

# De problematiek van disfunctionerende artsen: zelfreinigend vermogen moet beter

In een onderzoek is door middel van literatuurstudie, het analyseren van tuchtrechtspraken en het houden van interviews met experts (vertegenwoordigers van diverse beroepsorganisaties die met het thema belast zijn) nagegaan wat we in Nederland weten over de aard, omvang, het ontstaan en de gevolgen van disfunctioneren van zorgprofessionals. De resultaten zijn in dit artikel samengevat.

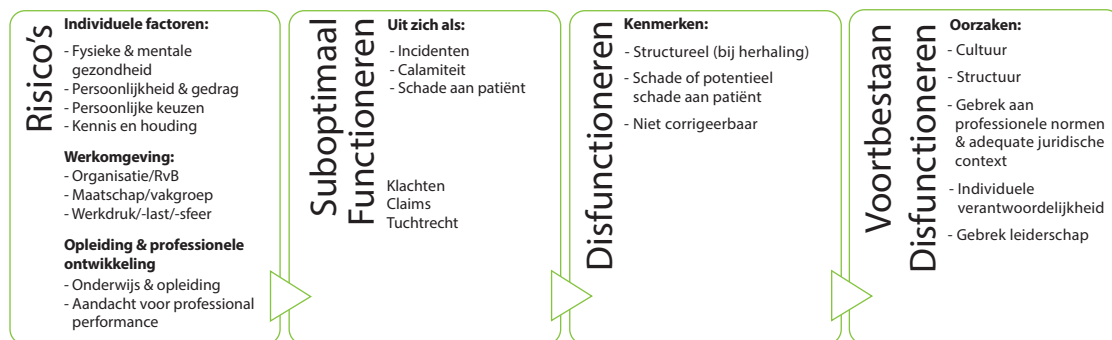
**Door: C. Wagner, K. Lombarts, P. Mistiaen en M. de Bruijne**

**D**e kwaliteit van onze gezondheidszorg is in belangrijke mate in handen van de professionals die dagelijks zorg verlenen aan patiënten en cliënten. De veiligheid van de patiëntenzorg is in het geding als professionals zich niet houden aan de professionele standaard en/of bij tekortkomingen in de organisatie van de zorg. De maatschappelijke kosten voor het opleiden van medici, verpleegkundigen, paramedici, tandartsen en andere beroepsbeoefenaren in de zorg zijn hoog, net als de verwachtingen die men heeft van de kwaliteit en veiligheid van zorg. Niet verwonderlijk dat er zwaar wordt getild aan het goed functioneren van zorgprofessionals. Gesteund door (her-)nieuw(d)e kwaliteitswetgeving (onder andere Wet BIG, WGBO, Kwaliteitswet Zorginstellingen) bouwden beroepsorganisaties de afgelopen twintig jaar een uitgebreid pakket van kwaliteitsstandaarden alsmede kwaliteits- en visitatiesystemen om de toepassing ervan te bewaken. Dit laat onverlet dat er zorgprofessionals zijn die ‘disfunctioneren’ (box 1). De uitgebreide verslaglegging van deze, veelal schrijnende, gevallen in de media doet een aanslag op het vertrouwen van het publiek in de ge-

zondheidszorg én in die instanties die de kwaliteit ervan moeten bewaken.

## Levenslang leren

In Nederland worden aankomende artsen opgeleid volgens de CanMEDS competentiegebieden die aangeven dat het zijn van een ‘medisch expert’ weliswaar een belangrijk, maar niet het enige competentiegebied is (KNMG, 2012). Andere competentiegebieden zijn: communicatie, samenwerken, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit. Na afronding van de vervolgopleiding tot medisch specialist gaat de leercurve op basis van toenemende ervaring nog gestaag door. Vervolgens blijft continue bijscholing nodig door ontwikkelingen binnen – en ook buiten – het vakgebied. Na jaren van optimaal en soms uitstekend functioneren kan het voorkomen dat overmatige routine, vasthouden aan oude procedures of vormen van overwerkt zijn leiden tot verminderde prestaties op een of meer competentiegebieden. Het IFMS-systeem (Individueel Functioneren Medisch Specialist), of andere evaluatiesystemen die de prestaties van specialisten in kaart brengen, biedt de



