

## Verslag Themaraad Optimaal Functioneren en Openheid

**Een kleine honderd man, bestaande uit leden van de Raad Kwaliteit van de Federatie, voorzitters van medische staven en genodigden, kwamen op 13 december in het bijzondere Muntgebouw in Utrecht bijeen voor een speciale Themaraad Kwaliteit van de Federatie Medisch Specialisten ter ere van het afscheid van Marcel Daniëls als voorzitter van de Raad Kwaliteit.**

Centrale thema deze avond was Optimaal Functioneren en Openheid. Een diversiteit aan perspectieven passeerden de revue. Van toezicht, naar de vraag wat gaat goed?, de inzet van een extern visiteur, de roep om implementatie van instrumenten op de werkvloer tot aan het wetenschappelijk perspectief op gedrag.

### Bekijk

- voordracht van Ronnie van Diemen over gezond vertrouwen – pag. 2
- pitch van Huib Cense over cultuur en functioneren – pag. 4
- pitch van Monica Grasveld over de waarde van een externe visiteur – pag. 5
- pitch van Roelof van Blommestein over de roep om implementatie – pag. 7
- Tedtalk van Kilian Wawoe over alle aspecten van en beïnvloedende factoren op gedrag – pag. 9
- Paneldiscussie over openheid – pag. 11

**Ronnie van Diemen, inspecteur-generaal Inspectie voor de gezondheidszorg**  
**Themaraad Optimaal Functioneren en Openheid**  
**13 december 2016**

## Verbetering van zorg vraagt om verandering van gedrag

### **Gezond vertrouwen**

De randvoorwaarde voor goede zorg, is vertrouwen; gezond vertrouwen. Zo klonk de aftrap van de avond door Ronnie van Diemen, Inspecteur-generaal van de Inspectie voor de Volksgezondheid. Niets is ingewikkelder dan vanuit vertrouwen werken. Dit geldt in het ziekenhuis, bij de zorgprofessionals, en bij medisch specialisten onderling. Maar hoe houd je toezicht met alle invloeden van buiten, zoals de maatschappij, politiek en media? Hoe houd je dan vast aan gezond vertrouwen en hoe zorg je dat je onafhankelijk bent als toezichthouder met alle externe factoren/invloeden die er zijn? Niets is dan gemakkelijker om met al die factoren in wantrouwen te schieten. De Inspectie blijft ondanks alle perspectieven toezicht houden vanuit gezond vertrouwen. Dat is de waarde waar de Inspectie voor staat.

### **Succes van de indicatoren**

Volgens van Diemen is er een enorme ontwikkeling geweest als het gaat om openheid in de zorg, maar ook hoe medisch-specialistisch Nederland samen met de toezichthouder deze ontwikkeling van openheid vorm en inhoud heeft gegeven. Dit is voor een belangrijk deel te danken aan de Federatie volgens Van Diemen. De Basisset kwaliteitsindicatoren is een voorbeeld van wat deze samenwerking kan bewerkstelligen. Van Diemen vindt de gezamenlijke ontwikkeling van de Basisset een groots succes. Eerst samen met de medisch specialisten, later ook met bestuurders en met verpleegkundigen. De grootste koepelorganisaties die met elkaar samenwerken om tot een set aan indicatoren te komen. Dat komt door samenwerken en het vertrouwen wat je in elkaar hebt. Volgens Van Diemen verdient dit meer aandacht en mag zichtbaarder gemaakt worden hoe er wordt geleerd en samengewerkt.

