

2 Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor disfunctionerende specialisten: professionele autonomie aan banden?

*Pieter Bergkamp
Interview: Guy Peeters*

2.1 Inleiding

Disfunctioneren van medisch specialisten is van alle tijden. In 2009 is er veel publiciteit geweest over twee artsen die structureel en langdurig disfunctioneerden, de neuroloog Jansen (Steur) die werkzaam was in het Medisch Spectrum Twente en de bariatrische chirurg die in het Scheepersziekenhuis in Emmen werkte. Deze incidenten hebben de veiligheid van de ziekenhuiszorg weer hoog op de publieke agenda gezet. Minister Klink en staatssecretaris Bussemaker vinden dat de verhouding tussen de raad van bestuur (RvB) en de medisch specialisten dringend ingrijpend moet worden herzien, zodat de RvB disfunctioneren in de toekomst krachtdadig kan aanpakken. De RvB moet opdrachten kunnen geven aan iedere zorgprofessional die binnen zijn muren werkzaam is over de wijze waarop en de condities waaronder de zorg wordt verleend, en de wijze waarop daarover verantwoording wordt afgelegd. De Orde van medisch specialisten (OMS) heeft zeer ernstige bedenkingen tegen de voorstellen van Klink en Bussemaker, omdat de professionele autonomie daarmee wordt aangetast. De Nederlandse vereniging van ziekenhuizen (NVZ) is positiever over dit onderdeel van de beleidsvoornemens van de bewindspersonen van VWS. Over dit onderwerp heeft ook de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in 2009 een advies het licht doen zien. In deze bijdrage bespreek ik of dit voorstel de panacee is voor de kwaal die Klink en Bussemaker willen genezen. Allereerst ga ik in op wat er precies onder professionele autonomie moet worden verstaan.

2.2 Een definitie van professionele autonomie

Klinische, politieke en economische autonomie

In de sociologie is het gebruikelijk om drie aspecten van het begrip ‘professionele autonomie’ te onderscheiden: de klinische of technische autonomie, de politieke autonomie en de economische autonomie. De klinische of technische autonomie is het belangrijkste. Het is van groot belang dat het medisch beroep op technisch en wetenschappelijk vlak autonoom is en blijft. Vrijheid van diagnose en therapie is essentieel. Klinische autonomie impliceert dat de beroepsgroep zelf de toegang tot de beroepsuitoefening regelt en vaststelt welke kennis en vaardigheden daarvoor vereist zijn. Ook dient de beroepsgroep erop toe te zien dat de beroepsuitoefening professioneel en verantwoord gebeurt. Politieke autonomie wil zeggen dat artsen het recht hebben om beleidsbeslissingen te nemen als erkende deskundigen. Economische autonomie houdt het recht van artsen in om hun eigen honorarium te bepalen. De economische autonomie is voor deze bijdrage niet van belang en blijft hier onbesproken.

Collectieve en individuele autonomie

Er wordt ook onderscheid gemaakt tussen de collectieve autonomie – dat is de autonomie van het beroep als geheel – en de autonomie van de individuele beroepsbeoefenaar. De autonomie van de collectiviteit is het belangrijkste. Zolang de beroepsgroep zelf de normen voor wetenschappelijk onderzoek, gedragscodes, standaarden en protocollen kan bepalen, blijft de klinische autonomie intact. Of, met andere woorden, zolang het medisch handelen wordt getoetst aan de regels die door de beroepsbeoefenaren zelf en niet door buitenstaanders worden opgesteld, is er sprake van klinische autonomie. Artsen benadrukken vooral de individuele autonomie van de beroepsbeoefenaar. Al tijdens de opleiding ligt de nadruk op het belang van de klinische ervaring en de persoonlijke verantwoordelijkheid van de individuele arts. Artsen moeten over de discretionaire bevoegdheid kunnen beschikken om hun werk goed te doen. Collectieve regels en normen van de beroepsgroep, zoals standaarden en protocollen, moeten artsen in individuele gevallen aanpassen en soms zelfs geheel negeren om de patiënt de optimale behandeling te geven. Dat maakt zelfregulering door de beroepsgroep – een essentieel onderdeel van de collectieve klinische autonomie – moeilijk. De professionele

autonomie is nooit absoluut, maar wordt door de samenleving, in het bijzonder door de overheid, toegekend.¹

Juridische eindverantwoordelijkheid

Juristen leggen de nadruk op de juridische eindverantwoordelijkheid van de individuele arts. De arts moet handelen volgens algemeen aanvaarde medische beroepsnormen. Deze normen worden bepaald door de stand van de wetenschap en door standaarden (protocollen, behandeladviezen en richtlijnen) die door de wetenschappelijke beroepsorganisaties en de medisch-wetenschappelijke verenigingen zijn opgesteld op basis van deugdelijk wetenschappelijk onderzoek. De medische ethiek, de eigen ervaring en het eigen klinische inzicht zijn bepalend voor het professionele handelen van de arts. Uiteindelijk is de arts zelf verantwoordelijk voor de geneeskundige behandeling. Het enkele feit dat hij een bestaand protocol volgt, doet aan die eigen verantwoordelijkheid niets af. De arts beslist namelijk te allen tijde zelf of hij een bestaand protocol in een individueel geval al dan niet volgt en hij (en niemand anders dan hijzelf) heeft daarvoor de eindverantwoordelijkheid. Eerbiediging van algemeen aanvaarde medische beroepsnormen kan daarom alleen plaatsvinden door een actieve en kritische beroepsuitoefening. Professionele autonomie impliceert niet dat de arts volledige vrijheid heeft; de arts moet uiteraard aan alle wettelijke normen voldoen. Die professionele autonomie betekent echter wel dat de arts zich tegenover derden kan beroepen op de medische noodzaak van zijn behandeling. Beroepsinhoudelijk is de arts alleen onderworpen aan de wettelijke normen en de normen van de medische wetenschap en de medische ethiek.

