DE BETEKENIS VAN VISITATIE VOOR PATIËNTEN EN PATIËNTENORGANISATIES

F.C.B. van Wijmen, I. van Bennekom en R.D. Friele

KERNBOODSCHAPPEN

- Trouw aan het in Nederland vigerende kwaliteitsbegrip maakt het patiëntenperspectief deel uit van de kwaliteitsvisitatie.
- Dat betekent in de eerste plaats dat dit perspectief onderdeel vormt van de normen waaraan bij visitatie wordt getoetst.
- Het oordeel van patiënten over door de maatschap geleverde zorg dient bij visitatie in de beschouwingen te worden betrokken.
- Patiënten mogen er aanspraak op maken dat hun de algemene uitkomsten van de visitatie ter kennis worden gebracht.
- Ook patiëntenorganisaties dienen op de hoogte te worden gesteld van het feit dat een visitatie plaatsvindt en wat daarvan de algemene uitkomsten zijn.
- Gelet op het bepaalde in artikel 5 lid 2 van de Kwaliteitswet zorginstellingen kunnen patiënten en patiëntenorganisaties voornoemde betrokkenheid claimen.
- Dezelfde bepaling kan ertoe inspireren om in het kwaliteitsjaerverslag van ziekenhuizen in algemene zin over visitaties te rapporteren.

7.1 Inleiding en probleemstelling

Het kost niet veel moeite om in de casus flarden van waargebeurde geschiedenissen te herkennen. De patiënt – hoe centraal ook gesteld – is lange tijd een outsider geweest in de zorg. Na de Tweede Wereldoorlog domineerden aanvankelijk de zorgaanbieders het schouwtoneel van de zorg, waarover de overheid destijds een strakke regie voerde. Gedurende het laatste anderhalve decennium van de twintigste eeuw trad de overheid terug en werd het meer een spel van aanbieders en zorgverzekeraars, met de patiënt als derde partij. Correcties op die rol leken vaak meer cosmetisch dan echt: van vraagsturing naar persoonsgebonden budget. Alvorens de patiënt aan de beurt kwam, werd er eerst gebureaucratiseerd in termen van indicatiestelling en zorgmanagement, coördinatie en afstemming. Een aantal ontwikkelingen rechtvaardigen het vertrouwen dat dit langzaamaan verandert:

- patiënten worden zelfbewuster en zelfstandiger;
- patiënten/consumenten organiseren zich steeds beter;
- patiënten/consumenten worden steeds meer als serieuze partner gezien;
- dit alles wordt mede ondersteund en gestimuleerd door wetgeving, die ook de individuele patiënt van brede bescherming voorziet.

Vanuit deze positie en ontwikkeling worden hier het belang van visitatie voor de patiënt, zijn betrokkenheid daarbij en de consequenties daarvan be- zien. Gelet op de totale context zal het accent liggen op een juridisch per- spectief. De eerste probleemstelling voor deze beschouwing is dan ook de volgende.

Wat is de juridische betekenis van visitatie van medisch-specialistische maat- schappen voor patiënten, die op de van daaruit geleverde individuele gezondheids- zorg zijn aangewezen?

Behalve de 'actuele' patiënten, mensen die op de zorg van een maatschap¹⁵ zijn aangewezen, kunnen er in de sfeer van 'de patiënt' nog meer betrokke- nen en belanghebbenden worden onderscheiden, in het bijzonder patiën- ten/consumentenorganisaties. Dergelijke organisaties treden vaak op als het in maatschappelijke en politieke zin om de patiënt gaat; het is niet de bedoeling en vrijwel ondoenlijk om een of meer individuele patiënten bij visitatie te betrekken. Als het gaat om koepel- of 'brancheorganisaties' van patiënten, betreft het de patiënt maar dan in zijn collectieve gedaante van patiënten/consumentenorganisatie. De categorale patiëntenorganisaties vertegenwoordigen die patiënten die op de desbetreffende maatschap zijn aangewezen. Maar een Regionaal Patiënten/Consumenten Platform (RPCP) bijvoorbeeld komt op voor de belangen van alle (zorg)consumenten, niet al- leen voor de belangen van leden als cliënten van de zorg.

