



Leren van incidenten

Casestudies van ernstige incidenten in de zorg en interviews met zorgverleners na maatregelen van de tuchtrechter

*Dr. S. Winters
L. Verhoef, Msc
J. Weenink, Msc
Dr. R.B. Kool*

Nijmegen, december 2014

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
Managementsamenvatting	4
1 Inleiding	8
1.1 Aanleiding.....	8
1.2 Doel- en vraagstelling	9
2 Methode	11
2.1 Selectie van de instellingen	11
2.2 Selectie van de zorgverleners	11
2.3 Interviews	12
2.4 Analyse	13
2.5 Begrippen	13
3 Resultaten interviews bij organisaties	14
3.1 Sturen op functioneren	14
3.2 Het creëren van de juiste cultuur	15
3.3 Selecteren aan de poort	19
3.4 Onderzoeken van het incident	19
3.5 Overige genoemde factoren.....	20
4 Resultaten interviews bij individuele zorgverleners	22
4.1 Sturen op functioneren	22
4.2 Het bewerkstelligen van de juiste cultuur	23
4.3 Oorzaak van het incident.....	24
4.4 De tuchtprocedure	25
4.5 Mogelijkheid tot zelfreflectie	27
4.6 Impact.....	28
5 Discussie	30
5.1 Beantwoording onderzoeksvragen	30
5.2 Samenvattende onderzoeksbevindingen	35
5.3 Beperkingen en kracht van het onderzoek.....	37
5.4 Welke kennis heeft dit project opgeleverd?	38
Literatuur	39
Bijlage 1 Voorbeeld Google zoekopdracht	40
Bijlage 2 Interviewleidraad zorginstellingen	41
Bijlage 3 Interviewleidraad individuele zorgverleners	42
Bijlage 4 Samenstelling klankbordgroep	43

We willen alle organisaties en zorgverleners van harte bedanken die bereid zijn geweest hun verhaal openhartig aan ons te vertellen en onze vragen te beantwoorden. Zonder hen was het onderzoek niet mogelijk geweest.

Dit onderzoek is uitgevoerd in de Academische Werkplaats Toezicht. In deze werkplaats werken ZonMw, de IGZ en vier kennisinstituten samen: IQ healthcare (Radboudumc), instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (Erasmus Universiteit Rotterdam), NIVEL (Utrecht) en EMGO+ (VU medisch centrum, Amsterdam). In de Academische Werkplaats Toezicht wordt een door ZonMw gefinancierd onderzoeksprogramma uitgevoerd naar de effectiviteit van toezicht en de determinanten daarvan. Doel van het onderzoek is een bijdrage te leveren aan de verbetering en vernieuwing van het toezicht.

Managementsamenvatting

Inleiding

Dit rapport doet verslag van twee onderzoeken die uitgevoerd zijn in het kader van het overkoepelende project 'Sturen op functioneren en voorkomen van disfunctioneren' in opdracht van ZonMw. Het doel van deze twee onderzoeken was te identificeren hoe ernstige incidenten te voorkomen zijn om daarmee beter te kunnen sturen op functioneren en verminderd functioneren te voorkomen. Onze hypothese was dat de zorgverleners die een ernstig incident hebben meegemaakt, als collega, bestuurder of als persoon die het betreft, veel hebben geleerd van een dergelijke situatie. Door te onderzoeken hoe de betrokkenen de incidenten hebben ervaren en hoe zij denken dat vergelijkbare incidenten in de toekomst te voorkomen zijn, zijn in dit rapport leerpunten benoemd voor andere zorgverleners en zorginstellingen. Deze leerpunten kunnen ze gebruiken bij het sturen op functioneren en het voorkomen van verminderd functioneren.

Het onderzoek bestond uit twee onderdelen:

- Casestudies om te inventariseren en te analyseren hoe zorginstellingen reageren wanneer ze geconfronteerd worden met incidenten die veel media-aandacht krijgen. Hiervoor hebben we zestien interviews gehouden bij vijf organisaties. We hebben deze organisaties geselecteerd door op Internet te zoeken naar organisaties die veel publiciteit hebben gehad de afgelopen jaren als gevolg van een ernstig incident. We hebben een huisartsenpost, een instelling voor zorg voor verstandelijk gehandicapten, een ouderenzorginstelling, een GGZ-instelling en een ziekenhuis geïnccludeerd.
- Interviews om inzicht te krijgen in hoe zorgverleners omgaan met een disciplinaire maatregel naar aanleiding van een incident. Hiervoor hebben we zestien zorgverleners geïnterviewd die recent een maatregel hadden opgelegd gekregen van het tuchtcollege. We gebruikten de openbare lijst van het BIG-register waar zorgverleners vermeld staan die sinds 1 juli 2012 een maatregel opgelegd hebben gekregen. De zestien deelnemende zorgverleners betroffen twaalf medisch specialisten, twee fysiotherapeuten en twee GZ-psychologen.

Wat hebben organisaties geleerd?

Organisaties leren veel van ernstige incidenten. Alle geïnterviewde organisaties die te maken hebben gehad met ernstige incidenten, gaven aan dat de situatie heeft geleid tot zelfreflectie. Het management van de organisatie heeft zich afgevraagd hoe een dergelijke situatie heeft kunnen ontstaan. Deze zelfreflectie leidde tot een aantal structurele maatregelen dat volgens de geïnterviewden van belang was om incidenten in de toekomst te voorkomen. Deze maatregelen zijn onder te verdelen in drie categorieën:

- het initiëren van systemen om te kunnen sturen op functioneren door kwaliteit bevorderende activiteiten. Voorbeelden zijn het opstellen en naleven van protocollen, deskundigheidsbevordering en intervisie.
- het bevorderen van een cultuur die gericht is op aanspreken, op samenwerken en die reflectie stimuleert. Fouten maken mag, melden moet.
- het goed naleven van de nodige controles bij de sollicitatieprocedure zoals het nagaan van referenties, controleren van diploma's, van het BIG-register en van een Verklaring omtrent Gedrag.

Nadat de geanalyseerde incidenten gemeld waren bij het management, vond er altijd een intern onderzoek plaats. In de meeste situaties bleek het incident niet direct veroorzaakt door een persoon. Vaak was het team verantwoordelijk en was er sprake van gebrek aan onderlinge samenwerking en communicatie. Hierbij ontbrak meestal het tijdig aanspreken, wat een belangrijke factor is bij het ontstaan van het incident. Om na een incident een gesprek te voeren met betrokken zorgverleners is een open cultuur nodig. In de praktijk bleken het continu werken aan deskundigheidsbevordering en het mede daardoor behouden van scherpthe, het luisteren naar onderbuikgevoelens, het op tijd elkaar aanspreken en het volgen van protocollen belangrijke activiteiten om incidenten te voorkomen.

Media-aandacht werd met name gezien als een belemmerende factor. Geen van de geïnterviewden liet zich positief uit over de media. De media werd verweten een eenzijdig beeld te geven van de situatie. In het verhaal van de organisatie waren de media niet geïnteresseerd. Daarnaast was de organisatie vaak niet in de gelegenheid om de situatie uit te leggen, omdat dat de privacy van cliënten en patiënten zou hebben geschaad. Een protocol over hoe om te gaan met ernstige incidenten, waarin op voorhand is nagedacht over hoe om te gaan met de media, kan bijdragen om de positie van de patiënt/cliënt en de organisatie beter tot zijn recht te laten komen.

Van de Inspectie voor de Gezondheidszorg verwachtten de organisaties

- steun bij het onderzoek en feedback van de inspecteur;
- ingrijpen om een gevaar voor patiënten te voorkomen maar ook
- minder bemoeienis omdat ze anders niet goed uit de voeten konden met de opgelegde maatregelen.

Wat hebben de geïnterviewde zorgverleners geleerd?

De belangrijkste onderzoeksvraag bij de interviews met individuele zorgverleners was wat zorgverleners die geconfronteerd werden met een maatregel van de tuchtrechter, geleerd hebben van het incident en de procedure. Uit het onderzoek blijkt dat de ervaringen van deze zorgverleners erg uiteen lopen. Sommige zorgverleners legden deels of geheel de verantwoordelijkheid voor de gebeurtenissen bij henzelf. Anderen waren het niet eens met de opgelegde maatregel. Dit maakte het in sommige gesprekken lastig om tot leerpunten te komen. Wanneer dit wel mogelijk was, kon gekeken worden naar factoren die de gebeurtenissen hadden kunnen voorkomen. Een aspect dat genoemd werd was deskundigheidsbevordering, bijvoorbeeld in de vorm van bij- en nascholing, 360 graden feedback, functioneringsgesprekken en het in huis halen van opleidingsplekken. Verder zou het controleren van regels en afspraken zoals protocollen en richtlijnen, kunnen helpen om soortgelijke casussen in de toekomst te voorkomen. Ook hebben geïnterviewden suggesties gedaan om meer aandacht te besteden aan het onderwerp verminderd functioneren en disfunctioneren in de opleiding van zorgverleners. Net als in het onderzoek bij organisaties, noemden de zorgverleners het bevorderen van de juiste cultuur, waarin collega's elkaar kunnen aanspreken als dingen niet goed lopen, een belangrijke bevorderende factor bij het voorkomen van incidenten. Hierbij werd wel opgemerkt dat het erg lastig kan zijn om dingen bespreekbaar te maken wanneer er nog niets fout is gegaan en wanneer men elkaar al lange tijd kent.

Bij het voorkomen van incidenten moet er voor gewaakt worden dat zogenoemde 'defensieve geneeskunde' het resultaat is. Dan treffen zorgverleners maatregelen die gericht zijn op het zich indekken tegen klachten in plaats van op het verbeteren van kwaliteit van zorg.

Veel geïnterviewde zorgverleners gaven aan dat het traject bij het tuchtcollege en de uiteindelijke maatregel veel impact hebben gehad. Deze impact speelt zowel op persoonlijk als professioneel vlak. Een punt dat vaak werd aangehaald in de interviews is dat de maatregelen openbaar gemaakt worden. Geen enkele zorgverlener was hier positief over. Verschillende zorgverleners gaven aan dat dit onnodig is wat hen betreft.

De geïnterviewde zorgverleners brachten daarnaast het tuchtrecht en de tuchtprocedure naar voren. Sommige stelden de werkwijze en expertise van het tuchtcollege ter discussie. Ook vonden verschillende zorgverleners dat klachten van patiënten te snel opgepakt worden.

Wat zijn de sterktes en zwaktes van dit onderzoek?

Dit onderzoek kende enkele beperkingen waardoor de resultaten met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. Ten eerste is er sprake van kwalitatief onderzoek. Dit design is bruikbaar om specifieke thema's te verdiepen en niet bruikbaar om te kwantificeren. Het gaat om geringe aantallen geïnterviewden en een selectie van geïnterviewden. De resultaten zijn daarom niet per definitie generaliseerbaar. Ten tweede kwam met name bij de interviews met de zorgverleners maar één kant van het verhaal aan de orde. Ten derde was de respons beperkt. Sommige organisaties en zorgverleners wilden het verleden en het vervelende incident niet nogmaals beleven en weigerden deel te nemen. Er zal dus mogelijk selectiebias zijn opgetreden.

De sterkte van dit onderzoek is de verdieping op al eerder gedaan onderzoek. Weenink et al. (2014) identificeerden in interviews en vragenlijsten verschillende issues met betrekking tot het voorkomen en omgaan met disfunctioneren. Met dit onderzoek konden deze issues verder verdiept worden. Een ander belangrijk aspect was dat de interviews bij de instellingen een pluriforme onderzoekspopulatie betrof. Dat maakt dat de bevindingen niet sectorspecifiek zijn en dus herkenbaar zijn in meerdere sectoren.

Welke kennis heeft dit onderzoek opgeleverd?

Zorgorganisaties leren van ernstige incidenten met media-aandacht die hen aanzetten tot zelfreflectie. Het belangrijkste inzicht dat zo'n incident hen oplevert, is de noodzaak van een open cultuur die aanspreken op verminderd functioneren en het melden van incidenten mogelijk maakt. Bij de incidenten gaat vaak niet een persoon in de fout maar het hele team of zelfs het hele systeem. Zo leren medewerkers te luisteren naar gevoelens die hen alarmeren en blijven zij scherp letten op de kwaliteit van hun werk. Op deze wijze verwachten zorginstellingen te leren van incidenten. Constructieve feedback van de IGZ kan daarbij helpen. Aandacht van de media wordt als een van de belangrijkste storende factoren gezien om te leren van incidenten.

In een eerder onderzoek van dit overkoepelende project gaf twee derde van de zorgverleners aan in te grijpen bij vermoedens van disfunctioneren van een directe collega. Deze casestudies relativeren deze mogelijk sociaal wenselijke uitkomst: veel incidenten gebeurden in een omgeving met een weinig open cultuur waar melden en aanspreken niet gewoon waren.

