

Implementatie van Child Death Review in Nederland: factoren van invloed

Een kwalitatief onderzoek naar mogelijke bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie van Child Death Review in Nederland en mogelijkheden in vormgeving van de methode ter bevordering van implementatie

J. M. Meirmans
S1104926
Gezondheidswetenschappen
Faculteit Management en Bestuur
Universiteit Twente

Bachelorscriptie
Onder begeleiding van mw. dr. C.J.M. Doggen en
mw. drs. S. Gijzen

15-08-2014

Samenvatting

Aanleiding: Verschillende landen hebben omtrent het identificeren van de omstandigheden die hebben geleid tot de dood van een kind een methodiek geïmplementeerd en vormgegeven, waarbij een multidisciplinaire en systematische aanpak wordt gehanteerd. Deze methode staat bekend onder de naam Child Death Review (CDR), waarbij elk overlijden van een kind nader wordt geanalyseerd met als doel het doen van aanbevelingen voor preventie. In Nederland bestaat een dergelijke systematiek nog niet.

Onderzoeksvraag: Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie van CDR in Nederland, en hoe kan de vormgeving ervan de implementatie bevorderen?

Onderzoekspopulatie: De onderzoekspopulatie bestaat uit potentiële gebruikers van CDR: professionals die potentieel deel kunnen uitmaken van een CDR team of potentieel een verantwoordelijkheid hebben in de informatievoorziening aan het CDR team rondom een overleden kind, onder andere kinderartsen en maatschappelijk werkers, en ouders of verzorgers wiens kind is overleden.

Design: Er is een kwalitatief onderzoeksdesign gebruikt in de vorm van focusgroepen. Er zijn een viertal focusgroepen gehouden met in totaal 23 respondenten.

Analyse: De analyse van de uitgeschreven focusgroepsessies is gedaan op basis van de determinanten uit het Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI). Opmerkingen met betrekking tot deze determinanten zijn gecodeerd en geteld. Vervolgens zijn de determinanten waarover meer dan vijf opmerkingen zijn geplaatst nader geanalyseerd.

Resultaten: Factoren met betrekking tot de determinanten *medewerking cliënt, compleetheid van de innovatie, procedurele helderheid, uitkomstverwachting, persoonlijk voordeel/nadeel, wet- en regelgeving* en *tijd* lijken implementatie van CDR in Nederland te zullen beïnvloeden. Belemmerende factoren worden vooral ervaren op het gebied van de *compleetheid van de innovatie*, waarbij problemen worden verwacht door incomplete informatieverstrekking aan het CDR team; het *persoonlijk voordeel/nadeel*, waarbij een gevoel van onveiligheid voor de professional een belangrijk persoonlijk nadeel is; en de *medewerking van de cliënt*, waarbij het gevoel als schuldige te worden beschouwd voor ouder en professional een belangrijke belemmering vormt. Bevorderende factoren worden ervaren op het gebied van de uitkomstverwachting, waarbij het doel van CDR- het doen van aanbevelingen op gebied van preventie- belangrijk wordt bevonden. Kansen in de vormgeving van het CDR ter bevordering van de implementatie lijken vooral te liggen op het gebied van de compleetheid van de innovatie, de procedurele helderheid en de medewerking van de cliënt.

Conclusie & aanbevelingen: Het doel van CDR wordt waardevol geacht en mag worden benadrukt in informatieverstrekking over de methodiek. Mogelijk vormt de methode een bedreiging voor de

professional en ouder. Anonimiseren in een vroeg stadium is daarom belangrijk. Incomplete informatieverstrekking wordt aannemelijk geacht. Ter voorkoming hiervan dienen de eisen hieromtrent helder worden vastgelegd. De werkwijze rondom het vragen van toestemming aan ouders dient te worden vastgelegd in een procedure. Terugkoppeling naar ouders toe wordt belangrijk bevonden en dient nader te worden gekaderd.

Summary

Introduction: Different countries have implemented a methodology concerning the identification of the conditions leading to the death of a child, where a multidisciplinary and systematic approach is applied. This method is known as Child Death Review (CDR), where every death of a child is the object of scrutiny, with the aim of giving recommendations for prevention. Such a system does not exist in The Netherlands currently.

Research question: What are impeding and facilitating factors for implementation of CDR in The Netherlands, and how can its design facilitate implementation?

Study population: The study population consists of potential users of CDR: professionals who may be part of a CDR team, or may have a responsibility in the supply of information to the CDR team, among others child physicians and social workers, and parents or guardians whose child has died.

Design: A qualitative study design is used, using focus groups. Four focus group sessions are conducted with a total of 23 respondents.

Analysis: The analyses of the written focus group sessions are conducted based on the determinants of the Measuring Instrument for Determinants of Innovations (MIDI). Comments with regard to these determinants have been coded and counted. Subsequently the determinants considering more than five comments have been further analyzed.

Results: Factors with regard to the determinants *cooperation client, completeness of the innovation, clarity, outcome expectations, personal (dis)advantage, rules and regulation* and *time* seem to possibly influence implementation of CDR in The Netherlands. Impeding factors are being experienced in the fields of completeness of the innovation, where problems are expected caused by incomplete supply of information to the CDR team; the personal (dis)advantage- where a feeling of insecurity experienced by the professional involved is pointed out as an important disadvantage- and cooperation client, where the feeling of being accused is considered impeding for cooperation of the parent and the professional. In the field of the outcome expectancy facilitating factors are experienced, where the aim of CDR- giving recommendations for prevention- is considered

important. In order to facilitate implementation chances in the design of CDR are found in the field of completeness of the innovation, the clarity of the procedures and the cooperation of the client.

Conclusion and recommendations: The aim of CDR is being considered useful. This should be emphasized in information about the methodology. The method possibly poses a threat for the professional and parent involved with CDR. Anonymizing records in an early stage is therefore important. Incomplete supply of information is likely. In order to avoid incompleteness, the requirements in this regard should be defined in a clear manner. The approach used with the request for the parents' permission should be documented in a procedure. Feedback aimed at the parents is considered important and should be framed further.

Inhoud

Samenvatting.....	1
1 Inleiding.....	5
2 Methoden.....	12
2.1 Studiedesign.....	12
2.2 Onderzoekspopulatie.....	12
2.3 Dataverzameling.....	13
2.4 Data analyse.....	15
3 Resultaten.....	19
4 Conclusie & Discussie.....	32
4.1 Verband tussen disciplines en determinanten.....	32
4.2 Interpretatie van resultaten.....	33
4.3 Zwakke punten van het onderzoek.....	38
5 Aanbevelingen.....	40
Referenties.....	42
Bijlage.....	44

1 Inleiding

Het aantal minderjarigen dat in Nederland overlijdt is vanaf de jaren 70 gedaald. Deze daling is grotendeels toe te schrijven aan beleidsmaatregelen vanuit de overheid, met name op het gebied van verkeersveiligheid, en aan een afname van de sterfte door perinatale aandoeningen.(1) In 2012 zijn 1169 kinderen en jongeren tussen de 0 en 20 jaar overleden, waarvan de meesten ten gevolge van een natuurlijke oorzaak. Van de 990 kinderen gestorven aan een natuurlijke oorzaak, vormen aandoeningen ontstaan in de perinatale periode en aangeboren afwijkingen de belangrijkste doodsoorzaken. Bij 30 kinderen is de dood toegeschreven aan ‘onvolledig omschreven en onbekende oorzaken’. Van de gevallen van niet-natuurlijk overlijden (179 totaal) zijn 58 overleden ten gevolge van een vervoersongeval, 47 door toedoen van een andersoortig ongeval, 51 door zelfdoding en 20 ten gevolge van moord of doodslag. Bij één geval is de ‘gebeurtenissen opzet onbekend’ en bij twee gevallen is de toedracht niet nader gedefinieerd.(2) Het vaststellen van de doodsoorzaak bij een minderjarige gebeurt door een arts in samenspraak met een lijkschouwer (artikel 3 en 10a, Wet op de lijkbezorging). Bij twijfel aan een natuurlijk overlijden en bij evident niet-natuurlijk overlijden wordt de doodsoorzaak vastgesteld door een lijkschouwer. Analyse van data betreffende kindersterfte tussen 1969 en 2011 in Nederland wijst uit dat er mogelijk een grotere daling in kindersterfte haalbaar is door het onderzoeken van ieder overlijden van minderjarigen op een systematische en multidisciplinaire wijze.(1)

Verschillende landen hebben omtrent het vaststellen van de oorzaken van de dood van een kind een methodiek geïmplementeerd en vormgegeven, waarbij een dergelijke multidisciplinaire en systematische aanpak wordt gehanteerd.(3) De mate waarin een land in staat is om kindersterfte te reduceren zegt immers veel over het algehele welbevinden in de samenleving.(4) Dat de methodiek in verschillende landen heeft vorm gekregen, kan worden gezien als een erkenning dat de sterfte van een kind nader onderzoek en aandacht vergt. Deze op verschillende wijze toegepaste methodiek wordt geschaard onder de naam Child Death Review (CDR). Een bindende factor in de toepassing ervan is de inzet van een multidisciplinair team om de dood van een kind vanuit een sociaal medische invalshoek nader te onderzoeken. Deze aanpak is gebaseerd op de veronderstelling dat mishandeling van kinderen moeilijker is te verbergen of over het hoofd te zien is als professionals van verschillende instellingen en disciplines informatie delen en beoordelen betreffende het kind en de omstandigheden rondom het overlijden.(5) Uit onderzoek naar een Child Fatality Review Program in Arizona is gebleken dat ook op het gebied van het onderzoeken van doodsoorzaken waarbij geen sprake is van verdachte omstandigheden voordelen te behalen zijn in de zin van preventie.(6) Hiermee is de potentiële scope van CDR verbreed naar het beoordelen van alle gevallen van

overlijden. Naast de multidisciplinaire werkwijze, komen ook de belangrijkste doelen die worden nagestreefd nagenoeg overeen tussen landen: 1) het identificeren van de omstandigheden die hebben bijgedragen aan het overlijden, 2) en het bieden van suggesties voor preventie of verbetering van gezondheid en veiligheid van kinderen. (5, 7, 8) Bij het bieden van suggesties in preventie speelt zowel het lering trekken uit individuele cases als het vinden van landelijke trends door verbeterde doodsoorzakenstatistiek een rol.(9) Naast de twee bovengenoemde doelen, wordt ook het bieden van adequate rouwbegeleiding in sommige landen gezien als doel van CDR.(8)

Buiten de twee besproken bindende factoren, namelijk de multidisciplinaire aanpak en de nagestreefde doelen, zijn er vooral veel verschillen in toepassing van de methodiek tussen landen. Verschillen bestaan 1) betreffende het niveau waarop CDR wordt uitgevoerd, 2) de doelgroep van het onderzoek, 3) de focus van het onderzoek, 4) de mate waarin de procedure door wetgeving wordt ondersteund, 5) de mate waarin de familie (de ouder) wordt betrokken, 6) de bekostiging, 7) de samenstelling van het team en 8) de omgang met verkregen resultaten.(3, 5) 1) CDR kan op lokaal niveau, regionaal en landelijk niveau worden uitgevoerd, of een combinatie daarvan. Toepassing op lokaal of regionaal niveau betekent dat in elke regio een eigen team wordt samengesteld, dat de dood van kinderen wonend in die regio reviewt en het mandaat heeft om de benodigde informatie op te vragen bij verschillende bij het kind betrokken partijen. Daarbij is men alert op regionale trends in sterfte. Bij uitvoering op landelijk niveau is er tenminste één team dat het mandaat heeft om informatie op te vragen betreffende alle sterfgevallen van minderjarigen in het land en deze cases te reviewen. Daarnaast speurt men naar landelijke trends. Een combinatie van deze vormen betekent dat individuele cases worden gereviewd door regionale teams, en dat een nationaal team vervolgens de verkregen resultaten beschouwt met het oog op het vinden van trends of andere verbanden tussen de cases. 2) Betreffende de doelgroep van het CDR, in de zin van de cases die met de methodiek worden onderzocht, kunnen verschillende keuzes worden gemaakt. Keuzes op het gebied van de leeftijdsrange, het wel of niet onderzoeken van een (schijnbaar) natuurlijke dood, en of er sprake moet zijn van verdenking op misbruik. 3) De focus van het onderzoek kan liggen op *child welfare*, waarbij het voorkomen van misbruik of verwaarlozing van kinderen het ultieme doel vormt, of kan meer *public health* gericht zijn, waarbij het uiteindelijk gaat om verbetering van de algehele gezondheid en welbevinden van kinderen.(3) Naast bovenstaande benaderingen kan de focus mede gericht zijn op het beoordelen en verbeteren van de rouwbegeleiding aan nabestaanden. 4) Qua wetgeving worden CDR teams in landen als Engeland en Wales ondersteund door bepaalde regels en wetten.(10) Deze stellen de teams in staat hun werkzaamheden ongehinderd uit te voeren. In landen waarin deze wetgeving niet bestaat, bestaat de kans dat teams onvoldoende toegang tot resources hebben, waardoor de werkzaamheden niet optimaal kunnen worden uitgevoerd. Zonder juridisch kader kan het namelijk lastig zijn voor een team om de benodigde informatie te verkrijgen van

derden. 5) De mate waarin familie wordt betrokken verschilt, ook los van de samenhang met de keuze in doelen die met het CDR worden nagestreefd. Er is namelijk de mogelijkheid van het betrekken van de ouders in de informatieverzameling en het delen van de resultaten van de review met de familie.(3) Deze resultaten kunnen de familie vervolgens handvaten bieden in eventuele procedures die zij aanspannen met betrekking tot de toedracht van de dood van het kind.(5) 6) De beschikbaarheid van financiële middelen blijkt bepalend in de bovengenoemde mogelijkheden in toepassing.(5) De uitvoering van CDR door de teams is afhankelijk van bekostiging van bovenaf. Denk bijvoorbeeld aan de tijd die kan worden bekostigd, welke de frequentie van samenkomsten bepaalt en daarmee ook het aantal cases dat wordt onderzocht. 7) Dan is er de samenstelling van het CDR team. Wat in Amerika vaak wordt gezien is de aanwezigheid van een persoon betrokken bij volksgezondheid, een medewerker van de politie, een maatschappelijk werker, een medische professional, een lijkschouwer, iemand van de kindbescherming en een ambtenaar werkzaam bij het Openbaar Ministerie.(5) Echter bestaan hierin verschillen per land. In Nieuw-Zeeland wordt bijvoorbeeld de lijkschouwer niet betrokken in het onderzoeksproces, ter voorkoming van bias in het forensisch onderzoek.(3) Mogelijk verschilt de samenstelling van een CDR team niet alleen tussen landen, maar ook binnen landen per regio of per case. 8) Ten slotte is er de manier waarop wordt omgegaan met de verkregen resultaten. Resultaten worden of periodiek gerapporteerd aan de wetgever (in Nederland bestaande in de Tweede Kamer), of er wordt rechtstreeks verslag gedaan aan de bestuurder op het betreffende niveau (de centrale overheid of overheden op lager niveau). Vaak wordt ervoor gekozen om de bevindingen jaarlijks te publiceren.(5) De vele verschillen in de toepassing van de methodiek wijzen op verschillen in sociale, economische en politieke context tussen landen.