De dimensie die hiermee in beeld komt is die van 'het publiek'. Waar vi- sitatie in essentie een 'in zichzelf gekeerd proces' is, komt men dan terecht bij vragen over externe verantwoording: over de transparantie van visitatie en de openbaarheid van de resultaten. Zijn de normen waaraan de maat- schap bij visitatie wordt getoetst niet te beschouwen als prestatie-indicato- ren, waarnaar vandaag de dag zo intensief wordt gespeurd? Mag de samen- leving er aanspraak op maken dat de maatschap verantwoording aflegt over de kwaliteit van haar organisatie, haar werkwijze, haar processen en uitkom- sten? Kunnen patiënten/consumentenorganisaties inzicht claimen in de re- sultaten van visitatie? Komt hen een bepaalde vorm van betrokkenheid toe? Beschikken zij over 'sancties' voor het geval de uitkomsten van een visitatie nadelig of schadelijk zijn? Wat wordt gedaan met kritiek op de visitatiepro- cedure, op het rapport of op de 'follow up'? Deze en dergelijke vragen leiden tot de volgende, tweede probleemstelling.

Kunnen patiënten/consumentenorganisaties informatie over, betrokkenheid bij en inzicht in de uitkomsten van visitatie verlangen en zo ja, op welke grond?

¹⁵ Medisch specialisten werken veelal in georganiseerd verband. Hiervoor worden ver- schillende benamingen gebezigd, zoals maatschap, vakgroep, praktijk, discipline en afdeling. Teneinde de leesbaarheid te verbeteren is in dit boek gekozen voor de meest gebruikte naam: de maatschap. We schrijven dus over maatschappen, waar- bij alle andere organisatievormen inbegrepen zijn.

Het algemene uitgangspunt voor deze beschouwing is dat een specialistenmaatschap niet op zichzelf staat, maar een samenwerkingsverband is dat een publieke functie uitoefent. Daaraan ontleen de patiënt respectievelijk de patiënten/consumentenorganisaties hun aanspraak op betrokkenheid en informatie. Dat wordt in paragraaf 7.2 verder uitgewerkt. Dan wordt de eerste probleemstelling aan een nadere verkenning en analyse onderworpen (par. 7.3). In paragraaf 7.4 worden de actoren in de tweede probleemstelling nader beschouwd. De bevindingen worden dan in paragraaf 7.5 toegepast op de casus. Daaruit kunnen conclusies worden getrokken (par. 7.6). Tot slot worden enkele aanbevelingen gedaan.

7.2 Belang voor patiënt en samenleving: verantwoorde zorg

Specialistische zorg in institutionele context is bij uitstek een openbare voorziening, die tot op heden een tamelijk monopolistisch karakter heeft. Door de wijze waarop ons zorgsysteem en de financiering daarvan zijn ingericht, is de patiënt aangewezen op de institutionele zorg- en dienstverlening zoals die in zijn directe omgeving beschikbaar zijn. Zorgaanbieders – zowel instellingen als zelfstandig functionerende beroepsbeoefenaren – zijn betrekkelijk autonoom, althans vanuit de samenleving moeilijk te beïnvloeden en te sturen. Dat geldt in ieder geval voor de specialistenmaatschappen. Patiënt en samenleving hebben belang bij visitatie in verband met de kwaliteit van zorg. Verantwoorde zorg is behalve doeltreffend en doelmatig ook patiëntgericht en afgestemd op diens reële behoefte. Zowel de patiënt als de samenleving moeten erop kunnen vertrouwen dat de specialist in zijn ziekenhuiscontext goede waar levert.

Dit belang kan betrokkenheid rechtvaardigen. Maar hoe ver mag die betrokkenheid gaan, welke vorm kan zij aannemen? Waarop is deze aanspraak gestoeld, wat is de titel voor betrokkenheid? Informatie aan en betrokkenheid van de patiënt kunnen worden gestoeld op artikel 5, tweede lid, van de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwz), dat bepaalt dat:

- de patiënt wordt betrokken bij het kwaliteitsbeleid;
- de aanbieder expliciet maakt welke externe beoordelingen hebben plaatsgevonden, wat ervan de resultaten zijn en wat er met die resultaten in het kader van het kwaliteitsbeleid wordt gedaan.

In het voetspoor van de individuele patiënt kunnen ook patiëntenorganisaties op deze bepalingen een beroep doen. Daarenboven staat in artikel 3 Kwz dat kwaliteitsorganisatie en kwaliteitsbeleid moeten stelen op resultaten van overleg met onder andere patiëntenorganisaties. Ten slotte is een argument voor betrokkenheid dat de regionale patiënten/consumentenorganisaties ingevolge artikel 5, derde lid, Kwz geadresseerden zijn voor het kwaliteitsjaarverslag.