Zorgverleners leren niet altijd van een tuchtmaatregel naar aanleiding van incidenten of verminderd functioneren. Een aanzienlijk aantal zorgverleners dat een maatregel opgelegd gekregen had, was het daar niet mee eens en bestreed het inhoudelijk oordeel en de werkwijze van het tuchtcollege. Van zelfinzicht was maar bij een beperkt deel sprake. Ook hier is media-aandacht een belangrijke negatieve factor.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

In eerder onderzoek binnen het overkoepelende project 'Sturen op functioneren en voorkomen van disfunctioneren' gaf een derde van de Nederlandse zorgverleners aan het afgelopen jaar te maken te hebben gehad met een collega zorgverlener die in zijn ogen disfunctioneerde (Weenink, 2014). Het gaat daarbij om een beperkte groep die ernstig disfunctioneert en naar schatting 5% die verminderd functioneert (Wagner, 2013). Het geconfronteerd worden met een verminderd functionerende collega kan veel impact hebben op alle betrokkenen, niet in het minst op de betrokken zorgverlener zelf die vaak te maken krijgt met tucht- of soms zelfs strafrechtelijke procedures.

In datzelfde onderzoek gaven zorgverleners aan dat zij in twee derde van de gevallen dat zij vermoedden dat een collega disfunctioneerde, actie hebben ondernomen. In een derde van de gevallen hebben ze niets ondernomen, met name omdat ze denken dat het geen effect heeft. Dit percentage is fors hoger wanneer het een collega van een andere beroepsgroep betreft en nog hoger wanneer deze collega niet bij dezelfde organisatie werkt (Weenink, 2014). De zorgverleners gaven aan niet goed te weten hoe te handelen bij een vermoeden van disfunctioneren en dat zij daarbij ondersteuning nodig hebben. Tenslotte gaven zorgverleners aan dat er meer aandacht moet zijn voor het voorkomen van disfunctioneren (Weenink, 2014).

Veel beleid en onderzoek was tot voor kort gericht op het signaleren van, het vaststellen van en het treffen van maatregelen tegen disfunctioneren (Drewes, 2013). De laatste jaren wordt steeds meer aandacht besteed aan het voorkomen van disfunctioneren en verminderd functioneren, onder andere door het beter sturen op functioneren (IGZ, 2013). Deze gedachte wordt al langer in de praktijk gebracht in enkele Angelsaksische landen. Het uitgangspunt is dat door structurele aandacht voor het functioneren in de vorm van functioneringsgesprekken, bij- en nascholing, trainingen, visitaties, creëren van een open cultuur, et cetera, het mogelijk is om verminderd functioneren en disfunctioneren te voorkomen. Er is een groeiende wetenschappelijke kennis over onder welke omstandigheden zorgverleners verminderd functioneren (Donaldson, 2013) en dat deze zorgverleners zich meestal kenmerken door relatief veel klachten (Bismarck, 2013). Er is ook steeds meer bekend over de wijze van vaststellen van functioneren en dus ook van verminderd functioneren (Baker, 2005). Er is echter nog weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de randvoorwaarden voor het voorkomen van verminderd functioneren en derhalve disfunctioneren. Belangrijke vragen zijn bijvoorbeeld wat de barrières voor zorgverleners en andere betrokkenen zijn om proactief verminderd functioneren te voorkomen. En wat hebben zorgverleners nodig om hierbij hun verantwoordelijkheid te nemen?

Naar aanleiding van bovenstaande vragen hebben wij, als onderdeel van het overkoepelende project 'Sturen op functioneren en voorkomen van disfunctioneren', twee kwalitatieve onderzoeken uitgevoerd. Kwalitatief onderzoek zoals casestudies, is met name geschikt om specifieke items te verdiepen zonder generaliseerbare uitspraken te willen doen (Yin, 2003). De onderzoeken waren gericht op ernstige incidenten die publiciteit hebben gehad of openbaar waren gemaakt en daarmee veel impact hadden op de betrokken zorgverleners, patiënten, cliënten en bestuurders. De veronderstelling was dat hierdoor de zorgverleners en de organisaties gedwongen werden tot

analyse en zelfreflectie en uiteindelijk in staat waren om te formuleren wat, achteraf gezien, nodig zou zijn geweest om dergelijke incidenten te voorkomen. Met die kennis kunnen andere zorginstellingen en zorgverleners in de toekomst beter sturen op functioneren en verminderd functioneren voorkomen.

We hebben niet gekozen om ons specifiek te richten op zorgverleners die volgens de definitie (IGZ, 2013) disfunctioneerden of verminderd functioneerden omdat dat een groep betreft in Nederland die lastig op te sporen is. Verder is onze ervaring dat disfunctioneren en verminderd functioneren, met name in de zorg, als onderwerpen sterk beladen zijn. Praten hierover roept heftige reacties op waardoor voldoende deelname aan het onderzoek onwaarschijnlijk zou zijn. Door te analyseren hoe ernstige incidenten kunnen worden voorkomen, was onze verwachting dat we concrete mogelijkheden konden benoemen voor zorgverleners en zorginstellingen om verminderd functioneren en/of disfunctioneren in de praktijk te voorkomen. Ernstige incidenten kunnen een signaal zijn van verminderd functioneren.

We hebben hiertoe twee onderzoeken gedaan:

- We hebben geïnventariseerd en geanalyseerd hoe zorginstellingen reageren wanneer ze geconfronteerd worden met incidenten die veel media-aandacht krijgen. In deze situatie staan organisaties sterk onder druk om te reageren, te analyseren, te reflecteren en te veranderen. Wat zijn, met de kennis van nu, de belangrijkste lessen voor hen geweest? Wat waren belangrijke factoren om dergelijke incidenten te voorkomen en wat heeft hen daarin belemmerd? Hadden zij achteraf gezien het incident kunnen voorkomen?
- We hebben interviews gehouden om inzicht te krijgen hoe zorgverleners omgaan met een disciplinaire maatregel naar aanleiding van een incident. De maatregel wordt openbaar gemaakt door het BIG-register. Wat is er in deze situatie gebeurd? Hoe hebben de betrokken zorgverleners het traject ervaren? Had het incident en de maatregel naar aanleiding daarvan voorkomen kunnen worden? Wat kunnen deze zorgverleners zelf, hun collega's en de IGZ hiervan leren?

1.2 Doel- en vraagstelling

Het doel van dit onderzoek is te benoemen hoe ernstige incidenten te voorkomen zijn. Onze hypothese is dat de zorgverleners die een ernstig incident hebben meegemaakt met media-aandacht, als collega, bestuurder of als persoon die het betreft, veel hebben geleerd van een dergelijk situatie. Door te onderzoeken hoe de betrokkenen de incidenten hebben ervaren en hoe zij denken dat vergelijkbare incidenten in de toekomst te voorkomen zijn, kunnen leerpunten benoemd worden voor andere zorgverleners en zorginstellingen.

Dit onderzoek wil antwoord geven op de volgende vraagstellingen:

1. Wat zijn de lessen die getrokken kunnen worden uit ernstige incidenten volgens zorgverleners en bestuurders die direct betrokken waren bij dat incident waarbij het functioneren van een collega uit hun eigen organisatie ter discussie stond en vergezeld ging met media-aandacht?

De subvragen hierbij luiden:

- Welke acties nemen organisaties die te maken krijgen met zo'n incident?
- Hoe kan het beleid van de organisatie en van de IGZ bijgedragen aan het voorkomen van dergelijke incidenten?
- Wat had, achteraf gezien, gedaan kunnen worden om het incident te voorkomen?
- Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren bij het voorkomen van incidenten?

2. Wat hebben zorgverleners die geconfronteerd werden met een maatregel van de tuchtrechter, geleerd van het incident en de procedure?

De subvragen hierbij luiden:

- Hoe hebben de betreffende zorgverleners het traject ervaren?
- Wat was nodig geweest om deze situatie of dit incident te voorkomen of eerder te signaleren? Welke lessen hebben ze zelf van het incident of incidenten geleerd en welke lessen kunnen collega-zorgverleners hiervan leren?

2 Methode

2.1 Selectie van de instellingen

Voor het beantwoorden van de eerste onderzoeksvraag wilden we vijf organisaties includeren. Hiervoor hebben we op Internet gezocht naar organisaties die veel publiciteit hebben gehad de afgelopen jaren als gevolg van een ernstig incident. Als inclusiecriteria hanteerden we dat het incident tussen 2009 en 2012 had plaatsgevonden. Te recente gebeurtenissen worden mogelijk nog te emotioneel beleefd waardoor reflectie lastig is. De ervaringen van incidenten uit een te ver verleden zijn mogelijk grotendeels vervaagd zijn. Het moest bovendien een incident in de directe patiëntenzorg betreffen. Voor het selecteren van de casussen hebben we voor Google een zoekstrategie ontwikkeld voor tien verschillende sectoren en beroepsgroepen, zie bijlage 1. Van iedere sector onderzochten we de eerste tien pagina's met 20 hits per pagina.

De zoekstrategieën leverden 57 casussen op waarvan er 34 aan de inclusiecriteria voldeden. Dit waren een huisartsenpost, een organisatie voor zorg voor verstandelijk gehandicapten, drie apotheken, vier GGZ-instellingen, tien ouderenzorginstellingen of instellingen voor chronische zorg en vijftien ziekenhuizen. We selecteerden de instellingen met behulp van *purposive sampling* met het streven een casus per sector te hebben. Wanneer de benaderde organisatie niet wilde meedoen, benaderden we de volgende totdat we vijf organisaties bereid hadden gevonden te participeren. We moesten hiervoor elf organisaties benaderen. De zes organisaties die niet wilden deelnemen aan het onderzoek gaven aan geen tijd vrij te willen maken om mee te doen met het onderzoek, de gang van zaken in de eigen organisatie niet te willen verstoren en de situatie te willen laten rusten. Uiteindelijk zijn een huisartsenpost, een instelling voor zorg voor verstandelijk gehandicapten, een ouderenzorginstelling, een GGZ-instelling en een ziekenhuis geïncludeerd.

2.2 Selectie van de zorgverleners

Om de tweede onderzoeksvraag te beantwoorden streefden we er naar om minimaal vijftien zorgverleners te interviewen die recent een maatregel hadden opgelegd gekregen van het tuchtcollege. We gebruikten de openbare lijst van het BIG-register waar zorgverleners vermeld staan die sinds 1 juli 2012 een maatregel opgelegd hebben gekregen. Het bestand dat we gebruiken, betrof de maatregelen vanaf 1 juli 2012 tot en met 28 maart 2014. De maatregelen in het overzicht zijn berispingen, voorwaardelijke schorsingen, schorsingen, doorhalingen, gedeeltelijke ontzeggingen van de bevoegdheid het betrokken beroep uit te oefenen, bevoegdheid uitoefenen beroep gebonden aan bijzondere voorwaarden en ontzeggingen van het recht tot wederinschrijving.

In totaal stonden er 211 zorgverleners op de lijst. Na exclusie van individuen met een laatst vermelde woonplaats in het buitenland bleven er 183 zorgverleners over. Dit waren 87 medisch specialisten, elf fysiotherapeuten, zestien GZ-psychologen, dertien psychotherapeuten, 21 tandartsen, drie verloskundigen en 32 verpleegkundigen. Er waren geen apothekers op de lijst aanwezig. Aangezien de verschillende beroepen niet evenredig vertegenwoordigd waren in de lijst, hebben we besloten om te streven naar inclusie van de verschillende beroepsgroepen naar proportie met liefst een minimum van een per beroepsgroep. Uit de verschillende groepen werden derhalve zorgverleners geselecteerd via *purposive sampling*. We probeerden in de groep medisch specialisten ook tot een afwisseling van verschillende specialismen te komen. Casussen die korter dan een half jaar geleden

hadden plaatsgevonden werden geëxcludeerd. Daarnaast was het een voorwaarde dat adres- of contactgegevens van de zorgverlener gevonden konden worden. Hiervoor hebben we op drie manieren gezocht. Ten eerste hebben we de naam ingevoerd in Google en de eerste vijf pagina's bekeken. Ten tweede hebben we gekeken of de zorgverlener vermeld was op de grootste patiëntwaarderingssite van Nederland, ZorgkaartNederland.nl en ten derde hebben we gezocht op Telefoonboek.nl.

Wanneer de benaderde zorgverlener niet wilde meedoen, benaderden we de volgende uit de betreffende beroepsgroep. Als er geen zorgverlener uit die beroepsgroep meer over was, selecteerden we een andere beroepsgroep die nog ondervertegenwoordigd was en waar nog wel zorgverleners waren die aan de inclusiecriteria voldeden. Uiteindelijk hebben we 38 zorgverleners uitgenodigd voor een interview waarvan er zeventien deelnamen aan het onderzoek en 21 aangaven niet deel te willen nemen of niet reageerden. De meest genoemde reden om niet te willen deelnemen was het feit dat de zorgverlener de periode achter zich wilde laten en de gebeurtenissen niet meer wilde oprakelen. De benaderde zorgverleners waren 23 medisch specialisten, vier fysiotherapeuten, twee GZ-psychologen, vijf verpleegkundigen, twee tandartsen en twee psychotherapeuten.

2.3 Interviews

In totaal zijn in de vijf onderzochte organisaties zestien interviews gehouden. De geïnterviewden betroffen zorgverleners die het incident van dichtbij hadden meegemaakt, het management van de zorginstelling, leden van de medische staf en leden van de Raad van Bestuur.

De zeventien deelnemende zorgverleners betroffen dertien medisch specialisten, twee fysiotherapeuten en twee GZ-psychologen. Het waren vier solistisch werkende zorgverleners (zelfstandig met eventueel een secretaresse of assistente), zes zelfstandigen met collega's en zes werkend bij een organisatie. Het bleek niet mogelijk om zorgverleners uit andere BIG-geregistreerde beroepen te betrekken doordat deze niet in het register met maatregelen stonden, er geen adres- of contactgegevens gevonden konden worden of doordat deze zorgverleners niet wilden deelnemen aan de studie. De deelnemende zorgverleners waren drie vrouwen en veertien mannen. Het betrof drie doorhalingen, een schorsing en dertien berispingen.

