

Inspecteur-generaal Gerrit van der Wal over de rol van de inspectie

Boodschapper van het slechte nieuws

Joost Visser

Sommigen vinden de Inspectie voor de Gezondheidszorg te lui, anderen ergeren zich aan de stroom van kritische rapporten. Inspecteur-generaal Gerrit van der Wal blijft er rustig onder: 'Het is logisch dat men zich tegen ons verzet.'

De afspraak voor het gesprek werd al in december gemaakt, vlak nadat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) het besluit terugdraaide om tien met naam en toenaam bekende kleine ic-afdelingen de facto te sluiten: alle tien hadden op de valreep laten weten alsnog aan de eisen te voldoen. Inspecteur-generaal Gerrit van der Wal wilde het goede nieuws in NOVA melden, maar dat liep uit op een pijnlijke confrontatie met een uiterst wantrouwende Twan Huys. 'Ik vond het niet mijn allersterkste optreden ooit', zegt Van der Wal nu, met een fijn gevoel voor understatement: 'Huys las een tekst die begon met: "IGZ buigt voor ziekenhuizen", of iets dergelijks. Dat hoor ik verkeerd, dacht ik nog, en ik begon het gesprek, dat steeds agressiever werd. Ik ben rustig en beschaafd gebleven. Toen ik thuis de uitzending terugzag en die

opening hoorde, besepte ik dat ik me pittiger had moeten opstellen. Dan had ik gezegd: "U zet de wereld op z'n kop. Als u dat woord al wilt gebruiken, dan zijn het de ziekenhuizen die hebben gebogen voor de inspectie."'

Zo'n vier maanden later zijn pers en ook politiek opnieuw zeer kritisch over het functioneren van de inspectie. Zo was daar de uitzending van Zembla op 5 april, waarin een afwezige IGZ aan de hand van een aantal voorbeelden uit de afgelopen jaren – ruziënde anesthesiologen in

het ziekenhuis van Meppel, een disfunctionerende arts in het UMC St. Radboud, een fataal verlopen operatie in Lelystad – het verwijt kreeg te slap en te laat te reageren op meldingen van incidenten in ziekenhuizen. Twee weken later deed NOVA met succes een beroep op de Wet Openbaarheid Bestuur (WOB) om cijfers te krijgen over het langdurig separeren van psychiatrische patiënten – wat uitliep op kritische opmerkingen van Tweede Kamerleden over onnauwkeurige cijfers. En weer een week later – maar toen was het gesprek al achter de rug – verweet staatssecretaris Bussemaker de IGZ dat ze sneller had kunnen reageren op signalen van artsen over de slechte zorg in een Amsterdams verpleeghuis.

Verscherpt toezicht

Van der Wal wil niet ingaan op de details uit de Zembla-uitzending, al was het maar omdat hij er door zijn verblijf op de Antillen nog maar 'enkele stukjes' van heeft gezien en niet alle 'duizenden gevallen' die de IGZ onderzoekt, uit zijn hoofd kent. Maar in het algemeen, zegt hij, leiden meldingen van problemen als in Meppel en Nijmegen niet direct tot verscherpt toezicht: 'Eerst moet men zich ervan bewust worden dat er een probleem is en moet er een verbeterplan komen. Ze weten dan dat er over de schouder wordt meegekeken door collega's, het bevoegd gezag in de instelling of de inspectie. Daar begint vaak al de verandering en de verbetering. In Meppel bleek het uiteindelijk nodig het ziekenhuis onder verscherpt toezicht te stellen

'Ik vond het niet mijn allersterkste optreden ooit'

en de hele maatschap van zes anesthesiologen te vervangen.'

Toch schrijft de inspectie in het rapport over de disfunctionerende neuroloog in Enschede ook dat disfunctionerende artsen strenger moeten worden aangepakt.

'Als een arts disfunctioneert maken wij in negen van de tien gevallen een duidelijke afspraak: u moet stoppen met werken en wij zien af van een tuchtprocedure of van publiciteit. Dat is doorgaans de snelste weg, want een tuchtprocedure duurt lang en kost veel werk. Zo'n afspraak is echter niet publiek bekend. Als een arts stopt in Groningen maar een half jaar later solliciteert in Tilburg, hoeft die afspraak dus niet ter tafel te komen. Een nieuwe werkgever of maatschap zou referenties moeten inwinnen, maar dat gebeurt vaak niet. We plei-

Van der Wal: 'Wat ook speelt is dat collega's bij disfunctioneren de andere kant opkijken, een raad van bestuur die het conflict niet aandurft en problemen die onder de mat worden geschoven.'

beeld: De Beeldredactie,
Evelyn Jacq



ten dus voor publieke registratie van dit soort afspraken, mogelijk in het BIG-register. Wat ook speelt is de *conspiracy of silence*: collega's die bij disfunctioneren de andere kant opkijken, een raad van bestuur die het conflict niet aandurft, problemen die onder de mat worden geschoven. Artsen hebben de verantwoordelijkheid om in dit soort situaties aan de bel te trekken bij de collega zelf en als dat niet lukt bij de voorzitter van de maatschap of de voorzitter van de staf. Of bij de raad van bestuur en desnoods direct bij de inspectie.'