Figuur 1. Risico's voor het ontstaan en voortbestaan van disfunctioneren

mogelijkheid ontstane tekorten in functioneren te signaleren en bij te stellen. De Orde van Medisch Specialisten gaat een stap verder door het opzetten van een jaarlijkse onderlinge evaluatie van functioneren binnen de maatschap.

Bij een kleine groep artsen ontbreekt het zelfinzicht of de bereidheid om opnieuw te gaan leren en te veranderen. Deze groep loopt, na een periode van suboptimaal functioneren, uiteindelijk een verhoogd risico op disfunctioneren. Dit hoeft niet altijd meteen tot feitelijke schade aan patiënten te leiden, maar ook een verhoogde kans op schade voor patiënten is onacceptabel en reden om bij te sturen. In principe kan er in de fase van suboptimaal functioneren nog worden bijgestuurd door coaching of andere vormen van ondersteuning. De verantwoordelijkheid voor het ondernemen van acties ligt in eerste instantie bij de professional zelf en bij zijn leidinggevende binnen de ziekenhuisorganisatie of bij de maatschap en raad van bestuur in geval van zelfstandig gevestigde specialisten.

De geïnterviewde experts geven aan dat het belangrijk is om specialisten die goed functioneren te blijven motiveren, waarderen en aanvullende carrièreperspectieven te bieden. Het niet optimaal functioneren van een specialist moet binnen het ziekenhuis worden gesignaleerd en er mag worden verwacht dat er een passend scholings- en begeleidingstraject wordt geboden. De kleine groep artsen die ondanks scholing en begeleiding geen zelfinzicht toont, geen verbetering laat zien en in handelen en gedrag een risico blijft vormen voor patiënten, zou moeten stoppen met de directe patiëntenzorg. Indien de specialist dit niet accepteert, kan een melding bij het landelijke meldpunt van de IGZ worden gedaan.

### Omvang van disfunctioneren

In het algemeen wordt aangehouden dat ongeveer 5% van de beroepsgroep disfunctioneert. Onderbouwing van dit percentage ontbreekt echter. Op verzoek van de Inspectie voor de

Gezondheidszorg is een literatuurstudie uitgevoerd in tien databases (PubMed, Cinahl, Sociological Abstracts, Cochrane Library, Social Science Research Network, NIVEL-catalogus, Driver, Picarta, Oaister en Narcis) en gezocht naar onderzoek over disfunctioneren en wan-gedrag van (para)medische en verpleegkundige professionals in de gezondheidszorg. Op basis van Nederlandse publicaties vanaf het jaar 2002 leverde dit in totaal 1064 publicaties op. Na grondige screening van deze selectie door twee onderzoekers konden uiteindelijk 35 publicaties worden bestudeerd op de aanwezigheid van definitie, aard, omvang, oorzaken en gevolgen van disfunctioneren (Wagner et al., 2013). Negenentwintig van de 35 publicaties hadden betrekking op artsen.

Na analyse blijkt dat de verzamelde onderzoeken weinig duidelijkheid bieden over de omvang van het probleem van disfunctioneren omdat er vooral klachten en claims zijn onderzocht. Deze hebben een incidenteel karakter en vallen buiten de definitie van disfunctioneren die uitgaat van een structurele situatie waarbij bovendien geen bijsturing en verbetering mogelijk zijn (zie box 1 voor definitie KNMG). Uit bestaande literatuur kan derhalve niet worden afgeleid hoe vaak disfunctioneren onder artsen en andere zorgprofessionals, voorkomt.

