

Clinical governance en het streven naar **excellentie**

Ondanks de hoge plaats op internationale rankings is de Nederlandse gezondheidszorg de afgelopen jaren bij herhaling negatief in de pers gekomen door tekortkomingen in de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg. Voorbeelden zijn de mortaliteit op de hartchirurgie (UMC St Radboud); het overlijden van een patiënt in de separeercel in een psychiatrische kliniek (AMC De Meren), de brand in een OK (Almelo) een disfunctionerende neuroloog (Enschede) en het overlijden van patiënten na een maagbandoperatie (Emmen). Hierdoor is de tolerantie voor fouten en schade afgenomen, houdt de Inspectie voor de Gezondheidszorg scherp toezicht, doet ook De Onderzoeksraad voor Veiligheid onderzoek naar calamiteiten in de zorg en groeit het besef dat de gezondheidszorg moet veranderen. Dit leidde ertoe dat (clinical) governance voor de kwaliteit van zorg urgent werd.

Door: N.M.H. Kromme, C.T.B. Ahaus en E. Heineman

De discussies over calamiteiten in de gezondheidszorg gaan steeds nadrukkelijker over het bestuurlijk handelen en de verantwoordelijkheid daarvoor. Verantwoordelijkheden blijken niet voldoende te zijn vastgelegd, besturen richten zich te weinig op het primaire proces, professionals zijn niet goed in staat elkaar aan te spreken en het toezicht werkt onvoldoende. Er wordt om striktere regels, aansturing en toezicht gevraagd. In veel rapporten¹⁻⁴ wordt het probleem van onveiligheid geduid als een sturingsprobleem. Ook de maatregelen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg zijn erop gericht om de bestuurlijke en medische verantwoordelijkheden voor de patiëntenzorg en het toezicht daarop in balans te brengen en een werkend systeem te creëren.⁵

Zorgorganisaties zijn echter complexe organisaties en het werken aan kwaliteit en patiëntveiligheid is niet alleen een zaak van beleidskeuzes maar ook van vele handen en van

wederzijdse afhankelijkheden.⁶⁻⁸ Naast de noodzakelijke verheldering in de verdeling en toedeling van bestuurlijke en klinische verantwoordelijkheden voor de patiëntenzorg is er meer nodig om gezamenlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en patiëntveiligheid mogelijk en waar te maken.

In de bekende Amerikaanse rapporten 'Crossing the Quality Chasm'⁹ en 'To Err is Human'¹⁰ over fragmentatie en tekortkomingen in het gezondheidszorgsysteem, wordt dan ook benadrukt dat het zorgsysteem zelf moet veranderen en dat er ander gedrag van professionals nodig is. Nederland, dat zijn eigen variant van de rapporten kent¹¹, volgde de ontwikkelingen in de Verenigde Staten en zette landelijke verbeterprogramma's op waaronder een veiligheidsmanagementprogramma. In het Verenigd Koninkrijk leidde de collectieve verontwaardiging over incidenten met fatale gevolgen en de zorg over de kwaliteit van zorg tot de introductie van 'clinical governance'.

Wat wordt met clinical governance beoogd?

Met het initiatief tot 'clinical governance' beoogde het Britse 'Department of Health' risico's te vermijden, te leren van gemelde incidenten en vooral ook klinische standaarden te verbeteren, 'best practices' snel te verspreiden en zo te zorgen voor constructieve verbeteringen in de klinische zorg en fragmentatie in de zorg te voorkomen.¹² Een jaar na de introductie van clinical governance in de NHS (in 1997) definieerden Scally en Donaldson¹³ clinical governance als volgt:

