

Gedeelde zorg van bestuurder en arts om kwaliteit van gezondheidszorg

In de afgelopen decennia is er veel veranderd in de gezondheidszorg en het komt steeds vaker voor dat bestuurders zich publiekelijk moeten verantwoorden voor de kwaliteit van zorg. Een aantal ernstige incidenten die de afgelopen jaren in de media kwamen laat dit zien, bijvoorbeeld de structurele samenwerkingsproblemen bij de hartchirurgie in het UMC St Radboud en bij de longchirurgie in het VUmc. Verbazingwekkend in deze zaken was vooral dat het disfunctioneren zo lang kon doorgaan, zonder dat er werd ingegrepen door artsen noch bestuur. In dit artikel ga ik in op de vraag of een toenemende aandacht voor kwaliteit en de bestuurlijke verantwoordelijkheid daarvoor kunnen leiden tot frictie in de juridische relatie tussen bestuurder en arts.

Door: P. van der Hart-Zwart

In de Grondwet (GW) is opgenomen dat de overheid maatregelen treft ter bevordering van de volksgezondheid.¹ Dat betekent dat de overheid moet zorgen voor feitelijk en financieel toegankelijke zorg en kwaliteit van zorg. In de jaren zestig kreeg kwaliteit van zorg steeds meer aandacht. Dit kwam door een verdergaande professionalisering in de medische beroepsuitoefening en een toename van nieuwe medische technieken en geneesmiddelen. Het accent lag in die jaren op het zo *doeltreffend* mogelijk aanwenden van nieuwe mogelijkheden op diagnostisch en therapeutisch terrein. In de jaren zeventig en tachtig kwamen de financiële grenzen van de groei van de gezondheidszorg steeds meer in zicht en werd de *doelmatigheid* van zorgverlening een belangrijk punt van aandacht.² In de jaren negentig nam de aandacht voor *patiëntgerichtheid* toe en werd met het invoeren van de Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WGBO) voor geneeskundige beroepen of bedrijven een

reeks patiëntenrechten (bijvoorbeeld het recht op informatie en het inzage-recht) verder uitgewerkt.

Met de in 1996 ingevoerde Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ) werden aan zorgaanbieders kaders gesteld op het gebied van kwaliteit van zorg. In artikel 2 KWZ staat dat de zorgaanbieder 'verantwoorde zorg' aanbiedt, die *doeltreffend*, *doelmatig* en *patiëntgericht* is. De nadere invulling van de in die wet genoemde norm werd vooral aan het veld zelf overgelaten. De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg verschoof daarmee van de overheid naar zorgaanbieders tezamen met zorgverzekeraars op basis van de Ziekenfondswet (ZFW)/Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en patiënten/consumentenorganisaties op basis van de Wet Medezeggenschap Cliëntenrechten in de Zorg (WMCZ)/Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ).

Het veld omvat dus meer partijen dan enkel de zorgaanbieders. De *doeltreffendheid* behoort



Petra van der Hart-Zwart

tot het domein van de zorgaanbieders, zij moeten zorg aanbieden die effectief en conform de normering van beroepsgroepen, brancheverenigingen en wetenschappelijke verenigingen is. Het toezicht op de *doelmatigheid* van de zorg vindt plaats door de zorgverzekeraars, zo kan door de contracteervrijheid die zorgverzekeraars hebben efficiënt worden omgegaan met gefinancierde zorg. Via medezeggenschap ontstaat *patiëntgerichtheid* zoals geregeld in de WMCZ; patiëntenorganisaties zien erop toe dat de geleverde zorg voldoende cliëntgericht is. De Inspectie voor de Gezondheidszorg fungeert onder de huidige kwaliteitswetgeving als achterwacht en houdt toezicht op zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties (het zogenaamde toezicht op het toezicht).³ Marktprikkels in de zorg, bijvoorbeeld op basis van de in 2006 in werking getreden Zorgverzekeringswet (Zvw), leiden er uiteindelijk toe dat bestuurders van zorgaanbieders steeds meer de negatieve gevolgen van verkeerde beslissingen zelf moeten dragen.