### Aard van disfunctioneren

Suboptimaal functioneren kan zich op alle CanMEDS-competentiegebieden voordoen. Op basis van tuchtrechtspraken is echter gebleken dat suboptimaal functioneren zich bij artsen voornamelijk uit in fouten in behandeling en diagnose en problemen in de communicatie en samenwerking. Dit komt overeen met Nederlands onderzoek naar incidenten en zorggerelateerde schade waaruit blijkt dat slechte samenwerking in teams een relatief vaak voorkomende oorzaak is van suboptimale zorg, naast het niet opvolgen van de professionele standaard en slechte dossiervoering (Wagner et al., 2008; De Bruijne et al., 2007; Langelaan et al. et al., 2010).

## Ontstaan van disfunctioneren

Risico's voor het ontstaan van disfunctioneren kunnen, op basis van de binnen het onderzoek gevoerde interviews, worden ingedeeld in: individuele factoren, factoren gerelateerd aan de werkomgeving en factoren gerelateerd aan (gebrek aan) continue professionele ontwikkeling (zie figuur 1). Volgens de experts gaat het bij disfunctioneren bijna altijd om het samenspel van het individu en de context waarin hij of zij functioneert.

### Individuele factoren

Het niet-ontvankelijk zijn voor commentaar vanuit de professionele omgeving en het gebrek aan professioneel zelfinzicht worden door de experts gezien als belangrijke oorzaken voor het ontstaan – en ook voortbestaan – van disfunctioneren. Een zelfkritische houding en reflectie op het eigen functioneren, inclusief het eigen falen, zouden inherent moeten zijn aan goed zorgverlenerschap. De arts met een 'bijzondere persoonlijkheid' loopt een verhoogd risico, zoals de specialist die zich te autoritair opstelt, egocentrisch of 'lui' is of zich onttrekt aan verplichtingen en zich vooral laat leiden door eigenbelangen. Anderzijds, ook specialisten met een groot verantwoordelijkheidsgevoel en een sterke zelfkritische houding lopen risico omdat zij hun grenzen te laat of niet aangeven noch respecteren. Drukbezette specialisten die naast het werk nog vele andere verplichtingen zijn aangegaan en daardoor 'veel ballen tegelijkertijd in de lucht moeten houden' lopen een verhoogd risico op disfunctioneren. Uit onderzoek van Visser et al. et al. (2003) is gebleken dat 55% van de 2400 ondervraagde medisch specialisten hoge stress ervaart en dat het ervaren van stress en ontevredenheid met het werk samenhangen met het krijgen van een burn-out. In het algemeen geldt dat mentale en fysieke ongezondheid, zoals lichamelijke ziekten, depressie, verslavingsproblematiek, relatieproblemen, en burn-out van artsen risicofactoren zijn.

### De context

Nog steeds komen zaken van disfunctioneren aan het licht die vermoedelijk hun oorsprong hebben in een al te solistische manier van werken. Uit oogpunt van kwaliteit van zorg is het daarom volgens de experts goed dat solopraktijken en solistisch werkende professionals steeds minder vaak voorkomen ten faveure van het werken in teamverband. Maar ook binnen een team, (vak)groep of maatschap kan disfunctioneren ontstaan bij een slechte samenwerking. Problematisch hierbij is dat artsen tot

nu toe volgens de experts onvoldoende kritisch zijn naar elkaar en nalaten elkaar aan te spreken op functioneren. Dit elkaar 'met rust laten' lijkt diep te zijn geworteld in de medische cultuur. Het uit zich onder meer in gebrek aan openheid en (ervaren) veiligheid om problemen, onzekerheden en fouten te bespreken.

### Opleiding en professionele ontwikkeling

Volgens de experts hebben ook leidinggevers en raden van bestuur mede de plicht ervoor te zorgen dat de dokter niet op de glijden-schaal terecht komt, maar zich blijft scholen en ontwikkelen. Daarnaast moet men tijdig ingrijpen als er echt iets aan de hand is, in plaats van te denken dat 'iedereen wel eens een slechte periode kan hebben'. Dit vereist dat men op tijd signalen oppikt, dat leidinggevers en professionals elkaar toestaan mee te kijken en dat de organisatie helder genoeg is over wat ze van haar zorgverleners verlangt.

