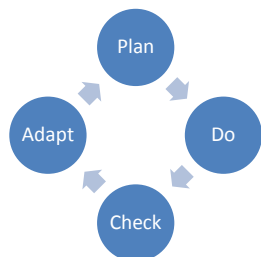


Wat hebben vliegtuigen met ziekenhuizen te maken?

Een bestuurskundige beschouwing van de governance van kwaliteit en veiligheid in de zorgsector

Om te groeien en beter te presteren moeten we leren, onder andere door zo nu en dan eens terug te kijken op geleverde prestaties. Dit geldt voor ieder proces: bij individuen, organisaties, maar ook voor (virtuele) organisaties zoals de advocatuur, de luchtvaartsector, de zorgsector, et cetera. Een bekende leer- of beheerscyclus daarvoor is de Demming-cirkel: "plan-do-check-adapt" (PDCA): na een planning (plan) en het uitvoeren daarvan (do) even kritisch terugkijken (check) en daarna de nodige bijstellingen te doen aan het proces om dit vervolgens te verbeteren (adapt).



Zonder te vervallen in krampachtige definities worden in deze beschouwing de beheersmechanismen van kwaliteit en veiligheid op macroniveau (de governance) in de luchtvaart en de zorgsector naast elkaar gelegd, met de nadruk op de operationalisering van de check- en adapt-momenten. Er bestaan al veel vergelijkingen van de luchtvaart met de zorg op werkvloerniveau; deze beschouwing beziet zaken op macroniveau vanuit bestuurskundig oogpunt. Na een beschrijving van de governance in de luchtvaartsector en een uitgebreide probleemanalyse worden

drie essentiële organen behandeld: de tuchtcolleges voor de gezondheidszorg (de Medische Tuchtcolleges), de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) en de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV). Kan de zorg in Nederland iets leren van de luchtvaart?

De luchtvaart

De luchtvaartwereld kent de PDCA-cyclus als geen andere. Hoewel discrete plan- en do-momenten (het maken van beleid, regels en voorschriften en het dagelijks maken van vliegreuen) in de tijd door elkaar lopen en niet altijd even goed zijn te onderscheiden zien we wel heel duidelijk de check- en de adapt-momenten. Er bestaat in deze sector een inherent zelfcorrigerend systeem, bestuurd door onafhankelijke luchtvaartautoriteiten die zorgen voor continue toetsing. Nationale (ILT)¹ en internationale luchtvaartautoriteiten (JAA, EASA en ICAO)² en -wetgeving zorgen voor certificering, vergunningverlening, examinering, erkenning, uitgeven bewijzen van bevoegdheid en het beheer van "het register", en de daarbij behorende continue toetsing, vaak in de vorm van fysieke inspecties. Het feit dat alles en iedereen in de ketens van de luchtvaart gecertificeerd moet zijn of een vergunning of erkenning van de autoriteit nodig heeft is bij toetsing een stok achter de deur. Ook discontinu wordt de sector kritisch in de gaten gehouden: bijvoorbeeld, na een majeur vliegtuigincident volgt in de beschaaftde westerse wereld altijd een (verplicht!) uitgebreid onafhankelijk onderzoek - in Nederland door de inspectie ILT of de "Onderzoeksraad Voor Veiligheid" - waarin het incident uit den treure wordt geanalyseerd (een check-moment) en waarna praktisch altijd door de autoriteiten opgelegde acties volgen die de vliegveiligheid verhogen (het adapt-moment). Dit kan zijn het geven van adviezen, aanpassing van de opleidingen, technische modificaties, aanpassing van voorschriften of onderhoudsprocessen et cetera. Taken (verhogen van de vliegveiligheid) en de beschikbare middelen (dwingend kunnen opleggen van aanpassingen op alle relevante aspecten in de hele luchtvaartketen) sluiten bij deze autoriteiten dan ook naadloos op elkaar aan. Tevens, de Wet Luchtvaart bevat een "meldplicht" bij voorvallen en beschermt de melder daarbij maximaal tegen juridische consequenties. Uiteindelijk wordt dit mogelijk gemaakt door de mentale instelling van de luchtvaartwereld; een onderzoek wordt niet ervaren als een aanval maar als een waardevol potentieel leermoment. De instelling van de gehele luchtvaart ligt in de sfeer van "zero tolerance", er bestaat een continu streven naar nul fouten: fouten zijn wel menselijk maar moeten altijd dienen tot lering. Na vele decennia is het resultaat dat vliegen de veiligste vervoersmodaliteit is.

Probleemschets

Met regelmaat zien we problemen in de zorg langskomen, soms vanuit de instellingen zelf, soms vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) maar steeds vaker via de media. Natuurlijk zijn de media als bron niet altijd even objectief; voorop staan de kijkcijfers en daarvoor is nu eenmaal spektakel nodig. Toch verkopen zij in de regel weinig echte onzin, checks & balances in die sector zitten betrekkelijk goed in elkaar. Sterker, zij dienen steeds vaker als exposeur van misstanden, die daaropvolgend door de instellingen of de IGZ van commentaar of ander vervolg worden voorzien: op zich geen verkeerde ontwikkeling. Interessanter is het om te kijken

¹ De Nederlandse luchtvaartautoriteit is de "Inspectie voor Leefomgeving en Transport" (ministerie van I&M, ILT); tot 2006 de Rijksluchtvaartdienst (RLD). De bijbehorende Wet Luchtvaart (1992) vertaalt (o.a.) mondiale en Europese wetten naar de Nederlandse praktijk.

