

November 2018

Omgaan met incidenten en klachten:

wat wordt van artsen verwacht?

KNMG-handreiking Omgaan met incidenten en klachten- wat wordt van artsen verwacht? van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), november 2018.

www.knmg.nl/omgaanmetincidenten
www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/klachten-en-claims.htm

Opmaak: Lawine visuele communicatie, Utrecht

Artsenfederatie KNMG vertegenwoordigt ruim 59.000 artsen en studenten geneeskunde. Van de KNMG maken deel uit De Geneeskundestudent, de Federatie Medisch Specialisten, de Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG), de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) en de Vereniging van Specialisten ouderengeneeskunde (Verenso).

Contactgegevens: Postbus 20051, 3502 LB Utrecht

www.knmg.nl

Overname van teksten uit deze publicatie is toegestaan onder vermelding van de volledige bronvermelding "KNMG-handreiking Omgaan met incidenten en klachten- wat wordt van artsen verwacht?, KNMG, november 2018."

Inhoud:

1. Inleiding en samenvatting	4
2. De arts en het melden van incidenten	7
3. De arts en openheid over incidenten	9
4. De arts en omgaan met klachten	10
5. De arts en de evaluatie van zijn handelen	11
6. De arts en het functioneren van collega's	13

1. Inleiding en samenvatting

Toetsbaarheid van handelen staat bij artsen voorop. Het is een uitgangspunt dat voortvloeit uit de artseneed en de gedragsregels voor artsen. Daarnaast is het vanuit het oogpunt van professionaliteit, optimaal functioneren en een veilig werk en leerklimaat van groot belang. De laatste jaren is ook in wet- en regelgeving steeds meer nadruk komen te liggen op de toetsbaarheid van het handelen van artsen. Vanuit de zorg wordt van artsen en instellingen verlangd dat zij open en eerlijk omgaan met incidenten en klachten. Dit volgt onder meer uit de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), die op 1 januari 2016 in werking is getreden. De KNMG ziet het als haar verantwoordelijkheid om bij artsen een professionele houding te bevorderen, die gebaseerd is op openheid en toetsbaarheid. Deze handreiking is bedoeld om daaraan bij te dragen. Hiermee wil de KNMG verduidelijken wat er van artsen wordt verwacht als het gaat om het omgaan met incidenten en klachten in de gezondheidszorg.

Het uitvoeringsbesluit van de Wkkgz gebruikt de volgende definitie voor een **incident** in de zorg: 'een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg, en heeft geleid, had kunnen leiden of zou kunnen leiden tot schade bij de cliënt'.¹

In het geval van een incident is er in de zorg iets niet goed gegaan, waarbij een cliënt of patiënt schade heeft opgelopen, had kunnen oplopen of kan oplopen. Deze (mogelijke) schade is een onbedoelde en/of onverwachte uitkomst van zorg. Incidenten die hebben geleid tot de dood of tot ernstige gevolgen voor de patiënt moeten door de **zorgaanbieder**² direct aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) worden gemeld als **calamiteit**.³ Naast incidenten kunnen zich in de praktijk van de zorgverlening ook complicaties voordoen. Bij een **complicatie** is geen sprake van verwijtbaar handelen. Er is iets niet goed gegaan, waardoor een patiënt schade heeft opgelopen. Deze schade is een onbedoeld of ongewenst gevolg van zorg. Wanneer iemand van ontevredenheid te kennen geeft, en dit op schrift stelt, spreken we van een **klacht**.⁴

Soms is niet helder of een gebeurtenis een complicatie, een incident of een calamiteit is en is onderzoek nodig om hier duidelijkheid in te scheppen. Daarnaast zullen in de praktijk de begrippen ook enige overlap kennen. In alle gevallen past een professionele houding waarin openheid, toetsbaarheid en waar mogelijk leren voorop staat.⁵

¹ Uitvoeringsbesluit Wkkgz artikel 1.1.

² Een instelling dan wel een solistisch werkende zorgverlener, artikel 1 lid 1 Wkkgz.

³ Een calamiteit is volgens artikel 1 van de Wkkgz 'een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid'. Zie voor meer informatie, ook met betrekking tot de andere begrippen: <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/brochures/2016/12/13/brochure-voorzorgaanbieders-calamiteiten-melden-aan-de-igz/brochure-voor-zorgaanbieders-calamiteiten-melden-aan-de-igz.pdf>

⁴ Artikel 14 Wkkgz.