### Disfunctioneren langdurige kwestie

Disfunctioneren is veelal een langdurige kwestie. Niet alleen bestaat een situatie van disfunctioneren vaak al jaren – 10 tot 15 jaar is geen uitzondering –, het probleem is meestal ook breed in de omgeving van de betreffende arts bekend. Hoewel niemand het oneens is met de morele verplichting in te grijpen bij (dreigend) disfunctioneren, blijkt de praktijk toch weerbarstiger. Het zelfreinigend of corrigerend vermogen van maatschappen en vakgroepen blijkt geregeld te falen. Er zijn veel materiële redenen om niet te doen wat men hoort te doen, namelijk kritisch zijn als de patiëntenzorg niet meer verantwoord wordt geboden. Collega's gaan niet zelden pas ingrijpen als het eigenbelang wordt geraakt, dat wil zeggen, als het disfunctioneren van een ander negatief op henzelf afstraalt. De eerder aangehaalde heersende cultuur – ook wel omschreven als een cultuur met 'een teveel aan collegialiteit' – faciliteert dat disfunctioneren blijft voortbestaan. Het is dus niet zo dat collega's (of anderen) disfunctioneren niet opmerken en er geen mening over hebben, maar men gaat niet snel genoeg over tot ingrijpen.

De bestaande maatschapstructuur is helaas vaak ontoereikend voor het oplossen van disfunctioneren van medisch specialisten. Maatschappen – de eerst aangewezen om te han-

#### Box 1. KNMG-Definitie van disfunctioneren:

Een structurele situatie van onverantwoorde zorg, waarin een patiënt wordt geschaad of het risico loopt te worden geschaad en waarbij de betreffende arts niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen. Disfunctioneren kan er ook uit bestaan dat een arts niet of onvoldoende in staat is tot collegiale samenwerking.<sup>1</sup>

delen in geval van (vermeend) disfunctioneren van een maat – kunnen ingrijpen maar de gevolgen daarvan zijn voor de maatschapsleden vaak groot, met name ook in financiële zin. De medische staf kan onderzoek doen naar de collega in kwestie op basis van het protocol ‘vermeend disfunctioneren’ (KNMG) maar heeft geen enkele bevoegdheid tot ingrijpen en kan hooguit de RvB adviseren. De RvB kan overgaan tot het ontbinden van de toelatingsovereenkomst maar zal niet snel genegen zijn de financiële problemen van een maatschap op te lossen als de patiëntenzorg niet in gevaar is. De facto wordt het probleem dan dus niet opgelost. Juridisch is het overigens ook niet eenvoudig om als bestuurder de samenwerking met een specialist op te zeggen. Het beschikbaar hebben van (professionele) normen kan hierbij helpen, zoals het gepubliceerde visiedocument optimaal functioneren medisch specialisten (OMS, 2013).

### Signaleren en ingrijpen: tips voor de praktijk

De focus moet volgens de experts komen te liggen op vroege signalering en snelle actie bij vermeend disfunctioneren. Aangrijpingspunten liggen bij het individu en de werkomgeving.

1. Signaleren van suboptimaal functioneren via jaargesprekken, IFMS-gesprekken, klachten en claims van patiënten, klachten van medewerkers over bijvoorbeeld samenwerking, bereikbaarheid en het niet opvolgen van afspraken.
2. Via gesprekken nagaan of de professional bereid is om op eigen handelen te reflecteren, te leren en mogelijk te veranderen.
3. Bespreekbaar maken van gecombineerde taken en werkzaamheden om overmatige routine en sleur te voorkomen.
4. Stimuleren van een open veiligheidscultuur waarin collega's elkaar steunen, laagdrempelig zorgen kunnen uiten, maar indien nodig ook elkaar aanspreken.
5. Zichtbare interesse van bestuurders voor de gang van zaken op de werkvloer biedt mogelijkheden om signalen eerder op te pikken.
6. Actief informatie verzamelen over het presenteren van professionals via bestaande evaluatiesystemen.
7. Creëer extra vangnetten voor solisten, professionals met psychische problemen of diegenen die eigenlijk van functie zouden willen veranderen.