### **Gedrag en lerend vermogen**

Wat van Diemen de afgelopen jaren heeft gezien is dat er systemen worden ingericht om gedrag te veranderen. Dat werkt niet zo stelt ze. Volgens haar moeten we terug naar de eenvoud en terug naar het leren en het aanspreken op het gedrag. Gedrag en het lerend vermogen als centraal thema. Van Diemen benoemd ook 'openheid in geslotenheid', waarmee ze bedoeld de openheid binnen de eigen organisatie. Waarbij het vooral gaat om eerlijkheid te betrachten samen met collega's en alle mensen die betrokken zijn. Een goede ontwikkeling vindt van Diemen dat de betrokkenheid van patiënten bij het calamiteitenonderzoek in toenemende mate is versterkt. In 2 jaar tijd is dit van 20% naar 80% gestegen. Dat is een prestatie die je in het buitenland nog absoluut niet ziet.

### **Veerkracht**

Voor de komende jaren zal alle aandacht uitgaan naar leren en verbeteren. Hoe wordt er geleerd in organisaties, hoe wordt kwaliteit geborgd. De Inspectie kijkt anders naar kwaliteit; niet de vinklijsten

en de eenmalige foto's maar de verdieping op leren en verbeteren.

De komende maanden vinden we ons in de dynamiek van de verkiezingen. De Inspectie beweegt zich in een krachtenveld van de samenleving, zorgaanbieders, patiënten en media. Het is dan van groot belang dat de medisch specialisten ofwel de Federatie krachtig blijft optreden daar waar het om het beïnvloeden van politieke keuzen gaat. Want deze worden vaak ook 1-dimensionaal gemaakt. Juist dan is het belangrijk dat de Federatie optreedt vanuit de inhoud van de zorg. Daarbij het goede gesprek voert, en soms ook een heel lastig gesprek durft te voeren. Dat zorgt er ook mede voor dat de Inspectie als toezichthouder binnen al die dynamiek haar rol goed kan invullen.

**Huib Cense, chirurg, vice voorzitter Federatie Medisch Specialisten**  
**Themaraad Optimaal Functioneren en Openheid**  
**13 december 2016**

## Pitch; Wat gaat er goed?

De pitch van Huib Cense, start met de vraag Wat gaat er goed? En weet u eigenlijk wel of het goed gaat? Weet u dat van uw collega's? Een film waar er een boom op een luidruchtige wijze uit elkaar barst is zijn symbolische benadering voor de uitspraak; Een boom die valt maakt meer lawaai dan een bos dat groeit; de titel van het Visiedocument Optimaal Functioneren. Groeit dat bos wel?

### **Kwaliteitsinformatie**

Zien medisch specialisten door het kwaliteitswoud de bomen nog wel? Hoe kan je elkaar stimuleren en aanspreken op het functioneren? Waar spreek je elkaar dan op aan? Cense denkt dat het simpel moet blijven. Volgens Cense zijn er drie soorten kwaliteitsinformatie te onderscheiden; harde kwaliteit zoals mortaliteit en landelijke registraties, zachte kwaliteit zoals patiënten enquêtes en teamQ en doelmatigheidsinformatie zoals kosten per ingreep. Hoe bespreek je dat dan met elkaar? Met een overzicht van feiten over zijn vakgroep laat Cense de harde kwaliteitsinformatie zien, waarbij hij vooral aangeeft dat deze feiten aanleiding geven om met elkaar in gesprek te gaan. Hoe komt het dat de een beter dan de ander presteert, kunnen we daar iets van leren?

Voor wat betreft de zachte kwaliteitsinformatie krijgt het publiek de IFMS van Cense te zien, de positieve en verbeterpunten. Het begint met mooie complimenten, maar bij de verbeterpunten worden gelukkig ook zaken benoemd die nog beter zouden kunnen. Deze voorbeelden laat volgens Cense zien dat hij in bepaalde situaties beter zou kunnen: "Ik sta daar niet als Huib Cense, maar ik moet daar chirurg staan als onderdeel van een team".