⁵ Omwille van de duidelijkheid is in deze herziene versie van de handreiking aangesloten bij de in de Wkkgz gehanteerde begrippen. Daarin komt het begrip 'fout' niet voor maar wordt de meer overkoepelende term 'incident' gebruikt. Wellicht ten overvloede benadrukt de KNMG dat dit de inhoud en de boodschap van de handreiking niet verandert. De KNMG bevordert te alle tijden een professionele houding waarin openheid, toetsbaarheid en waar mogelijk leren van fouten voorop staat.

Bundeling regelgeving

Voor het omgaan met incidenten en klachten in de gezondheidszorg zijn diverse gedragsregels, kwaliteitskaders en wet- en regelgeving opgesteld. In deze handreiking brengt de KNMG de belangrijkste regels en kaders bij elkaar.⁶ Ook de Nederlandse artseneed vormt een essentieel uitgangspunt voor dit document.

De Nederlandse artseneed

De Nederlandse artseneed is in 2003 herzien. In deze eed staat dat artsen zich toetsbaar horen op te stellen en open met patiënten over incidenten en klachten horen te spreken. In de artseneed staat: "Ik zal mij open en toetsbaar opstellen." Het gaat daarbij zowel om het nemen van verantwoordelijkheid als om het afleggen van verantwoording. Een toelichting op de artseneed is te vinden op de [website van de KNMG](#).

Nederlandse artseneed (2003)

Ik zweer/beloof dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens. Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten.

Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen. Ik zal aan de patiënt geen schade doen. Ik luister en zal hem goed inlichten. Ik zal geheim houden wat mij is toevertrouwd.

Ik zal de geneeskundige kennis van mijzelf en anderen bevorderen. Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden. Ik zal mij open en toetsbaar opstellen.

Ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving en zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen. Ik maak geen misbruik van mijn medische kennis, ook niet onder druk.

*Ik zal zo het beroep van arts in ere houden.
Dat beloof ik.*

Of: Zo waarlijk helpe mij God almachtig.

KNMG-gedragsregels

In het verlengde van de artseneed bepalen de [gedragsregels van de KNMG](#) dat een arts bereid is om zich te verantwoorden en zich toetsbaar op te stellen. Dit staat letterlijk in Gedragsregel I.6.⁷ Leidraad bij deze toetsing is het criterium 'algemeen onder beroepsgenoten gebruikelijk', dat onder meer geoperationaliseerd is of moet worden door de erkende wetenschappelijke verenigingen.

⁶ De Federatie Medisch Specialisten heeft voor haar medisch specialisten beleid vervat in een veelheid aan documenten te vinden op: <https://www.demedischspecialist.nl/optimaal-functioneren>. Denk aan het algemene Visie document Optimaal Functioneren.

⁷ Richtlijn II.01 Gedragsregels voor artsen, versie 3.1, laatst gewijzigd 2013, p. 3.

Samenvatting

Het is belangrijk dat artsen bereid zijn om van incidenten en klachten te leren.

1. Een zorgaanbieder moet een interne regeling vaststellen voor het omgaan met signalen van incidenten. De arts meldt incidenten volgens deze procedure.⁸
2. De arts bespreekt incidenten en complicaties uit zichzelf met de patiënt en is daarover open en eerlijk. De arts is verplicht om de patiënt te informeren over incidenten die voor de patiënt merkbare gevolgen hebben of kunnen hebben en daarvan aantekening te maken in het dossier.⁹
3. De arts bevordert een klimaat waarin patiënten zich vrij voelen om klachten te uiten. Een zorgaanbieder treft een regeling voor de effectieve en laagdrempelige opvang en afhandeling van klachten. De zorgaanbieder stelt een klachtenfunctionaris aan die advies geeft aan patiënten die een klacht hebben en sluit zich aan bij een erkende geschilleninstantie.¹⁰
4. De arts neemt deel aan (individuele) kwaliteitsvisitaties, stelt zich hierbij toetsbaar op en werkt mee aan een ontwikkel- of verbeterplan.
5. Als de arts merkt dat een collega schade of risico's voor patiënten veroorzaakt, onderneemt hij stappen om dit te verhelpen.

⁸ Artikel 9 Wkkgz.

⁹ Artikel 10 lid 3 Wkkgz.

¹⁰ Artikel 13, 15 en 18 Wkkgz.

