RADBOUD UNIVERSITEIT NIJMEGEN

Een reglement als kwaliteitsinstrument?

Evaluatieonderzoek naar de werking van het modelreglement 'mogelijk disfunctionerend medisch specialist' in Nederlandse ziekenhuizen

Bregje Lankveld

20-06-2014

Bregje Lankveld, s0816477
Radboud Universiteit Nijmegen
Scriptiebegeleider: Dhr. Dr. J.K. Helderman
Stagebegeleider: Dhr. Drs. J. Fossen

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave 2
Voorwoord 5
Samenvatting 6
1. Inleiding 8
1.1 Aanleiding 8
1.2 Probleembeschrijving 10
1.2.1Probleemstelling 11
1.3 Onderzoeksopzet 11
1.4 Relevantie 12
1.4.1 Relevantie voor de gezondheidszorg 12
1.4.2 Bestuurskundige relevantie 12
1.5 Leeswijzer 13
2. Het gezondheidszorgsysteem en de medisch specialist 14
2.1 Actoren in het veld 14
2.1.1Toezichthouder 14
2.1.2 Brancheorganisaties 16
2.1.3 De Medisch Specialist 17
2.1.4 De Medisch Specialist en andere zorgprofessionals 17
2.1.5 Medisch Specialist en het ziekenhuis 19
2.2. Modelreglement 'mogelijk disfunctionerend medisch specialist' 20
2.3 Conclusie 23
3. Professionele zelfborging: een theoretische verkenning 24
3.1 Theoretische puzzel 24
3.2 Gedelegeerde zelfregulering 26
3.3 Responsieve regulering 28
3.4 Anatomie van het interne borgingssysteem 33
3.4.1 Controle componenten van het interne borgingssysteem 34
3.5 Voorwaarden voor het modelreglement 38
3.6 Conclusie 42

4. Methodologische verantwoording 44
4.1 Onderzoeksstrategie 44
4.2 Onderzoeksmethoden 44
4.3 Operationalisatie 45
4.3.1 Informatievergaring 46
4.3.2 Normeringskader 47
4.3.3 Gedragsbeïnvloeding 48
4.4 Onderzoekspopulatie 49
4.5 Interviews 50
4.6 Enquête 50
4.6.1. Respons enquête 51
4.7 Betrouwbaarheid en validiteit 52
5. Resultaten 54
5.1 Algemene resultaten 54
5.2 Normeringskader 55
5.3 Informatievergaring 57
5.4 Gedragsbeïnvloeding 62
5.5 Conclusies 67
6. Conclusie en aanbevelingen 68
6.1 Reflectie op het onderzoek 68
6.2 Beantwoording van de deelvragen 69
6.3 Beantwoording van de hoofdvraag 74
6.4 Aanbevelingen 76
6.5 Vervolgonderzoek 79
Literatuurlijst 80
Bijlage 1 Modelreglement ‘mogelijk disfunctionerend medisch specialist’ 85
Bijlage 2 Respondenten 105
Bijlage 3 Interviewguide 106
Bijlage 4 Enquête 109
Bijlage 5 Lijst van afkortingen 118

Lijst met Figuren

Figuur 1: Organogram algemeen ziekenhuis 19
Figuur 2: Schematische weergave modelreglement 'Mogelijk disfunctionerend medisch specialist' (2008) 22
Figuur 3: Theoretische puzzel 25
Figuur 4: Reguleringspyramide 32
Figuur 5: CanMEDS model (KNMG.nl, 2013) 35
Figuur 6: Voorwaarde voor informatievergaring 40
Figuur 7: Operationalisatie theoretische puzzel 45
Figuur 8: Voorwaarden voor informatievergaring 46
Figuur 9: Voorwaarden voor het normeringskader 48

Lijst met Tabellen

Tabel 1: Het interne borgingssysteem (Helderman & Honingh, 2009, p. 37) 34
Tabel 2: Voorwaarden voor het modelreglement 42
Tabel 3: Overzicht onderzoeksgroep 52
Tabel 4: Inzet van het reglement 2012-2013 55
Tabel 5: Rol voor wetenschappelijke verenigingen 60
Tabel 6: Reglement als sturingsinstrument 65

Voorwoord

De scriptie die hier voor u ligt, vormt de afsluiting van mijn opleiding Bestuurskunde aan de Radboud Universiteit te Nijmegen. De jaren zijn voorbij gevlogen. Het resultaat van dit leerproces ligt nu voor u. Deze scriptie heeft mij inzicht gebracht in wat ik interessant vind en vertrouwen gegeven in mijn capaciteiten als onderzoeker en toekomstige werknemer!

Functioneren van medisch specialisten, daar gaat het om in deze scriptie. Het onderwerp is voortgekomen uit een stage bij Orde van Medisch Specialisten. Mijn fascinatie voor de organisatie van ziekenhuizen en de kwaliteit van zorg is altijd leidend geweest tijdens de keuzes die ik heb gemaakt tijdens mijn studie. Ik ben dan ook dankbaar dat ik bij de OMS de kans heb gekregen om mijn kennis en ervaring met dit onderwerp te vergroten.

Graag wil ik een aantal mensen bedanken die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van deze master scriptie. In het bijzonder gaat mijn dank uit naar mijn stagebegeleider Jan Fossen. Hij heeft mij wegwijs gemaakt in de wereld van het ziekenhuis en mij enorm geholpen met het vinden van de juiste inzichten. Daarnaast wil ik hem bedanken voor zijn openheid en het vertrouwen die hij tijdens mijn stage in mij heeft gehad. Ook wil ik Judith, Rosa, Sandra, Joyce en Kaat bedanken voor de gezelligheid en hun klankbordfunctie. Dit heeft het schrijven van mijn scriptie op momenten dat het niet lukte toch draagbaarder gemaakt.

Tevens wil ik ook meneer Helderman bedanken voor de sturing die hij aan deze masterthesis heeft gegeven. Hij creëerde een duidelijke richtlijn voor het onderwerp, waar ik zelf in het begin nogal mee worstelde. Daarnaast heeft meneer Helderman mijn interesse voor de wetenschap weten aan te wakkeren met zijn passie voor de gezondheidszorg en zijn anekdotes hierover.

Tot slot wil ik mijn ouders, zussen en vriend bedanken, voor hun onvoorwaardelijke vertrouwen en steun in mij tijdens het gehele proces.

Dan rest mij u veel plezier te wensen met het lezen van mijn masterthesis!

Bregje Lankveld

Samenvatting

Dit onderzoek richt zich op de werking van het modelreglement ‘mogelijk disfunctionerend medisch specialist’ dat de Orde van Medisch Specialisten (OMS) als belangenbehartiger van medisch specialisten heeft ontwikkeld. Met dit modelreglement tracht de OMS een uniforme procedure aan te bieden aan ziekenhuizen bij het vroegtijdig signaleren en de behandeling van (vermeend) disfunctioneren van medisch specialisten waarbij de reputatie van de betrokken specialist en de kwaliteit van de zorg gewaarborgd blijven. De vraag die in dit onderzoek centraal staat is dan ook als volgt:

In welke mate en op welke wijze draagt het modelreglement 'mogelijk disfunctionerend medisch specialist' van de Orde van Medisch Specialisten bij aan het tijdig signaleren van disfunctionerende medisch specialisten in de Nederlandse algemene ziekenhuizen?

In dit onderzoek is gekeken naar de werking van het modelreglement, waarbij er is gekeken naar in hoeverre het modelreglement wordt gebruikt in de Nederlandse algemene ziekenhuizen als handvat bij functioneringsvragen. De focus ligt hierbij op de voorwaarden waaraan het modelreglement dient te voldoen om te kunnen functioneren als borgingsinstrument van de kwaliteit van de zorg binnen een ziekenhuis.

Een reeks van incidenten met disfunctionerende medisch specialisten hebben het wantrouwen in de medisch specialist doen toenemen. Hierdoor is de focus op kwaliteit van de zorg toegenomen en is het zelfregulerende vermogen van de medische professie onder druk komen te staan. Er is sprake van een verschuiving van professionele zelfsturing naar gedelegeerde zelfsturing. De medisch specialist, of het ziekenhuis heeft hierbij nog steeds de autonomie om zijn eigen kwaliteitssysteem te ontwikkelen, maar dit interne systeem wordt getoetst aan algemeen geldende standaarden. Dit heeft gevolgen voor de manier waarop het modelreglement ingericht dient te worden. Er zijn drie componenten waaraan het modelreglement moet voldoen om een bijdrage te kunnen leveren aan het interne borgingssysteem. Deze componenten, of voorwaarden, zijn: het normeringskader waaraan disfunctioneren wordt getoetst, de wijze van informatievergaring en de manier van gedragsbeïnvloeding gebaseerd op de theorie over ‘responsive regulation’ van Ayres & Braithwaite (1992). Door middel van interviews en een enquête die is verspreid onder alle algemene ziekenhuizen in Nederland is onderzocht wat voor procedure wordt gevolgd bij functioneringsvraagstukken, wat de ervaringen daarmee zijn en waar de verschillen liggen met het modelreglement.

De OMS wordt aanbevolen om het modelreglement te toetsen aan de opgestelde voorwaarden. Het toetsingskader is van belang om een duidelijk en een door alle betrokkenen gedeeld normenkader te creëren over wat disfunctioneren precies is. Daarnaast kan er zonder objectieve criteria überhaupt niet worden getoetst of een medisch specialist disfunctioneert. Ook dient de procedurele juistheid in ogenschouw te worden genomen. Vaak gaat een tucht- of rechtszaak mis omdat de onderzoekscommissie onzorgvuldig is geweest of fouten heeft gemaakt in het onderzoek. Een zorgvuldige uitvoering van het onderzoek is dus een essentieel onderdeel van het proces. Belangrijke aspecten hierbij zijn de formulering van de onderzoeksopdracht, de samenstelling van de commissie, de vertrouwelijkheid van de geïnterviewden en de medewerking van de betreffende specialist. Tot slot is het van belang dat het reglement tijdig disfunctioneren kan signaleren. Hiervoor dient een cultuur open te zijn, waarin ziekenhuismedewerkers vermoedens van disfunctioneren op tijd durft te melden. De ervaring leert dat ziekenhuismedewerkers vaak pas een melding maakt als er zich al disfunctioneren heeft voorgedaan. Daarnaast moet zowel tijdens het onderzoek als bij het verbetertraject gefocust worden op het verbeteren en het leren van het functioneren van de medisch specialist. Er moet dus niet gelijk op straffende instrumenten worden ingezet die de relatie tussen de medisch specialist en de toezichthouders kan schaden, maar op dialoog en het verbeteren van het functioneren.

Uit dit onderzoek is gebleken dat het modelreglement geen eenduidig en objectiveerbaar toetsingskader heeft om het disfunctioneren vast te stellen. Daardoor is het ook voor ziekenhuizen lastig om disfunctioneren te toetsen. Ook mist het modelreglement een aantal componenten om procedurele juistheid te waarborgen. Zo moet er expliciet worden opgenomen dat externe actoren kunnen worden ingezet om onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden. Ook is de documentatie van het onderzoek en voornamelijk de documentatie van de gespreksverslagen van geïnterviewde respondenten van belang. Dit betekent dat in het reglement duidelijk dient te worden opgenomen hoe de onderzoekscommissie de gespreksverslagen moet vastleggen om de privacy van de geïnterviewde respondenten te kunnen waarborgen. Een ander essentieel onderdeel is de cultuur binnen het ziekenhuis en het imago dat het modelreglement heeft. Melding van disfunctioneren wordt in veel gevallen pas gedaan als de maatschap er zelf niet meer uit komt. Oplossingen tot verbetering in het functioneren zijn dan meestal niet meer haalbaar. Deze vicieuze cirkel waarbij het reglement alleen maar wordt ingezet als het geëscaleerd is en verbetering niet meer mogelijk is, is niet wenselijk. Er dient dus een cultuuromslag plaats te vinden waarin ziekenhuismedewerkers zich veilig genoeg voelen vermoedens van disfunctioneren tijdig te kunnen melden.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Er is een toenemende aandacht voor het disfunctioneren van medisch specialisten, zowel in de politiek, in de media als binnen de beroepsgroep van de medisch specialisten zelf. In het huidige maatschappelijke klimaat is er tegelijkertijd minder plaats voor de acceptatie van fouten of vergissingen (de Bont et. al. 2009, p. 10). Zo is er een 'zero risk tolerance' in verschillende sectoren terug te vinden. Deze ontwikkeling vertaalt zich in een vraag naar meer regels en procedures en een verdere institutionele verdichting van toezichthoudende en veiligheidsbevorderende instanties (de Bont et. al. 2009). Illustratief zijn bijvoorbeeld de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), die pleit voor een uitbreiding van handhavinginstrumenten en de Onderzoeksraad voor Veiligheid, die ook de zorg tot zijn domein is gaan rekenen. Er is een sterke stijging merkbaar in het gebruik van thema's zoals governance, kwaliteit en veiligheid.

In 2005 hebben de brancheorganisaties in de gezondheidszorg de principes van health care governance verwerkt in de Zorgbrede Governancecode uit 2005. In 2010 is deze governancecode op het gebied van kwaliteit en veiligheid verder aangescherpt. Daarnaast heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, alsook de Algemene Rekenkamer de hierboven genoemde thema's geëvalueerd. Alle rapporten richten zich op een aantal kernthema's die door de Commissie-Meurs tien jaar eerder werden opgesteld: goede zorg vereist goed bestuur en goed toezicht. Daarmee is goede zorg verantwoorde zorg (Schraven, 2013, p. 123). Deze institutionele verdichting leidt niet alleen tot meer bestuurlijke drukte maar ook tot hogere verwachtingen van het publiek (en de politiek) ten aanzien van de te realiseren mate van veiligheid in de gezondheidszorg (Bont et. al., 2009; WRR 2008). Instrumenten en standaarden om optimaal functioneren van de gezondheidssector en specifiek de medisch specialist te stimuleren en te sturen komen hieruit voort.

Door de toegenomen focus op governance is de autonome positie van de medisch specialist ingeperkt. Een aantal decennia geleden bezat de medisch specialist bijvoorbeeld nog een grote mate van autonomie en was hij vrij in zijn besluitvorming. Besluitvorming over de regulering en distributie van zorg werd verricht door de zorgprofessional die hiervoor autoriteit kreeg toebedeeld vanuit de overheid. Sinds een aantal decennia is de trend gaande waarin het door de medische professie gecontroleerd systeem is getransformeerd naar een systeem van coregulering waarin de beroepsgroep haar zeggenschap moet delen (Helderman & Wallenburg, 2013, p.195). Deze overstap van een op vertrouwen gebaseerde relatie naar

een relatie gebaseerd op verantwoordingsmodellen, protocollen en monitoring kent twee oorzaken (Tuohy, 2003, p. 196). Op de eerste plaats is dat de introductie van gereguleerde concurrentie in de zorgsector en ten tweede een groeiend publiekelijk wantrouwen jegens de medische professie naar aanleiding van een aantal incidenten met disfunctionerende medisch specialisten. Deze incidenten hebben in de afgelopen jaren geleid tot een verscherping van de toezicht. Het ging in deze gevallen niet alleen om disfunctionerende individuele medisch specialisten, maar ook om onjuist handelende maatschappen in zijn geheel. Enkele voorbeelden zijn het disfunctioneren van de ex-neuroloog Jansen Steur van het Medisch Spectrum Twente, het bariatisch programma van het Scheper Ziekenhuis Emmen, waarbij de kwaliteit niet kon worden gewaarborgd, en het tekortschieten van de cardio chirurgische keten van het UMC St. Radboud in 2006. Daarnaast worden er ook meer meldingen gedaan bij de IGZ van mogelijk disfunctioneren, wat indiceert dat de aandacht voor het functioneren van medisch specialisten is toegenomen. De vraag om meer transparantie en het vastleggen van transparantiebevorderende maatregelen in procedures en reglementen is dan ook een logisch gevolg van de toegenomen alertheid bij de betrokken actoren op het disfunctioneren van medisch specialisten. Deze ontwikkeling legitimeerde de overheid om meer macht te claimen, wat er toe heeft geleid dat er een toenemende bestuurlijke afhankelijkheid is ontstaan tussen de medische beroepsgroep, de ziekenhuisbestuurders en de overheid (Wallenburg, 2012).

Dit onderzoek richt zich op de procedure die wordt gevolgd bij (vermeend) disfunctioneren van medisch specialisten. Recente gegevens over disfunctionerende specialisten zijn er niet, eerder onderzoek meldt een percentage van 4 tot 5 procent aan disfunctionerende specialisten in Nederland (Rosingh, van der Veur & Sijmons, 2012, p. 627). Uit een survey van IQ Healthcare blijkt dat 37% van de Nederlandse medisch specialisten de afgelopen 12 maanden een ervaring heeft gehad met (vermeend) disfunctioneren van een zorgverlener. Een derde van deze mogelijk disfunctionerende zorgverleners was werkzaam buiten de instelling van de respondent (IQ Healthcare, 2012).

De voornaamste instrumenten om disfunctioneren aan te pakken focussen zich op preventie. Niet alleen bij toezichthouders zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), maar ook bij opleidingen en gezondheidszorginstellingen is er instrumentarium ontwikkeld om disfunctioneren te voorkomen en/of tijdig op te sporen. In de opleiding van medisch specialisten wordt sinds januari 2007 competentiegericht opgeleid. In totaal zijn er zeven competentiedomeinen, waaronder medisch handelen, communicatie, professionaliteit en samenwerking. Op deze manier kan het leerproces van artsen in de opleiding effectief worden getoetst, waarbij ook gebruik gemaakt wordt van zelfreflectie- en feedbackmethoden (Kroneman, 2006, p.461). Sinds 2008 wordt er binnen zorginstellingen gebruik gemaakt van het instrument

‘Individueel Functioneren Medisch Specialisten’ (IFMS). Het doel van dit systeem is het verbeteren van professioneel handelen om de kwaliteit van patiëntenzorg te borgen en (waar mogelijk) verder te verbeteren. Dit gebeurt aan de hand van het principe 360-gradenfeedback, een portfolio en een persoonlijk ontwikkelingsplan (POP). Daarnaast zijn medisch specialisten verplicht zich bij te scholen om in aanmerking te komen voor een herregistratie die elke vijf jaar moet worden behaald (Croonen, 2013, p. 1422 & OMS,2013b). Al deze maatregelen trachten bij te dragen aan het optimaal functioneren van medisch specialisten. Bij een vermoeden van disfunctioneren kan het ziekenhuis gebruik maken van een procedure om disfunctioneren tijdig te signaleren en in goede banen te leiden. De Orde van Medisch Specialisten (OMS) heeft hiervoor als beroepsvereniging een modelreglement opgesteld, waarin concrete stappen staan vermeld in het geval van (vermeend) disfunctioneren. Op deze manier wordt getracht zowel de patiëntveiligheid als de reputatie van de medisch specialist te kunnen waarborgen.

Het werken aan kwaliteitsverbetering met instrumenten als IFMS en het voorkomen en tijdig opsporen van (mogelijk) disfunctioneren liggen dus in elkaars verlengde. Dit levert echter een spanningsveld op: wanneer kan welk instrument het beste worden ingezet om tot een zo optimaal mogelijk resultaat te komen? In een vroeg stadium repressieve instrumenten inzetten kan de vertrouwensrelatie tussen de medisch specialist en de toezichthouder beschadigen, maar het inzetten van alleen maar preventieve instrumenten zou kunnen leiden tot opportunistisch gedrag van medisch specialisten.

Uit het bovenstaande blijkt dus dat de regulering en de mate van zelfsturing van de medische beroepsgroep de afgelopen jaren een onderwerp van aanhoudend debat is geweest. Naar aanleiding hiervan heeft de IGZ haar handhavingsinstrumenten uitgebreid. Tegelijkertijd eigenen de medische beroepsgroepen zich ook een rol toe bij het functioneringsvraagstuk van medisch specialisten, door scholing en eisen aan herregistratie. Dit is de dynamiek binnen de gezondheidszorg waartegen dit onderzoek geplaatst kan worden.

1.2 Probleembeschrijving

Dit onderzoek richt zich hoofdzakelijk op het modelreglement ‘mogelijk disfunctionerend medisch specialist’ dat de Orde van Medisch Specialisten (OMS) als belangenbehartiger van medisch specialisten heeft ontwikkeld. Met dit modelreglement tracht de OMS een uniforme procedure aan te bieden aan ziekenhuizen bij het vroegtijdig signaleren en de behandeling van (vermeend) disfunctionerende medisch specialisten. Op dit moment is het nog niet duidelijk in hoeverre het reglement is ingevoerd in ziekenhuizen en in hoeverre het reglement bijdraagt aan het kwaliteitssysteem binnen ziekenhuizen.

Ondanks dat er wordt gestreefd naar implementatie van het beleid in alle ziekenhuizen, zal dit naar alle waarschijnlijkheid niet volledig gerealiseerd zijn. Dit valt mede te verklaren door de positie van de OMS. Zij is geen publiekrechtelijke instelling, waardoor zij geen bevoegdheden heeft om haar beleid op te leggen aan medisch specialisten, ze is hierbij afhankelijk van de betrokken actoren zoals de IGZ, ziekenhuizen, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), en de wetenschappelijke verenigingen. Het streven is echter gericht op een eenduidige procedure bij alle ziekenhuizen om mogelijk disfunctioneren tijdig te melden en via een juiste procedure te onderzoeken. Alleen op deze manier kan de zorgvuldigheid van het proces, de reputatie van de betrokken specialist en de kwaliteit van de zorg gewaarborgd blijven. In deze hoedanigheid is onderzocht aan welke voorwaarden het modelreglement dient te voldoen om te kunnen functioneren als borgingsinstrument (van de kwaliteit) en waar de eventuele knelpunten liggen.

1.2.1Probleemstelling

De vraag die in dit onderzoek centraal staat luidt als volgt:

In welke mate en op welke wijze draagt het modelreglement 'mogelijk disfunctionerend medisch specialist' van de Orde van Medisch Specialisten bij aan het tijdig signaleren van disfunctionerende medisch specialisten in de Nederlandse algemene ziekenhuizen?

Om antwoord te kunnen geven op deze onderzoeksvraag zijn de volgende deelvragen geformuleerd:
1) Welke actoren zijn betrokken bij het functioneren van medisch specialisten?
2)Wat is de positie van het modelreglement in relatie tot andere instrumenten ten behoeve van het functioneren van medisch specialisten?
3) Welke voorwaarden kunnen worden geduid voor de effectieve werking van het modelreglement?
4) In hoeverre wordt het modelreglement 'mogelijk disfunctionerend medisch specialist' gebruikt in de Nederlandse algemene ziekenhuizen als handvat bij functioneringsvragen?
5) Welke factoren hebben een rol gespeeld bij de werking van het reglement op ziekenhuisniveau?

1.3 Onderzoeksopzet

Om een antwoord te verkrijgen op de onderzoeksvraag heeft er allereerst een verkenning plaats gevonden van de positie van de medisch specialist in het gezondheidszorgspectrum. Vervolgens is door middel van een theoretische verdieping onderzocht wat de voorwaarden zijn voor het succesvol functioneren van het modelreglement binnen de besproken ziekenhuizen. Inzichten en perspectieven over professionele

zelfregulering en de kwaliteit van het interne borgingssysteem zijn hierbij uiteengezet. Daarnaast zijn instrumenten die het functioneren van medisch specialisten stimuleren en disfunctioneren proberen te detecteren meegenomen. Het modelreglement ‘mogelijk disfunctionerend medisch specialist’ is één van deze instrumenten die wordt gebruikt om eventueel disfunctioneren vroegtijdig te detecteren en het onderzoek in goede banen te leiden. Aangezien het reglement voortborduurt op preventieve instrumenten is het voor de volledigheid van het onderzoek van belang een overzichtelijk beeld van deze preventieve instrumenten te schetsen. De informatievergaring heeft plaatsgevonden aan de hand van een aantal interviews en een enquête bij alle algemene ziekenhuizen in Nederland. De uiteindelijke resultaten van het onderzoek hebben geleid tot aanbevelingen ter verbetering van het modelreglement.

1.4 Relevantie

Het modelreglement ‘mogelijk disfunctionerend medisch specialist’ dat door de Orde is opgesteld fungeert als leidraad voor ziekenhuizen om een (soortgelijke) reglement te ontwikkelen en heeft als doel de eenduidigheid van deze procedures binnen ziekenhuizen te stimuleren om goed om te kunnen gaan met functioneringsvraagstukken. Hier wordt toegelicht waarom dit onderzoek relevant is voor zowel de gezondheidszorg als voor de bestuurskunde.

1.4.1 Relevantie voor de gezondheidszorg

Het is van groot belang dat ziekenhuizen een gedegen procedure omtrent functioneringsvraagstukken hebben. Uiteindelijk gaat het om de kwaliteit van de medisch specialistische zorg in Nederland en het vertrouwen dat de maatschappij en de individuele patiënt hierin kan en moet hebben. Het disfunctioneren van medisch specialisten is, vooral naar aanleiding van enkele incidenten, sterk in de politieke en publieke aandacht gekomen. Het vertrouwen van de maatschappij in het handelen van de medisch specialist is hierdoor afgenomen. Het adequaat detecteren en analyseren van eventueel disfunctioneren, alsmede het ombuigen hiervan, dient dan ook te worden nagestreefd om zowel het vertrouwen als de kwaliteit van de zorg te waarborgen.

1.4.2 Bestuurskundige relevantie

In dit onderzoek zal de sturing en het handelen van medisch specialisten aan studie worden onderworpen. Ondanks dat de medisch specialistische zorg of de OMS niet direct onder het openbaar bestuur valt, hebben de resultaten van dit onderzoek wel degelijk effect op de gezondheidszorg en op de sturing van deze door de overheid gereguleerde sector.

In dit onderzoek wordt de validiteit van een aantal theorieën getest. Deze theorieën hebben betrekking op de manier waarop het gedrag van de medisch specialist gestuurd kan worden en het zelfregulerend

vermogen van de medische professie. Dit biedt inzicht in de condities waaronder zelfregulering kan bijdragen aan de borging van de kwaliteit van de zorg. Dit past binnen de theorie over systeemtoezicht van Helderman & Honingh (2009) die zich richt op het verticale toezicht door de overheid waarbij gebruik wordt gemaakt van interne borgingssystemen binnen organisaties of sectoren. Deze manier van toezicht houden wordt steeds vaker genoemd als een alternatief voor klassiek overheidstoezicht op uitkomsten. Dit onderzoek vergroot het inzicht over systeemtoezicht in de zorgsector en de moderne opvattingen over toezicht waarbij het interne borgingssysteem een essentiële rol speelt.

1.5 Leeswijzer

Dit onderzoek begint met een verkenning van de spelers in het veld van de gezondheidszorg. Daarbij wordt ook de organisatie van het algemene ziekenhuis en de positie van de medisch specialist onderzocht. In hoofdstuk drie wordt het theoretisch kader uiteen gezet. Hierin worden theorieën met betrekking tot professionele zelfregulering en de kwaliteit van het interne borgingssysteem toegelicht. Hieruit zijn de voorwaarden gedestilleerd waaraan het modelreglement dient te voldoen om te kunnen functioneren als sturingsinstrument. Na deze theoretische verkenning volgt in hoofdstuk vier het methodologisch kader. In dit hoofdstuk wordt de gevolgde methode van onderzoek uitgelegd en verantwoord. Hierbij wordt aandacht besteed aan de interviews, de enquête en de daarbij behorende respondenten. In het vijfde hoofdstuk wordt ingegaan op de resultaten. Hierbij worden de bevindingen vergeleken met de theorie zoals beschreven in het theoretisch kader. Het laatste hoofdstuk bestaat uit de conclusies van het onderzoek. Daarnaast worden er aanbevelingen gedaan om het modelreglement te optimaliseren en wordt er kritisch gereflecteerd op het onderzoek.

2. Het gezondheidszorgsysteem en de medisch specialist

Het functioneren van medisch specialisten wordt beïnvloedt door verschillende actoren. Binnen een ziekenhuis worden zij beïnvloedt door directe collega's, zoals verpleegkundigen, arts in opleiding tot specialist (aios), de Raad van Bestuur en de Medische Staf. Buiten het ziekenhuis spelen de IGZ en brancheorganisaties, zoals de OMS en NVZ, een rol bij het functioneren van medisch specialisten. Signalen van disfunctioneren kunnen dan ook van verschillende belanghebbenden af komen. In dit hoofdstuk zullen de actoren die betrokken zijn bij het functioneren van medisch specialisten uiteen worden gezet. Daarbij zal er ook aandacht worden besteed aan de manier waarop ziekenhuizen zijn georganiseerd. Op deze manier kan er worden bekeken wat de positie van de medisch specialist in het gezondheidszorgsysteem.

2.1 Actoren in het veld

Formeel gezien heeft iedere zorgprofessional de plicht op basis van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) om goede zorg te leveren en onverantwoorde zorg te voorkomen (Rijksoverheid, 2013). Het voorkomen van disfunctioneren is echter niet alleen een taak van de individuele zorgprofessional maar ook van beroepsverenigingen en brancheorganisaties. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op de kwaliteit van de volksgezondheid. De medisch specialist wordt vertegenwoordigd door de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Ook is het ziekenhuis, de organisatie waarin de zorgprofessional voornamelijk werkzaam is, een actor binnen het speelveld. De Raad van Bestuur, de Raad van Toezicht, de Medische Staf, maar ook de andere zorgprofessionals die samenwerken met de medisch specialist zullen hierbij ook uiteen worden gezet.

2.1.1Toezichthouder

De IGZ is verantwoordelijk voor het toezicht op de individuele beroepsbeoefenaren in en buiten een zorginstelling. Zij bevordert de volksgezondheid door het gebruik van advies, stimulans en dwang betreffende het beleid omtrent de kwaliteit van de zorg (IGZ, 2013a). Zolang een medisch specialist in een ziekenhuis werkt ligt de primaire verantwoordelijkheid voor zijn functioneren bij de specialist zelf.

De eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg ligt bij de Raad van Bestuur (RvB). Naast de inspectie, die toezicht houdt op de kwaliteit van het systeem en het functioneren van de RvB, heeft elk ziekenhuis een Raad van Toezicht (RvT). De RvT houdt toezicht op de RvB door middel van de kwaliteitsindicatoren, het jaargesprek, thematisch toezicht en het behandelen van calamiteiten en meldingen op basis van artikel 6 van de door de Minister vastgestelde Leidraad Meldingen (IGZ, 2010, p. 2).

De IGZ maakt bij haar toezicht op de kwaliteit van de zorg gebruik van gefaseerd toezicht, thematisch toezicht en toezicht bij incidenten. Gefaseerd toezicht verloopt in drie fasen. In de eerste fase worden risico's gesignaleerd op basis van de door zorginstellingen aangeleverde kwaliteitsinformatie. Als uit deze informatie risico's aanwezig lijken te zijn worden in de tweede fase inspectiebezoeken verricht. Hierbij wordt een oordeel gevormd over de kwaliteit van de zorg en eventuele risico's, waarna er maatregelenbepaling plaatsvindt. De derde fase bestaat uit het opleggen van bestuurlijke, tuchtrechtelijke en strafrechtelijke maatregelen. Thematisch toezicht is gericht op instellingsoverstijgende onderwerpen. Via een steekproef worden instellingen geselecteerd om onderzocht te worden op een specifiek onderwerp. Het doel is om landelijk inzicht te krijgen in de effecten van overheidsbeleid, specifieke knelpunten en tekortkomingen in de zorg en het traceren van dreigende problemen in de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Tot slot kunnen incidenten, die gemeld worden bij de inspectie, leiden tot handhavingmaatregelen. Dit gebeurt voornamelijk wanneer meldingen worden gedaan die duiden op ernstige tekortkomingen in de kwaliteit van de zorg. De inspectie neemt de toetsing van kwaliteit van ondersteuningsplannen mee in het gefaseerde toezicht (IGZ, 2013a). De IGZ heeft verwachtingen en eisen op het gebied van kwaliteit. Incidenten moeten worden gemeld, plannen ter verbetering en ondersteuning moeten gemaakt worden en zorginstellingen moeten hoogwaardige zorg leveren.

Bij de IGZ is er een stijging merkbaar in het aantal meldingen die worden gedaan over het functioneren van medisch specialisten en het aantal inspectiebezoeken dat wordt verricht. Zo heeft de inspectie in 2012 900 inspectiebezoeken meer uitgevoerd dan in 2011 (in totaal vonden er 3142 inspectiebezoeken plaats). Het aantal meldingen is gestegen met ruim 2.000 ten opzichte van 2011 (IGZ, 2013a). Dit kan worden verklaard door de scherpere koers die wordt gevaren door de inspectie. Daarbij wordt er door de inspectie meer gefocust op het functioneren van medisch specialisten en het afleggen van verantwoording. Ook is er een grotere bewustwording bij zowel medisch specialisten als patiënten en hun familieleden over het functioneren van zorgprofessionals (IGZ, 2013b, p. 5).

2.1.2 Brancheorganisaties

Er zijn diverse organisaties die zich actief bezig houden met het functioneren van medisch specialisten. De branche-organisatie NVZ en de beroepsverenigingen KNMG en OMS zetten zich in voor de kwaliteit van zorg en de belangen van de medisch specialist binnen de zorgsector.

KNMG

De KNMG is de landelijke artsenfederatie die de belangen behartigt van de alle artsen en artsen in opleiding. Samen met haar zeven federatiepartners werkt zij haar standpunten uit in beleid, beheert zij de herregistratie en behartigt zij de belangen in de media. Deze zeven federatiepartners zijn: Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG), Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG), Orde van Medisch Specialisten (OMS) en de Specialisten in ouderengeneeskunde (Verenso).

Orde van Medisch Specialisten

De OMS is een beroepsvereniging voor medisch specialisten. De werkzaamheden kunnen in drie kerntaken uiteen worden gezet. Ten eerste initieert, coördineert en stimuleert de OMS verbeteringen in de kwaliteit van medisch-specialistische zorg. Dit komt tot uitdrukking in richtlijnen en protocollen zoals de ontwikkeling van de jaarlijkse basisset kwaliteitsindicatoren van de IGZ waarin de OMS een leidende rol speelt. Ten tweede is de OMS de belangenbehartiger van medisch specialisten in het vrij beroep, van medisch specialisten met een dienstverband en van universitair medisch specialisten. Als vertegenwoordiger probeert de OMS invloed uit te oefenen bij discussie met overheid en politiek, raden van bestuur en werkgeverskoepels over onderwerpen waarbij beroepsbelangen betrokken zijn. Ten derde geeft de OMS haar leden juridisch en financieel advies in het kader van individuele dienstverlening. Dit kan zijn bij arbeidsovereenkomsten, maatschaprecht, ontslag of fusies.