### **Hele staf**

Cense vindt het belangrijk dat er over de verschillende kwaliteitsinformatie gesproken wordt, eerst binnen je eigen vakgroep, maar daarna ook zeker binnen de hele staf. "We hebben het in de staf eigenlijk niet over hoe het bij de andere specialisten/vakgroepen gesteld is. En dat zou eigenlijk wel moeten". Het gaat volgens Cense uiteindelijk om een combinatie van geneeskunde, geneeskunst en geneesplezier. Werkplezier is essentieel voor het leveren van goede zorg. "Bij onze vakgroep; we houden ons aan afspraken, we spreken elkaar aan op niet nagekomen afspraken of ander ongewenst gedrag, maar we geven ook complimenten, iedereen heeft de plicht actief bij te dragen aan een goede bedrijfsvoering en werkplezier. Het staat en valt wel met hoe je elkaar kunt aanspreken, hoe stimuleren we dat en hoe creëren we een cultuur waarin dit kan? Het gaat niet alleen om het individu, het gaat ook om hoe het team functioneert. Vraag ook aan elkaar of het bos wel groeit".

**Monica Grasveld, onafhankelijk extern visiteur**  
**Themaraad Optimaal Functioneren en Openheid**  
**13 december 2016**

## Pitch; De waarde van een extern visiteur

Bij visitatie gaat het om de weerspiegeling – het is in essentie bedoeld om te verbeteren en met de weerspiegeling hoop je dat boven tafel te krijgen, zo start Monica Grasveld haar pitch. Het gaat ook om die weidse blik, ruimer kijken en onderwater kijken. Als extern visiteur en niet-medisch specialist heeft Grasveld in totaal bij de cardiologen in drie academische, vier grote fusieziekenhuizen en zes kleine middelgrote perifere ziekenhuizen onderdeel uitgemaakt van de visitatiecommissie. Daarnaast nam ze deel aan verschillende kwaliteitscommissies. Wat zijn haar ervaringen tot nu toe en wat heeft zij teruggekregen?

### Een extra stimulans

Grasveld benoemt dat ze onder meer heeft teruggekregen dat een externe visiteur zorgt voor meer aandacht voor non verbale communicatie. In het visitatieproces voeren vaak twee mensen het woord, terwijl er heel veel mensen zitten. Als de hoofdvisiteur de ruimte geeft dan kan de externe visiteur dat doorbreken. De stijlen van de hoofdvisiteurs kunnen heel verschillend zijn zo is de ervaring van Grasveld. Wat ook heel bepalend is voor de kwaliteit van het visitatieproces zelf. Een extern visiteur kan ook iemand apart nemen. Of zoals Grasveld zelf ook deed, met de chef de clinique om tafel. Dit is een persoon die niet bij de visitatie zelf aanwezig is tafel zit, maar wel heel veel hoort en ziet en waardevolle informatie kan hebben, zo stelt Grasveld in haar betoog.

### Die ene vraag

Als niet-medisch specialist heb je ook vooral meerwaarde in de zaken boven tafel te krijgen. Grasveld noemt een voorbeeld van een vakgroep van 30 man waarbij alles goed leek te gaan. Toch vroeg ze zich af hoe deze specialisten voor elkaar zorgden in een praktijk waarbij er ook ernstige zaken voorkomen. Ze kreeg de kans deze vraag te stellen en dit verraste een vakgroep. Het viel letterlijk stil, maar het leidde uiteindelijk ook ertoe dat één iemand naar voren trad die het heel zwaar had na het overlijden van diens patiënt. De cultuur binnen de vakgroep was er een van 'ach dat hebben we allemaal weleens'. Het gevolg was dat deze ene specialist geïsoleerd raakte. Het feit dat Grasveld deze vraag stelde, maakte dat het visitatieproces een andere wending kreeg waarbij de vakgroep blij was dat dit boven tafel was gekomen. Komt dit dan ook in het visitatierapport? Nee, geeft Grasveld aan, maar het heeft er wel voor gezorgd dat er iets in beweging komt.