2. De arts en het melden van incidenten

Het melden en analyseren van incidenten in de zorg is buitengewoon zinvol. Door de meldingen komt immers informatie beschikbaar die een belangrijke rol kan spelen bij het verbeteren van de kwaliteit en de veiligheid van de zorg. Om meldingssystemen te laten slagen is het van doorslaggevend belang dat er een veiligheidscultuur binnen de instelling heerst. In een dergelijke open cultuur zijn artsen en andere hulpverleners zich bewust van het risicovolle karakter van het eigen handelen. Ook zijn zij bereid om incidenten en bijna-incidenten te melden en te bespreken, om daarvan te leren.

Interne procedure Incident Melden

Op basis van de Wkkgz moet een zorgaanbieder een interne procedure vaststellen voor het omgaan met signalen van incidenten. In het [Uitvoeringsbesluit Wkkgz](#) is opgenomen uit welke elementen deze procedure minimaal moet bestaan.¹¹ Zo moet de procedure in elk geval regels bevatten die aangeven op welke wijze:

- a. incidenten in kaart worden gebracht en worden gemeld, met als doel deze te analyseren;
- b. incidenten worden onderzocht, met inschakeling van de zorgverlener, collega's en andere deskundigen die bij het incident betrokken waren;
- c. zo snel mogelijk wordt besloten welke maatregelen er op basis van het onderzoek van een melding worden genomen, zodat de kwaliteit van de zorg gewaarborgd blijft;
- d. de betrokken zorgverlener en het betrokken organisatieonderdeel worden ingelicht over de uitkomsten en conclusies van de analyse.

De interne procedure moet daarnaast beschrijven:

- a. bij welke functionaris(sen) incidenten kunnen worden gemeld;
- b. welke verantwoordelijkheden de onder a bedoelde en andere functionarissen hebben;
- c. wat de uitgangspunten zijn voor de onafhankelijke oordeelsvorming, de deskundigheid en de bij- en nascholing van de onder a bedoelde functionarissen;
- d. hoe de bescherming van persoonsgegevens wordt gewaarborgd en welke maatregelen de organisatie neemt om bovenmatige gegevensverwerking te voorkomen, om gegevens zo spoedig mogelijk te anonimiseren en om het meldingssysteem te beveiligen;
- e. welke waarborgen er voor de melder en de onder a bedoelde functionarissen zijn tegen gevolgen van het naleven van de interne procedure.

¹¹ Uitvoeringsbesluit Wkkgz artikel 6.1.

Uitsluitend feitelijke informatie

De arts moet incidenten volgens de interne procedure melden. Het uitgangspunt is dat de arts alleen de strikt noodzakelijke informatie verstrekt en deze zo veel mogelijk anonimiseert. Hij beperkt zich tot de feitelijke informatie die voor de onderzoekscommissie redelijkerwijs noodzakelijk is om het incident te kunnen onderzoeken.¹² Daarnaast verlangt de Wkkgz van een zorgaanbieder dat hij zorg draagt voor de systematische beheersing, bewaking en verbetering van de kwaliteit van de zorg.¹³ Daarom wordt ook van de arts verwacht dat hij complicaties, en incidenten regelmatig in teamverband bespreekt. Incidenten die hebben geleid tot de dood of tot ernstige gevolgen voor de patiënt moeten door iedere zorgaanbieder direct aan de IGJ worden gemeld als calamiteit.

Informereren van de patiënt

Sinds de inwerkingtreding van de Wkkgz moet een arts aan een aantal wettelijke verplichtingen voldoen als er in de zorgverlening aan een patiënt een incident plaatsvindt. Daarbij gaat het om incidenten die voor de patiënt merkbare gevolgen hebben of kunnen hebben.

Ten eerste moet de arts de aard en toedracht van dit soort incident direct melden aan de patiënt, een vertegenwoordiger van de patiënt of een nabestaande van de overleden patiënt. Ten tweede moet hij in het dossier van de patiënt een aantekening maken van de aard en toedracht van het incident. Ook moet hij het tijdstip noteren waarop het incident heeft plaatsgevonden en de namen van de betrokkenen. Ten slotte is de arts verplicht om de patiënt in te lichten over de mogelijkheden om de gevolgen van het incident weg te nemen of te beperken.

