

Slechte specialist heeft vrij spel.

Slechte specialist heeft vrij spel

Waarom disfunctionerende medisch specialisten niet worden aangepakt

Publicatie Medisch Contact Nr. 39 - 22 september 2009

Auteur R. van Dijk Azn

Pagina's 1634-1636

De inmiddels beruchte specialist uit Enschede heeft helaas vele honderden gelijksoortige collega's. Hoe is dat toch mogelijk? Een kijkje achter de schermen en een aanzet tot een actieve aanpak.

De berichtgeving over de kwestie van de neuroloog in het Medisch Spectrum Twente heeft de belangstelling voor het (dis)functioneren van specialisten flink aangewakkerd. De commissie-Lemstra heeft zich over de zaak gebogen en de heer Lemstra vroeg zich op 1 september in het Journaal af hoe het in godsnaam mogelijk was dat niemand had ingegrepen. De minister van Volksgezondheid wil de Inspectie voor de Gezondheidszorg meer bevoegdheden en verantwoordelijkheden geven. Ook wordt geroepen om het instellen van een zwarte lijst.

Het probleem is dan ook aanzienlijk, want het geval Enschede staat niet op zichzelf. Een voorzichtige schatting leert dat 2 à 3 procent van de medisch specialisten niet goed functioneert.

Jaren geleden schatte inspecteur Lens van de IGZ zelfs dat het ging om 5 procent. Het betreft dus vele honderden gevallen variërend van enkele in een klein ziekenhuis tot mogelijk wel tien in een groot ziekenhuis.

Laten we een aantal gevallen, uit diverse ziekenhuizen verspreid over het land, eens van dichterbij bekijken.

Casus

Collega A is neuroloog in E. Hij is medicijnverslaafd en rommelt met recepten. Hij sjoemelt met patiëntengegevens bij wetenschappelijk onderzoek. Bij zijn patiënten stelt hij met regelmaat foute diagnoses. Hij is niet aanspreekbaar op zijn gedrag. Krijgt landelijke bekendheid als hij uiteindelijk het ziekenhuis wordt uitgezet. Dagblad De Gelderlander schrijft dat hij lijdt aan een gemengde borderline- en narcistische persoonlijkheidsstoornis.

Collega B is een specialist die duidelijk onder de maat functioneert. Bijscholing volgt hij te weinig. Hij is niet aanspreekbaar op zijn gedrag en er treedt geen verbetering op. Als de beroepsvereniging een alarmerend rapport over hem schrijft, geeft de medische staf niet thuis. Als de medische staf in een later stadium uiteindelijk aan de bel trekt, laat de raad van bestuur het afweten. Als de maatschap hem eruit wil zetten gaat dat procedureel ook niet optimaal, zodat hij uiteindelijk met een sterk beperkt takenpakket blijft zitten tot aan zijn pensioen.

Collega C is de Nederlandse taal maar beperkt machtig omdat hij in Indonesië is geboren en getogen. Zijn communicatie met patiënten en personeel is onder de maat. Collega's moeten vaak inspringen om problemen te voorkomen of recht te zetten. Er is voortdurend wrijving waarbij hij zich slecht laat aansturen. Ook de kwaliteit van zijn medisch handelen is duidelijk onder de maat en hij maakt zich gemakkelijk ervan af. De maatschap wil van hem af, maar de medische staf laat het afweten. Ook de raad van bestuur van het ziekenhuis is op de hoogte, maar is niet bereid om hier de tanden te laten zien. Hij zit de rit uit tot aan zijn pensioen.

Collega D loopt voortdurend de kantjes ervan af. Hij wordt overal in het ziekenhuis gesignaleerd, maar vooral buiten zijn eigen werkplek. Er zijn voortdurend incidenten met patiënten en personeel. Als het personeel weigert om nog verder met hem samen te werken, zegt het ziekenhuis de toelatingsovereenkomst op. Maar door een procedurefout maakt het Scheidsrecht Gezondheidszorg dit weer ongedaan.