Het beleid en de richtlijnen die de OMS ontwikkeld zijn echter geen dwingende voorschriften. De OMS heeft geen publiek rechterlijke positie waarbij zij in het bezit is van wettelijke bevoegdheden om ontwikkelde beleidsvoorschriften op te leggen aan medisch specialisten. In samenwerking met wetenschappelijke verenigingen probeert de OMS het beleid en het handelen van de medisch specialist te sturen en te reguleren. In diverse raadsbijeenkomsten (met wetenschappelijke verenigingen) en algemene ledenvergaderingen vindt er besluitvorming plaats over rapporten, richtlijnen en andere relevante zaken. De besluitvormende stukken worden dan aangenomen door de wetenschappelijke beroepsverenigingen. Dit proces gebeurt veelal op basis van overleg en afstemming met brancheorganisaties en de IGZ.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

De NVZ is een koepelorganisatie die nauw betrokken is bij het functioneren van medisch specialisten. Zij vertegenwoordigen 118 categorale en algemene ziekenhuizen waarbij ze randvoorwaarden proberen te creëren en te waarborgen die nodig zijn om kwalitatief hoogwaardige en doelmatige medisch-specialistische zorg aan patiënten te verlenen (NVZ, 2013).

2.1.3 De Medisch Specialist

Een medisch specialist kan op een drietal manieren verbonden zijn aan een ziekenhuis (Van Ijsendoorn & De Laat, 2009). Ten eerste is er een ambtelijke aanstelling. Op basis van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHW) hebben universitair medisch specialisten (UMS) in een universitair medisch centrum een ambtelijke aanstelling in plaats van een arbeidsovereenkomst. Hierop zijn twee uitzonderingen, namelijk het VU medisch centrum en het Radboudumc. Zij hebben een arbeidsovereenkomst op basis van het burgerlijk recht (OMS, 2013). Ten tweede kan een medisch specialist verbonden zijn aan een ziekenhuis door middel van een arbeidsovereenkomst. Dit zijn de medisch specialisten die in loondienst zijn. Kenmerkend voor deze overeenkomst is dat deze zorgprofessionals ondergeschikt zijn aan het ziekenhuis en haar aanwijzingen dus dienen op te volgen. Hun invloed op het beleid is beperkt. Daarbij houden ze echter wel hun professionele autonomie en verantwoordelijkheid voor hun handelen. Tot slot kunnen medisch specialisten verbonden zijn aan een ziekenhuis door middel van een toelatingsovereenkomst, dit zijn de vrijgevestigde specialisten (Van Ijsendoorn & De Laat, 2009). Een toelatingsovereenkomst is niet bij de wet geregeld, wel is er door de OMS een ‘Modelreglement Toelatingsovereenkomst’ (MTO) opgesteld dat als leidraad fungeert voor ziekenhuizen en medisch specialisten. Het uitgangspunt hierbij is dat een specialist als zelfstandige binnen het ziekenhuis zijn werk kan uitvoeren. Hierbij verleent hij onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zorg aan patiënten (OMS, 2013). Het ziekenhuis is verplicht om de specialist de gelegenheid te bieden zijn of haar klinische en poliklinische werkzaamheden te kunnen uitvoeren (Van Ijsendoorn & De Laat, 2009). De verschillende manieren waarop een medisch specialist verbonden kan zijn aan een ziekenhuis hebben overigens geen gevolgen voor de procedure die wordt gevolgd bij vermoedens van disfunctioneren. Bij iedere medisch specialist wordt dezelfde procedure gehanteerd.

2.1.4 De Medisch Specialist en andere zorgprofessionals

De gezondheidszorg is een dynamische wereld die de afgelopen decennia in al haar facetten is veranderd door de vooruitgang in de medische kennis en kunde, de maatschappij die mondiger en beter geïnformeerd is, maar ook de vergrijzing en de bijbehorende multimorbiteit die tot stijgende zorgkosten

zal leiden. Hierdoor worden er ook andere eisen gesteld aan de competenties van de medische specialist. Niet alleen is er sprake van een taakherschikking tussen de eerste en tweede lijn zorg en vraag naar meer transparantie en toezicht op kwaliteit. Deze trend leidt ook tot een pluralistisch netwerk waarin de medische specialist meer en meer moet samenwerken met zorgprofessionals om hem heen. De interactie tussen deze zorgprofessionals bepaalt mede de kwaliteit van de geleverde zorg en de kwaliteit van het functioneren van medisch specialisten. Naast de medisch specialist spelen ook aios en verpleegkundigen als zorgprofessionals een belangrijke rol in de zorgverlening rondom patiënten in ziekenhuizen. Zij hebben ook invloed op de kwaliteit van de zorg en het functioneren van de medisch specialist.

Arts in opleiding tot specialist

Na afronding van de studie geneeskunde is men basisarts, waarna er meestal een medische vervolgopleiding volgt waarin de aios zich specialiseert in een bepaald vakgebied. In deze opleiding wordt de aios opgeleid door in de praktijk zijn vaardigheden in het betreffende specialisme te oefenen. Uit onderzoek van Wallenburg (2012) blijkt dat aios steeds minder contact hebben met hun opleiders in ziekenhuizen. De vertrouwensband tussen de aios en de opleider en daarmee ook de ontwikkeling van medische vaardigheden komt hiermee onder druk te staan. Aios krijgen vanwege de nadruk op veilige zorg steeds minder de gelegenheid om hun vaardigheden in de praktijk te leren. Veranderingen in de opleiding illustreren bredere veranderingen in de sturing op de kwaliteit van zorg. De overheid, ziekenhuisbestuurders, en kwaliteitsmedewerkers krijgen steeds meer invloed op het dagelijks medisch werk. De samenwerking tussen beleidsmakers, ziekenhuisbestuurders en artsen zijn cruciaal voor de verdere ontwikkeling van de medische praktijk en de medische vervolgopleiding. Wallenburg (2012) pleit dan ook voor voldoende ruimte voor artsen om op flexibele wijze invulling te geven aan zowel de opleiding als de sturing op kwaliteit. Alleen dan kunnen artsen de waarden en normen beschermen die een belangrijke basis vormen van de kwaliteit van de medisch specialistische zorg.

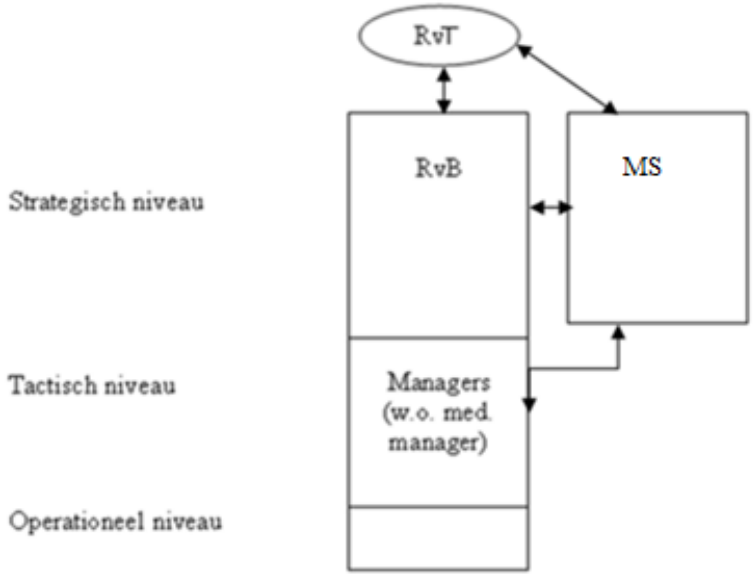
Verpleegkundige

Verpleegkundigen en artsen zijn beiden beroepsgroepen die op basis van de Wet BIG moeten voldoen aan een aantal eisen. Beide beroepsgroepen zijn volgens de wet BIG beroepen met titelbescherming. Dit betekent dat ze verantwoordelijk zijn voor hun eigen handelen en hier individueel tuchtrechtelijk aansprakelijk voor zijn. Daarnaast staat in de wet BIG ook vermeld waarop de beroepsgroepen deskundig moeten zijn. Zo behoort het verrichten van handelingen op het gebied van de medische zorg tot het gebied van deskundigheid van de arts. Handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging behoren tot het deskundigheidsgebied van de verpleegkundige (Jong, de, 2007). Deze relatie

tussen de medisch specialist en de verpleegkundige is in de afgelopen jaren onder invloed geweest van veranderingen. Verpleegkundigen worden niet meer gezien als ondergeschikten van de medisch specialist, maar als zelfstandig handelend hulpverlener. De top-down aansturing door artsen is hiermee verdwenen en geeft de verpleegkundige een sterkere autonome positie (Rijksoverheid, 2013).

2.1.5 Medisch Specialist en het ziekenhuis

De medisch specialist is eerstverantwoordelijk voor de door hem te verlenen zorg voor de patiënt (NVZ, 2013) Hiernaast zijn er meerdere actoren in het ziekenhuis die verantwoordelijkheden hebben met betrekking tot de kwaliteit van de geleverde zorg. De RvB van een ziekenhuis is eindverantwoordelijk voor de zorg in de instelling. De RvB bepaalt het beleid, de strategie en de uitvoering ervan voor de organisatie. Hiervoor treden zij in overleg met vakgroepen, maatschappen of afdelingen. Over het gevoerde beleid moeten zij verantwoording afleggen aan de RvT. Daarnaast zijn medisch specialisten verenigd in een meestal geheten Medische Staf (MS). Dit orgaan bepaalt het medisch inhoudelijke beleid en de daarbij horende strategie van de organisatie. Binnen de Medische Staf is er een onderscheid tussen twee groepen van medisch specialisten. De ene groep bestaat uit een representatieve gemandateerde meerderheid van vrijgevestigde medisch specialisten. De andere groep bestaat uit de medisch specialisten in dienstverband (OMS, 2013a).



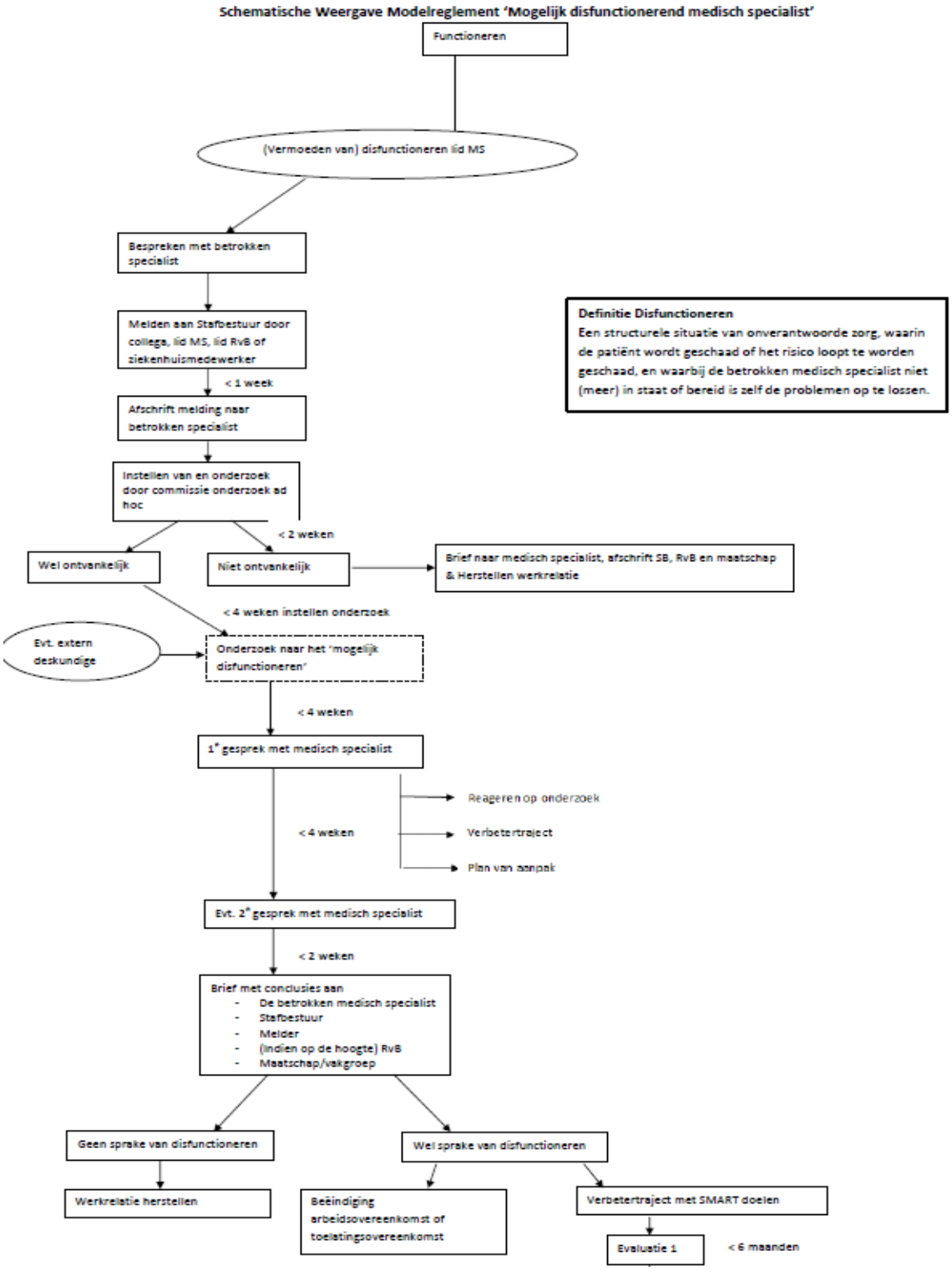
Figuur 1: Organogram algemeen ziekenhuis

2.2. Modelreglement 'mogelijk disfunctionerend medisch specialist'

De bovenstaande genoemde actoren, dus de IGZ, brancheorganisaties, de RvB en Medische Staf en andere ziekenhuismedewerkers, zijn allemaal betrokken bij het functioneren van de medisch specialist. Zij komen dan ook terug in het modelreglement zoals opgesteld door de OMS in 2008, weergegeven in bijlage 1. Het modelreglement beschrijft de procedure om te onderzoeken of er sprake is van disfunctioneren. Disfunctioneren word hierbij aangeduid als: "Een structurele situatie van onverantwoorde zorg, waarin een patiënt wordt geschaad of het risico loopt te worden geschaad, en waarbij de betreffende medisch specialist niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen" (Modelreglement, 2008). Het modelreglement is van toepassing op medisch specialisten, leden van de Medische Staf, en op andere daarmee gelijk gestelde beroepsbeoefenaren zoals de kaakchirurg, ziekenhuisapotheker, klinisch chemicus en klinisch psycholoog (Modelreglement 2008, p. 4).

Bij serieuze aanwijzingen van 'mogelijk disfunctioneren' van een medisch specialist kan bij de voorzitter van de commissie kwaliteit van de Medische Staf of bij de voorzitter van het Medische Staf melding worden gedaan door een collega van de betreffend medisch specialist, een lid van de Medische Staf, een lid van de RvB of een medewerker van het ziekenhuis. Alvorens de melding wordt gedaan moet de melder zijn vermoedens hebben besproken met de betreffend medisch specialist, anders zal de melding niet ontvankelijk worden verklaard. Na de melding stelt de commissie kwaliteit in overleg met de Medische Staf een Commissie van Onderzoek ad hoc in. Deze commissie, bestaande uit drie leden van de medische staf, onderzoekt of de melding ontvankelijk zal worden verklaard of niet. Bij ontvankelijkheid van de melding geeft de commissie kwaliteit c.q. het stafbestuur de ingestelde commissie van onderzoek ad hoc opdracht een zo objectief mogelijk onderzoek in te stellen naar het 'mogelijk disfunctioneren' van de betrokken medisch specialist. De medisch specialist is verplicht hierbij medewerking te verlenen. Indien de commissie van onderzoek ad hoc heeft geconstateerd dat er sprake is van een vorm van disfunctioneren wordt dit door de commissie van onderzoek ad hoc terstond schriftelijk gemeld aan de betrokken medisch specialist, de commissie kwaliteit en het stafbestuur. Het stafbestuur brengt vervolgens de raad van bestuur daarvan op de hoogte, waarna er een verbetertraject wordt ingezet. De Medische Staf brengt vervolgens de RvB op de hoogte. Er zal tevens een (aantal) gesprek(ken) plaatsvinden met de medisch specialist om een verbetertraject op te stellen. Binnen 6 maanden na start van dit traject vindt er een evaluatiegesprek plaats. Bij bevredigende vorderingen in het verbetertraject zal hiervan schriftelijk verslag worden uitgebracht en kan de procedure als afgerond worden beschouwd. De commissie kwaliteit of het Medische Staf zal, al dan niet gezamenlijk, proberen er al het mogelijke aan te

doen de werkrelatie te herstellen in het geval deze verstoord is (OMS, 2008a). Op de volgende pagina is het modelreglement schematisch weergegeven.



Figuur 2: Schematische weergave modelreglement 'Mogelijk disfunctionerend medisch specialist' (2008)

2.3 Conclusie

De medisch specialisten interacteren in een pluralistisch netwerk. Dit heeft niet alleen betrekking op de directe partners waar de medisch specialist mee samenwerkt, maar ook de organen die de beroepsgroep proberen te sturen. De inspectie focust zich, in haar rol als toezichthouder op de kwaliteit van zorg, in toenemende mate op het functioneren van de medisch specialist. Ook brancheorganisaties proberen hierop in te spelen met de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten zoals de basisset kwaliteitsindicatoren. Binnen het ziekenhuis wordt de rol van aios en verpleegkundigen als zelfstandig handelende hulpverleners groter en daarmee ook hun invloed op het functioneren van de medisch specialist. Dit netwerk illustreert een verandering in de sturing op de kwaliteit van zorg. De overheid, zorgverzekeraars, ziekenhuisbestuurders en kwaliteitsmedewerkers krijgen steeds meer invloed op het dagelijks medisch werk. De samenwerking in dit netwerk is dan ook cruciaal voor de verdere ontwikkeling van de medische professie. Ook spelen de instrumenten die worden ingezet om het functioneren van medisch specialisten te beïnvloeden een prominente rol. Deze sturingsinstrumenten, tezamen met de context waarin de medisch specialist opereert, moet leiden tot een intern borgingssysteem waarin de kwaliteit wordt gewaarborgd. Aan de hand van een theoretische verkenning zal dit in het volgende hoofdstuk uiteen worden gezet.

3. Professionele zelfborging: een theoretische verkenning

De kwaliteit van de aangeboden zorg in ziekenhuizen wordt in belangrijke mate bepaald door het functioneren van medisch specialisten. Het handelen van deze specialisten wordt gewaarborgd door het sturen op een goede taakvervulling en het voorkomen van disfunctioneren. In dit hoofdstuk volgt een theoretisch uiteenzetting over het interne borgingssysteem van de kwaliteit van zorg binnen ziekenhuizen. Hierbij zal het modelreglement 'mogelijk disfunctionerend medisch specialist' in samenhang met andere kwaliteitsinstrumenten uiteen worden gezet. De vraag die centraal staat is: 'Welke voorwaarden kunnen worden geduid voor de effectieve werking van het modelreglement?'. Het concept van professionele zelfsturing en de manier van gedragsbeïnvloeding spelen hierbij een belangrijke rol. Op deze manier wordt onderzocht aan welke voorwaarden het modelreglement dient te voldoen om te kunnen fungeren als sturingsinstrument voor het functioneren van medisch specialisten.

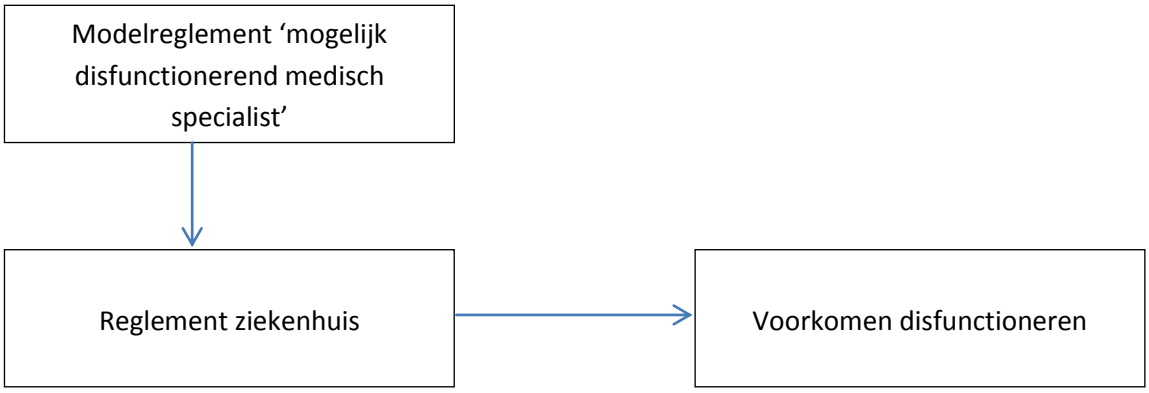
3.1 Theoretische puzzel

Bij een professie zoals de medische beroepsgroep, is het moeilijk om het functioneren van de leden van de beroepsgroep te reguleren en het gedrag van de beroepsgroep te sturen (Helderman & Wallenburg, 2013; White, 2009). Dit komt door de specifieke kenmerken van de (medische) professie en de complexe omgeving waarin deze functioneert. Zo beschikt de medisch specialist over kennis en expertise die voor anderen niet toegankelijk zijn. Deze ontoegankelijkheid van kennis en expertise leidt er toe dat anderen moeilijk grip kunnen krijgen op de condities van een goede taakvervulling in de praktijk door de specialist. Hierdoor ligt de regulering van het gedrag en het handelen van de medisch specialist grotendeels bij de medische beroepsgroep zelf en om die reden beschikt de beroepsgroep over een grote mate van zelfregulering (Helderman & Wallenburg, 2013).

De mate van zelfregulering is vervolgens van belang om het doel van een kwalitatief functioneren te bereiken. Teveel zelfregulering kan immers leiden tot onvoldoende toezicht waardoor fouten onopgemerkt blijven en tot opportunistisch gedrag bij de leden (Helderman & Honingh, 2009). Teveel regulering, aan de andere kant, kan de vertrouwensrelatie tussen de medisch specialist en de toezichthouders schaden. Als deze vertrouwensrelatie wordt geschaad zou dit de open cultuur, die belangrijk is in een ziekenhuis, kunnen benadelen. Deze open cultuur is essentieel voor het detecteren van disfunctioneren omdat bij een goede vertrouwensrelatie, ziekenhuismedewerkers elkaar sneller aanspreken op elkaars functioneren. Daarnaast kan een goede vertrouwensrelatie er voor zorgen dat

ziekenhuismedewerkers zich veilig voelt om een melding te kunnen maken van mogelijk disfunctioneren. Er dient dus een balans gevonden te worden tussen de zelfregulering van de professionals enerzijds en de regulering en beïnvloeding door andere actoren anderzijds. De vraag die bij de kwaliteitsborging van het functioneren van medisch specialisten in dit opzicht centraal staat is hoe gedrag te reguleren is zonder dat het de benodigde vertrouwensrelatie schaadt. Daarom moet gezocht worden naar instrumenten die complementair zijn aan deze vertrouwensrelatie, maar die tegelijkertijd de kwaliteit van de beroepsgroep en de controle daarop kunnen borgen (Helderman & Honingh, 2009; Helderman & Wallenburg, 2013).

Het doel van het modelreglement van de OMS is om ziekenhuizen een instrument te bieden om disfunctioneren van medisch specialisten te voorkomen, dan wel in een vroegtijdig stadium te signaleren. Daarnaast probeert het reglement kaders te schetsen om het onderzoek naar disfunctioneren in goede banen te leiden. Het modelreglement bevat elementen die door ziekenhuizen kunnen worden overgenomen in hun eigen reglement (OMS, 2008b). Een belangrijke vraag bij deze omzetting is aan welke voorwaarden het reglement van een ziekenhuis moet voldoen zodat het als sturings- en borgingsinstrument kan fungeren met betrekking tot de kwalitatieve zorgverlening door medisch specialisten. De hier geschetste relatie tussen het modelreglement, het ziekenhuisreglement en de gewenste uitkomst kan als volgt schematisch worden weergegeven:



Figuur 3: Theoretische puzzel

Naar aanleiding van bovenstaand schema wordt in de volgende paragrafen de focus gelegd op de kwaliteit van het interne borgingssysteem van de medisch specialist. Hierbij is het zelfregulerend vermogen van de beroepsgroep een belangrijke factor. In dat kader wordt ingegaan op de gedragsbeïnvloeding van medisch specialisten op basis van de theorie 'responsive regulation' van Ayres & Braithwaite (1992). Zowel de kwaliteit van het interne borgingssysteem, alsmede het zelfregulerend vermogen zijn noodzakelijke condities voor een goede uitwerking van het modelreglement. Uiteindelijk leidt deze uiteenzetting tot

beantwoording van de vraag hoe het ziekenhuis met behulp van het modelreglement het functioneren van medisch specialisten effectief kan beïnvloeden.

3.2 Gedelegeerde zelfregulering

Professionele zelfregulering van medisch specialisten kan worden gezien als de kerninstitutie van de medische professie en daarmee van 'medical governance'. Centraal daarin staat het zelfsturend vermogen van medisch specialisten. Dit betekent dat de regulering, de daarbij horende sturing en borging van publieke waarden en dus het functioneren van de medisch specialist grotendeels wordt bepaald door de professie zelf. Een voorbeeld hiervan is de kwaliteitsvisitaties die door de eigen wetenschappelijke verenigingen worden afgenomen. Dat de medische beroepsgroep dit vertrouwen krijgt toebedeeld ligt aan een specifiek set kenmerken waaraan de beroepsgroep kan worden getypeerd. Zo leidt de specifieke vakkennis bij de medische beroepsgroep tot een informatieasymmetrie tussen de specialist en andere regulerende actoren. Niet alleen het sturen en reguleren van de beroepsgroep maar bijvoorbeeld ook de toetreding tot deze professie wordt door deze asymmetrie beïnvloed (Helderman & Wallenburg, 2013, p. 5). Het zelfregulerend vermogen staat of valt met de kwaliteit van het interne borgingssysteem. Naarmate de kwaliteit van het interne borgingssysteem groter is, neemt de bruikbaarheid van dit systeem voor het ziekenhuis toe en zal het vermogen om zelfregulerend op te treden toenemen (Helderman & Honingh, 2009). Om de interactie tussen deze twee componenten (professionele zelfregulering en de kwaliteit van het interne borgingssysteem) te kunnen begrijpen wordt eerst het begrip professionele zelfregulering verder uiteen gezet waarna in de volgende paragraaf een uitleg van het interne borgingssysteem volgt.

Zelfregulering kan op geheel vrijwillige wijze plaats vinden, maar in de meeste gevallen is zelfregulering wettelijk geconditioneerd (Helderman & Honingh, 2009). Een voorbeeld van wettelijke conditionering is de regulering van de toegang tot de professie en het monitoren en sturen van de prestaties van de beroepsgroep (White, 2009, p. 375). Essentieel voor de werkzaamheid van deze zelfregulering is dat burgers erop mogen vertrouwen dat artsen de verkregen privileges, met name de klinische autonomie, niet zullen misbruiken. De relatie, of licentie tot zelfregulering, is gebaseerd op vertrouwen. In elke relatie, dus ook in de relatie tussen het ziekenhuis en de medisch specialist, schuilt echter ook onzekerheid over het handelen van de ander. Het vertrouwen in de medisch specialist dat hij of zij juist zal handelen is nooit vanzelfsprekend geweest en met name de laatste jaren staat dat vertrouwen onder druk (van Herk, 1997). Het maken van fouten wordt steeds minder getolereerd. Er is daarmee een klimaat ontstaan waarin fouten door medisch specialisten leiden tot harde sancties en openbaarheid in de media (ook wel 'naming en

shaming' genoemd). Dit levert niet alleen repercussies op voor het betreffende ziekenhuis, maar ook levert dit een negatieve beeldvorming op voor alle andere ziekenhuizen in Nederland.

De schandalen die de afgelopen jaren in de media breed zijn uitgemeten, zoals het disfunctioneren van de ex-neuroloog Jansen Steur van het Medisch Spectrum Twente, en het daaruit voortvloeiende wantrouwen tegenover de medisch professie als geheel, heeft het zelfregulerend vermogen van de medische beroepsgroep aangetast (de Bont et. al. 2009, p. 10; WRR, 2008). Door het toegenomen wantrouwen is de focus op de kwaliteit van de zorg en daarmee het functioneren van medisch specialisten steeds groter geworden. Van belang is dan ook dat de kwaliteit van het interne borgingssysteem in orde is om het vertrouwen in het zelfregulerend vermogen van de medisch specialist te hernieuwen. De redenering hierachter is dat naarmate de kwaliteit van het interne borgingssysteem hoog is, de bruikbaarheid van deze borgingssystemen voor externe toezichthouders ook toeneemt. Hierdoor zal het zelfregulerend vermogen ook toenemen. Als daarentegen de kwaliteit van het interne borgingssysteem wordt geschaad, neemt ook het zelfregulerend vermogen af (Helderman & Honingh, 2009).

Om het vertrouwen in de relatie tussen de medisch specialist en het publiek niet opnieuw te beschadigen, zijn de IGZ, het ziekenhuis en de belangenorganisaties zich gaan toeleggen op het sturen op de kwaliteit van de zorg en op het gedrag van de medisch specialisten. Hierdoor is er een ander soort regulering ontstaan waarbij extern toezicht plaatsvindt op de zelfregulering van de beroepsgroep. Ayres &Braithwaite (1992) duiden dit type regulering aan als gedelegeerde zelfregulering. Gedelegeerde zelfregulering heeft hierbij twee betekenissen. Ten eerste wordt de medische professie door de staat verplicht om het eigen systeem te reguleren. Zij wordt dus door middel van regelgeving verplicht om aan zelfregulering te doen. Ten tweede kunnen de regels die door de medische professie worden ontwikkeld publiekrechtelijk worden afgedwongen. Door een externe partij, in het geval van de IGZ, wordt er gecontroleerd of het interne kwaliteitssysteem voldoet aan de algemeen geldende standaarden. Zo is in de basisset kwaliteitsindicatoren van de IGZ, waarmee de kwaliteit in een ziekenhuis wordt gemonitord, opgenomen dat ieder ziekenhuis een reglement moet hebben wat ingaat op de manier waarop er gehandeld moet worden bij functioneringsvraagstukken van medisch specialisten. Op deze manier worden ziekenhuizen die niet voldoen aan de standaard, of daar niet aan willen voldoen, gedwongen een reglement te ontwikkelen. De zelfregulering wordt aldus publiekelijk getoetst, niet op vrijwillige basis maar onder gezag van de toezichthouder. Op deze manier kan de publieke standaard worden gewaarborgd (Helderman & Honingh, 2009).

De zelfregulering van medisch specialisten is dus geen vrijblijvend recht, maar verplicht. Externe partijen, zoals de IGZ, stellen randvoorwaarden op waaraan de medische professie dient te voldoen. Deze gedelegeerde zelfregulering is ontstaan vanuit afgenomen vertrouwen in de medisch specialist door een reeks van incidenten met betrekking tot disfunctioneren. Deze incidenten geven aan dat er hiaten zitten in het zelfregulerend vermogen van de medisch specialisten. Echter, alleen maar externe regulering zal ook niet het gewenste effect hebben. Een balans kan gevonden worden in de theorie 'responsive regulation' van Ayres & Braithwaite (1992), verder in dit onderzoek aangeduid als responsieve regulering.

3.3 Responsieve regulering

De vraag is met welke instrumenten we een balans kunnen vinden tussen het zelfregulerend vermogen van de medisch specialist en de externe controle door andere actoren. Het is een kwestie van vertrouwen geven om het lerende vermogen te behouden en een veilige omgeving te creëren om fouten te kunnen melden, maar waarbij men niet doorslaat naar een model waarbij er onvoldoende toezicht is en opportunistisch gedrag mogelijk is. De theorie van Ayres & Braithwaite (1992) geeft hiervoor een werkzaam model.

Braithwaite, Healy en Dwan (2005) beargumenteren in hun artikel '*The governance of healthsafety and quality'* dat responsieve regulering een werkzaam framework biedt om de juiste regulerende benadering te vinden. Het hoofdargument voor de medische beroepsgroep, dat afgeleid kan worden uit responsieve regulering is dat de kwaliteit van de zorg en het functioneren van medisch specialisten het meest succesvol zal zijn als instrumenten worden ingezet die reageren op de context, inhoud en cultuur van de medisch specialisten. Het gaat hierbij om de combinatie van intrinsieke en extrinsieke prikkels die leiden tot goed handelen.

Responsieve regulering, als model voor gedragsbeïnvloeding van medisch specialisten, heeft drie centrale uitgangspunten (Braithwaite, Healy & Dwan, 2005). Het eerste uitgangspunt is dat een dialoog tussen de medisch specialisten moet worden bevorderd. De beroepsgroep zoekt hierbij naar instrumenten die dat dialoog tot stand kunnen brengen, waarbij overredingskracht centraal staat. Het gaat hierbij zowel om een dialoog tussen medisch specialisten, als een dialoog tussen de medisch specialist en de toezichthouder. Het tweede uitgangspunt is dat één regulerend mechanisme niet voldoende is om het doel, compliance met de geldende regels en protocollen, te kunnen bereiken. Eén instrument of regulerend mechanisme is zelden effectief. Daarom moet er een systeem gecreëerd worden waarin meerdere instrumenten kunnen worden ingezet die elkaar ondersteunen en versterken. De zwakte van het ene instrument kan dan worden

opgevangen door de sterke punten van een ander instrument. Het derde uitgangspunt is dat er altijd voldoende capaciteit aanwezig dient te zijn om het ingezette overredingsinstrument aan te vullen met sanctionerende instrumenten. Deze combinatie van horizontale en verticale toezichtstrategie zorgt ervoor dat er sprake is van 'handhaving op maat'(Ottow, 2009, p. 13). De hierboven uiteen gezette uitgangspunten worden vormgegeven in de 'regulatory pyramid' van Ayres &Braithwaite (1992). Aan de hand van deze pyramide wordt bezien welke handhavingsinstrumenten dienen te worden ingezet: een hiërarchie van sancties, oplopend van licht tot zwaar en van horizontaal naar verticaal (Ottow, 2009, p. 12).

3.3.1 Regulatory Pyramid: vertrouwen en leren

De 'regulatory pyramid' (reguleringspyramide) van Ayres & Braithwaite (1992) is een model dat een oplossing tracht te vinden voor wanneer men sanctionerende of overredende instrumenten moet inzetten om gedrag te kunnen sturen door middel van protocollen en gedragscodes. Deze compliance wordt bewerkstelligd door intrinsieke en extrinsieke prikkels voor goed handelen, waarbij vertrouwen en het lerend vermogen centraal staan. Informele interventies, zoals positieve feedback op het functioneren, zijn dan ook belangrijk om de medisch specialist te overtuigen om bepaald (voorgeschreven) gedrag te gaan vertonen.