Morele plicht

Naast de meldingsplicht in juridische zin, die volgt uit de wet en de arbeids- of toelatingsovereenkomst van de arts, heeft hij de morele plicht om incidenten te melden. Hierbij moet de meldingsbereidheid van de arts voorop staan. Cultuur en beroepsattitude zijn minstens even belangrijk als een formele regeling van de meldplicht. Het behoort tot de professionele verantwoordelijkheid van de arts om incidenten te melden op de wijze die binnen zijn instelling is afgesproken.

¹² KNMG-kwaliteitskader medische zorg 'Staan voor kwaliteit', paragraaf 4.1.5.

¹³ Artikel 7 Wkkgz.

3. De arts en openheid over incidenten

De praktijk leert dat zorgverleners niet altijd uit zichzelf voldoende openheid naar de patiënt betrachten. Hiervoor bestaan uiteenlopende redenen, zoals schuldgevoelens, te weinig zelfreflectie, te veel distantie, angst voor reputatieschade of juridische gevolgen e.d. Daar staat tegenover dat patiënten eerlijkheid en openheid juist verlangen, verwachten en waarderen.

Om te voorkomen dat patiënten worden geschaad, en om al ontstane schade zo veel mogelijk te beperken, is het juist belangrijk om patiënten proactief, tijdig en eerlijk over incidenten en complicaties te informeren. Doet een arts dat niet of te laat, dan kan schade ontstaan of verergeren. Bovendien neemt de kans op problemen in de arts-patiëntrelatie toe.

Meer begrip

De algemene ervaring is dus dat incidenten waarover een arts open met de patiënt praat, vaak op (meer) begrip van de patiënt kunnen rekenen. Het gevoel of het feit dat de arts informatie heeft achterhouden, levert bij de patiënt wantrouwen op. Het vormt een extra aanleiding om een klacht in te dienen, meer nog dan een behandeling die niet het beoogde resultaat heeft gehad. In het algemeen zullen informatie en openheid het vertrouwen binnen de artspatiëntrelatie bevorderen. Door tijdig openheid te betrachten tegenover de patiënt zijn niet alle klachten te voorkomen. Maar het aantal klachten en procedures zal er zeker door afnemen.

Naast incidenten kunnen zich in de praktijk van de zorgverlening ook complicaties voordoen.¹⁴ Bij complicaties is geen sprake van verwijtbaar handelen. Toch horen artsen ook over complicaties eerlijk en open met patiënten te spreken.

Aansprakelijkheid

Polisvoorwaarden van aansprakelijkheidsverzekeringen staan aan openheid niet in de weg, zolang de zorgverlener bij de feiten blijft. Hierbij is het wel raadzaam dat de arts geen speculatieve of onjuiste uitspraken doet en zich niet uitlaat over een eventueel recht op schadevergoeding. Verzekeraars willen graag zo snel mogelijk op de hoogte worden gesteld van (ernstige) incidenten en klachten die een claim tot gevolg kunnen hebben om de arts hierbij te kunnen begeleiden.

Gedragscode medische incidenten (GOMA)¹⁵

Om openheid over incidenten te bevorderen en het proces van de afwikkeling van medische aansprakelijkheidsclaims te verbeteren, is in 2012 de [Gedragscode medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid \(GOMA\)](#) opgesteld. De GOMA bestaat uit twee delen. In deel A van de GOMA vinden zorgaanbieders aanbevelingen voor een zorgvuldige reactie direct na een medisch incident. Respect, empathie en openheid zijn daarbij kernbegrippen. Ook wanneer het komt tot een klacht of claim, kan een adequate reactie van de zorgaanbieder bijdragen aan een vlotte en voor de patiënt bevredigende behandeling. Deel B van de GOMA bevat aanbevelingen voor de behandeling van verzoeken om schadevergoeding na medische incidenten.

¹⁴ Zie ook de door de Federatie Medisch Specialisten ontwikkelde Factsheet 'Melden onbedoelde gebeurtenissen en uitkomsten van zorg door medisch specialisten'. In de factsheet kunnen medisch specialisten de verschillende definities nalezen, zoals die momenteel in gebruik zijn, evenals de verantwoordelijkheden binnen de instellingen en te nemen stappen.