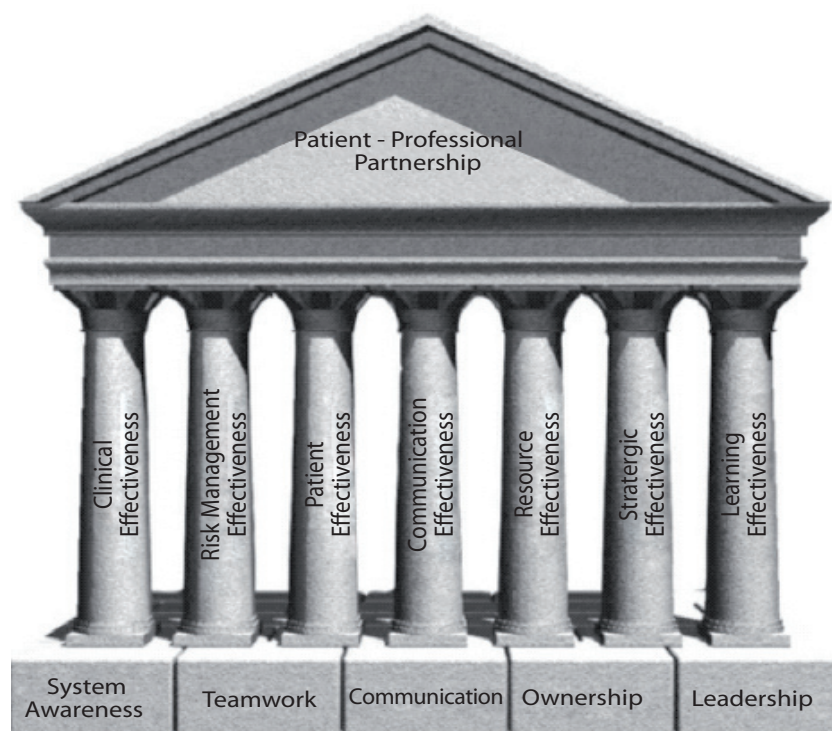
'a framework through which NHS organisations are accountable for continuously improving the quality of their services and safeguarding high standards of care by creating an environment in which excellence in clinical care will flourish'.

In deze definitie komt het belang van het continu verbeteren van de kwaliteit van zorg naar voren evenals het afleggen van verantwoording daarover. Het afleggen van verantwoording betekent echter niet dat 'control' over professionals wordt nagestreefd. Het punt is juist dat professionals die midden in de praktijk staan het beste leiding kunnen geven aan de klinische praktijk.¹⁴ Leiderschap van medici wordt daarbij gekenmerkt door *'responsible autonomy'*.¹⁵ Dit wordt opgevat als autonomie van handelen waarbij verantwoording afleggen over de resultaten vanzelf spreekt. Het vereist dat medici niet alleen een interne drive hebben om klinische kwaliteit te leveren maar zich ook mede-eigenaar voelen van het klinische proces inclusief de financiën, het serviceniveau van de zorg en de integratie hiervan. Uitgangspunt is dat bestuurders, management en professionals een gezamenlijk belang zien en gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg⁵ onderschrijft dat in gezamenlijkheid moet worden gestreefd naar een 'gerechtvaardigd vertrouwen' van het publiek in verantwoorde zorg. Ze realiseert zich daarbij dat bestuurders en toezichthouders voortdurend balanceren tussen vertrouwen enerzijds en controle anderzijds.

Hoe leidt clinical governance tot een bloeien-de klinische praktijk?

Clinical governance gaat allereerst uit van *gedeeld leiderschap, gedeelde verantwoordelijkheid en eigenaarschap*. Dat vraagt van bestuurders en management te fungeren als rolmodel, het goede voorbeeld te geven. Alleen zo kunnen zij professionals geloofwaardig aanmoedigen samen te werken aan de verbetering van de kwaliteit en veiligheid van de zorg en samen te werken met patiënten en andere professionals en organisaties. Van professionals vraagt het dat ze verantwoordelijkheid nemen en zich *eigenaar* voelen van zorgprocessen. Een ander belangrijk uitgangspunt is *samenwerken*. Samenwerken in teamverband is noodzakelijk als de complexiteit van de problematiek en de zorgprocessen leidt tot onderlinge afhankelijkheid. Samenwerken aan patiëntveiligheid wordt effectief als er gezamenlijk begrip ontstaat over toevalligheden en risico's.¹⁶ Samenwerken vraagt om ruimte voor diversiteit en individuele groei en om teams die kunnen omgaan met complexiteit en kunnen leren.¹⁷ Dergelijke teams reageren adequaat en proactief op veranderingen in de buitenwereld. Het zijn dan levende systemen die de kenmerken hebben van wat Erik Heineman in zijn oratie ecosystemen noemt.¹⁸