De interviews bij de organisaties en de individuele zorgverleners zijn gehouden aan de hand van een semigestructureerde interviewleidraad (zie bijlage 2). Deze was ontwikkeld op basis van de bestaande literatuur over dit onderwerp. De interviews zijn opgenomen en volledig uitgewerkt. Een medisch specialist gaf na het interview geen toestemming voor het gebruik van het gespreksverslag voor het onderzoek. Daarnaast kon een fysiotherapeut zich niet vinden in het gespreksverslag. De geïnterviewde gaf in plaats daarvan zelf een samenvatting van het gesprek. Deze samenvatting is in plaats van het gespreksverslag in de analyses meegenomen. De overige geïnterviewden hebben de onderzoekers toestemming gegeven om het verslag te gebruiken voor verdere analyse. Dit betekent dat we kunnen rapporteren over zestien zorgverleners.

2.4 Analyse

De interviews zijn gecodeerd met het programma Atlas-ti 7.1. Ten behoeve van de analyse is een codeboek ontwikkeld. De eerste drie interviews zijn door twee interviewers apart gecodeerd. Daarna vond discussie plaats over de codering en de gecodeerde passages totdat overeenstemming was bereikt. De rest van de interviews werd door een van de onderzoekers gecodeerd en vervolgens door de andere onderzoeker gecontroleerd. Opmerkingen werden vervolgens weer besproken tot consensus werd bereikt.

Voor de analyse is een indeling van omgaan met disfunctioneren gebruikt die in eerder onderzoek is geïntroduceerd: voorkomen, signaleren, vaststellen, maatregelen treffen en rehabiliteren (Drewes, 2013). We hebben de coderingen ingedeeld in deze categorieën. Tevens ontstonden enkele restcategorieën.

2.5 Begrippen

In deze studie worden de volgende definities gehanteerd:

Een **incident** is een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid of zou kunnen leiden (IGZ, 2005).

Verminderd functioneren is het niet meer voldoen aan de benodigde beroepscompetenties of onverantwoorde zorg leveren (IGZ, 2013).

Disfunctioneren is een (veelal) structurele situatie van tekortschietende beroepscompetenties of onverantwoorde zorgverlening waarin patiënten worden geschaad of het risico lopen te worden geschaad en waarbij de betreffende beroepsbeoefenaar niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen (IGZ, 2013).

3 Resultaten interviews bij organisaties

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de casestudies bij zorginstellingen. In de beschrijving zijn instellingen en individuele zorgverleners niet herkenbaar. Mede daarom kan overal waar hij staat hij/zij gelezen worden. De geïnterviewde zorgverleners en bestuurders noemden veel factoren die volgens hen een rol hadden kunnen spelen bij het voorkómen van betreffende incidenten. Het betreft drie hoofdcategorieën:

- het sturen op functioneren door systeembevorderende activiteiten zoals het opstellen en naleven van protocollen, functioneringsgesprekken, bij- en nascholing en een goed kwaliteitsbeleid;
- het bevorderen van een cultuur die gericht is op aanspreken, ook bij incidenten, op samenwerken en reflectie stimuleert waardoor de scherpste behouden blijft en
- het goed selecteren bij de sollicitatieprocedure.

3.1 Sturen op functioneren

Protocollen

Een belangrijk punt van aandacht volgens de geïnterviewden bij het voorkomen van incidenten is het op orde hebben van afspraken ter bevordering van de kwaliteit van de zorgverlening in de vorm van protocollen. Het hebben van protocollen, zo valt op te tekenen uit diverse gesprekken, biedt echter geen garantie dat er geen incidenten plaatsvinden. Door toetsing van de procedures en richtlijnen door middel van audits wordt verminderd functioneren wel eerder opgemerkt.

‘dat protocol. Nou we hadden daar serieuzer mee om moeten gaan.

Interviewer: En zou dat dan waterdicht zijn?

‘Nee, het zou nu wel eerder opgemerkt worden.’

Het niet hebben van protocollen, richtlijnen of werkafspraken levert een impasse op, op het moment dat er sprake is van verschil in inzicht over de kwaliteit van de zorgverlening, zo werd duidelijk in een van de gesprekken. Het feit dat je niet kunt terugvallen op gezamenlijk gemaakte afspraken die vastliggen, belemmert het aanspreken van elkaar op het naleven van die afspraken.

Behouden van scherpste

In een aantal bestudeerde casussen kwam naar voren dat het gebrek aan bij- en nascholing kan leiden tot incidenten en verminderd functioneren. Het levert tevens een gevaar voor de patiënt op.

‘Nee en ze had ook helemaal geen scholing meer gevolgd of schoof af en toe eens ergens aan bij een scholing, maar ze was totaal niet bij in de ontwikkeling ook niet wat medicatie betreft.’

Een groot gevaar voor de kwaliteit van de zorg, zo vertelden diverse geïnterviewden, is het verliezen van scherpste in het vak en het accepteren van situaties, waarvan de betrokkenen eigenlijk weten dat het niet in orde is. Een van de geïnterviewden gaf aan ‘er (een onacceptabele situatie met een cliënt) niet meer wakker van te liggen’. Iemand anders gaf aan ‘ja, als je er zo op terugkijkt waren de

verhoudingen absoluut verziekt, maar ik zag het niet op dat moment'. Momenten van reflectie op de inhoud van het werk, bijvoorbeeld in casusbesprekingen, en op het onderlinge contact, bijvoorbeeld in intervisiebijeenkomsten, zijn belangrijk om scherp te blijven houden.

Functioneringsgesprekken

Het functioneringsgesprek biedt een goede gelegenheid om incidenten die hebben plaatsgevonden of verminderd functioneren te bespreken. Tijdens een interview werd aangegeven dat de manager samen met de betreffende zorgverlener een op maat gemaakt plan van aanpak maakten, waarin beiden een verantwoordelijkheid hadden om het risico voor patiënten drastisch te verkleinen. Een belangrijke voorwaarde is dat de zorgverlener inzicht heeft in zijn functioneren en de risico's die dat met zich meebrengt voor patiënten, bereid is zijn werkwijze aan te passen en open is over de situatie. Steun vanuit de organisatie is daarbij onmisbaar.

'Wij kwamen tot de conclusie dat hij zelf eigenlijk al heel veel moeite had gedaan om een veilige situatie te creëren en we hebben hem handvatten gegeven om het zo in te richten dat hij ...wel kon voldoen aan zijn plicht en aan de andere kant dat hij zo functioneerde dat hij andere zorgverleners niet in de weg liep.'

Centraal kwaliteitsbeleid

Een belangrijk speerpunt in het voorkomen van incidenten is volgens de geïnterviewden het belang dat gehecht wordt aan het leveren van een goede kwaliteit van zorg. Het management geeft hierin het goede voorbeeld en draagt dat uit.

'Als je zelf niet aantoont dat je het (kwaliteit) bloedserieus neemt, hoe kunnen je medewerkers dan uitdragen dat het een serieuze zaak is?'

3.2 Het creëren van de juiste cultuur

Aanspreekcultuur

Het meest genoemde element in het voorkomen van incidenten is het creëren van een open cultuur waarbij het gebruikelijk is dat zorgverleners elkaar aanspreken. Veruit de meeste citaten van het onderzoek gaan hier over. In alle bestudeerde situaties waar incidenten plaatsvonden of waar er sprake was van verminderd functioneren, ontbrak een open aanspreekcultuur.

'Ik denk dat veruit het belangrijkste is het belang van cultuur en openheid en aanspreken.'

Een open cultuur begint bij het bereid zijn, het verplicht voelen, te melden als er incidenten plaatsvinden, met de intentie om te leren van hetgeen er gebeurd is in plaats van 'het de ander in de schoenen te schuiven', zoals één van de geïnterviewden zei. Als de cultuur dat niet stimuleert, is er een voedingsbodem voor volgende incidenten en het afglijden naar verminderd functioneren.

'.. toen wij echt boos waren, hoe is het mogelijk dat dit niet gemeld is. Het is gewoon een rode melding. Een van de zorgverleners zei: 'als je dit soort incidenten elke keer moeten melden dan blijf je aan de gang. Zo met een dedain van dat verwacht je toch niet werkelijk van ons.'

Melden van incidenten moet normaal worden, 'niet in de verwijtende sfeer', aldus een van de geïnterviewden. Het melden moet laagdrempelig en fouten maken mag, mits ervan geleerd wordt. Er moet een beleid zijn voor het melden van fouten en het behandelen ervan. Elementen in dit beleid zijn de fout bespreken met elkaar en verbetermaatregelen treffen.

'Maar hier werd ik ermee geconfronteerd dat mensen fouten maakten; ze vulden een MIC in en dat was het.... Er werd ook heel laconiek mee om gegaan. Ik heb ook wel eens een medewerker horen zeggen: "Nou, ze is er toch niet aan dood gegaan?"

Een ander belangrijk element in de open cultuur is het aanspreken van elkaar. Elkaar aanspreken blijkt in de praktijk echter lastig.

'.. ik denk niet dat XX disfunctioneerde toen hij in die periode werkte, maar ik denk wel dat de groep disfunctioneerde. Er was een slecht ontwikkelde aanspreekcultuur..'

Over het algemeen genomen constateren medewerkers uit de directe omgeving van de zorgverlener vaak als eerste eventueel verminderd functioneren. De praktijk is echter dat het bespreken van dit verminderd functioneren met de persoon in kwestie moeilijk is.

'... het lijkt wel als je ziet dat een collega zich gedraagt wat eigenlijk niet helemaal zo hoort dat ze dan denken van nou dan ga ik mijn handen ook niet branden....'

Op het moment dat het direct bespreken van verminderd functioneren lastig blijkt met de betreffende persoon geven de geïnterviewden aan dat er over het algemeen genomen snel opgeschaald wordt naar het hogere management. Het management neemt dan de verantwoordelijkheid om het gedrag te bespreken met de betreffende persoon.

In de door ons gehouden interviews kwam naar voren dat het incident vaak niet is terug te voeren op één persoon, maar vaak op een systeem van onderlinge relaties die niet naar behoren functioneerden. Er waren soms wel onderbuikgevoelens dat 'het niet goed loopt', maar er was geen cultuur om dit ter sprake te brengen en soms werd er bewust voor gekozen om het 'onder de tafel te houden'.

'...een aantal mensen trekt zich wat meer terug, een aantal mensen wordt dominant en trekt veel dingen naar zich toe.... Er was ook onderling onveiligheid, niet durven zeggen wat je eigenlijk denkt of het elkaar aanspreken. Dat gebeurde niet omdat men dat eng vond....bang dat ze aangesproken werden, buitengesloten, denk ik...

In sommige gevallen ervoeren medewerkers angst om fouten bespreekbaar te maken. Op een vraag van de interviewer of medewerkers elkaar aanspreken op dingen die er fout gingen, antwoordde een medewerker als volgt:

'Nou niet heel erg. Zeker niet naar de artsen. Als ik dan voor mezelf spreek, dan durfde ik dat eigenlijk niet. Dan was dat gewoon een tree te hoog.'

De geïnterviewde medewerkers zagen voor zichzelf wel een taak om fouten van anderen te bespreken, maar verwachtten ook dat leidinggevendenden dit stimuleren. Daarnaast is veiligheid en vertrouwen een basisvoorwaarde voor het kunnen en durven aanspreken van elkaar. Op het moment dat de deze elementen ontbreken, lijkt zelfreflectie moeilijk.

'Zelfreflectie vraagt natuurlijk ook een stuk gevoel van veiligheid. En uit gesprekken met deze functionaris weet ik, dat die niet dat gevoel van veiligheid had zich te kunnen openen naar het management of anderen toe. Zelfreflectie vereist wel een vertrouwen en als dat er niet is...'

Het wordt nog lastiger als de betreffende zorgverlener niet functioneel verbonden is aan de organisatie en alleen waarneemdiensten verricht, of wanneer het een zorgverlener betreft waarmee wordt samenwerkt buiten de eigen organisatie. In deze gevallen voelen de gesproken zorgverleners niet de behoefte om de betreffende persoon aan te spreken.

'.. ik neem eigenlijk nooit de moeite om een collega op te bellen van goh waarom heb je dat nou zo gedaan.'

Ruimte voor reflectie

Alle geïnterviewde organisaties die te maken hebben gehad met ernstige incidenten, gaven aan dat de situatie heeft geleid tot zelfreflectie. Het management van de organisatie heeft zich afgevraagd hoe een dergelijke situatie heeft kunnen ontstaan. Deze zelfreflectie leidde tot een aantal structurele maatregelen, zoals het maken van een protocol. Daarnaast heeft de situatie ook bij een deel van de onderzochte organisaties geleid tot een reflectie op de zorginhoud en het aanpassen van het beleid aan nieuwe inzichten.

'Maar kijkend naar die situatie toentertijd, dan was het niet zozeer een individu die daar fouten maakt maar eigenlijk het systeem wat niet meer paste op de populatie die hier.'

Een van de geïnterviewden sprak erover dat een situatie waarbij het uit de hand loopt een zegen is voor een organisatie.