¹⁵ De GOMA wordt momenteel herzien. Zie voor meer informatie:

<https://deletselschaderaad.nl/stichting-letselschade-raad/gedragcodes/gedragscode-medische-incidenten/>

4. De arts en omgaan met klachten

Het is van belang dat artsen en andere hulpverleners een klimaat bevorderen waarin de patiënt zich vrij voelt om klachten te uiten en te bespreken. Dit betekent dat de arts altijd bereid is om open met de patiënt over de klacht te praten. Ook informeert hij de patiënt zo nodig over andere mogelijkheden en procedures om een klacht in te dienen.

Klachtrecht

Het klachtrecht van de patiënt is een belangrijk onderdeel van diens rechtspositie. Patiënten die een klacht willen indienen, hebben daarvoor verschillende mogelijkheden, afhankelijk van wat de patiënt met zijn klacht wil bereiken. Onderzoek wijst uit dat patiënten de voorkeur geven aan laagdrempelige vormen van klachtenopvang boven formele procedures. Ook is uit onderzoek gebleken dat patiënten met het indienen van een klacht vooral willen bereiken dat toekomstige patiënten niet met dezelfde fout worden geconfronteerd. Deze onderzoeksbevindingen pleiten voor het stimuleren van laagdrempelige klachtvoorzieningen en een proactieve houding van artsen die met een klacht worden geconfronteerd.

Laagdrempelige afhandeling

Een zorgaanbieder is verplicht om een regeling te treffen voor de effectieve en laagdrempelige opvang en afhandeling van klachten. Een zorgaanbieder heeft er belang bij en dient in staat te zijn om de regeling zo in te richten dat zoveel mogelijk klachten in een vroege fase tot een oplossing worden gebracht. Er geldt een grote mate van vrijheid bij de inrichting van de klachtenregeling. In de wet staan een aantal basisvereisten genoemd. Eén daarvan is dat de regeling moet aansluiten bij de aard van de zorg en de doelgroep van de patiënten. Dat kan voor de ene sector leiden tot een lichte inrichting van de klachtprocedure (een functionaris die klachten opvangt en afhandelt) en voor een andere tot een met meer waarborgen omgeven procedure, zoals inschakeling van een commissie die een advies uitbrengt.

Daarnaast moet een klachtenfunctionaris worden aangesteld die een patiënt gratis advies kan geven over de manier waarop hij een klacht kan indienen en formuleren. Deze klachtenfunctionaris kan bovendien de mogelijkheden onderzoeken om tot een oplossing van de klacht te komen.

Aansluiting bij geschilleninstantie

Sinds de Wkkgz moet een zorgaanbieder ook aangesloten zijn bij een erkende geschilleninstantie. De eisen waar een geschilleninstantie aan moet voldoen zijn neergelegd in de uitvoeringsregeling Wkkgz.¹⁶ De geschillenregeling moet door de zorgaanbieder onder de aandacht van patiënten worden gebracht.

¹⁶ Zie ook artikel 18 tot 22 Wkkgz.

5. De arts en de evaluatie van zijn handelen

Los van eventuele incidenten of klachten is het van belang dat een arts deel neemt aan (individuele) kwaliteitsvisitaties, zich daarbij toetsbaar opstelt en waar nodig meewerkt aan een ontwikkel- of verbeterplan. Dit sluit aan bij de algehele visie achter deze handreiking, namelijk dat de arts waar mogelijk van zijn eigen handelen leert.¹⁴

Het is primair de verantwoordelijkheid van de individuele arts om voortdurend te werken aan de verbetering van de competenties die hij tijdens zijn opleiding heeft verworven. Daarnaast moeten de samenwerkingsverbanden van artsen ruimte bieden voor intercollegiale toetsing, beoordelingsprocedures en evaluatiegesprekken.

Kwaliteitskader

Binnen de medische beroepsgroep wordt veel aandacht besteed aan de kwaliteit van de verleende zorg. Dit gebeurt door een breed scala van activiteiten en eisen: opleidingseisen, visitaties en andere vormen van intercollegiale toetsing, (her)registratie, richtlijnen e.d. In het kader van deze kwaliteits-systemen komt ook het functioneren van individuele artsen aan de orde, maar de genoemde kwaliteitssystemen zijn daarop niet primair gericht.

In het [KNMG-kwaliteitskader medische zorg](#) 'Staan voor kwaliteit' (2012) zijn aanbevelingen opgenomen voor zowel de toetsing van het functioneren van teams van artsen, als de toetsing van het individueel functioneren van een arts.