Leidt de toegenomen aandacht voor kwaliteit en de bestuurlijke verantwoordelijkheid daarvoor ook tot spanningen in de juridische relatie tussen de raad van bestuur (verder te noemen: het bestuur of de bestuurder) en arts binnen de organisatie van een zorgaanbieder? Op die vraag ga ik in deze bijdrage in. Daartoe sta ik allereerst stil bij de verantwoordelijkheid van de arts en de bestuurder voor kwaliteit van zorg en de wettelijke regels die daarbij gelden. Daarna ga ik in op de gedeelde normen voor een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg. Vervolgens behandel ik de juridische procedures en komen de juridische relatie tussen zorgaanbieder en arts en de eventuele sturingsmogelijkheden van het bestuur aan de orde. Ten slotte kom ik terug op de vraag of een toenemende aandacht voor kwaliteit en de bestuurlijke verantwoordelijkheid daarvoor kunnen leiden tot frictie in de juridische relatie tussen bestuurder en arts en ik sluit af met een conclusie.

De arts en goed hulpverlenerschap

De basis voor de individuele zorgverlening ligt in de geneeskundige behandelovereenkomst die de arts op grond van de WGBO met de patiënt aangaat.⁴ De arts is gehouden aan de norm van 'goed hulpverlenerschap' en handelt daarbij in overeenstemming met de geldende professionele standaard.⁵ De medisch professionele standaard is een gemiddelde norm, namelijk het zorgvuldig volgens de inzichten van de medische wetenschap en ervaring handelen als een redelijk bekwaam vakgenoot in gelijke

omstandigheden, met middelen die in redelijke verhouding staan tot het concrete behandelingsdoel.

Bij de beoordeling van het niveau van verleende zorg gelden vooral de door de beroepsgroepen, brancheorganisaties en wetenschappelijke verenigingen zelf ontwikkelde normen als maatstaf, dat wil zeggen de protocollen, richtlijnen, standaarden en gedragsregels. De medisch

‘Een arts mag afwijken van protocollen en richtlijnen, mits hij dat goed kan motiveren’

professionele autonomie van de arts vindt haar grondslag in het systeem van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) en betreft de keuzevrijheid ten aanzien van het medisch handelen, de toepassing en beslissingen die in dit verband door de arts ten aanzien van de individuele patiënt worden genomen.⁶ Dit komt onder meer tot uitdrukking in de vrijheid van de arts in de wijze waarop hij vindt een patiënt te moeten behandelen, de keuze van diagnostiek en therapeutische middelen die daarbij ter beschikking staan.⁷ De arts mag daarbij zelfs afwijken van protocollen, richtlijnen, standaarden en gedragsregels, maar zal dat dan goed moeten kunnen motiveren (het zogenoemde pas-toe-of-leg-uit-principe).

Het bestuur en verantwoorde zorg

Op grond van de KWZ is de zorgaanbieder eindverantwoordelijk voor het leveren van 'verantwoorde zorg'. Hieronder wordt verstaan zorg van een goed niveau, die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend.⁸ Zoals al werd beschreven is verantwoorde zorg daarmee een open norm: aan het veld wordt

Wat is bekend?

