

Postprint Version	1.0
Journal website	https://tijdschriftverpleegkunde.nl/online/jaargangen/2015/4/hoegaanzorgverlener-sommetsignalenvandisfunctioneren.html
Pubmed link	
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

Hoe gaan zorgverleners om met signalen van disfunctioneren?

DR. ANKE J.E. DE VEER¹, DRS. ERICA E.M. MAURITS², PROF. DR. ANNEKE L. FRANCKE³

¹ senior onderzoeker bij het NIVEL

² onderzoeker bij het NIVEL

³ programmaleider Verpleging & Verzorging bij het NIVEL, bijzonder hoogleraar Verpleging en Verzorging in de Laatste Levensfase bij VUmc/Emgo+

SAMENVATTING

DOEL: Disfunctioneren is een veelal structurele situatie van tekortschietende beroepscompetenties of onverantwoorde zorgverlening waarin cliënten 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. Doel van dit artikel is inzicht geven in hoe zorgverleners omgaan met signalen van disfunctioneren bij collega's of artsen.

METHODE: Vragenlijst ingevuld door 1214 verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners werkzaam in Nederlandse ziekenhuizen, GGZ, gehandicaptenzorg, ouderenzorg en huisartspraktijken (respons 59%).

RESULTAAT: Bijna de helft van de respondenten (45%) had in het voorgaande jaar een situatie meegemaakt waarin (mogelijk) sprake was van disfunctioneren. Meestal ging het daarbij om een collega-zorgverlener uit de eigen instelling of praktijk. In minimaal 37% van de situaties was de cliëntveiligheid in gevaar, volgens de ondervraagde zorgverleners. Maar de cliëntveiligheid speelde geen rol in óf en hoe erop gereageerd werd. In 75% van de situaties ging het om tekortschietende beroepscompetenties, in 25% (ook) om persoonlijk disfunctioneren. In 87% van de situaties werd (doorgaans) door de zorgverlener zélf, een leidinggevende of collega's actie ondernomen, in tweederde (67%) door de zorgverlener op zijn gedrag aan te spreken.

DISCUSSIE: Management en leidinggevenden kunnen disfunctioneren voorkómen en ervoor zorgen dat er zo goed mogelijk mee om wordt gegaan, maar het is ook een verantwoordelijkheid van de individuele zorgverlener.

CONCLUSIE: Als zorgverleners zien dat een ander (mogelijk) disfunctioneert dan wordt dat meestal bespreekbaar gemaakt. Zorgverleners zien de signalen van disfunctioneren vooral bij collega's binnen de eigen instelling.

‘Wat is bekend?’

- Volgens de Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden 2015 dient de verpleegkundige of verzorgende de cliënt te beschermen tegen tekortschietend of schadelijk gedrag of handelen van samenwerkingspartners.
- Het voorkómen van disfunctioneren is een speerpunt van de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ).

‘Wat is nieuw?’

- Veel zorgverleners vermoeden wel eens disfunctioneren van andere zorgverleners.
- Zij zien signalen van disfunctioneren vooral bij collega-verpleegkundigen, -verzorgenden, -begeleiders en -praktijkondersteuners en soms bij artsen binnen de eigen instelling
- In de meeste gevallen wordt actie ondernomen, vooral door de disfunctionerende zorgverlener aan te spreken.

‘Wat is de relevantie?’

- Het onderzoek is naar ons weten het eerste onderzoek waarin de rol van zorgverleners bij het signaleren en omgaan met disfunctioneren wordt beschreven.
- Het geeft aangrijpingspunten voor hoe met signalen van disfunctioneren kan worden omgegaan.

INLEIDING

De Nederlandse Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden 2015 (1) beschrijft de waarden en normen van de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroep. Onderdeel van de Beroepscode is dat de verpleegkundige of verzorgende de cliënt dient te beschermen tegen tekortschietend of schadelijk gedrag of handelen van samenwerkingspartners. Dat betekent dat de zorgverlener die ander dient aan te spreken op zijn of haar tekortschietend gedrag. Het betekent ook dat de zorgverlener, als een gesprek met die ander niet mogelijk is of niet tot het gewenste resultaat heeft geleid, in het belang van de cliënt het gedrag aan moet kaarten bij een andere persoon of instantie zoals een leidinggevende, klachtencommissie, tuchtrechter of bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (onderdeel 3.6 van de Beroepscode). Voor agogisch begeleiders is er de Beroepscode voor de Sociaal Agogisch Werker, met vergelijkbare adviezen. In dit artikel beschrijven we hoe verpleegkundigen, verzorgenden, agogisch begeleiders en praktijkondersteuners omgaan met signalen van disfunctioneren bij andere zorgverleners.