De eerste stap is dat er, in lijn met het eerste uitgangspunt van het model van de responsieve regulering, gestreefd dient te worden naar instrumenten gebaseerd op dialoog. Door informele incentives in te zetten in plaats van sancties op te leggen. Er wordt zo een eerste basis gelegd om compliance met regels en standaarden te waarborgen, door te richten op informele incentives in plaats van sanctionerende instrumenten. Het creëert een setting om specialisten eerst een kans te geven hun gedrag aan te passen in plaats van bij overtreding gelijk over te gaan tot sanctionele maatregelen. Dit leidt ertoe dat er een open cultuur wordt gecreëerd waarin het verbeteren en leren van fouten centraal staat. Daarnaast is de drempel tot het melden van mogelijk disfunctioneren kleiner als men weet dat men niet gelijk tot harde sancties zal overgaan, maar eerst een oplossing probeert te vinden door middel van een dialoog. Daarbij moeten er wel uitwijkmogelijkheden zijn tot instrumenten of strategieën die meer van sanctionele aard zijn, mocht overredingskracht in het specifieke geval niet werken. Dit betekent dat er een stap omhoog wordt gezet in de pyramide, waarbij er instrumenten worden ingezet die aan de medisch specialist worden opgelegd, dus extrinsiek gemotiveerd. Volgens Braithwaite, Healy en Dwan (2005) is het daarnaast waarschijnlijker dat overredingskracht beter zal werken als specialisten weten dat niet-naleving niet wordt geaccepteerd en leidt tot verdergaande (sanctionerende) stappen.

3.3.2 De reguleringspyramide en het zelfregulerend vermogen van de medisch specialist

De reguleringspyramide bestaat uit vijf stappen, waar typen mechanismen met bijbehorende instrumenten aan gekoppeld zijn. Zoals in paragraaf 3.2 al uiteengezet is het mechanisme van zelfregulering typerend voor de medische professie. De basis van de pyramide van de gezondheidssector wordt gevormd door motiverende incentives tot goed handelen, door Ayres & Braithwaite (1992) geduid als het marktmechanisme. Hierbij worden medisch specialisten gemotiveerd tot goed handelen door de inkomsten die ze krijgen voor de geleverde zorg en de reputatie die zij ontlenen uit hun functioneren. Daarnaast krijgen de patiënten aan de vraagzijde meer invloed door de kwaliteitsmetingen die worden verricht en de kennis die uit deze metingen voortvloeit. Het daarop volgende mechanisme is gebaseerd op het voluntaristisch gedachtengoed. Het uitgangspunt is dat de medisch specialist het juiste zal doen zonder enige dwang, omdat hij in de kern intrinsiek gemotiveerd is om kwalitatieve zorg te leveren. Dit hangt nauw samen met het mechanisme van zelfregulering. Georganiseerd door collectieve actie binnen de medische professie, worden instrumenten ter bevordering van de kwaliteit ontwikkeld en gebruikt. Deze collectieve actie wordt dan niet geïnitieerd door externe actoren zoals de IGZ, maar door de beroepsgroep zelf. De intrinsieke motivatie levert dan een basis voor zelfbinding op. Voorbeelden hiervan zijn IFMS en de kwaliteitsvisitaties waar medisch specialisten op basis van algemeen geldende regels, opgesteld door de beroepsgroep, elkaar beoordelen. De twee laatste mechanismen in de reguleringspyramide worden beïnvloed door externe partijen. Als het gedrag namelijk niet meer gereguleerd of beïnvloed kan worden op het niveau van de beroepsgroep zelf, worden externe regulerende organen ingezet. In dat geval functioneert het interne borgingssysteem niet (meer) naar behoren. Dit is het niveau van meta-regulering waarbij een extern regulerend orgaan, de toezichthouder, er op toeziet dat zorgaanbieders beleid implementeren die de kwaliteit en veiligheid waarborgen. In het geval van het Nederlandse gezondheidsstelsel is het de IGZ die als extern orgaan toeziet op de kwaliteit door middel van onderzoek naar meldingen en monitoring via kwaliteitsindicatoren. Een voorbeeld hiervan is de basisset kwaliteitsindicatoren van de IGZ en de herregistratie. Aangezien de IGZ gebruik maakt van risico gestuurd toezicht, heeft de toezichthouder indicatoren voorhanden waarmee een inschatting gemaakt kan worden van de bestaande risicogebieden op onverantwoorde zorg. Waar mogelijk wordt gebruik gemaakt van bestaande indicatoren, en waar nodig vraagt de IGZ aanvullende gegevens op bij zorgaanbieders. Herregistratie is bedoeld om de kwaliteit van zorg te waarborgen door een minimum aan bij- en nascholing te garanderen (IGZ, 2014). Medisch specialisten zijn verplicht hier aan deel te nemen om hun medisch-inhoudelijke kennis up-to-date te houden en hun BIG-registratie te continueren. Dit betekent dat als een specialist de herregistratie niet behaalt, hij/zij ook geen praktiserend arts meer mag zijn, ook al is een ongeregistreerde medisch specialist niet per definitie een slecht functionerende specialist. De eisen

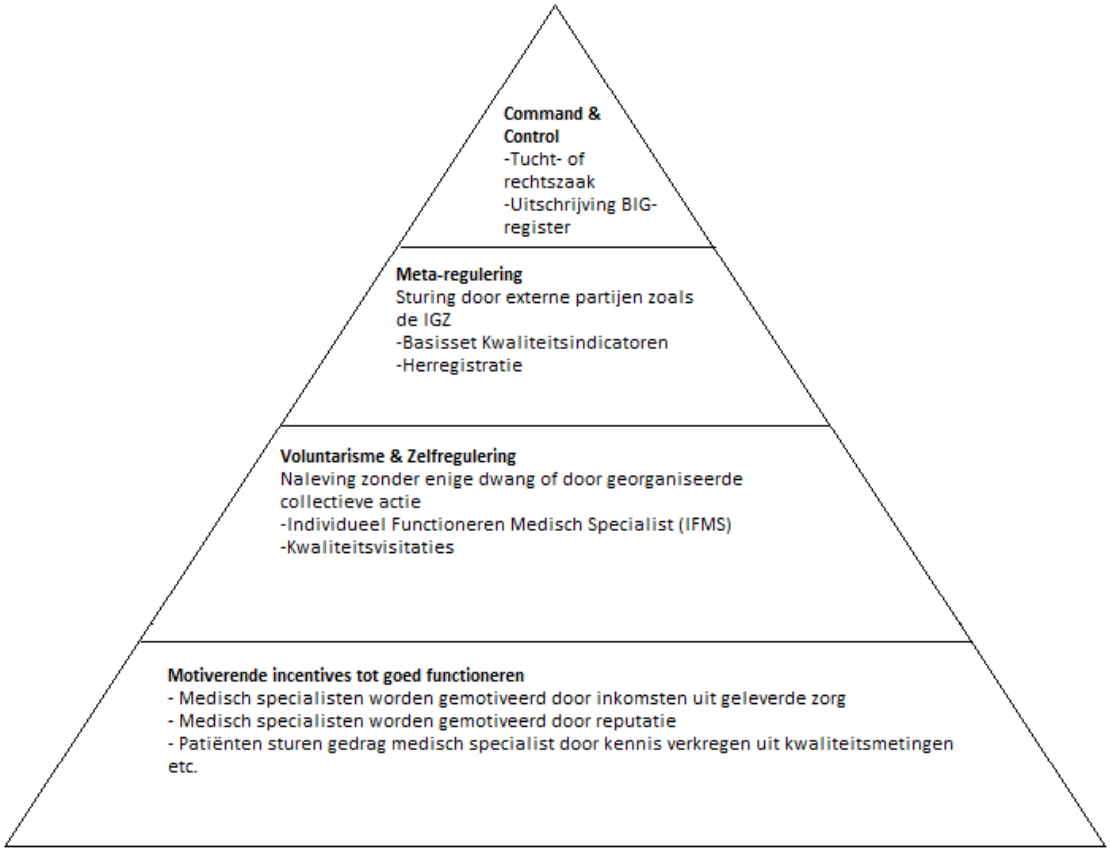
voor herregistratie worden opgesteld door het College Geneeskundig Specialismen (CGS). De eisen waaraan de medisch specialist moet voldoen kunnen worden onderverdeeld in drie velden (Croonen, 2013, p. 1422):

- de omvang van de praktijkuitoefening;
- de gevolgde bij- en nascholing;
- de deelname aan overige kwaliteitsbevorderende activiteiten, zoals kwaliteitsvisitaties.

De uitvoering van de herregistratie wordt verricht door Registratiecommissie Geneeskundig Specialisme (RGS).

Tot slot, aan de top van de reguleringspyramide in de gezondheidssector, is er het mechanisme 'command & control'. Dit betekent handhaving van regels door de overheid waarbij er sanctionerende instrumenten worden ingezet om naleving af te dwingen. Mocht de medisch specialist niet tot naleving in staat zijn kan het tuchtcollege zijn BIG-registratie ontzeggen. Dit wordt gezien als het meest bestraffende instrument, omdat de specialist niet meer bevoegd is om zijn professie uit te oefenen.

De reguleringspyramide van de gezondheidszorgsector is gebaseerd op de pyramide van Ayres & Braithwaite (1992, p.35 – 39) en is daarbij vertaald naar de kwaliteitsinstrumenten binnen de medisch specialistische zorg. De pyramide ziet er hierdoor als volgt uit:



Figuur 4: Reguleringspyramide

De pyramide geeft een verschuiving weer in het instrumentarium en in de mogelijkheden van zelfregulering naarmate de non-compliance en ernst van de disfunctioneren toeneemt. Eerst krijgen specialisten de kans tot zelfregulering en zijn de instrumenten nog gericht op dialoog maar naarmate de non-compliance toeneemt, neemt ook de controle en beïnvloeding door externe partijen toe. Hoe hoger in de pyramide men zich begeeft doordat men de regels niet naleeft, hoe bestraffender de instrumenten worden en hoe verder het zelfregulerend vermogen en daarmee de handelingsvrijheid wordt beperkt.

Het modelreglement van de OMS kan ten opzichte van andere kwaliteitsinstrumenten gepositioneerd worden tussen het mechanisme van zelfregulering en meta-regulering in. Het doel van het reglement is om disfunctioneren tijdig te signaleren, te onderzoeken en aan te pakken. Hierbij wordt er als eerste op de dialoog en de intrinsieke motivatie van de medisch specialist gefocust om zijn handelen aan te passen. Pas als dit niet werkt wordt overgestapt op zwaardere, sanctionerende instrumenten. Dit kan betekenen dat het officiële onderzoek, zoals aangeduid in het modelreglement, wordt ingezet. Hierbij wordt er getracht om de medisch specialist extrinsiek te motiveren om conform de regels en protocollen te functioneren.

3.4 Anatomie van het interne borgingssysteem

De instrumenten in de reguleringspyramide beïnvloeden het gedrag van de medisch specialist. Deze gedragsbeïnvloeding is één van de componenten die een goed functionerend interne borgingssysteem realiseert en daarmee de kwaliteit van de zorg waarborgt. Het interne borgingssysteem is een systeem binnen het ziekenhuis dat zich richt op het beheersen van mogelijke risico's met negatieve effecten. Daarnaast bewaakt het een minimaal kwaliteitsniveau (Helderman & Honingh, 2009). Des te beter het interne borgingssysteem en de daarbij horende mechanismen en instrumenten van de organisatie functioneert, des te meer de kwaliteit van de zorg kan worden gewaarborgd. Om een goed functionerend intern borgingssysteem te realiseren, moet dit systeem aan een aantal voorwaarden voldoen. Deze zijn te herleiden uit de controlecomponenten zoals weergegeven in tabel 1. Hierbij dient de context van het systeem in ogenschouw te worden genomen. De eerste dimensie is dan ook de context waarin het interne borgingssysteem zich begeeft. Er zijn drie componenten die de context duiden, namelijk: het primaire risico, de maatschappelijke en politieke preferenties en percepties ten aanzien van een specifiek risico en het zelfregulerend vermogen van de risico veroorzaker. Het primaire risico kan in dit onderzoek omschreven worden als het disfunctioneren van medisch specialisten. Een indirect risico dat hieraan verbonden is, is dat bij ernstig of veel voorkomend disfunctioneren de licentie tot zelfregulering kan worden ingeperkt doordat het vertrouwen in het handelen van de medisch specialist wordt opgezegd. De belangrijkste component, het zelfregulerend vermogen van de medisch specialist, is in paragraaf 3.2 besproken. Deze componenten dienen in ogenschouw te worden genomen bij de invulling van de componenten uit de tweede dimensie die bestaan uit de controlecomponenten. Deze controle componenten zijn: normering, informatievergaring en gedragsbeïnvloeding (Helderman & Honingh, 2009). De controle componenten geven vorm aan het interne borgingssysteem en zullen hieronder verder worden uiteengezet en zijn daarmee voorwaarden voor een goed werkend interne borgingssysteem.

	Controle componenten van het interne borgingssysteem		
	Normering	Informatievergaring	Gedragsbeïnvloeding
Context			
Primaire risico			
Maatschappelijke en politieke preferenties en percepties tav een specifiek risico			
Het zelfregulerend vermogen van de risico veroorzaker			

Tabel 1: Het interne borgingssysteem (Helderman & Honingh, 2009, p. 37)

3.4.1 Controle componenten van het interne borgingssysteem

De (controle)componenten, of voorwaarden, informatievergaring, normering en gedragsbeïnvloeding bepalen de manier waarop het interne borgingssysteem wordt ingericht en daarmee de kwaliteit van de zorg. Daarnaast is er een algemene voorwaarde die invloed heeft op het functioneren van het interne borgingssysteem, namelijk de interne organisatie.

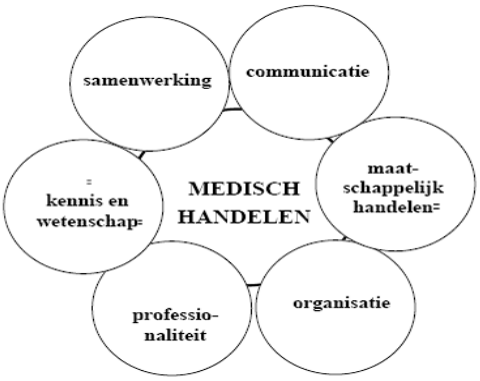
Interne organisatie

Een algemene voorwaarde voor het welslagen van het interne borgingssysteem is de interne organisatie van het ziekenhuis (Helderman & Honingh, 2009). De interne organisatie staat los van de twee dimensies die hierboven zijn onderscheiden. Een optimale invulling van de twee dimensies met bijbehorende componenten, kan voor de werking van het interne borgingssysteem alsnog teniet worden gedaan door de specifieke interne organisatie. Wanneer het borgingssysteem niet eenduidig en gezaghebbend is georganiseerd binnen het ziekenhuis, neemt de betrouwbaarheid van het borgingssysteem af. Dit betekent dat er duidelijk afspraken moeten zijn over wie het aanspreekpunt is voor functioneringsvraagstukken en wie daarvoor de verantwoordelijkheid draagt. Degene die verantwoordelijk is voor de functioneringsvraagstukken, draagt ook de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het onderzoek naar mogelijk disfunctioneren.

Normeringskader

Voor de controlecomponent 'normering' in het interne borgingssysteem is het voor dit onderzoek van belang eerst vast te stellen wat moet worden voorstaan onder 'disfunctioneren'. Wat is hiervoor de algemeen geldende norm? En is deze norm ook een gedeeld goed? Dit kan het resultaat zijn van

onderhandelingen maar kan ook gebaseerd zijn op vergelijkbare situaties of best practices (Helderman & Honingh, 2009). Sinds een aantal jaar wordt het functioneren van de medisch specialist getoetst aan het CanMEDS model (Canadian Medical Education Directions for Specialists). Dit model bestaat uit een 28-tal competenties, gegroepeerd in een zevental gebieden, die men als arts moet bezitten en nastreven (KNMG, 2013). Het medisch handelen staat hierbij centraal, maar het model benadrukt ook het belang van de zestal competenties op andere gebieden (samenwerking, communicatie, maatschappelijk handelen, kennis en wetenschap, professionaliteit en organisatie). In de medische vervolgopleiding speelt dit model een centrale rol in het toetsen van de vaardigheden van aios. Echter, het model wordt ook veelvuldig gebruikt in de bij- en nascholing van medisch specialisten en het kwaliteitsbeleid in ziekenhuizen. Het CanMEDS model is hieronder schematisch weergegeven.



Figuur 5: CanMEDS model (KNMG.nl, 2013)

Over deze gebieden en de competenties is in de medische wereld discussie (Luik, van. Mook, van & Oosterhout, van. 2009). Zo is het begrip 'professionaliteit' multi-interpreteerbaar en dynamisch. Het vastleggen van een definitie met betrekking tot het begrip professionaliteit is niet globaal, maar is gebonden aan een bepaalde tijd en context. Uit de studie van Van Luik et. al. (2009) blijkt eveneens dat het geheel aan professionele taken deel uitmaakt van alle competenties die door de CanMEDS worden beschreven. De competenties zijn dus niet uitsluitend en overlappen elkaar op sommige punten. Dit leidt tot onduidelijkheid en verschillende interpretaties. Derhalve wordt gepleit voor een alternatief CanMEDS-model waarbij het begrip professionaliteit alle overige CanMEDS competenties omvat (Luik, van. Mook, van & Oosterhout, van. 2009, p. 114).

Deze discussie geeft aan dat het lastig is om de normen te objectiveren. Zo worden er veel verschillende definities van 'disfunctioneren' gehanteerd. Zo hanteert de OMS de volgende definitie: *"Een structurele situatie van onverantwoorde zorg waarin een patiënt wordt geschaad of het risico loopt te worden*

geschaad, en waarbij de betreffende arts niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen" OMS, 2008a). De IGZ hanteert een andere richtlijn: *"Disfunctioneren is het structureel tekortschieten (door handelen of nalaten) van een beroepsbeoefenaar in het leveren van verantwoorde zorg waardoor een patiënt of de patiëntenzorg wordt geschaad of het risico loopt te worden geschaad*" (IQHealthcare, 2012). Anderen hanteren het hierboven genoemde CanMEDS-model om disfunctioneren te typeren. Daarnaast zijn er ook ziekenhuizen die eigen ontwikkelde normeringskaders hanteren.

Informatievergaring

Informatievergaring is de tweede controle component die de invulling van het interne borgingssysteem bepaalt en daarmee de kwaliteit van de zorg waarborgt. Informatievergaring kan via verschillende kanalen plaatsvinden en kan verschillende doelen hebben. Ten eerste kan de onderzoekscommissie informatie vergaren door inspecties te houden bij de organisatie en dus actief te handelen. Daarnaast kan er ook reactief informatie worden verzameld als er signalen worden opgevangen dat het systeem niet optimaal functioneert. Dit kan door berichtgeving vanuit de media of door meldingen van calamiteiten. Het doel van deze informatie kan zijn om bekende risico's te analyseren, maar het kan zich ook richten op onbekende risico's en het in kaart brengen van deze risico's. Het gaat dus om de manier waarop informatie wordt verzameld en hoe deze informatie wordt aangewend in de toetsing. In het hier onderzochte geval van functioneren van medisch specialisten vindt de toetsing plaats aan de hand van periodieke rapportages op basis van interne en externe audits (OMS, 2013). Voorbeelden van deze audits zijn het Individueel Functioneren Medisch Specialisten (IFMS) en periodiek gehouden kwaliteitsvisitaties. Het systeem van IFMS richt zich daarbij op de individuele medisch specialist en heeft als doel het individueel medisch handelen te verbeteren door middel van een periodiek gesprek waarbij gebruik wordt gemaakt van een eigen portofolio en van feedback uit de werkomgeving van de betrokken specialist. Op die manier kan er een verbeterplan worden opgesteld, dat na één of twee jaar weer wordt getoetst. Twee instrumenten worden voor deze evaluatie veelvuldig in Nederlandse ziekenhuizen gebruikt: Multisource Feedback (MSF) en Appraisal & Assessment (A&A). Beiden maken gebruik van 360-gradenfeedback, waarbij het oordeel van patiënten, medewerkers en collega-specialisten en aios een belangrijke rol spelen. Het evaluatiegesprek wordt gevoerd met een lid van de eigen Medische Staf. Het is dus een intercollegiaal gesprek waar externe partijen (zoals patiënten en toezichthouders) geen toegang tot hebben. Sinds 2009 is er een indicator IFMS in de basisset kwaliteitsindicatoren van IGZ opgenomen. Aangezien dit systeem niet verplicht is en op vrijwillige basis wordt gebruikt, moet dit een stimulans voor de Medische Staf zijn om meer gebruik te gaan maken van IFMS (Orde van Medisch Specialisten, 2013). Ook wordt er in deze basisset een indicator opgenomen met betrekking tot de aanwezigheid van een

procedure voor het oplossen van problemen met disfunctionerende medisch specialisten (IGZ, 2014, p.139). Bij de periodieke kwaliteitsvisitaties, die hierboven als tweede voorbeeld van audit zijn genoemd, wordt de vakgroep elke vijf jaar door een onafhankelijke commissie gevisiteerd. De visiterende commissie wordt aangesteld door de betreffende wetenschappelijke vereniging. Naar aanleiding van de kwaliteitsvisitatie verschijnt er een visitatierapport met conclusies en adviezen. De conclusies en adviezen worden ook naar het Medische Staf en de Raad van Bestuur van het ziekenhuis gestuurd. Deze adviezen zijn niet alleen bruikbaar voor de vakgroep, het ziekenhuis en de Medische Staf zelf, maar ook geeft het de wetenschappelijke verenigingen een duidelijk beeld van de stand van zaken in het werkveld. Met de verzamelde gegevens stelt elke wetenschappelijke vereniging zijn kwaliteitsbeleid, -normen en -instrumenten zo nodig bij Het gaat hier om richtlijnen, protocollen, modellen, standpunten, opleiding, bij- en nascholing en patiëntenvoorlichting (OMS, 2014). Deelname aan kwaliteitsvisitatie is voor de medisch specialist verplicht als men zijn of haar herregistratie wil behouden. Ook wordt de verplichte deelname door ziekenhuizen vaak opgenomen in de interne overeenkomsten. Zij kunnen daarbij aansluiten op artikel 2.7 van het model Toelatingsovereenkomst: 'De medisch specialist verbindt zich in het kader van de uitoefening van zijn werkzaamheden in het ziekenhuis mee te werken aan het kwaliteitsbeleid in het ziekenhuis, waaronder in elk geval wordt begrepen medewerking aan accreditatie, visitatie, intercollegiale toetsing, onderzoek en behandeling van klachten, bij- en nascholing, patiëntbegeleiding, coördinatie van medisch specialistische zorg en documentatie' (Legemaate, J. 2009, p.37). Daarnaast kan in deze overeenkomst ook worden opgenomen dat op verzoek van het bestuur en/of Medische Staf de medisch specialist informatie dient te verstrekken over de uitkomsten van dergelijke evaluaties. In 2009 zijn de wetenschappelijke verenigingen begonnen met een traject dat ingaat op modernisering van de kwaliteitsvisitaties. Zo worden de conclusies en adviezen meer gestroomlijnd met tijdstermijnen. Als er vanuit een visitatie een voorwaarde wordt gesteld om beter te functioneren staat er een deadline van zes maanden om deze voorwaarde te implementeren. Een zwaarwegend advies moet binnen twee jaar worden opgevolgd en een aanbeveling moet binnen vijf jaar zijn gerealiseerd. Sinds 2009 gaan ook de conclusies en aanbevelingen van de visitatiecommissie naar de Medische Staf en de RvB, om meer transparantie over bepaalde ontwikkelingen te bewerkstelligen. Sinds 2011 is hieraan toegevoegd dat er na een visitatie, binnen één jaar, een voortgangsrapportage moet worden gemaakt (OMS, 2013d).

Gedragsbeïnvloeding

De component gedragsbeïnvloeding van het interne borgingssysteem is al in paragraaf 3.3 uiteen gezet aan de hand van de theorie van Ayres & Braithwaite (1992). Deze component is een essentieel onderdeel van het conceptueel model omdat er een balans gevonden dient te worden tussen de zelfsturing van de

professionals aan de ene kant en de regulering en beïnvloeding door andere actoren anderzijds. De vraag daarbij is hoe gedrag te reguleren is zonder dat het de vertrouwensrelatie schaadt en er dus instrumenten worden gebruikt die complementair zijn aan deze vertrouwensrelatie. Als men namelijk direct op hele zware sancties gaat inzetten ondermijnt dat het vertrouwen. Van belang is dat medewerkers in het ziekenhuis zich veilig voelen om fouten te kunnen melden. In de luchtvaart wordt veel aandacht besteed aan deze vertrouwensrelatie en kan dan ook als voorbeeld worden gezien voor andere sectoren. Het begrip 'just culture', waarmee de manier waarop de vertrouwensrelatie wordt ingericht wordt aangeduid, is hiervoor een goed voorbeeld, mede omdat het ook iets zegt over de sanctionering. 'Just culture' betekent dat beide partijen (de onder toezicht gestelde en de toezichthouder) verwachten rechtvaardig te worden behandeld door de ander. Dit betekent dat openheid van de onder toezicht gestelde wordt beloond met vertrouwen en minder harde sancties, mits er geen sprake is van grove nalatigheid of moedwillig kwaad doen. Het besef is enerzijds dat disfunctioneren te allen tijde vermeden dient te worden, maar anderzijds dat er geleerd kan worden van incidenten die zich hebben voorgedaan (Helderman & Honingh, 2009, p. 11, 58).

Deze drie componenten, normeringskader, informatievergaring en gedragsbeïnvloeding geven vorm aan het interne borgingssysteem van ziekenhuizen. De voorwaarden die bij deze componenten horen, zoals hierboven geschreven, zorgen voor de kwaliteit van het interne borgingssysteem. Daarbij moet er rekening gehouden worden met de context waarin dit borgingssysteem fungeert. Dit betekent dat het zelfregulerend vermogen van medisch specialisten en het primaire risico, het kwijtraken van deze licentie, in ogenschouw moet worden genomen.

3.5 Voorwaarden voor het modelreglement

De OMS, die het reglement 'mogelijk disfunctionerend medisch specialist' heeft ontwikkeld, probeert het gedrag van haar leden te sturen door algemeen geldende standaarden en protocollen op te stellen. Het doel van deze standaarden is het disfunctioneren van medisch specialisten tijdig op te sporen en bij te sturen door het opzetten van een verbetertraject. Op deze manier wordt getracht de inzet van instrumenten uit de top van de reguleringspyramide van de gezondheidssector, zoals het uitschrijven uit het BIG-register of een strafrechtelijk onderzoek, te voorkomen.

Aan de hand van de hiervoor besproken theorie van responsieve regulering en de uitwerking daarvan in het interne borgingssysteem, kunnen voorwaarden worden gedistilleerd waaraan het modelreglement moet voldoen, wil zij effectief het disfunctioneren binnen de groep van medisch specialisten in de

Nederlandse ziekenhuizen vroegtijdig kunnen signaleren en de kwaliteit van de zorg kunnen waarborgen. Deze voorwaarden zijn gericht op de kwaliteit van het interne borgingssysteem en zelfregulerend vermogen van de medisch specialisten en hebben betrekking op de informatievergaring, normering en gedragsbeïnvloeding die zijn beschreven als de controlecomponenten van het interne borgingssysteem (weergegeven in tabel 1).

Interne organisatie

Een algemene voorwaarde voor het goed functioneren van het interne borgingssysteem is de manier waarop het systeem is georganiseerd. Wanneer het borgingssysteem niet eenduidig en gezaghebbend is georganiseerd binnen de organisatie van de onder toezicht gestelde, neemt de betrouwbaarheid van het systeem af (Helderman & Honingh, 2009, p. 100). Dit betekent dat in het ziekenhuis dus duidelijk moet worden afgestemd wie verantwoordelijk is voor de functioneringsvraagstukken en bij wie ziekenhuismedewerkers dus een melding kunnen doen van vermeend disfunctioneren. De RvB is eindverantwoordelijke voor de kwaliteit van de zorg. De Medische Staf waarin de medisch specialisten zijn verenigd is daarnaast verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg. De afspraken en de interactie tussen deze twee organen is dus belangrijk en zal dan ook geïntegreerd moeten worden in het modelreglement (OMS, 2008a).

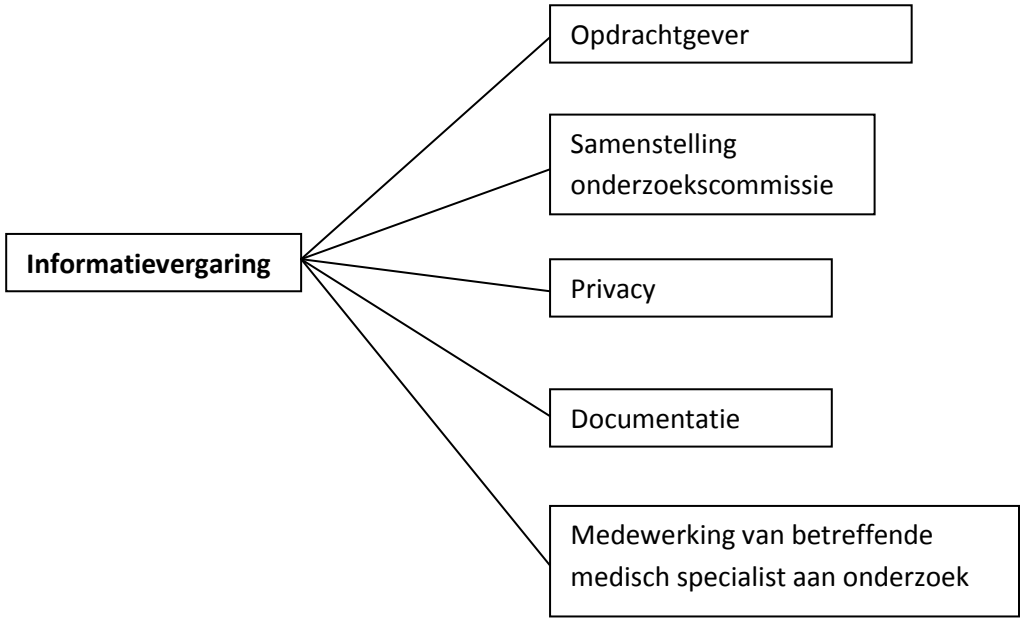
Normeringskader

Als eerste voorwaarde dient er een normeringskader te zijn waaraan getoetst kan worden of er sprake is van disfunctioneren en in welke mate. Zoals eerder al gezegd bestaan er verschillende toetsingskaders op basis waarvan het functioneren kan worden getoetst. Het CanMEDS-model is de laatste jaren veel gebruikt om functioneren en disfunctioneren te toetsen, maar ook andere definities komen naar voren. Een voorbeeld hiervan is de definitie die door de OMS wordt gehanteerd waarin de CanMEDS competenties niet expliciet staan beschreven. Disfunctioneren kan zich echter op veel verschillende manier uiten. Er kan daarbij wel een onderscheid gemaakt worden tussen disfunctioneren op medisch inhoudelijke competenties of op zachte competenties, zoals communicatie en samenwerking. Daarnaast is het ook belangrijk dat deze normen een gedeeld goed zijn en dat er niet met verschillende toetsingskaders wordt gewerkt. Belangrijk bij dit normeringskader is dat de normen objectiveerbaar zijn. Als normen beter zijn te objectiveren, neemt de kans op het gebruik van een intern borgingssysteem voor de normen toe (Helderman & Honingh, 2009, p. 100). Als eerste voorwaarde geldt dus dat het OMS-reglement een duidelijk objectiveerbaar toetsingskader bevat over wat disfunctioneren is.

Informatievergaring

Ten tweede gaat het om de manier waarop de informatie in het onderzoek wordt vergaard. Mr. de Die

(2012, p. 323) geeft een aantal handvatten om de manier van informatievergaring in goede banen te leiden. Volgens haar gaat een tucht- of rechtszaak al snel de mist in door een slordige voorbereiding of door onvoldoende aandacht voor de consequenties van bepaalde keuzes. Zo hebben de onderzoeksmethode en de samenstelling van de commissie invloed op de informatievergaring. De informatievergaring kan worden opgedeeld in een aantal componenten, zoals hieronder schematisch wordt weergegeven:



Figuur 6: Voorwaarde voor informatievergaring

Ten eerste is het van belang dat er van te voren een duidelijke onderzoeksopdracht ligt. Dit betekent dat er vast staat wie de opdrachtgever is en dus verantwoordelijkheid draagt voor het onderzoek. Is dat het Medische Staf, Raad van Bestuur of beide? De onderlinge communicatie en afstemming dient dan ook op regelmatige basis plaats te vinden. Ten tweede is het van belang dat de samenstelling van de onderzoekscommissie geen enkele schijn van partijdigheid heeft. Collega's waarmee frequent wordt samengewerkt moeten vooraf worden uitgesloten. Ook kan overwogen worden, afhankelijk van de onderzoeksvraag, om externe deskundigheid in te schakelen. Niet altijd is er genoeg expertise aanwezig in een ziekenhuis om een onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden.
Ten derde moet er ook aan de procedurele zorgvuldigheid worden gedacht. Vaak wordt er haast gemaakt zodra er wordt besloten een onderzoek in te stellen. Dit terwijl het probleem naar alle waarschijnlijkheid zich al jaren voortsleept. Voortvarendheid moet echter geen prioriteit krijgen boven zorgvuldigheid. Eén

van de aspecten die hierbij belangrijk is, is de documentatie. De respondenten moeten tijdens een onderzoek hun eigen concept-gespreksverslagen ter correctie voorgelegd krijgen zodat ze daarna vastgesteld kunnen worden. Op deze manier kan er geen onduidelijkheid ontstaan over wat er tijdens de gesprekken is behandeld. Noodzakelijk is ook dat er hoor en wederhoor met de betrokken specialist toegepast wordt en dat de betreffende specialist dus meewerkt aan het onderzoek. Echter, er wordt vaak in de voorfase onderhandeld met de medisch specialist over de vertrouwelijkheid van het rapport. Als het bestuur zich buiten spel zet door vertrouwelijkheid toe te zeggen, kan dit consequenties hebben tijdens een eventueel toekomstig geschil over de toelatingsovereenkomst. De medewerking van de betreffende medisch specialist is van belang, niet alleen omdat dat aangeeft dat de medisch specialist bereid is tot eventuele verbetering of zelfreflectie, maar ook omdat dat de mogelijkheid geeft een volledig beeld te kunnen schetsen van de situatie. Het modelreglement dient dus ook deze voorwaarden voor informatievergaring te bevatten.

Gedragsbeïnvloeding

De gedragsbeïnvloeding dient op een manier plaats te vinden dat de instrumenten die worden ingezet de vertrouwenscultuur complementeren waarbij de focus ligt op het leren en verbeteren. Wanneer moet er dan voor een sanctionerende aanpak worden gekozen en wanneer voor een overredende aanpak? Dit hangt af van de motieven en mogelijkheden tot regelnaleving van de medisch specialisten. Deze oog-om-oog-tand-om-tand aanpak zou als voordeel hebben dat de negatieve, onbedoelde gevolgen van de bestraffende handhavingstijl tot een minimum worden beperkt. Alleen als er sprake is van een medisch specialist die ernstig disfunctioneert zal deze stijl worden toegepast. In andere gevallen zal men eerst proberen door overreding en dialoog een oplossing te vinden, zodat onbedoelde gevolgen, zoals reputatieschade, worden voorkomen. Dit creëert een organisatiecultuur waarin er een wederzijds vertrouwen is tussen de samenwerkende actoren en waar de drempel om een melding te doen van mogelijk disfunctioneren laag is. Dit betekent dus dat het modelreglement volgens de theorie van Ayres & Braithwaite (1992) alleen effectief kan zijn als het zich bevindt tussen het mechanisme van zelfregulering en meta-regulering. Als het instrument zich bevindt in het mechanisme van zelfregulering is de medisch specialist intrinsiek gemotiveerd om te functioneren naar de algemeen geldende standaarden. Toch kan men er niet op vertrouwen dat alle medisch specialisten intrinsiek gemotiveerd zijn om algemeen geldende protocollen en regels na te leven, daarom dienen ook externe actoren, zoals de IGZ, invloed te kunnen uitoefenen. Volgens Ayres & Braithwaite (1992) dient er namelijk een opwaartse spiraal te zijn waarin instrumenten van zacht naar hard oplopen. Dit betekent dat bij ernstig disfunctioneren men beter

niet kan kiezen voor een dialoog of een verbetertraject maar bijvoorbeeld voor een strafrechtelijk onderzoek.