Ondanks verschillen in context is leiding en ondersteuning op landelijk niveau een belangrijk vereiste voor het functioneren van CDR.(3-5, 11) Ontbrekend nationaal beleid heeft effect op de kwaliteit van het onderzoek uitgevoerd door het CDR team, en daarmee de consistentie van de data die worden verkregen op landelijk, regionaal of lokaal niveau. Dit heeft uiteindelijk invloed op de preventieve activiteiten die plaatsvinden op landelijk niveau.(11) Naar aanleiding van bevindingen van het CDR team kunnen bijvoorbeeld aanpassingen worden gedaan in landelijk werkzame protocollen binnen (zorg)organisaties. Door aggregatie van data op landelijk niveau zijn landelijke trends in het overlijden van minderjarigen vast te stellen. Daarom is standaardisatie van werkwijze en aggregatie van data op nationaal niveau belangrijk voor het functioneren van het CDR. Zaken die een gestandaardiseerde landelijke benadering vereisen zijn onder andere het reviewproces, de gebruikte definities (wat wordt bijvoorbeeld verstaan onder een onverwachte dood) en de voorziening van teams in training en technische assistentie.(4, 5) Onder technische assistentie wordt

het op eenzelfde wijze rapporteren en invoeren van de gegenereerde data verstaan. Hiervoor is toegang tot een uniform datasysteem vereist.

Het in kaart brengen van de oorzaken van kindersterfte heeft meerdere voordelen(7). Het kan 'best practices' op het gebied van de zorg- en hulpverlening bevorderen. Ook kan het procedures en beleid op het gebied van de bescherming van kinderen aanscherpen. Daarbij geeft het aanknopingspunten voor wetgeving en educatie relevant voor volksgezondheid en -veiligheid. Informatie betreffende de context van het overlijden is vereist om preventieve maatregelen te nemen of interventies in te zetten. Zo kan er door onderzoek en dataverzameling bijvoorbeeld inzicht worden verkregen in het hoe en waarom van plotselinge dood bij baby's, dood door onbedoelde verwondingen, suicide onder jongeren en dood veroorzaakt door huiselijk geweld.(7) Maar ook bij gevallen van natuurlijk overlijden kan onderzoek aanknopingspunten bieden voor verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening.

In Nederland bestaat er geen uniforme systematiek omtrent onderzoek naar elk overlijden van een minderjarige. Wetgeving betreffende het onderzoek dat plaats vindt na overlijden beperkt zich tot hetgeen is opgenomen in de Wet op de lijkbezorging. Sinds een in 2010 doorgevoerde wetwijziging moet, in het geval van overlijden van een minderjarige, de behandelend arts overleg plegen met de gemeentelijke lijkschouwer (artikel 10a, Wet op de lijkbezorging). Voor het uitvoeren van een lijkschouw bestaan richtlijnen, opgesteld door het Forensisch Medisch Genootschap (FMG). In het overleg tussen de behandelend arts en de gemeentelijke lijkschouwer wordt de werkwijze gevolgd, die is vastgesteld in de 'Werkinstructie melding overlijden minderjarige'(12). Deze richtlijn is opgesteld naar aanleiding van bovengenoemde wetwijziging. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen een natuurlijke en niet-natuurlijke doodsoorzaak. De meest gangbare definities van deze begrippen is zoals opgenomen in een pamflet van de Inspectie van de Gezondheidszorg uit 1991, bedoeld als informatievoorziening voor artsen betreffende wijzigingen in de Wet op de lijkbezorging.(13) Onder een niet-natuurlijk overlijden wordt verstaan 'ieder overlijden dat (mede) het gevolg is van uitwendig (fysisch of chemisch) geweld, ook wanneer dit niet door menselijk toedoen is veroorzaakt, alsmede overlijden waarbij sprake is van opzet of schuld.'(13) Een natuurlijk overlijden wordt daarentegen begrepen als een 'overlijden door spontane ziekte of ouderdom, inclusief een complicatie van een 'lege artis uitgevoerde medische behandeling', een behandeling uitgevoerd volgens de gebruikelijke medische werkwijzen. De definities van de genoemde begrippen worden echter niet nader toegelicht in de wetgeving. In geval van twijfel aan een natuurlijk overlijden of een evident niet-natuurlijk overlijden, wordt de gemeentelijk lijkschouwer ingeschakeld voor het uitvoeren van de lijkschouw. De gemeentelijk lijkschouwer licht vervolgens justitie in over

de bevindingen van de lijkschouw. In 2012 is de NODO-procedure (Nader Onderzoek Doodsoorzaak) ingevoerd, die is gericht op het achterhalen en registreren van doodsoorzaken bij minderjarigen in de gevallen waarbij er in eerste instantie geen overtuigende verklaring kan worden gevonden. Half december 2013 hebben de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie echter besloten per 1 januari 2014 te stoppen met de uitvoering van de NODO-procedure en de twee NODO-centra niet meer te financieren, blijkt uit een brief aan de Tweede Kamer.⁽¹⁴⁾ Momenteel is het onduidelijk hoe nader onderzoek naar sterfgevallen van minderjarigen, zonder overtuigende verklaring van toedracht, moet gaan plaatsvinden en worden gefinancierd.

Geconcludeerd kan worden dat onder de geldende wetgeving bij de vaststelling van een natuurlijk overlijden een grondig onderzoek naar de specifieke toedracht leidend tot intreding van de dood niet plaatsvindt. Hierdoor kunnen er zaken over het hoofd worden gezien, zoals fouten gemaakt in het zorgproces of het niet of te laat inschakelen van medische zorg. Als de primaire doodsoorzaak (het onderliggend lijden) wordt aangemerkt als niet-natuurlijk, bestaat de kans van misinterpretatie en -classificatie van doodsoorzaken door de eenzijdigheid van het onderzoek, welke wordt uitgevoerd vanuit enkel het medische of forensische perspectief van de arts of lijkschouwer.

Echter bestaat er in Nederland wel degelijk een uniform systeem voor het in kaart brengen van doodsoorzaken. De medisch ambtenaar van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) ontvangt via de gemeente waar het overlijden heeft plaatsgevonden de B-verklaring, getekend door de behandelend arts of lijkschouwer. De B-verklaring is een doodsoorzaakverklaring die anonieme gegevens van de overledene bevat. Ten aanzien van de doodsoorzaak wordt onderscheid gemaakt tussen de primaire en secundaire doodsoorzaak. Volgens het CBS is de primaire doodsoorzaak 'de ziekte of de gebeurtenis waarmee de aaneenschakeling van gebeurtenissen die tot de dood leidde, startte'. De secundaire doodsoorzaken zijn daarmee de 'gevolgen of complicaties van de primaire doodsoorzaak, evenals andere ziekten die ten tijde van het overlijden aanwezig waren en soms tot de dood hebben bijgedragen.' Alleen de primaire doodsoorzaak wordt opgenomen in de doodsoorzakenstatistiek van het CBS. Dat betekent dat omstandigheden of gebeurtenissen die niet direct tot het intreden van de dood hebben geleid, maar wel hieraan hebben bijgedragen, niet worden opgenomen in de doodsoorzakenstatistiek. Betreffende de aard van overlijden wordt onderscheid gemaakt tussen een natuurlijk of niet-natuurlijk overlijden. Bij het vaststellen van de aard van het overlijden bestaat het gevaar van misclassificatie door gebrek aan beleid voor borging van een kwalitatief onderzoek, door gebrek aan eenduidige interpretatie van de begrippen, en door het beperkte deel van de uitkomsten van het onderzoek dat wordt vastgelegd in de doodsoorzakenstatistiek. Deze beperkingen hebben gevolgen voor de kwaliteit van de data en

daarmee de uiteindelijke resultaten in termen van preventie en verbetering die op basis van de gegenereerde data kunnen worden behaald.

Waar een uniforme systematiek voor handelen rondom het vaststellen van factoren leidend tot elk overlijden van een minderjarige ontbreekt in Nederland, bestaan hier omtrent wel twee losse, niet op wetgeving gebaseerde methoden. Ten eerste is er de richtlijn '*Handelingsprotocol Na Wiegendood*' van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK). Deze richtlijn bevat instructies betreffende het onderzoek naar factoren die hebben geleid tot het plotseling en onverwacht overlijden van een kind onder de leeftijd van 2 jaar, welke (schijnbaar) in de slaap is overleden (15). De instructies betreffen zowel medische/forensische aanwijzingen als aanwijzingen op het gebied van benadering en begeleiding van de ouders. De Landelijke Werkgroep Wiegendood (LWW) doet vervolgens systematisch onderzoek naar de omstandigheden die hebben geleid tot dit soort overlijdensgevallen. Hiermee wordt beoogd de doodsoorzakenstatistiek te verbeteren. Ten tweede wordt de perinatale sterfte in Nederland nader onderzocht door middel van het uitvoeren van perinatale audits. De stichting Perinatale Audit Nederland (PAN) biedt ondersteuning bij de analyse van alle gevallen van sterfte in de perinatale periode.(16) Hierbij wordt door direct betrokken professionals uit een verloskundige samenwerkingsverband op een gestructureerde manier gekeken naar de geleverde perinatale zorg, waarbij standaard factoren worden geïdentificeerd. Het doel hiervan is de kwaliteit van de perinatale zorgverlening te verbeteren. De PAN richt zich op kinderen in de perinatale periode. Er kan worden geconcludeerd dat met de werkwijze van de LWW en de PAN een beduidend kleinere doelgroep wordt beoogd dan met CDR. (17) Daarbij zijn de beoogde doelen van beide methoden beperkter dan de doelen die mogelijk met de CDR methodiek worden nagestreefd.

Het gebrek aan regelgeving omtrent het onderzoeken en rapporteren van elk overlijden van een kind wijst op de potentiële opbrengsten die met CDR, ondersteund door nationaal beleid, in Nederland kunnen worden behaald in termen van preventie, verbetering van het algemeen welbevinden van kinderen en kwaliteit van de rouwbegeleiding. De vraag is hoe het CDR in Nederland moet worden vormgegeven. Zoals eerder belicht zijn er tussen landen waar CDR wordt ingezet verschillen in toepassing en werkwijze. Onderzoek wijst uit dat een toepassingsvorm van het CDR die in het ene land goed werkt, niet per definitie vertaalbaar is naar andere landen.(3) De verschillen indiceren daarmee de keuzes die voorafgaand aan implementatie van CDR gemaakt moeten worden. Bij het formuleren van nieuwe richtlijnen of manieren van werken is het ook belangrijk om rekening te houden met hoe deze worden geïmplementeerd in de bestaande structuren.(18) Om de potentiële opbrengsten werkelijk te verkrijgen moet de CDR methodiek en de implementatie ervan bewust worden vormgegeven.

Een moeizaam verloop van implementatie van een innovatie in zorgorganisaties kan worden veroorzaakt door een verminderd draagvlak in een organisatie, een lagere acceptatie onder betrokkenen dan verwacht, de noodzaak voor meer voorzieningen dan ingeschat of het uitblijven van (zichtbaarheid van) resultaten op korte termijn.(19, 20) Bij een lage acceptatie onder professionals bestaat de kans van het uitblijven van enige verandering.(20) Bij implementatie van CDR wordt dit laatstgenoemde gevaar in de hand gewerkt door vrees onder medische professionals om over onvoldoende mogelijkheden te beschikken om te kunnen voldoen aan hetgeen wat van hen wordt geëist door het CDR team, en angst om gedwongen uit het eigen expertisegebied te moeten stappen.(8) Om dergelijke valkuilen te vermijden, is een analyse van de context, de doelgroep en verandering bevorderende en belemmerende factoren, voorafgaand aan de ontwikkeling van een implementatiestrategie, helpend.(21) Het is daarom zinvol voor organisaties om een overzicht te maken van de belemmerende en bevorderende factoren alvorens men overgaat tot implementatie.(19) Dit geeft de mogelijkheid om te anticiperen op deze factoren en zo het implementatieproces te cultiveren. Een zogenaamde implementatiediagnose biedt uitkomst in het in kaart brengen van de belemmerende en bevorderende factoren om vervolgens de innovatie en de implementatiestrategie hierop te kunnen aanpassen voor een succesvolle implementatie.(19)

In het geval van de implementatie van het CDR vertaalt dit zich naar het maken van de juiste keuzes in zowel de vormgeving van de methodiek als de implementatiestrategie, om, zo ver mogelijk, de belemmerende factoren te omzeilen en de bevorderende factoren te benutten. Het feit dat de CDR methodiek in verschillende contexten op zeer verschillende manieren wordt toegepast, maakt het uitvoeren van een implementatiediagnose een extra belangrijke stap in het innovatieproces. Alleen door het maken van de juiste keuzes zal het implementatieproces optimaal verlopen, waardoor beoogde doelen sneller kunnen worden bereikt. Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie van Child Death Review in Nederland, en hoe kan de vormgeving ervan de implementatie bevorderen?

2 Methoden

2.1 Studiedesign

Er is gekozen voor een kwalitatief onderzoekdesign in de vorm van het houden van focusgroepen. De onderzoeksvraag is exploratief van aard. Zonder voorafgaande hypothesen of veronderstellingen wordt onderzocht welke factoren van invloed kunnen zijn op de implementatie van CDR en welke aanwijzingen dit geeft voor de vormgeving ervan. Bij een exploratief onderzoek is een kwalitatief design waardevol vanwege de mogelijkheden die hierin bestaan om respondenten in de diepte te onderzoeken, met in acht neming van de context, en zo hetgeen te beschrijven dat ten grondslag ligt aan het fenomeen.⁽²²⁾ In het onderzoek naar bevorderende en belemmerende factoren is dit belangrijk, omdat niet alleen wordt gestreefd te ontdekken welke factoren invloed hebben op implementatie van het CDR, maar vooral hoe deze factoren worden ervaren door de onderzoekspopulatie en hoe het komt dat deze op een bepaalde manier worden ervaren. Door te ontdekken wat er ten grondslag ligt aan deze factoren kunnen resultaten bijdragen aan effectieve implementatie.