Aankaarten van signalen van disfunctioneren is niet altijd even makkelijk. Het zien dat een collega disfunctioneert roept spanning op omdat de zorgverlener zich onzeker voelt over hoe te reageren. Het behoort tot één van de situaties binnen de

beroepsuitoefening die de meeste morele spanning oproept (2). Wanneer zorgverleners vermoeden dat een naaste collega disfunctioneert, hebben zij vooral moeite met het ter sprake brengen van een mogelijk verslavingsprobleem, grensoverschrijdend gedrag, fraude, agressie of psychische beperking (3,4). Minder moeilijk is het als de collega professioneel incompetent handelt, bijvoorbeeld als deze afwijkt van een professionele standaard of richtlijn. Zorgverleners vinden het moeilijker wanneer hun vermoeden van disfunctioneren betrekking heeft op een arts dan wanneer het een naaste collega betreft (3,4).

Toch is het belangrijk dat zorgverleners over eventuele drempels heenstappen en hun vermoedens uitspreken. Disfunctioneren van zorgverleners geeft immers risico's voor de kwaliteit van zorg en cliëntveiligheid. Collega's merken het disfunctioneren vaak als eerste en in een vroeg stadium op (5), waardoor tijdig ingrijpen erger kan voorkómen. Naar schatting is bij 1 tot 5 procent van de mensen die in de zorg werken sprake van structureel disfunctioneren. In de Staat van de Gezondheidszorg 2013 geeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg aan dat het voorkómen van dit, veelal structureel, disfunctioneren één van de speerpunten is van haar meerjarenbeleid (6).

Er is weinig bekend over hoe zorgverleners omgaan met vermoedens van disfunctioneren. Bestaande onderzoeksrapporten over disfunctioneren van beroepsbeoefenaren in de Nederlandse gezondheidszorg zijn gebaseerd op literatuurstudies, interviews met experts, analyses van tuchtrechtsuitspraken en casestudies (5-8) of richten zich voornamelijk op andere beroepsgroepen in de zorg (9). Meer inzicht in wat zorgverleners merken van mogelijk disfunctionerende anderen en hoe zij daarmee omgaan geeft handvatten voor het omgaan met signalen van disfunctioneren.

Doel en onderzoeksvragen

Doel van dit artikel is inzicht geven in wat zorgverleners - meer specifiek verpleegkundigen, verzorgenden, agogisch begeleiders en praktijkondersteuners in huisartsenpraktijken - in de praktijk doen met signalen van disfunctioneren van andere zorgverleners. Er worden drie onderzoeksvragen beantwoord:

1. Welk deel van de verpleegkundigen, verzorgenden, agogisch begeleiders en praktijkondersteuners heeft ervaring met (mogelijk) disfunctionerende zorgverleners?
2. Welke vormen van (mogelijk) disfunctioneren signaleren zij?
3. Wat doen deze zorgverleners met de signalen van disfunctioneren? Hangt hun reactie af van de vorm van disfunctioneren, wie er disfunctioneert en of de cliëntveiligheid in gevaar is?

METHODE

Onderzoeksgroep

Een vragenlijst is medio 2014 verstuurd naar 2072 deelnemers van een landelijke steekproef van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners, het zogenaamde Panel Verpleging & Verzorging (www.nivel.nl/panelvenv). De deelnemers van het Panel vullen regelmatig (minimaal twee keer per jaar) vragenlijsten in over beroepsinhoudelijke onderwerpen, arbeidsomstandigheden en werkbeleving. Zij zijn geworven via steekproeven uit het

UWV verzekerden bestand, waardoor zij een goede afspiegeling zijn van de werknemers in de instellingen. Het UWV is het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, dat in Nederland zorgt voor werknemersverzekeringen, zoals uitkeringen bij werkloosheid of ziekte. Paneldeelnemers werken in de directe zorg voor cliënten.

Vragenlijst

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is een vragenlijst ontwikkeld over het omgaan met en voorkómen van disfunctioneren. In de vragenlijst werd disfunctioneren als volgt beschreven, in aansluiting bij de definitie van de IGZ (10):

“Disfunctioneren is een (veelal) structurele situatie van tekortschietende beroepscompetenties of onverantwoorde zorgverlening waarin cliënten 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.”