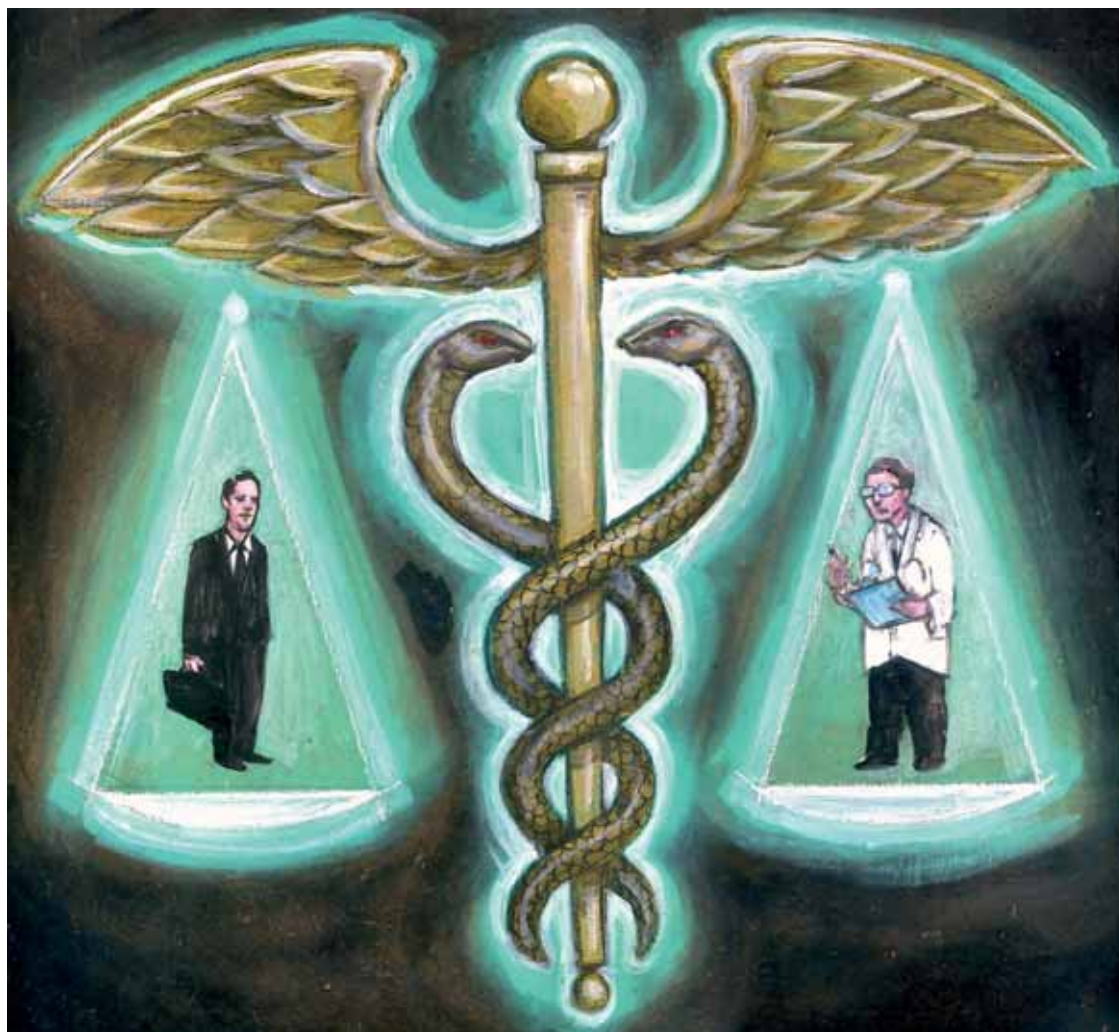
Al vanaf 1996 staat in de Kwaliteitswet dat zorgaanbieders verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van zorg.

Wat is nieuw?

Dat in de zorg steeds meer het besef doordringt dat niet alleen artsen maar ook zorgaanbieders kunnen worden aangesproken op het niveau van de zorgverlening.

Wat kun je ermee?

De verantwoordelijkheidstoedeling (en het toezicht daarop) voor kwaliteit van zorg, moet binnen de organisatie van een zorgaanbieder goed worden uitgewerkt en beschreven. De interne verantwoording en terugkoppeling aan het bestuur, over de geleverde kwaliteit van zorg, moeten daadwerkelijk vorm en inhoud kunnen krijgen. Kortom, wij zullen ons moeten blijven inspannen voor het bewerkstelligen van een omslag in het kwaliteitsdenken, naar een gedeelde verantwoordelijkheid tussen arts en bestuur.



overgelaten op welke wijze die norm wordt ingevuld. De zorgaanbieder heeft de opdracht om de instelling op het gebied van personeel, materieel en de verantwoordelijkheidstoedeling zodanig in te richten dat dit leidt tot verantwoorde zorg.⁹