### Conclusies

Moet er altijd een extern visiteur mee? Nee, er zijn specialisten die dit heel goed zelf zouden kunnen. De ene commissie is daar heel goed zelf toe in staat en dan is het effect van een extern visiteur inderdaad beperkt. Wel pleit Grasveld ervoor dat er 1 à 2 keer een externe visiteur meegaat, zeker

bij nieuwe visiteurs. Het is goed voor de kwaliteit van het visitatieproces zo stelt Grasveld. Ook pleit Grasveld voor intervisie van visiteurs en dan vooral over wetenschappelijke verenigingen heen. Je kunt heel veel leren van elkaars manieren van visiteren. Ook het visitatieprogramma zou veel meer op maat moeten worden gemaakt. Het is vreemd dat een hetzelfde programma wordt toegepast bij een groep van vier als op een groep van 30 medisch specialisten. Grasveld vindt ook dat er meer naar de capaciteiten van het visitatieteam moet worden gekeken en naar de noodzakelijke zorgvuldige voorbereiding die er bij haar visitaties toch vaak bij inschoot.

**Roelof van Blommestein, kno-arts**  
**Themaraad Optimaal Functioneren en Openheid**  
**13 december 2016**

## Pitch; Pleidooi om implementatie

“Al jaren worden wij geconfronteerd met allerlei berichten, in de media, waarin disfunctionerende collega’s al dan niet terecht worden beschreven en waar allerlei problemen in het ziekenhuis gaande zijn”, start Roelof van Blommestein zijn pitch; een roep om implementatie.

### **Fors probleem**

Er is dan ook volgens Blommestein sprake van een fors probleem. Volgens recent onderzoek blijkt ook dat er heel wat mis is. Zo’n 46% van de artsen in opleiding vertoont symptomen van burn-out of hebben daadwerkelijk een burn-out. En ook bij medisch specialisten is er wel degelijk een probleem. Denk aan het ‘second victim’ verschijnsel. Uit onderzoek door Van Haecht uit 2016 onder 2000 medewerkers blijkt dat in de laatste 6 maanden ruim 8% van de mensen te maken heeft gehad met een ernstig patientveiligheidsprobleem dat tot blijvende schade bij de patiënt heeft geleid of zelfs tot overlijden. Uit dit onderzoek bleek ook dat medisch specialisten vele maanden na het incident tekenen vertoonden van een posttraumatische stress stoornis zoals slapeloosheid tot aan zelfs het stoppen van het werk.

### **De belofte**

In de afgelopen jaren zijn er heel wat documenten geproduceerd waarin diverse instrumenten worden beschreven die kunnen worden toegepast. De basis van alle deze stukken en ook de basis van de Raad Kwaliteit is de Eed. Blommestein moedigt het publiek aan om op de trap in de Domus Medica de volgende keer even stil te staan bij de Eed die op de muur staat beschreven. Alle dossiers van de Raad Kwaliteit van de Federatie zijn in feite terug te vinden in de Eed zo stelt Blommenstein. Maar, vervolgt hij, het is wel een Eed die in een buitengewone en ingewikkelde omgeving moet worden toegepast. Een omgeving waarin openheid gevraagd wordt. De raden van bestuur, wetenschappelijke verenigingen en patiëntenorganisaties stellen eisen aan de medisch specialist die steeds weer andere zaken moet gaan doen doordat hij/zij door de waan van de dag wordt overvallen.

### **Positieve benadering**

De gedachte van het visiedocument Optimaal Functioneren is een positieve benadering volgens Blommenstein. Het is gemakkelijk om een gesprek over optimaal functioneren te laten afglijden naar een discussie over disfunctioneren. En dat is niet de bedoeling zo stelt hij. De huidige kwaliteitsinstrumenten zijn op de uitersten gericht, terwijl er sprake is van een glijdende schaal. Je mag ervan uit gaan dat een medisch specialist functioneert. Hij of zij kan op een gegeven moment

minder gaan functioneren en kan daarbij doorglijden naar disfunctioneren. Waarom kunnen we dat niet omkeren? Wat willen we voorkomen? Die ene individu geïsoleerd binnen een grote groep die wel met elkaar communiceert.