De vragen uit de vragenlijst waren deels afkomstig uit een door IQ HealthCare ontwikkelde en in de praktijk geteste vragenlijst voor BIG geregistreerde beroepen (9). Daarnaast zijn zelf geformuleerde vragen toegevoegd. De IGZ, het Ministerie van VWS, beroepsvereniging V&VN en IQ HealthCare hebben een concept van de vragenlijst kritisch nagekeken op begrijpelijkheid en volledigheid. Hun suggesties voor aanpassing zijn verwerkt. De Paneldeelnemers konden de vragenlijst online of schriftelijk invullen. In de vragenlijst, met vooral voorgestructureerde vragen, werden vragen gesteld over de ervaringen met disfunctioneren, de moeilijkheden om het bespreekbaar te maken, preventie van disfunctioneren en tuchtrecht. De volledige vragenlijst is te vinden in twee rapportages over dit onderzoek (3,4).

In dit artikel gaan we in op de ervaringen met disfunctionerende zorgverleners. Nadat in de vragenlijst de voornoemde definitie van disfunctioneren was gegeven, werd gevraagd ‘Heeft u in uw functie in de afgelopen 12 maanden disfunctioneren van een andere zorgverlener vermoed of ervaren? Degenen die ‘nee’ antwoordden konden dit deel van de vragenlijst overslaan. Degenen die ‘ja’ antwoordden vulden de vragen over de situatie verder in. Als de persoon meerdere keren dergelijke situaties had meegemaakt vroegen we de meest recente situatie in gedachten te nemen. Over deze situatie werden vervolgens de volgende vragen gesteld:

- a. Waar was deze zorgverlener werkzaam? (binnen mijn team, afdeling of huisartsenpraktijk/binnen mijn organisatie, maar buiten mijn team of afdeling/buiten mijn organisatie/huisartsenpraktijk/ anders, namelijk)
- b. Wat voor zorgverlener betrof het? Hier gaf men de beroepsgroep van de zorgverlener aan.
- c. Om wat voor vorm van disfunctioneren ging het? Daarbij had men de keuze uit 11 vormen (zie tabel 2). De eerste vijf betreffen professioneel incompetent gedrag en de andere zes vormen van persoonlijk disfunctioneren. Het was mogelijk meerdere vormen te kiezen.
- d. Was de cliëntveiligheid in het geding (ja/nee/weet ik niet)

Vervolgens werd in een open vraag een nadere beschrijving van het gedrag gevraagd. Daarna volgden vragen over hoe er met de situatie is omgegaan:

- a. Heeft u of iemand anders binnen uw organisatie/huisartsenpraktijk hierop actie ondernomen? (ja/nee/weet ik niet). In de analyses is dit gedichotomiseerd door de laatste twee categorieën samen te voegen.

- b. (Zo ja) Door wie is er actie ondernomen? Hier kon men meerdere antwoorden aankruisen (zie tabel 3).
- c. Waartoe leidde de actie? De mogelijke antwoordalternatieven staan in tabel 4.

Analyses

Het gegevensbestand is geanalyseerd met het statistisch pakket Stata 13.1. Er is gebruik gemaakt van beschrijvende analyses (aantallen en percentages). Verder zijn verschillen tussen de groepen zijn bij categorale gegevens onderzocht met een chi-kwadraattoets of, in geval van 2x2 tabellen, een Fisher exact toets. Bij metrische data is gebruik gemaakt van een t-toets. Relaties tussen de kenmerken van de situatie enerzijds en de wijze waarop gereageerd is op het disfunctioneren zijn onderzocht met Fisher exact toetsen. De volgende situatiokenmerken zijn bekeken:

- a. beroep van degene die (vermoedelijk) disfunctioneert. Daarbij zijn drie groepen gevormd: (1) verpleegkundige/verzorgende/begeleider/praktijkondersteuner, (2) arts, en (3) anders.
- b. vorm van disfunctioneren. Daarbij zijn de 11 onderscheiden vormen gereduceerd tot twee vormen: (1) professioneel incompetent handelen en (2) persoonlijk disfunctioneren al dan niet gecombineerd met professioneel incompetent handelen.
- c. Cliëntveiligheid in het geding. Daarbij zijn de oorspronkelijke antwoorden gedichotomiseerd naar (1) ja/weet ik niet en (2) nee.

Vanwege het grote aantal toetsen en de daarmee gepaard gaande kanskapitalisatie is een significantieniveau van 0,01 gehanteerd. Vanwege missende waarden varieert de N per tabel enigszins.

RESULTATEN

Kenmerken respondenten en hun ervaringen met disfunctioneren

Tabel 1 beschrijft de achtergrondkenmerken van de 1214 mensen die de vragenlijst invulden (respons 59%). Elf procent van de respondenten is man. Door de geringe instroom van pas afgestudeerden in het Panel waren de respondenten met een gemiddelde leeftijd van 48 jaar ouder dan de gemiddelde leeftijd van 41,6 jaar in de zorg (www.azwinfo.nl). Alle respondenten werkten in de directe cliëntenzorg, en 13 procent had daarnaast leidinggevende taken. De respondenten werkten in verschillende sectoren van de zorg en meer dan de helft werkte als verzorgende. De werkweek was gemiddeld 26 uur. In lijn met de hoge gemiddelde leeftijd, was de werkervaring met gemiddeld 23 jaar ook ruim.