Medisch-professionele autonomie ontslaat de arts echter niet van de verplichting om verantwoording af te leggen. De arts moet handelen in overeenstemming met wat binnen de medische wetenschap aanvaardbaar mag worden geacht. Tuchtrechtelijke toetsing van het medisch handelen van de arts is altijd mogelijk. In het kader van een tuchtrechtelijke beoordeling van het handelen van de arts zijn de standaarden die zijn opgesteld door de medisch-wetenschappelijke verenigingen van groot belang. De arts heeft steeds de plicht om na te gaan hoe hij in het geval van een individuele patiënt moet handelen vanuit het besef

¹ Voor uitgebreide beschouwingen over de professionele autonomie zie: E.H. Hulst en I. Tiems (redactie) 'Het domein van de arts', Beschouwingen over het professionele domein van de arts, professionele autonomie en verantwoordelijkheid, Maarssen 1999.

dat de medische wetenschap weliswaar inzichten heeft verworven in de meest optimale behandelmethode, maar dat elke patiënt uniek is en dat dat ook geldt voor de geneeskundige behandeling van iedere patiënt. Het komt er uiteindelijk op neer dat het handelen van de arts juridisch alleen min of meer marginaal kan worden getoetst: niet het enkele feit dat een richtlijn of een gebruikelijke handelwijze niet is nageleefd kan een reden zijn voor een tuchtrechtelijke sanctie, maar het ontbreken van een voldoende medische rechtvaardigingsgrond voor afwijking daarvan. Medisch-professionele autonomie houdt niet in dat de arts uitsluitend verantwoording schuldig is aan de medische wetenschap. De rechten van de patiënt moeten altijd worden gerespecteerd en de patiënt kan de arts steeds verzoeken om zijn medisch handelen toe te lichten en eventueel stop te zetten. Medisch-professionele autonomie impliceert evenmin dat de patiënt zijn arts niet ter verantwoording kan roepen, ook niet als de arts in medisch-technisch opzicht geen verwijt kan worden gemaakt. De verplichting van de arts om de patiëntenrechten te allen tijde te respecteren, begrenst de professionele autonomie.

2.3 De verantwoordelijkheid van de RvB voor de kwaliteit van de zorg

Kwaliteitswet Zorginstellingen

Het uitgangspunt van de Kwaliteitswet Zorginstellingen is dat de instelling zelf verantwoordelijk is voor het leveren van ‘verantwoorde zorg’. De wet is beknopt en bevat slechts algemene normen. Op grond van artikel 2 van de wet is de zorgaanbieder verplicht om verantwoorde zorg aan te bieden, waaronder wordt verstaan: ‘zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt’. In artikel 3 van de wet is bepaald dat de zorgaanbieder de zorgverlening zodanig organiseert, de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personeel en materieel voorziet en zorgdraagt voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg. Hierbij betreft hij de resultaten van overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties. De laatste jaren wordt algemeen aangenomen dat de RvB binnen de organisatie van de zorgaanbieder op grond van de Kwaliteitswet belast is met de eindverantwoordelijkheid voor de integrale kwaliteit van de zorg. Dat

betekent dat de RvB maatregelen moet nemen en afspraken moet maken die nodig zijn om die verantwoordelijkheid waar te kunnen maken. De RvB zal bijvoorbeeld afspraken moeten maken over en regelingen moeten treffen voor een integraal kwaliteitssysteem, het afleggen van verantwoording door de medisch specialisten over de kwaliteit van de door hen verleende zorg en het verstrekken van informatie over de conclusies en aanbevelingen van kwaliteits- en opleidingsvisitaties. Ook zal de RvB een systeem moeten invoeren op grond waarvan het bestuur adequate informatie krijgt over interne ontwikkelingen rond kwaliteit en veiligheid (waaronder een early-warningprocedure) en zal er een procedure moeten zijn op grond waarvan (een vermoeden van) disfunctioneren tijdig bij de RvB terechtkomt.

Onduidelijkheid over eindverantwoordelijkheid

Nu dringt zich de vraag op of het wel juist is dat de RvB eindverantwoordelijk is voor de kwaliteit van de zorg. De Kwaliteitswet Zorginstellingen die in 1996 is ingevoerd, heeft het alleen over verplichtingen van de zorgaanbieder. De nadruk van de wet ligt op de organisatie van de zorgverlening en het ontwikkelen van het kwaliteitssysteem. De wet richt zich tot de instelling die zorg verleent en niet tot de individuele professionals. De wet zegt nergens wie er binnen de organisatie van de zorgaanbieder precies verantwoordelijk is voor de kwaliteit van zorg. Ziekenhuizen zijn in het algemeen complexe organisaties met soms duizenden werknemers en honderden medisch-specialisten. Het ligt dan toch bepaald voor de hand om nauwkeurig te regelen wie binnen dergelijke organisaties waarvoor verantwoordelijk is. De Kwaliteitswet heeft het echter alleen over 'de zorgaanbieder', en de RvB komt in de wet helemaal niet voor. Het draait nu echter juist om de vraag wie in ziekenhuizen als 'de zorgaanbieder' moet worden aangemerkt. De toenmalige Integratiewet² die op 1 februari 2000 van kracht is geworden is meer specifiek over de concrete verdeling van de verantwoordelijkheden tussen de RvB en de medisch specialist. Op grond van de Integratiewet is de medisch specialist verant-

² De Wet van 24 december 1998 tot wijziging van de Ziekenfondswet en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen in verband met het invoeren van de aanspraak op medisch specialistische zorg, verleend door of vanwege een ziekenhuis, Stb. 1999, 16, in werking getreden op 1 februari 2000 en vervallen op 1 januari 2006, Stb. 2005, 649. Deze Integratiewet is ingetrokken bij de Wet van 6 oktober 2005, houdende invoering van de Zorgverzekeringswet en aanpassing van overige wetten aan die wet (Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet), Stb. 2005, 525.

woordelijk voor de geneeskundige behandeling en verzorging van zijn patiënten en is hij voorts verplicht om het organisatorische en financiële kader in acht te nemen dat door de RvB is vastgesteld. Op zijn beurt moet de RvB het zorginhoudelijke kader van de medisch specialisten in acht nemen.³ De Integratiewet lijkt dus in te houden dat de verantwoordelijkheid van de RvB slechts ziet op de organisatie van de kwaliteit van de zorg. Weliswaar is de Integratiewet vervallen op 1 januari 2006 toen de nieuwe Zorgverzekeringswet in werking is getreden, maar de Integratiewet verschaft wel enige duidelijkheid over de bedoelingen van de toenmalige wetgever met de verdeling van verantwoordelijkheden voor de kwaliteit van zorg tussen de RvB en de medisch specialisten.

‘Eindverantwoordelijkheid’ betekent taalkundig: verantwoordelijkheid voor het geheel. Als we een dergelijke eindverantwoordelijkheid van de RvB al zouden aannemen, dan moet nauwkeurig worden gedefinieerd wat die eindverantwoordelijkheid concreet inhoudt en vooral waar die eindverantwoordelijkheid ophoudt. Uit de evaluatie van de Kwaliteitswet Zorginstellingen die in 2001 heeft plaatsgevonden, is al gebleken dat er te vrijblijvend werd omgegaan met de bepalingen van de wet. Dat kan naar mijn mening echter in de eerste plaats worden verklaard door de onduidelijkheid van de wet zelf. Dat in de praktijk niet voldoende duidelijk is wie er binnen zorginstellingen verantwoordelijk is voor welke aspecten van de kwaliteit van zorg mag de wetgever ook – en misschien wel in de eerste plaats – zichzelf aanrekenen nu de Kwaliteitswet hierover niets regelt en meer vragen oproept dan er worden beantwoord.