### **Competenties**

Er wordt nogal wat van de medisch specialist verwacht: . alle kerncompetenties om goed medisch te kunnen handelen, optimaal te functioneren richting de patiënt, zichzelf toetsbaar op te stellen en het toepassen van alle kwaliteitsinstrumenten. Dat zijn nogal wat zaken en dat kunnen we niet alleen zo stelt Blommestein. Zo is er het bekende individuele functioneren van de medisch specialist, maar op het moment dat de medisch specialist verantwoordelijk is voor het functioneren van zijn vakgroep dan moet hij ook weten waar de sterke en zwakke punten zitten.. Het omvormen van IFMS naar een G(roeps)FMS zal volgens hem een absolute verbetering in zijn.

### **Gezamenlijke verantwoordelijkheid**

Er is volgens Blommenstein niet alleen een cultuurverandering nodig in de visitaties door inzet van externe visiteurs, maar volgens hem moet er een algehele cultuurverandering plaatsvinden. Medisch specialisten zijn aanspreekbaar voor alles wat er in het ziekenhuis gebeurt, ze zijn aanspreekbaar voor wat er met diens patiënten gebeurt. Maar zo stelt Blommestein wederom; “Wij kunnen het niet alleen, we zitten in een ziekenhuis, in een structuur van wetenschappelijke verenigingen, raad van bestuur en van toezicht. Allen hebben een verantwoordelijkheid om de omgeving van de medisch specialist zo in te richten dat de medisch specialist optimaal kan functioneren.” Daarom zijn er in het visiedocument 50 aanbevelingen gedaan en daar zit ook meteen het probleem volgens Blommenstein. Groepen als de MSB’s, RvB’s en RvT’s vallen buiten het blikveld van de Federatie. Er zal dus volgens Blommestein steeds weer aandacht moeten worden gevraagd voor de implementatie van het visiedocument Optimaal Functioneren, zodat dit in de ziekenhuizen op een goede manier georganiseerd kan worden.

### **Cultuurverandering**

Normen en waarden vaststellen binnen de instellingen en wetenschappelijke verenigingen. Als mensen zich daaraan houden dan krijg je op een gegeven moment een cultuur waarin je elkaar kunt aanspreken zo geeft Blommenstein aan. Hij noemt daarbij het voorbeeld van zijn eigen vakgroep. “Op het moment dat wij de ochtendbespreking starten steken we allemaal onze handen op om er zeker van te zijn dat we geen ringen en horloges dragen. Bare hand policy. Is absoluut niet bedreigend, maar wel het begin van elkaar kunnen aanspreken”. Ook rekening houden met collega’s behoort hiertoe, bijvoorbeeld als er privé iets gebeurt waardoor het voor zou kunnen komen dat een collega op een bepaald moment met zijn hoofd er minder bij is. Ook dát zou in openheid gedeeld moeten kunnen worden zodat je dan als vakgroep dit kan proberen te ondersteunen, zo stelt Blommestein.

“Doen we het nou zo slecht? Helemaal niet, we staan als een van de beste landen te boek met onze gezondheidszorg, maar we moeten wel doorgaan, we hebben het tenslotte beloofd” besluit Blommestein met een verwijzing naar de Eed.



**Kilian Wawoe, universitair docent human resource management VU, consultant**

**Themaraad Optimaal Functioneren en Openheid**

**13 december 2016**

## Tedtalk; Optimaal Functioneren

Wawoe bracht vanuit de HR-wereld zijn visie op het thema optimaal functioneren. Vanaf de eerste minuut wist hij het publiek te boeien met zijn verhaal over factoren die gedrag en functioneren beïnvloeden. Wat brengt mensen ertoe om gedrag te verbeteren, en welke factoren zorgen juist voor gedrag dat je niet wilt? En wat kunnen we daarvan leren in relatie tot het optimaal functioneren van de medisch specialist?