² Op Europees niveau zorgen de "Joint Aviation Authority" (JAA) en de "European Aviation Safety Authority" (EASA) als luchtvaartautoriteit voor internationale richtlijnen en de nodige samenhang en informatie-uitwisseling tussen de lidstaten. Mondiaal gebeurt dit door de "International Civil Aviation Organization" (ICAO).

naar die vervolgcities. In een klein aantal gevallen heeft de IGZ een eigen onderzoek ingesteld, maar meestal gebeurt er niets merkbars. De site van de IGZ-onderzoeken en –rapporten is slecht inzichtelijk en veel rapporten worden om “privacy-redenen” niet openbaar gemaakt. Enkele voorbeelden die een mogelijke indruk geven van de wijze waarop de beroepsgroep zelf en de toezichthouders met de veiligheid omgaan.

1. Op 4 november 2015 wordt door de VARA in het televisieprogramma Zembla perikelen in het UMC Utrecht getoond waarbij 1) serieuze misstanden werden gesuggereerd, 2) klokkenluiders bang waren zich te exposeren, 3) de RvB van het UMCU als storingsreactie in een brief naar de IGZ categorisch ontkende en 4) de IGZ dat voetstoots accepteerde.³ Dit lijkt alsof klokkenluiders zich nog lang niet veilig voelen, het bestuur van een instelling niet weet (of wil weten) wat er op de werkvloer gebeurt, en dat de IGZ dit niet onderkent en een brief van de RvB klakkeloos aanneemt. Neemt de IGZ haar taak wel serieus? Maanden later, na een tweede VARA-uitzending heeft de IGZ dit onderwerp overigens wel op haar agenda gezet. Had de IGZ hier niet direct bovenop moeten zitten?
2. Op 15 Juli 2016 pleitten de hoogleraren patiëntveiligheid Jan Klein en Dink Legemate er in de Volkskrant voor om chirurgen en specialisten geen diensten van 24 uur of langer meer te laten draaien. Een schijnbaar voordehand liggend idee waar eigenlijk nauwelijks discussie over mogelijk lijkt; vele beroepsgroepen en onderzoeken (vrachtwagenchauffeurs, piloten, vliegverkeersleiders etc.) hebben al lang aangetoond dat langdurig werken de concentratie, alertheid en reactievermogen (en hier dus de veiligheid) negatief beïnvloedt. Toch is de reactie van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) in het artikel (geparafraseerd) “... er is gewoon niet voldoende mankracht”. Zonder dit zeer reële en complexe probleem te willen marginaliseren wekken ze hierbij sterk de indruk kwantiteit boven kwaliteit te stellen. Het is in eerste instantie aan de beroepsgroep om dit te beheersen, misstanden tijdig te signaleren en mitigerende maatregelen te nemen. Daarnaast wil de IGZ niet inhoudelijk reageren en zegt “dit is een zaak van de specialisten zelf”. Ook enkele maanden nadien blijkt nergens uit dat de IGZ dit probleem heeft opgepakt. Een discutabele respons voor een autoriteit waarvan het de taak is om dit soort signalen serieus te nemen, te beoordelen en zo nodig met overkoepelende regelgeving orde op zaken te stellen. De twee reacties illustreren dat enerzijds de wereld van de zorg zelf niet (per definitie) in staat is om haar interne veiligheidszaken op orde te stellen, en anderzijds dat de autoriteit die daar overkoepelend mee belast is (IGZ) haar taak enigszins bedenkelijk opvat.
3. Op 25 november 2016 publiceerde de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) een lijst met niet-effectieve medische handelingen (*Beter-niet-doenlijst*).⁴ Zo'n 1.366 veel uitgevoerde medische handelingen, variërend van het preventief trekken van verstandskiezen tot onnodige kijkoperaties en maagoperaties zijn vaak onnodig en zelfs schadelijk. De lijst is een reactie op een verzoek van de minister twee jaar geleden om te bezien op welke wijze de zorgkosten omlaag gebracht konden worden. Minister Schippers is zeer tevreden. Maar veel belangrijkere onderliggende vragen blijven onbeantwoord. Bijvoorbeeld, waarom worden er überhaupt “onnodige” handelingen uitgevoerd? Antwoorden die gegeven worden zijn o.a. “Artsen doen de onnodige medische handelingen vaak omdat ze het zo geleerd hebben, of uit routine.”. Bedenklijk. Ten tweede, waarom komt dit probleem pas bovendrijven na onderzoek op verzoek van de minister? Waarom heeft de beroepsgroep dit zelf niet (eerder) onderkend: de specialistenfederaties, de zorgverzekeringen, de Nza, de IGZ? En, waarom was er twee jaar nodig voor professionals uit de beroepsgroep zelf om dit vast te stellen? Die vragen zijn belangrijker dan het terugdringen van onnodige ingrepen alleen.

Misstanden, fouten en disfunctionerende professionals vinden we overal, dit is niet te voorkomen: het gaat erom hoe de beroepsgroep hiermee omgaat en of er lessen uit worden getrokken. Op een enkel incident na worden misstanden ofwel door de instelling zelf, ofwel door de IGZ onderzocht. Maar de IGZ is een inspectie en geen onafhankelijke onderzoeksinstelling (vergelijk in de luchtvaart de ILT). Verder in dit stuk zal dat worden geïllustreerd. Het zijn gemiste kansen dat bijna geen enkel genoemd incident - analoog aan de luchtvaart - door een daarvoor optimaal geutiliteerde en maatschappelijk gerespecteerde instelling als de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV) zijn uitgevoerd. Een mogelijkheid - het beste “check”-instrument om de leercyclus sluitend te maken - die de minister ter beschikking staat waar geen gebruik van wordt gemaakt. Het lijkt legitiem het leren en beheersvermogen binnen de zorg op macroniveau eens te analyseren.

³ Zembla, woensdag 4 november 2015 op NPO2 door de VARA uitgezonden. Momenteel voert de IGZ naar aanleiding van Zembla een eigen onderzoek uit.

⁴ <https://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/beter-niet-doenlijst-met-niet-effectieve-medische-handelingen-gepresenteerd/>

Kwaliteit en veiligheid in de zorg op werkvloerniveau.