Van deze groep had 45% (n=547) het afgelopen jaar ervaring met (vermeend) disfunctioneren.

De kenmerken van zorgverleners die het afgelopen jaar disfunctioneren hadden vermoed of ervaren verschillen statistisch significant van de kenmerken van zorgverleners die dat niet hadden. De groep die te maken had met (vermoedens van) disfunctioneren was gemiddeld twee jaar jonger, had vaker leidinggevende taken, werkte gemiddeld één uur per week meer dan de groep zonder deze vermoedens (tabel 1). Vermoedens van disfunctioneren kwamen relatief vaak voor in de GGZ en relatief weinig in de huisartsenpraktijk. In de groep die te maken had met (vermoedens van) disfunctioneren zaten meer verpleegkundigen en minder verzorgenden en praktijkondersteuners in vergelijking met de groep die geen

vermoedens van disfunctioneren had. Voor de begeleiders waren de percentages nagenoeg gelijk.

[TABEL 1]

Vorm van disfunctioneren

In 92% van de situaties waarin de respondenten signalen van disfunctioneren had gezien, was de (vermoedelijk) disfunctionerende zorgverlener werkzaam in de eigen organisatie. Meestal (81%) was het een collega zorgverlener. In 10% van de situaties betrof het een arts. De 'anders' categorie (9%) werd ingevuld als het ging om iemand anders dan collega's of artsen. Uit de open antwoorden bleek de anders categorie een gemêleerde groep. Er werd verwezen naar een zorgverlener uit een andere beroepsgroep (bijvoorbeeld een paramedicus of psychotherapeut), een leidinggevende of manager, of naar een combinatie van zorgverleners uit meerdere beroepsgroepen. Vanwege deze grote variatie zijn deze situaties uit de hiernavolgende analyses gelaten.

In 75% van de situaties betrof het uitsluitend professioneel incompetent gedrag, in het bijzonder afwijkend inhoudelijk handelen en problemen in de communicatie en samenwerking met andere zorgverleners (tabel 2). In de overige 25% van de situaties betrof het (ook) persoonlijk disfunctioneren zoals psychische of lichamelijke problemen bij de zorgverlener en agressie. Als er sprake was van persoonlijk disfunctioneren dan werd in 77% van de situaties ook professioneel incompetent gedrag gesignaleerd.

In 62% van de situaties was de cliëntveiligheid zeker (37%) of mogelijk (25%) in het geding, volgens de respondent (niet in tabel). In de overige situaties was de cliëntveiligheid niet in het geding (38%). Bij een (vermoedelijk) disfunctionerende arts was, in het perspectief van de zorgverlener, de cliëntveiligheid vaker (mogelijk) in gevaar (79% van de situaties) dan bij een (vermoedelijk) disfunctionerende collega (59%, $p=0,007$). Er is geen statistisch significante relatie tussen vorm van disfunctioneren enerzijds en anderzijds cliëntveiligheid en wie disfunctioneerde. Zorgverleners zien dus bij collega's en artsen dezelfde vormen van disfunctioneren.

[TABEL 2]

Ondernomen acties

Vrijwel altijd, namelijk in 87% van de situaties, is actie ondernomen (tabel 3). Of er al dan niet actie is ondernomen hangt samen met wie disfunctioneert: bij artsen werd minder vaak (in 74% van de situaties) actie ondernomen dan bij collega's (in 89% van de situaties, $p=0,008$). De vorm van disfunctioneren en de ingeschatte cliëntveiligheid speelden geen rol in het al dan niet actie ondernemen.

In de meeste situaties (65%) had de respondent zelf actie ondernomen, al dan niet samen met andere partijen (tabel 3). Bijna de helft (47%) gaf aan dat zijn/haar leidinggevende (ook) actie ondernomen heeft. Een derde gaf aan dat collega's in actie zijn gekomen. Cliënten ondernamen, volgens de zorgverleners, in vier procent van de situaties iets.

[TABEL 3]

Zorgverleners die zagen dat een collega (mogelijk) disfunctioneerde waren eerder

geneigd zelf actie te ondernemen (in 68% van de situaties) dan zorgverleners die zagen dat een arts (mogelijk) disfunctioneerde (in 46% van de situaties, $p=0,003$). Artsen reageerden, in de ogen van de ondervraagde zorgverleners, daarentegen vaker bij een disfunctionerende arts (in 17% van de situaties) dan bij een disfunctionerende zorgverlener (in 5% of de situaties, $p=0,006$).