Figuur 1. Het tempelparadigma van clinical governance (Nicholls et al., 2000)

Goede onderlinge *communicatie en relaties* zijn een volgend essentieel punt. Om van fouten te kunnen leren is het nodig open te kunnen praten over incidenten en complicaties.¹⁹ Medewerkers melden dan tot tienmaal toe meer incidenten.²⁰ Patiënten waarderen bovendien openheid over fouten.²¹ Ze wisselen dan minder snel van arts en stappen na incidenten minder snel naar de rechter.

Behalve openheid zijn ook oprechtheid en vertrouwen hebben in elkaar belangrijk in onderlinge relaties.²² Ontbreken openheid, oprechtheid en vertrouwen in elkaar, of dat nu is tussen professionals en patiënten, management en professionals, of tussen bestuur en externe partners, dan is het systeem onvoldoende vitaal, leert het niet en kan het niet tot bloei komen.²³ Om te kunnen leren en verbeteren is voorts nodig dat wordt beseft dat zorgorganisaties allerlei systemen omvatten die op elkaar inwerken. Dit *systeembesef* maakt duidelijk dat het niet helpt om individuen de schuld te geven als iets fout gaat. Incidenten laten zien hoe wezenlijk een cultuur van actief leren en innoveren is en hoe wezenlijk de interactie tussen patiënten en professionals, tussen professionals onderling en tussen management en professionals. Daarvoor is het bewustzijn nodig dat onbedoelde consequenties van het professionele handelen het gevolg kunnen zijn van afhankelijkheden in complexe systemen en dus niet alleen van personen afhangen. Het structureel voorkomen van incidenten heeft meer kans van slagen als

Wat is bekend?

Ondanks de hoge plaats op internationale rankings is de Nederlandse gezondheidszorg de afgelopen jaren bij herhaling negatief in de pers gekomen door tekortkomingen in de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg. Dit heeft een debat op gang gebracht over governance.

Wat is nieuw?

De visie op Clinical Governance in de literatuur is in kaart gebracht. Het model van Nicholls et al. (2000) wordt gebruikt om aan te geven hoe Clinical Governance invulling zou kunnen krijgen. Betoogd wordt dat er in de praktijk moet worden gestreefd naar een goede balans tussen control en vertrouwen. De auteurs beschrijven Clinical Governance toch vooral als een benadering om een cultuurverandering te bereiken. De voor een lerende cultuur benodigde basiscompetenties zijn: een systeembenadering, teamwerk, communicatie, eigenaarschap en leiderschap. Dat leiderschap van klinici is het best te omschrijven met het begrip 'responsible autonomy'.

Wat kun je ermee?

Het artikel biedt een raamwerk om te spiegelen op de praktijk in de eigen instelling. Hoe zit het met de genoemde competenties, hoe krijgen de pilaren van het model van Nicholls et al. (2000) invulling in de eigen instelling, welke aandacht is er al voor een nog wat minder bekend instrument: de clinical audit?

naar de oorzaken in het systeem wordt gekeken, ook al kost dat meer tijd en inspanning.

Hoe essentieel de fundamenteën van de organisatie ook zijn, de tempel maakt duidelijk dat er meer nodig is. De verschillende pilaren die op de fundamenteën rusten, omvatten de vaardigheden, instrumenten en hulpbronnen die verder nodig zijn om uiteindelijk integrale en excellente kwaliteit van zorg te leveren in partnerschap met patiënten en andere partijen.