7.3 Visitatie en de patiënt

Om de betrokkenheid van de patiënt bij visitatie verder uit te diepen kan het visitatietraject als uitgangspunt worden genomen. Dat traject kan grofweg worden ingedeeld in de volgende fasen:

- de normstelling;
- de voorbereiding van de visitatie, inclusief de samenstelling van de visitatiecommissie en de vaststelling van de verdere procedure;
- de uitvoering van de visitatie, inclusief de wijze waarop de informatie wordt verzameld en in de rapportage wordt verwerkt;
- de rapportage als zodanig;
- de follow up van de visitatie.

In een eenvoudig model gezet leveren deze fasen vijf vormen van mogelijke betrokkenheid op (zie tabel 7.1).

Tabel 7.1 Mogelijke betrokkenheid patiënt in de verschillende fasen van visitatie

Fase	Inhoud	Mogelijke patiëntenbetrokkenheid
1	normstelling	verdiscontering patiëntenperspectief
2	voorbereiding	informatie
3	uitvoering	gehoord worden
4	rapportage	kennisneming algemene uitkomsten
5	follow up	informatie

Elke fase en aard van betrokkenheid worden hierna verder uitgewerkt, toegelicht en juridisch onderbouwd.

7.3.1 NORMSTELLING

Het uitgangspunt in de fase van de normstelling voor de visitatie is dat de patiënt aanspraak mag maken op verdiscontering van het patiëntenperspectief in de normstelling.

Goede zorg is zorg die gericht is op de patiënt en die rekening houdt met zijn behoeften. Ook bij visitatie gaat het om zorg, die in artikel 7:453 BW – in het kader van het goed hulpverlenerschap – wordt gekoppeld aan professionele verantwoordelijkheid die op haar beurt wordt genormeerd door de beroepsgroep. Hier wordt dus verwezen naar de professionele standaard. Deze standaard kent de inmiddels klassiek geworden driedeling:

- normen bepaald door en voor de beroepsgroep (voor artsen de medisch-professionele standaard), door Legemaate 'recht van binnen' genoemd;
- normen ontleend aan de rechten van de patiënt;
- maatschappelijke normen.

Het patiëntenperspectief zit dus dubbel en dwars in de professionele standaard.

Net als bij richtijntonwikkeling heeft bij visitatie misschien lang de gedachte gedomineerd dat de normering louter een zaak van de beroepsgroep was. Hoe een maatschap wordt opgebouwd en ingericht, hoe de zorg inhoudelijk gestalte krijgt, hoe wordt geëvalueerd en hoe de kwaliteit van de praktijkvoering wordt gemeten en verbeterd, zijn professionele aangelegenheden. Maar dit blijkt een misverstand te zijn. Lombarts c.s. (2004) beschrijven dat de visitatie als instrument onlangs is gemoderniseerd en van een globale organisatorische toetsing ontwikkeld is tot een evaluatie van zorg en van het professioneel functioneren.

De wetenschappelijke verenigingen ontwikkelen een kwaliteitsprofiel (in feite het normstelsel waaraan de kwaliteit wordt getoetst) dat uit vier componenten bestaat:

- evaluatie van zorg;
- professionele ontwikkeling;
- het maatschapsfunctioneren;
- het patiëntenperspectief.

Dat is in figuur 7.1 weergegeven, dat ook het gebruik van het profiel in het kader van een zelfscan toont (zie hoofdstuk 1).

Figuur 7.1 Voorbeeld van een beoordeling van een maatschap op vier dimensies met behulp van vijf puntsschalen.

Het patiëntenperspectief maakt op deze wijze deel uit van het normenpatroon dat wordt gebruikt bij visitaties om de maatschap te beoordelen.

7.3.2 VOORBEREIDING

De tweede fase behelst de voorbereiding van de visitatie. Voor deze fase geldt dat de patiënt aanspraak kan maken op informatie over het feit dat er een visitatie plaatsvindt, over de samenstelling van de visitatiecommissie en over de procedure. Omdat gestipuleerd wordt dat 'de patiënt' wordt geïnformeerd, dient deze informatie op de een of andere manier openbaar te zijn. Onderscheid kan worden gemaakt tussen gerichte informatie en algemene (publieks)informatie.

Voor gerichte informatie moet 'de patiënt' worden geïdentificeerd. Dan zijn er de volgende mogelijkheden:

- een selectie uit de actuele patiënten in algemene zin;
- de cliëntenraad of een afvaardiging daarvan;
- een afvaardiging van de betrokken categorale patiëntenorganisatie(s);
- een afvaardiging van het regionale patiënten/consumentenplatform (RPCP).