Er zijn geen statistisch significante relaties gevonden tussen wie er reageerde en de vorm van disfunctioneren of cliëntveiligheid.

[TABEL 4]

Tabel 4 laat zien waar deze acties toe leidden. Meestal werd de zorgverlener erop aangesproken. Bijna een derde van de acties leidde tot een verbetertraject. Ook werd in een vijfde van de acties ervoor gezorgd dat de situatie niet meer kon vóórkomen, óf doordat de zorgverlener de functie niet meer vervulde óf bepaalde werkzaamheden niet meer uitvoerde. In acht procent had het geen gevolgen.

Als er sprake was van persoonlijk disfunctioneren werd er vaker (16%) professionele hulp gezocht dan bij louter professioneel incompetent gedrag (4%, $p<0,001$). Ook komt een strafrechtelijk onderzoek dan vaker voor (4% versus 0%, $p=0,004$).

De gevolgen hangen niet statistisch significant samen met of een zorgverlener of arts disfunctioneert en de cliëntveiligheid.

DISCUSSIE

De belangrijkste resultaten

Dit onderzoek laat zien dat jaarlijks bijna de helft van de zorgverleners signalen opving van disfunctioneren bij andere zorgverleners. In ruim een derde van de situaties was de cliëntveiligheid in het geding en bij een kwart was dat onduidelijk, volgens de ondervraagde zorgverleners.

Wat zorgverleners opmerkten was veelal afwijkend zorginhoudelijk handelen en communicatie- en samenwerkingsproblemen met andere zorgverleners. In een kwart van de situaties was (ook) sprake van persoonlijk disfunctioneren, zoals een psychische of fysieke beperking.

Vrijwel altijd werd er iets gedaan met de signalen van disfunctioneren, door de zorgverlener zélf, een naaste collega of de leidinggevende. Dat hield over het algemeen in dat de betreffende persoon werd aangesproken en/of een verbetertraject gestart werd. Zwaardere maatregelen zoals op non-actief zetten, uit de functie zetten, de IGZ, tuchtrechter of strafrechter inschakelen kwamen relatief weinig voor. De IGZ schat het percentage disfunctionerende zorgverleners op één tot vijf procent (6). Het in ons onderzoek gevonden hogere percentage zorgverleners dat jaarlijks (vermoedens van) disfunctioneren signaleerde, wijst in de richting dat signalen van disfunctioneren al in een vroeg stadium opgevangen en bespreekbaar gemaakt worden. Vroegtijdig ingrijpen verkleint de kans dat een incidenteel afwijkend handelen leidt tot structureel onjuist handelen.

Het was afhankelijk van de situatie óf er actie wordt ondernomen. Als een arts disfunctioneerde dan werd er in de ogen van de zorgverlener minder vaak actie ondernomen dan als er een collega disfunctioneerde. Dit kan verschillende redenen hebben. Als er statusverschillen zijn of gevoeld worden kan dit de drempel verhogen

om als zorgverlener een arts aan te spreken. Het kan ook zijn dat zorgverleners zich onzekerder voelen over hun inschatting of er sprake is van een disfunctionerende arts en daardoor minder snel tot actie over gaan. Ten slotte is er mogelijk sprake van een enigszins vertekend beeld: het kan zijn dat de zorgverlener minder goed op de hoogte was van de genomen acties als een arts disfunctioneerde. Bij persoonlijk disfunctioneren werd vaker overgegaan op professionele hulp of strafrechtelijk onderzoek. Of zorgverleners risico's zagen voor de cliëntveiligheid, had geen invloed op de manier waarop men omging met (vermoedens van) disfunctioneren.

Cliënten kwamen nauwelijks in actie: slechts in vier procent van de situaties, aldus de ondervraagde zorgverleners. We weten niet waarom cliënten zo weinig ondernamen, mogelijk waren de zorgverleners niet altijd op de hoogte van de acties van cliënten en had de cliënt bijvoorbeeld een leidinggevende aangesproken, een vertrouwenspersoon ingeschakeld of een klacht ingediend. Een tweede verklaring is dat cliënten wellicht de signalen van disfunctioneren niet opmerkten, bijvoorbeeld omdat ze niet wisten wat professioneel goed handelen is. Het is ook mogelijk dat ze zich afhankelijk voelden van de zorg of niet wisten hoe ze het ter sprake moesten brengen. Een vierde mogelijke verklaring is dat zij het meldden bij een andere zorgverlener die er vervolgens actie op ondernam. Dit behoeft nader onderzoek en mogelijk moeten cliënten beter ondersteund worden bij het melden van signalen van disfunctioneren.