'... ik geloof dat elke organisatie-eenheid z'n eigen incidenten nodig heeft om echt te veranderen. Kijk ik kan dat vertellen aan anderen dat dit gespeeld heeft. Maar het echt ervaren van de onmacht, moet je bijna zelf ervaren.'

De waa van de dag en de veelheid van werkzaamheden maakt dat een reflectie op de zorg en het eigen handelen daarin ondergeschikt raakt aan andere werkzaamheden. Gedwongen worden tot kritische zelfreflectie bijvoorbeeld door toetsing van werkzaamheden door zorgverleners die niet verbonden zijn aan de afdeling of het team, kan daarbij helpen.

'Als je langdurig met een probleem zit, zoek je naar oplossingen. Je komt met elkaar in een koker terecht. Als je die second opinion alleen maar haalt binnen je cirkel van invloed, dan krijg je dat bevestigd, jullie zitten in die koker maar dat is wel goed. Ik wist van de situatie af maar ik was er zelf nooit ingedoken. Ik hoorde wel het gaat niet goed, maar ik was weer gerustgesteld want dan was er actie. Wat we geleerd hebben denk ik is een laag dieper managen.'

Het belang van samenwerking

Uit de onderzochte casussen bleek dat de incidenten nooit alleen staan. Het goed functioneren van het team is de belangrijkste factor om incidenten te voorkomen. Iedere organisatie gaf aan dat het intensiveren en het verbeteren van de samenwerking in het team de hoogste prioriteit heeft gekregen na het incident. Het management nam hierin vaak het voortouw, al zat niet iedereen hierop te wachten.

'...nou er was natuurlijk een groep die duidelijk niet op mij zat te wachten, en dat bedoel ik niet lelijk. Ik snap dat ook wel, ik ben gestuurd voor hun gevoel, zij hebben mij niet aangenomen. En iedereen voelde ook wel dat ik hier kwam met een soort opdracht...'

Toch blijkt de sleutel voor een juiste aanpak ter voorkoming van verminderd functioneren vaak te zitten in een goed functionerend team waarin een ieder tot zijn recht komt en waar problemen goed en onderling worden besproken.

'Het was wel zo dat er binnen de vakgroep natuurlijk ook haantjes waren. Als organisatie en groep moet je leren dat die haantjes best haantjes mogen zijn, maar af en toe moeten ze ook gewoon met de kip op stok, weer gewoon gezellig gaan doen.'

Samenwerken in teamverband betekent voor de geïnterviewden niet het ontlopen van confrontaties.

'En ik vind als je als team functioneert, dan moet je ook als team opereren en dan kan het best binnen de muren tot flinke confrontaties komen, maar als je de deur open doet, dan moet je daar met een smile naar buiten lopen. De rest moet niet de interne problematiek zien, horen of voelen.'

Een aantal geïnterviewden gaf aan dat het verbeteren van het functioneren van het team lastig was en niet alleen lukte. Soms was hulp van buitenaf gewenst:

'Dus we hadden eigenlijk een mediator nodig...Daar hebben we heel interne sessies mee gehad, om de groep bij elkaar te houden. Daarnaast heeft hij ook een rol gehad om met alle werknemers grote open sessies te houden en de beerput open te gooien. En dan komt er van alles uit. En dat is te groot hè...'

Een aantal geïnterviewden gaf aan dat het solistisch werken een verhoogd risico vormt op incidenten. De zorgverlener heeft minder de gelegenheid zich te toetsen aan collega's.

'Maar het was een mevrouw die vaak alleen opereerde in de nacht. We hadden drie nachtdiensten, maar de meeste hebben dan toch gedurende zo'n nacht wel een aantal contactmomenten, maar zij ontrok zich eraan. Dat werd dan geweten van "Oh ja, zo zit zij in elkaar", maar dat zijn signalen die we eerder op hadden moeten pikken.'

3.3 Selecteren aan de poort

Informatie van andere werkgevers

Een dilemma waar organisaties voor staan is de balans in privacy van de individuele medewerker en het beperken van risico's voor patiënten. Uit privacyoverwegingen wordt beperkt 'gewaarschuwd' dat er zorgverleners in de regio werken die schade hebben toegebracht aan patiënten en cliënten. Aan de andere kant missen de geïnterviewden de openheid of vinden zij dat zorginstellingen nalatig zijn als het gaat om het melden van vermeend disfunctioneren bij de inspectie, zoals blijkt uit het volgende citaat.

'Want dat bleek ook uit het onderzoek bij een aantal collega instellingen, dat deze persoon al eerder is betrapt ...en dat er dus sprake was van recidieven en dat heeft mij dus geweldig verbaasd van jongens, hoe komt het dat wij gewoon van hier uit de omgeving van elkaar niet weten dat dit soort dingen aan mensen hangt....?'

Bestuurders van instellingen geven aan het lastig te vinden om de mogelijke risico's te melden, omdat zij de privacy van de medewerker boven de veiligheid van patiënten stellen.

'... als de persoon uit de voordeur vertrekt dan is het wel goed hè wat ons betreft. Dat is een beetje het gevoel dat je krijgt bij collega's. Het eerste wat je dan te horen krijgt is van "Ja, privacy", er zijn verschuilingsbosjes genoeg om achter te verschuilen '

Informatie tijdens de sollicitatieprocedure

Bestuurders gaven aan dat het belangrijk is goed toezicht 'bij de poort' te houden omdat er veel waarde wordt gehecht aan privacy en instellingen weinig onderling informatie uitwisselen. De geïnterviewde organisaties zeiden dat ze de sollicitatieprocedure zelf goed op orde hebben. Er is sprake van het controleren van diploma's, BIG-registratie en een Verklaring Omtrent Gedrag (VOG). Volgens geïnterviewden zijn sommige bemiddelingsbureaus, die personeel aanbieden wanneer er bij zorginstellingen een tekort ontstaat, minder zorgvuldig in deze procedure. Zo waren er mensen aan het werk in een zorginstelling die uiteindelijk niet de juiste papieren bleken te hebben of waarbij geen controle was uitgevoerd op de VOG.

'Nou inmiddels is het zo dat onze P&O-afdeling een aantal acties doet. Er worden dus altijd referenties gebeld, er vindt een diplomacheck plaats. We hebben hier ook meegemaakt dat we geconfronteerd werden met vervalste diploma's. Dus tegenwoordig bellen we op de opleiding: "We hebben hier een diplomnummer en er staat die en die naam op, kunt u mij aangeven of dat klopt?"

3.4 Onderzoeken van het incident

Informatie door onderzoek in de organisatie

Nadat de geanalyseerde incidenten gemeld waren bij het management, vond er altijd een intern onderzoek plaats. In de meeste situaties bleek het incident niet altijd herleidbaar naar een persoon, maar was het team en het gebrek aan onderlinge samenwerking en communicatie, waarbij tevens het aanspreken ontbrak, een belangrijk factor bij het ontstaan van het incident.

‘..door de communicatieproblemen zijn parallelstructuren ontstaan, een arts deed wat hij deed zonder met de ander af te stemmen. Er zijn coalities gevormd, een team heeft zich eigen werkstijlen eigen gemaakt, zich toch verzelfstandigd heeft ...maar ieder eilandje op zich voldeed wel...’

In dit soort onderzoeken bleek het vaststellen van verminderd functioneren vaak een niet zo duidelijk moment, maar gaandeweg het onderzoek werd het beeld helderder.

Informatie door onderzoek door IGZ

De incidenten werden alle ook, zoals bij calamiteiten wettelijk verplicht is, gemeld bij de IGZ. Het melden bij en het onderzoek door de inspectie op basis van de melding werd zeer wisselend ervaren. Een aantal geïnterviewden gaf aan steun te hebben ervaren van het onderzoek door de IGZ in de organisatie en goede feedback te hebben ontvangen van de inspecteur.

‘.. ook geholpen door de tekortkomingen die zij (inspectie) zelf gezien hebben, die te documenteren en dat van ons verwacht werd om een verbeterplan te maken ...’

Er was ook kritiek. Zo had een aantal geïnterviewden meer verwacht van de inspectie. Ze hadden bijvoorbeeld adequater ingrijpen verwacht toen bekend was dat een zorgverlener niet goed functioneerde. De voorgestelde maatregel was het maken van een plan van aanpak voor verbetering door de instelling. Zij hadden verwacht dat er harder ingegrepen werd door de inspectie om een gevaar voor patiënten te voorkomen. Zij hadden ook verwacht dat er meer hulp werd geboden bij het maken van het plan van aanpak. Een aantal geïnterviewden ervoer de aanpak van de inspectie als bemoeienis en kon met de opgelegde maatregelen niet goed uit de voeten:

‘... dat vonden wij een grote onzinmaatregel.... dat als je zoiets zegt, bedenk dan even wat voor impact dat heeft en bedenk dat dat dus niet de kwaliteit verhoogt.... dit zijn gewoon schijnmaatregelen, waar je helemaal alleen maar doorgedraaide, gefrustreerde mensen van krijgt.’

Daarnaast gaven de geïnterviewden aan dat het ingrijpen van de inspectie een grote impact had op de zorgverleners als persoon in de organisatie:

‘... nou wij hebben ons wel een beetje als een klein kind gevoeld, gewoon vernederd. Ja, dat hoort natuurlijk niet. Ze zijn een toezichthouder maar wij zijn zorgverleners. En we moesten ons ongeveer verdedigen dat we zorgverleners waren en dat, je hoopt dat ze (inspectie) daarvan ook leren.’

3.5 Overige genoemde factoren

De rol van de beroepsvereniging

De rol van de beroepsverenigingen wordt door de geïnterviewden nauwelijks genoemd en zij zien de rol als zeer beperkt. Geen van allen heeft actieve steun gehad van de beroepsvereniging, in het geval van incidenten. Overigens verwachten de zorginstellingen deze steun ook niet. De zorginstellingen maakten indien van toepassing wel gebruik van de standaard protocollen van beroepsverenigingen over hoe om te gaan met verminderd functioneren in de eigen organisatie.

Impact binnen de organisatie

De impact die een incident in de organisatie heeft, verschilt per situatie. Wanneer een team gedurende een langere tijd niet goed functioneert en het verminderd functioneren van een team uitmondt in een incident, dan is de impact op de organisatie en op de zorgverleners persoonlijk groot.

'.. ik heb die impact nooit zo meegemaakt vanuit de organisatie, maar ik weet wel dat het hier als een soort van molensteen om ieder zijn nek heeft gehangen.'

Een ernstig incident kan ook invloed hebben op het gevoel waarmee medewerkers hun werk beleven en de trots op hun organisatie:

'..Je was trots op je organisatie, waar je werkte, wat je deed en plotseling had je het idee als je hier door de stad fietste dat je je voor iedereen moest verantwoorden. Ik werd door veel mensen aangesproken en wij op congressen nog steeds worden aangesproken.'

De impact van de media

Geen van de geïnterviewden liet zich positief uit over de media. De media wordt verweten een eenzijdig beeld te hebben geven van de situatie. In het verhaal van de organisatie was de media niet geïnteresseerd. Daarnaast was de organisatie vaak niet in de gelegenheid om de situatie uit te leggen, omdat dat de privacy van cliënten en patiënten zou hebben geschaad.

'... ter eer en glorie van de presentator, want die had een fijne scoop... batterijen journalisten lagen dus in de bossen. We moesten van alles bedenken om de journalisten af te schudden, om de privacy van de cliënt te bewaken...'

Een protocol voor ernstige incidenten kan dat voorkomen. Zo werd bij een van de casussen een persoon verantwoordelijk gesteld voor het omgaan met de media en een ander persoon richtte zich op het interne zorgbeleid.

4 Resultaten interviews bij individuele zorgverleners

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de interviews met individuele zorgverleners. In de beschrijving zijn instellingen en individuele zorgverleners niet herkenbaar. Mede daarom kan overal waar hij staat hij/zij gelezen worden. De geïnterviewde zorgverleners noemden veel factoren die een rol speelden bij het voorkómen van incidenten. Deels komen deze overeen met de in het vorige hoofdstuk genoemde factoren zoals sturen op functioneren en het bewerkstelligen van de juiste cultuur. Omdat in alle gevallen sprake was van een tuchtprocedure, is er veel gezegd over de procedure en in hoeverre zorgverleners hier leerpunten uit hebben gehaald. Dit heeft te maken met de mogelijkheid tot zelfreflectie. Ook komen de oorzaken aan de orde en de impact die een dergelijk incident heeft.

4.1 Sturen op functioneren

Deskundigheidsbevordering

De geïnterviewde zorgverleners vonden dat ze zelf acties kunnen ondernemen om incidenten te voorkomen door deel te nemen aan bij- en nascholing. Volgens hen zijn er ook acties die organisaties moeten ondernemen ter voorkoming van incidenten. Een voorbeeld is het houden van functioneringsgesprekken en evaluatie van het functioneren van zorgverleners, bijvoorbeeld met behulp van de systematiek van het Individueel Functioneren Medisch Specialist (IFMS) in het geval van medisch specialisten. Al betwijfelde een geïnterviewde of IFMS een waterdicht systeem is wat betreft het signaleren van verminderd functioneren.

‘En dan heb je een aantal dingen waar je echt wel wat mee kunt en daar verbeter je op, maar of je met dat systeem (red: IFMS) een disfunctionerend specialist boven water haalt en daar ook adequaat wat mee kunt.....dat vraag ik me heel erg af. Maar dus ik doe wel mee.’