Het IFMS, het nieuwe systeem van peer-to-peer functioneringsgesprekken, is niet bedoeld om disfunctioneren aan te pakken. Kan het toch een rol spelen?

'Als het goed is, gaan deze gesprekken over iemands normale functioneren, maar disfunctioneren kan ook aan de orde komen. In dat geval moeten we niet koste wat het kost vasthouden aan het peer-to-peer karakter. Want stel dat een arts disfunctioneert of niets doet met voorstellen om disfunctioneren te voorkomen, wat dan? Als de peers het niet meer onderling kunnen oplossen, zal het bevoegd gezag in het ziekenhuizen, de Raad van Bestuur, iets moeten doen. Maar die moet dan wel door de peer of de maatschap op de hoogte worden gesteld van het probleem. Een logische consequentie is dat de peer medeverantwoordelijk wordt gemaakt. Als deze de raad van bestuur niet wil involveren, dan hangt daar een prijskaartje aan. Dan kan hij niet zeggen: "Sorry, ik heb al langere tijd geweten dat het mis zou gaan maar ik heb er niets aan gedaan."

Dezelfde redenering geldt voor de visitatierapporten. De Orde is bijna zover om als standpunt in te nemen dat in ieder geval de conclusies daarvan naar de Raad van Bestuur gaan. Het zou goed zijn als dat ook werd vastgelegd in de toelatingsovereenkomst of het Document Medische Staf.'

Kan de inspectie iets doen met de meldingen van incidenten in de patiëntenzorg, de MIP-meldingen?

'De meldingen zijn bedoeld om ervan te leren, niet om erop te worden gepakt. Wie daar niet goed over nadenkt, zegt al snel dat er van alles onder de mat wordt geveegd. Dat is een misvatting. Is er een calamiteit, dan moet de meest betrokkene dat melden aan de Raad van Bestuur en die weer aan ons. Zo'n incident kan vervolgens door ons of door het ziekenhuis worden onderzocht, maar komt óók in het circuit van Veilig Melden, met het doel om ervan

te leren. Zo nodig wordt zo'n zaak twee keer onderzocht: door het ziekenhuis in het MIP-systeem en door de inspectie, of twee keer door het ziekenhuis, namelijk één keer in het MIP-

systeem en één keer door bijvoorbeeld een onderzoekscommissie, die daarover moet rapporteren aan de inspectie. Die dubbele weg moet nog een beetje inslijten. Soms krijgen wij wel eens MIP-rapportages te zien, maar die sturen we tegenwoordig direct weer terug. In de zaak die Zembla aan de orde stelde, hadden we die spullen van het ziekenhuis gekregen en niet teruggestuurd. Dan geldt de WOB en moeten we ze openbaar maken.'



'Die muggenzifters hebben er geen verstand van'



Elsevier probeerde via de WOB sterftecijfers van Nederlandse ziekenhuizen te krijgen, maar ving bot. Waarom geeft de inspectie ze niet?

'Omdat we ze niet hebben. De ziekenhuizen verzamelen de cijfers, laten die door Prismant bewerken en krijgen hun HSMR (Hos-

pital Standardised Mortality Rate, red.) terug. Er is geen wettelijke verplichting om die bij ons te melden. Het gaat hier om een van de belangrijkste uitkomstmaten, namelijk de hoger-dan-verwachte-sterfte in een ziekenhuis. De vraag is of zo'n maat iets zegt over de kwaliteit van zorg óf over de patiënten die worden behandeld, die bijvoorbeeld zieker of ouder kunnen zijn dan elders. De HSMR corrigeert voor de zogeheten casemix, maar nog net niet goed genoeg. Bovendien zijn de registraties van de ziekenhuizen niet overal even goed, waardoor de vergelijking – als je het cijfer publiek zou maken – onjuist en oneerlijk kan zijn.

Maar eerlijk gezegd zou ik zelf niet zo bang zijn. Mijn mening is: publiceer die cijfers, ook al zijn ze niet volmaakt. Dan is de drive om het systeem te vervolmaken namelijk groot en is dat binnen de kortste keren gebeurd. Alleen moet je dan één of twee jaar door een dalletje waarin bepaalde ziekenhuizen mogelijk onterecht reputatieschade oplopen. Maar dat kun je als ziekenhuis uitleggen op je website of in

de krant, óf je zorgt zelf direct voor een betere registratie.

Als inspectie vinden we het nu belangrijk dat ieder ziekenhuis hoe dan ook een HSMR heeft. Daar gaan we nu op toetsen, ook zonder het cijfer te kennen. Als de HSMR voldoende betrouwbaar en veilig is, maken we openbaarheid verplicht. Nu al maken zeven ziekenhuizen hun cijfers bekend, die hebben misschien weinig te vrezen. Ik zal het ziekenhuis prijzen dat een slechte HSMR openbaar maakt. Dán heb je pas guts.'