De wereld van medisch specialisten bestaat op het laagste niveau meestentijds uit kleinschalige maatschappen. Vakinhoudelijk zijn ze boven alle twijfel verheven. Ze zijn echter sociaal, vaktechnisch en economisch coherent en afhankelijk, wat zorgt voor een “autonome en gesloten structuur wat kan onttaarden in defensief gedrag, tolereren van non-interventie et cetera”.⁵ De relatie tussen RvB en medisch specialisten binnen ziekenhuizen is dan ook een veel besproken onderwerp: de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft al vaker gesteld dat de RvB van een ziekenhuis niet voldoende in staat is om de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid te vervullen.⁶ Dit alles wordt nog bemoeilijkt door een scala van afhankelijkheden tussen de specialisten onderling, de overheid, zorgverzekeraars, een veelheid aan vakverenigingen et cetera (fig.1). Berucht zijn de vaak schimmige afhankelijkheden tussen artsen en de farmaceutische industrie. Het probleem is vergelijkbaar met de luchtvaart: door marktwerking versterkte economische (kortetermijn)-belangen staan op gespannen voet met (langetermijn)-kwaliteitsaspecten. Een wig die alleen beheerst kan worden door goede, af te dwingen afspraken en adequaat toezicht.

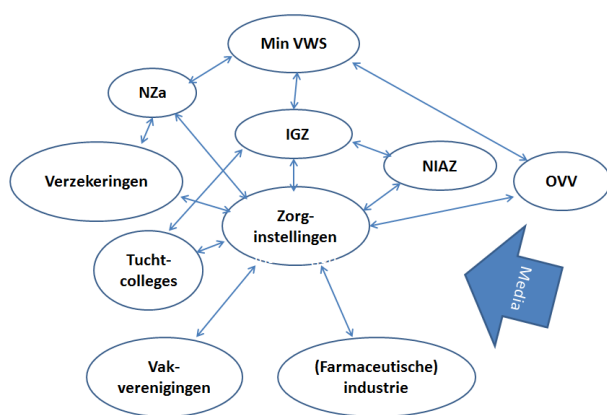


Fig.1 Krachtenveld in de zorgsector

De medisch specialisten hebben, naast hun eigenen “Raad Kwaliteit”⁷, einen eigenen Dokument über ihren Vision auf ihren eigenen Funktionieren.⁸ Ein besonders sinnig und notwendig Dokument, das eigentlich allein nur Wahrheiten in den Stand, sondern das voll steht mit Termen wie “*specialisten dienen te ...*” und “*specialisten moeten ...*” sondern ohne Instrumenten, um dies zu überwachen und zu gewährleisten. Aber es ist dann auch eine Vision und kein deskriptives oder preskriptives Dokument (eine Art Wunschdokument). Als dies jedoch einmal vollständig Bewährtheit wird, dann wird es allein beklagen, als er ein unabhängige Wächter ist, die dies überwacht.

Blickbar können wir von den Professionals selbst und von der RvB/RvT von einem Krankenhaus nicht (allzeit) erwarten, dass sie garantiert adäquates Aufsicht halten und ihren Qualität und Sicherheit beherrschen. Von wem können wir das dann wohl erwarten? In dem folgenden werden in diesem Licht drei essentielle Organen besprochen, die eine wichtige Rolle spielen in der Governance von Sicherheit in der Gesundheitsversorgung (siehe fig. 1): nacheinander die Tuchtcolleges für die Gesundheitsversorgung, die Inspektion für die Gesundheitsversorgung (IGZ) und die Untersuchungskommission für Sicherheit (OVV).

1. Die Tuchtcolleges für die Gesundheitsversorgung

Die Tuchtcolleges für die Gesundheitsversorgung haben zum Ziel “... die Qualität von dem Handeln von den individuellen Berufsbelegten zu bewachen”.⁹ Neben dem semantischen Fakt, dass “Qualität bewachen” wachsen und verbessern ausschließt, sind es mehr fundamentale Mängel. Der Name “Tuchtcollege” zeigt an, dass es ein internes Organ ist und somit nicht (per Definition) unabhängig; ein Schläger, der seinen eigenen Fleisch prüft. Auch dass Aufsicht ausschließlich auf die Veranlassung von Beschwerden zeigt, zeigt an, dass allein diese Fälle behandelt werden, bei denen Patienten (oder Angehörige) vermuten, dass es Fehler gemacht wurden; das ist dann nur ein zér geringe und nicht-repräsentative Zusammenfassung von dem, was wirklich missgeht. Folglich, die verfügbaren Instrumente des Colleges sind warnt, bestrafen und sperren;¹⁰ dies bedeutet, dass als eine Beschwerde begründet erklärt wird, allein dies zu einer Form von Strafen führen kann.

⁵ Bruijn, de J.A. prof. dr. en prof. dr. M. Noordegraaf “Professionals versus managers; de onvermijdelijkheid van nieuwe professionele praktijken”, in “Bestuurskunde”, 2010-3.

⁶ RVZ, “Governance en kwaliteit van zorg”, 2010, “De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg”, 2009.

⁷ De Raad Kwaliteit is ein Plattform von der Orde van Medisch Specialist, wo alle wissenschaftliche Vereinigungen einander treffen auf dem Gebiet von der Qualität von der medisch specialistische Versorgung.

⁸ Orde van Medisch Specialist und Wissenschaftliche Vereinigungen, “Optimaal functioneren van medisch specialisten”. Visiedokument von der Orde van Medisch Specialist und Wissenschaftliche Vereinigungen, Utrecht, 12 Dezember 2013. Bei der Zustandekommen dieses Dokumentes ist übrigens Gebrauch gemacht von einer Klankbordgroep, geleitet durch einen Luftfahrtexperten.

⁹ Bron: <http://knmg.artsenet.nl/Diensten/KNMG-Artseninfolijn-10/FAQ-Praktijkdilemmas/Casus-Artseninfolijn/Hoe-werkt-het-tuchtrecht.htm>. Sowohl das Gesetz BIG als die Website von den Tuchtcolleges sagen nichts über eine “Mission” oder “Ziele”. Der genannte Text wird mit marginalen Unterschieden früher genannt und ich betrachte es als repräsentativ.