2.2 Onderzoekspopulatie

Voor het vaststellen van de onderzoekspopulatie is gekeken naar de drieledige doelstelling van het CDR, namelijk het identificeren van factoren die hebben bijgedragen aan het overlijden, het bieden van suggesties voor preventie of verbetering van gezondheid en veiligheid van kinderen (door de lering die kan worden getrokken uit individuele cases en de verbeterde doodsoorzakenstatistiek), en het bieden van adequate rouwbegeleiding. Actoren die zich bezighouden of in aanraking komen met deze doelstellingen vormen de onderzoekspopulatie; de potentiële gebruikers van het CDR. Dit zijn ofwel professionals die deel uitmaken van een CDR team, ofwel professionals die een verantwoordelijkheid hebben in de informatievoorziening aan het CDR team rondom een overleden kind. Ouders of verzorgers waarvan een kind overlijdt houden zich niet bezig met de doelstellingen, maar komen er wel in aanraking mee, onder andere omdat zij toestemming dienen te geven voor een review. Anders gezegd zijn zij potentiële gebruikers en maken daarmee deel uit van de onderzoekspopulatie.

Professionals die zich bezighouden met bovengenoemde doelstellingen kunnen worden verdeeld in standaard betrokken partijen en incidenteel betrokken, ofwel aanpalende partijen.

Standaard betrokken partijen in Nederland zijn ten eerste de huis- of kinderarts, welke in geval van sterfte van een kind als eerste wordt ingeschakeld en daarbij het intreden van de dood vaststelt. Ook wordt door de behandelend arts 6 tot 8 weken na het overlijden van een kind een gesprek gevoerd met de ouders, het zogenaamde nagesprek. De gemeentelijk lijkschouwer moet altijd worden ingeschakeld bij het overlijden van een kind in het kader van de overlegplicht tussen behandelend arts en gemeentelijk lijkschouwer. De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) moet van het overlijden van een kind op de hoogte worden gesteld om te kunnen handelen volgens de richtlijn 'Begeleiding gezin bij overlijden kind'.⁽²³⁾ Deze richtlijn is gericht op het bieden van ondersteuning aan ouders in hun zorg naar andere of toekomstige kinderen in het gezin. Ten slotte kan ook maatschappelijk werk, welke belast is met de sociale steun en rouwbegeleiding aan het gezin, betrokken zijn bij het overlijden van een kind. Aanpalende partijen zijn partijen die, mits bij leven betrokken bij het kind, kunnen worden benaderd voor informatielevering aan het CDR team. Ook kunnen zij worden gevraagd voor het verzorgen van bepaalde aspecten rondom de rouwbegeleiding aan het gezin. Bij deze partijen kan gedacht worden aan Bureau Jeugdzorg, de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD), gespecialiseerde thuiszorg, pedagogen, psychologen, geestelijk medewerkers van ziekenhuizen, MEE (een ondersteunende organisatie voor mensen met een beperking) en de politie.

Ouders of verzorgers zijn direct betrokken actoren bij het overlijden van een kind, maar vallen buiten de eerder genoemde groep direct betrokken professionals. Zij komen in aanraking met de doelstellingen als ontvangers van de rouwbegeleiding. Daarbij is het zonder de toestemming van de ouders niet mogelijk om de benodigde gegevens over een kind op te vragen, vanwege bestaande privacywetgeving en het medische beroepsgeheim.

Uit praktische overwegingen is gekozen voor Overijssel en de Achterhoek als populatiegebied.

2.3 Dataverzameling

Voor de dataverzameling is gekozen voor het houden van focusgroepsessies. Een focusgroep is een vorm van groepsinterview, waarbij de datageneratie bestaat uit het stimuleren en vastleggen van communicatie tussen respondenten.⁽²⁴⁾ Deze vorm van dataverzameling is bruikbaar bij het verkennen van de kennis en ervaring van mensen rondom een bepaald onderwerp.⁽²⁴⁾ Respondenten reflecteren op wat er wordt gezegd, reageren op elkaar en leren van elkaar. In dit proces onthullen zij meer van hun eigen referentiekader betreffende het onderwerp van de studie, dan zij geneigd zijn te doen in een één op één gesprek met een onderzoeker.⁽²⁵⁾ Naast wat mensen denken betreffende een onderwerp, kan dus worden ontdekt waarom zij zich er op een bepaalde manier tot verhouden. Dat maakt de methode geschikt om te ontdekken hoe bepaalde kennis en

ideeën zich gedragen in een bepaalde culturele context.(24) Daarbij bieden focusgroepen grotere stimulans tot het uiten van kritiek door de respondenten dan individuele diepte interviews.(24)

Het context explorerende karakter van de focusgroep methode maakt deze geschikt voor het huidige onderzoek. Ten eerste omdat er met het onderzoek wordt beoogd een breed beeld te schetsen; alle potentiële factoren van invloed op implementatie van het CDR kunnen deel uitmaken van het resultaat. Ten tweede omdat het gaat om het onderzoeken van ideeën en gevoelens van actoren rondom CDR in de Nederlandse context. Het feit dat met de methode het uiten van kritiek wordt gestimuleerd is daarbij voordelig, omdat zo meer eventueel belemmerende factoren naar voren zullen komen. Dit geeft mogelijkheden tot een betere afweging en afstemming voorafgaand aan eventuele implementatie.

Een focusgroep bestaat idealiter uit vier tot acht personen.(25) Om een omvattende representatie van de onderzoekspopulatie te verkrijgen, zijn er vier focusgroep interviews gehouden met verschillende respondenten. Het onderzoeksgebied betreffende de professionals is verdeeld in twee subregio's: Zwolle/Deventer en Twente/ Achterhoek. Dit is gedaan omdat de banden tussen professionals uit één subregio vaak sterker zijn door regelmatig contact, en dit het gevoel van veiligheid in de focusgroep vergroot. Daarbij speelden praktische overwegingen, zoals reistijd, een rol.

Twee focusgroepen bestonden uit direct betrokken actoren van dezelfde discipline afkomstig uit twee verschillende regio's (Twente/Achterhoek en Zwolle/Deventer). Beide groepen bestonden uit drie kinderartsen, een huisarts, een jeugdarts, een forensische geneeskundige. Daarbij was er bij één groep een jeugdverpleegkundige aanwezig. In de andere groep namen twee maatschappelijk werkers deel, één vanuit een thuiszorgorganisatie en één vanuit het ziekenhuis. De derde focusgroep was samengesteld uit actoren verbonden aan aanpalende organisaties: een medewerker van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), een vertrouwensarts van Bureau Jeugdzorg, een manager van MEE, een psycholoog werkzaam in het ziekenhuis en een politieagent. De vierde groep bestond uit vier ouders die een kind onder de leeftijd van 2 jaar hebben verloren.

Voor het indelen van de focusgroepen is een vorm van 'imaginatieve sampling' gebruikt, waarbij handmatig een selectie van responderen wordt gemaakt waarmee zo veel mogelijk verschillende perspectieven op het onderwerp kan worden verkregen.(24) Dit betekent dat het sample geen representatie vormt van de onderzoekspopulatie, maar daarentegen wel de diversiteit vangt bestaande in deze populatie. De e-mailadressen van de professionals zijn verkregen via contactpersonen bij verschillende instellingen. Voor e-mailadressen van ouders van een overleden kind werden contactpersonen binnen de *Vereniging van ouders van een overleden kind* en de

Vereniging van wiegendoodkinderen benaderd. Vervolgens zijn de potentiële respondenten benaderd voor deelname middels een e-mail.

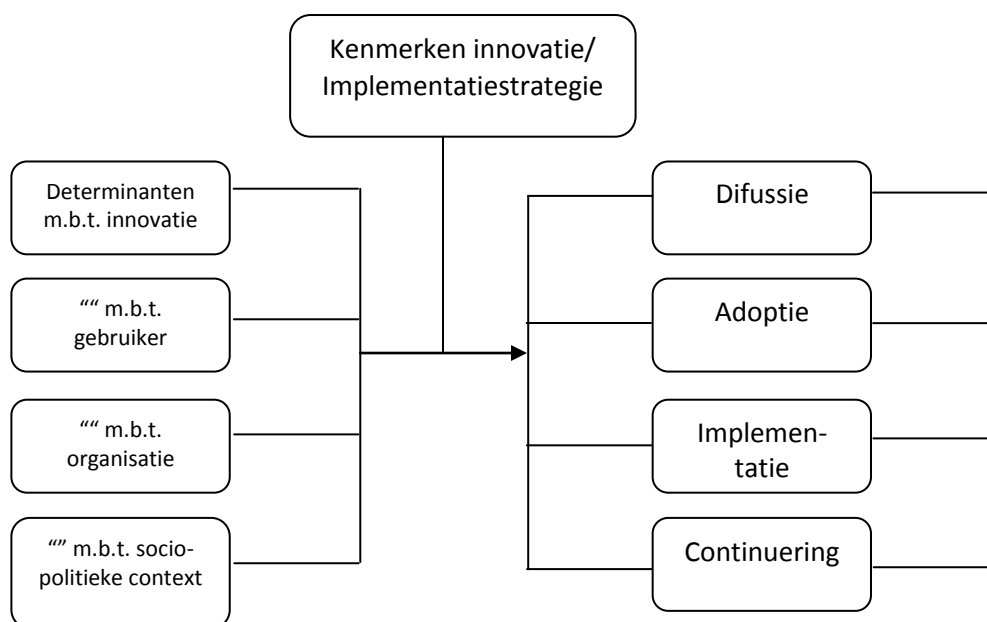
Enige diversiteit in de samenstelling van de groep kan de discussie op gang brengen. Echter kan teveel diversiteit de discussie verminderen, omdat het gevoel van veiligheid dan niet groot genoeg is.⁽²⁵⁾ Hiërarchische verhoudingen moeten zo veel mogelijk worden vermeden.⁽²⁴⁾ Deze overwegingen speelden mee bij de keuze om professionals en ouders in een aparte focusgroep te plaatsen. Daarnaast speelden ook praktische overwegingen een rol, zoals het feit dat ouders een ander soort rol vervullen in CDR dan de professionals.

Voorafgaand aan de uitvoering van de focusgroepen is een richtsnoer opgesteld. Hierin is het globale verloop van de groepsdiscussies vastgelegd: de introductie, de centrale vragen en de afsluiting. Dit richtsnoer vormde de leidraad voor de discussieleider. De rol van discussieleider werd vervuld door onderzoekers betrokken bij het opzetten van een pilot als onderdeel van het onderzoek naar de haalbaarheid van de invoering van CDR in Nederland (zie discussie) en wisselde per sessie. Het richtsnoer is opgesteld aan de hand van het determinantenmodel van Fleuren (2004) (20). Voor de sturing van de groepsdiscussie is de categorisering gebruikt die wordt gemaakt in dit model betreffende de determinanten. In het richtsnoer is daarom respectievelijk opgenomen: het sturen op determinanten 1. met betrekking tot de innovatie, 2. determinanten met betrekking tot de gebruiker, 3. determinanten met betrekking tot de organisatie en 4. determinanten met betrekking tot de sociaal-politieke context. Meestal duren focusgroepen anderhalf tot twee uur.⁽²⁵⁾ Daarom is voor de duur van de focusgroep interviews ongeveer 1,5 uur aangehouden. De focusgroepen zijn geleid door een discussieleider die de taak had de veiligheid binnen de groep te bewerkstelligen, het zorgen dat iedere deelnemer aan bod kwam en het behouden van de focus zoals opgenomen in het richtsnoer. Van elke focusgroep sessie is een geluidsopname gemaakt met toestemming van de deelnemers. De bandopnames zijn vervolgens letterlijk uitgetypt en tegelijkertijd geanonimiseerd. Deze uitgeschreven teksten zijn gebruikt voor de data analyse.

2.4 Data analyse

Om de bevorderende en belemmerende factoren te kunnen vaststellen, moeten determinanten van invloed op het implementatieproces worden onderzocht en geanalyseerd. Dit is een eerste basale activiteit voor een systematische planning van een invoeringsstrategie.⁽²⁶⁾ In 2004 is door Fleuren et al. aan de hand van een literatuur- en Delphi-studie een lijst opgesteld met 50 determinanten van invloed op de implementatie van innovaties in een gezondheidszorgsetting.⁽²⁰⁾ Sinds 2002 zijn er op basis van empirische studies tien determinanten aan de lijst toegevoegd. In 2012 is deze lijst

geanalyseerd op bruikbaarheid in zowel een onderwijs als Jeugdgezondheidszorgsetting (JGZ-setting).(26) Op basis van acht onderzoeken uitgevoerd in bovengenoemde settings, waarin deze determinanten zijn gemeten met als uitkomstmaat 'compleetheid van gebruik', is de lijst gereduceerd tot 22 determinanten met invloed op deze uitkomstmaat waarvan de significante statistisch kon worden aangetoond. Vervolgens werden verschillende experts geraadpleegd middels een vragenlijst over welke determinanten van de initiële lijst bestaande uit 50 determinanten toegevoegd zouden moeten worden aan de 22 determinanten, ondanks het feit dat de statistische significantie er op dat moment niet van kon worden bewezen. Na analyse en verwerking van de resultaten is tot een definitieve lijst van 29 determinanten gekomen die van invloed zijn op de invoering van innovaties in onderwijs- en JGZ-setting. Deze lijst is genaamd *Meetinstrument voor*



Figuur 1

Determinanten van Innovaties (MIDI).(26) De 29 determinanten zijn onderverdeeld in vier eerder genoemde categorieën: determinanten met betrekking tot de innovatie, determinanten met betrekking tot de gebruiker, determinanten met betrekking tot de omgeving en determinanten met betrekking tot de sociaal politieke context.