2.4 Het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Ondeugdelijke interne governance

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg heeft begin 2009 een advies uitgebracht aan de Minister van VWS met de titel ‘Governance en kwaliteit van zorg’. In dit advies oordeelt de raad dat de juridische relatie tussen de RvB en de medisch specialist in disbalans is. Op het eerste gezicht lijkt de RvB weliswaar over voldoende instrumenten te beschikken om zijn verantwoorde-

³ Zie de nota van wijziging, TK 1996-1997 25258, nr. 8, artikel III.

lijkheid voor de integrale kwaliteit van zorg waar te maken, maar niets is volgens de Raad minder waar:

- de medisch specialist legt geen verantwoording af aan de RvB over de kwaliteit van de geleverde zorg. Dit is althans onvoldoende geregeld omdat het Document Medische Staf (DMS), de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten (AMS) en de Model Toelatingsovereenkomst (MTO) nagenoeg geen bepalingen bevatten die voorzien in het afleggen van verantwoording door medisch specialisten;
- borging van de professionele kwaliteit door middel van het visitatiesysteem van de wetenschappelijke verenigingen vindt alleen op vrijwillige basis plaats (met uitzondering van opleidingsvisitatie) en de uitkomsten zijn besloten;
- de medisch specialist is uitsluitend verantwoordelijk voor het eigen functioneren en draagt onvoldoende verantwoordelijkheid voor ‘het geheel’ (de zorgketen);
- de RvB is in feite ‘vleugellam’ als gevolg van de collectieve macht van de medische staf.

De kern van de problematiek is volgens de Raad dat het interne kwaliteitsstelsel niet sluitend is, omdat terugkoppeling en verantwoording niet zijn verzekerd en intercollegiale toetsing vrijblijvend en besloten is. Als gevolg daarvan is de RvB niet verzekerd van inzicht in de geleverde kwaliteit en kan hij dat inzicht ook moeilijk afdwingen. Als de RvB dat inzicht niet heeft, heeft ook de raad van toezicht dat niet en is de interne governance ondeugdelijk.

Mogelijke oplossingen

De Raad ziet verschillende mogelijkheden om de disbalans die hij signaleert op te heffen. In verschillende ziekenhuizen wordt al gewerkt met ‘Resultaat Verantwoordelijke Eenheden’ waarvan de essentie is dat de eenheid (de vakgroep of een afdeling) verantwoordelijk is voor het resultaat. Ook kan worden overwogen om in de verschillende overeenkomsten een expliciete verplichting voor de medisch specialist op te nemen tot continue kwaliteitsverbetering en het afleggen van verantwoording aan de RvB. Meer concreet betekent dit: verplichte deelname aan visitaties en interne audits, verplicht verstrekken van inzicht in en afschriften van de visitatierapporten aan de RvB of (bijvoorbeeld) verplichte deelname aan landelijke registraties en verplichte

rapportage over naleving van richtlijnen. Omdat het verzet tegen een dergelijke maatregel vanuit de hoek van de medisch specialisten volgens de Raad fors kan zijn, vooral omdat de informatie die zij op deze manier verstrekken ook kan worden gebruikt om het individuele functioneren te beoordelen, zou dit in de MTO en het DMS moeten worden geregeld. Deze oplossingen hebben echter niet de voorkeur van de Raad.

Publiekrechtelijke beroepsorganisatie

Het advies van de Raad voor de Volksgezondheid is om de orde van medisch specialisten om te vormen tot een publiekrechtelijke beroepsorganisatie met verordenende bevoegdheid, vergelijkbaar met de Orde van Advocaten en de Koninklijke Notariële Beroepsorganisatie. Het belangrijkste voordeel van die constructie is dat daarmee ‘de angel’ uit de relatie bestuur–medische staf/medisch specialist wordt gehaald. Als de OMS wordt omgevormd tot een publiekrechtelijke organisatie kan de OMS richtlijnen dwingend voorschrijven, bijvoorbeeld verplichte deelname aan visitaties en verantwoording aan de RvB. Op niet-naleving kunnen sancties worden gesteld en de OMS zou zelf handhavingsbevoegdheid kunnen krijgen. Bijkomende voordelen zijn dat verantwoordelijkheid voor kwaliteitsbevordering bij de beroepsgroep zelf geheel in lijn is met de professionele autonomie, dat de Minister zijn ministeriële verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg beter waar kan maken en dat er een verbinding wordt gelegd tussen de besluiten van de beroepsgroep en het overheidsbeleid.

2.5 Beleidsvoornemens van de bewindspersonen van VWS

Op 9 juli 2009 hebben de Minister en de Staatssecretaris van VWS hun Governancebrief met de titel ‘Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning’ aan de Tweede Kamer verstuurd.⁴ De bewindslieden schrijven in deze brief dat zij de positie van de RvB willen versterken door de relatie met de medisch professional aan te passen. Vanuit zijn eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de geleverde zorg moet het bestuur de medische professional aan kunnen spreken op de kwaliteit en de veiligheid van de zorg. Het maakt

⁴ De brief van 9 juli 2009 van de Minister en de Staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer, TK 2008-2009, 32012, nr. 1.

daarbij niet uit of de medisch professional werkzaam is in dienstverband of op basis van een toelatingsovereenkomst. Om die verantwoordelijkheid waar te maken, komen alle verplichtingen op grond van de Wet Cliëntenrechten Zorg (Wcz) op de zorgaanbieder te rusten en daarmee op het bestuur en niet op de zorgprofessional die de zorg daadwerkelijk verleent. In het verlengde daarvan is de medisch professional verantwoording schuldig aan het bestuur over de door hem geleverde zorg. De zorgaanbieder zal worden verplicht om de bedrijfsvoering zodanig in te richten dat hij in staat is die verantwoordelijkheid waar te maken. De bewindslieden schrijven in hun brief letterlijk op pagina 12: ‘Zo moet het bestuur een opdracht kunnen geven aan iedere zorgprofessional die binnen zijn muren werkzaam is inzake de wijze waarop en de condities waaronder de zorg wordt verleend of hoe hierover verantwoording wordt afgelegd.’ Een zorgprofessional die in loondienst is, is op grond van zijn arbeidsovereenkomst al verplicht om verantwoording over zijn handelen af te leggen aan de zorgaanbieder voor wie hij werkzaam is. De toelatingsovereenkomst moet echter wel worden aangepast en in overeenstemming worden gebracht met de normen in de Wcz. Daarvoor zal een overgangstermijn worden bepaald. Na het verstrijken van die overgangstermijn is dan bestuursrechtelijk toezicht en handhaving mogelijk en zullen – aldus de Minister en de Staatssecretaris in hun brief – toelatingsovereenkomsten die niet in overeenstemming zijn gebracht met de normen in de Wcz nietig zijn. Dat betekent uitdrukkelijk niet dat de zorgprofessional geen eigen verantwoordelijkheid heeft. Het bestuur moet toetsbaar geregeld hebben dat professionals vanzelfsprekend deelnemen aan en zich voegen binnen het professionele kwaliteitssysteem. In ziekenhuizen is dat het professionele kwaliteitssysteem van de maatschap/vakgroep, de medische staf en de wetenschappelijke vereniging. De professionals moeten hierover verantwoording afleggen aan het bestuur en dat vereist formeel vastgelegde afspraken tussen het bestuur en individuele professionals, of ze nu in loondienst zijn of op basis van een toelatingsovereenkomst werken. In de ziekenhuizen dienen volgens de bewindslieden ook de relaties tussen het bestuur en de maatschap/vakgroep en tussen het bestuur en de medische staf geformaliseerd te worden om daarmee het bestuur vanuit zijn eindverantwoordelijkheid zeggenschap te geven over de rol en de verantwoordelijkheid van maatschap/vakgroep en medische staf inzake de waarborging en de verbetering van de kwaliteit en de veiligheid van de zorg.