Deze voorwaarden, normeringskader, informatievergaring, gedragsbeïnvloeding en (de algemene voorwaarde) interne organisatie, kunnen als volgt schematisch worden weergegeven:

Voorwaarden voor het modelreglement	
Normeringskader	Wat is disfunctioneren?
	Zijn de normen objectiveerbaar?
	Zijn de normen een algemeen aanvaardbaar gedachtegoed?
Informatievergaring	Samenstelling van de commissie
	Privacy
	Documentatie
	Opdrachtgever
	Medewerking in het onderzoek van betreffende specialist
Gedragsbeïnvloeding	Instrument tussen zelfregulering en meta-regulering
	Zachte en harde instrumenten
	Focus op de vertrouwenscultuur en lerend vermogen
Interne organisatie	Eenduidig en gezaghebbend georganiseerd; duidelijk afgestemde verantwoordelijkheden

Tabel 2: Voorwaarden voor het modelreglement

3.6 Conclusie

De medische beroepsgroep is een professie die op basis van haar kennismonopolie lastig valt te reguleren en te sturen. Op basis van vertrouwen krijgt de medische professie een licentie tot zelfregulering. Door de toenemende focus op kwaliteit van de zorg in het Nederlandse zorglandschap is het zelfregulerende vermogen van de medische professie onder druk komen te staan. Deze toenemende focus, door externe partijen, op de kwaliteit en het wantrouwen dat is ontstaan door een aantal schandalen, is er sprake van

een verschuiving van professionele zelfsturing naar gedelegeerde zelfsturing. De medisch specialist, of het ziekenhuis, heeft hierbij nog steeds de autonomie om zijn eigen kwaliteitssysteem te ontwikkelen, maar dit interne systeem wordt getoetst aan algemeen geldende standaarden van het ziekenhuis. De instrumenten die worden ingezet om de medische professie te kunnen sturen dienen daarbij te voldoen aan een aantal voorwaarden zodat de kwaliteit van het interne borgingssysteem gewaarborgd blijft. Dit betekent dat ook het modelreglement van de OMS aan deze voorwaarden dient te voldoen. De in tabel 2 genoemde voorwaarden zijn gebaseerd op het normeringskader, de wijze van informatievergaring en de manier van gedragsbeïnvloeding gebaseerd op de theorie over responsieve regulering van Ayris & Braithwaite (1992). Aan deze laatste theorie liggen drie beginselen ten grondslag. Ten eerste begint men met instrumenten die aan de basis liggen van de pyramide. Deze instrumenten zijn gericht op dialoog. Het tweede uitgangspunt is dat één regulerend mechanisme niet voldoende is om het doel te kunnen bereiken. Eén instrument of regulerend mechanisme is zelden effectief. Het derde uitgangspunt is dat er altijd voldoende capaciteit aanwezig dient te zijn om het ingezette overredingsinstrument uit te breiden met sanctionerende instrumenten. Doordat men begint met dialoog en bij onvoldoende resultaat de mogelijkheid heeft om via sanctionerende instrumenten het gedrag van medisch specialisten te sturen, wekt men vertrouwen van de medisch specialist op en dat bevordert de (spontane) naleving van regels. Specialisten weten dat als ze zich niet aan de regels houden, er sanctionerende instrumenten ingezet zullen worden waardoor de compliance met deze regels in een vroeg stadium al hoog zijn. Het modelreglement zal dan ook moeten voldoen aan de bovenstaande beginselen wil het kunnen sturen op het functioneren van de specialist.

In het volgende hoofdstuk zullen de methoden van onderzoek worden verantwoord. Hier zijn ook de voorwaarden waaraan het modelreglement dient te voldoen om de kwaliteit van het interne borgingssysteem te kunnen waarborgen, geoperationaliseerd.

4. Methodologische verantwoording

In dit onderzoek staat de vraag centraal: '*In welke mate en op welke wijze draagt het modelreglement 'mogelijk disfunctionerend medisch specialist' van de Orde van Medisch Specialisten bij aan het tijdig signaleren van disfunctionerende medisch specialisten in algemene ziekenhuizen?'* Om antwoord te kunnen geven op deze vraag zal in dit hoofdstuk de methodologie die gebruikt is in dit onderzoek uiteen worden gezet.

4.1 Onderzoeksstrategie

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag is ten eerste de context en componenten van het interne borgingssysteem middels een literatuurstudie onderzocht. Hierin zijn de voorwaarden van professionele zelfregulering en gedragsbeïnvloeding van de medische professie uiteengezet. Op deze manier is er een duidelijk beeld geschetst wat het interne borgingssysteem betekent en aan welke voorwaarden het modelreglement dient te voldoen om als sturingsinstrument te kunnen fungeren. Vervolgens is er een aantal ziekenhuizen geselecteerd waarbij een interview is afgenomen bij stafvoorzitters die werkzaam zijn binnen een algemeen ziekenhuis. Bij deze gesprekken werden de meeste stafvoorzitters vergezeld door beleidsmedewerkers. De interviews zijn gebaseerd op een literatuurstudie naar het reglement dat wordt gehanteerd binnen dit ziekenhuis. Deze literatuurstudie, tezamen met de interviews, geeft inzicht in wat voor procedures er worden gevolgd bij functioneringsvraagstukken en wat de ervaringen daarmee zijn. Door het verschil in organisatiestructuur en dynamiek tussen bijvoorbeeld een algemeen ziekenhuis en een academisch ziekenhuis is het niet mogelijk allebei de typen ziekenhuizen te onderzoeken. Daarom is er voor gekozen om het onderzoek alleen te richten op algemene ziekenhuizen. De verkregen informatie uit deze cases heeft input geleverd voor de vragenlijst die is verspreid onder de Medische Staf in de algemene ziekenhuizen in Nederland. De uitkomsten van deze enquête heeft inzicht geboden in het algemene beleid dat wordt gehanteerd door alle algemene ziekenhuizen als er sprake is van een functioneringsvraagstuk. In de derde paragraaf van dit hoofdstuk zal verder worden ingegaan op de operationalisatie van het onderzoek, gevolgd door een verdere uitwerking van de interviews en de enquête.

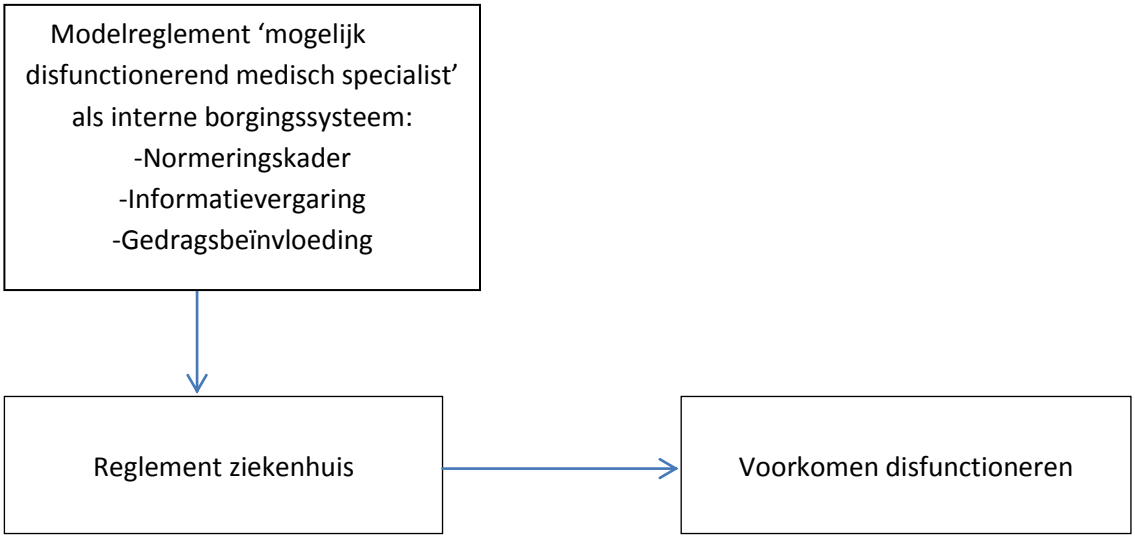
4.2 Onderzoeksmethoden

Bij het onderzoeksdesign gaat het om 'het geheel van met elkaar samenhangende beslissingen over de wijze waarop het onderzoek wordt uitgevoerd'(Verschuren, 2000). Er worden in dit onderzoek twee

methoden onderscheiden: de enquête en de interviews. Bij een enquête wordt er onderzoek gedaan naar een veelheid van vergelijkbare objecten waarvan de gegevens in werkelijke situaties verzameld en statistisch verwerkt worden (Vennix, 2005, p. 126). Daarnaast zijn er interviews gehouden met voorzitters van de Medische Staf van een select aantal algemene ziekenhuizen. Deze diepte-interviews geven de opvattingen en ervaringen van de voorzitters van de Medische Staf weer en is een aanvulling op de verkregen informatie uit de enquête.

4.3 Operationalisatie

Volgens de uiteen gezette theorie dient het reglement te voldoen aan een aantal voorwaarden om als sturingsinstrument gebruikt te worden om disfunctioneren van medisch specialisten tijdig te kunnen signaleren. Hiervoor is het conceptueel model over de opbouw van het interne borggingssysteem leidend. Als het modelreglement aan deze voorwaarden voldoet, betekent dit dat men tijdig vermoedens van disfunctioneren kan signaleren en eventueel disfunctioneren kan voorkomen. Dit kan als volgt schematisch worden weergegeven:

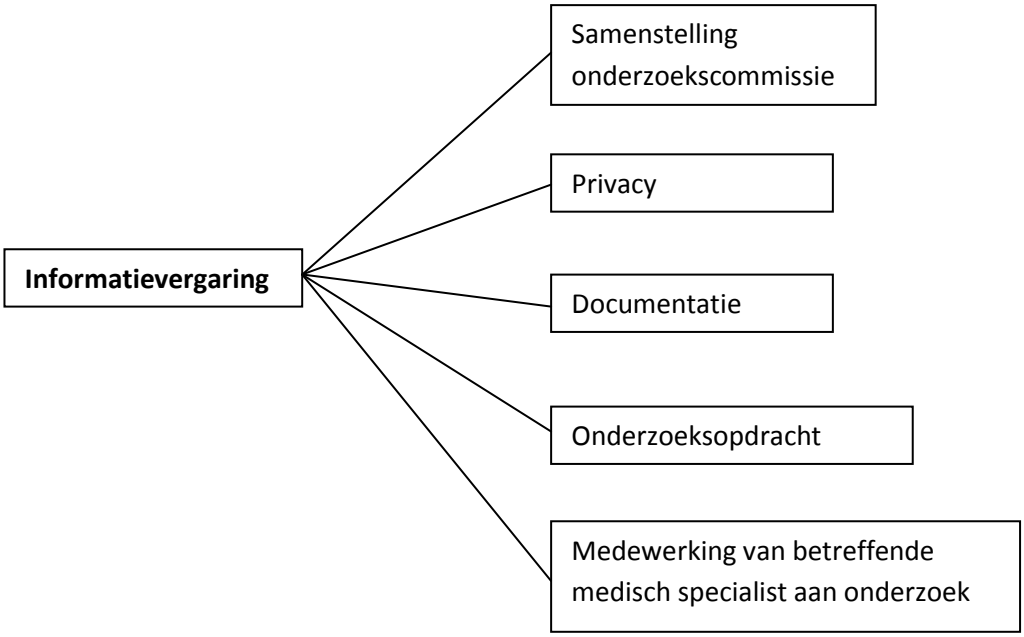


Figuur 7: Operationalisatie theoretische puzzel

De voorwaarden die voortvloeien uit het theoretisch kader dienen te worden geoperationaliseerd. Operationaliseren betekent 'het gereedmaken voor gebruik'. Hierbij wordt gekeken wanneer een theoretisch element op verschijnselen in de realiteit van toepassing is (Verschuren & Doorewaard, 2004, p. 102). De voorwaarden die van belang zijn om het modelreglement bij te laten dragen aan de kwaliteit van het interne borgingssysteem worden ingedeeld in drie componenten. Dit zijn de informatievergaring, het normeringskader en de gedragsbeïnvloeding.

4.3.1 Informatievergaring

Bij de informatievergaring gaat het om de manier waarop de informatie voor het beoordelen van het functioneren van de medisch specialist wordt vergaard. Om deze voorwaarde toetsbaar te maken, dus uit welke componenten en op welke wijze goede informatievergaring plaats dient te vinden, zijn de voorwaarden voor een juiste procedure, zoals opgesteld door mr. de Die, geanalyseerd (De Die, 2012, p.323-325). Zij heeft kennis van het modelreglement 'mogelijk disfunctionerend medisch specialist' van de OMS. Haar kennis en ervaring met betrekking tot de juridische en praktische implicaties van het reglement hebben een goed beeld gegeven over de manier van informatievergaring.
Haar visie op de juiste manier van informatievergaring zijn in een aantal componenten op te delen (De Die, 2012, p.323-325).



Figuur 8: Voorwaarden voor informatievergaring

Deze componenten zijn als volgt geoperationaliseerd:

1) Samenstelling onderzoekscommissie

Vermijd elke schijn van partijdigheid. Ten eerste betekent dit dat de leden van een onderzoekscommissie geen relatie mogen hebben tot de betreffende medisch specialist. Elke schijn van vooringenomenheid of partijdigheid moet vermeden worden. Daarom zijn leden van het Medische Staf, collega's van hetzelfde specialisme of die samenwerken uitgesloten. Ten tweede moet er een mogelijkheid zijn om de commissie te kunnen wraken.

2) Privacy

De vertrouwelijkheid van de gesprekken met anderen over het mogelijk disfunctioneren van een collega dient gegarandeerd te worden, als onderdeel van de procedure.

3) Documentatie

Verslagen dienen opgeschreven te worden. Daarna moet men het laten corrigeren door de respondent om vervolgens vast te leggen.

4) Onderzoeksopdracht

Degene die verantwoordelijk is voor de functioneringsvraagstukken, draagt ook de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het onderzoek naar mogelijk disfunctioneren. Volgens mr. de Die is disfunctioneren een gedeeld probleem van het ziekenhuis en is er een gedeeld belang om dit op te lossen. Raad van Bestuur en de Medisch Staf dienen dan ook samen te werken.

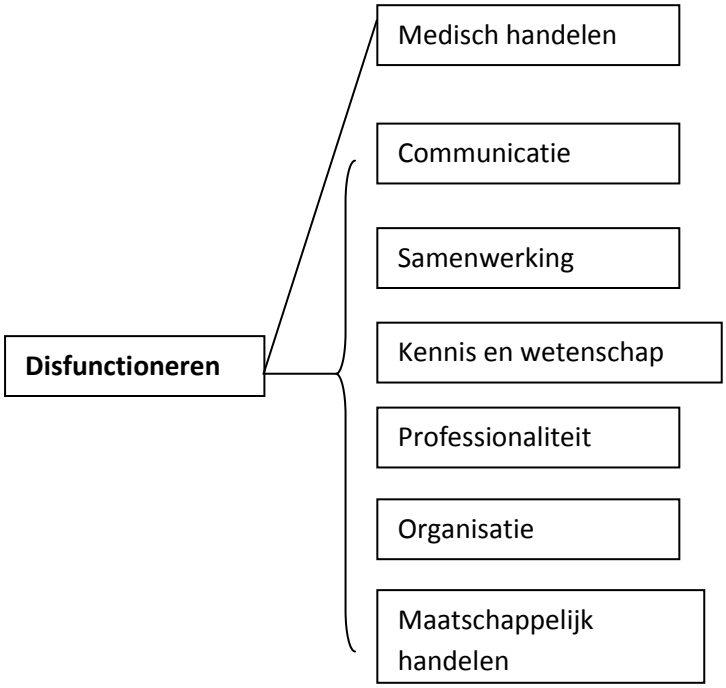
5) Medisch Specialist dient mee te werken aan het onderzoek

De medisch specialist dient mee te werken aan het onderzoek naar zijn mogelijk disfunctioneren, mocht men toch niet coöpereren is dat een bevestiging van zijn gebrek aan zelfreflectie.

4.3.2 Normeringskader

In dit onderzoek staat de vraag centraal wat disfunctioneren is. Belangrijk hierbij is dat het normeringskader objectiveerbaar dient te zijn. De vraag die dan gesteld dient te worden om het disfunctioneren te kunnen operationaliseren is: In welke mate valt er objectief vast te stellen of er sprake is van disfunctioneren?

Om deze vraagt te kunnen beantwoorden is er een definitie nodig om te kunnen vaststellen wat disfunctioneren is. Disfunctioneren kan zich op veel verschillende manier uiten. Er kan echter wel een onderscheid gemaakt worden tussen disfunctioneren op medisch inhoudelijke competenties of zachte competenties zoals communicatie en samenwerking. Een model dat tegenwoordig veel wordt gebruikt in zowel de medische vervolgopleiding als in de medische professie, is het CanMEDS model. Omdat het CanMEDS-model het meest gehanteerde model is en daarnaast expliciet aandacht besteed aan zowel het medisch handelen als andere, zachtere competenties, wordt het CanMEDS-model als toetsingskader gebruikt.



Figuur 9: Voorwaarden voor het normeringskader

De vragen die centraal staan bij de dataverzameling zijn: In hoeverre fungeren de CanMEDS competenties als toetsingskader voor het toetsen van disfunctioneren in uw ziekenhuis? Of men voldoende handvatten heeft om het disfunctioneren te toetsen aan de hand van deze criteria? Zijn de CanMEDS competenties een algemeen toetsingskader die gedeeld worden door alle ziekenhuizen?

4.3.3 Gedragsbeïnvloeding

Gedragsbeïnvloeding kan in een aantal componenten uiteen worden gezet. Het doel is om instrumenten in te zetten die de vertrouwensrelatie complementeren en waarbij het lerend vermogen en verbeteren van het functioneren centraal staan. Het reglement dient zowel zachte als harde instrumenten bevat, die elkaar ook in deze volgorde opvolgen.

Harde en zachte instrumenten worden geoperationaliseerd aan de hand van het modelreglement. In het modelreglement worden instrumenten aangedragen die ingezet kunnen worden bij disfunctioneren.
Zachte instrumenten zijn gebaseerd op dialoog en niet sanctionerend van aard. Dit kan een informeel traject zijn waarin op basis van gesprekken wordt gekeken naar het probleem en een eventueel verbetertraject wordt ingezet. Instrumenten die in het modelreglement worden aangedragen zijn:
- Adviezen tot verbetering van de medisch inhoudelijke kwaliteit, de organisatorische kwaliteit of de relationele kwaliteit
- Coaching & medezeggenschap

Harde instrumenten zijn sanctionerend van aard. Dit kunnen boetes zijn, of verbetertrajecten gericht op

extra scholing, maar ook uit het ambt zetten van de medisch specialist.

- Boete
- Extra bijscholing
- Beëindiging toelatings- of arbeidsovereenkomst
- Vervolgonderzoek door de IGZ
- Visitatie maatschap of vakgroep

Om te kijken in hoeverre ziekenhuizen het reglement zo vorm geven dat het de vertrouwensrelatie en het lerend vermogen complimenteren wordt er gevraagd of ze gebruik maken van een voorfase of verbetertraject. In deze voorfase, ook wel een informeel traject genoemd, wordt de dialoog aangegaan met de medisch specialist om te bekijken of er sprake is van mogelijk disfunctioneren zonder dat er een officieel onderzoek wordt ingesteld. Door middel van dit dialoog wordt er een verbeterplan opgesteld. Daarnaast wordt er ook gevraagd of ze aandacht besteden aan het verbetertraject, mocht er sprake zijn van disfunctioneren.

4.4 Onderzoekspopulatie

Ziekenhuiszorg wordt geleverd door verschillende typen zorgaanbieders. Dit betekent dat de zorg geleverd kan worden door algemene ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, categorale ziekenhuizen of zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en topklinische en traumazorg. Het aantal algemene ziekenhuizen is verreweg in de meerderheid. Dit onderzoek richt zich op de medisch specialisten werkzaam in algemene ziekenhuizen. Een algemeen ziekenhuis is een concentratie van voorzieningen ten behoeve van onderzoek, behandeling en verpleging. Daarnaast worden in een algemeen ziekenhuis zowel aanstaande artsen als verpleegkundigen opgeleid. Een academisch ziekenhuis heeft een aantal functies die overeenkomen met de algemene ziekenhuizen, namelijk de reguliere patiëntenzorg, de topklinische zorg en de opleidingsfunctie voor medisch specialisten. Daarnaast heeft het universitair medische centrum nog een topreferentiefunctie, een werkplaatsfunctie (wetenschappelijk onderzoek en onderwijs voor de medische faculteit) en een ontwikkelingsfunctie (ontwikkeling van nieuwe medische technologieën en behandelwijzen) (Zorgatlas.nl, 2013). In dit onderzoek worden academische ziekenhuizen, ZBC's en categorale ziekenhuizen buiten beschouwing gelaten. Door het verschil in organisatiestructuur en dynamiek is het niet mogelijk allebei de typen ziekenhuizen te onderzoeken. Zo heeft een academisch ziekenhuis een hiërarchische organisatiestructuur terwijl een algemeen ziekenhuis horizontaal is opgebouwd, vaak bestaande uit clusters of Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE's). Door deze verschillen zal dit onderzoek zich beperken tot de algemene ziekenhuizen. Dit wil overigens niet zeggen

dat verkregen informatie en aanbevelingen niet van toepassing zou kunnen zijn op academische ziekenhuizen of andere typen zorginstellingen.

4.5 Interviews

Er zijn verschillende type interviews waarbij er verschillende manieren zijn waarop het interview wordt afgenomen (Vennix, 2008). In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de semi-gestructureerde interviewtechniek. Bij een semi-gestructureerd interview wordt er van te voren een lijst met onderwerpen opgesteld. Daarnaast zijn er een aantal specifieke vragen die in een bepaalde volgorde gesteld zijn. Sommige vragen behoeven toelichting of worden aan de ene respondent wel gesteld, maar aan de andere niet. De interviews zijn dus vooraf gestructureerd door middel van opgestelde vragen maar ook door een lijst van onderwerpen. Omdat de opinie van de respondent belangrijk is, is er niet gekozen voor een gesloten antwoordmodel. Dit zou de spreekvrijheid van de respondent te veel beperken en kan essentiële informatie voor de onderzoeker worden gemist.

Er zijn vijf interviews gehouden, waarvan drie met stafvoorzitters en beleidsmedewerkers van de Medische Staf uit algemene ziekenhuizen, één interview met een beleidsmedewerker van de Medische Staf en een lid van de onderzoekscommissie en één interview met een voorzitter van een RvB. De Medische Staf bepaalt het inhoudelijke beleid en strategie van een ziekenhuis in overleg met de RvB. Vooral de kwaliteit en de veiligheid van de geleverde zorg wordt besproken in dit orgaan. De stafvoorzitter is een werkzame medisch specialist in het ziekenhuis en de kennis en ervaring van de stafvoorzitter is voor dit onderzoek dan ook waardevol. Zowel vanwege de betrokkenheid bij de vorming van beleid op het gebied van kwaliteit en veiligheid maar ook de ervaringen van de stafvoorzitter, evenals de ervaring van de stafvoorzitter als medisch specialist met het gevoerde beleid. Tot slot is er ook een expert op het gebied van de procedure die wordt gevolgd bij een dergelijk onderzoek geïnterviewd. In bijlage 2 is er een overzicht van de geïnterviewde respondenten en in bijlage 3 is de bijbehorende interviewhandleiding weergegeven.

4.6 Enquête

In dit onderzoek wordt er getracht de verklaringskracht van het onderzoek te vergroten door naast interviews gebruik te maken van een enquête. Deze methode kenmerkt zich door dat de gegevensverzameling plaatsvindt bij veel respondenten over een groot aantal kenmerken. Volgens Verschuren & Doorwaard (2007, p. 166) kan een enquête worden getypeerd aan een zevental kenmerken:

1. Er moet sprake zijn van een substantieel domein, bestaande uit een groot aantal onderzoekseenheden
2. Uitgebreide dataverzameling
3. Er wordt meer in de breedte onderzocht dan in de diepte
4. De onderzoeksgroep dient eerder random dan strategisch te worden gekozen
5. Aan de enquête dient een stelling ten grondslag te liggen die bestaat uit variabelen en de relatie tussen deze variabelen
6. Men dient te streven om de bevraging zoveel mogelijk gesloten te houden
7. De data die voortvloeit uit de enquête kan zowel kwantitatief als kwalitatief worden geanalyseerd

Met deze vragenlijst zal er worden getracht data te verzamelen over de mate waarin het reglement betreffende disfunctioneren van medisch specialisten is ingevoerd in de ziekenhuizen in Nederland. Daarnaast zal er ook gevraagd worden in hoeverre het reglement fungeert als sturingsinstrument om disfunctioneren te voorkomen. De vragen zijn gericht op de discrepantie tussen het modelreglement van de OMS en het reglement van de algemene ziekenhuizen. Deze discrepantie geeft aan in hoeverre het modelreglement aansluit bij de reglementen die daadwerkelijk worden gebruikt in de praktijk, waar de verschillen liggen en wat de oorzaak van deze verschillen is. Daarnaast kan het inzicht geven in hoeverre de reglementen van ziekenhuizen aansluiten bij de reguleringspyramide van Ayris & Braithwaite (1992) wat uiteindelijk de vraag kan beantwoorden in hoeverre het reglement als sturingsinstrument kan fungeren om disfunctioneren tijdig op te sporen. De gestelde vragen zijn dus gebaseerd op de operationalisatie uit paragraaf 4.3 en worden weergegeven in bijlage vier.

4.6.1. Respons enquête

De onderzoekspopulatie van het onderzoek bestaat uit alle algemene ziekenhuizen van Nederland. Er zijn volgens de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen 83 algemene ziekenhuizen in Nederland (Dutch Hospital Data, 2012). Elke Medische Staf heeft een vragenlijst ontvangen. Er is voor gekozen om de Medische Staf de vragenlijst te laten invullen omdat dit orgaan in de meeste gevallen het reglement heeft ontwikkeld en daarmee ook de meeste kennis bezit van het reglement. Daarnaast zijn de medisch specialisten verenigd in dit orgaan en heeft de Medische Staf in het onderzoek naar mogelijk disfunctioneren een initiërende rol. Van de 83 verstuurde vragenlijsten zijn er 54 ingevuld geretourneerd. Dit komt overeen met een responspercentage van 65 %. Dit percentage is voldoende om een realistische afspiegeling van de praktijk te kunnen weergeven en de generaliseerbaarheid te waarborgen.

Potentiële respondenten	Daadwerkelijke respondenten
Uitgestuurde e-mails: 83	*Respons: 54*
	N= 54 (65%)
Non response (N=29=35%)	

Tabel 3: Overzicht onderzoeksgroep

Ondanks dat alle voorzitters van medische staven van algemene ziekenhuizen een uitnodiging hebben ontvangen om de enquête in te vullen hebben ook andere medewerkers de lijst ingevuld. Van de 54 ingevulde vragenlijsten zijn er 25 voorzitters van de Medische Staf die de vragenlijst hebben ingevuld, 24 beleidsmedewerkers en 5 overige functionarissen van het Medische Staf. Dat de vragenlijst is ingevuld door verschillende functies binnen de Medische Staf zal het onderzoek niet verder beïnvloeden. De assumptie is dat binnen de Medische Staf, ongeacht de functie, genoeg kennis is over het gehanteerde reglement. Van de 54 ingevulde vragenlijsten zijn er 19 vragenlijsten ingevuld door Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen STZ (STZ). Deze algemene ziekenhuizen hebben twee kerntaken: opleiding en onderwijs (STZ, 2009, p. 2). De co-assistenten en aios spelen een belangrijkere rol binnen de organisatie dan bij algemene ziekenhuizen waar opleiding en onderwijs niet één van de kerntaken is. Het beleid rondom functioneren van medisch specialisten in STZ zal zich dan ook meer richten op de opleidingsfunctie, de opleiders en de aios. Deze assumptie dient in ogenschouw te worden genomen in de context van de resultaten van de enquête.

4.7 Betrouwbaarheid en validiteit

Betrouwbaarheid en validiteit zijn twee criteria die belangrijk zijn om een onderzoek als wetenschappelijk te kwalificeren (Van Thiel, 2007, p. 55). De betrouwbaarheid van een onderzoek wordt vastgesteld aan de hand van de nauwkeurigheid en consistentie van de variabelen. Betrouwbaarheid betekent dat de meetinstrumenten die ingezet zijn de beoogde variabelen zo nauwkeurig mogelijk meten. Consistentie betekent dat eenzelfde meting op een later tijdstip dezelfde waarneming geeft. Om de consistentie van dit onderzoek te waarborgen is er in de bijlage een interviewhandleiding en een lijst van respondenten toegevoegd.

Eén van de elementen die van invloed is op de validiteit en betrouwbaarheid van een onderzoek is de onderzoeksmethode. In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een aantal interviews. Doordat er bij dergelijke interviews het studieobject meer in de diepte wordt onderzocht, zijn de resultaten moeilijker generaliseerbaar. Daarom is er aanvullende data verzameld door middel van een enquête. De data die is

verzameld uit de enquête geeft een representatief beeld weer van de populatie in zijn geheel en draagt daarmee bij aan de generaliseerbaarheid van het onderzoek. De meerwaarde van het onderzoek wordt daarom gevonden in de triangulatie van bronnen en meetinstrumenten. Triangulatie betekent het verwerken en verzamelen van de data op meer dan één manier (Van Thiel, 2007). Door het combineren van meerdere onderzoeksmethoden kan een zo volledig mogelijk beeld verkregen worden van het modelreglement als sturingsinstrument. Triangulatie van informatiebronnen wordt in dit onderzoek toegepast doordat er verschillende documenten en verschillende respondenten worden gebruikt. Triangulatie van meetinstrumenten wordt in dit onderzoek toegepast door zowel interviews te houden, een enquête onder de algemene ziekenhuizen te verspreiden en documenten te analyseren die dit onderwerp betreffen.

De betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek kan worden beïnvloed door de onderzoekseenheden zelf. De onderzoekseenheid die mogelijk als storingsbron kan fungeren, zijn de geïnterviewde of geënquêteerde respondenten. Het is niet uit te sluiten dat respondenten sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven. Dit is geprobeerd te voorkomen door situaties te schetsen en zo veel mogelijk gerichte vragen te stellen.

Nu de methode van dit onderzoek is toegelicht, wordt er in het volgende hoofdstuk ingegaan op de resultaten uit de interviews en de enquête.

5. Resultaten

Om inzicht te krijgen in welke mate en op welke wijze het modelreglement bijdraagt aan het tijdig signaleren van disfunctioneren in algemene ziekenhuizen zijn er interviews afgenomen en is er een enquête ingevuld door de medische staven. De interviews vormen een belangrijke informatiebron om verschillende perspectieven van ziekenhuizen op de inhoud van het reglement uiteen te kunnen zetten. De resultaten van de enquête geven aan of deze bevindingen generaliseerbaar zijn voor alle algemene ziekenhuizen in Nederland. In dit hoofdstuk worden de bevindingen van deze interviews en enquête uitgewerkt in thema's. Deze thema's zijn gebaseerd op de voorwaarden voor de kwaliteit van het interne borgingssysteem. Achtereenvolgens worden eerst een paar algemene bevindingen uiteen gezet, waarna het toetsingskader van disfunctioneren, de procedure die wordt gevolgd bij het onderzoek en de instrumenten tot gedragsbeïnvloeding aan de orde komen.

5.1 Algemene resultaten

Om een goed beeld te kunnen schetsen van de reglementen zoals die gehanteerd worden in de algemene ziekenhuizen is er gevraagd in hoeverre zij bekend zijn met het modelreglement en of hun reglement gebaseerd is op het modelreglement van de OMS. Daarbij is het van belang om te weten dat alle ziekenhuizen hebben aangegeven in het bezit zijn van een reglement die een procedure omschrijft bij vermoedens van disfunctioneren. Uit de enquête blijkt dat het overgrote merendeel van de respondenten bekend is met het modelreglement van de OMS. Van de 54 ingevulde vragenlijsten was 96% van de respondenten op de hoogte van de inhoud van het modelreglement. Van deze 54 reglementen is er in 85% van de gevallen gekeken naar het modelreglement en is het reglement gebaseerd op die van de OMS. In 15% van de gevallen is er niet gekeken naar het modelreglement. De respondenten is ook gevraagd om aan te geven hoe vaak zij gebruik maken van het reglement. Dit reglement is onder de 54 bevraagde ziekenhuizen vorig jaar 28 keer ingezet. In 47% van de 54 bevraagde ziekenhuizen is het reglement vorig jaar nog helemaal niet ingezet. De precieze aantallen zijn weergegeven in tabel 4. Ook al is het reglement niet in alle ziekenhuizen vorig jaar ingezet, wordt door 93% (van de 54) ziekenhuizen aangegeven dat het reglement wordt gebruikt als er sprake is van mogelijk disfunctioneren.

Tabel 4: Inzet van het reglement 2012-2013

5.2 Normeringskader

Disfunctioneren kan zich op veel verschillende manier uitten en een legio aan oorzaken hebben. Een medisch specialist kan disfunctioneren op medisch inhoudelijk gebied, maar ook in zijn attitude of gedrag. De meningen over wat disfunctioneren is loopt hierdoor uiteen. Er worden dan ook verschillende definities gehanteerd met de daarbij horende criteria. Van de geïnterviewde respondenten was er één ziekenhuis die haar normeringskader had gebaseerd op de definitie van de OMS (2008), namelijk: *'Een structurele situatie van onverantwoorde zorg, waarin een patiënt wordt geschaad of het risico loopt te worden geschaad, en waarbij de betreffende arts/medisch specialist niet (meer) in staat is of bereid is zelf de problemen op te lossen.'* Andere geïnterviewde respondenten maken gebruik van de CanMEDS competenties of een eigen kwaliteitbeleid om disfunctioneren te definiëren. Door een voorzitter van een Medische Staf (respondent 1, 2013), werd aangegeven dat het belangrijk is om de CanMEDS competenties te gebruiken.