De eerste en de derde mogelijkheid betreffen patiënten die concreet op de zorg van de maatschap of het specialisme zijn aangewezen, althans als er een actieve lokale afdeling van de desbetreffende categorale patiëntenorganisatie is. Dat aan enkele individuele patiënten zou worden gedacht die op dat moment in zorg zijn of die kort daarvoor in zorg zijn geweest, is niet zo'n gekke gedachte: de informatie van patiëntenzijde is dan op werkelijke ervaringen gebaseerd. In het kader van de evaluatie van de patiëntenzorg (domein 1 van het kwaliteitsprofiel) wordt overigens ook al op het niveau van de individuele patiënt gewerkt. Door middel van 'medical audit' wordt de zorg aan drie tot tien patiënten gedetailleerd bekeken of wordt (voor een globalere visie) een groter aantal dossiers (20 tot 50) gescand (Lombarts et al., 2004).

Bij algemene informatie kan men denken aan publicatie op de website van het desbetreffende ziekenhuis¹⁶ of aan bekendmaking in lokale media. Behalve dat kennis wordt gegeven van het feit dat er een visitatie plaatsvindt, kan daarbij ook worden gemeld wie in de visitatiecommissie zitten en wat de procedure is. Vanzelfsprekend gaat het bij dit laatste niet om een gedetailleerd programma van de hele visitatie, maar om algemene informatie. Het is zelfs voorstelbaar dat hierover standaardinformatie beschikbaar is, die – desgewenst aangepast of toegespitst – per visitatie kan worden benut.

¹⁶ Men kan natuurlijk ook denken aan een afzonderlijke website van de maatschap of de praktijk. Het zal echter niet zo vaak voorkomen dat een ziekenhuismaatschap of -praktijk een eigen website heeft.

7.3.3 UITVOERING

De derde fase betreft de uitvoering van de visitatie zelf. De vraag is of de patiënt hier een actieve rol zou moeten of kunnen spelen. De meest vergaande vorm van betrokkenheid zou zijn dat de patiënt tijdens de visitatie wordt gehoord. Hieraan zitten praktische en principiële kanten.

Principieel strijdig met de thans geldende visitatiesystematiek kan het daadwerkelijk horen van de patiënt in enigerlei vorm of modaliteit niet zijn. Het patiëntenperspectief is immers een van de vier componenten van het kwaliteitsprofiel dat bij de visitatie in de beschouwingen betrokken wordt. In de voorgestane aanpak wordt dit in de visitatie verdisconteerd door de meningen van patiënten die zijn verzameld door middel van een patiëntenenquête. In het verlengde hiervan ligt de gedachte dat de visitatiecommissie met actuele patiënten spreekt. Het moet dan gaan om patiënten die op dat moment bij de maatschap in zorg zijn of wier behandeling onlangs is afgesloten. Allicht zullen enige patiënten bereid zijn met de visitatiecommissie te spreken.

De vraag is echter of een onderhoud met een delegatie van (ex-)patiënten effectief is voor het doel dat de visitatiecommissie wil bereiken. Een diepgaande analyse van enkele dossiers of een wat globalere scan van een groter aantal dossiers kan allerlei professioneel-technische vragen oproepen, die in een gesprek met de betrokken specialisten kunnen worden besproken. Op deze wijze wordt de medisch-technische kant van de patiëntenzorg aan een kritische beschouwing onderworpen. Voor de meningen van patiënten over de specialisten en de maatschap is er de patiëntenenquête. Die enquête is per specialisme opgesteld (Grol & Wensing, 2000; Lombarts et al., 2004). De (nieuwe) procedure voor de kwaliteitsvisitation voorziet niet in een gesprek van de visitatiecommissie met patiënten. Kennelijk wordt de toegevoegde waarde daarvan niet groot genoeg geacht, afgewogen tegen de inspanning die het kost om een adequate delegatie van patiënten bij elkaar te krijgen.

7.3.4 RAPPORTAGE

In de vierde fase wordt er gerapporteerd. Het uitgangspunt is dat de patiënt er aanspraak op kan maken dat hij over de algemene uitkomsten van de visitatie wordt geïnformeerd. Informatie over de uitkomsten van de visitatie is een logische stap na alles wat hieraan is vooraf gegaan. Patiënten (kunnen) weten dat er een visitatie is, wie in de commissie zitten, wat de globale procedure is; de patiëntenzorg is aan een kritische beschouwing onderworpen door middel van een analyse van dossiers en de resultaten van een patiëntenenquête. Dat ook het resultaat van de visitatie bekend wordt gemaakt ligt voor de hand.