Toetsing functioneren team van artsen

Voor de toetsing van het functioneren van teams van artsen gelden de volgende aanbevelingen:¹⁵

1. De arts neemt ten minste eenmaal per vijf jaar deel aan het visitatieprogramma van zijn beroepsvereniging volgens de systematiek van die vereniging.
2. De arts neemt regelmatig deel aan mono- en multidisciplinaire geïnstitutionaliseerde besprekingen. Dit wordt tijdens de teamkwaliteitsvisitatie getoetst.
3. De arts (als lid van het team) stelt zich tijdens de teamkwaliteitsvisitatie toetsbaar op.
4. De arts streeft naar zo veel mogelijk interne transparantie over de geboden zorg. Hij zorgt ervoor dat de relevante informatie beschikbaar en bespreekbaar is. Daarbij neemt hij waar mogelijk kennis van interdoktervariatie of interpraktijkvariatie van de geleverde zorg.
5. De arts bespreekt de uitkomsten van de teamkwaliteitsvisitatie met het team waarbinnen hij functioneert.

¹⁴ De Federatie Medisch Specialisten heeft voor haar medisch specialisten beleid vervat in een veelheid aan documenten te vinden op: <https://www.demedischspecialist.nl/optimaal-functioneren>.

¹⁵ De Federatie Medisch Specialisten heeft voor haar medisch specialisten beleid vervat in een veelheid aan documenten te vinden op: <https://www.demedischspecialist.nl/optimaal-functioneren>. Denk in dit verband aan de Leidraad Kwaliteitsvisitatie Waarderingsystematiek en het Model Visitatiereglement.

6. De arts werkt als lid van zijn team mee aan een verbeterplan op basis van de aanbevelingen uit het visitatierapport en stelt dit plan aan de visitatiecommissie ter beschikking.
7. De arts of een ander lid van het team informeert de leidinggevende en de directie van de instelling over de uitkomsten van de toetsing en het verbeterplan.

Toetsing individueel functioneren

Voor de toetsing van het individueel functioneren van een arts gelden de volgende aanbevelingen:¹⁷

1. De arts neemt regelmatig deel aan een individuele kwaliteitsvisitatie. Dit is een gesprek waarin het individueel functioneren van de arts op systematische wijze wordt geëvalueerd. De individuele kwaliteitsvisitatie vindt plaats volgens een erkende methodiek.
2. Tijdens de individuele kwaliteitsvisitatie evalueert de arts zijn persoonlijk ontwikkelplan (POP)¹⁸ met de collega die de kwaliteitsvisitatie uitvoert.
3. Op basis van de uitkomsten van de individuele kwaliteitsvisitatie past de arts zijn POP aan.
4. De arts informeert zijn hiërarchisch leidinggevende (als die er is) over de aanpassingen in zijn POP. De leidinggevende schept de noodzakelijke condities om de verbeterpunten uit het POP binnen redelijke termijn te realiseren.
5. De arts werkt mee aan een eventuele hervisitatie, die zich richt op nader omschreven onderdelen in zijn (aangepaste) POP.

¹⁷ Zie noot 15. In dit verband te denken aan de Leidraad Individueel Functioneren Medisch Specialisten en het Modelreglement Functioneringsvraag.

¹⁸ Persoonlijk ontwikkelingsplan (POP): in een persoonlijk ontwikkelingsplan geeft de arts in eigen woorden aan welke stappen hij in de komende periode zal zetten om zijn bekwaamheden voor zijn functie te vergroten. Deze stappen moet hij zo helder en concreet mogelijk formuleren, zodat na verloop van een vastgestelde tijd beoordeeld kan worden of de gestelde doelen bereikt zijn. Het POP betreft in ieder geval de deskundigheidsbevordering en daarnaast alle overige kwaliteitsinstrumenten.

6. De arts en het functioneren van collega's

Wanneer een arts merkt dat een collega geen verantwoorde zorg biedt en daardoor (mogelijke) risico's of schade voor patiënten veroorzaakt, moet hij hierop reageren. Dit geldt bijvoorbeeld voor collega's die lid zijn van dezelfde huisartsengroep, maatschap, vakgroep, medische staf of ander samenwerkingsverband.