"Vooral bij een medisch specialist is het heel waardevol om op een bepaald gebied te zeggen dat ze het goed doen en dat op een ander gebied verbetering moet plaatsvinden. Je kunt nooit zeggen dat iemand totaal disfunctioneert in alle domeinen. De CanMEDs competenties is een erg prettige manier om het zo te kunnen aanpakken."

Naast het gebruik van verschillende toetsingskaders, is er een grote discrepantie in hoeverre het toetsingskader is geëxpliciteerd. Sommige ziekenhuizen hanteren een uitgebreid toetsingskader met een

operationalisatie van de competenties. Anderen geven summier aan op basis waarvan een melding van disfunctioneren ontvankelijk verklaard kan worden. Er wordt echter door alle ziekenhuizen een duidelijk onderscheid gemaakt tussen disfunctioneren op de medisch inhoudelijke competentie of de zachte competenties zoals communicatie en samenwerking. Volgens één van de beleidsmedewerkers (respondent 8, 2013) van de Medische Staf is het juist bij de zachte competenties belangrijk, maar lastig om de zachte competenties uit te specificeren.

"Ik mis de handvatten om het disfunctioneren aan op te kunnen hangen. De CanMEDS competenties missen een beschrijving en dus houvast. Wat je vaak ziet is dat de patiëntenzorg nog wel oké is maar dat het gaat om de onderlinge samenwerking die hopeloos is."

Andere respondenten onderschrijven dit probleem, zij vinden het lastig om disfunctioneren te scharen onder een bepaalde competentie. Daarnaast wordt er in de competenties niet precies vastgelegd wat disfunctioneren is, alleen waaraan de medisch specialist in beginsel dient te voldoen.

Daarbij is het belangrijk om in ogenschouw te nemen dat de toetsingscriteria onderhevig zijn aan de trend van dat moment. Op dit moment wordt veelal het CanMEDS-model als leidraad gebruikt voor het toetsen van functioneren en disfunctioneren. Het CanMEDS-model focust zowel op de medisch inhoudelijke competentie (harde competentie), als bijvoorbeeld de competenties communicatie en samenwerking (zachte competenties). Veel van de geïnterviewde respondenten geven aan dat hun reglement is verouderd. Zij hebben niet geanticipeerd op de regelgeving en beleid dat op dit moment gangbaar is. Pas als er zich een situatie aandient waarbij het reglement gebruikt moet worden, loopt de onderzoekscommissie er tegen aan dat het reglement niet up-to-date is. Dan is het al te laat om nog bij te kunnen sturen. Eén van de geïnterviewde respondenten (respondent 4, 2013) gaf aan dat de opgenomen criteria niet toereikend waren. Er werd in dat ziekenhuis alleen getoetst op de medisch inhoudelijke competenties. In één van de gevallen was er echter sprake van disfunctioneren op basis van zijn communicatieve vaardigheden, maar omdat er in het reglement disfunctioneren alleen was gedefinieerd aan de hand van het medisch inhoudelijk handelen, was er geen sprake van disfunctioneren. Daarom werd er ook aangegeven dat aan de hand van de tijdsgeest het regelmatig dient te worden herzien.

Samenvattend

Het normeringskader waar het disfunctioneren aan wordt getoetst is essentieel, maar levert bij veel ziekenhuizen moeilijkheden op. Er zijn veel verschillende definities en daarbij horende toetsingscriteria in omloop. Het ene ziekenhuis maakt wel gebruik van de CanMEDS competenties, andere ziekenhuizen hanteren bijvoorbeeld een eigen definitie. Dit kan voor een deel verklaard worden door de regelmaat

waarop een ziekenhuis het reglement evalueert en update. Veel van de reglementen zijn niet bijgewerkt naar aanleiding van de invoering van de CanMEDS competenties. Pas als er daadwerkelijk een situatie voordoet waarin het reglement gebruikt dient te worden, wordt ook het reglement geëvalueerd.
Naast dat de CanMEDS competenties dus nog niet als gedeeld gedachtegoed kan worden beschouwd doordat het ziekenhuis het reglement niet evalueert, is het ook lastig de criteria voor disfunctioneren te objectiveren. Vooral de zachte competenties zoals communicatie en samenwerking bieden te weinig houvast doordat er niet expliciet is beschreven wat er mee wordt bedoeld. Daardoor is het discutabel wat wel en wat niet valt onder disfunctioneren en op welke competentie de medisch specialist niet functioneert.

5.3 Informatievergaring

Volgens mr. De Die (2012) is de procedure die wordt gevolgd bij vermoeden van disfunctioneren essentieel voor een goede afhandeling. Een zaak gaat al snel de mist in door een slordige voorbereiding of onvoldoende aandacht voor de consequenties van bepaalde keuzes. Componenten die belangrijk zijn bij een zorgvuldige procedure zijn: de verantwoordelijkheden en afstemming hiervan tussen de betrokken partijen, samenstelling van de onderzoekscommissie, de vertrouwelijkheid van de rapporten en de daarbij horende manier van documentatie.

Onderzoeksopdracht en opdrachtgever

Voor het onderzoek is het volgens mr. De Die van belang dat er een heldere onderzoeksopdracht ligt, met een duidelijke opdrachtgever. In het reglement van de OMS is de Medische Staf de initiërende en leidende actor in het onderzoekstraject dat wordt gevolgd. Dit betekent dat de melding over de betreffende specialist wordt gedaan bij de Medische Staf. Daarnaast formuleren zij de onderzoeksopdracht en stellen zij de onderzoekscommissie in. Daarbij wordt de Raad van Bestuur van ondernomen acties door de Medische Staf op de hoogte gesteld indien dat noodzakelijk wordt geacht. Deze verhouding tussen RvB en de Medische Staf is echter niet in alle ziekenhuizen aanwezig. Respondenten van de interviews gaven, op één ziekenhuis na, aan dat juist beide organen samen dienen op te trekken in het traject. Als er een melding wordt gedaan, zijn beide organen hiervan op de hoogte, de onderzoeksopdracht bepalen ze samen en beiden worden geïnformeerd over de uitkomsten van het onderzoek. Een aantal respondenten gaven aan dat de organen in overeenstemming besluiten tot welk vervolgtraject men overgaat op basis van de uitkomsten van het onderzoek. De redenen voor deze manier van samenwerken lopen uiteen. Eén van de redenen die werd aangegeven tijdens de interviews door een

voorzitter van de Medische Staf (respondent 5, 2013) is dat het noodzakelijk is dat ook de RvB wordt meegenomen omdat het een gezamenlijk probleem is;

"*Mogelijk disfunctioneren in je ziekenhuis is een gedeeld probleem. Het is belangrijk om dit samen netjes op te lossen, wat de uitkomst ook zou zijn. Daarbij is de RvB eindverantwoordelijke voor de kwaliteit van de geleverde zorg, als men dan te laat wordt bijgeschakeld kan men niet meer bijsturen terwijl men wel de beslissingen moet nemen.*

De enquête geeft juist een meer verdeelde visie weer. Van de 54 respondenten geeft 52% aan dat hun ziekenhuis dezelfde werkwijze hanteert als beschreven door de OMS in het modelreglement (zie paragraaf 2.2). Anderen geven aan dat een gezamenlijk optreden gewenst is of geven aan dat juist de RvB een leidende positie heeft en het bestuur van de Medische Staf een adviserende rol.

Samenstelling commissie

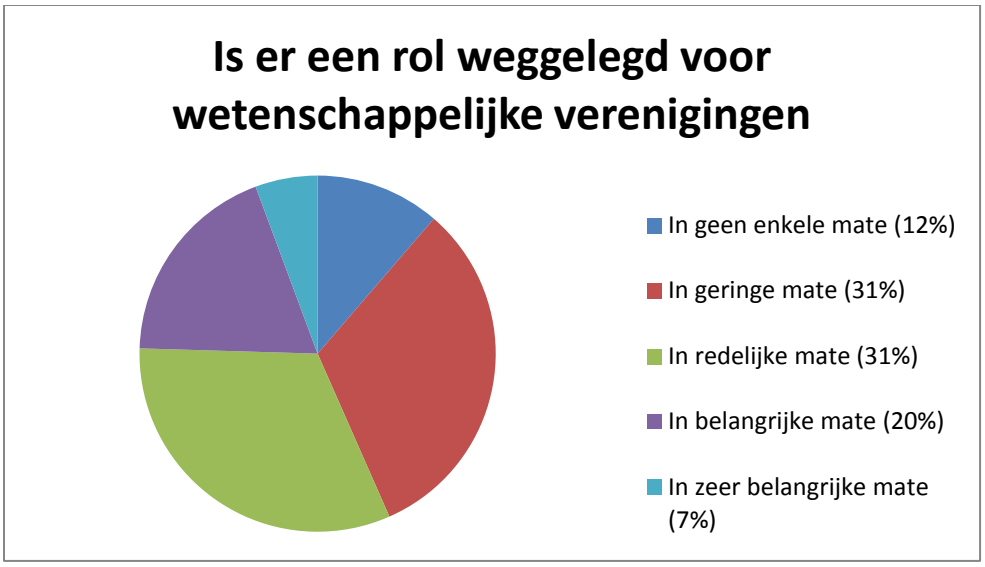
De samenstelling van de onderzoekscommissie verschilt per reglement. Er kunnen bijvoorbeeld externe deskundigen worden aangetrokken of de commissie kan uit vaste leden bestaan. Eén van de geïnterviewde respondenten geeft aan dat in hun reglement is opgenomen dat de commissie bestaat uit 12 stafleden die een permanente zitting hebben. Deze commissie wordt getraind op vaardigheden die nodig zijn bij het doen van een dergelijk onderzoek. Vanwege de grootte van de commissie is er nooit sprake van partijdigheid. Wel werd er aangegeven dat het medisch inhoudelijk handelen lastig is te toetsen omdat de commissie nooit bestaat uit leden van hetzelfde specialisme als de betreffende specialist. Anderen hebben opgenomen dat de commissie dient te bestaan uit drie of vijf stafleden, maar gaan daarbij niet vaak in op de verdere uitwerking ervan. Ook in de enquête wordt dit beeld bevestigd. In 13% van de gevallen bestaat de onderzoekscommissie uit een vaste samenstelling, de andere 87% van de respondenten geeft aan dat het afhankelijk is van de onderzoeksvraag wie en hoeveel personen er zitting kunnen nemen in de onderzoekscommissie.

Een belangrijke overeenkomst tussen alle reglementen is dat de onderzoekscommissie niet mag bestaan uit medisch specialisten van dezelfde maatschap waarin de medisch specialist waar onderzoek naar wordt gedaan werkzaam is om ogenschijnlijke belangenverstrengeling te voorkomen. Dit komt overeen met de voorwoord van mr. De Die (2012) dat enkele schijn van partijdigheid vermeden dient te worden. Een ander belangrijk aspect voor de procedurele juistheid, dat door de geïnterviewde respondenten werd aangegeven, is dat de betreffende medisch specialist leden van de onderzoekscommissie kan wraken. Het is dan aan de opdrachtgever om dit verzoek tot wraking in te willigen.

In alle reglementen komt naar voren dat de onderzoekscommissie een beroep kan doen op externe experts mocht dit nodig zijn voor het onderzoek. Zo geven ziekenhuizen aan dat ze in sommige gevallen niet genoeg kennis en capaciteit in huis hebben om de onderzoeksvraag goed te kunnen beantwoorden. Als de betreffende medisch specialist bijvoorbeeld in een kleine maatschap werkzaam is, wordt het al lastig om het medisch inhoudelijke functioneren te toetsen. Dit is alleen te toetsen door een specialist van dezelfde discipline, maar bij een kleine maatschap is er bijna altijd sprake van belangenverstrengeling en kan men dus niet plaats nemen in de onderzoekscommissie. Andere, zachte competenties, vergen een andere soort kennis dan vaak in het ziekenhuis aanwezig is. Voor bepaalde onderzoeksvragen, zoals seksuele intimidatie, is expertise van buitenaf vaak gewenst. Deze bevindingen worden bevestigd door de resultaten uit de enquête. Van de 54 ingevulde vragenlijsten, wordt in 91% van de gevallen positief geantwoord op de vraag of in het reglement is opgenomen dat externe experts kunnen worden geraadpleegd. Veel ziekenhuizen geven aan dat ze voor medisch inhoudelijke functioneringsvraagstukken zich graag tot de wetenschappelijke verenigingen willen wenden. De wetenschappelijke verenigingen willen of zijn echter niet altijd in staat dit verzoek in te willigen. Volgens het geïnterviewde lid van de RvB (respondent 10, 2014) zijn wetenschappelijke verenigingen hier op dit moment nog niet goed op ingericht.

"*Als wetenschappelijke verenigingen deze verzoeken willen gaan inwilligen moeten ze in de selectie rekening houden dat zowel de inhoudelijke kennis als het aanzien van deze persoon sterk is."*

Daarbij geeft hij aan dat de onderzoeksvraag wel duidelijk en specifiek geformuleerd dient te worden door het ziekenhuis. Bij wetenschappelijke verenigingen is er op dit moment te weinig ervaring of een protocol aanwezig die houvast kan geven bij de beantwoording van een hulpvraag vanuit het ziekenhuis. In de enquête is er gevraagd naar de mening van de respondenten over de rol die is weggelegd voor de wetenschappelijke verenigingen. De meningen zijn hierover verdeeld, zoals te zien is de volgende tabel:



Tabel 5: Rol voor wetenschappelijke verenigingen

Voorstanders geven aan dat wanneer er vakinhoudelijke discussies spelen over de kwaliteit van zorg, het moeilijk is en vaak onmogelijk om als 'niet-vakbroeder' een oordeel te geven over de inhoud van de kwaliteit van zorg. Hiervoor is inzicht nodig van vakgenoten om uiteindelijk tot een zorgvuldig professioneel oordeel te komen. Het zou dan een goed hulpmiddel zijn als de wetenschappelijke verenigingen zorg kunnen dragen voor een commissie die een bepaalde specifieke onderzoeksvraag kunnen beantwoorden. Tegenstanders geven aan dat de wetenschappelijke verenigingen hier nog niet goed op zijn ingericht en de vertrouwelijkheid niet kan worden gewaarborgd. Zij vinden het dan ook een slecht idee om wetenschappelijke verenigingen een actieve rol te laten spelen in het onderzoek.

Vertrouwelijkheid en documentatie

De vraag is hoe de onderzoekscommissie dient om te gaan met de vertrouwelijkheid van de gesprekken en de documentatie. In het modelreglement van de OMS wordt niets over de documentatie of de vertrouwelijkheid van de gesprekken opgenomen. Volgens mr. de Die is dat iets wat sowieso in het reglement dient te worden opgenomen. Ten eerste dient het ziekenhuis in het reglement iets op te nemen over de documentatie. Dit betekent dat je de verslagen uitwerkt, laat corrigeren door de bron en dan vastlegt. Eén van de geïnterviewde beleidsmedewerkers (respondent 4, 2013) gaf aan dat in hun ziekenhuis de gespreksverslagen niet worden opgenomen in het eindverslag:

"*De gespreksverslagen zijn niet ter beschikking van de opdrachtgever of de betrokkene maar ter beschikking van de commissie. Deze verslagen gaan ook weer weg. Deze worden alleen gebruikt als*

bouwstenen voor het rapport, dus ze zijn verder ook niet ter inzage. Ik ben namelijk van mening dat als je de bevindingen uitgebreider beschrijft, je de gespreksverslagen ook achterwege kan laten".

Ten tweede dient er een keuze te worden gemaakt om de bronnen anoniem op te nemen of met naam en functie. Sommige van de geïnterviewde ziekenhuizen zijn er fel op tegen om de bronnen anoniem te houden en vinden dan ook dat de respondenten deze mogelijkheid niet aangeboden dienen te krijgen. Eén van de beleidsmedewerkers (respondent 6, 2013) gaf aan:

"*Als je iets te zeggen hebt over iemand moet je daar ook voor in kunnen staan. Het zou namelijk zo kunnen zijn dat je de betrokken specialist en de geïnterviewde in een kamer zet om het probleem op te lossen".*

Ook is het goed voor de kwaliteit van het onderzoek en de transparantie. Anderen geven juist aan dat je dit wel moet aanbieden, ook al weet men uit ervaring dat daar bijna nooit gebruik van wordt gemaakt. Als respondenten hun verhaal namelijk anoniem kunnen doen zullen we eerder openheid van zaken geven in plaats van sociaal wenselijke antwoorden. Een idee zou kunnen zijn om de functies te vermelden, niet de naam, en met hoeveel respondenten er gesproken is. Een probleem hierbij is dat functies zeer specifiek zijn waardoor het gemakkelijk is terug te herleiden naar de bron. Aangezien de ervaring uitwijst dat men bijna nooit gebruik maakt van deze anonimiteit, zal dit ook niet tot problemen leiden. Openheid vanuit de bronnen kan je dus vergroten door de vertrouwelijkheid toe te zeggen en te laten bij vermelding van functies. Als er geen openheid is en mensen anoniem willen blijven zegt dit echter al iets over de betreffende specialist.

Samenvattend

De respondenten vinden het belangrijk dat de RvB en de Medisch Staf samen optrekken gedurende het onderzoek. Dit betekent dat er samen een onderzoeksopdracht wordt opgesteld en uiteindelijk in overleg een beslissing wordt genomen over de maatregelen die genomen dienen te worden. Hierbij heeft de Medische Staf een adviserende rol en de RvB als eindverantwoordelijke de besluitvormende rol. De samenstelling van de commissie is ook belangrijk om elke schijn van partijdigheid te vermijden. Dit betekent dat de onderzoekscommissie bestaat uit medisch specialisten en eventueel externen die ver van de betreffende specialist af staan. De respondenten gaven aan dat voor de medisch inhoudelijke functioneringsvraagstukken zij graag expertise ontvangen van de wetenschappelijke verenigingen. Echter, wetenschappelijke verenigingen zijn hier nog niet goed genoeg op ingericht. Voor de procedurele juistheid moet de betreffende specialist, volgens één van de respondenten, de mogelijkheid hebben om de commissie te wraken. Bij de documentatie is het van belang dat de respondenten de mogelijkheid krijgen

om hun verhaal anoniem te doen. Dit betekent dat alleen de functie wordt mede gedeeld aan de betreffende specialist. Anderen zijn hier geen voorstander van omdat het de kwaliteit en transparantie van het onderzoek in gevaar zou kunnen brengen.

5.4 Gedragsbeïnvloeding

Het doel van de OMS is dat het reglement op een manier wordt ingezet dat het disfunctioneren tijdig kan signaleren en bijsturen en op die manier optimaal functioneren stimuleert. De gedragsbeïnvloeding dient hiervoor op een manier plaats te vinden dat de instrumenten die worden ingezet de vertrouwenscultuur complementeren waarbij de focus ligt op het leren en verbeteren. Medewerkers uit een ziekenhuis zijn dan sneller geneigd om mogelijk disfunctioneren te melden, omdat het een instrument is met een positieve inslag in plaats van het stigma dat het nu heeft: een instrument om afscheid te nemen van medisch specialisten.

Inzet van het reglement

Het reglement moet bijdragen aan de vertrouwenscultuur om disfunctioneren tijdig te kunnen signaleren. Uit de interviews is naar voren gekomen dat het reglement pas wordt ingezet als de situatie dusdanig uit de hand is gelopen dat de maatschap of specialist het niet meer zelf kan oplossen. Als verklaring wordt vaak aangegeven dat het doen van een melding een drempel vormt voor medewerkers. Ten eerste omdat het aanspreken van een specialist op zijn of haar functioneren als lastig wordt ervaren. Een voorzitter van de Medische Staf (respondent 3, 2013) gaf aan:

"De drempel om te melden hoog, als er dan wel een melding komt is er wel echt iets heel fout gegaan. Dus proberen het melden zo laagdrempelig te maken als kan, bij een vermoeden kom je al sneller in het gesprek."

Ten tweede wordt het traject, wat na een melding van mogelijk disfunctioneren wordt ingezet, gezien als een zwaar instrument en daarmee als laatste redmiddel. Een voorzitter van de Medische Staf (respondent 1, 2013) gaf aan:

"Het is een loodzwaar reglement. Ik heb het zelf één keer meegemaakt en in die tijd heb ik mij niet gerealiseerd wat voor effect het heeft op een staflid. Dat staflid ervaart het heel beschadigend. Terwijl het in feite iets is waarmee je iemand beter probeert te laten functioneren."

De melding wordt dan pas gedaan als er al een incident is voorgevallen en andere instrumenten niet meer volstaan. Een aantal van de respondenten gaf aan dat er alleen naar een dergelijk reglement wordt gegrepen op het moment dat verbeteringen in het functioneren niet meer haalbaar zijn. Een dergelijk onderzoek naar het handelen van de medisch specialist wordt dan ook vaak gezien als een procedure om de medisch specialist te kunnen laten gaan.
Deze bevindingen worden ondersteund met de resultaten uit de enquête. Zo werd er aangegeven dat het reglement te grote consequenties met zich meebrengt en de betreffende specialist zich gelijk in de bank van de beschuldigden bevindt. Een ander ziekenhuis plaatst als kanttekening dat het reglement niet vaak wordt gebruikt en daardoor al een enorme drempel op werpt om het te gebruiken. Het mogelijk disfunctioneren moet volgens hen dan wel buiten proportie groot zijn om het reglement in te zetten. Een andere kanttekening is dat het probleem wordt opgepakt door de maatschap, eventueel in samenspraak met de RvB en het bestuur Medische Staf. Daardoor wordt een officiële procedure niet vaak ingezet als er vermoedens zijn van disfunctioneren.

Zoals hierboven is beschreven is de drempel om een officiële melding te doen hoog. Zonder deze officiële melding kan de officiële procedure niet worden gestart. Het is dus van belang dat ziekenhuismedewerkers bij vermoedens van disfunctioneren sneller een melding maken. In het modelreglement is opgenomen dat de melding van mogelijk disfunctioneren gedaan dient te worden bij het bestuur van de Medische Staf. Een aantal ziekenhuizen geven dat dit een drempel vormt voor ziekenhuismedewerkers die verder van het bestuur van de Medische Staf afstaan. Daarom neemt 68% van de ondervraagden in hun reglement op dat een melding van mogelijk disfunctioneren ook gedaan kan worden bij de RvB of bij bijvoorbeeld de medische directeuren. In drie gevallen werd aangegeven dat de ervaring leert dat de melding meestal wordt gedaan bij de Raad van Bestuur, ongeacht de functie van de ziekenhuismedewerker. Op deze manier hoopt men dat ziekenhuismedewerkers bij vermoedens van disfunctioneren sneller de stap zetten om een melding te doen. Hierdoor kan er eerder worden ingegrepen, voordat het te laat is en verbetering niet meer mogelijk is. Het stigma, dat het instrument alleen wordt gebruikt om medisch specialisten te laten afvloeien wordt hiermee ook ontkracht.

Voorfase

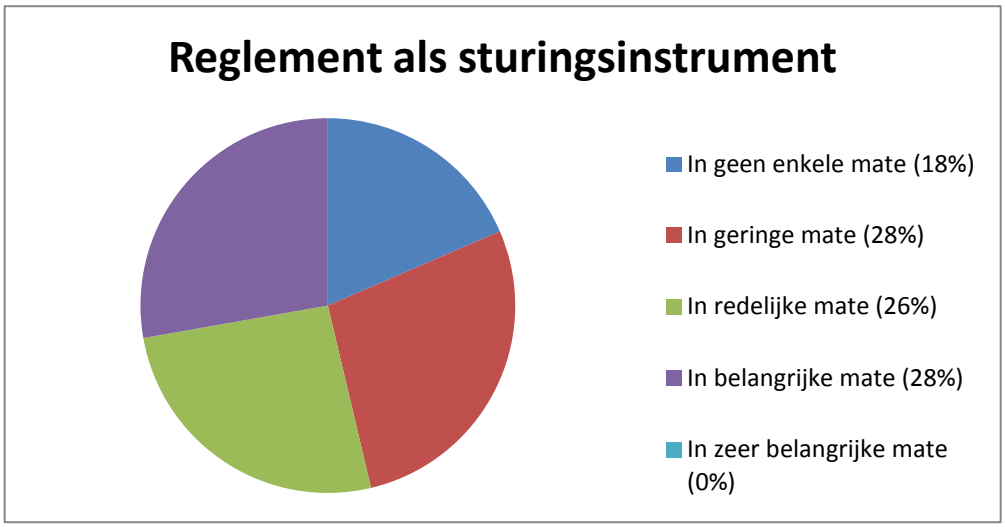
Zoals hierboven al werd beschreven vinden veel van de ondervraagden het reglement een zwaar instrument om in te zetten. Het geïnterviewde lid van de RvB (respondent 10, 2014) gaf aan:

"Het moet niet als laatste redmiddel, maar als een signaleringsinstrument worden. Daarvoor moet het toetsen veel meer naar voren worden getrokken. Dit betekent dat je diagnostische kenmerken moet

toevoegen zoals: vaak afwezig, isoleert zich et cetera. Er zijn namelijk signalen in de groepsdynamiek waaruit je dingen kan herleiden."

Om dan toch op tijd te kunnen sturen hebben alle geïnterviewde respondenten positief gereageerd op een voorfase, of een informeel traject. Dit informele traject is in veel van de gevallen al opgenomen in het reglement. Uit de enquête blijkt dat van de 54 ondervraagde ziekenhuizen, 70% een dergelijk informeel traject heeft. Deze voorfase kan worden ingezet als er geruchten of vermoedens van disfunctioneren zijn. Door middel van gesprekken met de betreffende medisch specialist worden eventuele problemen in kaart gebracht. Daarna kan er door de verschillende partijen naar een passende oplossing worden gezocht waarbij een verbetertraject het uitgangspunt is. Eén van de ziekenhuizen heeft aan deze fase vormgegeven door middel van de procedure 'Soft Signals'. Naar aanleiding van signalen van disfunctioneren gaat de Medische Staf in gesprek met de betreffende specialist om te kijken of er sprake is van een probleem en hoe hulp kan worden geboden om het eventuele probleem niet te laten ontaarden in disfunctioneren. Daarbij vindt er een terugkoppeling plaats na een bepaalde tijd of er daadwerkelijk een positieve verandering heeft plaatsgevonden. In de praktijk komt het er dus op neer dat de Medische Staf eerst probeert de dialoog aan te gaan met de specialist om te kijken of verbetering mogelijk is. Mocht dit niet het geval zijn, dan pas zal er een officieel onderzoek worden gestart naar de betreffende specialist. In veel van de gevallen blijkt een informeel traject effectief te zijn. De respondenten uit de enquête gaven aan dat de inzet van een informeel traject het gebruik van het officiële reglement heeft kunnen voorkomen of hebben ze aangegeven dat dit de verwachting is in gevallen waar het reglement tot op heden nog niet is ingezet. In maar drie ziekenhuizen was men niet overtuigd van een informeel traject.
De afweging om het informele traject boven het officiële reglement te kiezen is in veel gevallen afhankelijk van de situatie. Redenen om te kiezen voor een dergelijk informeel traject lopen dan ook uiteen. Eén van de respondenten gaf aan dat een informeel traject wordt gehanteerd als de vraagstelling nog onvoldoende helder is om de mogelijkheden van een begeleidingstraject te bezien en om wederhoor te plegen. Een andere respondent geeft aan dat een informeel traject altijd wordt ingezet tenzij de verhoudingen ernstig zijn verstoord.
Deze zogenoemde voorfase is niet opgenomen in het reglement zoals het is opgeschreven door de OMS. In het reglement van de OMS wordt wel opgenomen dat bij aanwijzingen van mogelijk disfunctioneren de melder dit ten minste éénmaal bespreekt met de betrokken specialist voordat hij hiervan melding maakt. Dit biedt de betreffende specialist de kans om zijn gedrag te motiveren en eventuele misopvattingen te verduidelijken. Tot slot is er in de enquête gevraagd naar de mening van de respondenten over in hoeverre het reglement als sturingsinstrument fungeert om disfunctioneren tijdig op

te sporen en het functioneren te stimuleren. De antwoorden op deze vraag lopen zeer uiteen, zoals te zien is in tabel 6.



Tabel 6: Reglement als sturingsinstrument

Diverse redenen werden aangedragen. Zo vinden een aantal respondenten dat er pas in een te laat stadium actie wordt ondernomen waardoor het disfunctioneren niet tijdig kan worden opgespoord. Daarbij voorziet het niet in de eigen verantwoordelijkheid en oplossend vermogen van de vakgroep of maatschap. Anderen vinden dat het reglement voornamelijk fungeert als instrument om disfunctioneren te onderzoeken en aan te pakken. Het tijdig opsporen van disfunctioneren is afhankelijk van het meldingsmoment. Het instrument stimuleert functioneren dus enkel in vorm van verbetering van functioneren naar aanleiding van het volgen van het traject.

Verbetertraject

Het verbetertraject is een belangrijk onderdeel van het reglement. Om disfunctioneren tijdig te kunnen bijsturen of om het te voorkomen dient men een verbetertraject te kunnen inzetten. Dit traject heeft als doel het disfunctioneren op bepaalde competenties te verbeteren als daar nog de mogelijkheid toe is. Dit kan betekenen dat de medisch specialist bijgeschoold moet worden op medisch inhoudelijk gebied of via coaching communicatievaardigheden probeert te verbeteren.
Het modelreglement van de OMS beschrijft specifiek de tijdsduur en de middelen die aangetrokken kunnen worden om het functioneren te verbeteren. Daarnaast vindt er een follow-up plaats waarbij wordt geëvalueerd of het verbetertraject effectief is geweest. Het verbetertraject is echter niet in alle reglementen van de algemene ziekenhuizen ingebed. Eén van de respondenten gaf aan dat juist het verbetertraject de focus dient te krijgen en dus meer naar voren gehaald moet worden in het reglement.

Sommige respondenten geven aan dat het verbetertraject afhangt van de case en dat er dus geen tijdsduur of andere specifieke elementen in opgenomen kunnen worden, zoals wel wordt gedaan in het modelreglement.
Bij het verbetertraject is de vraag in hoeverre de maatschap meegenomen dient te worden. Zowel één van de voorzitters van de Medische Staf (respondent 3, 2013) als mr. De Die geven aan dat de medisch specialist disfunctioneert bij gratie van de maatschap.

"Iemand kan disfunctioneren bij gratie van het functioneren van de groep waar hij in zit. Het is raar dat als één iemand uit de bocht vliegt het disfunctioneren kan voortbestaan zonder dat het wordt gecorrigeerd, dan klopt er iets niet. Daarom moet ook de maatschap een actieve rol krijgen toebedeeld in het verbetertraject van de medisch specialist. "

Een suggestie werd opgeworpen om de ontwikkeling en begeleiding van het verbetertraject uit elkaar trekken. Nu wordt in het modelreglement zowel de ontwikkeling als de begeleiding van het traject gedaan door de onderzoekscommissie. De resultaten uit de enquête ondersteunen deze suggestie echter niet. Veelal wordt de begeleiding van het verbetertraject gedaan door de onderzoekscommissie, de RvB of het bestuur van de Medische Staf. Drie respondenten uit de enquête gaven aan dat het afhankelijk is van de casus of er voor interne of externe begeleiding wordt gekozen.

Samenvattend

Het doel van de OMS met dit reglement is om het disfunctioneren tijdig te signaleren en bij te sturen zodat de kwaliteit van de zorg kan worden gewaarborgd. Hiervoor is het van belang dat er een vertrouwenscultuur is waarin medewerkers zich vrij voelen om vermoedens van disfunctioneren te kunnen melden. Echter, zowel uit de interviews als de enquête komt naar voren dat dit bijna nooit het geval is. Deze drempel kan verklaard worden door een drietal dingen. Ten eerste vinden medewerkers het lastig om elkaar op hun functioneren aan te spreken. Ten tweede is het een zwaar instrument en wordt er pas een melding gemaakt als men er als maatschap of vakgroep zelf niet meer uitkomt. Ten derde is er voor de ziekenhuismedewerkers, die niet medisch specialisten zijn, een drempel om dit te melden bij het bestuur van de Medische Staf. Daarom geven veel ziekenhuizen hun medewerkers de mogelijkheid om dit bij de RvB te melden, dit orgaan staat namelijk minder ver af van de medewerkers dan het bestuur van de Medische Staf.
Omdat het reglement als een zwaar instrument wordt ervaren en grote consequenties kan hebben, beschikken veel van de algemene ziekenhuizen over een informeel traject of een voorfase. Deze voorfase

kan worden ingezet als er geruchten van disfunctioneren zijn. Met de medisch specialist wordt er dan gesproken over een eventueel verbetertraject. Als dit niet werkt, kan men daarna nog besluiten om over te stappen op het officiële traject. Uit de enquête blijkt dat dit traject zeer effectief is en een officieel traject bijna nooit meer nodig is. Het verbetertraject is ook een belangrijk component van de gedragsbeïnvloeding. Uit de interviews kwam naar voren dat het verbetertraject een essentieel onderdeel is van het reglement en dat de focus op het verbeteren dient te liggen in plaats van eventueel bestraffende maatregelen. Daarnaast kan de ontwikkeling en de begeleiding van het verbetertraject het beste uit elkaar worden gehaald. Veelal wordt de begeleiding van het verbetertraject gedaan door de onderzoekscommissie, de RvB of het bestuur van de Medische Staf.

5.5 Conclusies

Uit de interviews en de enquête komt in grote mate een overeenkomstig beeld naar voren. Het normeringskader biedt de onderzoekscommissie te weinig handvatten om tot een geargumenteerd oordeel te komen als vermoedens van disfunctioneren in de zachte competenties gezocht moet worden. Daarnaast wordt het reglement als een zwaar instrument gezien en in veel situaties gebruikt als laatste redmiddel. Er zijn ook punten waarop de mening van de respondenten uit de enquête verschillen van de meningen van respondenten uit de interviews. De respondenten uit de interviews geven aan dat de RvB een belangrijkere rol dient te krijgen in het modelreglement. Dat wil zeggen dat zij samen met de Medische Staf optrekt tijdens het onderzoek en het eventuele verbetertraject. Uit de enquête wordt dit niet overtuigend bevestigd. 52% van de respondenten geeft aan dat ze dezelfde werkwijze hanteren als de OMS. De andere 48% geeft aan dat een gezamenlijk optreden gewenst is. Daarnaast geeft de rol van wetenschappelijke verenigingen in het onderzoek ook een gemêleerd beeld weer. Sommige respondenten geven aan zij geen rol zien weggelegd voor wetenschappelijke verenigingen omdat de wetenschappelijke verenigingen nog niet professioneel genoeg zijn ingericht om te kunnen voldoen aan de hulpvraag van ziekenhuizen. 58% van de respondenten geeft aan dat er in redelijke mate tot in zeer belangrijke mate een rol is weggelegd voor wetenschappelijke verenigingen.

6. Conclusie en aanbevelingen

In deze scriptie is onderzocht in hoeverre het modelreglement bijdraagt aan het tijdig signaleren van het disfunctioneren van medisch specialisten. Dit heeft geresulteerd in aanbevelingen om het modelreglement te kunnen optimaliseren zodat het kan bijdragen aan het vroegtijdig signaleren van disfunctioneren bij medisch specialisten. Daarnaast zijn er in de loop van het onderzoek interessante onderwerpen aan bod gekomen die niet in dit onderzoek opgenomen konden worden vanwege de afkadering van dit onderzoek. Er wordt afgesloten met een aantal suggesties voor vervolgonderzoek.