Klinische effectiviteit (1e pilaar)

Een belangrijke drijfveer van klinische effectiviteit is het willen werken volgens 'evidence based medicine' ofwel volgens de meest recente richtlijnen en standaarden. Binnen clinical governance is dit nauw verbonden met het doen van 'clinical audits':

'A quality improvement process that seeks to improve patient care and outcomes through systematic review of care against explicit criteria and the implementation of change'.²⁵

Een clinical audit is er dus op gericht inzichtelijk te maken hoe de behandeling effectiever kan worden en hoe de veiligheid en/of de prijs-kwaliteitverhouding kan worden verbeterd. Het onderscheid met andere vormen van auditen is dat bij clinical audits de nadruk ligt op het toetsen van de eigen praktijk door professionals zelf.²⁶ Ze stellen verbeterdoelen op, gaan criteria na, meten en verbeteren de klinische praktijk aan de hand van standaarden en borgen de verbeteringen in de praktijk. Het

houdt cyclisch, methodisch werken in en vraagt een ondersteunende organisatie.^{25, 27}

Het doen van wetenschappelijk onderzoek en het doen van clinical audits liggen in elkaars verlengde. Onderzoeksresultaten geven richting aan kwaliteitsverbetering en omgekeerd. Participatie van professionals in onder andere besprekingen van de literatuur en in de opzet en uitvoering van onderzoek stimuleert de wisselwerking tussen onderzoek en kwaliteitsverbetering.

Effectiviteit van risicomanagement (2e pilaar)

Ieder menselijk handelen kent een zeker risico. Daarom is een systematische aanpak nodig om calamiteiten te voorkomen en soorten risico's te onderkennen; zowel risico's voor patiënten en medewerkers als voor de instelling.

Belangrijk onderdeel van risicomanagement is dat teams of afdelingen incidenten melden en systematisch ernstige incidenten en complicaties analyseren en bespreken. Daarnaast helpt het proactief uitvoeren van prospectieve risicoanalyses zicht te krijgen op risicovolle processen in de klinische praktijk. Dat alles levert aangrijpingspunten op voor verbetering en leidt tot 'in control' zijn voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Ook een zogenoemde interne audit, waarbij een team of afdeling door anderen wordt getoetst (dat kan op kwaliteitsgebied zijn maar ook op financieel gebied), kan helpen bij bewustwording en het aanpakken van de risico's. Van belang is dat deze vorm van auditen geen doel op zich wordt en dat bureaucratie wordt voorkomen. De kunst is professionals zodanig bij interne audits te betrekken dat ze ervan leren.

Effectiviteit van patiëntervaringen, communicatie en leren (3e, 4e en 7e pilaar)

Partnerschap tussen patiënten en professionals staat centraal in clinical governance. Voor positieve patiëntervaringen zijn niet alleen vakgerichte bekwaamheden van professionals belangrijk maar ook sociale vaardigheden zoals het zich kunnen verplaatsen in patiënten en het effectief kunnen communiceren.

Daarbij is het gehele proces van zorg en dienstverlening belangrijk waaronder ook de overdracht van informatie over patiënten en een efficiënte doorstroom van patiënten. Dat vraagt van zorgprofessionals en andere (ondersteunende) medewerkers dat ze onderling goed kunnen communiceren en samenwerken en ook competenties hebben als flexibiliteit en innovatievermogen.¹⁸ Clinici zijn in staat hun macht en invloed te delen met collega's en weten zich over de grenzen van het eigen vakgebied heen te verbinden met andere professionals.

Het ultieme doel, excellente prestaties leveren ofwel 'vonken'²⁸, vraagt om continue educatie. Belangrijke aandachtspunten in de (vervolg)op-leiding van professionals zijn zelfsturend leren en het geven van feedback.²⁹ Van bestuurders en managers vraagt dit dat ze de juiste randvoorwaarden kunnen scheppen en vertrouwen hebben in de competenties van de professionals.