Het is onzes inziens niet nodig dat 'de patiënt' de beschikking krijgt over het hele visitatierapport. In de eerste plaats is en blijft de visitatie een

intern gericht kwaliteitstoetsingsinstrument. Het rapport is dus primair en wellicht geheel en al gericht op en bestemd voor de specialisten die deel uitmaken van de maatschap. Patiënten(organisaties) behoren niet van allerlei details op de hoogte te worden gesteld. Het gevaar is dat zij dan wellicht de neiging krijgen om zich ook met die details te gaan bemoeien. Het is voldoende dat patiënten en hun organisaties over de algemene uitkomsten van de visitatie worden geïnformeerd, dat wil zeggen dat de algemene conclusies en aanbevelingen bekend worden gemaakt. Ook hier kan onderscheid worden gemaakt tussen geïndividualiseerde berichtgeving en algemene publieksinformatie of -voorlichting. Van geïndividualiseerde berichtgeving zal in het algemeen slechts sprake zijn als ook in de eerste fase dergelijke informatie is verstrekt.

Als het om algemene publieksinformatie gaat, kan onderscheid worden gemaakt tussen:

- berichtgeving aan algemene of categorale patiënten/consumentenorganisaties;
- berichtgeving via de lokale media;
- vermelding in het kwaliteitsjaarverslag van het ziekenhuis.

De tweede mogelijkheid zal doorgaans niet worden gebruikt. Vermelding in het kwaliteitsjaarverslag maakt het mogelijk om de visitatie in een bredere context te plaatsen. Daarbij kunnen ook het voortraject (o.a. samenstelling commissie en procedure), de wijze waarop opvattingen van patiënten zijn meegenomen, de algemene conclusies en aanbevelingen en ook de follow up worden beschreven.

7.3.5 FOLLOW UP

Het sluitstuk van de betrokkenheid van de patiënt is informatie over de follow up: wat doet de maatschap met de conclusies en aanbevelingen van de visitatiecommissie. Uitgangspunt is hier artikel 5 van de Kwaliteitswet zorginstellingen. In het kwaliteitsjaarverslag dat de zorgaanbieder jaarlijks vóór 1 juni over het voorgaande jaar moet publiceren, beschrijft hij onder meer:

- of, en zo ja op welke wijze hij patiënten of consumenten bij zijn kwaliteitsbeleid heeft betrokken;
- de frequentie waarmee en de wijze waarop in de instelling kwaliteitsbeoordeling plaatsvond en het resultaat daarvan;
- welk gevolg hij heeft gegeven aan klachten en meldingen over de kwaliteit van de verleende zorg.

Met name het tweede punt is hier aan de orde. In het kwaliteitsjaarverslag kan onder meer de voortgang van acties als gevolg van visitaties worden besproken. Het kan, zeker in grote ziekenhuizen, veelal meer dan één visitatie betreffen.

Als in het voorgaande traject specifieke patiënten bij de visitatie betrokken zijn geweest, ligt het in de rede dat die ook over follow up worden geïnformeerd.

7.4 Visitatie en patiënten/consumentenorganisaties

De tweede probleemstelling in dit hoofdstuk betreft 'de patiënt' in zijn collectieve dimensie. Het uitgangspunt voor de betrokkenheid bij visitaties van patiënten/consumentenorganisaties is dat deze op één lijn te stellen zijn met de patiënt als zij die patiënt ook werkelijk vertegenwoordigen en in het belang van die patiënt(encategorie) opereren. Verder is het soms mogelijk aanspraak te maken op betrokkenheid op grond van eigen positie en/of regelgeving. De stelling zou kunnen worden verdedigd dat algemeen georiënteerde patiënten/consumentenorganisaties beschouwd mogen worden als vertegenwoordigers van alle patiënten in hun werkgebied. Zorgaanbieders, verzekeraars en overheden gedragen zich als zodanig: als ze 'de patiënt' nodig hebben, wenden zij zich tot deze organisaties. Zo ook de wetgever, die patiëntenorganisaties in de Kwaliteitswet zorginstellingen op twee plaatsen expliciet naar voren haalt. In artikel 3 wordt de zorgaanbieder opgeroepen om bij de inrichting van zijn kwaliteitsorganisatie de resultaten van overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties te betrekken. In het derde lid van artikel 5 wordt de zorgaanbieder verplicht om een afschrift van het kwaliteitsjaarverslag onder meer te zenden aan 'de organisatie die in de regio de belangen van de patiënten in algemene zin behartigt'. Met deze laatste is zonder twijfel het Regionale Patiënten/Consumenten Platform (RPCP) bedoeld. Dergelijke platforms zijn er in het hele land, gestimuleerd en gesteund door de overheid. In artikel 3 wordt niet bedoeld op gericht overleg van een bepaalde zorgaanbieder met (lokale) verzekeraars en patiëntenorganisaties. Hier moet men denken aan landelijk overleg over kwaliteitsbeleid, bijvoorbeeld de zogenaamde Leidschendamconferenties.