2.6 Reacties van NVZ en OMS op de voorstellen van Klink en Bussemaker

NVZ

De NVZ heeft in een brief van 17 juli 2009 aan de raden van bestuur van de aangesloten instellingen gereageerd op de Governancebrief van Klink en Bussemaker.⁵ Het algehele oordeel van de NVZ over de voorstellen in de Governancebrief is negatief. De NVZ vreest dat de plannen van het kabinet contraproductief uitwerken en niet bijdragen aan het vertrouwen in de zorgsector en het voorkomen van nieuwe incidenten. De NVZ is echter wel positief over het voornemen om de positie van de raden van bestuur ten opzichte van de medisch specialisten in de ziekenhuizen te versterken. Daarmee krijgt de RvB volgens de NVZ meer handvatten om kwaliteit en veiligheid, indien noodzakelijk, af te dwingen. Hoewel dat volgens de NVZ al in de Kwaliteitswet Zorginstellingen is geregeld, onderstreept de aanwijzingsbevoegdheid die het Ministerie wil invoeren dat de medisch specialist verantwoording verschuldigd is over de geleverde zorgkwaliteit en dat, omgekeerd, raden van bestuur ook niet onder die verantwoordelijkheid uitkomen. Ook de Brancheorganisaties Zorg scharen zich achter de versteviging van de positie van de RvB ten opzichte van de medisch specialisten. Zij vinden dat dit voorstel bijdraagt aan een betere bestuurbaarheid van instellingen en dat het de RvB mogelijk wordt gemaakt om de integrale verantwoordelijkheid te nemen voor de kwaliteit van zorg.⁶

OMS

De OMS heeft in een brief van 21 augustus 2009⁷ aan de leden van de vaste Kamercommissie van VWS gereageerd op de voorstellen van Klink en Bussemaker in hun Governancebrief. De OMS heeft zeer ernstige bedenkingen tegen het voornemen dat de RvB een opdracht kan geven aan de professionals (de medisch specialisten) over ‘de wijze waarop en de condities waaronder de zorg verleend wordt’. De OMS vindt dat er tussen de medisch specialisten en de RvB goede afspraken moeten worden gemaakt over verantwoordelijkheids-toedeling en kwaliteitsborging. De OMS is ook bezig om een en ander vast te

⁵ De brief van de NVZ van 17 juli 2009 met referentie 09000429/gg.jab.

⁶ De brief van drs. H.G. Ouwerkerk, voorzitter van de Brancheorganisaties Zorg aan de vaste Kamercommissie van VWS van 27 augustus 2009 met kenmerk 090827/JSp/MV.

⁷ De brief van W.G.J.M. van der Ham, algemeen voorzitter van de OMS aan de vaste Kamercommissie van VWS van 21 augustus 2009 met referentie 2009-067.

leggen in een Kwaliteitskader. Hierin komt ondermeer te staan dat de conclusies en de aanbevelingen van de kwaliteitsvisitaties van de maatschappijen/vakgroepen aan de RvB en aan het bestuur van de medische staf worden overhandigd en dat het functioneren van elke medisch specialist periodiek (jaarlijks) wordt geëvalueerd overeenkomstig het door de OMS ontwikkelde instrument 'Individueel Functioneren Medisch Specialist (IFMS)' dat in 2008 tot stand is gekomen. Voor het signaleren van en het omgaan met een (mogelijk) disfunctionerend medisch specialist heeft de OMS in 2008 het 'Model Reglement Mogelijk Disfunctionerend Medisch Specialist' vastgesteld. Het Kwaliteitskader maakt het volgens de OMS voor de RvB mogelijk om zijn eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de geleverde zorg waar te maken zonder op de stoel van de medisch specialist te gaan zitten. Zo nodig kan de RvB de medisch specialisten aanwijzingen geven om zich te verantwoorden en/of zich te houden aan de geldende kwaliteitsnormen.

2.7 Zijn de voorstellen van VWS dé oplossing voor het probleem?

De ernstige bedenkingen van de OMS tegen het voornemen van Klink en Bussemaker om de professionele autonomie aan te tasten, zijn naar mijn oordeel vanuit de positie van de medisch specialisten bezien op zichzelf begrijpelijk. De individuele autonomie van de arts houdt nu eenmaal in dat de arts zelf beslist hoe hij zijn patiënt behandelt. Als een RvB aan een arts een opdracht zou geven om een patiënt (of groepen patiënten) op een bepaalde manier te behandelen, dan zou een dergelijke instructie al snel in strijd komen met de individuele autonomie van de arts. De RvB ziet geen patiënten en het is alleen al om die reden niet goed voorstelbaar dat hij een instructie kan geven over de behandeling van een individuele patiënt of groepen patiënten. Een opdracht van de RvB aan een arts om zich aan een protocol of een andere standaard te houden is op zichzelf nog wel voorstelbaar. Een dergelijke instructie is echter tamelijk zinloos omdat de arts op grond van de collectieve autonomie al verplicht is om zich in het algemeen aan protocollen en andere standaarden te houden. De RvB kan een arts nooit verplichten om zich bij de behandeling van iedere individuele patiënt aan een protocol te houden. Een wezenlijk kenmerk van de individuele autonomie van de arts is immers dat zijn verplichting om de patiënt de optimale behandeling te geven juist met zich mee kan brengen dat hij in een uitzonderlijk geval protocollen of