Effectiviteit van strategieën en hulpbronnen (5e en 6e pilaar)

Betrouwbare relevante klinische data zijn van cruciaal belang om goede besluiten te kunnen nemen, om te kunnen verbeteren en om te laten zien wat de uitkomsten zijn van de behandeling. Idealiter verzamelen klinische teams zelf data, voelen zich eigenaar van de data en gebruiken deze bij het doen van clinical audits. Klinische informatiesystemen en technologie, hulpmiddelen ter ondersteuning van onder andere de besluitvorming en afspraken over het verzamelen en publiceren van prestatie-informatie helpen daarbij evenals financiële middelen en informatiemanagement. Daarnaast zijn HRM³⁰ en implementatiestrategieën³¹ belangrijke hulpbronnen ter ondersteuning van een lerende cultuur.

Alles met elkaar zorgen de fundamenteën, de pilaren en het dak voor integrale verbetering van de kwaliteit van zorg met als ultiem doel klinische excellentie.

De ontwikkeling en toepassing van clinical governance

In het afgelopen decennium is clinical governance op verscheidene manieren door verschillende gezondheidszorgorganisaties en diverse beroepsgroepen uitgewerkt en toegepast. Websites van nationale gezondheidszorginstanties laten zien (zie bijvoorbeeld de website van de Western Australian Health Services of de Schotse NHS) dat klinische effectiviteit en evidence naast performance- en risicomanagement deel uitmaken van de raamwerken maar ook de waardering door klanten, het betrekken van patiënten en de ontwikkeling van professionals en management.

Met name het doen van clinical audits is in het Verenigd Koninkrijk ingebed in de medische en verpleegkundige praktijk en er zijn uitgebreide handboeken en educatieprogramma's ontwikkeld om professionals te trainen.²⁵ In navolging daarvan heeft het Nederlandse College Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG) het doen van clinical audits opgenomen in de opleidingseisen van artsen in opleiding tot medisch specialist (AIOS).

Aan de diverse toepassingen van clinical governance is te zien dat het concept zich ontwikkelt in relatie tot de omgeving. Daarbij is het maatschappelijk belang van openheid geven en verantwoording afleggen toegenomen, is er steeds meer informatie toegankelijk voor patiënten en is er een groeiende behoefte aan participatie bij besluitvorming op alle niveaus. In latere publicaties over clinical governance ligt het accent dan ook op risicomanagement, kwaliteitsverbetering (evidence based practice), patiëntenparticipatie en een systeembenadering (en/of lerende cultuur). Daarbij blijft rekenschap afleggen van belang en wordt steeds meer de aandacht gevraagd voor essentiële randvoorwaarden als financiën, informatiemanagement, HRM en voor implementatiestrategieën.^{14, 30, 31}

Het gevaar van het opdelen van clinical governance in onderdelen kan zijn dat de onderlinge samenhang niet meer wordt gezien¹⁵ en dat onderbelicht blijft dat er een vruchtbare bodem ofwel een stevig fundament (een lerende cultuur) nodig is om de klinische praktijk tot bloei te brengen, zoals bedoeld in de definitie.

Tot slot: de invoering van clinical governance ook in Nederland?

In een recent onderzoek van het Commonwealthfund wordt het functioneren van de Amerikaanse gezondheidszorg internationaal vergeleken. Nederland staat in vergelijking met andere landen weliswaar het hoogst voor algeheel functioneren en patiëntveiligheid maar staat onderaan voor het centraal stellen van de patiënt in de zorg.³²

Geconcludeerd kan worden dat clinical governance in de basis is gericht op de kwaliteiten en leervermogens van mensen en handvatten geeft om competenties en vaardigheden te vergroten. Met als resultaat minder fragmentatie in de zorg en meer klinische excellentie. Clinical governance is niet alleen een complex geheel van organisatorische strategieën, processen en acties maar gaat uit van complexiteit en mensenwerk in zorgorganisaties. De invoering ervan is dan ook een kwestie van lange adem en kleine stapjes, het vertellen van zinvolle verhalen³³, het gezamenlijk goed doordenken van oplossingen en het niet uit het oog verliezen van de menselijke maat.