### Conclusie

Disfunctioneren komt niet zo vaak voor, maar echte cijfers ontbreken. De schrijvende casuïstiek

zal hopelijk een urgentiebesef bij de beroepsgroep en haar werkomgeving creëren. Te veel focus op disfunctioneren is echter niet goed. De aandacht kan waarschijnlijk beter gericht zijn op het goed, en daar waar mogelijk beter, (laten) functioneren van zorgprofessionals. De centrale boodschap van de experts is dat voorkomen beter is dan genezen. De IGZ kan aandacht vragen voor het belang van signaleren en vooral ook doorpakken in haar inspectiebezoeken. Het stimuleren van veilig melden van risico's, incidenten en calamiteiten is daarbij van belang. Door systematische analyse is het mogelijk patronen in oorzaken te herkennen en proactief in te grijpen.

### Noot

- 1 KNMG standpunt: Het functioneren van de individuele arts, KNMG Utrecht, juli 2005. [www.knmg.nl/vademecum](http://www.knmg.nl/vademecum).

### Literatuur

- Bruijne, M.C. de, Zegers, C., Hoonhout, L.H.F. en C. Wagner. *Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. Dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004*. EMGO/NIVEL, Amsterdam/Utrecht, 2007.
- KNMG, <http://knmg.artsenet.nl/Opleiding-en-registratie/Modern-opleiden/CanMEDS.htm>, opgezocht 11-11-2012.
- KNMG standpunt: *Het functioneren van de individuele arts*. Utrecht, KNMG, 2005.
- Langelaan, M., Baines, R.J., Broekens, M.A., Siemerink, K.M., Steeg, L. van de, Asscheman, H., Bruijne, M.C. de en C. Wagner. *Monitor zorggerelateerde schade 2008: dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen*. NIVEL, Utrecht, 2010.
- OMS, *Visiedocument Optimaal functioneren medisch specialisten*. OMS, Utrecht, 2013.
- Visser, M.R.M., Smets, E.M.A., Oort, F.J. en H.C.J.M. de Haes. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Canadian Medical Association Journal*, 2003, 168(3): 271-275.
- Wagner, C., Smits, M., Wagtendonk, I. van, Zwaan, L., Lubberding, S., Merten, H. en D.R.M. Timmermans. *Oorzaken van incidenten en onbedoelde schade in ziekenhuizen: een systematische analyse met PRISMA, op afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH), chirurgie en interne geneeskunde*. NIVEL, EMGO instituut, Utrecht/Amsterdam, 2008.
- Wagner, C., Lombarts, K., Mistiaen, P., Loerts, M., Friele, R. en M.C. de Bruijne. *Onderzoek naar de aard en omvang van de problematiek van disfunctionerende beroepsbeoefenaren in de Nederlandse gezondheidszorg*, NIVEL/AMC/EMGO+, Utrecht/Amsterdam, 2013.

### Informatie over de auteurs

**Prof.dr. Cordula Wagner** is als programmaleider kwaliteit en organisatie werkzaam bij het NIVEL en als hoogleraar Patiëntveiligheid bij de afdeling sociale geneeskunde en het EMGO+ Instituut/VUmc.

**Prof.dr. Kiki Lombarts** is als hoogleraar Professional Performance werkzaam bij het AMC.

**Dr. Patriek Mistiaen** was onderzoeker bij het NIVEL.

**Dr. Martine de Bruijne** is als universitair hoofddocent werkzaam bij de onderzoekslijn kwaliteit, risico's en patiëntveiligheid van de afdeling sociale geneeskunde en het EMGO+ Instituut/VUmc.