standaarden volledig negeert en voor een behandeling kiest die afwijkt van de standaard. In de spreekkamer heeft de arts het nu eenmaal in zijn eentje voor het zeggen en beslist hij hoe hij de patiënt behandelt. Het is niet mogelijk dat een instructiebevoegdheid van de RvB gebruikt kan worden om in individuele gevallen te bepalen hoe een patiënt moet worden behandeld, omdat de RvB dan onvermijdelijk in strijd zou komen met de professionele autonomie. Daarom zal de RvB in de praktijk ook niet zoveel hebben aan de instructiebevoegdheid die de bewindslieden van VWS in willen voeren. Een dergelijke instructiebevoegdheid kan waarschijnlijk wel in stelling worden gebracht als medisch specialisten beroepsmatige grenzen overschrijden, maar in dergelijke gevallen beschikt de RvB ook nu al over voldoende mogelijkheden om adequaat op te kunnen treden. De voorstellen van VWS zijn daarom niet de oplossing voor het probleem. De RvB kan – en moet – van de arts wel verlangen dat hij op deugdelijke wijze verantwoording aflegt over de door hem verleende zorg en dat hij deelneemt aan kwaliteitssystemen die in het ziekenhuis bestaan, maar dat is iets anders. De OMS blijft in zijn reactie op de Governancebrief erg vaag – en naar mijn mening ook ontoelaatbaar vaag – over deze verplichting om verantwoording af te leggen. De OMS heeft het slechts over een ‘betere afstemming van de verantwoordelijkheidstoedeling’ die noodzakelijk zou zijn, maar van dit soort algemeenheden worden wij naar mijn mening niets wijzer.

Contractsvrijheid

Ook ziekenhuizen en toegelaten medisch specialisten hebben contractsvrijheid. Het ministerie wil die contractsvrijheid beperken door te bepalen dat de toelatingsovereenkomsten in overeenstemming moeten worden gebracht met de normen in de Wcz. Als dat niet gebeurt binnen de overgangstermijn die wordt vastgesteld, zal de sanctie zijn dat er bestuursrechtelijk wordt gehandhaafd. Het is niet duidelijk wat VWS daarmee zou willen bereiken. Ook is het geheel onduidelijk wat die bestuursrechtelijke handhaving zou moeten inhouden en waartoe die zou moeten leiden. De sanctie die de bewindspersonen op VWS daarnaast willen toepassen zal zijn dat toelatingsovereenkomsten die niet in overeenstemming zijn gebracht met de normen in de Wcz nietig zijn.

De bedoeling van Klink en Bussemaker is kennelijk om dwingendrechtelijk aan medisch specialisten en ziekenhuizen op te leggen dat toelatingsovereen-

komsten moeten voldoen aan de normen van de Wcz. Als zij dat willen bereiken is de aangewezen weg naar mijn oordeel echter dat deze bepalingen worden opgenomen in boek 7 van ons Burgerlijk Wetboek waarin de bijzondere overeenkomsten zijn geregeld, bijvoorbeeld als subtitel van titel 7 (de overeenkomst van opdracht). De wetgever zal dan dwingendrechtelijk moeten regelen dat alle toelatingsovereenkomsten moeten voldoen aan de normen van de Wcz, zodat niet van belang is wat er in individuele toelatingsovereenkomsten hierover precies is afgesproken. Ook andere bijzondere overeenkomsten in boek 7, zoals de huurovereenkomst en de arbeidsovereenkomst, bevatten tal van wettelijke bepalingen die van dwingend recht zijn. Dit wil zeggen dat iedere individuele arbeidsovereenkomst of huurovereenkomst wordt beheerst door deze dwingendrechtelijke bepalingen, ongeacht wat er precies in die overeenkomst is afgesproken. De contractsvrijheid wordt op deze wijze door de wetgever beperkt. Naar mijn mening bieden de voorstellen van het Ministerie nauwelijks een oplossing voor het probleem dat het Ministerie aan wil pakken, namelijk dat raden van bestuur niet over voldoende instrumenten beschikken om hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg waar te maken.

VWS gelooft niet in zelfregulering

Legemaate⁸ moet over een vooruitziende blik hebben beschikt toen hij in mei 2009 schreef dat kritiek op het zelfreinigend vermogen van de zorgsector als het gaat om kwaliteitsproblemen gemakkelijk kan leiden tot incidentenpolitiek, symboolwetgeving of contraproductieve verantwoordelijkheidsverschuivingen van de zorgsector zelf naar externe partijen. Dat moet volgens Legemaate worden voorkomen en naar zijn oordeel blijft het van belang om in te zetten op de bereidheid en het vermogen van de sector zelf om te verbeteren en te innoveren. De rol van de overheid en de toezichthouders is vooral om dat waar mogelijk te stimuleren.

De bewindspersonen op VWS geloven kennelijk niet erg in het vermogen tot zelfregulering van de sector. Het is dan echter niet goed te begrijpen dat zij de

⁸ J. Legemaate 'Verantwoordelijkheid nemen voor Kwaliteit', Advies naar aanleiding van de aanbevelingen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in haar rapport over de zaak over de Twentse neuroloog, Amsterdam 12 mei 2009. Dit advies is uitgebracht op verzoek van de Minister van VWS.

aanbeveling van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg om de OMS om te vormen tot een publiekrechtelijke beroepsorganisatie met verordende bevoegdheden niet overnemen. De motivering die daarvoor in de Governancebrief wordt gegeven (op pagina 8) is buitengewoon kort en houdt niet meer in dan dat het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg geen oplossing biedt voor de geconstateerde problemen. Naar mijn mening had het in de rede gelegen dat VWS dit advies van de Raad met enthousiasme zou hebben begroet. Als de OMS zou worden omgevormd tot een publiekrechtelijke beroepsorganisatie op grond van artikel 134 van de Grondwet kan het Ministerie namelijk rechtstreeks verplichtingen opleggen aan de medische professionals, zoals dat nu ook gebeurt aan leden van de Nederlandse Orde van Advocaten, de Koninklijke Notariële Beroepsorganisatie en het Nederlands Instituut van Registeraccountants. Ook advocaten, notarissen en registeraccountants zijn professionals met een hoge mate van autonomie. Als de OMS zou worden omgevormd tot een publiekrechtelijke beroepsorganisatie kan het interne preventieve toezicht op de beroepsuitoefening worden versterkt door systematische kwaliteitsbewaking en kwaliteitsbevordering onder verantwoordelijkheid van de OMS zelf, net zoals dat nu gebeurt bij advocaten, notarissen en registeraccountants. De bewindslieden leggen ook niet uit wat het kenmerkende verschil zou zijn tussen deze professionals en medisch specialisten. Naar mijn mening is er ook geen essentieel verschil tussen deze professionals en medisch specialisten, maar verschillen uitsluitend de organisaties waarin advocaten, notarissen en accountants werkzaam zijn van het ziekenhuis. In het algemeen hebben advocaten, notarissen en accountants het zelf voor het zeggen binnen de organisaties waarin zij werkzaam zijn. Voor medisch specialisten die binnen een ziekenhuis werkzaam zijn, ligt dat in ieder geval veel genuanceerder. Bovendien zijn advocaten, notarissen en registeraccountants zelf in het algemeen financieel en ook anderszins volledig verantwoordelijk en aansprakelijk voor het reilen en zeilen van de organisaties waarin zij werken. Voor medisch specialisten geldt dat niet. Deze onmiskenbare verschillen leveren naar mijn mening echter geen doorslaggevend argument op om de OMS niet om te vormen tot een publiekrechtelijke beroepsorganisatie op dezelfde wijze zoals dat gebeurd is bij de advocaten, de notarissen en de registeraccountants.