Meer in het algemeen is het zo dat wanneer bestuurders voornamelijk gericht zijn op financiële resultaten en concurrentie en/of onderling wantrouwen de boventoon voeren, dit niet bevorderlijk is voor een lerend klimaat, open communicatie en samenwerking.

Echter, wanneer bestuurders en professionals zich realiseren dat ze op elkaar aangewezen

zijn en de collectieve ambitie hebben om de kwaliteit van zorg in al zijn facetten (zowel de klinische effectiviteit als een doelmatig gebruik van de middelen) te verbeteren dan kan clinical governance een uitdaging zijn en de opmaat tot klinische excellentie.

Om met Atul Gawande te spreken: creëer systeembesef (leer van incidenten, gebruik checklists, doe clinical audits), wend bescheidenheid, teamwork en discipline aan en zorg ervoor dat professionals betrokken zijn en organisaties voldoende middelen hebben.



Nicolien Kromme



Kees Ahaus



Erik Heineman

- 1 Algemene Rekenkamer, *Implementatie kwaliteitswet zorginstellingen*. Sdu Uitgevers, Den Haag, 2009.
- 2 Willems, R., *Hier werk je veilig, of je werkt hier niet. Sneller beter – de veiligheid in de zorg*. Shell Nederland, Den Haag, 2004.
- 3 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Governance en kwaliteit van zorg*. Koninklijke Broese & Peereboom, Den Haag, 2009.
- 4 De Onderzoeksraad voor Veiligheid, *Een onvolledig bestuurlijk proces: hartchirurgie in UMC St Radboud. Onderzoek naar aanleiding van berichtgeving op 28 september 2005 over te hoge mortaliteit*. De Onderzoeksraad voor Veiligheid, Den Haag, april 2008.
- 5 Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Staat van de gezondheidszorg 2009. De vrijblijvendheid voorbij. Sturen en toezichthouden op kwaliteit en veiligheid in de zorg*. Den Haag, november 2009.
- 6 De Bont, A., Jerak, S., Zuiderent T. et al., *Veiligheid in de zorg. Achtergrondstudie bij de Staat van de Gezondheidszorg 2009*. Erasmus Universiteit, Rotterdam, november 2009.
- 7 Klink, A. en J. Bussemaker, *Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning*. Brief van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, 9 juli 2009.
- 8 Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, *Governance Code UMC's*. NFU, Utrecht, 2010.
- 9 Richardson, W.C., *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. National Academy Press, Washington, 2001.
- 10 Kohn, L.T., Corrigan, J.M. en M.S. Donaldson, *To err is human, building a safer health system* [Online resource]. National Academy Press, Washington, 2000.
- 11 De Bruijne, M.C., Zegers, M., Hoornhout, L.H.F. en C. Wagner, *Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen; Dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004*. EMGO Instituut/VUmc en NIVEL, Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, 2007.
- 12 Department of Health, *The New NHS. Modern and Dependable*. London, 1997.
- 13 Scally, G. en L.J. Donaldson, The NHS's 50 anniversary. Clinical Governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England, *British Medical Journal*, 317, 1998 July 4, 7150, 61-65.
- 14 Perkins, R., Pelkowitz, A. en M. Seddon, Quality improvement in New Zealand healthcare. Part 7: Clinical Governance--an attempt to bring quality into reality, *The New Zealand Medical Journal*, 119, 2006/1243, U2259.
- 15 Degeling, P.J., Maxwell, S., Iedema, R. en D.J. Hunter, Making Clinical Governance work. *British Medical Journal*, 329, 2004, 7467, 679-681.