Een andere manier die genoemd werd om organisaties kwaliteit te laten borgen en incidenten te laten voorkomen, is het in huis halen van opleidingsplaatsen. Dit creëert interactie tussen opleider en aankomend zorgverlener en zorgt ervoor dat beiden kunnen leren van elkaar.

‘Dan heb je ook heel veel interactie en dan moet je het gewoon weten. Dus je kan niet iemand een stage bieden als je het niet weet, en die geeft bovendien weer nieuwe input of die brengt weer wat nieuws binnen.’

Het controleren van regels en afspraken

Daarnaast werden veel factoren genoemd die betrekking hebben op het controleren van de afspraken in de protocollen en controle van de werkwijze. Voorbeelden zijn het hebben van gerichte controles, bijvoorbeeld een urinetest voor anesthesiemedewerkers, het hebben van een klachtenprocedure, het werken in een elektronisch systeem of het verbeteren van protocollen en werkwijzen.

‘Ja, elektronisch voorschrijven. Dat is al een verbetering vind ik zelf.....Ja ik moet zeggen dat die extra check er wel ingebouwd is nu.’

Educatie en communicatietraining

Een aantal geïnterviewden gaf aan dat het voorkomen van incidenten bij de opleiding moet beginnen en zag oplossing in educatie over het onderwerp. Dit kan voorlichting over verantwoordelijkheden en functioneren in het algemeen zijn of educatie in het houden van professionele afstand. Ook speelt training in communicatie volgens veel geïnterviewde zorgverleners een grote rol bij het voorkomen van incidenten en verminderd functioneren. Zo is ontevredenheid van een patiënt en een klacht naar aanleiding daarvan misschien al te voorkomen door duidelijke communicatie en het onderhouden van een goede relatie met de patiënt.

‘Ja vergewis je ervan dat wat je beslist dat dat wel heel duidelijk overgekomen is aan de andere kant. Waarbij je denkt ik leg wat uit en dan bereik ik ze dan wel ja. En dan die terugkoppeling, heb je begrepen wat ik heb bedoeld.’

4.2 Het bewerkstelligen van de juiste cultuur

Aanspreekcultuur

Een belangrijk aspect uit de meeste interviews is het belang van een open cultuur ter preventie van incidenten en verminderd functioneren. Ook in deze deelstudie werd een open cultuur waarin zorgverleners elkaar aanspreken genoemd als voorwaarde voor het goed functioneren van de organisatie en zorgverleners.

‘Ten eerste moet er een gezonde cultuur zijn in het bedrijf’

Een open cultuur moet volgens de geïnterviewde zorgverleners er voor zorgen dat eventuele problemen bespreekbaar zijn. Directe collega's kunnen een grote rol spelen bij het voorkomen van incidenten door klachten of problemen te bespreken en samen verantwoordelijkheid te dragen voor de geleverde zorg. Het goed afstemmen tussen collega's speelt hier ook een rol. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van intervisie maar ook gewoon door informeel af te stemmen tussen beroepsgenoten.

‘Maar ik overleg wel heel veel met andere collega's die in andere klinieken werken, waar ik gewoon een goeie band mee heb en daar kan ik dingen mee bespreken’

Soms lukt onderlinge bespreking niet goed en dan is er volgens een geïnterviewde behoefte aan een vertrouwenspersoon om bij terecht te kunnen met problemen.

‘Ja maar dan ook echt iemand waarvan je zeker bent van die kan ik daarmee niet beschadigen. Want ik durfde niet bij mijn vrienden aan te komen en ook niet bij mijn collega's. Ik had toen intervisie van XX, helemaal niks aan de hand, alles keurig geregeld. Maar ik durfde er niet mee aan te komen.’

Enkele geïnterviewde zorgverleners vonden ook dat collega's verminderd functioneren moesten signaleren.

‘Ja dat weet ik eigenlijk wel zeker. Dat die eerste signalering toch bij de eerste directe collega's moet liggen.’

Een geïnterviewde gaf aan dat wat hem betreft collega's achteraf gezien strenger hadden moeten optreden door hem aan te spreken. Hij erkent wel dat het in de praktijk lastig is omdat je je collega's vaak al lang kent.

'Misschien had dat het dan kunnen voorkomen. Dus vanuit de groep zelf strenge maatregelen. Maar ja, ik begrijp dat ook wel want je kent elkaar al dertig jaar. Dus dan doe je dat niet zomaar.'

Melden is vaak ook lastig volgens een geïnterviewde zorgverlener omdat mensen bang zijn om een bepaalde situatie te melden als het op dat moment nog goed gaat. De stap om te melden is groot als er nog niets daadwerkelijk mis is gegaan.

'Mensen die naar de raad van toezicht of naar de IGZ stappen, omdat ze ontevreden zijn over situaties in het ziekenhuis, zijn meestal mensen die daarna hun boeltje kunnen pakken. Dat doe je niet zo gauw.'

Defensieve houding

Toch kunnen de maatregelen die getroffen worden volgens de geïnterviewde zorgverleners ook doorslaan in defensieve geneeskunde. De maatregelen zijn dan vooral bedoeld om klachten te voorkomen maar niet om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Enkele zorgverleners geven zelfs aan dat bepaalde patiënten niet meer behandeld worden en worden doorgeschoven naar anderen.

'Het zijn toch wel dingen die ik niet weer wil meemaken dus dan ga je toch wel defensief werken, je gaat meer dingen aanvragen om uit te sluiten.'

Enkele geïnterviewden gaven ook aan dat zij eerder hadden moeten behandelen, ook al was dat dan vooral om de patiënt en andere betrokkenen het gevoel te geven dat 'er alles aan gedaan is'. Daarnaast gaven enkele geïnterviewden aan dat de gebeurtenissen voorkomen hadden kunnen worden door de betreffende patiënt eerder door te verwijzen of zelfs helemaal niet in behandeling te nemen.

'Maar goed nee ik denk dit had niet voorkomen kunnen worden. De enige manier om het te voorkomen is nou ja wat we nu doen, gewoon sorry jongens, pech voor jullie kindje.'

4.3 Oorzaak van het incident

Risicopatiënten

In de interviews is gekeken naar welke factoren ervoor zorgen dat er in de behandelde casussen dingen fout zijn gegaan. Wat opvalt bij het identificeren van oorzaken is dat veel zorgverleners een oorzaak zagen in een bepaalde 'risicogroep' patiënten of puur als 'risico van het vak'. Voorbeelden zijn patiënten met een psychiatrische stoornis of patiënten die pas tevreden zijn als er iemand 'hangt' en daarom verschillende personen aanklagen.

'En dat hangt heel erg af van het type patiënt wat je tegenkomt. En dit zijn toch type mensen die willen iets halen, die willen gewoon.. die cultuur is anders die oog om oog, tand om tand. En die willen gewoon, door jou is mijn moeder dood en nu ben jij aan de beurt.'

Verder vonden enkele geïnterviewden bepaalde beroepsgroepen kwetsbaarder omdat zij invasief bezig zijn of omdat het risico dat er mensen dood gaan veel groter is dan in andere vakgebieden.

Professionele afstand

Een aspect dat in verschillende interviews terugkwam is de spanning tussen betrokkenheid bij patiënten en het houden van professionele afstand. Het verliezen van de grens hiertussen heeft er aan bijgedragen dat in sommige gevallen deze grens is overschreden in de vorm van seksueel overschrijdend gedrag.

‘De leerpunten zijn gewoon van behoud je professionele afstand als zorgverlener, te allen tijde. Maar je hoeft maar een keer tegen een verkeerde aan te lopen, zoals nu het geval is, en je hangt. En er was bij mij nooit een kwade bedoeling, maar je kan het als zorgverlener gewoon niet maken.’

Zorgverlener zelf

De geïnterviewden noemden echter ook factoren die juist met de zorgverlener te maken hebben. Soms speelde de angst voor een opgelegde maatregel. De betreffende zorgverlener wist dat hij fout zat maar liet de situatie voortbestaan uit angst voor een maatregel. De angst daarbij was vooral dat zijn onderneming failliet zou gaan naar aanleiding van een maatregel zoals een schorsing.

Andere genoemde oorzaken die met de zorgverlener zelf te maken hebben zijn onvoldoende kennis van richtlijnen en onvoldoende dossiervoering. Daarnaast weet een geïnterviewde de fouten aan zijn eigen persoonlijkheid. De zorgverleners noemden ook factoren die te maken hebben met de organisatie van zorg en de werking van het systeem. Zo kan drukte een rol spelen in het ontstaan van incidenten. Bij dingen die ‘even snel tussendoor’ gedaan worden, gaat sneller iets fout en ook rond weekend- en nachtdiensten en feestdagen is de kans op een fout groter. Ook afstemming tussen zorgverleners en de betrokkenheid van meerdere zorgverleners vergroot volgens de geïnterviewden de kans op incidenten.

‘..in zo’n netwerk weet je niet wie wat aan het doen is en daar zit de problematiek. Daar is het fout gegaan.’

4.4 De tuchtprocedure

In de bestudeerde casussen vond er altijd een tuchtzaak plaats. De ervaringen die zorgverleners over dit traject hebben gedeeld, worden in deze paragraaf besproken.

Het tuchtcollege

Over het algemeen genomen was de mening over de procedure van het vaststellen bij het tuchtcollege niet positief. Veel geïnterviewden stelden de werkwijze en expertise van het tuchtcollege ter discussie. Zij uitten veel kritiek over de deskundigheid van het college, met name de keuze voor experts die aanwezig zijn.

‘Nou, het had alleen maar voorkomen kunnen worden door goede mensen in zo’n tuchtcollege te zetten met verstand van zaken.’

Ook waren er verschillende zorgverleners die aangaven negatieve ervaringen te hebben met de bejegening tijdens de tuchtzaak. Dit ging om zowel de bejegening door het tuchtcollege als door de aanklagende partij.

'Nou geen greintje mededogen ik vond het heel onvriendelijk en bestraffend kijken. Wat naar was dat.'

Enkele geïnterviewden verweten het tuchtcollege bevooroordeeld te zijn. De zorgverlener werd niet gehoord en kwam niet aan het woord tijdens de tuchtzaak.

'Niet gehoord, niet begrepen. Ik vond het college een zeer bevooroordeelde indruk maken en, ja, ik had geen spat vertrouwen in de uitslag.'

Er werd genoemd dat het onderzoek van het tuchtcollege breder gaat dan de inhoud van de klacht. Anderen gaven juist aan dat slechts selectief naar de relevante informatie wordt gekeken. Ook werd genoemd dat het tuchtcollege uit het oog verloren was waar het om draait, namelijk zorgen dat de kwaliteit van zorg beter wordt. Een geïnterviewde noemde dat het lijkt alsof het tuchtcollege belang heeft bij veel zaken.

'Dat lijkt er op dat die tuchtcolleges productie moeten draaien, in de zin van 'Er moeten mensen veroordeeld worden'.'

Als laatste benadrukte een geïnterviewde dat het makkelijker moet worden om het tuchtcollege zelf aan te klagen.

'Degene die daar een beslissing neemt en eventueel onterecht, die moet makkelijker aan te klagen zijn of terug te pakken zijn vind ik. Zij zitten daar echt in een ivoren toren en niemand kan ze niets doen. Niemand.'

Klachtenafhandeling

Een ander punt van kritiek dat uit de interviews naar voren kwam, ging over het in behandeling nemen van klachten van patiënten. Verschillende zorgverleners waren van mening dat er een bepaalde selectie zou moeten zijn van klachten voordat deze in het tuchtcollege behandeld worden. Daarnaast vonden verschillende geïnterviewden het vreemd dat patiënten gelijk naar het tuchtcollege kunnen stappen zonder dat ze bijvoorbeeld eerst bij de zorgverlener zelf of de organisatie met de klacht zijn gekomen.

'Nee, dus wat mij, ons, de maatschap enorm stoorde is dat je zo een klacht kan indienen bij het tuchtcollege zonder dat je bij mij zelfs maar een klacht of een verwijt hebt ingediend.'

Verschillende geïnterviewden gaven aan dat het traject rond een tuchtzaak erg lang duurt. Dit wordt als ingrijpend ervaren. Daarnaast gaven enkele zorgverleners aan niet in hoger beroep te zijn gegaan omdat ze het proces niet nog eens wilden doorlopen en dat de zorgverleners de zaken wilden laten rusten.

'Ik was het er niet helemaal mee eens maar ik heb gedacht ik doe daar niemand goed mee om dit nog eens een keer te doorlopen.'

4.5 Mogelijkheid tot zelfreflectie

Om lessen te leren is zelfinzicht van groot belang. Wanneer gevraagd werd hoe de betreffende casussen voorkomen hadden kunnen worden, noemden de geïnterviewde zorgverleners uiteenlopende aspecten. Sommige gaven aan geen idee te hebben hoe de betreffende gebeurtenissen voorkomen hadden kunnen worden. Andere gaven aan het niet (helemaal) eens te zijn met de klacht en maatregel. Een aanzienlijk deel merkte op dat factoren die de gebeurtenissen hadden kunnen voorkomen, helemaal of gedeeltelijk bij hen zelf liggen.

'Ja, ja het had wel voorkomen geweest als ik gewoon niet zo dom was geweest.'

De reacties van de geïnterviewden op de betreffende klacht, die in het tuchtcollege werd behandeld, liepen erg uiteen. Zo zijn verschillende zorgverleners het duidelijk niet eens met de aanklacht.