Terecht wijst de Raad erop dat een belangrijk voordeel van deze oplossing is dat ‘de angel’ uit de relatie bestuur–medische staf/medisch specialist kan worden gehaald als dit voorstel wordt overgenomen. De onderhandelingen tussen de RvB en de medische staf over verplichtingen die op de medisch specialisten rusten is immers een spel met een onzekere uitkomst. Zelfs het resultaat van onderhandelingen op landelijk niveau tussen de betrokken partijen is ongewis vanwege de afhankelijkheid van de OMS van zijn achterban. Als de OMS zou worden omgevormd tot een publiekrechtelijke organisatie kan de Orde richtlijnen dwingend opleggen aan zijn leden. Bijvoorbeeld over verplichte deelname aan visitaties en het afleggen van verantwoording aan de RvB. Bovendien kan de nakoming van die verplichting worden gesanctioneerd. Naar het oordeel van de Raad is het voordeel van deze aanpak dat het neerleggen van de verantwoordelijkheid voor kwaliteitsbevordering bij de beroepsgroep zelf geheel in overeenstemming is met de professionele autonomie, die immers onaangetast blijft. De Minister kan zijn ministeriële verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg dan beter waarmaken, omdat hij zich rechtstreeks met de beroepsgroep kan verstaan over te agenderen onderwerpen. Ook kan er een verbinding worden gelegd tussen de besluiten van de beroepsgroep en het overheidsbeleid. Een besluit van een publiekrechtelijke beroepsorganisatie heeft namelijk rechtskracht en kan alleen worden vernietigd in een Koninklijk Besluit wegens strijd met het recht of het algemeen belang. Het had naar mijn mening voor de hand gelegen als de bewindspersonen van VWS hun afwijzing van dit advies in ieder geval deugdelijk zouden hebben gemotiveerd. Helaas ontbreekt het nu volledig aan enige onderbouwing van het standpunt van VWS dat dit advies van de Raad niet wordt overgenomen.

2.8 Wat moet er wél gebeuren?

De rechtsverhouding tussen de RvB en de medisch specialist is naar mijn mening minder in disbalans dan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg stelt in zijn advies ‘Governance en kwaliteit van zorg’. De huidige MTO geeft de RvB wel degelijk mogelijkheden om disfunctionerende medisch specialisten aan te pakken. In artikel 2.4 van de MTO is bepaald dat de medisch specialist de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en dat hij dient te handelen in overeenstemming met de medisch-professionele standaard. Op

grond van artikel 2.6 van de MTO moet de medisch specialist zich ook laten leiden door de op grond van de Kwaliteitswet op de zorginstellingen rustende verplichting om verantwoorde zorg aan te bieden. De medisch specialist dient zijn medewerking te verlenen aan de organisatie van de zorg. In artikel 2.7 van de MTO is geregeld dat de medisch specialist verplicht is mee te werken aan het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis. Hieronder wordt in elk geval begrepen: medewerking aan accreditatie, visitatie, intercollegiale toetsing, onderzoek en behandeling van klachten, bijscholing en nascholing, patiëntenbegeleiding, coördinatie van medisch specialistische zorg en documentatie. Op verzoek van het bestuur of het stafbestuur moet de medisch specialist naar beste vermogen informatie verstrekken over de uitkomsten van de verrichte visitaties en intercollegiale toetsingen. In het DMS kunnen hierover nadere afspraken worden opgenomen. Op grond van artikel 7 van de MTO kan de RvB aan de medisch specialisten een aanwijzing geven om de orde en de goede gang van zaken in het ziekenhuis te bevorderen. Een dergelijke aanwijzing kan naar mijn mening ook betrekking hebben op de verplichting van medisch specialisten om mee te werken aan het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis, hoewel de toelichting op deze bepaling daarover niet duidelijk is. Een medisch specialist die wil betogen dat het ziekenhuis hem daartoe helemaal niet kan verplichten heeft naar mijn mening, zeker in het huidige tijdsgewricht, bepaald geen sterke zaak.

Ik heb de indruk dat er in de afgelopen jaren onvoldoende gebruik is gemaakt van de mogelijkheden die de huidige MTO ook nu al biedt om medisch specialisten daadwerkelijk aan te spreken op hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg. Ook goede en sluitende afspraken in het DMS over de verantwoordelijkheid van de medische specialisten voor kwaliteit en het afleggen van verantwoording zijn tot nu toe in de praktijk bepaald nog geen gemeengoed.

Aanbevelingen van de Commissie Lemstra

Dat de RvB ook op grond van de huidige MTO al mogelijkheden heeft om disfunctionerende medisch specialisten aan te pakken, laat onverlet dat het aanbeveling verdient dat de RvB meer en betere mogelijkheden moet krijgen om zijn eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg waar te maken. De commissie Lemstra heeft in haar rapport naar aanleiding van het jarenlange

disfunctioneren van de neuroloog Jansen (Steur) in het Medisch Spectrum Twente goede en bruikbare aanbevelingen gedaan om de positie van de RvB te versterken.⁹ Een van die aanbevelingen is om de deelname aan een beoordelingssystematiek voor het individueel functioneren van medisch specialisten verplicht te stellen en ervoor te zorgen dat intercollegiale toetsing van patiëntendossiers daarvan een integraal onderdeel vormt. Daartoe kan aansluiting worden gezocht bij het door de OMS ontwikkelde kwaliteitsinstrument ‘Individueel Functioneren Medisch Specialist’ (IFMS). Een andere aanbeveling van de commissie Lemstra is om in ziekenhuizen per vakgroep een medisch manager aan te stellen met verantwoordelijkheden en bevoegdheden, onder andere om collega-vakgroepleden aanwijzingen te geven. Deze medisch manager moet zijn collega’s ook kunnen verplichten om deel te nemen aan kwaliteitsbevorderende maatregelen en om verantwoording af te leggen over het individuele handelen. De RvB moet deze medisch manager ter verantwoording kunnen roepen over de wijze waarop hij zijn functie uitoefent.