¹⁰ “Wet BIG” Kapitel VII Artikel 48.

Kwaliteit waarborgen vereist leren van fouten, en straffen is hier strijdig mee. Onderzoek naar de schuldvraag en de bijbehorende aansprakelijkheid beweegt mensen immers hun schuld te minimaliseren en zo de waarheid geweld aan te doen.¹¹ Een schuldvraag is niet altijd te vermijden maar de prioriteit moet liggen bij het zoeken naar de werkelijke toedracht en het leren daarvan.¹² Het waarborgen van de kwaliteit kan (moet) op vele manieren anders dan straffen: *waarschuwen, adviezen geven, opleidingen opleggen of aanpassen, processen en procedures aanpassen, regels, voorschriften en wetten (laten) aanpassen, (onderhoud van) apparatuur aanpassen, ICT aanpassen et cetera.*, maar deze bevoegdheden heeft dit college niet. Al deze tekortkomingen worden versterkt doordat, zoals de doelstelling aangeeft, alleen naar “het handelen van individuen” wordt gekeken en niet naar de context: de organisatie, processen, voorschriften etc. Het college is dus enerzijds afhankelijk, en anderzijds zijn de “taken en bevoegdheden” onvoldoende op elkaar afgestemd. Uit een evaluatierapport dat in opdracht van minister Schippers is opgesteld¹³ blijken veel tekortkomingen van het college, helaas wordt dit niet onderkend. Hoewel ik zeker niet betoog dat de tuchtcolleges geen doel dienen zijn ze geen adequaat orgaan om de beroepsgroep “in control” te laten zijn en bij te dragen aan een gesloten leer- en beheerscyclus.

Laagdrempelige klachtenregistratie

Veel kwalijke ervaringen van patiënten (potentiele check-momenten) zullen - door o.a. de hoge drempel en de lage verwachtingen van het college - het daglicht nooit zien. Dit zijn voor de sector gemiste kansen; het cliché “iedere klacht is en potentieel leermoment” heeft een hoog waarheidsgehalte. Een laagdrempelig centraal meldpunt voor individuele klachten zou een openstaande mogelijkheid zijn. Niet om slachtoffers schadeloos te stellen of anderszins ethisch te bevredigen, niet om te straffen, maar om de zorgsector te laten leren: alleen zo wordt een continue stroom terugkoppelmomenten gegenereerd. Dit zou effectiever zijn dan het huidige tucht-rechtelijk toetsen en straffen. De nieuwe “Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg” (Wkkgz) biedt per 1 januari 2016 de laagdrempelige mogelijkheid van een onafhankelijke klachten-/geschillenbehandeling.¹⁴ Maar die geschillencommissies hebben tot primair doel de patiënten verhaal te kunnen laten halen en niet om de beroepsgroep te laten leren. Daarnaast, de drempel om zo’n commissie op te richten is laag, het kunnen dus veel commissies zijn zonder enige samenhang en zonder centrale registratie van meldingen. In de huidige situatie voldoet het dus nog steeds niet aan de behoefte voor de zorgwereld, we willen immers ervaringen (kennis) registreren, opslaan, delen en ervan leren. Het eerder genoemde rapport “tweede evaluatie wet BIG” adviseert om de colleges minder maar zwaardere zaken te laten behandelen (H 6.2); het bovenstaande pleit ervoor om juist veel meer en lichtere zaken te laten behandelen, desnoods met een aangepaste behandeling en overigens niet eens noodzakelijkerwijze bij de tuchtcolleges zelf. Een goed overkoepelend *big data*-systeem zou de leer-cyclus tussen instellingen moeten stimuleren en faciliteren.

2. De inspectie voor de gezondheidszorg

De inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) is een onafhankelijk overheidsorgaan en “*bevordert de volksgezondheid door effectieve handhaving van de kwaliteit van zorg, preventie en medische producten*”¹⁵ - in samenwerking met de ILT en de VWA - op basis van de “*Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)*”¹⁶ en haar eigen document “*Toezicht op Goed Bestuur*”¹⁷, en kan “*tucht-, bestuurs- of strafrechtelijke maatregelen nemen*”. Jammer van de passage “*... handhaving van de kwaliteit van de zorg ...*” in de missiedefinitie; het woord handhaving zou net als bij de tuchtcolleges beter vervangen kunnen worden door “*continu streven naar verbetering*”, maar goed. De IGZ is onze zorgwaakhond en lijkt een goede mogelijkheid om de noodzakelijke controlcyclus sluitend te maken.

¹¹ Zie o.a. de “*Aanwijzing afstemmingsprotocol onderzoeksraad voor de veiligheid - openbaar ministerie*”. In artikel 1.4 wordt expliciet aangegeven dat het gelijktijdig zoeken naar de schuldvraag en de ware toedracht ongewenst is.

¹² Zie ook de in de Wet Luchtvaart artikel 7.1 geregelde meldplicht en de bescherming van de melder. Hieruit blijkt de strikte scheiding tussen het zoeken naar de waarheid en strafrechtelijke procedures.

¹³ Hubben, J. et al, “*Tweede evaluatie wet BIG*”, november 2013.

¹⁴ Wkkgz 2016 paragraaf 2 art. 18 stelt dat iedere zorgaanbieder is aangesloten bij een geschilleninstantie. De in artikel 18.2 genoemde “regeling van onze minister” geeft aan dat er veelheid aan commissies kan ontstaan.

¹⁵ <http://www.igz.nl/organisatie/>

¹⁶ Voor 1 januari 2016 was dit de “*Kwaliteitswet Zorginstellingen*”.

¹⁷ IGZ en NZA, “*Voor bestuurders en toezichthouders in de zorg. Toezicht op Goed Bestuur*”, juli 2016. Een gezamenlijk document van de IGZ en de NZA.