Hoewel hij door het Scheidsrecht ernstig vermanend is toegesproken, legt hij de uitspraak uit als een overwinning op het ziekenhuis. Als na ruim tien jaar weer een zwartboek aan de raad van bestuur wordt aangeboden, wordt een begeleidingscommissie

ingesteld. Opnieuw doen zich tal van incidenten voor, maar pas als een patiënt overlijdt door verwijtbaar handelen wordt hem de toelatingsovereenkomst opgezegd.

Collega E staat erom bekend dat hij kort door de bocht is, zowel tegen collega's als tegen patiënten. In beide gevallen geeft dit veel problemen. Regelmatig moeten zaken worden rechtgezet of komt het tot klachten. Brieven naar de huisarts schrijft hij nauwelijks. Bijscholing volgt hij niet. Zijn begeleiding van arts-assistenten is een ramp. Financiële problemen thuis en een alcoholverslaving verergeren de zaak. Mede hierdoor raakt een collega, die samen met hem de zorg heeft voor een aandachtsgebied, burn-out. Zelf is hij ook met regelmaat ziek of anderszins niet tot werken in staat. Maar aan opgeven denkt hij niet. Medische staf en raad van bestuur grijpen niet in.

Uiteindelijk verlaat hij arbeidsongeschikt het ziekenhuis.

Stoorzender

Het niet goed functioneren kent dus vele gedaantes, maar de gevolgen zijn in alle gevallen groot. In de eerste plaats voor de patiënt, die niet wordt behandeld zoals hij mag verwachten. Maar ook voor collega's, voor wie deze specialisten als een stoorzender werken en de werksfeer sterk aantasten. Om de schade voor de patiënt te beperken is heel veel extra inspanning nodig die vrijwel altijd ad hoc moet worden georganiseerd. Daarnaast gaat veel energie verloren aan het praten over de betreffende specialist (stoom afblazen) en het bedenken van oplossingen. Deze voortdurende ruis drukt sterk op de omgeving. Kritische medewerkers worden vaak onheus door hen bejegend, sommigen raken er zelfs overspannen van.

Tot slot lijdt de organisatie als geheel onder deze disfunctionerende dokters. Zij hebben immers geen oog voor de kwaliteit van de zorg, en zeker niet voor de kwaliteit die de organisatie als geheel moet bieden. Soms verschuilt men zich achter een aandachtsgebied, maar vaak is er sprake van een verborgen agenda van persoonlijk voordeel (privileges, oncontroleerbaarheid). Bijscholing wordt vaak niet gevolgd. Bij visitaties wordt dit gewoon gemaskeerd door een lijst van niet-bezochte congressen en cursussen te presenteren. Of men heeft zich wel ingeschreven maar de voordrachten worden niet of slechts voor een klein deel gevolgd.

Blijkbaar ontbreekt het bij deze mensen aan eergevoel en aan verantwoordelijkheid voor eigen werk en het functioneren van de organisatie.

Bij al deze casus valt op dat maatschap, medische staf en raad van bestuur niet op het juiste moment de handen ineenslaan.

Slappe knieën

Het signaleren van de problemen is eigenlijk nog het eenvoudigst. Want als een medisch specialist disfunctioneert weet iedereen dat: de collega's, arts-assistenten, verpleegkundigen en zelfs de co-assistenten. Maar het aantonen ervan is een andere zaak. Want: hoeveel fouten mag iemand maken, hoe ernstig mogen die fouten zijn, waar ligt de grens tussen het acceptabele en het disfunctioneren? En als deze specialisten al op hun gedrag worden aangesproken, voelen ze zich dikwijls aangevallen en reageren met een agressieve tegenaanval. Zodat de sfeer voor kortere of langere tijd verziekt is. Soms ook wordt de kritiek schijnbaar geaccepteerd, maar na korte tijd weer terzijde gelegd zodat oude gewoonten snel terugkeren.

Voor maatschappen is er nóg een drempel om de eigen maat aan te spreken. Bij ontbinding van het maatschapcontract moet de maatschap vaak de betreffende maat uitkopen. Dit wordt gevoeld als een onterechte oprotpremie voor iemand die jarenlang de sfeer heeft verziekt.