Aan de raden van bestuur, de NVZ en de OMS doet de commissie Lemstra verder de aanbeveling om de AMS en de MTO aan te passen in die zin dat er een expliciete bepaling wordt opgenomen op grond waarvan de medisch specialist gehouden is om:

- medewerking te verlenen aan (vormen van) intercollegiale toetsing;
- aanwijzingen op te volgen die uit die intercollegiale toetsing voortvloeien;
- ook voor het overige medewerking te verlenen aan maatregelen die de kwaliteit van zorg bevorderen en het inzicht in de kwaliteit verhogen;
- verantwoording af te leggen over zijn professionele handelen aan de RvB bij gebreke waarvan de RvB gerechtigd is om disciplinaire maatregelen tegen de medisch specialist te nemen.

Een belangrijke aanbeveling van de commissie Lemstra is ook om externe kwaliteitsvisitaties te individualiseren. Sinds 2006 is deelname aan kwaliteitsvisitaties verplicht voor medisch specialisten in het kader van herregistratie in het BIG-register, met een tijdelijke uitzondering van medisch specialisten die werkzaam zijn in academische ziekenhuizen. Kwaliteitsvisitaties zijn echter op

⁹ Externe onderzoekscommissie MST onder voorzitterschap van prof. dr. W. Lemstra ‘En waar was de patiënt...?’, Rapport over het (dis)functioneren van een medisch specialist en zijn omgeving, 1 september 2009.

dit moment gericht op het functioneren van een vakgroep als geheel en zijn daarom ongeschikt om uitspraken te doen over het functioneren van individuele leden van een vakgroep. Het komt in de praktijk bovendien nog te vaak voor dat maatschappen of vakgroepen de neiging hebben om een disfunctionerende collega in bescherming te nemen. Dat wordt ook wel de ‘conspiracy of silence’ genoemd.¹⁰ Maatschappen en vakgroepen hebben in het kader van kwaliteitsvisitaties te veel de neiging om de vuile was binnen te houden, met als gevolg dat het disfunctioneren van een collega met de mantel der liefde wordt bedekt. Dat is uit een oogpunt van kwaliteit van zorg niet aanvaardbaar. Terecht merkt Legemaate op dat niets doen in een dergelijk geval geen optie is. Dat ligt ook duidelijk vast in het standpunt van de KNMG dat in 2007 is gepubliceerd en onderdeel uitmaakt van de wettelijk geregelde professionele standaard van de arts.

De commissie Lemstra doet aan de wetgever de aanbeveling om de wet zodanig aan te passen dat inzage in patiëntendossiers door niet bij de behandeling betrokken medisch specialisten zonder toestemming van de patiënt in het kader van intercollegiale toetsing mogelijk wordt gemaakt. Helaas neemt Minister Klink deze aanbeveling niet over.¹¹ Klink wijst dit af, omdat naar zijn mening de geheimhoudingsplicht van groot belang is voor het vertrouwen van de cliënt in de arts. Om die reden dient er zeer zorgvuldig te worden omgegaan met de inhoud van medische dossiers. Dossierbeoordeling in het kader van intercollegiale toetsing kan volgens Klink alleen plaatsvinden als de cliënten daarvoor uitdrukkelijk toestemming verlenen. Terecht vindt de KNMG dit een achteruitgang ten opzichte van de huidige praktijk, waar dit al jarenlang gebeurt op basis van veronderstelde toestemming van de patiënt. Aangenomen mag worden dat patiënten er geen bezwaar tegen hebben dat hun gegevens zorgvuldig worden gebruikt in het kader van kwaliteitssystemen zoals intercollegiale toetsing en externe visitatie. Dat is ook in het algemeen belang. Het standpunt van de Minister getuigt van onnodig formalisme.

¹⁰ J. Legemaate o.c. (zie noot viii), p. 18 en 19.

¹¹ Brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer van 9 september 2009, Kamerstukken 31 700 XVI, nr. 176 (p. 3).

Klokkenluidersregeling

Naar mijn mening is het ook gewenst dat er zo spoedig mogelijk daadwerkelijk een deugdelijke 'klokkenluidersregeling' tot stand wordt gebracht. In 2008 heeft de Onderzoeksraad voor de Veiligheid al de aanbeveling gedaan aan de Minister van VWS dat er een klokkenluidersregeling moet komen met voldoende waarborgen voor de klokkenluider.¹² De OMS heeft in 2008 weliswaar het 'Model Reglement Mogelijk Disfunctioneren Medisch Specialist' tot stand gebracht, maar daarin zit naar mijn mening een belangrijke lacune. Dit kwaliteitsreglement gaat er namelijk in artikel 1.3 vanuit dat de melder die van mening is dat er aanwijzingen bestaan van 'mogelijk disfunctioneren' van een medisch specialist dat allereerst ten minste eenmaal met de betrokken medisch specialist zelf bespreekt voordat de melder hiervan schriftelijk en gemotiveerd melding maakt bij de voorzitter van het stafbestuur. Als dat niet gebeurt dan is de melding niet ontvankelijk. Het komt in de praktijk met enige regelmaat voor dat bij de RvB van een ziekenhuis rechtstreeks mogelijk disfunctioneren wordt gemeld zonder dat de melder dit eerst met de betrokken medisch specialist heeft besproken. Een dergelijke 'klokkenluider' kan goede redenen hebben om juist niet eerst met de betrokken medisch specialist te spreken over dit mogelijke disfunctioneren. In een dergelijk geval moet de RvB zelf een onderzoek kunnen initiëren als hij ervan overtuigd is dat dit soort signalen serieus moeten worden genomen. Op grond van het kwaliteitsreglement van de OMS is een melding door de RvB dan echter niet ontvankelijk. De RvB moet naar mijn mening ook dan daadwerkelijk een onderzoek kunnen initiëren en het is niet aanvaardbaar als hij in een dergelijk geval helemaal niets kan doen. In de brief van 17 juli 2009 schrijft de NVZ dat de sector volop bezig is met allerlei maatregelen, waaronder het tot stand brengen van een klokkenluidersregeling.¹³ Het is zaak dat die klokkenluidersregeling nu echt op korte termijn tot stand komt.

Omvang van disfunctioneren

Er is recent geen onderzoek gedaan naar de omvang van disfunctioneren van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Op grond van onderzoek dat jaren

¹² Rapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid naar aanleiding van de problemen op de afdeling hartchirurgie in het UMC St. Radboud te Nijmegen 'Een onvolledig bestuurlijk proces: hartchirurgie in UMC St. Radboud', Onderzoek naar aanleiding van berichtgeving op 28 september 2005 over te hoge mortaliteit, Den Haag, april 2008.