De IGZ zegt dat meer met stimuleren gewerkt wordt dan met dwang, en dat “controle en vertrouwen” in balans zijn.¹⁸ De bestuurskundige praktijk leert echter dat vertrouwen onmisbaar is maar dat met dit soort vertrouwen zeer voorzichtig om moet worden gegaan¹⁹, zeker waar het een hoog afbreukrisico meedraagt. Hoewel de risico's aanmerkelijk minder hoog zijn dan in de luchtvaart (een piloot, luchtverkeersleider of vliegtuigmonteur speelt met honderden mensenlevens, een medicus doorgaans met één) is dit toch ruim voldoende om controle voor vertrouwen te laten gaan. Gesloten en autonome organisaties en maatschappen moeten niet worden vertrouwd op hun blauwe ogen. Niet omdat ze onbetrouwbaar of onkundig zijn, maar gewoon omdat belangrijke zaken zonder controle degenereren. Regels en voorschriften moeten stelselmatig gemonitord en getoetst worden, bijvoorbeeld aan de hand van risicoprofielen. Helaas, ondanks lokale veiligheidsmanagementsystemen (VMS) in ziekenhuizen is integraal risicomanagement nog niet gerealiseerd.²⁰ Misschien kan daar eens hard aan gewerkt worden.

Het belang van optimaliseren en controleren van processen wordt geïllustreerd door de luchtvaart: uitvoerenden (vliegtuigmonteurs, vliegverkeersleiders, piloten) zijn in de regel MBO-ers en HBO-ers, terwijl artsen academisch(-plus) gevormd zijn. Het is niet zo dat hoe hoger je bent opgeleid hoe beter of hoe veiliger je in een uitvoerend beroep presteert. Stel: de materie van de medische en de technologische wereld verschilt - in de uitvoerende aspecten - in complexiteit en moeilijkheidsgraad niet significant (veel medici zien dit overigens graag anders). Dat de luchtvaart zo veilig is moet dan welhaast in de *procesbeheersing* liggen, iets waar zwaar in geïnvesteerd wordt. “*Heldere protocollen en eenduidige rolverdeling staan aan de basis van een optimaal presterende organisatie.*”²¹ Er kan dan ook in de zorg winst worden behaald met het optimaliseren van de onderliggende processen. De IGZ zou processen, net als in de luchtvaart, dwingend moeten kunnen laten aanpassen. Bijvoorbeeld, de luchtvaart had al na 20 jaar door dat het noodzakelijk is om in kritieke situaties (starten, stijgen, landen,...) de piloten een checklist te laten gebruiken. De medische wereld praktiseert al zo'n 2000 jaar en nu (al?) wordt er geëxperimenteerd met checklists voorafgaand aan complexe operaties. Of, misschien zou het overdenken waard zijn om bij operaties een “zwarte doos” te gebruiken²². Of goede (de-)briefings te institutionaliseren? Of, het UMC Radboud traint zijn operatiekamerteams in luchtvaartcommunicatietechnieken; dit heeft gezorgd voor een daling van 10% in het aantal sterfgevallen in 2012.²³ Dit betekent dat - afhankelijk van de definitie van “vermijdbaar” - het aantal vermijdbare sterfgevallen in de zorg eigenlijk 10% hoger ligt dan gerapporteerd. De IGZ zou behoeftes hieraan centraal moeten signaleren, beoordelen en zondig dwingend opleggen.

De nieuwe Wkkgz 2016 schrijft voor dat iedere instelling een zelfgekozen (erkend) kwaliteitssystem moet hanteren. Dit kan dus per instelling verschillen, wat bijvoorbeeld het houden van audits en onderling vergelijken van instellingen onnodig ingewikkeld maakt. Er is in Nederland een centrale kwaliteitsinstelling (NIAZ = Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg) maar die accreditatie (of certificatie) is niet verplicht. Als dit verplicht wordt gesteld is dat een stap richting een uniforme aanpak, wat voordelen heeft op een versplinterde aanpak. Moderne kwaliteitssystemen kijken niet meer naar het eindproduct (alleen) maar op het beheersen van de processen, en dat is zoals eerder betoogd een essentiële zaak.

De IGZ hanteert een prestatie-indicator die het “gewogen sterftcijfer” (HSMR)²⁴ van instellingen registreert, en toch kan dit ergens ruim 2 jaar ongemerkt veel te hoog zijn/blijven²⁵ (Ruwaard van Putten, 2013). De IGZ

¹⁸ IGZ, “*Dwang en Drang. Zacht als het kan, hard als het moet*”, Toespraak van toenmalige Inspecteur-generaal Gerrit van der Wal, ter gelegenheid van het symposium Medirisk op 23 november 2007 in Utrecht.

¹⁹ Covey, Stephen M.R., Link, Greg, & Merrill, Rebecca R., “*Smart Trust*”, New York: Free Press, 2012. Dit is een voorbeeld van de veelheid aan literatuur over “controle versus vertrouwen” en de noodzakelijke balans daartussen. Maar misschien wordt dit het beste geïllustreerd door het naast de luchtvaartautoriteiten te leggen die het zwaartepunt van deze balans in de tijd duidelijk meer richting “controle” hebben gelegd.

²⁰ IGZ, “*Accreditatie van het veiligheidsmanagementsysteem in ziekenhuizen is haalbaar, van integraal risicomanagement is nog geen sprake*”, IGZ, Utrecht 2013.

²¹ Haerkens, Marck H.T.M. et al. “*Organiseer kwaliteitszorg als in de luchtvaart voor betere patiëntveiligheid in ziekenhuizen*”, Ned Tijdschr Geneesk, 2009; 153:A563.

²² De “zwarte doos” in een vliegtuig bestaat uit twee “dozen”: een Cockpit Voice Recorder (CVR) die de gesprekken in de cockpit opneemt en een Flight Data Recorder (FDR) die alle vliegtuigtechnische informatie (hoogte, snelheid, stuurfuncties, motorfuncties etc.) opneemt. Na een incident kan de hele procedure teruggespoeld en in detail geanalyseerd worden.