'Ja, ik heb het goed gedaan. Die klacht, die is gewoon onterecht en dan kan ik niks.'

Verschillende anderen zien in waarom er een klacht tegen hen is ingediend.

'Dus toen had ik misschien op dat moment het contact met de huisarts moeten zoeken... dat kan je verwijten.'

Voor sommige zorgverleners kwam de klacht helemaal uit de lucht vallen of heerst de gedachte 'dat gebeurt mij niet'. Ook speelde bij enkele zorgverleners een groot gevoel van onrechtvaardigheid. Deze onrechtvaardigheid was gebaseerd op dat andere zorgverleners ook fouten maken maar waar niet naar gekeken wordt, of zorgverleners die mede verantwoordelijk zijn voor de gebeurtenissen maar die vrijuit gaan.

'Het moment dat een brief van de tuchtraad op de mat valt, vanuit het niets, raakte ik volkomen in de war. Dit kan niet waar zijn. Het kwam volledig uit de lucht vallen, daar patiënt tot op het laatst tevreden was.'

De reacties van de geïnterviewde zorgverleners op de opgelegde maatregelen liepen uiteen. Waar de een niet kon begrijpen dat dit hem overkwam, reageerde de ander juist boos of onverschillig. De meeste geïnterviewden waren het oneens met de maatregel. Vaak werd aangegeven dat de strafmaat te hoog was.

'Ik ben het nog steeds tot op de dag van vandaag niet eens met de berisping.'

4.6 Impact

Persoonlijke impact

Uit de interviews bleek dat een maatregel grote impact heeft op de geïnterviewde zorgverleners. Op persoonlijk vlak heeft het traject en de uiteindelijke maatregel veel invloed. Niet alleen op de zorgverleners zelf maar ook in het gezin bijvoorbeeld.

'Je moet je voorstellen dat je dochter naar je toekomt en zegt: 'Pap, wat heb ik nou over jou gelezen op internet?'

Een punt dat vaak werd aangehaald in de interviews is dat de maatregelen openbaar gemaakt worden. Geen enkele zorgverlener was hier positief over. Vooral dat de uitspraak ook in de lokale krant wordt vermeld, werd vaak genoemd. Verschillende zorgverleners gaven aan dat dit onnodig is wat hen betreft. Daarnaast namen andere media dit soms weer over wat ook veel impact kan hebben. Via Google werden bijvoorbeeld alleen nog maar dingen over de maatregel gevonden. Een zorgverlener gaf aan dat er gekeken zou moeten worden naar strafverlichting als er veel media aandacht is geweest bij bepaalde zaken, zoals dat in het strafrecht gebruikelijk is. In de interviews kwam vaak terug dat de zorgverleners het gevoel hadden weggezet te worden als crimineel, terwijl er vaak geen sprake is van opzet.

'De berisping, dat komt met een advertentie in de krant. Ik kan niet anders zeggen dat is gewoon schofterig. Ik heb er geen andere, ik weet niet of andere mensen daar wat van.... je staat met naam, voornaam, beroep en woonplaats, hè dus hoeveel XX wonen er in XX, in de krant dat je een foute diagnose hebt gemaakt. Ik zeg een misdadiger staat met zijn initialen en die doet opzettelijk iets fout.'

Professionele impact

De geïnterviewden beschreven tevens de impact van de maatregel op professioneel vlak en in hun organisatie. Bij een doorhaling betrof dat soms het afbouwen van de praktijk en moest er een manier gevonden worden om te werken met inachtneming van de beperkingen. Voorbeelden die genoemd werden, zijn het laten uitvoeren van voorbehouden handelingen door een andere arts of het optreden als medisch adviseur. Verder ervoeren sommige zorgverleners steun vanuit de organisatie, bijvoorbeeld van directe collega's. Een zorgverlener noemde echter dat hij minder voor elkaar krijgt in de organisatie na de opgelegde maatregel en dat zijn vertrouwen in collega's veel minder is geworden.

'Maar het steekt wel, kijk wij willen het vertrouwen van de collega's terug krijgen maar van mij krijgen ze het vertrouwen nooit meer terug.'

Een ander punt was de angst voor een volgende klacht. Dit kan angst zijn bij de zorgverlener zelf maar ook bij collega's. Daarnaast werd ook genoemd dat er naar aanleiding van een maatregel ook patiënten zijn die 'denken dat er wat te halen valt' en dan ook een klacht indienen.

'Maar ik ben wel bang geworden. Dus de onbevangingheid waarmee ik werkte die is wel aangetast en dat neem ik wel, dat neem ik het systeem kwalijk.'

Financiële impact

De geïnterviewden gaven aan dat de impact ook ligt op financieel vlak. Bekendheid dat de zorgverlener een maatregel heeft gekregen leidt in sommige casussen tot verlies van patiënten. Toch gaven ook verschillende zorgverleners aan dat patiënten niet wegbleven. Bij een beroepsbeperkende maatregel zijn er uiteraard meer gevolgen. Zo moet er een manier worden gevonden om om te gaan met de beperkingen die zijn opgelegd. Een geïnterviewde gaf aan dat concurrerende zorgverleners gebruik maken van de maatregel om de zorgverlener zwart te maken.

'De impact is, dat is sowieso, ja, zoals ik het ervaar, dan krijg ik bijvoorbeeld cliënten, mensen die via-via worden verwezen of aangeraden en dan komen ze bij mij en nadat ze bij mij zijn geweest gaan ze op internet zoeken en dan annuleren ze of zetten ze de behandeling meteen stop.'

Zorgverleners geven ook aan dat marktwerking een rol speelt bij het signaleren van slecht functioneren. Het idee is dat, wanneer er geen goede zorg wordt geleverd, patiënten vanzelf weg zullen blijven. Dit geldt dan wel vooral voor beroepen die zelfstandig werken.

'Wat je steeds ziet is de marktwerking, want als de klant een keer een briefje niet krijgt of hij wordt niet teruggebeld of de rapportages zijn niet goed, dan gaan ze volgend jaar weer naar een ander. Je merkt het zelf wel of je je werk goed doet of niet. En als je het nou niet goed doet dan heb je geen werk meer.'

5 Discussie

Met dit onderzoek wilden we identificeren hoe ernstige incidenten te voorkomen zijn. De hypothese was dat de zorgverleners die een ernstig incident hebben meegemaakt met media-aandacht, als collega, bestuurder of als persoon die het betreft, veel hebben geleerd van een dergelijk situatie. Door te onderzoeken hoe de betrokkenen de incidenten hebben ervaren en hoe zij denken dat vergelijkbare incidenten in de toekomst te voorkomen zijn, konden we leerpunten identificeren voor andere zorgverleners en zorginstellingen die in deze paragraaf aan de orde komen.

In dit hoofdstuk beantwoorden we eerst de belangrijkste onderzoeksvragen. Daarna beschrijven we concrete acties of instrumenten voor het voorkomen van incidenten die uit de interviews naar voren kwamen. Als laatste reflecteren we op de uitkomsten en vermelden we nog enige bijzondere bevindingen. Ook vermelden we de sterktes en zwaktes van dit onderzoek.

5.1 Beantwoording onderzoeksvragen

Casestudies organisaties

De belangrijkste onderzoeksvraag bij de organisaties die een ernstig incident hadden meegemaakt met veel media-aandacht was wat de lessen zijn die getrokken kunnen worden volgens zorgverleners en bestuurders die direct betrokken waren bij dat incident waarbij het functioneren van een collega uit hun eigen organisatie ter discussie stond. De subvragen hierbij luiden:

- Welke acties nemen organisaties die te maken krijgen met een incident?
- Hoe kan het beleid van de organisatie en van de IGZ bijgedragen aan het voorkomen van incidenten?
- Wat had, achteraf gezien, gedaan kunnen worden om het incident te voorkomen?
- Welke factoren belemmeren of bevorderen het voorkomen van incidenten?

Acties

Organisaties leren veel van incidenten. Alle geïnterviewde organisaties die te maken hebben gehad met ernstige incidenten, gaven aan dat de situatie heeft geleid tot zelfreflectie. Het heeft de zorgorganisaties gestimuleerd om hun processen te heroverwegen. Het management van de organisatie heeft zich afgevraagd hoe een dergelijke situatie heeft kunnen ontstaan. Nadat de geanalyseerde incidenten gemeld waren bij het management, vond er ook altijd een intern onderzoek plaats. In de meeste situaties bleek het incident niet zo herleidbaar naar een persoon, maar was het team en het gebrek aan onderlinge samenwerking en communicatie, waarbij tevens het aanspreken ontbrak, een belangrijk factor bij het ontstaan van het incident.

Ander beleid van de organisatie

Deze zelfreflectie leidde tot een aantal structurele maatregelen die volgens de geïnterviewden van belang waren om incidenten in de toekomst te voorkomen. Deze maatregelen zijn onder te verdelen in drie categorieën:

- het initiëren van systemen om te sturen op functioneren door kwaliteitsbevorderende activiteiten zoals het opstellen en naleven van protocollen, deskundigheidsbevordering, bij- en nascholing en intervisie.
- het werken aan het bevorderen van een cultuur die gericht is op aanspreken en op samenwerken

en die reflectie stimuleert. Fouten maken mag, melden moet.

- het scherp controleren bij de sollicitatieprocedure van referenties, diploma's, het BIG-register en van een Verklaring omtrent Gedrag.

Beleid IGZ

Van de IGZ verwachten de organisaties :

- steun bij het onderzoek en feedback van de inspecteur;
- tijdig en adequaat ingrijpen om een gevaar voor patiënten te voorkomen maar ook
- minder bemoeienis en opgelegde maatregelen waarmee ze niet goed uit de voeten kunnen.

Bevorderende en belemmerende factoren

Een open cultuur bevordert het voeren van een gesprek met betrokken zorgverleners na een incident. Het continu werken aan deskundigheidsbevordering en het behouden van scherp te, luisteren naar onderbuikgevoelens, het op tijd elkaar aanspreken en het volgen van protocollen zijn belangrijk bevorderende activiteiten om incidenten te voorkomen.

Media-aandacht werd met name gezien als een belemmerende factor. Geen van de geïnterviewden liet zich positief uit over de media. De media wordt verweten een eenzijdig beeld te geven van de situatie. In het verhaal van de organisatie waren de media niet geïnteresseerd. Daarnaast was de organisatie vaak niet in de gelegenheid om de situatie uit te leggen, omdat dat de privacy van cliënten en patiënten zou hebben geschaad. Een protocol over hoe om te gaan met ernstige incidenten, waarin op voorhand is nagedacht over hoe om te gaan met de media, kan bijdragen om de positie van de patiënt/cliënt en de organisatie beter tot haar recht te laten komen.

Interviews zorgverleners

De belangrijkste onderzoeksvraag bij de interviews met individuele zorgverleners was wat zorgverleners die geconfronteerd werden met een maatregel van de tuchtrechter, geleerd hebben van het incident en de procedure.

De subvragen hierbij luiden:

- Hoe hebben de betreffende zorgverleners het traject ervaren?
- Wat was nodig geweest om deze situatie of dit incident te voorkomen of eerder te signaleren? Welke lessen hebben ze zelf geleerd van het incident of incidenten en welke lessen kunnen collega-zorgverleners hiervan leren?

Ervaringen traject

Uit het onderzoek blijkt dat de ervaringen van deze zorgverleners erg uiteen lopen. Sommige zorgverleners leggen deels of geheel de verantwoordelijkheid voor de gebeurtenissen bij henzelf. Anderen zijn het totaal niet eens met de opgelegde maatregel. Dit maakte het in sommige gesprekken lastig om tot leerpunten te komen. Wanneer dit wel mogelijk was, kon gekeken worden naar factoren die de gebeurtenissen hadden kunnen voorkomen.

Maatregelen ter voorkoming en geleerde lessen

Een aspect dat genoemd werd om dergelijke situaties in de toekomst te voorkomen, was het sturen op functioneren in de vorm van bij- en nascholing, IFMS, functioneringsgesprekken en het in huis halen van opleidingsplekken. Verder zou het controleren van regels en afspraken zoals vastgelegd in protocollen en richtlijnen, kunnen helpen om soortgelijke casussen in de toekomst te voorkomen.

Ook zijn er suggesties gedaan om meer aandacht te besteden aan het onderwerp verminderd functioneren in de opleiding van zorgverleners. Net zoals in het onderzoek binnen organisaties noemen de zorgverleners het bevorderen van de juiste cultuur waarin collega's elkaar kunnen aanspreken als dingen niet goed lopen als een noodzakelijke randvoorwaarde om verminderd functioneren te voorkomen. Hierbij wordt wel opgemerkt dat het erg lastig kan zijn om dingen bespreekbaar te maken wanneer er nog niets fout is gegaan en wanneer de betrokkenen elkaar al lange tijd kennen. Bij het voorkomen van incidenten moet er voor gewaakt worden dat zogenoemde 'defensieve geneeskunde' het resultaat is waarin zorgverleners maatregelen treffen die gericht zijn op het indekken tegen klachten in plaats van op het verbeteren van kwaliteit van zorg.