- 16 Battles, J.B., Dixon, N.M., Borotkanics, R.J. et al., Sensemaking of patient safety risks and hazards. *Health Services Research*, 41, 2006 August, 4 Pt 2, 1555-1575.
- 17 Plsek, P.E. en T. Greenhalgh, Complexity science: The challenge of complexity in health care, *British Medical Journal*, 323, 2001 September 15, 7313, 625-628.
- 18 Heineman, E., *Het paradigma van de zorg 'EGO-systeem of ECO-systeem? Hoe weten waterdruppels dat ze samen een rivier zijn?'* Rede. Uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van gewoon hoogleraar in de heelkunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen op 2 maart 2010.
- 19 Heringa, M.P. en I.P. Leistikow, Open over fouten. Voorspelbaar, respectvol en transparant omgaan met incidenten, *Medisch Contact*, 63, 2008 november 7, 28, 1126-1130.
- 20 Edmondson, A.C., Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers, *Quality & Safety in Health Care*, 2004 December, 13, 3-9.
- 21 Mazor, K.M., Simon, S.R. en J.H. Gurwitz, Communicating with patients about medical errors: a review of the literature, *Archives of Internal Medicine*, 164, 2004 August 9, 15, 1690-1697.
- 22 Safran, D.G., Miller, W. en H. Beckman, Organizational dimensions of relationship-centered care - Theory, evidence, and practice, *Journal of General Internal Medicine*, 21, 2006 January, S9-S15.
- 23 Fijlstra, R. en H. Wullink, *Nooit meer sjoemelen, een remedie tegen achterdocht, cynisme en machteloosheid*. Scriptum, Schiedam, 2002.
- 24 Nicholls, S., Cullen, R., O'Neill, S. en A. Halligan, Clinical Governance: its origins and its foundations, *Clinical Performance and Quality Healthcare*, 8, 2000/3, 172-178.
- 25 National Institute for Clinical Excellence, NHS, *Principles for Best Practice in Clinical Audit 2002*. 2002.
- 26 Buetow, S.A. en M. Roland, Clinical Governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care, *Quality in Health Care*, 8, 1999 September, 3, 184-190.
- 27 Benjamin, A., The competent novice – Audit: How to do it in practice, *British Medical Journal*, 336, 2008 May 31, 7655, 1241-1245.
- 28 Hoogendoorn, B., Vos, M. en E. Crijns, *Schitterend organiseren. Creëren van vonken in mensen en organisaties*. Sdu Uitgevers, Den Haag, 2006.
- 29 Hattie, J. en H. Timperley, The power of feedback, *Review of Educational Research*, 77, 2007 March, 1, 81-112.
- 30 Som, C.V., Exploring the human resource implications of Clinical Governance, *Health Policy*, 80, 2007 February, 2, 281-296.
- 31 McSherry, R. en P. Pearce, *Clinical Governance: a Guide to Implementation for Healthcare Professionals*. Wiley Blackwell, Oxford, 2011.
- 32 Commonwealthfund. *Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally, 2010 Update*. 2010.
- 33 Gawande, A., *Better, a surgeons notes on performance*. Profile books, London, 2007.

Informatie over de auteurs

Nicolien Kromme is cultureel antropoloog/bestuurskundige en werkzaam als organisatieadviseur en onderzoeker in de sector langdurige zorg en vaten van het UMCG, n.m.h.kromme@sectora.umcg.nl.

Kees Ahaus is hoogleraar Healthcare Management (UMCG-leerstoel) aan de Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit Economie en Bedrijfskunde en is tevens directeur van TNO Management Consultants en CBO.

Erik Heineman is hoogleraar Heelkunde aan de Rijksuniversiteit Groningen en is afdelingshoofd Chirurgie in het UMCG. Binnen zijn leerstoel doet hij onderzoek naar Clinical Governance.