²³ Eenvandaag, 3 sep 2013. Zie http://www.eenvandaag.nl/index.php/gezondheid/47021/ziekenhuis_leert_van_piloot. Hier wordt de training belicht die Marck Haerkens (Wings of Care) geeft aan de operatieteams van het UMC Radboud.

²⁴ De “*Hospital Standardized Mortality Ratio*” (HSMR) is de verhouding tussen het werkelijke en het te verwachten aantal sterfgevallen in een ziekenhuis en is een PI in de basisset kwaliteitsindicatoren van de IGZ.

hoort adequaat te reageren als een indicator een bepaalde waarde overschrijdt of een ongewenste trend vertoont. Het genoemde Ruwaard-debacle had dan al na één jaar kunnen worden gesignaleerd. Echter, de IGZ (of in dit geval de NZa) moet dan wel kunnen afdwingen dat de ziekenhuizen de data betrouwbaar en tijdig leveren. Ze maken het zichzelf daarbij heel moeilijk: HSMR-cijfers moeten 15 maanden(!) na afloop van het jaar worden ingeleverd,²⁶ en zelfs dan doet een substantieel deel van de zorginstellingen dit niet. Hoe kan er dan op gestuurd worden? Of, vanaf 2011 zijn artsen verplicht voor bepaalde medicijnen de indicatie te vermelden op het recept aan de apotheker²⁷: slechts 13% van de artsen houdt zich hieraan. Op een Kamervraag (naar aanleiding van overlijdensgevallen) waarom de IGZ dit tolereert antwoordt de minister Schippers “er moet aandacht aan worden besteed, maar cultuur veranderen bij artsen is nu eenmaal lastig”, en legt de bal bij de LVH.²⁸ Maar er gaan mensen dood! De IGZ zou zaken af moeten dwingen: nogmaals, haar taken en bevoegdheden moeten naadloos aansluiten. Dat de huidige IG - mevrouw van Diemen – door anoniemen gemelde (vermeende) misstanden in het UMCU (voetnoot 3) niet serieus neemt, een struisvogelreactie van de RvB voetstoots aanneemt en daarbij de “zaak afdoet” is onacceptabel. De IGZ zou hier als een terriër op moeten zitten: beter 10x voor niets dan 1 keer te weinig. Dat de media dit daarna op de IGZ-agenda moeten zetten is niet erg, maar deze zal het dan wel moeten oppakken. De Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) onderschrijft dit op haar site “... is de NVPC van mening dat IGZ sneller en harder moet ingrijpen daar waar niet aan de eisen voldaan wordt.”²⁹ De rol van de IGZ moet verschuiven van “inspectie” naar “autoriteit”. Het is geen pleidooi voor een militaristische aanpak maar een verschuiving in de balans tussen drang en dwang.

Ook haar eigen onderzoeksmethodiek naar aanleiding van signalen die de inspectie opvangt roept vraagtekens op. Eerder is al betoogd dat de RvB van een zorginstelling niet altijd in staat is de veiligheid te waarborgen en vaak niet voldoende op de hoogte is van wat er op de werkvloer gebeurt. Toch voert de IGZ onderzoek uit met als onderzoeksmethode “De inspectie heeft gesproken met de raad van bestuur, de raad van toezicht en het bestuur medische staf...”³⁰. Dit lijkt te gemakkelijk; toen in medio 2015 de eerder genoemde anonieme UMCU-klokkenluiders bij de IGZ melding maakten had die dit moeten aanhoren en mensen op de desbetreffende afdeling moeten zetten. Zeker omdat het vraagtekens zet bij de effectiviteit van de “Jaargespreekken” en het “Individueel Functioneren Medisch Specialisten” (IFMS) waar de IGZ hoog over opgeeft³¹.

De ILT stelt voor de luchtvaart risicoprofielen op, onderverdeeld in kwaliteitsrisico's (de mate waarin een bedrijf voldoet aan de gestelde eisen) en organisatierisico's (cultuur, organisatie en stabiliteit van een bedrijf). Op deze manier worden niet alleen harde vergunningseisen getoetst maar ook de zachte kant van organisaties. Durven de professionals elkaar kritisch te bezien en elkaar zo nodig aan te spreken: de 2^e naar de 1^e piloot, of de coassistent of de verpleger naar de specialist? Recente voorvallen in het Schepertziekenhuis in Emmen³² hadden kunnen worden voorkomen als collega's de arts sterker op omissies hadden gewezen. Deze aspecten zouden ook in de medische wereld continu moeten worden gestimuleerd, getraind en getoetst. Lokaal gebeurt dit al: er worden meerdere cursussen gegeven om *good practices* uit de luchtvaart te projecteren op ziekenhuizen^{33 34}. De IGZ zou hiernaar moeten kijken, mogelijke behoeften bepalen en zonodig centraal verplicht stellen.

3. Onderzoeksraad Voor Veiligheid

Net als in de luchtvaart kunnen ook in de zorg majeure incidenten in Nederland op discontinue basis getoetst worden door de “Onderzoeksraad Voor Veiligheid” (OVV). Deze raad onderzoekt zowel luchtvaartongevallen

²⁵ Onderzoeksraad Voor Veiligheid, “Kwetsbare zorg: patstelling in het Ruwaard van Putten-ziekenhuis”, Den Haag, december 2013

²⁶ NZa, Nadere Regel NR/CU-224 para 4.1. “Zorgaanbieders zijn verplicht om jaarlijks, uiterlijk op 1 maart van jaar t, de HSMR en SMR's ... over jaar t-2 te publiceren op hun website”. Opmerkelijk, met name omdat voor de rest van de Pl'n uit de basisset Pl'n de IGZ een inlevertermijn van 5 maanden geldt (zie inleiding bij de basisset Pl'n van de IGZ).