6.1 Reflectie op het onderzoek

Voordat de conclusies van het onderzoek uiteengezet worden, wordt er in dit hoofdstuk een korte terugblik gegeven op de verwachtingen en de onderzoeksmethoden van dit onderzoek. Binnen dit onderzoek zijn er theorieën gebruikt die zijn gericht op de gedelegeerde zelfregulering van medisch specialisten en de bijbehorende manier van gedragsbeïnvloeding. Deze theorieën gaven een duidelijk beeld van hoe de medische professie kan worden getypeerd en hoe zij acteert binnen het speelveld. Met deze informatie zijn er voorwaarden geformuleerd waaraan kwaliteitsinstrumenten dienen te voldoen om het gedrag van de medisch specialist, en specifiek het disfunctioneren, te kunnen sturen. Belangrijk hierbij is het toetsingskader, de wijze waarop de informatie wordt vergaard en de manier waarop het gedrag van medisch specialisten wordt beïnvloed. Dit theoretisch raamwerk heeft er dan ook voor gezorgd dat er duidelijke kaders zijn geschetst waarbinnen het modelreglement moet worden aangepast. Het raamwerk kan daarom door actoren die in de ziekenhuisorganisatie werkzaam zijn worden gebruikt om de geschiktheid van hun eigen reglement te toetsen.
In dit onderzoek is de selectie van de respondenten voor de interviews gebaseerd op de beschikbaarheid van de respondenten (de voorzitters van de medische staven). Gezien de beschikbare tijd en de informatie die is vergaard, heeft deze manier van selecteren geen invloed gehad op de uitkomsten van het onderzoek. Echter, in een ideale situatie zou de selectie van de respondenten beter gebaseerd kunnen worden op reglementen die van elkaar differentiëren. Daardoor zou het kunnen voor komen dat de meningen van de voorzitters van de medische staven betreffende het reglement verder uiteenlopen dan nu het geval is.
De dataverzameling van dit onderzoek is gegenereerd door middel van zeven interviews en een enquête, waarbij voornamelijk gebruik is gemaakt van open vragen. Op bepaalde aspecten zijn er gegronde redenen om te kiezen voor open vragen omdat op deze manier meer informatie wordt verkregen. Door een kwalitatief onderzoek uit te voeren is ervoor gezorgd dat dit punt niet tot problemen voor het

onderzoek heeft geleid. De open vragen uit de enquête zijn voortgekomen uit de verkregen informatie uit de interviews. Deze vragen waren daardoor goed uiteen gezet en werd een onjuiste interpretatie van de data geminimaliseerd. Ook het aantal respondenten en de afspiegeling hiervan ten opzicht van het aantal algemene ziekenhuizen in Nederland heeft ervoor gezorgd dat de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek als positief kan worden beoordeeld. De conclusies van het onderzoek, zoals weergegeven in paragraaf 6.3, zijn dan ook waardevol voor zowel de theorie als praktijk.

6.2 Beantwoording van de deelvragen

Om een antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag zijn er een vijftal deelvragen geformuleerd voor dit onderzoek. Deze deelvragen zijn als volgt geformuleerd:
1) Welke actoren zijn betrokken bij het functioneren van medisch specialisten?
2)Wat is de positie van het modelreglement in relatie tot andere instrumenten ten behoeve van het functioneren van medisch specialisten?
3) Welke voorwaarden kunnen worden geduid voor de effectieve werking van het modelreglement?
4) In hoeverre wordt het modelreglement 'mogelijk disfunctionerend medisch specialist' gebruikt in de Nederlandse algemene ziekenhuizen als handvat bij functioneringsvragen?
5) Welke factoren hebben een rol gespeeld bij de werking van het reglement op ziekenhuisniveau?

In deze paragraaf zal er achtereenvolgens kort een conclusie worden gegeven op de deelvragen om een antwoord te kunnen formuleren op de hoofdvraag.

1) Welke actoren zijn betrokken bij het functioneren van medisch specialisten?
De medisch specialisten interacteren in een pluralistisch netwerk van actoren. Dit heeft niet alleen betrekking op de directe partners waar de medisch specialist mee samenwerkt maar ook op de organen die de beroepsgroep proberen te sturen. Allen hebben invloed op het functioneren van de medisch specialist. Ziekenhuismedewerkers, zoals verpleegkundigen en aios, hebben direct invloed op het functioneren van medisch specialisten door de intensieve samenwerking. Ook de Medische Staf en de RvB hebben invloed op het functioneren door het uitgezette beleid van de organisatie. Zij beïnvloeden het functioneren van medisch specialisten door beleid dat is gericht op zowel het medisch inhoudelijk handelen als het strategische beleid dat wordt gevoerd in een ziekenhuis. Buiten het ziekenhuis spelen actoren, zoals de IGZ en de brancheorganisatie OMS, een belangrijke rol bij het functioneren van medisch specialisten. De IGZ zet zich in voor de kwaliteit van zorg door haar rol als toezichthouder. Daarnaast ontwikkelt zij, in

samenwerking met onder andere de OMS, kwaliteitsinstrumenten ter bevordering van de kwaliteit van de zorg. De OMS fungeert ook als de belangenbehartiger van de medisch specialist binnen de zorgsector.

Het netwerk waarin de medisch specialist opereert illustreert een verandering in de sturing op de kwaliteit van zorg. De overheid, zorgverzekeraars, ziekenhuisbestuurders, kwaliteitsmedewerkers krijgen steeds meer invloed op het dagelijks medisch werk. Interacties tussen beleidsmakers, ziekenhuisbestuurders en medisch specialisten zijn dan ook cruciaal voor de verdere ontwikkeling van de aansturing van de medische professie.

2) Wat is de positie van het modelreglement in relatie tot andere instrumenten ten behoeve van het functioneren van medisch specialisten?

Er zijn verschillende instrumenten die worden ingezet om het functioneren van medisch specialisten te optimaliseren. Kwaliteitsvisitaties, IFMS en de herregistratie zijn voorbeelden van deze instrumenten. Aan de hand van de reguleringspyramide (figuur 4) van Ayres & Braithwaite (1992) kan het modelreglement ten opzichte van deze instrumenten worden gepositioneerd. De reguleringspyramide is een model dat een oplossing tracht te vinden voor wanneer men sanctionerende of overredende instrumenten ingezet moeten worden om compliance met regels te kunnen waarborgen. Deze compliance wordt bewerkstelligd door intrinsieke en extrinsieke prikkels voor goed handelen. Het uitgangspunt is dat de medisch specialist intrinsiek gemotiveerd wordt om regels en protocollen na te leven. Mocht dit niet lukken, dan kan er vanuit externe actoren druk wordt uitgeoefend door middel van sanctionerende instrumenten. Kwaliteitsinstrumenten zoals IFMS en kwaliteitsvisitaties bevinden zich in het mechanisme van zelfregulering en zijn daarmee intrinsiek gemotiveerd. Dit wil zeggen dat deze instrumenten worden geïnitieerd door de eigen beroepsgroep en niet door externe actoren zoals de IGZ. Instrumenten zoals de herregistratie en de basisset kwaliteitsindicatoren, worden geïnitieerd vanuit externe actoren, de IGZ en RGS. Het gedrag wordt hierbij in grotere mate extrinsiek gemotiveerd. In de reguleringspyramide wordt dit aangeduid als meta-regulering. Het modelreglement bevindt zich idealiter gezien tussen deze twee mechanismen in. Het doel van het reglement is om disfunctioneren tijdig te signaleren, te onderzoeken en aan te pakken. Men dient zich hierbij als eerste te richten op de dialoog en de intrinsieke motivatie van de medisch specialist om zijn handelen aan te passen. Pas als dit niet werkt dient men over te stappen op zwaardere, sanctionerende instrumenten. Dit kan betekenen dat het officiële onderzoek, zoals aangeduid in het modelreglement, wordt ingezet. Hierbij wordt er getracht om de medisch specialist extrinsiek te motiveren om conform de regels en protocollen te functioneren.

3) Welke voorwaarden kunnen worden geduid voor de effectieve werking van het modelreglement?
Aan de hand van de besproken theorie van responsieve regulering en de uitwerking daarvan in het interne borgingssysteem, kunnen voorwaarden worden gedestilleerd waaraan het modelreglement moet voldoen, wil zij effectief het disfunctioneren binnen de groep van medisch specialisten in de Nederlandse ziekenhuizen vroegtijdig kunnen signaleren en (bij)sturen. De componenten informatievergaring, normering en gedragsbeïnvloeding bepalen de manier waarop het interne borgingssysteem wordt ingericht. Hierbij moet de interactie en samenhang tussen de componenten in ogenschouw worden genomen. Dit betekent dat tegelijkertijd de drie componenten aansluiten op de omgeving waarin ze worden toegepast, dus op de context. Volgens Helderman & Honingh (2009) gaat het hierbij om drie (context)factoren: het primaire risico dat beheerst dient te worden, de maatschappelijke en politieke impact ten aanzien van dit risico en de mate waarin er sprake is van een groot zelfregulerend vermogen in de organisatie waarop toezicht wordt gehouden. Het primaire risico kan in dit onderzoek omschreven worden als het disfunctioneren van medisch specialisten. Een indirect risico dat hieraan verbonden is, is dat bij ernstig of veel voorkomend disfunctioneren de licentie tot zelfregulering kan worden ingeperkt.

De drie componenten (normeringskader, informatievergaring en gedragsbeïnvloeding) geven het kader aan waarbinnen het modelreglement dient te worden ingericht, zodat het als sturingsinstrument kan worden gebruikt. Als eerste voorwaarde dient er een normeringskader te zijn waaraan getoetst kan worden of er sprake is van disfunctioneren en, zo ja, in welke mate. Belangrijk bij dit normeringskader, dus wat wordt verstaan onder disfunctioneren, is dat de normen objectiveerbaar zijn. Als normen beter zijn te objectiveren, neemt de kans op het gebruik van een intern borgingssysteem voor de normen toe (Helderman & Honingh, 2009, p. 100). Ten tweede gaat het om de manier waarop de informatie in het onderzoek wordt vergaard. Mr. de Die (2012, p. 323) geeft een aantal handvatten om de manier van informatievergaring in goede banen te leiden. Volgens haar gaat een tucht- of rechtszaak al snel de mist in door een slordige voorbereiding of door onvoldoende aandacht voor de consequenties van bepaalde keuzes. Zo hebben de onderzoeksmethode en de samenstelling van de commissie invloed op de informatievergaring. Tot slot is de manier van gedragsbeïnvloeding gebaseerd op de theorie over responsieve regulering van Ayres & Braithwaite (1992). Aan deze laatste theorie liggen drie beginselen ten grondslag. Ten eerste begint men met instrumenten die aan de basis liggen van de pyramide. Deze instrumenten zijn gericht op het aangaan van de dialoog. Het tweede uitgangspunt is dat één regulerend mechanisme niet voldoende is om het doel te kunnen bereiken. Eén instrument of regulerend mechanisme is zelden voldoende effectief. Het derde uitgangspunt is dat er altijd voldoende capaciteit aanwezig dient te zijn om het ingezette overredingsinstrument uit te breiden met sanctionerende instrumenten. Doordat

men begint met dialoog en bij onvoldoende resultaat de mogelijkheid heeft om via sanctionerende instrumenten het gedrag van medisch specialisten te sturen, wekt men vertrouwen van de medisch specialist op en dat bevordert de (spontane) naleving van regels. Specialisten weten dat als ze zich niet aan de regels houden, er sanctionerende instrumenten ingezet zullen worden waardoor de compliance met deze regels in een vroeg stadium al hoog is. Het modelreglement zal dan ook moeten voldoen aan de bovenstaande beginselen wil het kunnen sturen op het functioneren van de specialist.

4) In hoeverre wordt het modelreglement 'mogelijk disfunctionerend medisch specialist' gebruikt in de Nederlandse algemene ziekenhuizen als handvat bij functioneringsvragen?

Uit de dataverzameling van de enquête en de interviews kan worden opgemaakt in hoeverre algemene ziekenhuizen het modelreglement gebruiken als handvat bij functioneringsvraagstukken. Om een goed beeld te kunnen schetsen van de reglementen zoals die gehanteerd worden in de algemene ziekenhuizen, is er gevraagd in hoeverre zij bekend zijn met het modelreglement en of hun reglement gebaseerd is op het modelreglement van de OMS. Daarbij is het van belang om te weten dat alle ziekenhuizen hebben aangegeven in het bezit te zijn van een reglement die een procedure omschrijft bij vermoedens van disfunctioneren. Uit de enquête blijkt dat het merendeel van de respondenten bekend is met het modelreglement van de OMS. Van de 54 ingevulde vragenlijsten waren 96% respondenten op de hoogte van de inhoud van het modelreglement. Van deze 52 reglementen is er in 85% van de gevallen gekeken naar het modelreglement en is het reglement gebaseerd op die van de OMS; in acht gevallen is er niet gekeken naar het modelreglement. Het modelreglement verschilt daarnaast op een aantal componenten met de reglementen van ziekenhuizen. Een belangrijk verschil is dat ziekenhuizen aangeven dat de RvB en de Medische Staf samenwerken tijdens de procedure. In het modelreglement staat bijvoorbeeld dat de melding van disfunctioneren alleen gedaan kan worden bij de Medische Staf. Voor andere ziekenhuismedewerkers dan de medisch specialist is de drempel echter te groot om bij de Medische Staf een melding te plaatsen omdat zij ver van dit orgaan afstaan. Veel ziekenhuizen geven dan ook aan dat zij in hun reglement hebben opgenomen dat de melding ook geplaatst kan worden bij de RvB. Daarnaast treden zij gezamenlijk op als opdrachtgever. Dit betekent dat als er een melding wordt gedaan, beide organen hiervan op de hoogte zijn, de onderzoeksopdracht samen bepalen en beiden worden geïnformeerd over de uitkomsten van het onderzoek. Een aantal respondenten gaf aan dat de organen in overeenstemming besluiten tot welk vervolgtraject men overgaat op basis van de uitkomsten van het onderzoek. In het modelreglement heeft alleen de Medische Staf een initiërende en leidende rol. Een ander verschil kan gevonden worden in het toetsingskader. De reglementen van ziekenhuizen hanteren verschillende definities van disfunctioneren. Veelal zijn deze definities opgesteld aan de hand van de

CanMEDS competenties. In het modelreglement zijn deze competenties niet expliciet terug te vinden. Tot slot wordt de documentatie van het onderzoek en de gespreksverslagen van respondenten in veel ziekenhuizen meegenomen in het reglement. Dit betekent dat de respondenten de mogelijkheid krijgen om anoniem hun verhaal te doen en dat zij de gespreksverslagen terug krijgen ter goedkeuring. Echter, in het modelreglement is over deze manier van verslaglegging niets opgenomen.

5) Welke factoren hebben een rol gespeeld bij de werking van het reglement op ziekenhuisniveau?
Er zijn een aantal factoren die een rol hebben gespeeld bij de werking van het reglement op ziekenhuisniveau. Dat wil zeggen dat er een aantal factoren zijn die de succesvolle implementatie, dus het gebruik van het reglement, bevorderen of afremmen. De belangrijkste factoren hebben betrekking op de vertrouwensrelatie (organisatiecultuur) binnen het ziekenhuis, het imago van het reglement en de datering van het instrument.
De vertrouwensrelatie is essentieel voor een goede implementatie van het reglement. Dit betekent dat er een veilige en vertrouwde omgeving is waarin ziekenhuismedewerkers elkaar durven aan te spreken op elkaars functioneren en melding durven te doen bij vermoedens van disfunctioneren. Echter, zowel uit de interviews als de enquête komt naar voren dat dit bijna nooit het geval is. Deze drempel kan verklaard worden door een drietal dingen. Ten eerste vinden medewerkers het lastig om elkaar op disfunctioneren aan te spreken. Ten tweede is het een zwaar instrument en meldt een ziekenhuismedewerker of maatschap pas als ze er zelf niet meer uitkomen. Ten derde is er voor de ziekenhuismedewerkers die niet medisch specialisten zijn een drempel om dit te melden bij het bestuur van de Medische Staf. Daarom geven veel ziekenhuizen hun medewerkers de mogelijkheid om bij hun RvB een melding te doen bij vermoedens van disfunctioneren, dit orgaan staat namelijk minder ver af van de medewerkers dan het bestuur van de Medische Staf. Een andere factor waardoor het reglement niet vaak wordt ingezet is dat het reglement niet up-to-date is. Veelal wordt er pas kritisch naar het reglement gekeken als de onderzoekscommissie bezig is met een dergelijk traject. De knelpunten die men dan tegen komt, bijvoorbeeld in de procedurele juistheid, kunnen dan niet worden aangepast. Deze factoren werpen een barrière op voor een vroegtijdige inzet van het reglement. Hierdoor wordt het reglement pas ingezet als er sprake is van disfunctioneren en mogelijkheden tot verbetering eigenlijk zijn uitgesloten. Het reglement zal dus niet worden gebruikt als er geen cultuuromslag plaats vindt waarbij ziekenhuismedewerkers sneller zijn geneigd om een melding te doen van disfunctioneren. Dit sluit aan bij het concept ‘just culture’, waarbij het belang van openheid en vertrouwen wordt gestimuleerd. Het idee achter dit concept is dat vertrouwen zowel een preconditie is als een uitkomst, waarbij beide partijen verwachten rechtvaardig te worden behandeld door de ander. Dit

betekent dat openheid wordt beloond, mits er sprake is van grove nalatigheid of moedwillig kwaad doen. De beloning kan omschreven worden als een minder harde sanctie.

6.3 Beantwoording van de hoofdvraag

De conclusie waar dit onderzoek naar toe werkt, is dan ook te bevatten in het antwoord op de hoofdvraag. Deze hoofdvraag luidt:

In welke mate en op welke wijze draagt het modelreglement 'mogelijk disfunctionerend medisch specialist' van de Orde van Medisch Specialisten bij aan het tijdig signaleren van disfunctionerende medisch specialisten in de Nederlandse algemene ziekenhuizen?

Door de toenemende focus op kwaliteit van de zorg in het Nederlandse zorglandschap is het zelfregulerende vermogen van de medische professie onder druk komen te staan. Deze toenemende focus op de kwaliteit, door externe partijen, is ontstaan door het groeiende wantrouwen van de maatschappij jegens de medische professie naar aanleiding van een aantal incidenten. Deze ontwikkeling vertaalt zich in een vraag naar meer regels en procedures, en een verdere institutionele verdichting van toezichthoudende en veiligheidsbevorderende instanties. Er is dan ook sprake van een verschuiving van professionele zelfsturing naar gedelegeerde zelfsturing. De medisch specialist, of het ziekenhuis, heeft hierbij nog steeds de autonomie om zijn eigen kwaliteitssysteem te ontwikkelen, maar dit interne systeem wordt getoetst aan algemeen geldende standaarden van het ziekenhuis. De instrumenten die worden ingezet om de medische professie te kunnen sturen dienen daarbij te voldoen aan een aantal voorwaarden zodat de kwaliteit van het interne borgingssysteem en dus de kwaliteit van de zorg gewaarborgd blijft. Dit betekent dat ook het modelreglement van de OMS aan deze voorwaarden dient te voldoen. Deze hebben betrekking op het toetsingskader waaraan disfunctioneren wordt getoetst, de informatievergaring en de manier waarop het gedrag van medisch specialisten wordt beïnvloedt. Met deze voorwaarden kan het modelreglement worden geoptimaliseerd waardoor het bijdraagt aan het tijdig signaleren van disfunctionerende medisch specialisten in de Nederlandse algemene ziekenhuizen.

Het doel van de OMS met dit reglement is om het disfunctioneren tijdig te signaleren en bij te sturen zodat de kwaliteit van de zorg kan worden gewaarborgd. Het normeringskader waar het disfunctioneren aan wordt getoetst roept bij veel ziekenhuizen moeilijkheden op. Er zijn veel verschillende definities en de daarbij horende toetsingscriteria in omloop, waarbij het ene ziekenhuis wel gebruik maakt van de CanMEDS competenties en andere ziekenhuizen bijvoorbeeld een eigen definitie hanteren. Dit kan voor

een deel verklaard worden door de regelmaat waarop het ziekenhuis het reglement evalueert en daarbij aanpast. Pas als er daadwerkelijk een situatie zich voordoet waarin het reglement gebruikt dient te worden, wordt ook het reglement geëvalueerd. Daarnaast is het lastig de criteria voor disfunctioneren te objectiveren. Vooral de zachte competenties zoals communicatie en samenwerking bieden te weinig houvast doordat er niet expliciet is beschreven wat er mee wordt bedoeld. Daardoor is het discutabel wat wel en wat niet valt onder disfunctioneren en op welke competentie de medisch specialist niet functioneert.

De procedure die wordt gevolgd bij vermoeden van disfunctioneren is essentieel voor een goede afhandeling. Een tucht- of rechtszaak gaat al snel de mist in door een slordige voorbereiding of onvoldoende aandacht voor de consequenties van bepaalde keuzes. Belangrijk is dat de RvB en de Medisch Staf samen optrekken gedurende het onderzoek. Dit betekent dat er samen een onderzoeksopdracht wordt opgesteld en uiteindelijk in overleg een beslissing wordt genomen over de maatregelen die genomen dienen te worden. Hierbij heeft de Medische Staf een adviserende rol en de Raad van Bestuur als eindverantwoordelijke de besluitvormende rol. De samenstelling van de commissie is ook belangrijk om elke schijn van partijdigheid te vermijden. Dit betekent dat de onderzoekscommissie bestaat uit medisch specialisten en eventueel externen die ver van de betreffende specialist af staan. Hiervoor zouden ze graag expertise ontvangen van de wetenschappelijke verenigingen. Voor de procedurele juistheid moet de betreffende specialist, volgens één van de respondenten, de mogelijkheid hebben om de commissie te wraken. Bij de documentatie is het van belang dat de respondenten de mogelijkheid krijgen om hun visie op de situatie anoniem kunnen weergeven. Dit betekent dat alleen de functie wordt mede gedeeld aan de betreffende specialist. Anderen zijn hier geen voorstander van omdat het de kwaliteit en transparantie van het onderzoek in gevaar zou kunnen brengen.

Om het functioneren tijdig te kunnen signaleren dient er een cultuuromslag plaats te vinden. Van belang is dat er een vertrouwenscultuur is waarin medewerkers zich vrij voelen om vermoedens van disfunctioneren te kunnen melden. Door minder harde sancties in te zetten als beloning voor de openheid die wordt getoond, wordt de vertrouwensrelatie tussen de medisch specialist en de toezicht partijen versterkt. In de luchtvaart wordt dit concept aangeduid als ‘just culture’. Echter, zowel uit de interviews als de enquête komt naar voren dat dit bijna nooit het geval is. Deze drempel kan verklaard worden door een drietal dingen. Ten eerste vinden medewerkers het lastig om elkaar op disfunctioneren aan te spreken. Ten tweede is het een zwaar instrument en meld een maatschap, vakgroep of individuele ziekenhuismedewerker pas als ze er zelf niet uitkomen. Ten derde is er voor de ziekenhuismedewerkers

die niet medisch specialisten zijn een drempel om dit te melden bij het bestuur van de Medische Staf. Daarom geven veel ziekenhuizen hun medewerkers de mogelijkheid om bij RvB te melden, dit orgaan staat namelijk minder ver af van de medewerkers dan het bestuur van de Medische Staf. Omdat het reglement als een zwaar instrument wordt ervaren en grote consequenties kan hebben, beschikken veel van de algemene ziekenhuizen over een informeel traject of een voorfase. Deze voorfase kan worden ingezet als er geruchten van disfunctioneren zijn. Met de medisch specialist wordt er dan gesproken over een eventueel verbetertraject. Als dit niet werkt, kan men altijd nog overstappen op het officiële traject. Uit de enquête blijkt dat dit traject zeer effectief is en een officieel traject bijna nooit meer nodig is. Het verbetertraject is ook een belangrijk component van de gedragsbeïnvloeding. Dit betekent dat de focus op het verbeteren dient te liggen in plaats van eventueel bestraffende sancties. Daarnaast kan de ontwikkeling en de begeleiding van het verbetertraject het beste uit elkaar worden gehaald. Veelal wordt de begeleiding van het verbetertraject gedaan door de onderzoekscommissie, Raad van Bestuur of het bestuur van de Medische Staf.

Het modelreglement voldoet dus in grote mate aan deze voorwaarden, zodat het kan bijdragen aan het tijdig signaleren van disfunctioneren en de kwaliteit van de zorg kan waarborgen. Het hangt echter af van de wijze waarop het reglement wordt gebruikt en hoe het reglement als instrument is ingebed in de reguleringspyramide van Ayres & Braithwaite, of het als signaleringsinstrument effectief kan zijn. Hierin speelt de vertrouwenscultuur een belangrijke rol. In de luchtvaart is hier de afgelopen decennia veel aandacht aan besteed en is het concept ‘just culture’ geïntegreerd in het systeem. Voor het modelreglement betekent dit dat de voorfase, zoals eerder genoemd, een belangrijk functie heeft. Nu is het reglement vooral nog sanctionerend van aard, maar het dient meer een functie te hebben ten aanzien van het lerend vermogen. Dit kan worden bewerkstelligd door een voorfase te integreren en het verbetertraject te richten op het leren verbeteren. Dit kan de vertrouwensrelatie namelijk complementeren.

6.4 Aanbevelingen

Op basis van de geschetste conclusies kunnen een aantal aanbevelingen worden gedaan om het modelreglement te optimaliseren. Deze aanbevelingen zouden het reglement dusdanig kunnen veranderen dat het een instrument wordt die de kwaliteit van de zorg bevorderd door zich te richten op het vroegtijdig signaleren en bijsturen van disfunctioneren.

Aanbevelingen betreffende het toetsingskader:

- Het toetsingskader van het modelreglement biedt op dit moment geen handvatten aan de algemene ziekenhuizen om disfunctioneren te toetsen. Vooral de zachte competenties zoals communicatie en samenwerking zijn lastig te toetsen. Het opstellen van duidelijke criteria over wat disfunctioneren is en deze criteria te operationaliseren, kan algemene ziekenhuizen helpen om een handzame en duidelijke richtlijn op te stellen om vermoedens van disfunctioneren te kunnen toetsen. Hierin is een taak weggelegd voor de OMS in samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen.
- Uit dit onderzoek is gebleken is dat er geen eenduidig toetsingskader is onder de algemene ziekenhuizen om het disfunctioneren te toetsen. Een eenduidig toetsingskader dat door alle ziekenhuizen wordt gedeeld zou kunnen bijdragen aan de zorgvuldigheid van het proces, de reputatie van de betrokken specialist en op deze manier de kwaliteit van de zorg in alle algemene ziekenhuizen waarborgen. De OMS kan met het modelreglement hierin een verbindende factor spelen.

Aanbevelingen betreffende de informatievergaring:

- In het modelreglement moet expliciet worden opgenomen dat externe actoren kunnen worden ingezet om onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden. Hiervoor zou de OMS samen met wetenschappelijke verenigingen een protocol kunnen ontwikkelen om algemene ziekenhuizen te ondersteunen bij onderzoeksvragen die gericht zijn op het medisch handelen van medisch specialisten.
- Voor de procedurele juistheid is het van belang dat de betreffende specialist de kans krijgt om de commissie te wraken. Op deze manier voorkomt men niet alleen elke schijn van partijdigheid, maar waarborgt men ook de welwillendheid van de medisch specialist om mee te werken aan het onderzoek.
- Uit het onderzoek is gebleken dat de documentatie van het onderzoek en met name de documentatie van geïnterviewde respondenten van belang is. Dit betekent dat in het reglement duidelijk dient te worden opgenomen hoe de onderzoekscommissie de gespreksverslagen moet vastleggen. Deze gespreksverslagen zouden het beste anoniem en op basis van functie kunnen worden gedocumenteerd, om vervolgens goedgekeurd te worden door de respondent. Op deze manier kan de privacy van de geïnterviewde respondenten worden gewaarborgd.
- Hoor en wederhoor is een essentieel onderdeel van het proces. Dit betekent vooral dat de betreffende medisch specialist de kans krijgt om zijn visie op de situatie te kunnen belichten. In artikel 2.5 van het modelreglement wordt dit op dit moment allemaal in één gesprek gedaan. Dit gesprek met de betreffende medisch specialist moet worden verspreid over meerdere momenten. Eerst moet er duidelijk zijn of de

specialist het probleem herkent. Vervolgens moet de betreffende medische specialist tijdens het onderzoek en bij het ontwikkelen van het verbetertraject ook de kans krijgen om zijn visie uiteen te zetten.

Aanbevelingen betreffende de gedragsbeïnvloeding van medisch specialisten:

- Melding van disfunctioneren wordt in veel gevallen pas gedaan als de maatschap er zelf niet meer uit komt. Oplossingen tot verbetering in het functioneren zijn dan meestal al niet meer haalbaar. Deze vicieuze cirkel waarbij het reglement alleen maar wordt ingezet als de situatie volledig is geëscaleerd en verbetering niet meer mogelijk is, is niet wenselijk. Er dient dus een cultuuromslag plaats te vinden waarin ziekenhuismedewerkers zich veilig genoeg voelen om vermoedens van disfunctioneren te kunnen melden. Ziekenhuizen zouden hier het concept 'just culture', dat in de luchtvaart al een veelgebruikt concept is, kunnen gebruiken als best practice. Een zorgverlener die bij een incident in de zorg betrokken was, wordt dan beoordeeld op basis van zijn gedrag voorafgaand aan de uitkomst en niet op basis van de ernst van de uitkomst. Belangrijk hierbij is dat er besef wordt gecreëerd dat het niet gaat om de vergevingsgezindheid, maar dat het leren van de gemaakte fouten centraal staat.
- In samenhang met het vorige punt dient er een grotere focus te worden gelegd op het verbetertraject. Dit kan door een zogenoemde voorfase in het reglement op te nemen. Hierbij ligt de focus op het leren en verbeteren waarbij men niet gelijk het officiële onderzoek naar vermoedens van disfunctioneren in werking laat treden. In deze voorfase zou de RvB en/of Medische Staf naar aanleiding van signalen van disfunctioneren in gesprek moeten gaan met de betreffende specialist om te kijken of er sprake is van een probleem. Vervolgens kan er in overleg bekeken worden op welke manier hulp kan worden geboden zodat het probleem niet ontaard in disfunctioneren.
- De ontwikkeling van het verbetertraject en de begeleiding van het traject dient niet door één en de dezelfde actor gedaan te worden. De onderzoekscommissie heeft als taak het onderzoek uit te voeren en een uitkomst te formuleren. Het zou nadelig kunnen zijn om de onderzoekscommissie ook de begeleiding van het verbetertraject te laten uitvoeren. Het belang van de onderzoekscommissie wordt dan om het traject goed af te ronden en dat weerhoudt je er eventueel van om dingen op te schrijven. De verleiding is dan groot om dingen anders op te schrijven dan het geval is.
- Het modelreglement heeft nu vooral het imago dat als een dergelijk traject wordt ingesteld de medisch specialist al met één been buiten staat. Het imago van het reglement kan voor een deel worden veranderd als door de OMS de titel van het reglement wordt aangepast waarbij de focus niet ligt op het disfunctioneren maar op het verbeteren van het functioneren.

6.5 Vervolgonderzoek

Dit hoofdstuk wordt afgesloten door in te gaan op een aantal belangrijke aspecten die uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen die kunnen worden meegenomen in vervolgonderzoek. Ten eerste zijn er vanwege de omvang van dit onderzoek alleen de algemene ziekenhuizen in dit onderzoek meegenomen. Wellicht bieden reglementen in andere soorten ziekenhuizen, zoals universitair medisch centra en psychiatrische ziekenhuizen, andere perspectieven. De aanpak die in deze ziekenhuizen wordt gehanteerd zouden daardoor ook andere inzichten kunnen geven voor de aanpak van disfunctioneren in algemene ziekenhuizen. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek zou dan ook zijn dat de voorwaarden, waaraan het reglement dient te voldoen, wordt getoetst aan de hand van reglementen uit andere soorten ziekenhuizen. Ten tweede richt dit onderzoek zich op het disfunctioneren van medisch specialisten, terwijl de focus zou moeten liggen op het verbeteren van het functioneren. De organisatiecultuur speelt hierbij een belangrijke rol, met name de vertrouwensrelatie tussen de medisch specialist, zijn collega's en andere medewerkers. Om dit te kunnen bewerkstelligen zou er gefocust moeten worden op het verbeteren door middel van leren in plaats van te richten op sanctionerende instrumenten. Er dient dan ook vervolgonderzoek plaats te vinden naar hoe de vertrouwenscultuur kan worden bevorderd en welke instrumenten ingezet kunnen worden om te zorgen dat het 'leren verbeteren' centraal staat. Hierbij kan het 'just culture' concept uit de luchtvaart worden onderzocht op de eventuele werking en toepassing ervan in het ziekenhuis. Ten derde is er in de enquête een aanvullende vraag gesteld of er behoefte is aan een netwerk 'optimaal functioneren', waarop sterk positief werd geantwoord. Dit is een netwerk van medisch specialisten die zich vanuit het stafbestuur bezighouden met functioneringsvraagstukken zoals IFMS, (interne) visitatie, en (voorkomen van) disfunctioneren. Het doel hiervan is kennisdeling. 83% van de ondervraagde ziekenhuizen gaf aan hier als organisatie in te willen participeren. Er zou onderzocht kunnen worden hoe een dergelijk netwerk ingericht kan worden zodat er integraal onderzocht kan worden hoe de bovenstaande aanbevelingen een plaats kunnen vinden in het intern borgingssysteem van een ziekenhuis. Zo kan bijvoorbeeld in het netwerk het concept 'just culture' en de manier waarop het geïntegreerd kan worden in het ziekenhuis worden besproken.

Literatuurlijst

Ayres, I. & Braithwaite, J. (1992) *Responsive regulation.* New York: Oxford University Press.

Braithwaite, J., Healy, J. en Dwan, K. (2005) *The governance of healthsafety and quality*. Commonwealth of Australia.

Bont, A., Jerak, S., Zuiderent, T., Bal, R. en Meurs, P. (2009) *Veiligheid in de zorg. Achtergrond studie bij de Staat van de Gezondheidszorg 2009.* Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Creuss, S.R., Johnston, S. &Creuss, R.L. (2004) *"Profession:" A working definition for medical educators.* Teaching and Learning in Medicine: An international journal. 16(1) p. 74-76

Croonen, H. (2013) *Herregistratie met meer kwaliteit en minder papier*. Medisch Contact. P. 1422- 1425

Die, de. M. (2012) *Let op bij zaak tegen college.* Medisch contact p. 323-325.

Dutch Hospital Data (2013) *Kerngetallen Nederlandse ziekenhuizen 2012.* Utrecht.

Helderman, J-K. & Honingh, M. (2009) *Systeemtoezicht. Een onderzoek naar de condities en werking van systeemtoezicht in 6 sectoren.* Nijmegen, Radboud Universiteit Nijmegen.