Sterktes en beperkingen van deze studie

Een sterk punt van dit onderzoek is dat het laat zien dat zorgverleners een belangrijke signalerende rol spelen als het gaat om disfunctioneren van andere zorgverleners. Een beperking van dit onderzoek is dat het geen goed inzicht geeft in de prevalentie van disfunctioneren. Ten eerste zijn de antwoorden van de respondenten deels gebaseerd op vermoedens, die niet hoeven te kloppen. Ten tweede werken zorgverleners veelal in teamverband en het disfunctioneren van één persoon kan door meerdere collega's worden opgemerkt. Ten derde is onduidelijk in hoeverre de situaties een structureel karakter hadden. In 25% van de situaties werd het gedrag gezien als persoonlijk disfunctioneren en dit verwijst veeleer naar een structureel karakter dan de situaties waarin sprake was professioneel incompetent gedrag. Bij dit laatste kan er ook sprake zijn van bijvoorbeeld een verschil in visie over de beste manier van handelen of een incidentele gebeurtenis. De IGZ heeft het structureel karakter van disfunctioneren expliciet in de definitie vastgelegd (10). Een andere beperking is dat ons onderzoek slechts één aspect van cliëntveiligheid heeft belicht, namelijk de door zorgverleners ervaren cliëntveiligheid in situaties waarin de zorgverlener een vermoeden had van disfunctioneren. We hebben geen gegevens over andere situaties waarin de cliëntveiligheid in het geding is en ook het cliëntenperspectief ontbreekt. Ook ander onderzoek in Nederland naar disfunctionerende zorgverleners (9) heeft het cliëntperspectief buiten beschouwing gelaten. Wij bevelen daarom aan om in toekomstig onderzoek op dit terrein ook cliënten of cliëntenvertegenwoordigers te betrekken.

Aanbevelingen voor de praktijk

De IGZ (6) heeft in haar meerjarenbeleid opgenomen dat zij in hun toezicht extra letten op disfunctionerende zorgverleners in alle gezondheidszorgsectoren omdat die

een bedreiging zijn voor de cliëntveiligheid en het vertrouwen van burgers in de zorg aantasten. Het is echter belangrijk dat eerst en vooral zorgverleners en hun leidinggevenden zelf de verantwoordelijkheid nemen om elkaar aan te spreken en waar nodig de klok te luiden. De situaties waarin men disfunctioneren signaleert, betreffen immers meestal collega's in de eigen instelling. Dat betekent dat management en leidinggevenden de omgang daarmee kan beïnvloeden, maar ook de zorgverlener zélf heeft hierin een rol.

Zorgverleners voelen zich niet altijd duidelijk door het management gesteund bij het omgaan met (vermoedens van) disfunctioneren (3,4). Ondersteuning wordt geboden door beleid te formuleren en protocollen op te stellen voor het omgaan met disfunctioneren (3,4,11). Ook een meldpunt voor het vertrouwelijk bespreken van twijfels kan steunend zijn. Voor de preventie en omgang met grensoverschrijdend gedrag en mishandeling in de omgang van zorgverleners met bewoners is een leidraad beschikbaar (12). Management en leidinggevenden kunnen deze leidraad actief onder de aandacht te brengen.

Leidinggevenden spelen een belangrijke rol bij zowel de preventie van als de omgang met disfunctioneren door een open, veilige sfeer te creëren in het team. Het ontbreken van een aanspreekcultuur vormt een knelpunt bij het voorkómen van disfunctioneren (5). Effectieve teamsamenwerking en aandacht voor de manier waarop het personeel met elkaar communiceert en incidenten kan bespreken is daarbij belangrijk. Ook regelmatige functioneringsgesprekken zijn van belang om disfunctioneren te voorkomen. In eerder onderzoek bleek dat slechts een ruime helft van het personeel regelmatig zo'n gesprek heeft. De rest heeft het nooit of incidenteel (13). Werkgevers kunnen consequenter functioneringsgesprekken houden. Slechts een ruime helft (59%) van de werkgevers in de zorg houdt met nagenoeg alle medewerkers jaarlijks een functioneringsgesprek. (14) Hier is nog een slag te maken. Bovenal ligt echter de verantwoordelijkheid bij de zorgverlener zelf. In de beroepscode is vastgelegd dat de zorgverlener bij vermoedens van disfunctioneren in actie moet komen. Niet iedereen is daarvan doordrongen. Zo bleek dat ruim de helft van de verpleegkundigen niet goed op de hoogte was van de werking van het tuchtrecht (15). Ook gezien de opkomst van zelfsturende teams die gekenmerkt worden door een hoge mate van autonomie van zorgverleners, zijn alertheid, zelfregulatie en voldoende competenties van individuele zorgverleners essentieel als het gaat om het voorkómen van en omgaan met disfunctioneren.