CDR wordt uitgevoerd vanuit een sociaal medische invalshoek in een setting waarin opvoeding en jeugdgezondheid centraal staat. Logischerwijs bestaat de onderzoekspopulatie uit actoren actief in of betrokken bij dit veld. Daarbij is het doel van het onderzoek het vaststellen van de factoren die invloed hebben op het proces van implementatie, oftewel het proces toewerkend naar zo optimaal mogelijk gebruik van de methode. Dit maakt MIDI, met JGZ als bewezen setting en 'compleetheid van gebruik' als uitkomstmaat, een geschikt instrument voor analyse van de resultaten van het

onderzoek. De uitgeschreven teksten van de vier focusgroepsessies zijn daarom geanalyseerd aan de hand van de 29 determinanten in de vier categorieën van MIDI.

In figuur 1 is het implementatieproces, zoals geschetst in MIDI, schematisch weergegeven. De linkerkolom wordt gevormd door de determinantencategorieën die het verloop van het implementatieproces bepalen. De rechterkolom bestaat uit de stappen die worden doorlopen in een implementatieproces. Hoe de determinanten uit de linkerkolom het verloop van het implementatieproces bepalen, wordt beïnvloed door zowel de kenmerken van de innovatie, als de manier waarop deze wordt geïmplementeerd (de implementatiestrategie). De vier determinantencategorieën uit de eerste kolom staan centraal in de uitgevoerde analyse. Vertaald naar het proces van vormgeving en implementatie van het CDR in Nederland, betekent dit in de categorie 'determinanten met betrekking tot de innovatie', dat de innovatie bestaat in de CDR methodiek. Betreffende de categorie 'determinanten met betrekking tot de gebruiker', is de gebruiker de professional die ofwel deelneemt in het CDR team, ofwel gegevens dient aan te leveren aan het team. Ook de ouder is de gebruiker, omdat hem/haar toestemming moet worden gevraagd voor een review. In de categorie 'determinanten met betrekking tot de omgeving', wordt de omgeving gevormd door de organisatie of beroepsgroep waaraan de professional is verbonden. Tenslotte zijn er de 'determinanten met betrekking tot de sociaal-politieke context', waarbij de context van het CDR met name wordt gevormd door bestaande wet- en regelgeving waarbinnen moet worden geopereerd.

Voor de analyse zijn de focusgroepen als geheel beschouwd als het onderzoeksobject. Dit betekent dat de individuele contributies niet zijn gemarkeerd of uitgelicht als zodanig. Hetgeen dat naar voren is gekomen in de discussie, consensus én tegenstellingen, is hierbij als resultaat van de groep beschouwd, en dus niet als optelling van één of meerdere individuele bijdragen. Het voordeel van deze benadering is dat de context van bevindingen voor een groot deel blijft behouden en wordt meegenomen in de analyse. Deze manier van analyseren van groepsdata wordt ook het meest gebruikt.⁽²²⁾ De groepen met professionals zijn qua samenstelling zeer heterogeen. Daarom is bij het analyseren van deze groepen ervoor gekozen om het verschil in professie zichtbaar te houden in de analyse. Dit geeft namelijk de mogelijkheid om eventuele verschillen in perspectief voortkomende uit de professie te destilleren. Zo kan worden nagegaan of er relevante verschillen bestaan tussen de ervaring van factoren als belemmerend of bevorderend en gegeven suggesties vanuit deze perspectieven.

De analyse is uitgevoerd met behulp van het programma Atlas, versie 7. In dit programma zijn de relevante tekstfragmenten in de uitgeschreven dialogen van de vier sessies gecodeerd aan de hand van een codeboek. Dit codeboek bestaat uit de 29 determinanten uit MIDI, waarbij voor iedere

determinant onderscheid is gemaakt tussen bevindingen bestaand in bevorderende factoren, belemmerende factoren, suggesties en algemene opmerkingen. Iedere determinant beslaat hiermee vier codes. Bij de codering is de ontwikkeling van de discussie, het voortschrijdend leren van de deelnemers, in acht genomen door de linken tussen verschillende opmerkingen uit te lichten. De codering is in tweevoud gebeurd door van elkaar onafhankelijke codeurs. Verschillen in de codering zijn overwogen door één van de codeurs. Systematische verschillen zijn bediscussieerd tot consensus was bereikt. Hiermee is getracht om bias door interpretatie te minimaliseren. Vervolgens is de gecodeerde data gedestilleerd en gecategoriseerd volgens de categorisering van MIDI. Het aantal opmerkingen gemaakt per determinant is geteld per professie. Deze aantallen zijn geaggregeerd in één tabel, welke als uitgangspunt is gebruikt voor de analyse. Per determinant waarvan, op basis van de tabel, wordt verwacht dat deze invloed heeft op gebruik van CDR, is de geselecteerde data samengevat en teruggebracht tot itembeschrijvingen met betrekking tot de determinant. In andere woorden, er is nagegaan wat de bevinding mogelijk zegt over de betreffende determinant. Deze beschrijvingen zijn gebruikt om uitspraken te doen betreffende de belemmerende en bevorderende omstandigheden voor implementatie van het CDR op het gebied van de 29 determinanten, en de manier waarop het CDR kan worden vormgegeven in Nederland.

3 Resultaten

In tabel 1 is de onderzochte populatie weergegeven, uitgesplitst naar professie of rol. Deze tabel beschouwend valt op dat direct betrokken professionals met 15 respondenten beter in aantal zijn vertegenwoordigd dan aanpalende organisaties met 5 respondenten en ouders met 3.

In tabel 2 is het aantal bevorderende factoren, belemmerende factoren, aanbevelingen en algemene opmerkingen weergegeven dat is genoemd door de 23 deelnemers van de focusgroepen. Hierbij kan worden opgemerkt dat over een achttal determinanten meer dan vijf opmerkingen zijn gemaakt door de respondenten, namelijk medewerking van de cliënt (66 opmerkingen), compleetheid van de innovatie (57 opmerkingen), persoonlijk voor- of nadeel voor de gebruiker (56 opmerkingen), uitkomstverwachting (44 opmerkingen), de procedurele helderheid (38 opmerkingen), relevantie voor de cliënt (22 opmerkingen), wet- en regelgeving (22 opmerkingen) en tijd (8 opmerkingen). Met betrekking tot de overige determinanten zijn er minder dan vijf opmerkingen geplaatst door de respondenten. Mogelijk indiceert het aantal geplaatste opmerkingen de invloed van deze determinanten op het implementatieproces van CDR.

In de tabellen 3 t/m 12 (zie bijlage) zijn deze opmerkingen uitgesplitst naar de professies en rollen in tabel 1. Aan de hand van deze tabellen is per determinant vastgesteld of een bepaalde professie of rol domineert in de resultaten. Dit blijkt het geval te zijn bij de determinanten *medewerking van de cliënt*, *persoonlijk voor- of nadeel voor de gebruiker*, *uitkomstverwachting van de gebruiker*, *procedurele helderheid* en *wet- en regelgeving*. Bij de determinant *medewerking van de cliënt*, valt op dat het merendeel van deze opmerkingen is geplaatst door ouders die een kind hebben verloren (37 van de 66 opmerkingen) (tabel 3). Bij determinant *persoonlijk voor- of nadeel voor de gebruiker* heeft de discipline kinderarts een dominant aandeel (23 van de 56 opmerkingen) (tabel 4). De determinant *uitkomstverwachting van de gebruiker* wordt overheerst door ouders (15 van de 44 opmerkingen). In het resultaat voor de determinant *procedurele helderheid* hebben zowel het Advies en Meldpunt Kindermishandeling en de professie kinderarts een opvallend aandeel, met respectievelijk 14 en 12 opmerkingen van de in totaal 38 opmerkingen (tabel 4 & 5). Ten slotte wordt de determinant *wet- en regelgeving* gedomineerd door de professie forensisch geneeskundige (10 van de 22 opmerkingen) (tabel 6).

Onderstaand volgt een nadere analyse van de opmerkingen gemaakt met betrekking tot de acht eerder genoemde determinanten. Per determinant worden de bevorderende factoren, belemmerende factoren en aanbevelingen genoemd die blijken uit analyse van de opmerkingen.

Tabel 1: Karakteristieken onderzochte populatie	
Professie/organisatie/rol	Aantal deelnemers (n=23)
<i>Aanpalende organisaties</i>	
Advies en Meldpunt Kindermishandeling	1
Politie	1
MEE	1
GGZ	2
Totaal	5
<i>Direct betrokken professionals</i>	
Huisarts	2
Jeugdarts	2
Kinderarts	6
Forensisch Geneeskundige	2
Algemeen Maatschappelijk Werker	2
Verpleegkundige	1
Totaal	15
<i>Direct betrokken overig</i>	
Ouders die een kind hebben verloren	3
Totaal	3

Tabel 2: Opmerkingen per determinant, totaal van 23 respondenten				
Determinant	Bevorderende factor	Belemmerende factor	Aanbeveling	Algemene opmerking
Determinanten m.b.t. de innovatie				
1 Procedurele helderheid (38)	1	2	34	1
2 Juistheid	1			
3 Compleetheid (57)	6	21	29	1
4 Complexiteit (2)		2		
5 Congruentie huidige werkwijze (3)	1		2	
6 Zichtbaarheid uitkomsten				
7 Relevantie cliënt (22)	11	8	3	
Determinanten m.b.t. de gebruiker				
8 Persoonlijk voordeel / nadeel (56)	13	23	19	1
9 Uitkomstverwachting (42)	30	10	2	
10 Taakopvatting				
11 Tevredenheid cliënt				
12 Medewerking cliënt (66)	18	23	23	2

13 Sociale steun				
14 Descriptieve norm (2)	1	1		
15 Subjectieve norm				
16 Eigen-effectiviteitsverwachting				
17 Kennis		3		
18 Informatieverwerking				
Determinanten m.b.t. de omgeving				
19 Formele bekrachtiging management (3)	1	1	1	
20 Vervanging bij personeelsverloop				
21 Capaciteit / bezettingsgraad				
22 Financiële middelen (1)			1	
23 Tijd (8)		7	1	
24 Beschikbaarheid materialen en voorzieningen				
25 Coördinator				
26 Turbulentie in de organisatie				
27 Beschikbaarheid informatie over gebruik innovatie				
28 Feedback aan gebruiker				
Determinanten m.b.t. sociaal politieke omgeving				
29 Wet- en regelgeving (22)	8	10	4	

Medewerking van de cliënt

De determinant *medewerking van de cliënt* beslaat de mate waarin de gebruiker verwacht dat de cliënt, in het geval van CDR de professional en de ouders, mee zal werken aan het CDR proces. Hierbij gaat het om zowel de medewerking van de professional in de vorm van het aanleveren van informatie over het overleden kind aan het CDR team, als de medewerking van de ouder, in de vorm van dat hij/zij toestemming geeft voor het verzamelen van deze informatie.

Bevorderende factoren voor medewerking liggen vooral op het gebied van de doelen van het CDR, maar ook bekendheid en de timing van het vragen om toestemming aan ouders spelen een rol. Het eventueel kunnen voorkomen van het overlijden van een ander kind vormt voor zowel de ouder als professional een bevorderende factor om medewerking te verlenen aan het CDR. Ook wordt aangegeven dat het voor zowel de professional als de ouder belangrijk is om uitsluitel te krijgen betreffende de toedracht van het overlijden. Bekendheid betreffende het CDR bij ouders en helderheid waar toestemming voor wordt gegeven, worden beschouwd als bevorderend voor het geven van toestemming. Daarbij wordt het feit dat toestemming voor het CDR niet op het acute moment van overlijden hoeft te worden gegeven, beschouwd als kansvergroterend voor medewerking. Dit geeft ouders de kans om overleg te plegen met derden, waarvan wordt verwacht dat zij dit als prettig zullen ervaren.

Belemmerende factoren voor het verlenen van medewerking liggen op het gebied van de schuldvraag, de media, de manier waarop medewerking wordt gevraagd en de perceptie van de professional. Er wordt aangegeven dat bij zowel ouders als professionals het gevoel kan ontstaan dat er een schuldvraag wordt gesteld als om medewerking aan CDR wordt gevraagd. Er wordt verwacht dat dit terughoudendheid oplevert. Specifiek geeft een professional aan dat er 'altijd wel iets naar boven komt dat beter kan.' Betreffende medewerking van ouders wordt belicht dat ouders die denken schuld te hebben aan de dood van hun kind geneigd zullen zijn geen medewerking te verlenen.

De media worden beschouwd als een potentieel belemmerende invloed. Eerdere berichtgeving betreffende wat mis is gegaan bij overlijdensgevallen van een minderjarige, op professioneel gebied of op het gebied van de opvoeding, kan professionals of ouders defensief maken ten opzichte van CDR.

De manier waarop medewerking wordt gevraagd aan de ouders kan belemmerend werken als dit te vroeg na het overlijden van het kind wordt gevraagd. Het gevoel het kind 'voor de tweede keer weg te geven' kan ontstaan. Qua persoon die de ouders benadert voor toestemming, wordt verwacht dat als dit wordt gedaan door een voor hen onbekend persoon, dit zal worden ervaren als

onprettig. De chemie tussen degene die de toestemming vraagt en de ouders is belangrijk. Daarmee is te weinig chemie belemmerend. Ook een negatieve ervaring met een eerdere vraag om toestemming voor obductie kan een verhoogde drempel leveren voor het geven van toestemming voor deelname aan CDR.

Ten slotte is de perceptie van de professional in het extra werk dat het CDR hem/haar oplevert een mogelijke overweging om geen medewerking te verlenen, net zoals het feit dat vooraf niet duidelijk is of en hoe er een terugkoppeling gaat plaatsvinden. Daarbij kan de professional deelname aan CDR inschatten als belastend voor de familie. Dit kan de familie doen besluiten geen medewerking te verlenen.

De aanbevelingen die worden gedaan betreffen zowel het versterken van bevorderende factoren als het minimaliseren van belemmerende factoren. Omtrent het benaderen van ouders voor toestemming is er consensus over het feit dat dit door een persoon kan worden gedaan die de ouders al kennen. Er wordt gesuggereerd om eerst de ouders te vragen door wie zij graag benaderd zouden willen worden. Ook wordt de huisarts naar voren geschoven als aangewezen persoon voor het geven van uitleg en het vragen om toestemming. Daarop aansluitend wordt gesuggereerd een format voor een dergelijk gesprek te ontwikkelen. Ook de verklaring die de ouders dienen te tekenen dient helder te worden opgesteld. Hiertoe moet in deze verklaring ruimte worden ingebouwd om te noteren wie het gesprek voert, en wie het nagesprek doet.