Bij visitaties kan men zich afvragen of er redenen zijn voor betrokkenheid van RPCP's of eventuele andere, algemene of categorale patiëntenorganisaties. Dat is, zo valt te verdedigen, alleen het geval als de desbetreffende organisatie recht van spreken heeft doordat zij óf namens de actuele patiënten van de maatschap optreedt óf uit eigen wetenschap een bijdrage kan leveren. Er worden immers waardeoordelen gegeven over de kwaliteit van de door de maatschap geleverde zorg. Het RPCP zal dus zijn oor te luisteren moeten leggen bij patiënten die op de zorg van de maatschap die gevisiteerd wordt, aangewezen zijn. Het RPCP kan in onze visie ook op 'eigen titel' betrokkenheid bij de visitatie claimen, maar dient er dan wel voor te zorgen dat het recht van spreken heeft. De 'eigen titel' is dat het RPCP, met de woorden van de wetgever, in de regio de belangen van de patiënten in algemene zin behartigt. Het RPCP kan zich uit hoofde van deze rol als belangenbehartiger zelfstandig in het zorgveld bewegen.

7.5 Toepassing op de casus

Na al deze beschouwingen bezien we de casus opnieuw en bekijken of de daar gestelde vragen beantwoord kunnen worden. Van tevoren zij opgemerkt dat wij ons afzijdig houden van de rol en de bemoeienis van de IGZ. Daarvoor wordt verwezen naar hoofdstuk 8.

In de casus is een visitatierapport gemaakt van een cardiologenmaatschap waarvan bekend is dat diepe onenigheid de maten verdeeld houdt. Het RPCP wil dat die onenigheid wordt aangepakt en heeft zich al tot de raad van bestuur van het ziekenhuis gewend. Men krijgt daar geen informatie los over het conflict. Het RPCP uit een aantal wensen en bezwaren ten aanzien van visitatie, die hier achtereenvolgens worden besproken.

- 1 *De visitatie is een 'onderonsje' bij gebrek aan normen vanuit het patiëntenperspectief*

Dit bezwaar zal tot het verleden behoren als de modernisering van de visitatieprocedure en de daaruit voortvloeiende verbetering vorm krijgt. Het patiëntenperspectief is expliciet één van de vier domeinen van het professioneel kwaliteitsprofiel dat per specialisme wordt ingevuld. Verder wordt tijdens de visitatie gewerkt met patiëntenenquêtes.

- 2 *De sterkte-zwakteanalyse waarop de visitatie gebaseerd is, is voor de patiënt niet inzichtelijk*

Ook dit doet denken aan een onderonsje, net als het eerste punt. Het lijkt echter niet verstandig om een dergelijke interne analyse voor patiënten (en andere derden) vrij te geven. Voor een succesvolle visitatie is hierbij transparantie en openhartigheid nodig en daarom mag dit onderdeel tot het vertrouwelijk deel van de procedure worden gerekend. De sterkte-zwakteanalyse moet vrijuit opgemaakt kunnen worden.

- 3 *Het visitatierapport is niet openbaar, zelfs de conclusies en aanbevelingen niet*

Het is weliswaar niet nodig het hele visitatierapport aan patiënten (of patiëntenorganisaties) ter beschikking te stellen, maar de conclusies en aanbevelingen dienen naar onze overtuiging wel ter kennis van de patiënt en andere derden worden gebracht. Het feit dat en de plaats waar visitaties hebben plaatsgevonden zou in het kwaliteitsjaarverslag van de instelling vermeld moeten worden, vergezeld van een bericht over de follow up.

4 *De relatie met de uitkomsten van een (algemene) patiëntenenquête, de behandeling van incidenten en patiëntenklachten is onduidelijk*

Dit punt verwijst letterlijk naar artikel 5, tweede lid, van de Kwaliteitswet zorginstellingen, dat voorschrijft dat over deze aangelegenheden in het jaarverslag moet worden gerapporteerd. Het verband met visitatie ligt niet direct voor de hand, aangezien daar een gerichte patiëntenenquête wordt voorgesteld, die betrekking heeft op de zorg, de organisatie en het functioneren van de maatschap(sleden). In dat kader kunnen klachten en meldingen weliswaar relevant zijn, maar in het visitatierapport zal geen relatie worden gelegd met de genoemde algemene punten. Evenmin wordt in het kwaliteitsjaarverslag over afzonderlijke maatschappen of afdelingen gerapporteerd.