CONCLUSIE

Dit onderzoek laat zien dat veel zorgverleners wel eens vermoeden dat een andere zorgverlener disfunctioneert of is daar zelf getuige van. Het gaat dan meestal om iemand binnen de eigen instelling. In de meeste gevallen wordt actie ondernomen, vooral door de disfunctionerende zorgverlener aan te spreken.

Subsidiegever

Dit onderzoek is gedaan op verzoek en met subsidie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

HOW NURSING STAFF DEAL WITH SIGNS OF PROFESSIONAL MISCONDUCT?

SUMMARY

AIM: Professional misconduct is a generally lasting situation in which clients are at risk or actually harmed because a health care professional lacks professional competences or provides irresponsible care and seems rather unable or unwilling to change this situation. This article aims to give insight in how professionals deal with signs of misconduct by colleagues of physicians.

METHOD: 1214 RNs, CNAs and social workers in hospitals, psychiatry, care for people with disabilities, care for the elderly, and general practices completed a questionnaire (response 59%).

FINDINGS: Nearly half (45%) of the respondents described a case of (possible) professional misconduct in the past year. Most (92%) of the cases concerned someone within the own organization or practice. In at least 37% of the cases the client safety was at risk, according to the responding professionals. However, client safety did not play a role in whether and how professionals reacted.

Professional misconduct concerned incompetent professional behavior in 75% of the cases. In 25% of the cases impaired behavior (e.g. aggression, drugs misuse) was (also) reported. In 87% of the cases action was taken thereon, often (67%) talking with the person who (possibly) did something wrong.

DISCUSSION: Management and executives are important in preventing and dealing with professional misconduct, but also the individual professional is responsible.

CONCLUSION: When professionals notice misconduct they usually discuss it. Professional misconduct particularly is noticed within the own organization.

LITERATUUR

1. Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden. Leidraad voor je handelen als professional. Samenstelling: CGMV vakorganisatie voor christenen, CNV Zorg & Welzijn, FNV Zorg & Welzijn, HCF, Nu'91, RMU Sector Gezondheidszorg en Welzijn 'Het Richtsnoer', V&VN; 2015.
2. De Veer AJE, Francke AL, Struijs A, Willems DL. Determinants of moral distress in daily nursing practice: a cross sectional correlational questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2013;50(1):100-108
3. Maurits EEM, De Veer AJE, Francke AL. Omgaan met disfunctionerende zorgverleners in ziekenhuizen. *Ervaringen van verpleegkundigen*. Utrecht: NIVEL; 2014a.
4. Maurits EEM, De Veer AJE, Francke AL. Omgaan met disfunctionerende zorgverleners in thuiszorg en huisartsenpraktijk. *Ervaringen van verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners*. Utrecht: NIVEL; 2014b.
5. PwC. *Communicatie en contact sleutel voor aanpak disfunctioneren van beroepsbeoefenaren*. Amsterdam: PricewaterhouseCoopers Advisory; 2012.
6. IGZ. *Staat van de Gezondheidszorg 2013. Op weg naar aantoonbaar verantwoord functionerende beroepsbeoefenaren in de zorg*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg; 2013a.

7. Drewes H, Weenink J., Kool T. Disfunctioneren van zorgverleners in de Nederlandse gezondheidszorg. Definiëring, signalering, vaststellen en het treffen van maatregelen. Nijmegen: IQ Healthcare UMC St. Radboud; 2012.
8. Wagner C, Lombarts K, Mistiaen P, Loerts M, Friele R, De Bruijne M. Onderzoek naar de aard en omvang van de problematiek van disfunctionerende beroepsbeoefenaren in de Nederlandse gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL; 2013.
9. Weenink JW, Westert GP, Schoonhoven L, Wollersheim H, Kool RB. Am I my brother's keeper? A survey of 10 healthcare professions in the Netherlands about experiences with impaired and incompetent colleagues. *BMJ Quality & Safety*. 2015; 24:56-64.
10. IGZ. Aanscherping definitie disfunctioneren. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg; 2013b.
11. De Veer AJE, Maurits EEM, Francke AL, Zorgpersoneel in ouderenzorg vindt ondersteuning bij aanpak disfunctioneren belangrijk. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*. 2015, 2. <http://www.verenso.nl/tijdschrift-voor-ouderengeneeskunde/editie-2015/april-2015/>
12. Bolscher A, Smits MJ. Veilige zorgrelatie. Handvatten voor bewustwording, preventieve en interventie bij grensoverschrijdend gedrag en mishandeling in de professionele zorgrelatie. Den Haag: Ministerie van VWS; 2014.
13. Maurits EEM, De Veer AJE, Spreeuwenberg P, Francke AL. De aantrekkelijkheid van werken in de zorg 2013. Cijfers en trends. Utrecht: NIVEL; 2014c.
14. Evers G, Jettinghoff K, Wilschut J. Werkgeversenquête 2014. Het HRM-beleid in de sector zorg en welzijn. Utrecht/Den Haag: KIWA/CAOP; 2014.
15. Veer AJE de, Maurits EM, Francke AL. Veel onwetendheid over medisch tuchtrecht onder verpleegkundigen. *TvZ tijdschrift voor verpleegkundig experts*: 2015; 3: 30-31.