Het preventief informeren van ouders maakt de stap mogelijk minder groot om, als hun kind werkelijk overlijdt, toestemming te geven. Hiermee hangt ook het advies samen om de media actief te sturen in hetgeen wat zij schrijven met betrekking tot CDR, door bijvoorbeeld in de eerste fase van implementatie contact op te nemen met de pers. Verder wordt gesuggereerd om in het gesprek met de ouders waarin wordt gevraagd om toestemming, helder te maken wat naar hen wordt teruggekoppeld. Daarbij wordt ook benadrukt dat restricties hierin moeten worden vastgesteld, om ook de veiligheid van de professional te borgen. Ook het anonimiseren van gegevens wordt noodzakelijk geacht voor medewerking vanuit de professional. Daarbij moet voor de professional duidelijk zijn wat de eventuele consequenties van deelname aan CDR zijn voor zijn of haar organisatie en voor zichzelf. De kans op medewerking wordt groter des te minder werk hij of zij inschat dat het aanleveren van de gegevens zal kosten. Daarom wordt geadviseerd om te zorgen dat hetgeen de professional moeten aanleveren zo veel mogelijk eerder vastgelegd materiaal is.

Compleetheid van de innovatie

De determinant *Compleetheid van de innovatie* betreft de mate waarin wordt geacht dat CDR de informatie, het materiaal en de mankracht bevat benodigd voor effectief gebruik ervan.

Het feit dat een overlijden van een kind vanuit meerdere disciplines wordt beschouwd in CDR wordt als bevorderend gezien met het oog op de doelen die worden nagestreefd. Er bestaat bij de onderzoekspopulatie brede consensus over het feit dat deze multidisciplinaire werkwijze de kans verkleint dat tekortkomingen over het hoofd worden gezien, dat er daardoor meer geleerd kan worden, en dat vertaling van bevindingen naar landelijk niveau mogelijk wordt.

Belemmeringen op het gebied van de compleetheid van CDR worden bemerkt op het gebied van verslaglegging van informatie, mogelijkheden voor ouders om verslaglegging te kunnen controleren, overlijdensgevallen onder verdachte omstandigheden en het aggregeren van resultaten naar een hoger niveau. Op het gebied van de verslaglegging van informatie, wordt er gewezen op de extra ruis die ontstaat bij vastlegging op papier ten opzichte van het in gesprek gaan met de betrokkenen. Daarbij wordt belicht dat professionals die denken steken te hebben laten vallen in de zorg voor het kind kunnen besluiten om verslaglegging te manipuleren, door bijvoorbeeld onderdelen weg te laten uit de verslaglegging. Ook wordt gedacht dat de hoeveelheid informatie die is vastgelegd voorafgaand aan het overlijden per professional zal verschillen, terwijl dit geen verband hoeft te houden met de intensiteit van het contact tussen professional en het kind of gezin. Daarbij wordt verwacht dat een aantal betrokkenen geen of geen complete informatie zullen verstrekken, omdat er geen verplichting hiertoe bestaat. Opgemerkt wordt dat het nagesprek dat plaatsvindt tussen de kinderarts of huisarts en de ouders van het overleden kind niet wordt vastgelegd, wat mogelijk een lacune vormt in de informatieverzameling door het CDR team. Ook wordt opgemerkt dat er wordt ervaren dat in het *Elektronisch Kind Dossier* minder details kunnen worden genoteerd en gegevens achteraf kunnen worden veranderd. Ten slotte wordt het verzamelen van data door het CDR team ingeschat als moeilijk. Daarom wordt afgevraagd of complete informatieverzameling wel mogelijk is en waar eventueel grenzen hierin kunnen worden gesteld. Daarmee verband houdend wordt betwijfeld of er een manier is om na te gaan wie de betrokken partijen zijn.

Dat de informatie voorafgaand aan het CDR niet wordt bekeken door ouders, wordt door ouders gezien als een belemmering, omdat hiermee de kans bestaat dat het review wordt gebaseerd op in hun ogen incomplete of onware verslagleggingen. Een specifieke belemmering wordt benoemd op het gebied van sterfgevallen waarbij sprake is van verdachte omstandigheden. Verwacht wordt dat de Officier van Justitie geen toestemming zal geven aan het CDR team tot inzage van het opgebouwde dossier rondom dergelijke gevallen van overlijden, wat grote vertraging in het uitvoeren van het CDR kan leveren. Verder wordt er op gewezen dat onervarenheid van het CDR

team invloed heeft op het aantal overlijdensgevallen dat kan worden gereviewed. Ten slotte wordt de afwezigheid van een duidelijk mandaat voor het aggregeren van de bevindingen naar een hoger niveau opgemerkt als mogelijke belemmering in het bereiken van het beoogde doel, in termen van algehele preventie op het gebied van jeugdgezondheid en -veiligheid.

Er worden aanbevelingen gedaan volgend en aanvullend op de bovengenoemde factoren. Een aantal aanbevelingen betreft de samenstelling van het CDR team. Er wordt geadviseerd om bij de samenstelling van het team rekening te houden met wat er qua bevindingen wordt verwacht. Suggesties qua deelnemende disciplines aan het CDR team zijn een gedragswetenschapper en een veiligheidkundige. Dat een review plaats moet vinden onder leiding van een onafhankelijk, ervaren persoon wordt breed beaamd. Er wordt aangegeven dat er 'een behoorlijk heavy figuur nodig [is] die [ieders rol en expertisegebied] kan overzien en objectief kan bekijken zonder in een gauw beschuldigende vingerwijzende situatie te komen.' Alleen een dergelijk persoon wordt in staat geacht ervoor te kunnen zorgen dat er geen beschuldigingen of oordelen worden geuit, en te kunnen voorkomen dat teamleden worden verleid om uit hun expertisegebied te stappen. Hierop aansluitend wordt het onafhankelijk horen van het perspectief van ieder teamlid genoemd. Ook bestaat er consensus betreffende het feit dat de inspectie een rol moet spelen in het vertalen van de resultaten naar een hoger niveau.

Er wordt breed aanbevolen om te overwegen en duidelijk vast te leggen welke informatie van welke professional wordt verwacht en op welke manier deze dient te worden aangeleverd. Daarbij wordt aangegeven dat een aantal partijen standaard kunnen worden benaderd, zoals de huisarts. Een algehele positieve benadering van CDR moet worden gestimuleerd, omdat wordt verwacht dat dit de compleetheid van de aangeleverde verslaglegging vergroot. Ten slotte wordt vanuit ouders aangeraden om in de procedure in te bouwen dat ouders met behulp van een professional commentaar kunnen leveren op de ingezamelde verslaglegging, voorafgaand aan de review door het CDR team.

Persoonlijk voor- of nadeel voor de gebruiker

De determinant *persoonlijk voor- of nadeel voor de gebruiker* betreft de mate waarin de gebruiker denkt voordeel of nadeel te ervaren door het meewerken aan het CDR.

Het persoonlijk voordeel dat wordt ervaren verschilt tussen professional en ouder. Voor de professional wordt het krijgen van een terugkoppeling na afloop van de review als prettig of nuttig aangemerkt. Het wordt ook wel gezien als een check voor zichzelf waarmee kan worden nagegaan of alles goed is gedaan. Daar tegenover wordt ook de overstijgende blik waarmee het overlijden van een kind wordt benaderd als bevorderend gezien voor zichzelf. Hiermee kan er namelijk algemeen

geleerd worden door bijvoorbeeld de beroepsgroep, in plaats van dat er beschuldigingen worden geuit. Het anonimiseren van gegevens creëert daarbij de veilige omgeving die noodzakelijk is om te kunnen leren. Ook kan het CDR mogelijk een structuur bieden aan de professional voor het in kaart brengen van een overlijden.

Voor wat betreft de ouders wordt opgemerkt dat het CDR kan fungeren als een 'second opinion'. Dit geeft de kans om betere toelichting te krijgen van de arts betreffende de toedracht van de dood, waarvan wordt gedacht dat dit het rouwproces ten goede kan komen. Een ander bevorderend aspect dat wordt genoemd is de betrokkenheid en het respect dat door de ouders kan worden ervaren door de aandacht die wordt besteed aan de dood van hun kind. Daarbij kan het gevoel worden gewekt dat de dood van hun kind kan bijdragen aan het voorkomen van ander leed.

Belemmerende factoren voor professionals die zijn opgemerkt betreffen de belasting die CDR oplevert voor de professional, het gevoel als schuldige te worden beschouwd en het niet kunnen garanderen van de veiligheid. Betreffende de belasting voor de professional wordt vooral het extra werk dat het deelnemen aan het CDR team of het aanleveren van verslaglegging kost aangemerkt als belemmerend. Als betrokkene bij een overleden kind kan het verslagleggen daarbij emotionele belasting opleveren. Er wordt benadrukt dat op het moment dat er wordt gevraagd om medewerking aan CDR het gevoel kan ontstaan als schuldige te worden aangemerkt, of 'het niet goed genoeg te doen'. Er wordt namelijk gedacht dat ouders op zoek zullen gaan naar gemaakte fouten in de zorg. Dat volledige anonimiteit betreffende overlijdensgevallen uit de regio niet kan worden gegarandeerd wordt breed beaamd. Daarop aansluitend wordt geopperd dat er nooit kan worden gegarandeerd dat het CDR team geheel onafhankelijk is. Qua terugkoppeling van de bevindingen naar de ouders toe wordt opgemerkt dat dit lastig kan zijn voor een professional die zelf niet bij de bespreking is geweest.

De gedachte heerst dat ouders zich gepasseerd kunnen voelen als deze terugkoppeling te gering is. Een gevoel van onveiligheid kan bij hen ontstaan door te weinig openheid betreffende wat er is ontdekt. Een gevoel dat professionals elkaar 'maar weer de hand boven hun hoofd [houden] en ouders weten nog niet precies hoe het zit'. Ook kan CDR bij de ouders, net zoals bij de professionals, het gevoel wekken als schuldige te worden beschouwd.

Met betrekking tot het vergroten van het voordeel voor de gebruiker van CDR zijn een aantal aanbevelingen gedaan. Deze hebben betrekking tot de informatieaanlevering door professionals, de anonimiteit van gegevens, juridische consequenties, de verhouding tussen professionals en de terugkoppeling naar ouders. Er wordt geopperd de tijdsbesteding zowel voor het lid van het CDR team als voor de professional die informatie dient aan te leveren, in kaart te brengen. Daarbij moet

voor de laatstgenoemde een helder beeld worden geschetst van wat er precies met de aangeleverde informatie wordt gedaan. In deze stap kan duidelijk worden gemaakt dat het gaat om het leren van overlijdensgevallen van kinderen, in plaats van het aanwijzen van schuldigen.

Betreffende het anonimiseren van gegevens wordt aangeraden dit in een zo vroeg mogelijk stadium te doen, en de mogelijke herleidbaarheid naar personen na te gaan. Als mogelijke oplossing voor herkenning van sterfgevallen in de regio wordt geopperd om regionale teams overlijdensgevallen uit andere regio's te laten reviewen in plaats van de sterfgevallen uit de eigen regio. Daarnaast wordt aanbevolen de inzet en het gebruik van resultaten van de reviews 'op juridisch gebied dicht te timmeren'. Als er problemen blijken te zijn in de verhoudingen tussen betrokken professionals, wordt geopperd een mediator in te zetten, welke eventueel ook een vertaalslag van de resultaten naar de ouders kan maken.

In relatie tot de ouders wordt ook de huisarts voorgesteld als filter in de terugkoppeling naar de ouders toe. Ook kan deze de aangeleverde verslaglegging bespreken met de ouders voorafgaand aan de review. Getracht moet worden een cultuur te creëren van openheid naar ouders toe. Ook het belang van het aanbieden van excuses wordt hierbij genoemd. Er wordt erkend dat een dergelijke cultuur niet zomaar ontstaat, en dat hiertoe eventueel in de opleiding van professionals aandacht besteed moet worden aan het reflecteren op zichzelf.

Uitkomstverwachting

De determinant *uitkomstverwachting* betreft zowel de belangrijkheid van de doelstellingen van CDR, als de waarschijnlijkheid dat deze met CDR worden bereikt .

Qua bevorderende factoren wordt vooral de belangrijkheid benadrukt van de uitkomsten die worden beoogd te worden verkregen met CDR. Consensus bestaat over het primaire doel van het CDR: de vertaling van bevindingen naar preventie. Het belang dat wordt gezien in het vertalen van resultaten van CDR naar een hoger niveau komt daarbij sterk naar voren. Er wordt namelijk gedacht dat een CDR team de 'autoriteit heeft om goede adviezen te geven richting de overheid en dat het niet afhangt van een individueel ziekenhuis of plaatselijke situatie.' Ook wordt verwacht dat deze aanbevelingen door zorginstanties en beroepsgroepen als gewichtig zullen worden beschouwd. Het aggregeren van de data en het signaleren van trends wordt waardevol geacht met betrekking tot het verbeteren of genereren van landelijke richtlijnen. Daarnaast wordt mogelijke verbetering van de samenwerking tussen professionals geopperd als waardevolle uitkomstverwachting. Ten slotte wordt ook het controleren en verbeteren van de nazorg aan nabestaanden genoemd als belangrijke uitkomstverwachting.

Verwacht wordt dat CDR naast verbeteringen in zorg en opvoeding, ook een maatschappelijke ontwikkeling in gang kan zetten. Namelijk dat de taboesfeer omtrent het praten

over overleden kinderen wordt doorbroken. Dit wordt beschouwd als een positieve ontwikkeling door zowel ouder als professional.

