behandelend artsen moet overleggen en moet melden dat hij weer aan het werk gaat of gaat praktiseren in het buitenland. In juli 2009 heeft de minister van VWS de Tweede Kamer laten weten dat ook naar zijn mening voor het ma-

ken van dergelijke afspraken enige ruimte zou moeten bestaan.

Het zou buiten proportie zijn om dergelijke afspraken op te nemen in een openbaar register, maar een zekere mate van kenbaarheid is wel vereist. Dit is mogelijk door de betreffende afspraken op te nemen in een besloten deel van het BIG-register, dat kan worden geraadpleegd door betrokkenen met een gerechtvaardigd belang. Te denken valt aan zorginstellingen en zorgverzekeraars.

### Misschien moeten de criteria voor herregistratie worden verbreed

#### Herregistratie

Maar niet alleen de zorgaanbieders zelf en de inspectie hebben verantwoordelijkheden op het gebied van de kwaliteit van zorg. Ook andere partijen, zoals de registratiecommissies, de wetenschappelijke verenigingen en zorgverzekeraars, kunnen zich actiever opstellen.

Artsen die zijn opgenomen in een specialistenregister als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG, dienen elke vijf jaar een aanvraag tot herregistratie te doen. De criteria voor herregistratie worden opgesteld door de betreffende colleges. Deze criteria richten zich op de omvang van de praktijkoefening (in uren of dagen per jaar), op de gevolgdde bij- en nascholing en op de deelname aan overige kwaliteitsbevorderende activiteiten zoals kwaliteitsvisitatie.

De criteria voor (her)registratie strekken zich niet uit tot het resultaat van de door de beroepsbeoefenaar geleverde zorg of tot diens functioneren in zorgproces en zorgketen. Nader onderzocht moet worden of de criteria voor herregistratie niet moeten worden verbreed, bijvoorbeeld door een verbinding te leggen met het eerder bepleite besloten deel van het BIG-register.

In elk geval zou een criterium voor herregistratie moeten zijn dat de specialist deelneemt aan een systeem voor collegiale evaluatie, zoals het IFMS-systeem van de Orde. Voorts zou van de specialist die in een zorginstelling werkt voor de herregistratie een verklaring van die zorginstelling kunnen worden verlangd, waarin wordt verklaard dat over het professioneel functioneren geen bedenkingen bestaan.

#### Visitaties

De wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten voeren de kwaliteitsvisitaties van vakgroepen en maatschappen uit. Eens in de vijf jaar ondergaat elke groep zo'n visitatie. De wetenschappelijke verenigingen dienen eraan bij te dragen dat tenminste de conclusies en aanbevelingen van de visitaties standaard ter beschikking worden gesteld aan het bestuur van het ziekenhuis en aan het stafbestuur.

Twee verenigingen – Heelkunde en KNO – verzenden deze conclusies en aanbevelingen thans zelf al aan de besturen van de betreffende instellingen.

Het is van belang dat de wetenschappelijke verenigingen erop toezien dat wezenlijke aanbevelingen voor de kwaliteit van zorg door de betreffende maatschap/vakgroep en het ziekenhuis adequaat en voortvarend worden opgepakt. Gebeurt dit niet en bestaat het risico dat schade voor patiënten ontstaat, dan is het

## SAMENVATTING

- De in 1996 ingevoerde Kwaliteitswet zorginstellingen legt de verantwoordelijkheid bij de organisaties van medisch specialisten en ziekenhuizen.
- Die hebben echter nagelaten om de wet te vertalen in heldere afspraken over zowel de explicitering van kwaliteitsverantwoordelijkheden als de integratie van kwaliteitssystemen. Hierin moeten ze een inhaalslag maken
- Beroepsbeperkende afspraken die door de inspectie worden gemaakt, dienen kenbaar te zijn voor zorginstellingen en zorgverzekeraars.
- Ook registratiecommissies, wetenschappelijke verenigingen en zorgverzekeraars kunnen meer doen om de kwaliteit van zorg te verbeteren.