De wijze waarop de verantwoordelijkheidstoedeling binnen de zorgaanbieder dient plaats te vinden is opgenomen in de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi), het Uitvoeringsbesluit WTZi en is nader uitgewerkt door de brancheorganisaties in bijvoorbeeld de Zorgbrede Governance code 2010 en de UMC Governance code. Op grond van deze codes is het bestuur van de zorgaanbieder verantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg.¹⁰ Voor de zorgaanbieder geldt dat goed bestuur en intern toezicht randvoorwaarden zijn voor het kunnen bieden van verantwoorde zorg.¹¹ De verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder voor verantwoorde zorg is een zogenoemde systeemverantwoordelijkheid en omvat het systematisch bewaken, beheersen en verbeteren van kwaliteit van zorg door kwaliteitssystemen.¹²

Ook hier geldt voor de beoordeling van het niveau van verleende zorg, dat de door de beroepsgroepen, brancheverenigingen en wetenschappelijke verenigingen ontwikkelde protocollen, richtlijnen, standaarden en gedragsregels het uitgangspunt zijn.

Zelfregulering

We zagen dus al dat de arts gehouden is aan de norm van 'goed hulpverlenerschap' en dient te handelen in overeenstemming met de geldende professionele standaard. Een zorgaanbieder binnen wiens organisatie artsen niet handelen in overeenstemming met die geldende professionele standaard, en die dat afwijken ook niet goed kunnen motiveren, voldoet niet aan de eisen van de KWZ. Immers, als de arts of een groep artsen die met elkaar samenwerken niet goed functioneert, wordt er door de zorgaanbieder geen zorg van goed niveau aangeboden, die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht is. Het bestuur van de zorgaanbieder kan uit hoofde van zijn integrale verantwoordelijkheid voor 'verantwoorde zorg'

worden aangesproken op het handelen van binnen de instelling werkzame arts en arts. Arts en zorgaanbieder dragen met inachtneming van ieders eigen specifieke verantwoordelijkheid, op deze wijze een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het niveau van de verleende zorg.

Ook zagen we al dat het niveau van de verleende zorg uiteindelijk vooral wordt bepaald door de door beroepsgroepen, brancheverenigingen en wetenschappelijke verenigingen ontwikkelde protocollen, richtlijnen, standaarden en gedragsregels, waarvan enkel goed gemotiveerd mag worden afgeweken.

Wat als zorg tekortschiet?

De WKCZ verplicht de zorgaanbieder (en ook de vrijgevestigde individuele beroepsbeoefenaar) tot het instellen van een klachtencommissie.¹³ De klachtenprocedure staat open voor allerlei soorten klachten van de cliënt tegen de arts of zorgaanbieder, maar is vooral bedoeld voor de behandeling van klachten van cliënten in de relationele sfeer en over bejegening. De cliënt kan nadat de interne klachtenprocedure is doorlopen, ook een klacht indienen bij de Nationale Ombudsman als het gaat om een publieke zorgaanbieder (zoals een UMC). Bovendien kennen we de mogelijkheid van een bindend advies door een klacht in te dienen bij bijvoorbeeld de Geschillencommissie Zorginstellingen, het Scheidsgerecht Gezondheidszorg en de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).

Daarnaast kan de cliënt de arts onder bepaalde omstandigheden op grond van het civiele recht, tuchtrecht en strafrecht aanspreken op tekortkomingen in het professioneel handelen en gedrag. De zorgaanbieder kan op grond van het civiele recht, strafrecht en bestuursrecht worden aangesproken op het tekortschieten van het niveau van de zorgverlening.¹⁴ Komt vast te staan dat een zorgaanbieder de artikelen 2 t/m 4 KWZ niet in voldoende mate of onjuist naleeft, dan kan de minister een schriftelijke aanwijzing geven. Kunnen maatregelen in verband met een gevaar voor veiligheid en gezondheid geen uitstel lijden, dan kan ook een schriftelijk bevel worden gegeven door de Inspectie voor de Gezondheidszorg.¹⁵