Belemmerende factoren liggen op het gebied van de verwachte waarschijnlijkheid van de uitkomsten van het CDR: het gevaar van het zoeken naar schuldigen, de concreetheid van resultaten en de hoeveelheid onduidelijke overlijdensgevallen. Het zoeken van schuldigen is misschien niet het doel van CDR, maar het gevaar dat de resultaten hier wel voor worden gebruikt worden aanwezig geacht in de maatschappij die wordt aangemerkt als 'juridisch'. Opvraagbaarheid van de resultaten door ouders kan dit gevaar versterken. Daarentegen wordt opgemerkt dat geheimhoudingsplicht om de veiligheid van de professionals te borgen voorbij gaat aan het delen van de resultaten met de ouders. De voordelen die kunnen worden behaald met het CDR worden wel bestempeld als waardevol, maar ook weinig concreet. Mogelijk kan niet van iedere casus worden geleerd, kunnen niet alle resultaten leiden tot aanbevelingen en vindt overleg tussen professionals betreffende het overlijden van een kind al plaats in kleiner verband. Daarop aansluitend wordt verwacht dat het voor een commissie bestaande uit verschillende disciplines lastig kan zijn tot een eenduidig oordeel of advies te komen. Om de meerwaarde te verkrijgen in termen van het vertalen van resultaten naar een hoger niveau worden meerdere 'vraagtekencasus', cases waarbij de toedracht (deels) van het overlijden onduidelijk is, nodig geacht. Er wordt betwijfeld of er in werkelijkheid ook genoeg van dergelijke casussen voorbij zullen komen.

Zo vroeg mogelijk anonimiseren wordt aangedragen als oplossing voor het bovengenoemde gevaar dat resultaten worden gebruikt voor het aanwijzen van schuldigen. Het opleggen van de verplichting aan een CDR team om minimaal één preventieve maatregel uit een bespreking te destilleren wordt aangedragen als mogelijke concretisering van resultaten.

Relevantie voor de cliënt

De determinant *relevantie voor de cliënt* betreft de relevantie van CDR voor diegene aan wie de aanbevelingen door het CDR team zijn gericht of de relevantie voor de ouders.

De relevantie van CDR wordt ingezien voor de ouder, de professional, de overheid, (zorg)organisaties en beroepsgroepen. De resultaten en aanbevelingen van het CDR team worden als relevant beschouwd voor de ouder door de extra duidelijkheid met betrekking tot de toedracht van het overlijden die mogelijk wordt geschept door de review. Daarbij kan het onderzoek door hen worden ervaren als een betuiging van respect naar het kind toe. Ook het ontvangen van betere rouwbegeleiding wordt ervaren als relevant.

Daarbij wordt gedacht dat het voor een professional prettig is om feedback te ontvangen vanuit een helikopter view, zowel op zijn eigen functioneren als het functioneren als een team. Ten slotte wordt aangemerkt dat een professional vanuit zijn functie 'moet willen weten waaraan kinderen dood gaan'.

De relevantie voor zorgorganisaties, beroepsorganisaties en de overheid bestaat in het kunnen bieden van een verhoogde kwaliteit van zorg en het vergroten van de veiligheid voor kinderen. Het feit dat CDR bij elk overlijden van een kind zal plaatsvinden wordt als sterk aangemerkt, omdat hierdoor kan worden onderbouwd dat het gevoel verdacht te zijn voor geen van de betrokkenen een rol hoeft te spelen.

Als belemmerende factor betreffende de relevantie voor de ouder wordt aangemerkt dat het anonimiseren een terugkoppeling bemoeilijkt. Daarnaast wordt gedacht dat CDR mogelijk een belasting vormt voor gezinnen. Ook wordt de kanttekening gemaakt dat als in een individueel sterfgeval van natuurlijk overlijden alle procedures zijn doorlopen, er waarschijnlijk weinig van kan worden geleerd. Voor individuele verbetering naar de betrokken professionals toe wordt CDR niet geschikt geacht. Overleg tussen betrokken professionals wordt hierbij als meer geschikte optie geopperd.

Aanbevolen wordt om naast de verbeterpunten ook positief te bekrachtigen door hetgeen dat goed gaat mee te nemen in de aanbevelingen en terugkoppelingen. Daarbij wordt aanbevolen het doel van CDR helder in kaart te brengen.

Procedurele helderheid

De determinant *procedurele helderheid* beslaat de mate waarin de gebruiker de stappen en procedures die gevolgd moeten worden voor effectief gebruik van het CDR helder vindt.

Qua helderheid van de procedure omtrent CDR wordt aangegeven dat het als professional fijn is om van te voren te weten dat er toestemming aan ouders moet worden gevraagd. De precieze stratificatie van het CDR proces wordt daarentegen als onduidelijk benoemd.

Verder worden er vooral aanbevelingen gedaan met betrekking tot de procedurele helderheid: het contact met de ouders, de informatieaanlevering door professionals, de beschrijving van het proces en de taakverdeling binnen het CDR team. Zoals een professional aangeeft: 'Alles kan, maar je moet helderheid geven over de procedure.'

Een eerste aanbeveling is het vastleggen wie de ouders om toestemming vraagt, de timing van dit gesprek, en hoe en door wie er terugkoppeling plaatsvindt naar de ouders toe. Voor het vragen van toestemming wordt het nagesprek door de (kinder)arts, dat 6 tot 8 weken na het

overlijden van een kind plaatsvindt, als mogelijk geschikt moment aangemerkt. Het maken van afspraken met andere instanties betrokken bij een overlijden wordt aangeraden met het oog op het zo min mogelijk belasten van de familie. Bij het vragen om toestemming wordt het belangrijk geacht dat helder is waar precies toestemming voor wordt gegeven. Voor het doen van de terugkoppeling worden zowel de kinderarts als de huisarts genoemd als opties.

Een tweede aanbeveling is het duidelijk aangeven van wat er dient te worden aangeleverd door professionals qua informatie en op welke manier dit moet worden aangeleverd. Daarbij moet worden vastgesteld welke disciplines standaard gevraagd dienen te worden voor aanlevering van informatie, waarbij de huisarts naar voren wordt geschoven als eerste kandidaat. Ook wordt opgemerkt dat de primaire informatiebron kan worden vastgesteld op basis van de aard van het overlijden (natuurlijk of niet-natuurlijk). Er wordt aangeraden om aansluiting te zoeken bij de NODO-procedure¹ om dubbel werk in het opvragen te voorkomen.

Bovenstaande aanbevelingen overkoepelend wordt geopperd om een beschrijving te maken van het standaard CDR proces samengaand met een checklist, waarin in ieder geval de timing en het proces van anonimiseren wordt opgenomen. Ten slotte wordt een duidelijke taakverdeling in het CDR team van belang geacht.

Wet- en regelgeving

De determinant *Wet- en regelgeving* beslaat de mate waarin effectief gebruik van CDR wordt ondersteund of juist belemmerd door bestaande wet- en regelgeving.

Naar voren komt dat er twee velden zijn in de Nederlandse wetgeving waarvan wordt gedacht dat deze van invloed zijn op de het gebruik van het CDR, namelijk het tuchtrecht en het beroepsgeheim. Een belichte bevorderende factor met betrekking tot het beroepsgeheim is het feit dat ouders toestemming moeten geven voor het opvragen van de (medische) gegevens van hun kind. Met deze toestemming hoeft de professional zich niet bezwaard te voelen ten opzichte van het kind om gegevens te verstrekken. Daarbij wordt opgemerkt dat het na deze toestemming mogelijk is om de gegevens voor onderzoek te gebruiken. Met betrekking tot het tuchtrecht wordt het anonimiseren van gegevens opgemerkt als bevorderende factor. Ook het feit dat CDR niet als primair doel heeft om individuele sterfgevallen te beoordelen, maar juist een overstijgend doel heeft, wordt als bevorderend ervaren. Hiermee wordt namelijk voorkomen dat het CDR team fungeert als een tweede tuchtcollege.

¹ Half december 2013 hebben de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie besloten per 1 januari 2014 te stoppen met de uitvoering van de NODO-procedure.

Er worden een aantal kanttekeningen gemaakt met betrekking tot bovenstaande bevorderende factoren. Ten eerste wordt benoemd dat een handtekening van de ouders voor het opvragen van informatie omtrent hun kind strikt noodzakelijk is voor het kunnen uitvoeren van CDR. Er wordt verwacht dat het verplicht stellen van de review middels wetgeving, ‘..zoals in Engeland het geval is’, in Nederland voorlopig niet mogelijk zal zijn. Dit vanwege het feit dat er hier justitieel gezien een andere cultuur op na wordt gehouden. Ten tweede wordt het garanderen van anonimiteit van zowel de behandelaar als patiënt als lastig bestempeld, waardoor een review mogelijk input kan vormen voor het voorleggen van een overlijdensgeval aan het tuchtcollege en geheimhouding met betrekking tot de patiënt in het geding komt. Daarbij wordt opgemerkt dat een professional zich altijd zal kunnen beroepen op de geheimhoudingsplicht bij het opvragen van verslaglegging. Naar voren komt dat professionals sommige informatie vanuit de geheimhoudingsplicht alleen aan de Officier van Justitie kunnen melden.

Er worden een drietal aanbevelingen gedaan gericht op het laten aansluiten van het CDR op bestaande wet- en regelgeving. Ten eerste wordt aangeraden om na te denken over het vastleggen van bevoegdheden van het CDR team. Ten tweede wordt voorgesteld om het aanleveren van informatie na schriftelijke toestemming van de ouders verplicht te stellen ten behoeve van het CDR team, want ‘als het een verplichting wordt, dan zit [het CDR team] al veel minder met bias’. Ten slotte wordt geopperd om gebruik te maken van de informatie die wordt verzameld in de NODO-procedure.

Tijd

De determinant *tijd* betreft de mate waarin de gebruiker verwacht dat er door organisaties voldoende tijd beschikbaar wordt gesteld voor effectieve medewerking aan CDR.

De tijd dat het aanleveren van de verslaglegging aan het CDR team kost, wordt beschouwd als een belemmerende factor. Er wordt verwacht dat hier geen tijd beschikbaar voor zal zijn, waardoor het doen en aanleveren van verslaglegging een ‘ondergeschoven kindje’ wordt, met onvolledigheid van informatie als mogelijk gevolg. Daarbij wordt tijd ook benoemd als belemmerende factor in het uitvoeren van eventuele actiepunten voortkomend uit de aanbevelingen van het CDR team. Een hierop aansluitend advies dat wordt gegeven is het faciliteren van de benodigde tijd door het management van organisaties om in staat te zijn de werkzaamheden gedegen te uitvoeren.

4 Conclusie & Discussie

Geconcludeerd kan worden dat de doelen van CDR door de potentiële gebruikers van het CDR waardevol worden geacht. Hierbij wordt het preventieve karakter, de overstijgende blik vanuit verschillende disciplines en de aggregatie naar een hoger niveau als bevorderend beschouwd voor het werkelijk gebruiken van de innovatie. In de informatieverstrekking over het CDR is het belangrijk de doelen ervan te benoemen om de medewerking van professionals en ouders van een overleden kind te vergroten, waarbij het bieden van suggesties voor preventie mag worden benadrukt. De bedreiging die het CDR kan vormen voor ouders en professionals werkt mogelijk belemmerend voor het in gebruik nemen van de innovatie, wat anonimiseren van gegevens noodzakelijk maakt. De verwachte hoeveelheid moeite en tijd dat het overhandigen van de verslaglegging zal kosten in combinatie met de bedreiging die het CDR in de ogen van een professional kan leveren, veroorzaken mogelijk lacunes in de informatieverzameling van het CDR team. Ten slotte vormen het vragen van toestemming aan ouders en het hen bieden van een terugkoppeling belangrijke aspecten binnen het CDR proces.

4.1 Verband tussen disciplines en determinanten

Zoals benoemd in de resultaten, speelt dominantie van het aantal opmerkingen door één of twee disciplines een rol bij de determinanten *medewerking van de cliënt, persoonlijk voor- of nadeel voor de gebruiker, uitkomstverwachting van de gebruiker, procedurele helderheid en wet- en regelgeving*.

Met betrekking tot de medewerking van de cliënt, bestaat het overgrote aandeel in opmerkingen uit aanbevelingen gemaakt door ouders. Dit aandeel kan verklaard worden door het feit dat ouders, zijnde ervaringsdeskundige, zich kunnen inleven in de situatie waarin een in shock of rouw verkerende ouder wordt gevraagd om medewerking. Dit stelt hen in staat om te formuleren wat factoren van invloed zijn op het wel of niet meewerken. Ook betreffende de uitkomstverwachting zijn er veel bevorderende factoren genoemd door de ouders. Dit betekent dat factoren met betrekking tot de belangrijkheid en waarschijnlijkheid van de doelen door hen als bevorderend worden ervaren.

Persoonlijk nadeel is met name ervaren door kinderartsen. Een verklaring hiervoor kan worden gevonden in de waarschijnlijkheid dat kinderartsen in de meeste gevallen van kindersterfte de hoofdbehandelaar zullen zijn. Hierdoor kan het gevoel van bedreiging door CDR binnen deze discipline extra groot zijn. Daarnaast heeft deze discipline een groot aandeel in de opmerkingen over de procedurele helderheid, waarbij vooral veel aanbevelingen zijn gedaan. Ook dit kan worden begrepen vanuit de waarschijnlijkheid van de kinderarts als hoofdbehandelaar van het overleden kind. Het is belangrijk voor de kinderarts om te weten wat zijn/haar rol als hoofdbehandelaar is in

het CDR proces, hoe hij dient te handelen richting de ouders en hoe zijn veiligheid binnen de CDR procedure wordt gewaarborgd. Ook het Advies en Meldpunt Kindermishandeling heeft een groot aandeel in de aanbevelingen gedaan met betrekking tot de procedurele helderheid van de innovatie (tabel 5). Deze organisatie houdt zich bezig met onderzoek binnen gezinnen naar aanleiding van meldingen betreffende verdenking van kindermishandeling. Goede afstemming met het CDR is van belang voor deze organisatie, wat kan verklaren waarom er veel aanbevelingen worden gedaan op het gebied van helderheid van de stappen die in het CDR proces worden gezet.

Van de in totaal 10 opmerkingen met betrekking tot belemmeringen op het gebied van wet- en regelgeving, zijn er 6 gemaakt binnen de discipline Forensisch geneeskundige (tabel 6). Mogelijk houdt dit verband met het feit dat een Forensisch Geneeskundige wordt ingeschakeld bij twijfel aan of een evident niet-natuurlijk overlijden van een minderjarige, zoals vastgelegd in artikel 3 en 10 van de Wet op de lijkbezorging. Deze discipline staat daarmee in nauwer contact met de Officier van Justitie dan de andere disciplines uit de onderzoekspopulatie. Omtrent overlijden onder verdachte omstandigheden geldt meer regelgeving dan omtrent natuurlijk overlijden. Te verwachten is dus dat een forensisch geneeskundige meer ervaring heeft met de kaders gevormd door wet- en regelgeving omtrent het onderzoeken van een overlijden. Daarmee heeft zij zicht op mogelijke belemmeringen die wetgeving vormt in het CDR proces.