Een systeem van straffen en belonen werkt bij ons niet, aldus Wawoe. Maar veel systemen zijn daar wel op gebaseerd. Het gevolg: verkeerde prikkels die zorgen voor verkeerd gedrag, zoals onderpresteren, niet zelf nadenken, tunnelvisie, fouten maken en soms zelfs frauderen.

### **Hoe zet je mensen aan tot goede prestaties?**

Allereerst door een aantal fouten niet te maken:

- Er gaat veel mis door star en inflexibel vasthouden aan plannen. Het halen van je plan betekent niet het halen van je doel. Want de realiteit verandert continu. Er is niks mis met plannen maken maar je moet ze dus wel telkens aanpassen aan de realiteit. Alleen dan behaal je je doel. Door mensen af te rekenen op het werken volgens plan, zonder daarbij de realiteit in de gaten te houden, kom je niet tot betere zorg. Integendeel.
- Wat ook vaak fout gaat: het begrip 'prestatie' wordt te simpel gedefinieerd. Als je wetenschappers bijvoorbeeld afrekent op het aantal publicaties, of artsen beloont voor het uitvoeren van veel operaties, vormt dat een prikkel om keuze te maken die de kwaliteit van het werk niet ten goede komen. Kwantiteit is geen goede maatstaf voor kwaliteit.
- Als je mensen afrekent op simpel gedrag, gaan ze dat gedrag ook vertonen. 'Gaming', noemt Wawoe dat. Je richt je op dat wat als prestatie wordt gedefinieerd.
- Verkeerde prikkels kunnen soms zelfs leiden tot fraude. Fraude gebeurt het meest in situaties met hoge bonussen in combinatie met hoge targets en 'zonnekoning gedrag' van het management. In de wetenschap uit zich dat bijvoorbeeld door het manipuleren van onderzoeksdata.
- Veel mensen overschatten hun eigen prestaties, waardoor ze denken dat ze beter functioneren dan ze eigenlijk doen.

### **Waar liggen dan de oplossingen?**

Mensen vertonen lang niet altijd uit zichzelf verkeerd gedrag: vaak is dit te wijten aan de systemen waarin ze werken en die aanzetten tot minder goede prestaties dan nodig zou zijn. Hoe motiveer je mensen om beter te presteren?

- Excellente medewerkers kun je motiveren met complimenten en waardering

- Mensen die gemiddeld functioneren kun je extra verantwoordelijkheden geven, in combinatie met waardering
- Wawoe adviseert om met name te investeren in de groep medewerkers die niet goed functioneert. Daar valt het meeste resultaat te boeken. Er moet eerst goed uitgezocht worden of de medewerker niet wil, of dat hij het niet kan. In het eerste geval moet de medewerker stevig worden aangesproken op zijn gedrag. Bij geen verbetering is er dan geen andere optie dan afscheid nemen van deze medewerker. Wil de medewerker wel is hij niet zelfstandig in staat om beter te functioneren, dan kun je als werkgever helpen door coaching en training.

## Verlag paneldiscussie Openheid

### Themaraad Optimaal Functioneren en Openheid

13 december 2016

Vertretpunt van de discussie vormde fragmenten uit tv-interviews met Marcel Daniëls over de thema's functioneren en openheid, onder leiding van Michel Wouters

Durven we elkaar inderdaad aan te spreken? Dokters weten hoe het moet maar de praktijk is soms anders. Roelof van Blommestein, KNO-arts: 'Je weet niet altijd wat je collega doet en hoe hij het doet. Eigenlijk weten alleen de co-assistenten dat, omdat zij met meerdere specialisten werken. Dit maakt beoordeling tussen collega's onderling lastig. Je spreekt je collega's ook niet altijd op zo'n open manier.'