²⁷ Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 december 2011.

²⁸ Kamervraagnummer 2014Z05431 Tweede Kamer d.d. 25 maart 2014; vraag van mevrouw Pia Dijkstra (D66) en Lea Bouwmeester (PvdA) aan minVWS Schippers naar aanleiding van een overlijdensgeval zoals gemeld in de media “Patiënt is de dupe van slechte communicatie tussen artsen en apothekers”.

²⁹ NVPC, “NVPC blij met conclusies IGZ-onderzoek naar kwaliteit van privéklinieken”, Den Haag, 14 november 2013.

³⁰ IGZ, Rapport Diakonessenhuis, Utrecht, 13 november 2014, para 1.4.

³¹ IGZ, “Het resultaat telt ziekenhuizen”, 2014. <http://www.sin-nl.org/wp-content/uploads/2016/01/Het-resultaat-telt-ziekenhuizen-2014.pdf>.

³² Onderzoeksraad voor veiligheid, “Vernieuwing op drift. Onderzoek over calamiteiten bij maagverkleiningsoperaties in het Schepertziekenhuis Emmen”, Den Haag, oktober 2011.

³³ <http://www.nlr-atsi.nl/patientveiligheid/index.html>. Cursussen door het Nationaal Lucht- en Ruimtevaart Laboratorium (NLR).

³⁴ <http://www.wingsofcare.nl/nl/>. Wings of Care is een organisatie voor advies en training in o.a. Crew Resource Management (CRM).

als zorgincidenten in Nederland en beschouwt hierbij alle aspecten rondom de onderzoeksvraag: processen, cultuur, voorschriften, apparatuur, opleidingen etc. en doet aanbevelingen, vaak (meestal) verder strekkend dan het desbetreffende ziekenhuis. Niet gericht op de schuldvraag, maar om te leren³⁵. In de luchtvaart zorgt de ILT er daarna voor dat de aanbevelingen zonnodig worden geoperationaliseerd, het “adapt-moment”. Maar gebeurt dit ook in de zorg?

Enkele voorbeelden: in april 2008 heeft de OVV na een onderzoek in het UMC St Radboud³⁶ de minister geadviseerd “een adequate klokkenluidersregeling in te stellen”: deze is er na 5 jaar nog steeds niet.^{37 38} Dit blijkt ook uit het feit dat de misstanden in het UMCU die door de VARA werden onderzocht in Zembla (voetnoot 3) geïnitieerd zijn door anoniemen; nog steeds durven klokkenluiders zich niet bloot te geven. De huidige regeling is dus zeker niet adequaat. Uit hetzelfde onderzoek (2008): “De Raad beveelt de Orde van Medisch Specialisten en de KNMG aan er voor te zorgen dat medisch specialisten beter worden toegerust voor het continu verbeteren van de veiligheid voor de patiënt”. Ongeveer dezelfde aanbeveling wordt 4 jaar later gedaan in het “Ruwaard-rapport”³⁹ en is dus niet (afdoende) opgevolgd. In hetzelfde rapport adviseert de raad om de “wet BIG” en de “Kwaliteitswet Zorginstellingen” nader te onderzoeken; de “tweede evaluatie wet BIG” is gerealiseerd in december 2013, pas 5½ jaar later, de Kwaliteitswet zelfs 8 jaar later. De onderzoeksraad is zeer professioneel bemenst en hun adviezen snijden hout; deze negeren is onverstandig. De zorgsector zou de raad, net als de luchtvaartsector, serieus moeten nemen. Sterker, de OVV neemt in principe alleen zelf initiatief voor een onderzoek; aanvullend hierop zou ook de IGZ onderzoeken moeten kunnen aanvragen. Dit kan altijd via de minister, de wet biedt ministers het recht onderzoeken aan te vragen.⁴⁰ Uiteindelijk, zoals eerder betoogd is de IGZ geen onderzoekinstelling. Mogelijk zou zij zich moeten richten op inspecties en haar functie als autoriteit, en de betekenisvolle onderzoeken moeten uitbesteden aan de hiervoor in het leven geroepen OVV. Mede omdat de OVV voor de luchtvaart (in tegenstelling tot de zorgsector) een wettelijke onderzoeksplicht heeft onderzoekt zij circa 40 luchtvaartongevallen en –incidenten per jaar, tegen (veel) minder dan 1 per jaar in de zorgsector.⁴¹ Allemaal gemiste kansen (zie bijvoorbeeld de incidenten die genoemd zijn in de probleemschets). De OVV zou een veel prominentere rol kunnen vervullen in het beheersmechanisme in de zorg.

Europese zorgautoriteit

Ten slotte, met 16 miljoen potentiële patiënten leert de zorg in Nederland in bepaalde mate. Een hiërarchisch autoriteitenstelsel onder een Europese zorgautoriteit – net als in de luchtvaart - zou dit aantal verhogen naar 500 miljoen: een openstaande kans. Niet alleen om gevallen als Jansen Steur - die zijn praktijken ongemerkt naar Duitsland kon verleggen - te voorkomen of een “zwarte lijst” op te stellen, maar om samenhang te krijgen, ervaringen te delen en zo het leervermogen van de zorgwereld te maximaliseren.

Epiloog

Twee noten zou ik uiteindelijk willen toevoegen. Ten eerste heb ik geen economische aspecten meegenomen: welke perverse invloeden heeft de marktwerking met zich meegenomen, welke krachten kunnen de NZA en de zorgverzekeraars uitoefenen, en nergens heb ik de vakkundigheid en integriteit van individuele professionals ter discussie willen stellen. Ten tweede, ik besef dat de extreem complexe werelden van de zorg en die van de luchtvaart fundamenteel verschillen en dat een vergelijk al snel mank gaat. Als er in deze beschouwing dan ook harde prestatievergelijkingen worden gedaan is dit ter illustratie; natuurlijk is het aantal slachtoffers bij luchtvaartongevallen niet zomaar vergelijkbaar met vermijdbare sterfgevallen in ziekenhuizen. Dit neemt echter niet weg dat er naast die verschillen heel veel overeenkomsten zijn. Die overeenkomsten – de complexiteit, de behoefte aan een sluitende PDCA-cyclus op macroniveau - zijn hier belicht en uitgediept. Misschien zal het ooit veiliger zijn om geopereerd te worden dan in een vliegtuig te stappen.