4.2 Interpretatie van resultaten

Onderstaand wordt getracht opvallende bevindingen per in de resultaten besproken determinant te interpreteren, verklaren en vergelijken. Hierbij wordt getracht de bevinding te plaatsen in het bredere kader van de toepassing van CDR in andere landen.

Medewerking van de cliënt

Het gevoel dat de schuldvraag een rol speelt bij CDR vormt een belemmerende factor. In andere landen waar CDR teams werkzaam zijn, wordt de schuldvraag niet gezien als doel van het CDR. Van de 48 staten in de Verenigde Staten (VS) met een CDR programma, wordt het eventueel assisteren bij vervolging van kindermishandeling in slechts 13 staten gezien als eventueel doel.⁽⁵⁾ In de richtlijn betreffende de uitvoering van CDR in Engeland wordt aangegeven dat 'professionals die ouders en familieleden ondersteunen, dienen hen te bevestigen dat de doelen van het CDR proces niet is om schuld toe te wijzen, maar om lessen te leren.'⁽¹⁰⁾

Compleetheid van de innovatie

Het gevaar van incomplete dataverzameling wordt aangewezen als belemmerende factor voor implementatie van CDR in Nederland. Andere landen beschouwend blijkt deze gedachte niet geheel gegrond. Het CDR pilot team in Wales kwam problemen tegen in het opvragen van de benodigde data, omdat de betrokken instanties weigerden medewerking te verlenen. Één staat in de VS geeft aan te maken te hebben met hetzelfde probleem. (3) In andere landen en staten echter, waar CDR ook functioneert zonder basis in wet- en regelgeving, blijken de gegevens ook op vrijwillig basis zonder problemen te worden aangeleverd door de professionals en instanties.

Door de deelnemers wordt aanbevolen een format te ontwikkelen voor het aanleveren van de informatie door professionals. Hierbij kan een voorbeeld worden genomen aan Engeland, waar een standaard B-formulier wordt gestuurd naar de betrokken partijen.(10) Daarnaast wordt in de focusgroepen aangegeven dat het feit dat er niet wordt gepraat met andere professionals mogelijk ruis op kan leveren. In de VS bestaan er teams welke ook mondelinge toelichting op verslaglegging eisen.(27) In richtlijnen gebruikt in Engeland en de Verenigde Staten is mondeling overleg met betrokken professionals echter geen onderdeel in de beschrijving van het proces.(9, 10)

Er wordt afgevraagd of een CDR team in Nederland voldoende mandaat heeft voor aggregatie naar een hoger niveau. Daarom wordt voorgesteld de inspectie een rol te laten spelen. In de Verenigde Staten, waar CDR in een groot deel van de staten niet wordt ondersteund door wet- en regelgeving, wordt het gebrek aan mandaat middels wetgeving, opgevangen door lidmaatschap van een vertegenwoordiger vanuit het departement Volksgezondheid in het CDR team.(9) Daarmee wordt aggregatie naar een hoger niveau geborgd en krijgen de aanbevelingen meer kracht. Vastgelegde afspraken met de Inspectie voor de Gezondheidszorg zou in Nederland eenzelfde functie kunnen vervullen, en zo het mandaat van het CDR team veilig stellen. Daarnaast geeft regelgeving in Engeland en Nieuw-Zeeland het CDR team het mandaat voor het doen van aanbevelingen. Een deel van de staten in VS handelt onder 'governor executive order', wat niet in wetgeving is vastgelegd maar wel als officiële regelgeving geldt. In de Nederlandse situatie zou dit vertaald kunnen worden naar mandaat middels een ministeriële regeling.(3)

Het feit dat ouders in eerste instantie geen invloed hebben op de verslaglegging wordt door de onderzoekspopulatie als een belemmering ervaren. In de meeste andere landen en staten is er voor de familie geen mogelijkheid om betrokken te zijn bij CDR. Bij een aantal van de in deze gebieden werkzame CDR teams wordt bij de ouders frustratie bemerkt betreffende het gebrek aan mogelijkheden om betrokken te worden bij het proces. In Nieuw-Zeeland hebben de ouders wel de mogelijkheid om deel te nemen aan het CDR proces. In de praktijk blijkt echter dat hier nauwelijks

gebruik van wordt gemaakt.(3) Deze tegenstelling kan wijzen op het feit dat de mogelijkheid om bij CDR betrokken te zijn, voldoende openheid uitstraalt in de ogen van ouders. Daarmee wordt misschien dermate vertrouwen gewekt in het CDR team en de verslaglegging van de professionals dat ouders afzien van het gebruik maken van de geboden optie.

Persoonlijk voor- of nadeel voor de gebruiker

In de focusgroepen wordt duidelijk aangemerkt dat er bij professionals en ouders het gevoel of de angst kan ontstaan om te worden aangemerkt als 'schuldige' in de toedracht van het overlijden. In de VS blijken weinig teams het creëren van een basis voor eventuele vervolging als doel van CDR te beschouwen.(5) Het leren van gevallen van overlijden is in elk van de landen die CDR toepassen het beoogde doel.

Uit een analyse van rapporten van CDR teams uitgebracht in de VS blijkt dat aanbevelingen veelal gericht zijn op publieke voorlichting.(28) Ook in Engeland is het doen van aanbevelingen aan de overheid het beoogde doel, niet het voorzien van feedback aan de professional.(10) Hieruit blijkt dat het doen van een terugkoppeling naar de betrokken professionals geen standaard procedure is, terwijl in de focusgroepen wordt aangegeven dat hier behoefte aan is. Het feit dat dit geen standaard procedure is, kan worden verklaard vanuit het doel van het CDR, namelijk het leren van overlijdensgevallen met het oog op de toekomst. Het professionals voorzien van feedback kan de indruk wekken een schuldige aan te wijzen. Dit kan het CDR in diskrediet brengen onder professionals en weerstand ertegen opwekken. In Nederland wordt vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg van zorgprofessionals en –organisaties meer zelfreflectie en ruimte voor onderlinge feedback geëist.(29) Zij sluit hiermee aan op een trend die al gaande is in de Nederlandse gezondheidszorg. Met deze ingezette trend kan worden verklaard waarom onder de onderzoekspopulatie het krijgen van feedback naar aanleiding van een review als prettig wordt beschouwd; zij zijn mogelijk meer geoefend in het reflecteren op zichzelf en het op een effectieve manier ontvangen van feedback dan in andere landen waar CDR wordt toegepast.

Wat betreft de professional wordt het extra werk dat het meewerken aan het CDR kan leveren gezien als belemmerend. Mogelijk kan een format voor aanlevering, zoals het B-formulier dat wordt gebruikt in Engeland(10), hiervoor een oplossing bieden.

Uitkomstverwachting

Het bekijken van alle overlijdensgevallen spreekt volgens de onderzoekspopulatie in het voordeel van CDR. Naast het feit dat hieruit het niet beschuldigende karakter blijkt van CDR, heeft dit nog een voordeel. Het blijkt namelijk dat in gebieden waar maar een klein aantal overlijdensgevallen wordt

gereviewed, er problemen bestaan op het gebied van de kwaliteit van de gegenereerde data. (3) Aggregatie naar hoger niveau wordt dan ook belangrijk bevonden. Er wordt door de deelnemers echter betwijfeld of CDR wel nuttig is voor de individuele gevallen van overlijden. Om echt impact te hebben op preventie, dient CDR verder te kijken dan individuele overlijdensgevallen, dat wordt ook in Australië, Canada en Wales erkent. Daarom worden er daar thematische cohort reviews gehouden, waarbij gevallen van overlijden met eenzelfde onderliggende oorzaak nogmaals worden bekeken en naast elkaar gelegd. Hierbij wordt naar mogelijke overeenkomsten en trends gezocht.(3)

Er worden belemmeringen ervaren op het gebied van de waarschijnlijkheid van de uitkomsten van het CDR. Er is wel degelijk reden tot deze twijfel, aangezien er tot nu toe geen evident bewijs is voor een verbetering in termen van het welbevinden van kinderen. Daarentegen is er wel bewijs op het gebied van indirecte uitkomstmaten. Deze indirecte uitkomstmaten kunnen wijzen op een verbetering in het welbevinden van kinderen, zoals aanpassingen in beleid, richtlijnen, training en daarmee veranderingen in handelen. (30) Daarbij zijn er in de VS al meerdere landelijke actie stappen ondernomen naar aanleiding van de reviews, zoals het opnemen van zelfmoordpreventie in de educatie voor leraren.(7)

Procedurele helderheid

Door de deelnemers wordt aanbevolen het gehele CDR proces helder vast te leggen. Hierbij kan een voorbeeld worden genomen aan de richtlijnen gebruikt in Engeland en de VS, waarbij de laatstgenoemde de meest uitgebreide beschrijving bevat.(9, 10) Daarbij moet rekening worden gehouden met het feit dat het verloop van contact met de ouders niet is vastgelegd in deze richtlijnen.

Relevantie voor cliënt

In de meeste landen worden families niet betrokken in het proces.(3) In de landen waar families wel worden betrokken, blijkt niet dat er sprake is van een terugkoppeling naar de ouders toe. In de onderzochte populatie wordt aangegeven dat hier in Nederland waarschijnlijk wel behoefte aan is. Een terugkoppeling na het anonimiseren van een overlijdensgeval is mogelijk door gebruik te maken van codering. Het doen van een terugkoppeling naar de ouders toe doet echter de garantie van anonimiteit richting de professional teniet; de ouders zijn immers bekend met de betrokken professionals. Wat er uit de review naar voren komt, zal voor hen terug te leiden zijn naar de betreffende professionals of organisaties. Dit kan verklaren waarom een terugkoppeling naar de ouders toe niet in de richtlijnen van CDR in de VS en Engeland is opgenomen. (9, 10) Alleen door middel van restricties in hetgeen dat mag worden medegedeeld aan de ouders tijdens de

terugkoppeling wordt het doen van een terugkoppeling en tegelijkertijd het waarborgen van de veiligheid van betrokken professionals mogelijk.

Positieve bekrachtiging wordt belangrijk geacht door de deelnemers van de focusgroepen. In de VS publiceren de meeste van de staten met CDR teams jaarlijks een rapportage betreffende de aanbevelingen gedaan door de teams.(28) Positieve bekrachtiging kan bijvoorbeeld plaatsvinden door in een dergelijke rapportage ook de positieve bevindingen te weergeven. Hierbij kan worden gedacht aan de gevallen van overlijden waarin het voorafgaande zorgproces goed is verlopen en er tevredenheid bestaat over de ontvangen rouwbegeleiding. Ook kan positieve bekrachtiging plaatsvinden door in een terugkoppeling naar de professional en/of organisatie zowel de verbeterpunten als de punten die goed zijn gegaan te benoemen.

Wet- en regelgeving

Resultaten met betrekking tot wet- en regelgeving betreffen het tuchtrecht en het medische beroepsgeheim. In wet 47 van de Wet op de beroepen in de gezondheidszorg is vastgelegd dat een achttal medische beroepen, waaronder arts en verpleegkundige, onderworpen is aan tuchtrechtspraak. De tuchtrechtspraak is van toepassing bij 'enig handelen of nalaten in strijd met de zorg die hij in die hoedanigheid behoort te betrachten'. Tuchtmaatregelen lopen van een waarschuwing tot doorhaling in het BIG register, oftewel ontzegging van de bevoegdheid om het eigen beroep uit te oefenen.(31) Zowel artikel 88 van wet BIG als artikel 457 WGBO, opgenomen in het Burgerlijk Wetboek, impliceren het beroepsgeheim voor medische professionals. Volgens hetgeen opgenomen in wet BIG is 'een ieder [...] verplicht geheimhouding in acht te nemen ten opzichte van al datgene wat hem bij het uitoefenen van zijn beroep op het gebied van de individuele gezondheidszorg als geheim is toevertrouwd, of wat daarbij als geheim te zijner kennis is gekomen'. (32) In de WGBO wordt dit verder uitgebreid, in de zin dat de hulpverlener 'zorg [ervoor draagt], dat aan anderen dan de patiënt geen inlichtingen over de patiënt dan wel inzage in of afschrift van de bescheiden [...] worden verstrekt dan met toestemming van de patiënt.' (31)

Door de deelnemers van de focusgroepen wordt aanbevolen om de aanlevering van informatie door professionals verplicht te stellen na toestemming van de ouders voor een review. Ook wordt aangeraden vast te leggen wat de bevoegdheden zijn van het CDR team. In Nieuw-Zeeland en Engeland is in nationale wetgeving opgenomen hoe een CDR team dient te opereren.(3) In Nieuw-Zeeland kunnen instellingen en praktijken worden beboet als de informatieaanlevering niet of niet naar behoren gebeurt. In Engeland is in de wet opgenomen dat de teams die de reviews

dienen uit te voeren verantwoordelijk zijn voor het ‘verzamelen en analyseren van informatie betreffende iedere dood [..].’

Tijd

In sommige landen vindt deelname aan een CDR team op vrijwillige basis plaats.⁽³⁾ Dit betekent dat tijd hiervoor beschikbaar wordt gesteld vanuit de organisaties waarvoor de professionals werkzaam zijn. Hieruit kan worden opgemerkt dat er sprake is van formele bekrachtiging door het management van betrokken organisaties. Het is daarom waarschijnlijk dat dergelijke organisaties ook bereid zullen zijn om tijd beschikbaar te stellen voor aanlevering van informatie aan CDR teams. Dit kan mede een mogelijke oplossing bieden voor het belemmerende effect van het extra werk dat medewerking aan het CDR de professional levert. In Engeland en Nieuw-Zeeland is de informatieaanlevering door professionals een wettelijke verplichting. Hiermee wordt formele bekrachtiging door het management van organisaties afgedwongen.