TABELLEN

Tabel 1 Achtergrondkenmerken van de totale groep en van degenen die al dan niet te maken hebben gehad met een disfunctionerende zorgverlener

	Totale groep n=1214	(vermoeden van) disfunctioneren in afgelopen jaar?*		p-waarde
		Nee n=665 (55%)	Ja n=547 (45%)	
Geslacht				
Man	11%	10%	12%	0,310
Vrouw	89%	90%	88%	
Leeftijd				
gemiddelde leeftijd (s.d.)	48 (10,7)	49 (10,0)	47 (11,3)	<0,001
Type functie				
een uitvoerende functie in de cliëntenzorg	87%	89%	84%	0,003
zowel een uitvoerende functie in de cliëntenzorg, als een leidinggevende functie	13%	11%	16%	
Sector				
ziekenhuis	21%	19%	23%	0,001
GGZ	11%	9%	13%	
gehandicaptenzorg	19%	19%	19%	
thuiszorg	22%	23%	20%	
verpleeg- en verzorgingshuizen	21%	21%	20%	
huisartsenpraktijk	7%	9%	4%	
Omvang huidige aanstelling				
gemiddeld aantal uur per week (s.d.)	26 (7,4)	26 (7,8)	27 (7,0)	0,002
Functie				
Verpleegkundige	54%	49%	59%	0,001
Verzorgende	28%	31%	25%	
agogisch opgeleid begeleider	12%	11%	12%	
praktijkondersteuner	7%	9%	4%	
Werkervaring				
gemiddeld aantal jaar ervaring als gediplomeerde (s.d.)	23 (11,0)	23 (10,8)	22 (11,2)	0,086

Vanwege afronding tellen sommige percentages niet op tot precies 100%

*Twee respondenten hebben de vraag naar (vermoeden van) disfunctioneren niet ingevuld

Tabel 2 Vorm van disfunctioneren (n=459)

Om wat voor een vorm van disfunctioneren ging het? (meerdere antwoorden mogelijk)	%
<i>professioneel incompetent gedrag (overall)</i>	75%
afwijkend professioneel zorginhoudelijk handelen	61%
communicatieproblemen met andere zorgverleners	45%
samenwerkingsproblemen met andere zorgverleners	44%
communicatieproblemen met cliënten	37%
<i>persoonlijk disfunctioneren (overall)</i>	25%
psychische beperking van de zorgverlener	8%
fysieke beperking van de zorgverlener	7%
agressief gedrag (verbaal/fysiek)	6%
Fraude	3%
verslavingsprobleem (alcohol, drugs)	3%
onzorgvuldige omgang met eigendommen van cliënten	3%
(seksueel) grensoverschrijdend gedrag of uitlatingen	2%

Tabel 3 Wie actie heeft ondernomen

Is er actie ondernomen? (n=455)	%
ja	87%
nee	9%
weet ik niet	4%
Door wie is er actie ondernomen? (meerdere antwoorden mogelijk) (n=456)	
mijzelf	65%
mijn leidinggevende	47%
een naaste collega	34%
een arts	7%
de directie/het bestuur	5%
een cliënt	4%

Tabel 4 Gevolg van de actie op het (vermoeden van) disfunctioneren (n=375)

Waar toe leidde de actie? (meerdere antwoorden mogelijk)	%*
desbetreffende zorgverlener is aangesproken	67%
in overleg met de betreffende zorgverlener is een verbetertraject gestart	31%
desbetreffende zorgverlener werkt niet meer in de functie waarin hij/zij disfunctioneerde	11%
desbetreffende zorgverlener voert bepaalde werkzaamheden niet meer uit	10%
desbetreffende zorgverlener heeft professionele hulp gezocht	7%
desbetreffende zorgverlener is op non-actief gesteld	6%
een strafrechtelijk onderzoek tegen de betreffende zorgverlener	1%
een tuchtklacht tegen de betreffende zorgverlener	0,3%
een maatregel van de IGZ	0%
niets	8%
weet ik niet	7%

* Percentages zijn berekend over de situaties waarin actie is ondernomen