Veel zorgverleners gaven aan dat het traject bij het tuchtcollege en de uiteindelijke maatregel veel impact heeft gehad. Deze impact speelt zowel op persoonlijk als professioneel vlak. Een punt dat vaak werd aangehaald in de interviews is dat de maatregelen openbaar gemaakt worden. Geen enkele zorgverlener is hier positief over. Verschillende zorgverleners gaven aan dat dit onnodig is wat hen betreft. Daarnaast namen andere media dit soms weer over wat ook veel impact kan hebben. In de interviews met individuele zorgverleners kwam ook vaak het tuchtrecht en de tuchtprocedure naar voren. Sommige geïnterviewden stellen de werkwijze en expertise van het tuchtcollege ter discussie. Ook vinden verschillende zorgverleners dat klachten van patiënten te snel opgepakt worden.

Welke acties en instrumenten kunnen incidenten voorkomen?

Zorgverleners en bestuurders gaven in dit onderzoek aan dat zij geleerd hebben dat verschillende aspecten van de organisatie van zorgverlening cruciaal zijn om ernstige incidenten te voorkomen. Deze aspecten hebben we samengevat in tabel 1. Dit zijn concrete acties of instrumenten die werden genoemd gedurende de interviews. Andere zorgverleners en bestuurders kunnen deze in de praktijk gebruiken om incidenten te voorkomen. Bij iedere actie of instrument zijn ook de verantwoordelijken voor het nemen van die acties of ontwikkelen en toepassen van die instrumenten genoemd. Met name voor het voorkomen van incidenten is er een groot arsenaal aan acties mogelijk.

Tabel 1 Genoemde acties of instrumenten ter voorkoming van ernstige incidenten

Acties of instrumenten

Verantwoordelijkheid ligt vooral bij de Raad van Bestuur

Sturen op functioneren:

- Voeren van functioneringsgesprekken
- Ondersteuning geven door de RvB aan betrokken zorgverleners
- Waakzaam zijn op gedrag van zorgverleners (te solistisch werken, terugtrekken, plotseling veranderd gedrag)

Het creëren van een open cultuur

- Creëren van een open bespreekcultuur
- Aanbieden van opleidingsplek(ken)
- Benoemen vertrouwenspersoon
- Bespreken van incidenten met betreffende zorgverlener

Optimaliseren externe omstandigheden

- Uitwisselen van kennis over zorgverleners
- Hanteren van selectieprocedure (diploma's beoordelen, referenties checken, verklaring omtrent gedrag)
- Ontwikkelen van een strategie over hoe om te gaan met de media, IGZ en andere stakeholders

Verantwoordelijkheid ligt vooral bij de zorgverleners

Sturen op functioneren

- Aanscherpen werkwijzen en protocollen
- Naleven van protocollen
- Bij- en nascholing

Het creëren van een open cultuur

- Behouden van scherpheid in het dagelijkse proces
- Organiseren van momenten voor zelfreflectie
- Niet negeren van het 'onderbuikgevoel'
- Verbeteren van teamsamenwerking
- Organiseren van intercollegiale intervisie
- Houden van intervisiebijeenkomsten
- Organiseren van audits en toetsing

Verantwoordelijkheid ligt extern

- Aandacht hebben voor incidenten en verminderd functioneren in opleiding/educatie

In deze tabel staat wat zorgverleners en bestuurders, geconfronteerd met ernstige incidenten, belangrijk vinden bij het voorkomen van toekomstige incidenten. Veel van de acties zijn gericht op het creëren van een aanspreekcultuur door hiervoor systemen en structuren te ontwikkelen. Een belangrijke verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de zorgverlener zelf. Opvallend is dat deze acties voor een groot deel overeenkomen met de door de IGZ aangegeven onderdelen van het toezicht op de governance van sturen op functioneren. Voor het sturen op functioneren kijkt de inspectie bij risicotoezicht of de bestuurder een adequaat systeem voor het sturen op het functioneren van de medewerkers heeft. De inspectie schenkt daartoe aandacht aan de wijze waarop zorginstellingen (IGZ, 2013):

- aantonen hoe zij sturen op functioneren van medewerkers door onder andere
 - functionerings- en beoordelingsgesprekken;
 - deelname van beroepsbeoefenaren aan visitaties vanuit de beroepsvereniging of wetenschappelijke vereniging;
 - transparantie van functioneringsbeoordelingen voor de bestuurder;
- opleidingsbeleid: na- en bijscholing en toetsing gericht op alle competenties;
- standaard controle bij het BIG-register en opvragen referenties en verklaring omtrent gedrag bij nieuwe medewerkers;
- aantonen hoe zij beleid en implementatie organiseren van veilig melden, aanspreekcultuur, leren van fouten; een open veiligheidscultuur stimuleren;
- aantonen hoe zij meldingen/visie van patiënten of cliënten betrekken bij beoordeling kwaliteit en hoe zij verschillende signalen combineren;
- verantwoorden welke acties zij ondernemen om beroepsbeoefenaren die verminderd functioneren te helpen zich te verbeteren;
- beschikken over protocollen hoe om te gaan met verminderd functioneren en disfunctioneren, waaronder alcohol en middelengebruik en seksueel grensoverschrijdend gedrag;
- borgen dat het beleid rond sturen op functioneren, verminderd functioneren en disfunctioneren bekend is bij alle medewerkers.

Uit dit onderzoek komen dezelfde aspecten naar voren als die de IGZ heeft vastgelegd in deze toezichtstrategie. Wel leggen de geïnterviewden ook de nadruk op de zachte kanten van een aanspreekcultuur in de vorm van onderbuikgevoelens en verbeteren van de teamsamenwerking, dan op de systeemkant. Al langer wordt gepleit het systeem van sturen op functioneren te professionaliseren en te integreren in de dagelijkse praktijk (Leape, 2006). Dit wordt gezien als een belangrijk handvat om incidenten, verminderd functioneren en daarmee disfunctioneren te voorkomen. Nu de IGZ hier in haar SGZ serieus werk van heeft gemaakt, lijkt de Nederlandse zorg sturen op functioneren als een belangrijk speerpunt te zien bij het voorkomen van incidenten en verminderd functioneren. Deze opvatting sluit goed aan bij de al langer geleden ingezette aanpak in het Verenigd Koninkrijk waar het tijdig opvangen van verminderd functioneren door het structureel sturen op functioneren centraal staat (Donaldson, 2013). Uitgangspunt is dat veel zorgverleners een periode in hun leven kennen waarin ze om verschillende redenen beperkt zijn in een goede en veilige uitvoering van hun vak. Schattingen lopen uiteen van 5 procent op tot een derde (Leape, 2006). Door aandacht te hebben voor een open cultuur en regelmatige controle van kennis en vaardigheden met behulp van instrumenten zoals intervisie en bij- en nascholing wordt verminderd functioneren eerder opgemerkt. In de casussen van dit onderzoek bleek telkens dat verminderd functioneren van individu of team vaak lang onbesproken kan blijven als er geen structurele aandacht is voor mogelijk

verminderd functioneren. In het vervolgonderzoek van dit ZonMw project zal in 2015 onderzocht worden in welke mate de omslag naar het sturen op en het voorkomen van verminderd functioneren in de praktijk te merken is en welke effecten dat heeft op de zorgverleners.

Tabel 1 geeft verschillende praktische handvatten voor het voorkomen van incidenten of het omgaan met verminderd functioneren voor alle betrokkenen. Concrete instrumenten zoals intervisie en casusbesprekingen, soms met een verfrissende blik van buiten, zijn nodig omdat het in de praktijk lastig blijkt te zijn elkaar aan te spreken en incidenten te melden. Zorgverleners zijn immers loyaal aan elkaar en aan hun organisatie waar ze met diezelfde collega's al lang werken. Het gevaar is dat te gemakkelijk acceptatie van gedrag er insluipt dat niet meer te rijmen is met professionele standaarden. Instrumenten worden over een brede linie gezien als nodig om scherp te blijven en kritische analyse te institutionaliseren.

5.2 Samenvattende onderzoeksbevindingen

Actiebereidheid lijkt beperkter dan zelf gedacht

In een eerder onderzoek (Weenink, 2014) gaf twee derde van de zorgverleners aan in te grijpen bij vermoedens van disfunctioneren van een directe collega. Dit onderzoek leert daarentegen dat veel incidenten gebeurden in een omgeving met een weinig open cultuur waar melden en aanspreken niet gewoon waren. Het duurde lang voordat het probleem op tafel lag en daar werden allerlei redenen voor genoemd. In een dergelijke afwachtende cultuur is het te verwachten dat niet direct wordt ingegrepen bij verminderd functioneren. Het is de vraag hoe het komt dat het lang duurt voordat signalen serieus genomen worden. Vaak is de veronderstelling dat zorgmedewerkers niet of laat melden, het zogenaemde 'organisationele zwijgen'. Maar onderzoek laat ook zien dat er vaak sprake is van 'organisationele doofheid': leidinggevende nemen signalen onvoldoende serieus waardoor medewerkers ontmoedigd worden te blijven melden en collega's aan te spreken waardoor de organisatie in zwijgen vervalt (Jones en Kelly, 2014).

Cultuur wordt centraal gesteld

Wat bij de resultaten opvalt is dat veel geïnterviewden het bewerkstelligen van de open cultuur centraal stellen om incidenten te voorkomen. Deze cultuur die incidenten moet voorkomen en daarmee verminderd functioneren, kent verschillende kanten:

- Er moet sprake zijn van voldoende openheid zodat incidenten worden gemeld en geanalyseerd, een niet-pluis gevoel bespreekbaar is en niet mag worden genegeerd. Symptomen van suboptimaal functioneren worden serieus genomen. Deze benoemde randvoorwaarde sluit aan bij een recente redactionele oproep in het vooraanstaande wetenschappelijke tijdschrift BMJ Quality and Safety. Hierin werd opgeroepen om 'als we probleemgedrag zien er iets van te zeggen in plaats van het te negeren en tegen andere collega's te fluisteren over wat we zagen (Gallagher, 2013). Deze oproep was naar aanleiding van onderzoek dat aantoonde dat 3% van de Australische artsen verantwoordelijk was voor 49% van de klachten en 1% was verantwoordelijk voor 25% van de klachten (Bismarck, 2013).
- De cultuur moet gericht zijn op samenwerking omdat zorg verlenen vaak een teamprestatie betreft en een incident vaak het hele team betreft.
- Er moet ruimte zijn voor zelfreflectie waarbij ook geleerd kan worden van incidenten.

Het is vaak systeem falen

Bij de geanalyseerde incidenten gaven de geïnterviewden aan dat vaak niet een persoon in de fout ging of verminderd functioneerde maar het hele team of zelfs het hele systeem. Als de afspraken niet goed zijn en de cultuur niet gericht is op het voorkomen van incidenten, dan faciliteert dat het suboptimaal functioneren. Het is daarom belangrijk het sturen op functioneren en het voorkomen van verminderd functioneren op organisatieniveau aan te pakken. In tabel 1 zijn hiervoor diverse handvatten beschreven.

Communicatie is een sleutelbegrip

Zowel met betrekking tot het realiseren van een aanspreekcultuur als wat betreft de geleerde lessen van de individuele zorgverleners werd goede communicatie genoemd als cruciale factor. Dat is een aspect waar zorgverleners en bestuurders goed aan kunnen werken om verminderd functioneren te voorkomen. Effectieve communicatie is immers voor een belangrijk deel te trainen, zo leerde ook een recent Australisch experiment, het Clinical Communication Program. Hierin werden artsen die relatief veel klachten en tuchtprocedures hadden gehad, specifiek getraind. Hierna verminderde het aantal klachten en procedures sterk (O'Brien, 2014).

Een kritische blik op de IGZ en een beperkte rol voor de beroepsverenigingen

Over de IGZ zijn de meningen verdeeld. Een deel waardeert haar inzet en ziet de inspecteurs als een handige stok achter de deur of een nuttige gesprekspartner. Er waren ook nogal wat kritische ondervraagden die de opstelling van de IGZ onvoldoende meedenkend ervoeren. Soms belemmerde de IGZ in hun ogen zelfs een open cultuur. Het blijkt ook dat het sterk afhangt van de opstelling van de inspecteur: als deze meedenkt en zich constructief opstelt wordt dat positief beoordeeld, zowel bij de organisaties als bij de zorgverleners.

In de ogen van de geïnterviewden spelen de beroepsverenigingen een beperkte rol. Er wordt soms gebruik gemaakt van protocollen maar steun bij de incidenten is niet ervaren door de geïnterviewden. Die behoefte is overigens beperkt aanwezig.

Veel kritiek op de tuchtprocedure

De zorgverleners die een maatregel hadden opgelegd gekregen waren erg kritisch over de tuchtprocedure. Dat is niet nieuw want eerder onderzoek had ook al laten zien dat de zorgverleners die ze ondergaan de tuchtprocedures kritisch beoordelen (Hout, 2011). Toch gaf ook in dat onderzoek een ruime meerderheid aan geleerd te hebben van de procedure. Onze bevinding is dat een deel van de geïnterviewden open stond voor de te leren lessen. Een ander deel bleef ontkennen verwijtbaar te hebben gehandeld. De vraag is daarmee interessant in welke mate het tuchtrecht de beoogde werking heeft te weten borgen van kwaliteit door correctie, normering en preventie door publicatie (Hout, 2010). Een andere vraag die dit onderzoek oproept is of zorgverleners het tuchtrecht door bijvoorbeeld de beroepsverenigingen beter waarderen en accepteren. Voor beide vragen is nieuw onderzoek nodig.