5 *Het RPCP eist betrokkenheid en een bericht van de raad van bestuur over wat er met de adviezen en aanbevelingen van de visitatiecommissie is gedaan*

De betrokkenheid van de patiënt en van (algemene) patiënten/consumentenorganisaties zoals het RPCP is in het voorafgaande uitvoerig beschreven. Voor de patiënt zelf hebben wij een maximale betrokkenheid bepleit, de rol van RPCP's dient in onze ogen van substantiële aard te zijn. De patiënt zelf zou als informant bij de visitatie betrokken kunnen worden en onder bepaalde omstandigheden zou dat ook voor het RPCP kunnen gelden. In ieder geval bepleiten wij ruime informatie, zowel vooraf als naderhand. Daarbij is niet voorzien in een bericht van de raad van bestuur, zoals dat in de casus wordt gevraagd. Het lijkt erop dat deze wens samenhangt met een andere verplichting: de raad van bestuur is op grond van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector verplicht om binnen een maand na ontvangst van het oordeel van de klachtencommissie gemotiveerd te laten weten wat hij met dat oordeel en de eventuele aanbevelingen heeft gedaan of denkt te gaan doen.

Al met al is aan de wensen van het RPCP dus in ruime mate tegemoet gekomen.

7.6 Conclusies

De eerste probleemstelling van dit hoofdstuk had betrekking op de juridische betekenis van visitatie van medisch-specialistische maatschappen voor patiënten die op de van daaruit geleverde individuele gezondheidszorg zijn aangewezen. Die betekenis kan worden vertaald in rechten en aanspraken van patiënten op informatie over en andere vormen van betrokkenheid bij de verschillende fasen van visitatie. Het patiëntenperspectief maakt tegenwoordig deel uit van het kwaliteitsprofiel waaraan de maatschap wordt ge-

toetst. Daardoor hoort dit perspectief – in overeenstemming met de geldende definitie van kwaliteit in de Nederlandse wetgeving – tot het normenstelsel ten aanzien van verantwoorde patiëntenzorg. Bij de voorbereiding en de feitelijke uitvoering van de visitatie speelt de patiënt thans geen rol. Hij komt pas weer in beeld als het gaat om de communicatie over de resultaten. De patiënt heeft recht op kennisname van de algemene uitkomsten van de visitatie. Mocht daarover nog twijfel bestaan, dan vindt deze opvatting steun in de Kwaliteitswet zorginstellingen die de instelling ertoe verplicht om in het jaarverslag te verantwoorden op welke wijze patiënten – ook in dit opzicht – bij het kwaliteitsbeleid worden betrokken. In het kwaliteitsjaarverslag behoort men ook informatie aan te treffen over de uitkomsten van raadpleging, ook als het onderwerp daarvan het functioneren van een maatschap is.

De tweede probleemstelling betrof de patiënt in zijn collectieve dimensie. De vraag was of patiënten/consumentenorganisaties informatie over, betrokkenheid bij en inzicht in de uitkomsten van visitatie kunnen verlangen en zo ja, op grond waarvan? Organisaties van patiënten/consumenten staan wat verder van concrete visitaties af dan de individuele patiënt die op de zorg van de maatschap is aangewezen. Maar een recht om geïnformeerd te worden kunnen ook deze organisaties claimen. Deze informatie betreft dan doorgaans het feit dat een visitatie plaatsvindt en na afloop een verslag van de algemene uitkomsten. De basis hiervoor is te vinden in artikel 5 van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Als instellingen er een goede gewoonte van maken om in hun kwaliteitsjaarverslag melding te maken van visitaties die in het verslagjaar hebben plaatsgevonden en van de algemene uitkomsten daarvan, kunnen de organisaties daar langs die weg kennis van nemen. De instellingen kunnen zich dan de moeite besparen om specifieke informatie over visitaties te geven.