Alle MC-artikelen over de affaire in het MST vindt u bij dit artikel op onze website: [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

de maatschappelijke taak van de wetenschappelijke vereniging om de druk op te voeren, en als dat niet helpt om de IGZ te verwittigen. Dat laatste geldt ook indien de vereniging anderszins op de hoogte raakt van misstanden die schade aan patiënten veroorzaken of een risico daarop genereren. Zo was de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie op de hoogte van de problemen die enkele jaren geleden speelden op de afdeling hartchirurgie van het UMC St Radboud, maar zag deze vereniging 'voor zichzelf geen rol' (rapport Onderzoeksraad voor Veiligheid, april 2008). Dat is een miskenning van de maatschappelijke verantwoordelijkheid die een wetenschappelijke vereniging heeft.

### Zorgverzekeraar

In de zaak van de Twentse neuroloog werd de IGZ op een bepaald moment benaderd door de zorgverzekeraar die bedenkingen had bij het handelen van de neuroloog. Zorgverzekeraars zijn waarschijnlijk veel vaker op de hoogte van kwaliteitsproblemen bij gecontracteerde zorginstellingen of beroepsbeoefenaren. Zie bijvoorbeeld NRC Handelsblad van 20 april 2009: 'Achmea hield patiënten uit Emmer Ziekenhuis'.


De verzekeraars dienen garant te staan voor de kwaliteit van de door hen ingekochte zorg. Het is niet alleen een plicht jegens hun verzekerden, maar ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid dat ze mogelijke misstanden die hen ter ore komen, onderzoeken en zo nodig aan de inspectie melden. Dit geldt te meer als zorgverzekeraars gaan werken met *preferred providers*.

Een aantal jaren geleden heeft de inspectie als beleid geformuleerd dat een intensiever contact met zorgverzekeraars is aangewezen. Dit voorplan heeft geen vervolg gekregen. Het is van belang dat tussen de IGZ en de zorgverzeke-

raars regelmatige en gestructureerde contacten bestaan. Daarover behoren de inspectie en de zorgverzekeraars afspraken te maken.

### Inhaalslag nodig

Al met al schort er nog het nodige aan de regeling van de verantwoordelijkheden voor de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen. Dat is het gemeenschappelijke kenmerk van de incidenten die de afgelopen jaren de aandacht hebben getrokken, waaronder de MST-zaak. Zorgaanbieders – instellingen en beroepsbeoefenaren – hebben tot nu toe onvoldoende oog gehad voor de implicaties van de in 1996 van kracht geworden Kwaliteitswet zorginstellingen. Op dat punt is een inhaalslag nodig.

Daarnaast kunnen verbeteringen worden gerealiseerd voor de wijze waarop de inspectie het instrument van de beroepsbeperkende afspraken hanteert. En tenslotte kan een grotere rol worden gespeeld door partijen die iets meer op afstand staan, zoals registratiecommissies, wetenschappelijke verenigingen en zorgverzekeraars. 

### Advies aan de minister

Dit artikel is gebaseerd op het advies 'Verantwoordelijkheid nemen voor kwaliteit' dat de auteur uitbracht op verzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de minister van VWS. Dit advies werd op 24 juli door de minister aangeboden aan de Tweede Kamer, vergezeld van een brief waarin de minister op de inhoud van het advies reageert. Een link naar het advies en de brief staan bij dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

# praktijkperikel

## Medisch specialist

Per post ontvang ik van een collega-verzekeringsarts van UWV een verzoek om medische informatie. In de brief staat:

'U kunt uw kosten bij ons declareren. Voor een schriftelijke reactie is de vergoeding voor psychiaters 44,00 euro, voor medisch specialisten 56,60 euro, voor huisartsen 37,70 euro.'

Kennelijk zijn niet alle verzekeringsartsen op de hoogte van het feit dat psychiaters medisch specialisten zijn.