Aanwijzingen en werkinstructies

Artsen zijn werkzaam op basis van een opdrachtrelatie, arbeidsovereenkomst, publiekrechtelijke aanstelling (alle UMC's, behalve UMC St Radboud en VUmc) of in samenwerkingsverbanden (maatschappen) zoals bij de

private ziekenhuizen. Voor de solistisch werkende arts worden in artikel 40 Wet BIG soortgelijke eisen aan de kwaliteit van de zorgverlening gesteld als genoemd in de artikelen 2 en 3 KWZ.¹⁶ De (solistisch werkende) arts die in opdracht voor de zorgaanbieder werkzaamheden uitvoert, dient gehoor te geven aan verantwoordelijke aanwijzingen omtrent de uitvoering van de opdracht, maar behoudt uiteraard zijn medisch professionele autonomie.¹⁷ Voor een arts in loondienst geldt dat redelijke aanwijzingen en werkinstructies afkomstig van de werkgever moeten worden opgevolgd. Ook de werkgever treedt daarbij natuurlijk niet in de verantwoordelijkheid van de arts die voortvloeit uit de voor hem geldende professionele standaard.¹⁸

'Artsen moeten meewerken aan redelijke aanwijzingen om kosten te besparen'

Artsen die werkzaam zijn in een maatschap in een ziekenhuis, sluiten met dat ziekenhuis een toelatingsovereenkomst. Het Model van de toelatingsovereenkomst regelt dat het bestuur van het ziekenhuis de arts een aanwijzing kan geven omtrent de kwaliteit, veiligheid en organisatie van zorg. De aanwijzingen van het ziekenhuis hebben ook geen betrekking op de medisch inhoudelijke zorg aan individuele patiënten, het ziekenhuis treedt niet in de verantwoordelijkheid van de arts die voortvloeit uit de voor hem geldende professionele standaard.

Gedeelde zorg om kwaliteit van zorg?

Duidelijk is dus dat de zorgaanbieder zich terughoudend moet opstellen ten opzichte van het vakinhoudelijk handelen van arts en arts. De medische hulpverlening vereist zeer specifieke deskundigheid en het bestuur mag natuurlijk geen aanwijzingen geven en invloed uitoefenen op bijvoorbeeld de door de arts te stellen diagnose. Wel kan het bestuur erop toezien dat protocollen, richtlijnen, standaarden en gedragsregels worden nageleefd, door zorg te dragen voor een deugdelijk kwaliteitssysteem. De arts zal binnen dat systeem verantwoording moeten afleggen over de kwaliteit van de geleverde zorg.

De verantwoordelijkheid van het bestuur voor een goede gang van zaken in de organisatie van de zorgaanbieder kan er soms toe leiden dat de medisch professionele autonomie van de arts op bepaalde punten toch wat wordt ingeperkt. Zo komt het bijvoorbeeld voor dat het ter beschikking stellen van financiële middelen

voor medische hulpmiddelen door een zorgaanbieder, de afweging van behandelalternatieven door de arts beïnvloedt en mogelijk beperkt. Toch hoeft ook dit niet te leiden tot spanningen, de arts is immers zelf ook gehouden om de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg te dienen.¹⁹ Daarom zullen artsen moeten meewerken aan redelijke aanwijzingen en instructies op het gebied van bijvoorbeeld de beperking van de kosten van de gezondheidszorg, denk hierbij ook aan de recente berichtgeving over de verspillingen en onterechte declaraties in de zorg.

Conclusies

Nu duidelijker is geworden dat de zorgaanbieder mede verantwoordelijk is voor fouten in de zorg, lijkt de tolerantie voor misstanden af te nemen. Daarom is het belangrijk dat de verantwoordelijkheidstoedeling voor kwaliteit van zorg binnen de organisatie van de zorgaanbieder goed wordt uitgewerkt. Daartoe zullen verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de bestuurder en arts op het gebied van kwaliteit van zorg moeten worden beschreven en vastgelegd, om daar vervolgens in de praktijk tot in het primaire proces ook concrete werkafspraken over te kunnen maken (bijvoorbeeld over de wijze van terugkoppeling aan het bestuur). Bestuurder en arts hebben immers een gemeenschappelijk belang en gedeelde verantwoordelijkheid op het gebied van de kwaliteit van zorg.