Aanbevelingen

- Wetenschappelijke verenigingen dienen zich te realiseren dat patiënten betrokken wensen te worden bij kwaliteitsvisitaties; zij kunnen dat in nieuwe ontwikkelingen met betrekking tot visitaties verdisconteren.
- Maatschappen dienen bij de organisatie van kwaliteitsvisitaties rekening te houden met de wens van patiënten om betrokken te worden. Daarom is in de procedure voor het patiëntenperspectief een plaats ingeruimd. Maatschappen staan er garant voor dat alles in het werk wordt gesteld om aan dit patiëntenperspectief en de betrokkenheid van de patiënt reëel invulling te geven.
- Patiënten dienen hun medewerking te verlenen aan kwaliteitsvisitaties als daartoe een beroep op hen wordt gedaan.
- Ziekenhuizen dienen de betrokkenheid van patiënten en patiëntenorganisaties bij kwaliteitsvisitaties te stimuleren. Zij letten erop dat patiënten en patiëntenorganisaties over visitaties worden geïnformeerd en besteden in hun kwaliteitsjaarverslag op passende wijze aandacht aan kwaliteitsvisitaties in het ziekenhuis.
- Patiëntenorganisaties zorgen ervoor dat patiënten worden betrokken bij kwaliteitsvisitaties en dat zij in dat kader passend worden geïnformeerd.

Literatuur

Grol R, Wensing M. Patients evaluate general/family practice. The Europep instrument. The task force on patient evaluations of general practice care. Nijmegen, 2000.

Lombarts MJMH, Bik MCM, Klundert JLM van de. Meten bij de maten. Kwaliteitsvisitatie gemoderniseerd. Medisch Contact 2004;59(35):1350-4.

Meer informatie

Damhuis G, Lombarts K. Het managen van de maatschap. 's-Hertogenbosch: DamhuisElshoutVerschure, 2001.

Lombarts MJMH, Klazinga NS. Inside self regulation: peer review (visitatie) by Dutch medical specialists. Clinical Governance: an International Journal 2003;8(4):318-30.

Een ernstig incident

Rond zes uur in de ochtend van 2 april 2003 wordt een ernstig ziek kind van 1,5 jaar binnengebracht op de spoedeisende hulp van fusieziekenhuis Zuiderzeewieringen. Het kind wordt verdacht van een meningokokkensepsis. De dienstdoende arts-assistent kindergeneeskunde wil snel een subclavia-infuus inbrengen. In de kar met spullen voor acute hulpverlening aan kinderen is geen katheter voorhanden. Met veel pijn en moeite wordt elders de juiste katheter gevonden en ingebracht. Intussen verslechtert de toestand van het kind snel. De arts-assistent heeft de kinderarts met achterwacht laten bellen. Die laat weten niet eerder dan om acht uur op de afdeling te zullen zijn. De afspraak in het ziekenhuis waar hij oorspronkelijk werkte was dat de dienstdoende arts-assistent in het weekend eerst de algemene achterwacht van de spoedeisende hulp zou moeten bellen. Het kind wordt door de arts-assistent en de dienstdoende internist met enige moeite gestabiliseerd, maar overlijdt enkele dagen later toch.

De ouders zijn verdrietig en woedend tegelijk. Zij vinden de gang van zaken in het ziekenhuis onverantwoord en vragen zich af wie er nu precies verantwoordelijk is voor de medisch-specialistische zorg. De ouders vernemen dat de gang van zaken met hun kind niet op zichzelf staat. Uit de reacties op hun verhaal leiden zij af dat zich sinds de fusie herhaaldelijk ernstige incidenten hebben voorgedaan in het ziekenhuis. Een journalist publiceert in een serieus landelijk dagblad een artikel over ziekenhuis Zuiderzeewieringen, waarin de incidenten uitvoerig aan de orde komen. Dit leidt tot kamervragen aan de minister van vws. De minister volstaat aanvankelijk met een uiteenzetting over de verantwoordelijkheidsverdeling in de Nederlandse gezondheidszorg. Daarbij wijst hij op de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG: de verplichting om verantwoorde zorg te bieden. De kamerleden nemen daarmee geen genoegen en stellen vervolgvragen met als uitgangspunt dat de patiënt vertrouwen moet kunnen hebben in de kwaliteit van de geleverde zorg in Nederland. In dat verband willen de kamerleden zicht krijgen op kwaliteitssystemen, risicomanagement, toezicht, het afleggen van verantwoording en de verantwoordelijkheidsverdeling in ziekenhuizen. De minister wil bij de beantwoording van de vragen ook aandacht besteden aan visitatie van en door medisch specialisten. Hij vraagt uitstel voor de beantwoording om de resultaten van de juridische visitatieconferentie van 13 oktober 2004 te kunnen meenemen in zijn nadere berichten aan de Tweede Kamer.