De kritiek van het veld is dat het 'herhaaldelijk en breed uitmeten van verbeterpunten' een negatieve spiraal veroorzaakt en averechts werkt.

'Ik snap deze kritiek wel. Wij zijn nu eenmaal vaak de irritante boodschapper van het slechte nieuws en dan is het logisch dat men zich verzet: "Daar heb je die muggenzifters weer. Ze hebben er geen verstand van, weten niet wat zich op de werkvloer afspeelt." Maar wat vinden we als wij bijvoorbeeld kijken naar de laparoscopie? Veel mensen doen dat ongetraind en zonder supervisie, houden geen complicatieregistratie bij, weten niet of het goed of fout gaat. Dan kun je wel schelden en zeggen: "Er waren nog geen normen", maar had die normen dan gemaakt! Of moeten we ze nog vijf jaar de kans geven om dit te laten voortbestaan? Dat kan ik aan niemand uitleggen, en de dokters kunnen dat ook niet. Toen wij eisten dat er bij slokdarmoperaties minimaal tien ingrepen per jaar moesten worden verricht, was de reactie: "Waar bemoeit die inspectie zich mee? Waarom tien en niet drie of vijf?" Maar toen ik eens in een debat met artsen en bestuurders vroeg wie een eigen dierbare naar een ziekenhuis zou brengen waar ze minder dan tien operaties per jaar doen, stak niemand zijn vinger op. Ik wil de kritiek op ons hoge tempo niet uit de weg gaan. Ik weet dat het moeilijk en veel is en dat het om taaie cultuurveranderingen vraagt, maar de waarheid moet worden gezegd. Kijk ook naar de ic's. Er is veel gedoe geweest, maar die tien gewaarschuwde ziekenhuizen hebben hun zaakjes nu op orde en ook in de andere ziekenhuizen die we sindsdien hebben bezocht, zijn echte verbeteringen te zien: de intensivist is er overdag, de opgeleide aios of anesthesioloog slaapt in huis of is er binnen vijf minuten, ze hebben een ic-plan waarin staat welke patiënten zij wel kunnen behandelen en welke niet. Ic-verpleegkundigen en veel intensivisten zijn blij, want de ic staat weer op de agenda en de richtlijn wordt aangepast.'



Achtergrondinformatie over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.


U zou meer geïnteresseerd zijn in procedures dan in de uitkomst, met het gevaar dat er alleen nog maar papieren worden ingevuld.

‘Dat is een serieus punt. Als het inderdaad bureaucratie wordt of als je sociaal wenselijke antwoorden krijgt, dan zijn we niet goed bezig. Als het standaard invullen van een checklist voor een operatie bijdraagt aan onnadenkendheid of routineus handelen, dan span je het paard achter de wagen.

Ik zeg vaak: lever mij dan die uitkomsten! Maar die zijn er doorgaans niet. En als ze er zijn, zoals de NICE-gegevens over de ic's, dan krijgen we ze niet, want ze zijn nog niet goed genoeg of alleen voor intern gebruik. En dus worden we teruggeworpen op het proces. Ik leg de bal bij het veld en zeg: “Help ons en ook jezelf door zowel op proces- als op uitkomstniveau vast te leggen wat je doet.” Je kunt afspreken dat je een diabetespatiënt vijftien keer per jaar moet zien, maar als dat niet blijkt te helpen, dan gaan we toch weer terug naar vier keer per jaar? Ik heb er niets aan als mensen roepen dat het allemaal maar bureaucratie is. Maar als ze zeggen: “Wat

jullie nu vragen, leidt tot onnadenkendheid, routine en slechtere uitkomsten – dat laatste moeten ze er wel bij zeggen – dan moeten we het anders doen.’

Heeft de inspectie nog net zoveel gezag bij professionals als toen u eind 2006 aantrad?

‘Als wetenschapper moet ik zeggen: ik heb het niet onderzocht. Maar als ik afga op wat ik zo hoor van professionals en bestuurders, wat ik in de vakbladen of de krant lees, dan wordt de inspectie serieuzer genomen dan ooit, we zijn minder vrijblijvend geworden. Wat wij doen wordt vooral door voorlopers op bepaalde gebieden goed beoordeeld. Mensen die bijvoorbeeld de laparoscopie een warm hart toedragen, zijn blij met onze kritiek. Die vinden óók dat er wordt geknoeid. Natuurlijk kennen wij de kritiek. Dat we teveel willen in te korte tijd en te weinig begrip hebben voor moeilijke omstandigheden, dat het soms bureaucratisch overkomt, dat we het veld te weinig ruimte geven. Dat hoor ik, dat snap ik ook, maar ik ben het er gewoon niet mee eens.’ 

Inspecteur-generaal Gerrit van der Wal: ‘De inspectie wordt serieuzer genomen dan ooit, we zijn minder vrijblijvend geworden.’