Helderman, J-K. & Wallenburg, I. (2013) *Old players, New layers. Making sense of governance reforms in Dutch Healthcare.* Paper gepresenteerd op de jaarlijkse meeting van de SASE Annual Conference, Universiteit van Milaan, Milaan, Italië.

Herk, R. van (1997) *Artsen onder druk*. Dissertatie. Utrecht: Uitgeverij Elsevier / De Tijdstroom.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2014) *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2014*. P 137-139.

Inspectie voor de gezondheidszorg (2010) *Interne IGZ-richtlijn omgaan met signalen over disfunctioneren van medische specialisten.*

Inspectie voor de gezondheidszorg (2013a) *Organisatie,* gevonden op 23-09-2013, op: http://www.igz.nl/organisatie/

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2013b) *Staat van de gezondheidzorg. Op weg naar aantoonbaar verantwoord functionerende beroepsbeoefenaren in de zorg.* Utrecht

Jong, de. (2007) *De samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen.* Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

IQ Healthcare (2012) *Disfunctioneren van zorgverleners in de Nederlandse gezondheidszorg. Definiëring, signalering, vaststellen en het treffen van maatregelen.* Scientific Institute for Quality of Healthcare

KNMG (2013) *CanMEDS.* gevonden op 1-11-2013, op: http://knmg.artsennet.nl/Opleiding-en-herregistratie/Project-MMV-Home/Rubrieken/CanMEDS.htm

KNMG (2005) *Het functioneren van de individuele arts.* Utrecht: KNMG

KNMG (2012) *Staan voor kwaliteit.* Utrecht: KNMG

Korzilius, H. (2008) *De kern van survey-onderzoek.* Assen: van Gorcum

Kroneman, H. (2006) *Functioneren en disfunctioneren.* Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde. 14(10). P. 461

Legemaate, J. (2009). *Verantwoordelijkheid nemen voor kwaliteit.* Vrije Universiteit Amsterdam: Amsterdam.

Luik, van S.J., Mook, van W.N.K.A. & Oosterhout, van W.P.J. (2009) *Het leren en toetsen van de professionele rol.* Tijdschrift voor Medisch Onderwijs. 28(3) p. 107-118.

NVZ (2013) *Brancheorganisatie van de zorg.* Gevonden op 10-12-2013, op http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/.

Orde van Medisch Specialisten (2008a) *Modelreglement 'mogelijk disfunctionerend medisch specialist'.* Utrecht.

Orde van Medisch Specialisten (2008b) *Functioneren en disfunctioneren. Modelreglement disfunctioneren.* Gevonden op 09-09-2013, op: www.orde.nl.

Orde van Medisch Specialisten (2008c) *Individueel Functioneren Medisch Specialisten* Gevonden op 09-09-2013, op: www.orde.nl.

Orde van Medisch Specialisten (2013a) *Positionering.* Gevonden op 09-11-2013, op: http://www.orde.nl/pijlers/beroepsbelangen/dienstverband/positionering/onderwerpen/algemeen-positionering-dienstverband.html.

Orde van Medisch Specialisten (2013b) *Visiedocument optimaal functioneren van medisch specialisten. Een boom die valt, maakt meer lawaai dan een bos dat groeit.* Utrecht

Orde van Medisch Specialisten (2013c) *Arbeidsvoorwaarden en rechtspositie.* Gevonden op 13-09-2013, op: http://www.orde.nl/pijlers/beroepsbelangen/universitair-medisch-specialist/arbeidsvoorwaarden +en+rechtspositie/onderwerpen/algemeen-arbeidsvoorwaarden-en-rechtspositie-ums.html

Orde van Medisch Specialisten (2013) *Leidraad waarderingssystematiek voor de kwaliteitsvisitaties.* Utrecht

Orde van Medisch Specialisten (2014) *Kwaliteitsvisitaties.* Gevonden op 2-6-2014, op: http://www.orde.nl/pijlers/kwaliteit/kwaliteitsbeleid/onderwerpen/kwaliteitsvisitaties.html

Ottow, A.T. (2009) *De markt meester? Op zoek naar nieuwe vormen van toezicht.* Boom Juridische Uitgevers: Den Haag.

Patton, M.Q. (1980). *Qualitative evaluation and research methods.* Newbury park, London, New Dehli: Sage.

Rijksoverheid.nl (2013). *Registratie in BIG-register van beroepen.* Gevonden op 12-11-3013, op; http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/werken-in-de-zorg/registratie-in-big-register-van-beroepen.

Rosingh, J. , Veur, M van der & Sijmons, J. (2012) *Disfunctioneren tijdig aangepakt.* Medisch Contact. 67(5). P. 264 – 266.

Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (2009) *Missie*. Gevonden op 26-5-2014, op: http://www.stz.nl/pagina/9-over-stz.html

Schraven, Th. P.M. (2013) *Over governance in de zorg en de medisch specialist als eigenaar in het ziekenhuis.* Medisch Specialistische zorg, Mediform: Bergen.

Simon, H.A. (1997), *Adminstrative Behaviour,* vierde editie, New York: the Free Press.

Stokman, F.N. (2005) *Corporatisme en Lobbyisme gezien vanuit fundamentele processen van collectieve besluitvorming.* Rijksuniversiteit Groningen: Groningen.

Thiel, van S. (2007). *Bestuurskundig onderzoek: een methodologische inleiding*. Bussum: Coutinho

Thiel, van. S. (2010) *Bestuurskundig onderzoek: een methodologische inleiding.* Bussum: Coutinho

Til, van C., Walhof, C. en Wahab, P. (2013) *Disfunctioneren tijdig tackelen met IFMS+*. Medisch Contact 68 (11). p. 627-629.

Tuohy, C.H. (2003) *Agency, Contract, and Governance: Shiftng Shapes of Accountability in the Healthcare Arena.* Journal of Health Politics, Policy and Law. Vol. 28, 2-3. Duke University Press.

Vennix, J. (2005). *Theorie en praktijk van empirisch onderzoek.* Pearson Education Limited

Vennix, J. (2008). *Theorie en praktijk van empirisch onderzoek.* Pearson Education Limited

Verschuren, P. & Doorewaard, H. (2007) *Het ontwerpen van een onderzoek.* Den Haag: LEMMA.

Wallenburg, I. (2012) *The modern doctor. Unraveling the practices of residency training reform.* PhD thesis, Erasmus Universiteit Rotterdam

White, J. (2009) *Capacity and Authority: comments on Governing Doctors and Health Care.* Journal of Health Economics, Policy and Law. 4, p 367-382

WRR. (2008). Onzekere veiligheid. Verantwoordelijkheden rond fysieke veiligheid No. WRR-82). Amsterdam: Amsterdam University Press.

Zorgatlas.nl (2013) *Zorgatlas http://zorgatlas.nl/zorg/ziekenhuiszorg/.* Gevonden op 28-11-2013, op: zorgatlas.nl

Bijlage 1 Modelreglement 'mogelijk disfunctionerend medisch specialist'

Model reglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist

Orde van Medisch Specialisten

Utrecht, april 2008

Inhoudsopgave

- Toelichting
- Begrippen

1 Het functioneren van een medisch specialist

2 Procedure
- Onderzoek
- Geen sprake van disfunctioneren
- Wel sprake van disfunctioneren
- Gesprek en evaluatiegesprek
- Vervolg evaluatiegesprek
- Verslag
- Vervolg procedure
- Bijstand
- Versnelde procedure

3 Vervolgprocedure
- Maatregelen

4 Dossier

5 Kosten

6 Slotbepalingen

Toelichting bij 3 Vervolgprocedure

Bijlage I Gedragscode intramuraal medisch specialist van de Orde van Medisch Specialisten

Toelichting

Het modelreglement beschrijft de procedure om te onderzoeken of er wel of geen sprake is van disfunctioneren.
Uitgegaan is van de omschrijving van disfunctioneren, zoals vermeld in het KNMG-standpunt betreffende het functioneren van de individuele arts van juli 2005:
'*een structurele situatie van onverantwoorde zorg, waarin een patiënt wordt geschaad of het risico loopt te worden geschaad, en waarbij de betreffende arts/medisch specialist niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen*' .

Het is van belang voor ogen te houden dat mogelijk disfunctioneren op verschillende manieren aan het licht kan komen, zoals uit klachten van patiënten, meldingen van collega's en verwijzers. Uit onderzoek is gebleken dat het houden van de evaluatiegesprekken disfunctioneren kan voorkomen en dat door deze gesprekken disfunctioneren in een vroeg stadium kan worden ontdekt, waardoor bijsturing nog mogelijk is. Ondanks dat zal disfunctioneren echter nooit geheel kunnen worden voorkomen.

Het modelreglement heeft betrekking op de intramuraal praktiserend medisch specialist. De intramuraal praktiserend medisch specialist dient zich te houden aan diverse wet – en regelgeving en aan de Gedragscode Intramuraal Medisch Specialist van de Orde van Medisch Specialisten (2006), **zie Bijlage I.**

In de Model Toelatingsovereenkomst Medisch Specialist – Ziekenhuis van de Orde van Medisch Specialisten en de NVZ vereniging van ziekenhuizen staat onder meer vermeld:
'Ieder lid van de medische staf is verantwoordelijk voor de medisch inhoudelijke kwaliteit van zijn/haar handelen. Naast de individuele verantwoordelijkheid is er sprake van een collectieve verantwoordelijkheid. Het individuele lid van de medische staf is aanspreekbaar op zijn/haar (professioneel) handelen en gedrag. Medisch specialist en ziekenhuis dragen met inachtneming van ieders specifieke verantwoordelijkheid gezamenlijk verantwoordelijkheid voor de integrale zorgverlening in het ziekenhuis.' (zie de considerans)
en
'Hij/zij draagt ervoor zorg dat hij/zij blijft beschikken over de kennis en kunde die voor een goede uitoefening van zijn/haar werkzaamheden noodzakelijk zijn' (zie artikel 2.4)

In de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst staat onder meer vermeld:
'De medisch specialist neemt bij zijn/haar werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem/haar rustende verantwoordelijkheid voortvloeiend uit de voor medisch specialisten van zijn/haar specialisme geldende medisch professionele standaard als bedoeld in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst' .

Begrippen

medische staf:	Het orgaan in het ziekenhuis waarvan alle op niet incidentele basis met een toelatingsovereenkomst of een arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd werkzame medisch specialisten dan wel andere daarmee in overleg met de medische staf gelijk te stellen beroepsbeoefenaren lid zijn. **NB** Meestal is er een formele vereniging medische staf (VMS), maar dat is niet overal het geval.
medisch specialist:	De arts, die blijkens inschrijving in het BIG-register en in het register van erkende medisch specialisten van de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) is erkend als medisch specialist in het daarbij vermeld onderdeel van de geneeskunde.
stafbestuur:	Het bestuur van de (vereniging) medische staf.
disfunctioneren:	Een structurele situatie van onverantwoorde zorg, waarin de patiënt wordt geschaad of het risico loopt te worden geschaad, en waarbij de betrokken medisch specialist niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen. Van belang in deze omschrijving zijn vier (4) elementen: ▪ het gaat om structurele problemen en niet om een enkel incident ▪ het gaat om onverantwoorde zorg, d.w.z. zorg die in negatieve zin afwijkt van hetgeen binnen de beroepsgroep gebruikelijk is ▪ door de problemen loopt een patiënt schade op of bestaat het risico daarop ▪ de medisch specialist is niet bereid tot discussie, vertoont geen zelfreflectie en/of is niet (meer) bij machte zelf de situatie ten goede te keren.
maatschap:	Het samenwerkingsverband in juridische zin van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren van eenzelfde erkend medisch specialisme dan wel van medisch specialisten van een moederspecialisme met een of meer medisch specialisten van een of meer deelspecialismen.
vakgroep:	Het organisatorisch verband per erkend medisch specialisme van leden van de medische staf, die in het ziekenhuis praktiseren in dienstverband.

NB Het modelreglement is van toepassing op medisch specialisten, lid van de medische staf, en andere daarmee in overleg met de medische staf gelijk gestelde beroepsbeoefenaren zoals de kaakchirurg, ziekenhuisapotheker, klinisch chemicus en klinisch psycholoog.

NB Het modelreglement is naar analogie van toepassing op medisch specialisten praktiserend in een categoraal ziekenhuis en in een universitair medisch centrum (UMC).

1. Het functioneren van een medisch specialist

1.1. Een lid van de medische staf wordt geacht volgens **de professionele standaard** te functioneren. Dit wordt getoetst door middel van de jaarlijkse evaluatiegesprekken in het kader van IFMS (Individueel Functioneren Medisch Specialisten), zoals bedoeld in het rapport van de Commissie IFMS van de Orde van Medisch Specialisten van 21 april 2008.

Toelichting:
Functioneren volgens de professionele standaard wil zeggen handelend als goed hulpverlener in overeenstemming met de op hem/haar rustende verantwoordelijkheid voortvloeiend uit de voor medisch specialisten van zijn/haar erkend medisch specialisme geldende medisch professionele standaard en dus handelend met inachtneming van de geldende wet – en regelgeving, de Gedragsregels van Artsen van de KNMG, de Gedragscode Intramuraal Medisch Specialist en de kwaliteitsnormen van de betreffende wetenschappelijke vereniging.

1.2. Bij serieuze aanwijzingen van 'mogelijk disfunctioneren' van een medisch specialist kan bij de voorzitter van de commissie kwaliteit van de medische staf dan wel bij de voorzitter van het stafbestuur volgens het bepaalde in 1.3 een melding worden gedaan door:

- een collega van het betreffend erkend medisch specialisme
- een lid van de medische staf
- een lid van de raad van bestuur
- een medewerker van het ziekenhuis.

1.3. De melder, die van mening is dat er aanwijzingen bestaan van 'mogelijk disfunctioneren', van een medisch specialist bespreekt dit tenminste éénmaal met de betrokken medisch specialist voordat hij/zij hiervan schriftelijk en gemotiveerd melding maakt bij de voorzitter van de commissie kwaliteit c.q. de voorzitter van het stafbestuur. Is dat niet het geval dan is de melding niet ontvankelijk.

Toelichting:
In de KNMG Gedragsregels voor Artsen staat onder III.1:
'Een arts is ten opzichte van collegae en andere hulpverleners bereid tot openheid en communicatie over en evaluatie van zijn handelen, dit met inachtneming van zijn beroepsgeheim.
Kritiek ten aanzien van een collega of collegae dient primair met de betrokken collega(e) te worden besproken.
Zakelijke discussies in vakbladen moeten te allen tijde kunnen worden gevoerd.'

1.4. De commissie kwaliteit c.q. het stafbestuur stuurt binnen één (1) week na ontvangst van de melding een afschrift van de melding aan de betrokken medisch specialist.

1.5. Naar aanleiding van een melding van 'mogelijk disfunctioneren' stelt de commissie kwaliteit in overleg met het stafbestuur c.q. stelt het stafbestuur een commissie van onderzoek ad hoc in.

1.6. De commissie van onderzoek ad hoc bestaat uit drie (3) leden uit de medische staf, die door de commissie kwaliteit in overleg met het stafbestuur c.q. door het stafbestuur worden benoemd en die geen zitting hebben in het stafbestuur.

1.7. Een lid van de medische staf kan geen zitting hebben in de commissie van onderzoek ad hoc wanneer de melding een collega van het eigen erkend medisch specialisme betreft dan wel een collega met wie frequent wordt samengewerkt.

1.8. Doel van de commissie van onderzoek ad hoc is allereerst te onderzoeken of de melding in behandeling kan worden genomen (dus de ontvankelijkheid van de melding). De commissie van onderzoek ad hoc zal hiertoe de benodigde informatie verzamelen en hoor en wederhoor toepassen met in ieder geval de betrokken medisch specialist en zonodig de melder.

1.9. De betrokken medisch specialist is verplicht medewerking te verlenen aan de door de commissie van onderzoek ad hoc ingestelde procedure.

1.10. De commissie van onderzoek ad hoc zal binnen twee (2) weken na instelling van deze commissie schriftelijk advies uitbrengen aan de commissie kwaliteit c.q. het stafbestuur over de vraag of aan de voorwaarden is voldaan waaronder de commissie van onderzoek ad hoc de melding in behandeling kan nemen (dus de wel of niet ontvankelijkheid van de melding).
Zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen vier (4) weken na ontvangst van het schriftelijk advies van de commissie van onderzoek ad hoc, geeft de commissie kwaliteit c.q. het stafbestuur de commissie van onderzoek ad hoc opdracht de melding te onderzoeken.
Een lid van de commissie kwaliteit of een lid van het stafbestuur neemt geen deel aan deze besluitvorming in geval de melding een collega van het eigen erkend medisch specialisme betreft dan wel een collega met wie frequent wordt samengewerkt dan wel hij/zij zelf de melding heeft gedaan.

1.11. De melding is in ieder geval **niet ontvankelijk** indien:
- de melding geen betrekking heeft op de medisch inhoudelijke, organisatorische of relationele kwaliteit van de betrokken medisch specialist
- de melding kennelijk ongegrond is
- de melding op oneigenlijke gronden is ingediend
- de melding op oneigenlijke gronden is gemotiveerd
- de melding onvoldoende is gemotiveerd
- voorafgaand aan de melding niet de communicatie heeft plaatsgevonden, zoals bepaald in 1.3
- de commissie van onderzoek ad hoc geen gronden aanwezig acht om de melding in behandeling te nemen.

1.12. Bij **ontvankelijkheid** van de melding treedt de procedure in werking, zoals bepaald in 2.

1.13. Bij **niet ontvankelijkheid** van de melding ontvangt de betrokken medisch specialist over wie de melding is gedaan van de commissie kwaliteit c.q. het stafbestuur een schriftelijk gemotiveerd antwoord.
Afschrift van deze brief ontvangen
- de melder
- de commissie van onderzoek ad hoc
- het stafbestuur c.q. de commissie kwaliteit
- de maatschap/vakgroep van de betrokken medisch specialist, indien deze er van op de hoogte is
- de raad van bestuur**,** indien deze er formeel van op de hoogte is.

1.14. De commissie kwaliteit en/of het stafbestuur zal, al dan niet gezamenlijk, proberen er al het mogelijke aan te doen om de werkrelatie te herstellen in geval deze is verstoord.

2. Procedure

Onderzoek

2.1. Bij ontvankelijkheid van de melding geeft de commissie kwaliteit c.q. het stafbestuur de volgens 1.5 ingestelde commissie van onderzoek ad hoc opdracht een zo objectief mogelijk onderzoek in te stellen naar het 'mogelijk disfunctioneren' van de betrokken medisch specialist.

2.2. De betrokken medisch specialist is verplicht medewerking te verlenen aan de ingestelde procedure.

2.3. De commissie van onderzoek ad hoc kan zich in overleg met de commissie kwaliteit c.q. het stafbestuur laten adviseren door een of meer externe deskundigen. De kosten worden gedragen zoals bepaald in 5.1.

2.4. Binnen vier (4) weken na ontvangst van de opdracht, zoals bepaald in 2.1, vindt een gesprek plaats van de commissie van onderzoek ad hoc met de betrokken medisch specialist.

2.5. Doel van het in 2.4 bedoelde gesprek is om de betrokken medisch specialist te informeren, hem/haar in de gelegenheid te stellen te reageren en vervolgens - indien er sprake is van een vorm van disfunctioneren – de mogelijkheid van een verbetertraject voor te stellen, te bespreken en een plan van aanpak vast te stellen.

2.6. Indien er meer gesprekken nodig zijn, zullen deze zo veel mogelijk binnen een periode van vier (4) weken na het gesprek, zoals bepaald in 2.4, plaatsvinden, waarbij de commissie van onderzoek ad hoc eventueel is aangevuld met een of meer externe deskundigen.

2.7. De commissie van onderzoek ad hoc deelt, binnen twee (2) weken nadat de gesprekken als bedoeld in 2.4 en 2.6 zijn afgerond, haar conclusie schriftelijk en gemotiveerd mee aan de betrokken medisch specialist, de commissie kwaliteit en het stafbestuur.

GEEN sprake van disfunctioneren

2.8. Indien uit de conclusie van de commissie van onderzoek ad hoc blijkt dat er geen sprake is van disfunctioneren wordt dit door de commissie kwaliteit c.q. het stafbestuur schriftelijk en gemotiveerd binnen twee (2) weken medegedeeld aan diegenen, die op de hoogte zijn van een 'mogelijk disfunctioneren' zoals

- de betrokken medisch specialist
- de melder
- de maatschap/vakgroep van de betrokken medisch specialist
- het stafbestuur c.q. de commissie kwaliteit
- de raad van bestuur, indien deze er formeel van op de hoogte is.

2.9 De procedure wordt dan als afgerond beschouwd en de betrokken medisch specialist wordt geacht te functioneren, zoals bepaald in 1.1.

2.10 De commissie kwaliteit en/of het stafbestuur zal, al dan niet gezamenlijk, proberen er al het mogelijke aan te doen om de werkrelatie te herstellen in geval deze is verstoord.

WEL sprake van disfunctioneren

2.11 Zodra de commissie van onderzoek ad hoc heeft geconstateerd dat er sprake is van een vorm van disfunctioneren wordt dit door de commissie van onderzoek ad hoc terstond

schriftelijk gemeld aan de betrokken medisch specialist, de commissie kwaliteit en het stafbestuur. Het stafbestuur brengt vervolgens de raad van bestuur daarvan op de hoogte.

Gesprek en evaluatiegesprek

2.12 Indien uit de conclusie van de commissie van onderzoek ad hoc blijkt dat
- er sprake is van een vorm van disfunctioneren én
- de betrokken medisch specialist blijkt heeft gegeven van voldoende zelfreflectie én
- een verbetertraject mogelijk lijkt én
- de betrokken medisch specialist daaraan wil meewerken

nodigt de commissie van onderzoek ad hoc in overleg met de commissie kwaliteit c.q. het stafbestuur de betrokken medisch specialist uit voor een gesprek. In dat gesprek wordt het plan van aanpak voor het verbetertraject besproken en binnen vier (4) weken samen met de betrokken medisch specialist vastgesteld. In dat plan van aanpak voor het verbetertraject moet SMART (specifiek, meetbaar, haalbaar, realistisch en tijdgebonden) worden beschreven welke activiteiten worden ondernomen, zoals bij voorbeeld coaching, bij - en nascholing e.d.. Tevens wordt in dat gesprek een afspraak gemaakt voor een evaluatiegesprek van de betrokken medisch specialist met de commissie van onderzoek ad hoc. Dat evaluatiegesprek zal plaatsvinden op een moment dat er sprake zou moeten zijn van (enige) verbetering d.w.z. binnen maximaal zes (6) maanden na vaststelling van het plan van aanpak voor het verbetertraject.

2.13 De commissie van onderzoek ad hoc houdt de commissie kwaliteit en het stafbestuur van het vervolgtraject op de hoogte. Het stafbestuur houdt de raad van bestuur op de hoogte.

Vervolg evaluatiegesprek

2.14 Binnen zes (6) maanden of zoveel eerder als wenselijk is na het evaluatiegesprek als bedoeld in 2.12, vindt een vervolg evaluatiegesprek plaats.

2.15 Eventueel kan de commissie van onderzoek ad hoc door de commissie kwaliteit c.q. het stafbestuur worden gevraagd een tussentijdsevaluatiegesprek met de betrokken medisch specialist te hebben en hierover mondeling verslag uit te brengen aan de commissie kwaliteit c.q. het stafbestuur.

2.16 Indien er naar het oordeel van de commissie kwaliteit c.q. het stafbestuur sprake is van bevredigende vorderingen in het verbetertraject, maar het verbetertraject nog niet binnen zes (6) maanden na het vervolg evaluatiegesprek is afgerond, zal zes (6) maanden later of zoveel eerder als wenselijk, het tweede (2e) vervolg evaluatiegesprek plaatsvinden van de commissie van onderzoek ad hoc met de betrokken medisch specialist.

2.17 Indien het vervolg evaluatiegesprek een bevredigend resultaat oplevert, wordt hiervan binnen twee (2) weken door de commissie kwaliteit c.q. het stafbestuur schriftelijk verslag uitgebracht aan de
- de betrokken medisch specialist
- de melder
- de maatschap/vakgroep van betrokken medisch specialist
- het stafbestuur c.q. de commissie kwaliteit
- de raad van bestuur.

2.18 De procedure wordt dan als afgerond beschouwd en de betrokken medisch specialist wordt geacht te functioneren, zoals bepaald in 1.1.

2.19 De commissie kwaliteit en/of het stafbestuur zal, al dan niet gezamenlijk, proberen er al het mogelijke aan te doen de werkrelatie te herstellen in geval deze is verstoord.

Verslag

2.20. Van alle (evaluatie)gesprekken wordt een verslag opgesteld, dat door de betrokken medisch specialist wordt ondertekend en waarvan hij/zij een afschrift ontvangt.

Vervolgprocedure

2.21. Als tijdens de evaluatiegesprekken blijkt dat naar de mening van de commissie van Onderzoek ad hoc het verbetertraject geen bevredigend resultaat oplevert, wordt overgegaan tot de vervolgprocedure, zoals bepaald in 3.

2.22 In geval de betrokken medisch specialist

- niet meewerkt aan het verbetertraject of
- geen verbetertraject mogelijk blijkt of
- het verbetertraject niet leidt tot het functioneren van de betrokken medisch specialist, zoals bepaald in 1.1

wordt overgegaan tot de vervolgprocedure, zoals bepaald in 3

Bijstand

2.23 De betrokken medisch specialist kan zich te allen tijde tijdens de gehele procedure op eigen kosten laten bijstaan door een door hem/haar zelf gekozen vertrouwenspersoon.

Versnelde Procedure

2.24 Indien er naar de mening van het Stafbestuur sprake is van een zeer onwenselijke situatie, die de patiëntenzorg en de samenwerking in gevaar brengt, kan het Stafbestuur, na de Raad van Bestuur hiervan op de hoogte te hebben gesteld, besluiten tot een versnelde procedure, waarin de termijnen worden bekort, met als doel met spoed nader onderzoek te doen om de zeer onwenselijke situatie zo kort mogelijk te laten voortduren.

3. Vervolgprocedure

Maatregelen

3.1. Als er in de vervolgprocedure maatregelen moeten worden getroffen, kunnen dat zijn:

a. adviezen tot verbetering van
   i. de medisch inhoudelijke kwaliteit
   ii. de organisatorische kwaliteit
   iii. de relationele kwaliteit
b. gerichte coaching of supervisie
c. visitatie van de betreffende maatschap/vakgroep
d. specifieke stage
e. specifieke bij - of nascholing
f. eisen, waaraan de betrokken medisch specialist op termijn dient te voldoen
g. onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)
h. het ontnemen van het recht bepaalde medische werkzaamheden te verrichten
i. de raad van bestuur te adviseren de toelatingsovereenkomst of de arbeidsovereenkomst c.q. de aanstelling van de betrokken medisch specialist met het ziekenhuis te beëindigen.

3.2. Betreft het een maatregel als bepaald in 3. 1 dan zal het stafbestuur de betrokken medisch specialist uitnodigen voor een gesprek. In dat gesprek wordt de maatregel met redenen omkleed opgelegd. De maatregel is per direct van kracht, tenzij anders is afgesproken. Betrokkenen bij dit gesprek ontvangen een afschrift van het verslag van dit gesprek.

3.3. De raad van bestuur en de leden van de maatschap/vakgroep van de betrokken medisch specialist worden zo spoedig mogelijk na het gesprek schriftelijk op de hoogte gesteld van de opgelegde maatregel.

3.4. Maatregelen kunnen worden verbonden aan ontbindende voorwaarden. Indien de betrokken medisch specialist meent dat daaraan is voldaan, dient hij/zij dat schriftelijk aan het stafbestuur te melden. Hierbij wordt gedacht aan de maatregel, zoals bepaald in 3.1 sub b, c, d, e, f, g.

3.5. Het stafbestuur beslist binnen drie (3) weken of aan de ontbindende voorwaarde(n) is voldaan. Is dat het geval, dan wordt de maatregel opgeheven en wordt dat schriftelijk aan de betrokken medisch specialist en zijn/haar maatschap/vakgroep en de raad van bestuur medegedeeld.

4. Dossier

4.1. Het stafbestuur legt de melding, de verslagen, de briefwisselingen en de andere documenten vast in een vertrouwelijk en beveiligd dossier.

4.2. Feiten voortkomend uit de behandeling van een melding, die in algemene zin relevant zijn voor de leden van de medische staf, worden zonder vermelding van de naam van de persoon of het erkend medisch specialisme aan alle leden van de medische staf schriftelijk medegedeeld.

4.3. Een dossier van een niet ontvankelijk verklaarde melding dan wel van een melding waarvan uit de conclusie van de commissie van onderzoek ad hoc blijkt dat er geen sprake is van disfunctioneren, wordt één (1) jaar nadat het dossier is gesloten vernietigd.

4.4. Alle stukken met betrekking tot een melding waarop een vervolgprocedure als bepaald in 3 is gevolgd, worden bewaard tot twee (2) jaar na beëindiging van de toelatingsovereenkomst of de arbeidsovereenkomst of de aanstelling, tenzij er sprake is van een nog lopende juridische procedure. Een en ander conform de Wet bescherming persoonsgegevens. Daarna wordt het dossier vernietigd.

4.5. Nadat het dossier is gesloten hebben uitsluitend de betrokken medisch specialist en de voorzitter van het stafbestuur c.q. de voorzitter van de commissie kwaliteit in zwaarwegende gevallen en onder strikte geheimhouding toegang tot het dossier.

5. Kosten

5.1. Het stafbestuur en de raad van bestuur besluiten gezamenlijk per geval ten laste van wie naar redelijkheid de kosten komen voortvloeiend uit de expertise te verrichten door een of meer externe deskundigen (personen buiten de ziekenhuisorganisatie en de medische staf).

Toelichting:
Wie de kosten draagt hangt van veel factoren af zoals de aard van het disfunctioneren, of er al eerder sprake is geweest van problemen en de cultuur van en in de medische staf en het ziekenhuis. In veel gevallen draagt de raad van bestuur die kosten, omdat de raad van bestuur er ook belang bij heeft.

6. Slotbepalingen

6.1. Dit reglement wordt vanaf de inwerkingtreding tenminste eens in de twee (2) jaar geëvalueerd.

6.2. Dit reglement kan door de medische staf worden gewijzigd op schriftelijk voorstel van de commissie kwaliteit c.q. het stafbestuur en na een besluit daartoe in de vergadering van de Medische Staf genomen met gewone meerderheid van de geldig uitgebrachte stemmen.

6.3. In alle gevallen waarin dit reglement niet voorziet of bij verschil van mening over de uitleg van een bepaling in dit reglement beslist het stafbestuur.

Voor de 1e keer vastgesteld door de vergadering van de medische staf op …….(datum)

Toelichting bij 3 Vervolgprocedure

De Model Toelatingsovereenkomst Medisch Specialist – Ziekenhuis van de NVZ vereniging van ziekenhuizen en de Orde van Medisch Specialisten (MTO), de CAO Z waaronder de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialist in Dienstverband (AMS), de CAO UMC waaronder de Honoreringsregeling Academisch Medisch Specialisten (HAMS) en de Model Arbeidsovereenkomst prevaleren boven het reglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist.

Model Toelatingsovereenkomst Medisch Specialist – Ziekenhuis
Artikel 22 Disciplinaire maatregelen

22.1 De raad van bestuur kan, nadat de medisch specialist in de gelegenheid is gesteld te worden gehoord en zo mogelijk na raadpleging van het Stafbestuur, de navolgende disciplinaire maatregelen opleggen:

a. schriftelijke waarschuwing
b. schorsing voor bepaalde tijd tot een maximum van veertien (14) dagen).

22.2 De raad van bestuur kan tot het opleggen van deze disciplinaire maatregelen overgaan indien de medisch specialist ondanks schriftelijke waarschuwing enige verplichting die de toelatingsovereenkomst hem/haar oplegt niet nakomt dan wel uit andere hoofde handelingen verricht of nalaat die in strijd zijn met de zorg van een goed hulpverlener.

22.3 In geval de medisch specialist zich met de opgelegde disciplinaire maatregel niet kan verenigen kan hij/zij daartegen in beroep komen bij het Scheidsgerecht Gezondheidszorg binnen één (1) maand na de datum van verzending van de brief waarin hem/haar mededeling wordt gedaan van de disciplinaire maatregel waarvan het recht van beroep op het Scheidsgerecht Gezondheidszorg vervalt.

Toelichting
Het Scheidgerecht beslecht geschillen op basis van haar reglement. Het Scheidsgerecht kent, gelijk het kort geding bij de burgerlijke rechter, ook de mogelijkheid tot het treffen van een voorlopige voorziening.
De NVZ en de Orde hebben een sterke voorkeur voor het Scheidsgerecht Gezondheidszorg. Dit laat onverlet de mogelijkheid dat partijen lokaal in onderling overleg kunnen kiezen voor een andere vorm van arbitrage of de civiele rechter.

Artikel 24 Opzegging

24.1 Opzegging van deze overeenkomst door de stichting zal slechts plaatsvinden op grond van gewichtige redenen van zodanige klemmende aard dat redelijkerwijs van de stichting niet kan worden gevergd deze overeenkomst te continueren welke redenen o.a aanwezig worden geacht:

a. wanneer de medisch specialist ondanks waarschuwing in gebreke blijft met de nakoming van de toelatingsovereenkomst en de regelingen, die daarvan onderdeel uitmaken
b. wanneer de medisch specialist niet of niet meer de bekwaamheid of de geschiktheid blijkt te bezitten om zijn/haar praktijk uit te oefenen of voort te zetten
c. wanneer de medisch specialist ten gevolge van ziekte, geestelijke stoornis of invaliditeit blijvend niet in staat is de bij deze toelatingsovereenkomst op hem/haar rustende verplichtingen na te komen
   Dit 'blijvend niet in staat zijn' wordt in ieder geval aanwezig geacht indien de medisch specialist wegens ziekte, geestelijke stoornis of invaliditeit gedurende meer dan één (1) jaar zijn/haar werkzaamheden niet heeft kunnen verrichten en de medisch specialist niet aannemelijk maakt, dat herstel alsnog binnen één (1) jaar redelijkerwijs te verwachten is

d. wanneer de inschrijving van de medisch specialist in het BIG-register langdurig wordt geschorst of de medisch specialist de bevoegdheid in het register ingeschreven staande zijn/haar beroep uit te oefenen gedeeltelijk wordt ontzegd

e. wanneer de medisch specialist de samenwerking binnen het ziekenhuis zodanig bemoeilijkt, dat zijn/haar voortgezette werkzaamheden in het ziekenhuis redelijkerwijs van het ziekenhuis niet kan worden gevergd

Toelichting:
Een dergelijke situatie kan ontstaan na een fusie als niet binnen .. maanden na een daartoe strekkend verzoek van de raad van bestuur een overeenkomst tot samenwerking is aangegaan.

f. wanneer niet binnen .. maanden na beëindiging van de overeenkomst tot samenwerking opnieuw een overeenkomst tot samenwerking is aangegaan

g. wanneer de medisch specialist zonder voldoende zwaarwegende redenen weigert in te stemmen met een wijziging van deze overeenkomst die is goedgekeurd door de medische staf met inachtneming van de in het Document Medische Staf (DMS) opgenomen wijzigingsprocedure van de toelatingsovereenkomst;

Toelichting:
Het is de bedoeling dat de oude toelatingsovereenkomst en de daarin opgenomen bepalingen worden vervangen door de nieuwe toelatingsovereenkomst. Door het aangaan van een nieuwe toelatingsovereenkomst vervallen echter niet de ter uitvoering van de oude toelatingsovereenkomst verkregen bijzondere rechten en plichten. Deze blijven in principe gehandhaafd. Indien oudere verkregen rechten niet worden gerespecteerd, dan levert dit een zwaarwegende grond op om niet in te stemmen met een nieuwe toelatingsovereenkomst. Worden oudere verkregen rechten wel gerespecteerd, dan levert dit geen grond op om het sluiten van een nieuwe toelatingsovereenkomst te weigeren. Dergelijke rechten kunnen immers onder vigeur van de nieuwe toelatingsovereenkomst worden gerespecteerd (zie bijv. de artikelen 3 en 4 van deze overeenkomst).

h. op grond van onvoorziene omstandigheden, welke van dien aard zijn dat naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid van de stichting niet kan worden verlangd de overeenkomst met de medisch specialist ongewijzigd in stand te houden.