Stafbesturen hebben tot op heden vaak slappe knieën. Ook hier bestaat grote terughoudendheid om de collegiale samenwerking door kritiek te laten verpesten. Daarnaast is men in het algemeen niet erg optimistisch over de slaagkans van een ontslagprocedure. Ook lopen leden van het stafbestuur of van stafcommissies het risico persoonlijk juridisch te worden aangesproken als zij bijgedragen hebben aan het ontbinden van een toelatingsovereenkomst.

Het ziekenhuis als organisatie kan evenzeer aarzelingen hebben om een specialist aan te pakken. Er kan twijfel zijn of het allemaal wel zo erg is. Maar ook angst voor imagoschade kan een rol spelen. En, niet onbelangrijk, ook het ziekenhuis zit niet te wachten op financiële claims van de vertrekkende medisch specialist.

Daar waar alle partijen gezamenlijk hun schouders eronder zouden moeten zetten, wordt veelal afgewacht tot 'de ander' de

kastanjes uit het vuur haalt.

Nog moeilijker wordt het als een deel van een maatschap of vakgroep zelf bestaat uit disfunctionerende specialisten.

Toch kunnen we niet spreken van een doofpotcultuur. Alle betrokkenen willen juist dolgraag af van een disfunctionerend medisch specialist, omdat men er zoveel last van heeft. Het ontbreekt de diverse geledingen echter aan vertrouwen dat het mogelijk is zich te ontdoen van zo iemand. En het ontbreekt aan de wil om gezamenlijk het probleem aan te pakken.

Aanpak

Het instellen van stafcommissies disfunctionerende specialisten is een goed begin, er zijn in ieder geval meldpunten. Maar het belangrijkste is dat als begeleiding niet tot verbetering leidt, een procedure tot opzegging van de toelatingsovereenkomst of ontslag grote kans op succes heeft. Bij het aantonen van disfunctioneren moet ook het stoorzendereffect een belangrijke rol spelen. Dus moeten medewerkers gehoord kunnen worden, eventueel anoniem om bescherming te waarborgen.

Om de financiële drempels te slechten, kan een fonds worden opgericht waar ziekenhuizen, medisch specialisten en verzekeraars geld in storten. Dat zal de kans op een gezamenlijke aanpak van het probleem vergroten.

Verder zou het Scheidsgerecht Gezondheidszorg disfunctioneren niet moeten belonen, dus geen vertrekpremies toekennen. Tenslotte hebben organisaties al veel geïnvesteerd om een specialist beter te laten functioneren voordat het Scheidsgerecht wordt ingeschakeld. Hoe jammer ook voor de betrokkene, een extra beloning is hier echt niet op zijn plaats.

Ook zal de beleving van deze problematiek door organisaties (op vakgroepniveau en ziekenhuisniveau) moeten veranderen. Een gebrek aan zelfreinigend vermogen moet een grotere schande zijn dan het aanpakken van disfunctionerende specialisten.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg zal ziekenhuizen en de raden van bestuur moeten aanspreken als zij een weigerachtig beleid hebben gevoerd bij disfunctionerende specialisten.

Tot slot hebben ook opleiders van medisch specialisten een belangrijke rol te vervullen, want vrijwel altijd hadden de latere disfunctionerende specialisten al een slechte naam tijdens hun opleiding.

dr. R. van Dijk Azn,
radioloog Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen

Correspondentieadres: dijkazn@gmail.com;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Samenvatting

- De affaire van de Twentse neuroloog is geen incident. In Nederland werken honderden disfunctionerende medisch specialisten.
- De belangrijkste reden waarom disfunctionerende specialisten niet worden aangepakt is dat een ontslagprocedure uiterst moeilijk is en derhalve geen enkele partij zijn vingers er graag aan brandt.
- Een gezamenlijke aanpak, waarbij medewerkers, eventueel anoniem, moeten worden gehoord, is essentieel.
- De instelling van een fonds om eventuele schadeclaims te kunnen betalen, kan de financiële drempels voor ontslag slechten.

Bron: <http://medischcontact.artsennet.nl/tijdschrift/Tijdschriftartikel/Slechte-specialist-heeft-vrij-spel.htm>

www.sin-nl.org