Media

De geïnterviewden waren unaniem kritisch over de opdringerige rol van de media. Deze vonden zij onacceptabel en schadelijk. De impact die negatieve berichtgeving in de media heeft, is in hun ogen

buitenproportioneel en maakt de toch al vervelende procedure nog erger. De angst voor en irritatie van media-aandacht bleek vorig jaar ook al uit een onderzoek naar de mening over openbaar maken van de IGZ-rapporten (Van Erp, 2013).

De organisaties zijn inmiddels na het incident in het verleden, goed voorbereid op een volgend incident dat media-aandacht zou kunnen trekken. Zij hebben een communicatiestrategie ontwikkeld waarin beleid is beschreven en protocollen zijn ontwikkeld wie welke verantwoordelijk heeft in het omgaan met de pers, de IGZ en berichtgeving naar buiten. Zij ervaren dat als een essentiële voorwaarde om de media-aandacht te kanaliseren.

Bij individuele zorgverleners speelt vooral het feit dat de uitspraak van het tuchtcollege openbaar is. Uit het onderzoek blijkt dat dit veel impact heeft. Het openbaar maken van tuchtrechtelijke uitspraken is momenteel een actueel onderwerp waarbij enerzijds politici roepen om maximale transparantie (<http://www.nu.nl/politiek/3915697/pvda-en-vvd-willen-openbare-lijst-falende-artsen-en-bestuurders.html>) en anderzijds beroepsverenigingen pleiten voor terughoudendheid (<http://www.skopr.nl/actueel/id14046-artsen-willen-stop-op-openbare-berispingen.html>)

Privacy

Wat daarnaast opvalt is dat organisaties zoeken naar een balans tussen de privacy van hun medewerkers en het borgen van de veiligheid voor hun cliënten en patiënten en die van hun collega's in de regio. Op het moment dat er zich een incident heeft voorgedaan of dat er sprake is van werknemers die verminderd functioneren, dan zijn organisaties vaak terughoudend met het uitwisselen van deze informatie. Toch lijkt het van belang om in groter verband informatie uit te wisselen om te voorkomen dat zorgverleners elders dezelfde fouten kunnen maken als bij een vorige werkgever.

5.3 Beperkingen en kracht van het onderzoek

Dit onderzoek kende enkele beperkingen waardoor de resultaten met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. Ten eerste is er sprake van kwalitatief onderzoek. Dit soort design is bruikbaar om specifieke thema's te verdiepen en niet bruikbaar om te kwantificeren. Het gaat om geringe aantallen geïnterviewden en een gekozen selectie van geïnterviewden. De resultaten zijn daarom niet per definitie generaliseerbaar.

Ten tweede werd met name bij de interviews met de zorgverleners een kant van het verhaal belicht. Het doel was niet om een objectief beeld van de tuchtprocedures te schetsen maar om ervaringen te horen en potentiële lessen te benoemen. Wat opviel tijdens de interviews is dat veel geïnterviewden het niet, of maar deels, eens waren met de betreffende klacht en de opgelegde maatregel. Dit maakte het in een dergelijke situatie moeilijker om eerder te signaleren of te voorkomen.

De resultaten moeten ten derde met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd omdat de respons beperkt was. Sommige organisaties en zorgverleners wilden het verleden en het vervelende incident niet herbeleven en weigerden deel te nemen. Er is dus mogelijk selectiebias opgetreden.

De keuze tenslotte om niet al te recente gevallen te selecteren, noopt eveneens tot voorzichtigheid. Het ging om incidenten van enkele jaren geleden. Overigens bleek tijdens de interviews dat de meeste betrokkenen de casus haarscherp op hun netvlies hadden.

De sterkte van dit onderzoek is ook het kwalitatieve karakter. Met dit kwalitatieve onderzoek heeft een verdieping plaatsvinden van al eerder gedaan onderzoek (Weenink, 2014). Daar zijn in interviews en vragenlijsten verschillende issues benoemd met betrekking tot het voorkomen en omgaan met disfunctioneren. In de interviews konden deze issues verder verdiept worden ook al ging het hier om incidenten.

Een ander belangrijk aspect was dat de interviews bij de instellingen een pluriforme onderzoekspopulatie betrof. Het onderzoek betrof verschillende organisaties, waardoor incidenten van verschillende organisatievormen en invalshoeken zijn belicht. Ook bij de individuele zorgverleners was er sprake van een variëteit aan casussen en een spreiding over de beroepsgroepen. De bevindingen zijn dus niet alleen gerelateerd aan een specifieke beroepsgroep in een specifieke setting. Dat maakt dat het onderzoek de veelzijdigheid van de zorg kenschetst zodat de bevindingen niet sectorspecifiek zijn en herkenbaar zijn in meerdere sectoren.

5.4 Welke kennis heeft dit project opgeleverd?

Zorgorganisaties leren van ernstige incidenten met media-aandacht die hen aanzetten tot zelfreflectie. Het belangrijkste inzicht dat een incident hen oplevert is de noodzaak van een open cultuur die aanspreken op verminderd functioneren stimuleert en het melden van incidenten in een open sfeer mogelijk maakt. Zo leren medewerkers te luisteren naar gevoelens die hen alarmeren en blijven zij scherp letten op de kwaliteit van hun werk. Op deze wijze verwachten zorginstellingen incidenten en verminderd functioneren te voorkomen. Ze kunnen daar hulp bij gebruiken van de IGZ door feedback en constructieve kritiek. Aandacht van de media wordt als een van de belangrijkste belemmerende factoren gezien.

Zorgverleners leren vaak niet van een tuchtmaatregel naar aanleiding van incidenten of verminderd functioneren. Een aanzienlijk aantal zorgverleners dat een maatregel opgelegd gekregen had, was het daar niet mee eens en bestreed het inhoudelijk oordeel en de werkwijze van het tuchtcollege. Van zelfinzicht was maar bij een deel sprake. Ook hier is media-aandacht een belangrijke negatieve factor. Ze vinden wel dat collega's hen in de gaten zouden moeten houden en beschouwen hen als 'hun broeders hoeder'.

Literatuur

- Baker R. Commentary: Can poorly performing doctors blame their assessment tools? *BMJ* 2005; 330: 1254
- Bismark MB, MJ Spittal, LC Gurrin, et al Identification of doctors at risk of recurrent complaints: a national study of healthcare complaints in Australia. *BMJ Qual Saf* 2013;0:1–9.
- Donaldson LJ, SS Panesar, PA McAvoy, et al. Identification of poor performance in a national medical workforce over 11 years: an observational study. *BMJ Qual Saf* 2013;0:1–6.
- Drewes H, J-W Weenink, RB Kool. *Disfunctioneren van zorgverleners in de Nederlandse gezondheidszorg. Definiëring, signaleren, vaststellen en het treffen van maatregelen*. IQ healthcare, Nijmegen, 2013.
- Erp J van, AG Mein. *Evaluatie actieve openbaarmaking toezichtrappen IGZ*. Verwey Jonker Instituut/Erasmus School, of Law, Utrecht/Rotterdam, 2013
- Gallagher TH, W Levinson. Physicians with multiple patient complaints: ending our silence. *BMJ Qual Saf* 2013;0:1–4.
- Hout FAG, R Stivbane, BJM Frederiks, J. Legemaate, PBM Robben. De Inspectie voor de Gezondheidszorg en het tuchtrecht. Meer uniformiteit bij het indienen van tuchtzaken en minder jaarlijkse fluctuatie in aantal tuchtklachten gewenst. *Tijdschrift voor Toezicht*, 2010; 1: 46-64
- Hout FAG, NL Kaupmann, FY Alhafaji, BJM Frederiks, J Legemaate, PBM Robben, Tuchtklachten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg effectief voor aangeklaagden en beroepsgenoten. *TSG* 2011; 89;1: 58-64
- Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Staat van de gezondheidszorg 2013, Op weg naar aantoonbaar verantwoord functionerende beroepsbeoefenaren in de zorg*, Utrecht, 2013.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Patiëntveiligheid, definitielijst*, Utrecht, 2005.
- Jones A, D Kell. Deafening silence? Time to reconsider whether organisations are silent or deaf when things go wrong *BMJ Qual Saf* 2014;0:1–5
- Leape LL, JA Fromson, Problem Doctors: Is There a System-Level Solution? *Ann Intern Med* 2006;144:107-115.
- Wagner C, K Lombarts, P Mistiaen et al. *Onderzoek naar de aard en omvang van de problematiek van disfuncties in de Nederlandse gezondheidszorg*, Utrecht, Nivel, 2013.
- Weenink JW, G Westert, L Schoonhoven, H Wollersheim, RB Kool. Am I my brother's keeper? A survey of ten healthcare professions in the Netherlands about experiences with impaired and incompetent colleagues. *BMJ Qual Saf* 2014; 0, 1-9
- O'Brien M, M Dinwoodie, B Hartwig, D Blaney. The Clinical Communication Program: an effective intervention for reducing future risk for high-risk physicians. *Asia Pacific Journal of Health management*, 2014,9,1: 8-13
- Yin R. *Case study research; design en method*. SAGE Publications, 2003

Bijlage 1 Voorbeeld Google zoekopdracht

(fout OR schade OR ontslag OR weggestuurd OR missers OR tucht OR claim OR conflict OR non-actief OR overleden OR slachtoffer OR straf OR fataal OR fatale OR angst OR intimidatie OR machtsmisbruik OR problemen OR omstreden) AND (apotheker OR apotheek) AND (IGZ OR inspectie) AND (2011 OR 2012)

De zoekstrategie is toegepast op de volgende instellingen en beroepsgroepen:
Ziekenhuizen, apotheken, GGZ, gehandicaptenzorg, fysiotherapeuten, huisartsen, tandartsen, verloskundigen, verpleeghuisartsen en verpleegkundigen,

Bijlage 2 Interviewleidraad zorginstellingen

1. Enkele jaren geleden heeft zich een ernstige incident voorgedaan in uw instelling.. Kunt u kort aangeven welke gevolgen dit incident heeft gehad voor uw organisatie en de verschillende betrokkenen?
2. Welke maatregelen heeft uw instelling getroffen om dergelijke incidenten te voorkomen? Welke activiteiten zijn daaraan vooraf gegaan en wat zijn daarvan de gevolgen voor het handelen van de verschillende medewerkers in de toekomst?
3. Wat heeft uw instelling gedaan om van het incident te leren? Wat waren die leerpunten en welke van deze leerpunten zijn ook van belang voor andere organisaties en bijvoorbeeld uw beroepsvereniging of de IGZ?
4. Wat was in algemene zin de impact van dit incident en de daaropvolgende preventieve acties van uw instelling voor u, uw medewerkers en collega's en uw organisatie?
5. Welke bevorderende en belemmerende factoren spelen volgens u een belangrijke rol bij het voorkomen van deze incidenten in de toekomst? Kunt u specifiek ingaan op de noodzakelijke organisatiecultuur hierbij?
6. Kunt u aangeven welke rol de IGZ en de beroepsverenigingen in dergelijke gevallen zouden moeten casu quo kunnen spelen om organisaties te helpen dergelijke incidenten te voorkomen?

Bijlage 3 Interviewleidraad individuele zorgverleners

Introductie

Wij voeren momenteel een onderzoek uit naar wat er nodig is om disfunctioneren/verminderd functioneren van zorgverleners in Nederland te voorkómen of eerder te signaleren. IQ healthcare is een wetenschappelijk centrum van het Radboud UMC. Wij richten ons op onderzoek naar kwaliteit van de zorg. Dit onderzoek voeren we uit in opdracht van ZonMw en in samenwerking met de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Opnemen, resultaten zijn anoniem, gespreksverslag zal ik u toesturen: wat is email adres?

Gebeurtenissen

Op XXXXX heeft u een XXXXXX opgelegd gekregen met als reden XXXXXX. Kunt u kort aangeven wat de precieze aanleiding was van de opgelegde maatregel?

Kunt u beschrijven hoe dit traject is verlopen?

Kunt u aangeven hoe u dit traject heeft ervaren en hoe dit in uw organisatie is ervaren?

Wat was de impact van dit traject voor u, uw collega's/medewerkers en uw organisatie?

Heeft u vervolgens verbetermaatregelen getroffen?

Zo ja:

- Wat heeft u zoal aangepakt?
- Hoe ziet u deze verbeteringen in het kader van de risico's op patiëntveiligheid?
- Zijn de verbeteracties (enkel) een gevolg van de opgelegde maatregel, of zijn er (ook) andere aanleidingen tot verbeteren?

Reflectie

Wat was er nodig geweest om deze situatie te voorkomen of eerder te signaleren? Zijn dit factoren die bij uzelf liggen of juist bij collega's of anderen?

Welke leerpunten heeft u zelf uit uw ervaringen gehaald?

Welke leerpunten kunnen anderen uit uw ervaringen halen? Bijvoorbeeld andere zorgverleners, de IGZ of de beroepsvereniging?

Hoe ziet u in het algemeen het signaleren en voorkomen van verminderd functioneren/disfunctioneren in uw beroepsgroep? (vermoeden, vaststellen, maatregelen, voorkomen)

Bijlage 4 Samenstelling klankbordgroep

- De heer Van der Wal (onafhankelijk voorzitter)
- Mevrouw Bart (NMT)
- De heer Buisman (KNOV)
- Mevrouw Buienhuis (NVP)
- De heer Fossen (OMS)
- Mevrouw Höfte (NIP)
- Mevrouw Kooij (LHV)
- Mevrouw Kroes (KNGF)
- Mevrouw Kolk (V&VN)
- De heer Moss (KNMP)
- De heer Ter Steege (IGZ)