24.2 De opzegging als bedoeld in het vorige lid zal bij aangetekend schrijven moeten geschieden met vermelding van de gronden waarop zij berust, terwijl bij deze opzegging een termijn in acht zal worden genomen van zes maanden, tenzij een dringende de medisch specialist onverwijld mede te delen reden de onmiddellijke beëindiging van de overeenkomst rechtvaardigt.

24.3 Tot opzegging gaat de raad van bestuur niet over dan nadat de medisch specialist, de maatschap/ vennootschap of het samenwerkingsverband, waarvan de medisch specialist deel uitmaakt, en het stafbestuur zijn gehoord.

24.4 Ingeval de medisch specialist zich met de opzegging door de stichting, of met de daartoe aangevoerde gronden niet kan verenigen, kan hij daartegen in beroep komen bij het Scheidsgerecht binnen één maand na de datum van verzending van de in lid 2 bedoelde aangetekende brief, bij gebreke waarvan het recht van beroep op het Scheidsgerecht vervalt.

Artikel 25
Deze overeenkomst kan door de medisch specialist bij aangetekend schrijven aan de raad van bestuur worden opgezegd, zulks met inachtneming van een opzegtermijn van zes maanden, tenzij een dringende aan de raad van bestuur onverwijld mede te delen reden onmiddellijke beëindiging rechtvaardigt. In dit laatstgenoemde geval is het bepaalde in art. 24 lid 4 van overeenkomstige toepassing.

Artikel 26 Op non-actiefstelling

26.1 De raad van bestuur kan de medisch specialist, nadat deze in de gelegenheid is gesteld om gehoord te worden en na raadpleging van (een vertegenwoordiging van) het stafbestuur, op non-actief stellen op grond van omstandigheden van zo ernstige aard dat onmiddellijke beëindiging van de werkzaamheden, die de medisch specialist op grond van artikel 2 lid 2 van deze overeenkomst met het ziekenhuis is overeengekomen, noodzakelijk moet worden geacht.

26.2 Het besluit tot non-actiefstelling is slechts geldig, wanneer dit onder vermelding van de gronden, waarop het berust, binnen tweemaal 24 uur na aanzegging, zaterdagen, zondagen en andere feestdagen niet meegerekend, bij aangetekend schrijven aan de medisch specialist is meegedeeld of bevestigd.

26.3 Gedurende de non-actiefstelling blijft de financiële regeling tussen partijen van kracht. De kosten van waarneming van de medisch specialist komen gedurende de non-actiefstelling ten laste van de medisch specialist.

26.4 De raad van bestuur zal indien zulks bij gelegenheid van het besluit tot non-actiefstelling nog niet heeft plaatsgevonden binnen een termijn van één maand na dagtekening van dat besluit deze overeenkomst overeenkomstig artikel 24 opzeggen, bij gebreke waarvan het besluit tot non-actiefstelling zal zijn vervallen met terugwerkende kracht tot de datum waarop het besluit werd genomen.

26.5 De non-actiefstelling blijft van kracht tijdens de periode van opzegging als bedoeld in het voorgaande lid alsmede tijdens een procedure over de rechtmatigheid van de non-actiefstelling respectievelijk opzegging door de stichting, een en ander voorzover het Scheidsgerecht bij wijze van voorlopige voorzieningen niet anders zal hebben bepaald, dan wel de stichting de non-actiefstelling niet zal hebben opgeheven.

26.6 Gedurende de non-actiefstelling kan de Raad van Bestuur de medisch specialist de toegang tot het ziekenhuis ontzeggen.

26.7 Indien het besluit tot non-actiefstelling achteraf ongegrond blijkt, treden de stichting en de medisch specialist in overleg over vergoeding van de gederfde inkomsten en gemaakte kosten als gevolg van die non-actiefstelling.

Modelstatuten van de Vereniging Medische Staf (VMS) van de Orde
Artikel 8

Lid 1 deels:
Het lidmaatschap van de medisch specialist kan onder meer worden beëindigd door

c. opzegging namens de VMS
d. ontzetting.

NB Dat besluit kan echter niet los staan van in diezelfde tijd genomen besluiten door de raad van Bestuur en de maatschap/vakgroep.

Lid 3:
Opzegging met onmiddellijke ingang namens de VMS geschiedt schriftelijk met vermelding van de redenen door het bestuur in de navolgende gevallen:

- wanneer een lid na daartoe bij herhaling schriftelijk te zijn aangemaand bij het einde van het betreffend boekjaar nog niet zijn/haar financiële verplichtingen jegens de VMS is nagekomen
- wanneer het lid niet meer voldoet aan de vereisten voor het lidmaatschap gesteld
- wanneer redelijkerwijs de voortduring van het lidmaatschap niet langer van de VMS kan worden gevergd.

Lid 4:
Ontzetting kan door het bestuur van de VMS alleen worden uitgesproken wanneer een lid in strijd met de statuten, reglementen en of besluiten van de VMS handelt of de VMS op onredelijke wijze benadeelt. Het betrokken lid wordt ten spoedigste schriftelijk van het besluit met opgaaf van redenen in kennis gesteld.

Lid 5:
Aan het betrokken lid staat binnen één (1) maand na ontvangst van de opzegging of kennisgeving van ontzetting beroep open op de algemene ledenvergadering. Gedurende de beroepstermijn en hangende het beroep is het lid geschorst. Het besluit van de algemene ledenvergadering omtrent de opzegging of ontzetting wordt genomen met een meerderheid van vier/vijfde (4/5) van het aantal geldig uitgebrachte stemmen in een vergadering waarin ten minste twee/derde (2/3) van de gewone leden aanwezig of vertegenwoordigd is.

Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialist in Dienstverband (AMS) paragraaf 4 Disciplinaire maatregelen en non actief stelling
artikel 7.4.1. Berisping en Schorsing
De raad van bestuur kan de medisch specialist, nadat deze in de gelegenheid is gesteld te worden gehoord, en zo mogelijk na raadpleging van het stafbestuur, de navolgende disciplinaire maatregelen opleggen:

a. schriftelijke waarschuwing
b. schorsing voor bepaalde tijd tot een maximum van veertien (14) dagen).

De raad van bestuur kan tot het opleggen van bedoelde disciplinaire maatregelen overgaan indien de medisch specialist ondanks schriftelijke waarschuwing enige verplichting, die deze overeenkomst hem/haar oplegt niet nakomt dan wel uit andere hoofde handelingen verricht of nalaat die in strijd zijn met de zorg van een goed hulpverlener.
Ingeval de medisch specialist zich met de opgelegde disciplinaire maatregel niet kan verenigen kan hiertegen beroep worden ingesteld bij het Scheidsgerecht Gezondheidszorg binnen zes (6) weken na de datum van verzending van de brief waarin de mededeling wordt gedaan van de disciplinaire maatregel of zoveel langer dan dat de medisch specialist in redelijkheid kennis heeft kunnen nemen van de inhoud van de brief. Indien de medisch specialist niet tijdig beroep aantekent, vervalt het recht van beroep bij het Scheidsgerecht Gezondheidszorg.

Artikel 7.4.2. Non-actiefstelling
1. De raad van bestuur kan de medisch specialist, nadat deze in de gelegenheid is gesteld om gehoord te
worden en zoveel mogelijk na raadpleging van (een vertegenwoordiging van) het stafbestuur, op non-actief stellen op grond van omstandigheden van zo ernstige aard dat onmiddellijke feitelijke beëindiging van de werkzaamheden die de medisch specialist uit hoofde van de arbeidsovereenkomst verricht noodzakelijk moet worden geacht.
2. Het besluit tot non-actiefstelling is slechts geldig, wanneer dit onder vermelding van de gronden waarop het berust, binnen tweemaal 24 uur na aanzegging, zaterdagen, zondagen en feestdagen niet meegerekend, bij aangetekend schrijven aan de medisch specialist is meegedeeld of bevestigd.
3. Gedurende de non-actiefstelling kan de raad van bestuur de medisch specialist de toegang tot het ziekenhuis ontzeggen.

Artikel 7.4.3. Disciplinaire maatregelen en non-actiefstelling
De raad van bestuur kan met de medische staf nadere regels overeenkomen in het kader van disciplinaire maatregelen en non-actiefstelling.

CAO UMC

Hoofdstuk 10, Artikel 10 Op Non-actiefstelling

Artikel 10.1 Van rechtswege

1 De medewerker is van rechtswege op non-actief gesteld als hij krachtens wettelijke maatregel van zijn vrijheid is beroofd. Dit geldt niet indien de vrijheidsbeneming het gevolg is van een maatregel die, anders dan op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, is genomen in het belang van de volksgezondheid.

2 De werkgever houdt geen bezoldiging in bij op non-actiefstelling in geval van opname in een psychiatrisch ziekenhuis of daarmee gelijk te stellen inrichting.

3 De werkgever houdt geen bezoldiging in als er sprake is van aanhouding als bedoeld in de artikelen 52 tot en met 54 van het Wetboek van Strafvordering of inverzekeringstelling als bedoeld in artikel 57 van het Wetboek van Strafvordering.

4 Als de inverzekeringstelling wordt gevolgd door inbewaringstelling kan de werkgever tijdens de op non-actiefstelling eenderde gedeelte van de bezoldiging inhouden. Zes weken na aanvang van de inbewaringstelling kan de werkgever een groter gedeelte inhouden tot maximaal het volle bedrag van de bezoldiging.

5 De werkgever kan de ingehouden bezoldiging alsnog geheel of gedeeltelijk aan de medewerker uitbetalen, indien de op non-actiefstelling niet wordt gevolgd door een onvoorwaardelijk ontslag bij wijze van straf of door ontslag op grond van artikel 12.11, eerste lid, onder d (ontslag op overige gronden).

6 De werkgever kan het niet ingehouden gedeelte van de bezoldiging van de op non-actief gestelde medewerker aan anderen uitbetalen.

Artikel 10.2 Op andere gronden

1 De werkgever kan de medewerker op non-actief stellen, indien sprake is van zodanig ernstige redenen dat voortzetting van de werkzaamheden naar het oordeel van de werkgever om redenen van dienstbelang tijdelijk niet langer verantwoord is.

De werkgever deelt de medewerker mede op welk moment de op non-actiefstelling ingaat en op welk tijdstip de in artikel 10.2.1, eerste lid bedoelde hoorzitting plaatsvindt.

2 Als de medewerker op non-actief is gesteld, heeft hij slechts toegang tot het UMC na verkregen toestemming van de werkgever.

3 Als de werkgever op grond van dit artikel een medewerker op non-actief stelt,vindt er geen inhouding op de bezoldiging plaats.

Artikel 10.2.1 Horen

1 De werkgever stelt de medewerker in de gelegenheid om uiterlijk binnen één week na de mededeling van het voorlopige besluit te worden gehoord omtrent de redenen die tot de op non-actiefstelling hebben geleid. Bij de toepassing van deze termijn worden zaterdagen en zon- en feestdagen buiten beschouwing gelaten.

2 Van de hoorzitting wordt een verslag gemaakt waarvan de medewerker zo spoedig mogelijk ter kennisneming een afschrift ontvangt.

3 Uiterlijk binnen een week na de hoorzitting deelt de werkgever de medewerker door middel van een aangetekende brief gemotiveerd mede of de op non-actiefstelling gehandhaafd blijft.

4 Als de werkgever de op non-actiefstelling handhaaft, geldt de in het derde lid bedoelde mededeling als definitief besluit tot op non-actiefstelling.

5 Het besluit, bedoeld in het vierde lid, vermeldt in elk geval de duur en de redenen van de op non-actiefstelling.

Hoofdstuk 11, Artikel 11 Disciplinaire Straffen

Artikel 11.1 Plichtsverzuim

De werkgever kan de medewerker die zich aan plichtsverzuim schuldig maakt een disciplinaire straf opleggen.

Plichtsverzuim omvat zowel het overtreden van enig voorschrift als het doen of nalaten van iets

dat een goed medewerker in gelijke omstandigheden behoort na te laten of te doen.

Artikel 11.2 Strafvormen

Lid 1: De werkgever kan de volgende disciplinaire straffen opleggen:

a. schriftelijke berisping

b. eenmalige inhouding van ten hoogste 10% van het maandsalaris van de medewerker; hierbij geldt dat het salaris van de medewerker in geen geval beneden het sociaal minimum genoemd in de Algemene Bijstandswet mag komen

c. overplaatsing naar een andere functie in het UMC, al dan niet gepaard gaande met inschaling in een lagere salarisschaal indien de andere functie lager is gewaardeerd.

d. schorsing voor een bepaalde tijd, al dan niet met een gehele of gedeeltelijke inhouding van bezoldiging.

e. ontslag.

Lid 2: De werkgever kan een straf voorwaardelijk opleggen en bepalen dat de straf niet ten uitvoer wordt gelegd zolang de medewerker zich gedurende een vastgestelde termijn niet schuldig maakt aan soortgelijk plichtverzuim als waarvoor de bestraffing plaatsvindt, noch aan enig ander ernstig plichtverzuim.

Lid 3: De werkgever kan ten aanzien van een concreet geval van plichtsverzuim ten hoogste twee (2) straffen opleggen, waarbij een combinatie van straffen altijd bestaat uit een voorwaardelijke zwaardere en een onvoorwaardelijke lichter straf, volgens de opende rangorde van lid 1.

Artikel 11.2.1 Verantwoording

Lid 1: Voordat de werkgever een straf oplegt, stelt hij de medewerker in de gelegenheid zich binnen één (1) week nadat het voornemen tot strafoplegging hem bekend is gemaakt te verantwoorden ten overstaan van een door de werkgever aangewezen functionaris. In bijzondere gevallen kan deze termijn met een periode van maximaal één (1) week worden verlengd. Bij de toepassing van deze termijnen worden zaterdagen en zon- en feestdagen buiten beschouwing gelaten.

Lid 2: De medewerker kan zijn zienswijze schriftelijk en/of mondeling naar voren brengen.

Lid 3: Van het verantwoordingsgesprek wordt onverwijld een verslag gemaakt dat ter ondertekening van de medewerker wordt voorgelegd. Weigert de medewerker ondertekening, dan vermeldt hij dit, zo mogelijk met redenen, op het verslag. De medewerker ontvangt een afschrift van het verslag.

Artikel 11.2.2 Strafoplegging

Lid 1: De strafoplegging geschiedt schriftelijk en wordt met redenen omkleed.

Lid 2: De werkgever zendt het besluit tot strafoplegging binnen vier (4) weken na het verantwoordingsgesprek aan de medewerker door middel van een aangetekende brief.

Artikel 11.2.3 Tenuitvoerlegging Straf

De straf, behalve die van schriftelijke berisping, wordt niet ten uitvoer gelegd zolang zij niet onherroepelijk is geworden, tenzij de werkgever bij het opleggen van die straf expliciet heeft besloten dat zij onmiddellijk ten uitvoer wordt gebracht

Hoofdstuk 12, Artikel 12 Einde dienstverband

Artikel 12.11 Ontslag op overige gronden

1 De werkgever kan de medewerker voorts ontslag verlenen anders dan op verzoek, bij wijze van straf of ingevolge het bepaalde bij artikel 7 van de Wet incompatibiliteiten Staten Generaal en Europees Parlement en bij de artikelen 12.3, 12.5 en 12.7 tot en met 12.10 op grond van:

a het verlies van een vereiste voor de benoembaarheid dat de werkgever bij een regeling

voorafgaand aan de benoeming heeft gesteld, tenzij dit vereiste alleen voor de aanvang van de functie geldt;
b een onherroepelijk geworden rechterlijke uitspraak waarbij de medewerker onder curatele is gesteld;
c het ondergaan van lijfsdwang wegens schulden krachtens een onherroepelijk geworden rechterlijke uitspraak;
d een onherroepelijke veroordeling tot vrijheidsstraf wegens misdrijf;
e onbekwaamheid of ongeschiktheid voor de door hem beklede functie, anders dan op grond van ziels- of lichaamsgebreken;
f het bij of in verband met indiensttreding of keuring verstrekken van onjuiste of onvolledige inlichtingen, zonder welke handelwijze niet tot indienstneming of goedkeuring zou zijn overgegaan, tenzij de medewerker aannemelijk maakt dat hij te goeder trouw heeft gehandeld.
2 Een ontslag op grond van het eerste lid onder a en e wordt eervol verleend.
3 Voordat de werkgever overgaat tot het verlenen van ontslag als bedoeld in het eerste lid onder e gaat hij na of binnen zijn gezagsbereik herplaatsing van de medewerker in een andere mede in verband met zijn persoonlijkheid en omstandigheden voor hem passende functie mogelijk is.

Bijlage 1

Orde van Medisch Specialisten

Gedragscode Intramuraal Medisch Specialist

- De medisch specialist is in het BIG — register ingeschreven als arts en in het register van de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingeschreven voor één van de erkende medische specialismen.

- De medisch specialist is primair zelf verantwoordelijk voor de door hem/haar geleverde medisch specialistische zorg.

- De medisch specialist houdt zich bij de medisch specialistische zorgverlening aan de wet — en regelgeving, aan hetgeen onder de beroepsgenoten te doen gebruikelijk is en aan de kwaliteitsnormen van zijn/haar Wetenschappelijke Vereniging van het erkend medisch specialisme.

- De medisch specialist verricht gemiddeld over 5 (vijf) jaar tenminste 16 (zestien) uur per week patiëntgebonden zorg, zoals is bepaald in de regelgeving van het Centraal College Medische Specialismen (CCMS).

- De medisch specialist volgt gemiddeld over 5 (vijf) jaar tenminste 40 (veertig) uur per jaar geaccrediteerde bij — en nascholing, zoals is bepaald in de regelgeving van het Centraal College Medische Specialismen (CCMS).

- De medisch specialist toont aan te hebben deelgenomen aan het visitatieprogramma van zijn/haar wetenschappelijke vereniging van bet erkend medisch specialisme.

- De medisch specialist verleent de patiënt de noodzakelijke medisch specialistische hulp of doet deze leveren en daarop betrekking hebbende adviezen van goede kwaliteit overeenkomstig de eisen die aan hem/haar op grond van zijn/haar beroep en zijn/haar deskundigheid worden gesteld.

- De medisch specialist, toegelaten tot bet ziekenbuis als vrij beroepsbeoefenaar, heeft een toelatingsovereenkomst met bet ziekenhuis met het daarbij behorende Document Medische Staf (DMS).

- De medisch specialist, toegelaten tot het ziekenhuis in dienstverband van het ziekenhuis, heeft een arbeidsovereenkomst met het daarbij behorende Document Medische Staf (DMS) en het daarbij behorende professioneel statuut.

- De medisch specialist toegelaten tot het ziekenhuis is lid van de medische staf.

- De medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren van hetzelfde erkende medische specialisme praktiserend in het ziekenhuis hebben met elkaar een of andere vorm van een samenwerkingsverband bij voorkeur een maatschap/vennootschap.

- De medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar draagt in geval van zijn/haar afwezigheid zelf zorg voor de continuïteit van de behandeling van zijn/haar patiënten.
  Indien de medisch specialist praktiseert in dienstverband van het ziekenhuis rust deze verplichting op de werkgever = het ziekenhuis, die deze verplichting zoveel mogelijk in nauwe samenwerking en in overleg met de betreffende werknemer = de betreffende medisch specialist zal nakomen.

- De medisch specialist maakt van ieder door hem/haar klinisch en/of poliklinisch en/of in dagbehandeling behandelde patiënt op de in bet ziekenhuis gebruikelijke wijze een medisch dossier op en houdt al dan niet elektronisch een medisch dossier bij, waaruit een goede indruk kan worden verkregen van de ziektegeschiedenis, de diagnose(n), het behandelplan en de actuele stand van zaken.

- De medisch specialist heeft regelmatig geïnstitutionaliseerde besprekingen (zoals maatschaps-/vennootschaps- of vakgroep besprekingen, niet alleen in het eigen medisch specialisme (zoals patiëntenoverdracht, probleemgevallen, necrologie, complicaties) maar ook tussen medische specialismen (zoals patiëntenoverdracht, necrologie, klinische pathologie, oncologie, röntgen, intensive care, trauma, complicaties).

- De medisch specialist legt werkafspraken schriftelijk vast.

- De medisch specialist laat zich bij de uitoefening van zijn/haar werkzaamheden in het ziekenhuis leiden door de uit hoofde van de Kwaliteitswet Zorginstellingen op het ziekenhuis rustende verplichting tot het aanbieden van verantwoorde zorg d.w.z.zorg van goed niveau die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt.
- De medisch specialist werkt in het kader van de uitoefening van zijn/haar werkzaamheden in het ziekenhuis mee aan het kwaliteitsbeleid in het ziekenhuis, waaronder in elk geval wordt begrepen medewerking aan de accreditatie van het ziekenhuis en aan intercollegiale toetsing, visitatie, onderzoek en behandeling van meldingen van (bijna) fouten en klachten, bij- en nascholing, patiënteninformatie en patiëntenbegeleiding, coördinatie van de medisch specialistische zorg, verslaglegging en verslaggeving.
- De medisch specialist neemt de evidence based richtlijnen van zijn/haar wetenschappelijke vereniging van het erkend medisch specialisme in acht en wijkt - indien nodig – daarvan gemotiveerd af, hetgeen bij/zij vastlegt in het medisch dossier.

- De medisch specialist volgt de in het ziekenhuis vigerende protocollen op.

- De medisch specialisten rapporteren samen met het ziekenhuis jaarlijks volgens de prestatieindicatorenset van Orde, NVZ, NFU en IGZ in het Kwaliteitsjaarverslag van het ziekenhuis en/of in het Integraal Jaardocument.

Bijlage 2 Respondenten

Interview 1 (2013)

Respondent 1: Voorzitter Medische Staf

Respondent 2: Beleidsmedewerker Medische Staf

Interview 2 (2013)

Respondent 3: Voorzitter Medische Staf

Respondent 4: Beleidsmedewerker Medische Staf

Interview 3 (2013)

Respondent 5: Voorzitter Medische Staf

Respondent 6: Beleidsmedewerker Medische Staf

Interview 4 (2013)

Respondent 7: Voorzitter Medische Staf

Interview 5 (2013)

Respondent 8: Beleidsmedewerker Medische Staf

Respondent 9: Voorzitter Commissie Functioneren Specialisten

Interview 6 (2014)

Respondent 10: Lid Raad van Bestuur

Interview t 7 (2013)

Respondent 11: Mr. M. de Die, deskundige op het gebied van procedures die worden gevolgd bij functioneringsvraagstukken

Bijlage 3 Interviewguide

Interviewhandleiding Modelreglement 'mogelijk disfunctionerend medisch specialist'. Per interview is er afhankelijk van het reglement zoals het gehanteerd wordt in het ziekenhuis afgeweken van deze interviewguide.

Algemeen

1. A. Kunt u uzelf kort introduceren: wie bent u en wat is uw functie?
   B. Wat doet uw organisatie? (Hoe groot, wat voor specialismen?).

2. A. Bent u bekend met de Orde van medisch Specialisten?
   B. Bent u bekend met het modelreglement disfunctionerend medisch specialist van de Orde?

Reglement ziekenhuis

3. A. Heeft uw ziekenhuis een procedure bij functioneringsvraagstukken van collega's?
   B. Is er bij de ontwikkeling van de procedure gekeken naar het modelreglement van de Orde?

Onderdelen modelreglement

4. A. Wanneer treedt de procedure in werking?
   B. Zijn er situaties waarin een onderzoek (het reglement) niet ingezet zijn? (Wat is daarvoor de reden?)

5. A. Heeft u ervaring met niet optimaal functionerende collega's waarbij de procedure is gevolgd?
   B. Wat zijn de knelpunten bij dit soort functioneringsvraagstukken?

6. A. Wie draagt er de verantwoordelijkheid voor het detecteren en aangeven van eventueel slecht functionerende medisch specialisten?
   B. In hoeverre is een disfunctionerende collega een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de maatschap/collega's?
   C. Wat is de rol (lees verantwoordelijkheid) van de RvB? Wanneer dienen zij te worden ingelicht (bij de uitkomst of als het onderzoek wordt ingesteld)?
   D. Wat is de rol van RvT?
   E. Wat is de rol van de wetenschappelijke vereniging? (pleiten ervoor dat als er een formeel onderzoek wordt ingesteld, de wv op de hoogte wordt gesteld. Mochten er bijvoorbeeld visitaties plaatsvinden in die periode is het voor de volledigheid beter dat zij op de hoogte zijn gesteld)

Ontvankelijkheid van een melding

7. A. Hoe wordt onderzocht of de melding ontvankelijk is of niet?
   B. Hoe vaak komt het voor dat een melding niet ontvankelijk wordt verklaard? (En op basis waarvan?)
   B. Bent u het er mee eens dat de melding niet ontvankelijk dient te worden verklaard als er

alvorens dat de procedure in gang wordt gezet de collega niet op zijn/haar gedrag is aangesproken?

8. Er wordt een commissie opgesteld als er onderzoek wordt gedaan naar of de melding ontvankelijk kan worden verklaard of niet. Zou u voorstander zijn van een externe commissie (bij bijvoorbeeld maatschapconflicten)?

Het onderzoek

9. A. Is er vastgelegd in de procedure hoe het onderzoek plaats vindt?
   B. Wat voor onderzoeksmethoden worden hierbij gebruikt? Wie wordt er betrokken? Wie wordt er geïnterviewd?

10. Is de medisch specialist hierbij verplicht aan mee te werken?

11. De procedure zoals opgesteld door de Orde duurt ongeveer 3 maanden. Hoe lang zou de procedure moeten duren volgens u?

12. Hoe bewaak je de privacy en het imago van een specialist waarna er onderzoek wordt gedaan?

Uitkomst en vervolg van onderzoek

13. A: Wat is het vervolgtraject als er daadwerkelijk sprake is van disfunctioneren? Wie moet er worden ingelicht? Wat gebeurt er met de betreffende medisch specialist? Wat gebeurt er met de melder?
   B. Wat is het vervolgtraject als er geen sprake is van disfunctioneren?

Slotvragen

14. A: Indien van toepassing: wat zijn de voor- en nadelen van het modelreglement van de Orde?
   B: Indien van toepassing: wat zijn de voor- en nadelen van de procedure die wordt gehanteerd in uw ziekenhuis?

15. Wat is de positie van het modelreglement ten opzicht van andere (preventieve instrumenten)?

Bijlage 4 Enquête

Orde van Medisch Specialisten

Enquête Modelreglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist

Reglement

Wordt dit reglement gebruikt als er een sprake is van mogelijk disfunctioneren? *

- ○ ja
- ◉ nee
- ○ weet ik niet

Wat is de reden dat er niet altijd gebruik wordt gemaakt van dit reglement als er sprake is van mogelijk disfunctioneren?

Hoe vaak wordt dit reglement gemiddeld per jaar toegepast? *

- ○ 0
- ○ 1
- ○ 2
- ○ 3
- ○ vaker dan 3 keer, namelijk

* = Invoer verplicht

<< Terug | Verder >>

Orde van Medisch Specialisten

Enquête Modelreglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist

Verschillende fasen in het traject

Voorfase

Uit verkennende interviews met stafvoorzitters en beleidsmedewerkers medische staven van ziekenhuizen is naar voren gekomen dat in sommige gevallen gebruikt wordt gemaakt van een informeel traject. In dit traject wordt de dialoog aangegaan met de medisch specialist om te bekijken of sprake is van mogelijk disfunctioneren. Daarbij kunnen er (informele) afspraken worden gemaakt. De volgende vragen hebben hierop betrekking.

Bestaat er binnen uw organisatie een dergelijk informeel traject? *

- ○ ja
- ○ nee

* = Invoer verplicht

<< Terug | Verder >>

Dit formulier is gemaakt met www.formdesk.nl

Orde van Medisch Specialisten

Enquête Modelreglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist

Melding

Wordt de melding van mogelijk disfunctioneren alleen gedaan bij de Medische Staf?

- ○ ja
- ◉ nee

Bij wie wordt de melding van mogelijk disfunctioneren dan (nog meer) gedaan?

- ○ raad van bestuur
- ○ maatschap
- ○ zowel bij medische staf als raad van bestuur
- ○ anders, namelijk

* = Invoer verplicht

<< Terug | Verder >>

Dit formulier is gemaakt met www.formdesk.nl

Orde van Medisch Specialisten

Enquête Modelreglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist

Samenwerking raad van bestuur en stafbestuur

In het modelreglement van de OMS neemt het stafbestuur het voortouw in de procedure. Zo wordt de melding gedaan bij de voorzitter van de medische staf. Daarnaast wordt de onderzoeksopdracht opgesteld door het bestuur medische staf en worden de uitkomsten van het onderzoek gemeld aan het bestuur medische staf. De raad van bestuur wordt in deze procedure geïnformeerd door het bestuur medische staf als er sprake is van disfunctioneren, maar heeft geen initiërende rol in deze procedure.

Wordt binnen uw ziekenhuis deze werkwijze gehanteerd?

- ○ ja
- ○ nee
- ○ anders, namelijk

* = Invoer verplicht

<< Terug | Verder >>

Dit formulier is gemaakt met www.formdesk.nl

Orde van Medisch Specialisten

Enquête Modelreglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist

Samenstelling commissie en het onderzoek

Er zijn ziekenhuizen die een mogelijkheid bieden tot een externe onderzoekscommissie (commissie geheel bestaande uit externe onderzoekers) of externe experts die kunnen worden aangetrokken. De volgende vragen hebben hierop betrekking.

Wordt in uw reglement expliciet opgenomen dat er gekozen kan worden voor een externe commissie?

- ○ ja
- ○ nee

Is er in uw reglement opgenomen dat er een externe expert kan worden geraadpleegd? *

- ○ ja
- ○ nee

Heeft de onderzoekscommissie een vaste samenstelling? Bijvoorbeeld stafleden die voor een aantal jaar worden aangesteld. *

- ○ ja
- ○ nee

Kunt u uw antwoord toelichten? *

Bent u van mening dat er in het onderzoekstraject een rol is weggelegd voor de wetenschappelijke verenigingen? *

- ○ in geen enkele mate
- ○ in geringe mate
- ○ in redelijke mate
- ○ in belangrijke mate
- ○ in zeer belangrijke mate

Kunt u toelichten hoe er aan deze rol invulling kan worden gegeven?

Orde van Medisch Specialisten

Enquête Modelreglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist

Toetsingscriteria

Aan de hand van de competenties uit het CanMEDS model kan men het functioneren toetsen. Dit model geeft invulling aan de zeven competenties die van belang worden gevonden voor een goede functie-uitoefening. Echter, uit de interviews kwam naar voren dat vooral de niet medische competenties lastig zijn te toetsen. Onderstaande vragen hebben hierop betrekking.

Voor welke niet medische competenties heeft u criteria waarmee u het functioneren kunt toetsen?

- ☐ Communicatie
- ☐ Samenwerking
- ☐ Kennis en wetenschap
- ☐ Maatschappelijk handelen
- ☐ Organisatie
- ☐ Professionaliteit

Heeft u op basis van deze criteria voldoende handvatten om het functioneren te kunnen toetsen?

- ○ in geen enkele mate
- ○ in geringe mate
- ○ in redelijke mate
- ○ in belangrijke mate
- ○ in zeer belangrijke mate

Kunt u dit toelichten? *

* = Invoer verplicht

<< Terug | Verder >>

Dit formulier is gemaakt met www.formdesk.nl

Orde van Medisch Specialisten

Enquête Modelreglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist

Wie bepaalt welk verbetertraject de betreffende specialist ingaat bij sprake van disfunctioneren?
(Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- ☐ betreffende medisch specialist
- ☐ maatschap of vakgroep
- ☐ medisch staf en Raad van Bestuur
- ☐ onderzoekscommissie
- ☐ raad van bestuur
- ☐ stafbestuur
- ☐ anders, namelijk

Wie begeleidt het verbetertraject als er sprake is van disfunctioneren?
(Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- ☐ maatschap of vakgroep
- ☐ medisch staf en raad van bestuur
- ☐ onderzoekscommissie
- ☐ raad van bestuur
- ☐ stafbestuur
- ☐ anders, namelijk

Vindt u dat uw reglement als sturingsinstrument fungeert om disfunctioneren tijdig op te sporen en het functioneren te stimuleren ?

- ○ in geen enkele mate
- ○ in geringe mate
- ○ in redelijke mate
- ○ in belangrijke mate
- ○ in zeer belangrijke mate

Kunt u dit toelichten?

* = Invoer verplicht

Orde van Medisch Specialisten

Enquête Modelreglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist

Netwerk 'Optimaal functioneren'

Binnen de OMS vragen we ons af of er behoefte is aan een netwerk van medisch specialisten die zich vanuit het stafbestuur bezighouden met functioneringsvraagstukken zoals IFMS, (interne) visitatie, en (voorkomen van) disfunctioneren. Het doel hiervan is kennisdeling.

Bent u bereid deel te nemen aan een dergelijk netwerk?

- ○ ja
- ○ nee

* = Invoer verplicht

<< Terug | Verder >>

Dit formulier is gemaakt met www.formdesk.nl

Orde van Medisch Specialisten

Enquête Modelreglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist

Als u op de hoogte gehouden wilt worden van de uitkomsten, vul dan hier uw e-mailadres in:

Heeft u nog algemene opmerkingen over dit onderzoek of het reglement dat wordt gehanteerd binnen uw ziekenhuis? *

* = Invoer verplicht

<< Terug | Verzenden

Dit formulier is gemaakt met www.formdesk.nl

Bijlage 5 Lijst van afkortingen

AIOS	Arts In Opleiding tot Specialist
CanMEDS	Canadian Medical Education Directions for Specialists
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
MS	Medische Staf
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
OMS	Orde van Medisch Specialisten
RGS	Registratiecommissie Geneeskundig Specialist
RvB	Raad van Bestuur
MB	Medische Staf
STZ	Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen
Wet BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WHW	Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek
UMS	Universitair Medisch Specialist