¹³ De brief van de NVZ van 17 juli 2009 met referentie 09000429/gg.jab.

geleden is verricht, wordt in het algemeen aangenomen dat bij vier tot vijf procent van de beroepsbeoefenaren sprake is of is geweest van disfunctioneren. Daarbij gaat het niet alleen om medisch-technisch handelen maar ook om communicatie en samenwerking.¹⁴ Er zijn geen aanwijzingen dat disfunctioneren van beroepsbeoefenaren de laatste jaren is toegenomen. Een percentage van vier tot vijf procent is echter fors. Het beleid moet er daarom primair op gericht zijn om disfunctioneren zoveel mogelijk te voorkomen en, als het zich toch voordoet, zo tijdig mogelijk aan te pakken zodat er zo min mogelijk schade voor de patiënten ontstaat.

Zelfregulering biedt het meeste perspectief

Ik verwacht vooralsnog meer van zelfregulering van de sector dan van ingrijpen door de overheid. De motivatie van de medisch specialist zelf om werk te maken van kwaliteit is namelijk onontbeerlijk. Ik heb de indruk dat de OMS zich daarvan meer dan ooit bewust is. In de brief van de voorzitter van de OMS van 18 september 2009 naar aanleiding van het rapport van de commissie Lemstra benadrukt het bestuur van de OMS dat disfunctioneren in het belang van de patiënten en in het belang van het ziekenhuis direct aan de kaak moet worden gesteld en opgeheven moet worden.¹⁵ De OMS wijst in deze brief op de maatregelen die al zijn genomen. Ook volgens de OMS dienen medisch specialisten regelmatig met de RvB en de raad van toezicht overleg te plegen over de kwaliteit van de geleverde zorg en het afleggen van verantwoording over die zorg en daarbij hoort ook het onderwerp van slecht functionerende medisch specialisten.

Duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling is noodzakelijk

De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg rust primair op de schouders van de medisch specialist. Hij en niemand anders is primair verantwoordelijk voor die kwaliteit. De eindverantwoordelijkheid van de RvB kan alleen een systeemverantwoordelijkheid zijn, zoals de commissie Lemstra in haar rapport terecht stelt. Die eindverantwoordelijkheid van de RvB houdt concreet in dat de RvB ervoor moet zorgen dat er in het ziekenhuis een deugdelijk systeem bestaat op grond waarvan medisch specialisten (of ze nu

¹⁴ J. Legemaate o.c. (zie noot viii) p. 5 met verwijzingen naar onderzoeken uit 1994 en 2001.

¹⁵ De brief van W.G.J.M. van der Ham, algemeen voorzitter van de OMS aan de stafbesturen van 18 september 2009 met referentie WvdH/jl.

werken op basis van een arbeidsovereenkomst of een toelatingsovereenkomst) verantwoording afleggen over de door hen geleverde kwaliteit. De RvB moet er nauwkeurig op toezien dat de medisch specialisten dat ook daadwerkelijk doen. Als de RvB signalen bereiken van mogelijk disfunctioneren moet hij adequaat en tijdig ingrijpen. Hij moet passende maatregelen nemen om aan dat disfunctioneren zo spoedig mogelijk een einde te maken, zodat schade voor de patiënten zoveel mogelijk wordt voorkomen. Als de RvB dat echter allemaal doet, houdt zijn verantwoordelijkheid daar ook op. Niemand kan namelijk verantwoordelijk worden gehouden voor iets waar hij niets aan kan doen, anders wordt verantwoordelijkheid een zinledig begrip. Ook de beste RvB die alles doet wat redelijkerwijs mogelijk is, kan helaas nooit voorkomen dat disfunctioneren af en toe voorkomt. Zo'n RvB heeft naar mijn mening aan al zijn verplichtingen voldaan.

Vrees voor aantasting professionele autonomie is ongegrond

De overheid behoort de professionele autonomie van de beroepsbeoefenaar te respecteren en dient zich te onthouden van pogingen om rechtstreeks in die professionele autonomie in te grijpen. De professionele autonomie beoogt uiteindelijk immers te garanderen dat de patiënt de optimale behandeling krijgt en dat dient de overheid alleen maar toe te juichen. Door medisch specialisten wordt die professionele autonomie naar mijn mening echter nog te vaak gebruikt om zich achter te verschuilen. De keerzijde van de professionele autonomie is namelijk dat medisch specialisten verantwoording afleggen aan de RvB over de kwaliteit van de zorg die zij verlenen.

Medisch specialisten hoeven naar mijn oordeel ook niet zo bang te zijn voor aantasting van hun professionele autonomie om de eenvoudige reden dat een dergelijke aantasting uiteindelijk niet mogelijk is. De bestuurlijke (eind)verantwoordelijkheid van de RvB voor het disfunctioneren van medisch specialisten kan daarom naar mijn overtuiging nooit impliceren dat de professionele autonomie aan banden wordt gelegd. Die verantwoordelijkheid van de RvB betekent wél dat medisch specialisten verplicht zijn om aan de RvB verantwoording af te leggen over de kwaliteit van de zorg. Ook moeten zij volledige medewerking verlenen aan systemen binnen de zorginstelling die de kwaliteit moeten waarborgen en handhaven. Als de RvB de instructiebevoegdheid krijgt die VWS voorstaat om opdrachten te geven over hoe de zorg moet

worden verleend, zal hij daarmee in de praktijk weinig kunnen doen. Een RvB zal zich in het algemeen ook onthouden van pogingen om rechtstreeks in te grijpen in de professionele autonomie, en zal zich veel meer richten op het bewaken van de kwaliteit van zorg en het afleggen van verantwoording over die kwaliteit. Dat de RvB deze professionele autonomie moet respecteren betekent wel dat zorgprofessionals zich toetsbaar moeten opstellen en daadwerkelijk verantwoording afleggen, niet alleen aan de patiënt maar ook aan de RvB en aan de hele samenleving. Te lang hebben artsen deze verantwoordingsplicht afgewezen met een beroep op hun professionele autonomie. Deze verantwoordingsplicht volgt ook rechtstreeks uit de artseneed die in 2004 is herzien en het 'Manifest Medische Professionaliteit' dat de KNMG in 2008 heeft gepubliceerd. Na de geruchtmakende incidenten die zich in de afgelopen jaren hebben voorgedaan op het gebied van de kwaliteit van zorg leven wij echt in een andere wereld. Het besef dat de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg de allerhoogste prioriteit heeft en nu echt snel en goed moet worden geregeld, leeft in de sector meer dan ooit.