Deze regel volgt uit de [KNMG-Gedragsregels van artsen](#), die voorschrijven dat een arts ten opzichte van collega's en andere zorgverleners bereid moet zijn om open over zijn handelen te communiceren en dit handelen te evalueren. Uiteraard met inachtneming van zijn beroepsgeheim. Daarbij geldt dat kritiek op een of meer collega's primair met de betrokken collega's moet worden besproken. Daarnaast moet het altijd mogelijk zijn om zakelijke discussies te voeren in vakbladen over onderwerpen die de zorg in zijn geheel kunnen verbeteren.

Collectieve verantwoordelijkheid

De groep waarin een arts functioneert, heeft een collectieve verantwoordelijkheid voor het goed functioneren van elk individueel lid. Wordt opgemerkt dat één van de groepsleden niet goed functioneert, dan horen zijn collega's dit bespreekbaar te maken. Dit vraagt om een actieve houding van artsen die een dergelijk probleem signaleren. Het is niet aanvaardbaar om in zo'n situatie een *conspiracy of silence*¹⁹ te laten bestaan. Huisartsengroepen, maatschappen, vakgroepen, medische staven en andere samenwerkingsverbanden van artsen moeten daarover duidelijke afspraken maken. Hierdoor wordt het makkelijker om met een collega over zijn functioneren in gesprek te gaan en wordt voorkomen dat deze stap pas gezet wordt als het eigenlijk al te laat is.

Op tijd signaleren en bespreken

Ook in het KNMG-basisdocument [Optimaal functioneren van artsen \(2016\)](#) is gesteld dat collega's met elkaar over (vermeende) incidenten en disfunctioneren moeten spreken: "Door vroeg signalen op te vangen van suboptimaal functioneren en deze te bespreken kan veel schade worden voorkomen en kan de kans op afglijden naar ongeschiktheid om te functioneren zo klein mogelijk worden gehouden.

Het is daarvoor nodig dat de werkomgeving van de arts vroeg signalen opvangt en deze eerst met de betreffende collega bespreekt. Als dat (nog) nodig is, wordt dit vervolgens met de groep collega's of leidinggevende of werkgever besproken. Dit kan voorkomen dat (te lang en/of te vaak) suboptimaal functioneren mogelijk overgaat in disfunctioneren."²⁰

¹⁹ Onuitgesproken consensus binnen een groep voor het niet uitspreken en/of adresseren van een onderwerp of probleem.

²⁰ KNMG-basisdocument 'Optimaal functioneren van artsen'. 2016, p. 14.

Hieruit volgt dat al in een vroeg stadium van directe collega's mag worden verwacht dat zij het mogelijke doen om het tekortschieten van een arts bespreekbaar te maken en de arts ertoe te bewegen om een verbetertraject in te gaan. Zij moeten hier niet mee wachten tot er sprake is van disfunctioneren²¹, maar zouden al in eerdere fasen actie moeten ondernemen. Voorkomen is immers beter dan genezen. De Federatie Medisch Specialisten (FMS)²², de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), InEen²³ en de Vereniging van specialisten in ouderengeneeskunde (Verenso)²⁴ hebben elk een eigen reglement of protocol bij functioneringsvragen.

²¹ Het KNMG-basisdocument 'Optimaal functioneren van artsen' omschrijft disfunctioneren als volgt: "een (veelal) structurele situatie van tekortschietende beroepscompetenties of onverantwoorde zorgverlening, waardoor patiënten worden geschaad of het risico lopen te worden geschaad en waarbij de beroepsbeoefenaar niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen." Hiermee sluit de KNMG aan bij de definitie van de IGJ uit 2013. Zie ook: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/optimaal-functioneren-en-aanspreken-van-collegas.htm>

²² Het Modelreglement Functioneringsvraag (FMS, 2018) voorziet in een zorgvuldige procedure rondom het onderzoek naar mogelijk disfunctioneren en in een verbetertraject bij (enige vorm van) disfunctioneren van een medisch specialist. https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/20170629_FMS_Modelreglement-Functioneringsvraag_def.pdf

²³ Modelprocedure vermeend disfunctioneren huisarts (LHV 2017). Zie webdossier kwaliteit. 22 Modelprocedure mogelijk disfunctionerend specialist ouderengeneeskunde. <https://www.lhv.nl/service/modelprotocol-vermeend-disfunctioneren-huisarts>

²⁴ Modelprocedure Mogelijk disfunctionerend specialist ouderengeneeskunde (Verenso, 2016). https://www.verenso.nl/_asset/_public/Praktijkvoering_handreikingen/Modelprocedure-mogelijk-disfunctionerend-SO.pdf