³⁵ De “Aanwijzing afstemmingsprotocol onderzoeksraad voor de veiligheid - openbaar ministerie” verwerpt in artikel 1.4 expliciet het gelijktijdig zoeken naar de schuldvraag en de ware toedracht.

³⁶ Onderzoeksraad Voor Veiligheid, “Een onvolledig bestuurlijk proces: hartchirurgie in het UMC St Radboud”, Den Haag, april 2008.

³⁷ Situatieschets in de zorg door SP-Kamerlid Renske Leijten oktober 2013:

http://www.sp.nl/renskeleijten/nieuwsberichten/15317/131029-sp_bescherm_klokkenluiders_in_zorg.html.

³⁸ Kamerstuk 33 258 nr. 17 d.d. 4 december 2014. Op 1 oktober 2012 is het overheidsbrede “Adviespunt Klokkenluiders” geopend. Hier was veel (fundamentele) kritiek op wat heeft geresulteerd in een initiatiefwetsvoorstel “Wet Huis voor Klokkenluiders”. Op 4 juli 2016 is het daaruit voortvloeiende “Huis voor Klokkenluiders” geopend. Klokkenluiders is dus - zowel binnen de zorg als overheidsbreed - niet adequaat geregeld. Of het Huis voor Klokkenluiders wel voldoende vertrouwen biedt zal moeten blijken.

³⁹ Onderzoeksraad Voor Veiligheid, “Kwetsbare zorg: patstelling in het Ruwaard van Putten-ziekenhuis”, Den Haag, december 2013.

⁴⁰ “Rijkswet Onderzoeksraad voor Veiligheid”, december 2004, artikel 43.

⁴¹ Alle OVV-onderzoeken zijn te vinden op <https://www.onderzoeksraad.nl/nl/onderzoeken>

Conclusie

Er gebeuren in de zorg dingen die onacceptabel en vermijdbaar zijn en de vraag lijkt gerechtvaardigd of de sector wel in control is. Na een incident wordt momenteel teveel gefocust op de schuldvraag en bijbehorend straffen van betrokkenen terwijl dat zou moeten zijn *“wat is er gebeurd, hoe heeft het zover kunnen komen en welke lessen kunnen er voor de hele sector uit worden getrokken?”*. In het voorgaande is een aantal kritiekpunten in de werking van de tuchtcolleges, de kwaliteitszorgsystemen, de houding van de IGZ en de samenhang met de Onderzoeksraad voor Veiligheid benoemd met mogelijke oplossingsrichtingen.

1. Er moet, kijkende naar de wereld van de luchtvaart, actief gestreefd worden naar een meer sluitende PDCA-cirkel om een adequaat lerende zorgwereld te bereiken.
2. De focus moet liggen op de beheersing van processen. IGZ moet behoeftes en initiatieven signaleren, beoordelen en zonodig centraal opleggen en afdwingen.
3. De tuchtcolleges in de zorg dragen om fundamentele redenen niet of slechts marginaal bij aan de veiligheid en beheersbaarheid binnen de zorg.
4. Bij de IGZ zou de balans tussen “controle en vertrouwen” en “dwang en drang” significant moeten verschuiven richting dwang en controle. Wet- en regelgeving moet hard worden afgedwongen.
5. Er moet bij de IGZ besef komen dat de RvB van zorginstellingen vaak niet voldoende op de hoogte is van wat er “op de vloer” gebeurt.
6. Een meer samenhangend stelsel van certificering en vergunningen (analoog aan de luchtvaartwereld) zou zorgen voor uniformiteit en houvast voor audits: dit zou de IGZ meer “tanden” kunnen geven.
7. Adviezen van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV) moeten (meer) serieus worden genomen.
8. Er zouden veel meer onderzoeken moeten worden uitgevoerd door de OVV: de minister kan hierom verzoeken. Vijf onderzoeken in 7 jaar tijd is te weinig (de OVV voert in dezelfde tijdspanne honderden luchtvaartonderzoeken uit). De OVV wordt dan een prominent deel van het leerproces binnen de zorg.
9. Deze lerende omgeving houdt niet op bij onze landsgrenzen: naast een nationale autoriteit (IGZ) zou een Europese autoriteit veel kunnen bijdragen.
10. Ten slotte: als er één les is die geleerd kan worden van het recente UMC Utrecht-voorbeeld (Zembla 2016) is het dat er onvoldoende vertrouwen is de huidige klokkenluiderregeling. Dit moet verbeteren: klokkenluiders zijn belangrijk.

Dit gaat dit niet zomaar, dit zijn behoorlijke veranderingen en overal zullen politieke, bestuurlijke en juridische voetangels de kop op steken⁴², maar het moet discussies waard zijn; discussies die deels al zijn opgeworpen in de *“Thematische wetsevaluatie Bestuursrechtelijk toezicht op de kwaliteit van zorg”* (ZonMW) van november 2013 maar waarmee niets, in ieder geval niet publiekelijk zichtbaar, gebeurt. De zorg moet “in control” zijn. Argumenten zoals *“we doen het heel goed in vergelijking met andere Europese landen”* snijden te weinig hout. We moeten ons eigen stelsel kritisch blijven bezien en verbeteren, op de lange duur hebben we hier allen voordeel bij.

⁴² Hubben, J.H. prof. mr. *“De IGZ: van stille kracht naar publieke waakhond”* in *“Tijdschrift voor de Gezondheidszorg”* 2012/36, en andere publicaties van zijn hand.