Bij de toetsing van het niveau van de zorgverlening zijn vooral de door de beroepsgroepen, brancheorganisaties en wetenschappelijke verenigingen ontwikkelde normen het uitgangspunt en dus van essentieel belang. Zorgaanbieders doen er daarom goed aan zorg te dragen voor toegankelijke kwaliteitssystemen waarin die normen, dat wil zeggen de protocollen, richtlijnen, standaarden en gedragsregels voor verantwoorde zorg, zowel door bestuurder, arts als patiënt ook eenvoudig te raadplegen zijn. Toezicht op de naleving van de normen geeft de bestuurder een mogelijkheid om meer te kunnen sturen op kwaliteit.

Toegang tot informatie over intercollegiale toetsing tussen artsen onderling, bijvoorbeeld door inzage in de uitkomsten en bevindingen van de visitatierapportages van de beroepsverenigingen, zou de bestuurder ook meer mogelijkheden geven om te kunnen sturen op kwaliteit.²⁰ Het kwaliteitssysteem zou hierop kunnen worden ingericht.

Noten

- 1 Artikel 22, eerste lid GW.
- 2 Tweede Kamer, vergaderjaar 1993-1994, 23633, nr. 3.
- 3 H.E.G.M. Hermans en M.A.J.M. Buijsen, *Recht en gezondheidszorg*, Elsevier Gezondheidszorg, Amsterdam, 2010, hoofdstuk 5, p. 183.
- 4 Artikel 7:446 WGB.
- 5 Artikel 7:453 WGB.
- 6 Een medisch professionele autonomie geldt ook voor de andere in artikel 3 Wet BIG geregistreerde beroepsgroepen; naast arts dus ook de tandarts, apotheker, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, verloskundige, verpleegkundige en (vooral nog voor 5 jaren) de nurse practitioner en physician assistant.
- 7 P.P.M. van Reijssen en J.H. Hubben, *Jurisprudentieonderzoek Protocolen in de Gezondheidszorg*, Katholieke Universiteit, Nijmegen, 1997, hoofdstuk 2.
- 8 Artikel 2 KWZ.
- 9 Artikel 3 KWZ.
- 10 Artikel 3.1 Zorgbrede Governance code en UMC Governance code.
- 11 Zie ook het in februari 2013 ingetrokken en in vijf delen opgeknipte wetsvoorstel Wet cliëntenrechten in de zorg (WCZ), hoofdstuk 5 paragraaf 2, gaat over goed bestuur en intern toezicht.
- 12 Artikel 4 KWZ.
- 13 Wetsvoorstel Kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (WKKGZ).
- 14 Bijvoorbeeld op grond van schending van de norm in artikel 453 WGB of de onrechtmatige daad artikel 162 Boek 6 BW, Wet BIG, hoofdstuk 7 Tuchtrechtspraak, artikelen 51, 293 en 294 Wetboek van Strafrecht (Sr). Voor elke fout die in een ziekenhuis wordt gemaakt is er een bijzondere regeling, naast de individuele verantwoordelijkheid van de arts is tegelijkertijd sprake van een centrale aansprakelijkheid van dat ziekenhuis, artikel 462 WGB.
- 15 Zie ook artikel 36 Gezondheidswet.
- 16 Artikel 87a Wet BIG, de minister kan daarbij nadere regels stellen en de Inspectie voor de Gezondheidszorg een schriftelijk bevel geven.
- 17 Artikel 7:401 BW.
- 18 Zie bijvoorbeeld ook de Integratiewet (vervallen op 1 januari 2006).
- 19 Artseneed KNMG/VNSU van 2003 en komt ook tot uiting in de medisch professionele standaard.
- 20 Zie ook L. Houwen, P. Bergkamp en L. Arends, *Governance en ondernemerschap in de zorg, Nieuwe bestuurlijke verantwoordelijkheden in de gezondheidszorg*, Kluwer, Deventer, 2010, hoofdstuk 2.

Informatie over de auteur

Mr. Petra van der Hart-Zwart is advocaat in dienst van het Universitair Medisch Centrum Groningen en tevens plaatsvervangend voorzitter van de Klachtencommissie Zorg in de Provincie Groningen, e-mail: p.van.der.hart-zwart@umcg.nl.

Met dank aan prof. mr J.H. Hubben, hoogleraar Gezondheidsrecht UMC Groningen.