Marjo Jager, kinderarts, is lid van het netwerk patiëntveiligheid. "Het delen van je eigen fouten doet pijn", zegt zij. Dokters ervaren een drempel om dit te doen. Vanuit het netwerk Patiëntveiligheid zien we wel wat er wordt gemeld, maar je ziet niet alles wat er bij de vakgroepen gebeurt in de ziekenhuizen."

René Héman, voorzitter KNMG beaamt: "Jezelf de spiegel voorhouden en je kwetsbaar opstellen is moeilijk. Deze meer softe kant van het vak is iets wat we moeten leren. In de opleidingen kwam dat vroeger ook niet aan bod."

Welke rol kan de Inspectie spelen bij het creëren van meer openheid? Hoewel een bezoek van IGZ niet direct zorgt voor meer openheid, kan IGZ wel het lerend vermogen van de ziekenhuizen stimuleren door hen hierop te bevragen, meent Ronnie van Diemen, Inspecteur-generaal van de Inspectie voor de volksgezondheid.

Staat openheid niet op gespannen voet met je reputatie? Blommestein: "Niemand wil slechte pers. Maar het is wel een signaal dat er iets moet gebeuren. Het is belangrijk om altijd je kwaliteit als vakgroep te blijven monitoren, dit geeft aanleiding tot signaleren en het voeren van discussie: doen we het goed? Kan het beter?"

Moeten we zo open zijn dat we patiënten ook gaan informeren wanneer hun dokters in een verbetertraject zit wegens onvoldoende functioneren? Johan Legemaate, hoogleraar gezondheidsrecht Universiteit van Amsterdam, vindt dit niet wenselijk. "Dat werkt contraproductief. Veel belangrijker is het om verminderd functioneren vroegtijdig te signaleren en in te grijpen."

### Adviezen aan de Raad Kwaliteit

Ter afsluiting van de discussie kreeg De Raad kwaliteit van elk panellid een advies mee: waar zou de Raad zich met name op moeten richten? Wat is het meest belangrijk?

- Johan Legemaate: aandacht voor openheid is belangrijk. Maar besteed ook aandacht aan de arts-patiënt relatie na een calamiteit. Wat doe je dan? Welke hulp krijgen beide partijen?
- Marjo Jager: Het is belangrijk om recht te doen aan wat er is gebeurd en recht te doen aan het verdriet van de zorgverlener. Als je een cultuur kunt creëren waarin dat kan, kun je medische incidenten onderling bespreken en daarmee voorkomen dat de emoties naar binnen slaan.

- René Héman: Calamiteiten zijn onze achilleshiel. Belangrijk is om je af te vragen: wat hebben we ervan geleerd? Alleen dan komen we verder. Peer support is daarbij belangrijk, hier moeten we nog verder vorm aan geven. Dokters kunnen elkaar onderling meer helpen met vragen zoals 'hoe ga je om met publiciteit na een incident, hoe ga je om met meldingen?'
- Ronnie van Diemen: Aandachtspunt is 'hoe kun je het lerend vermogen in ziekenhuizen bevorderen?' Belangrijk daarbij is om ook de arts-assistenten daarbij te betrekken: je moet hun lerend vermogen vasthouden en blijven stimuleren.
- Roelof van Blommestein: een goede implementatie van Optimaal Functioneren op de werkvloer is ontzettend belangrijk. Daar ligt een taak voor de Raad Kwaliteit: de Federatie kan ziekenhuizen begeleiden bij de implementatie in de praktijk.

Tot slot gaf ook Marcel Daniëls als vertrekkend voorzitter advies mee aan de Raad Kwaliteit: "Ga vooral door met jullie enthousiasme en bevologenheid om dit soort belangrijke punten op de agenda te zetten. En vind manieren om het beleid sneller te laten doorsijpelen op de werkvloer. "