4.3 Zwakke punten van het onderzoek

Met betrekking tot het aantal respondenten per discipline valt op dat *direct betrokken professionals* sterk vertegenwoordigd zijn ten opzichte van *aanpalende organisaties* en *direct betrokken overig*: respectievelijk 15 deelnemers ten opzichte van 5 en 3. Deze scheve verdeling heeft te maken met het feit dat er twee focusgroepen zijn gehouden met direct betrokken professionals, omdat deze door de onderzoekers als meest invloedrijke groep wordt beschouwd op de implementatie en het gebruik van CDR. De geringe bezetting van de overige twee groepen kan van beperkende invloed zijn op het aantal en de variëteit aan opmerkingen dat vanuit deze groepen is gemaakt. Ten tweede kan worden opgemerkt dat de professie *kinderarts* breder vertegenwoordigd is in de populatie dan de overige professies en rollen. Dit betekent dat een groter gedeelte van de resultaten zal voortkomen uit het perspectief van de kinderarts. Daarentegen is de kinderarts standaard betrokken bij kinderen met een ernstige ziekte of aandoening. Aangezien het merendeel van de kinderen in Nederland overlijdt door toedoen van een natuurlijke oorzaak, is het aannemelijk dat de kinderarts de belangrijkste actor vormt in aanlevering van informatie aan het CDR en communicatie met ouders. Dat zou betekenen dat de hogere representatie van de professie kinderarts ten opzichte van de andere professies de validiteit van de resultaten niet negatief beïnvloedt.

De geanalyseerde data is verkregen uit de focusgroepsessies. Deze sessies zijn gestuurd door een gespreksleider, wat tevens de discussies tussen de respondenten beïnvloed. Daarbij zijn bepaalde determinantencategorieën in de sessies langer aan de orde geweest. Ten gevolge hiervan

kunnen er betreffende deze categorieën meer opmerkingen zijn gemaakt. Er is in de interviews bijvoorbeeld relatief weinig gestuurd op factoren met betrekking tot de organisatie.

Ondanks dat de codering door twee onderzoekers is gedaan, is hierbij mogelijk bias ontstaan. Hierbij valt te denken aan neutraal bedoelde opmerkingen die vanuit achtergrondkennis over CDR als belemmerend of juist bevorderend zijn geïnterpreteerd door de onderzoekers. Daarbij is niet ieder verschil in codering bediscussieerd. Welke opmerkingen wel of niet terugkomen en bij welke determinant is onvermijdelijk afhankelijk van de interpretatie van de onderzoekers. Daarbij is als uitgangspunt voor de analyse een kwantitatieve methode gebruikt, namelijk het tellen van het aantal opmerkingen met een bepaalde code. Het onderzoeksdesign is echter kwalitatief van aard. Het benaderen van een kwalitatief onderzoek met een kwantitatieve methode kan leiden tot een eenzijdige interpretatie van de verkregen data.⁽²²⁾ Een dergelijke eenzijdige interpretatie kan deels worden voorkomen door alle resultaten in hun context te bestuderen, zonder vooraf een selectie te maken. Met een geheel kwantitatieve onderzoeksopzet kan (eenzijdige) interpretatie geheel worden voorkomen. Hierbij kan worden gedacht aan het opstellen van een lijst met mogelijk bevorderende en belemmerende factoren op basis van het huidige onderzoek, waarbij respondenten middels een schaal kunnen aangeven hoe belangrijk zij een factor vinden.

Het feit dat de onderzochte populatie bestaat uit professionals en ouders uit de regio Overijssel en Zwolle, vormt mogelijk een beperking voor de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten naar landelijk niveau. Denkbaar is dat regionale cultuur en werkwijzen invloed hebben op de ervaring van bepaalde factoren als bevorderend of belemmerend. In de onderzochte regio's kan er bijvoorbeeld een cultuur van grote onderlinge cohesie bestaan in de regio ten opzichte van andere delen van het land. Hierdoor kan het zijn dat de preventieve doelen minder belangrijk worden geacht in andere delen van het land dan in de huidige onderzoekspopulatie. In vervolgonderzoek kan een dergelijke invloed op de resultaten worden voorkomen door respondenten random te selecteren uit een onderzoekspopulatie die alle potentiële gebruikers omvat (professionals en ouders in heel Nederland).

Naar aanleiding van de focusgroepinterviews gebruikt in het huidige onderzoek, is een CDR protocol en invoeringsstrategie ontwikkeld voor een pilot met CDR in Oost-Nederland (Overijssel en de Achterhoek) die in 2011 van start is gegaan. Daarom is het van belang om de resultaten van het huidige onderzoek te vergelijken met de ervaringen die zijn opgedaan in de uitvoering van dit pilot bij het overwegen van de implementatie van het CDR in Nederland.

5 Aanbevelingen

Op basis van de resultaten kunnen een aantal aanbevelingen worden gedaan met betrekking tot de in de inleiding genoemde verschillen in toepassing van CDR tussen landen, oftewel de gebieden waarop mogelijk keuzes kunnen worden gemaakt qua vormgeving ervan in Nederland. Dit zijn het niveau waarop CDR wordt uitgevoerd, de doelgroep van het onderzoek, de focus van het onderzoek, de mate waarin de procedure door wetgeving wordt ondersteund, de mate waarin de familie (de ouder) wordt betrokken, de bekostiging, de samenstelling van het team en de omgang met resultaten. In de focusgroepen is de bekostiging van het CDR niet besproken, daarom wordt er op dit gebied geen aanbeveling gedaan. Het volgende kan worden aanbevolen:

- Betreffende het niveau waarop CDR wordt uitgevoerd, spreken de resultaten voor regionale teams en een landelijk team, omdat aggregatie naar een hoger niveau belangrijk wordt geacht.
- Betreffende de doelgroep kan worden aanbevolen alle overlijdensgevallen als scope te nemen, omdat hiermee het gevoel dat er wordt gezocht naar schuldigen kan worden verminderd.
- Betreffende de focus van het onderzoek kan worden aanbevolen uit te gaan van een *Public Health approach*; het doen van aanbevelingen op het gebied van preventie wordt namelijk gedacht het belangrijkste en effectiefste doel te vormen van CDR.
- Betreffende de mate waarin de procedure door wetgeving wordt ondersteund, kan verplichte deelname voor ouders worden afgeraden. Wettelijk verplichte deelname voor professionals in informatieaanlevering kan daarentegen worden aanbevolen.
- Betreffende de mate waarin de ouders worden betrokken bij de review, kan worden aanbevolen hen de mogelijkheid te geven onder begeleiding de aangeleverde informatie voorafgaand aan de review te laten bekijken en becommentariëren. Daarnaast kan worden aanbevolen een terugkoppeling naar de ouders toe vast te leggen in het CDR proces onder vooraf vastgestelde restricties.
- Betreffende de samenstelling van het team kan worden aanbevolen deze te baseren op de aard van de verwachte sterfgevallen. Belangrijk daarbij is dat het voorzitterschap wordt vervuld door een ervaren, onafhankelijk figuur met overwicht om de veiligheid binnen het team te waarborgen.
- Betreffende het omgaan met resultaten kan worden aanbevolen direct te rapporteren aan de overheid, omdat wordt verwacht dat aanbevelingen gedaan door het CDR team het meeste effect hebben middels maatregelen vanuit de overheid. Daarnaast is het belangrijk

om in een periodiek uitgebrachte rapportage van de bevindingen, ook positieve bevindingen op te nemen.

Naast bovenstaande aanbevelingen met betrekking tot bestaande verschillen in vormgeving kunnen op basis van de resultaten nog een aantal aanvullende aanbevelingen worden gedaan:

- Het vragen van toestemming aan ouders een aantal weken na het overlijden laten plaatsvinden
- Het in kaart brengen van mogelijke consequenties van resultaten uit reviews voor professionals en organisaties
- Het vastleggen van de bevoegdheden van het CDR team
- Het ontwikkelen van een procesbeschrijving en checklist voor CDR teams
- Het ontwikkelen van een format voor informatieaanlevering door professionals
- Het in een zo vroeg mogelijk stadium anonimiseren van gegevens
- Regionale teams sterfgevallen uit andere regio's dan de eigen laten reviewen
- Het contact met de ouders vastleggen in verslaglegging
- Het maken van afspraken met de Inspectie voor de Gezondheidszorg met betrekking tot het aggregeren van resultaten naar een hoger niveau
- Het actief benaderen van de media voor het beïnvloeden van het imago van CDR
- Het preventieve karakter benadrukken bij informatieverstrekking over CDR aan ouders en professionals

Implementatie van CDR in Nederland heeft mogelijk voordeel voor ouders en professionals, maar bovenal voor de samenleving als geheel.

Referenties

1. Gijzen S, Boere-Boonekamp MM, L'hoir MP, Need A. Child mortality in the Netherlands in the past decades: An overview of external causes and the role of public health policy. *Journal of public health policy*. 2014;35(1):43-59.
2. Doodsoorzaken. StatLine. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2013.
3. Vincent S. Child Death Review Processes: A Six-Country Comparison. *Child Abuse Review*. 2014;23(2):116-29.
4. Christian CW, Sege RD. Child fatality review. *Pediatrics*. 2010;126(3):592-6.
5. Webster RA, Schnitzer PG, Jenny C, Ewigman BG, Alario AJ. Child death review: The state of the nation. *American Journal of Preventive Medicine*. 2003 7//;25(1):58-64.
6. Rimsza ME, Schackner RA, Bowen KA, Marshall W. Can child deaths be prevented? The Arizona child fatality review program experience. *Pediatrics*. 2002;110(1):e11-e.
7. Ornstein A, Bowes M, Shouldice M, Yanchar NL. The importance of child and youth death review. *Paediatrics and child health (1996)*. 2013;18(8):425-32.
8. Sidebotham P, Pearson G. Responding to and learning from childhood deaths 2009 2009-02-23 16:06:16.
9. A Program Manual for Child Death Review (2005).
10. Working together to safeguard children A guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children, (2006).
11. Shanley JR, Risch EC, Bonner BL. U.S. Child Death Review Programs: Assessing Progress Toward a Standard Review Process. *American Journal of Preventive Medicine*. 2010 12//;39(6):522-8.
12. FMG. Werkinstructie 'Melding overleden minderjarigen'. 2010.
13. Informatie Voor Artsen Met Betrekking Tot De Wet op de Lijkbezorging 1991. Rijswijk: Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, 1991.
14. Rijn dMJv. Voortgangsrapportage geweld in afhankelijkheidsrelaties. In: Staten-Generaal DVvdTKd, editor. Den Haag 2013.
15. LWW. Handelingsprotocol na wiegendood. Utrecht: LWW; 2009.
16. Procesevaluatie. Landelijke invoering van perinatale audit: 2009-2012. Utrecht: Stichting Perinatale Audit Nederland (PAN), 2013.
17. Petter J. Child Death Review in Oost-Nederland Een vergelijking met de huidige werkwijze rondom kindersterfte. Enschede: Universiteit of Twente; 2011.
18. Grol R, Wensing M, Eccles M. The Implementation of Change in Clinical Practice. Harrison H, editor. London: Butterworth Heinemann; 2004.
19. Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGWM. Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties: TNO Preventie en Gezondheid, Divisie Volksgezondheid; 2002.
20. Fleuren M, Wiefferink K, Paulussen T. Determinants of innovation within health care organizations Literature review and Delphi study. *International journal for quality in health care*. 2004;16(2):107-23.
21. Grol R, Wensing M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *The Medical Journal of Australia*. 2004;180(6):S57-60.
22. Ritchie J, Lewis J, Nicholls CM, Ormston R. *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*: Sage; 2013.
23. Lanting C, Fleuren M, Broekhuizen K. Kennisname en gerapporteerd gebruik van JGZ-richtlijnen gepubliceerd vóór 2012. Leiden: TNO. 2013.
24. Kitinger J. Qualitative research: introducing focus groups. *Bmj*. 1995;311:299-302.

25. Finch H, Lewis J. Focus groups. *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. 2003:170-98.
26. Fleuren M, Paulussen T, van Dommelen P, van Buuren S, ZonMw O, Projectnaam M. *Ontwikkeling meetinstrument voor determinanten van innovaties (MIDI)*. Leiden: TNO. 2012.
27. Durfee M, Durfee DT, West MP. Child fatality review: an international movement. *Child Abuse & Neglect*. 2002 6//;26(6-7):619-36.
28. Douglas EM, Cunningham JM. Recommendations from child fatality review teams: results of a US nationwide exploratory study concerning maltreatment fatalities and social service delivery. *Child Abuse Review*. 2008;17(5):331-51.
29. Diemen-Steenvoorde Rv. *Staat van de Gezondheidszorg*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2013.
30. Axford N, Bullock R. *Child death and significant case reviews: International approaches*. Scottish Executive: social research series. 2005:1-87.
31. *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*, (1993).
32. *Wet geneeskundige behandelovereenkomst*, (1994).

Bijlage

Tabel 3: Opmerkingen gemaakt door ouders (n=3)				
Determinant	Bevorderende factor	Belemmerende factor	Aanbeveling	Algemene opmerking
Determinanten m.b.t. de innovatie				
1 Procedurele helderheid			1	
2 Juistheid				
3 Compleetheid	3	6	9	
4 Complexiteit		1		
5 Congruentie huidige werkwijze				
6 Zichtbaarheid uitkomsten				
7 Relevantie cliënt	1	2	1	
Determinanten m.b.t. de gebruiker				
8 Persoonlijk voordeel / nadeel	7	6	8	1
9 Uitkomstverwachting	13	2		
10 Taakopvatting				
11 Tevredenheid cliënt				
12 Medewerking cliënt	13	9	18	2
13 Sociale steun				
14 Descriptieve norm				
15 Subjectieve norm				
16 Eigen-effectiviteitsverwachting				
17 Kennis				
18 Informatieverwerking				
Determinanten m.b.t. de omgeving				
19 Formele bekrachtiging management		1		
20 Vervanging bij personeelsverloop				
21 Capaciteit / bezettingsgraad				
22 Financiële middelen			1	

23 Tijd		3	1	
24 Beschikbaarheid materialen en voorzieningen				
25 Coördinator				
26 Turbulentie in de organisatie				
27 Beschikbaarheid informatie over gebruik innovatie				
28 Feedback aan gebruiker				
Determinanten m.b.t. sociaal politieke omgeving				
29 Wet- en regelgeving	2			

Tabel 4: Opmerkingen door discipline kinderarts (n=6)

Determinant	Bevorderende factor	Belemmerende factor	Aanbeveling	Algemene opmerking
Determinanten m.b.t. de innovatie				
1 Procedurele helderheid	1	1	11	
2 Juistheid				
3 Compleetheid	1	8	7	
4 Complexiteit		1		
5 Congruentie huidige werkwijze	1		1	
6 Zichtbaarheid uitkomsten				
7 Relevantie cliënt	3	4	2	
Determinanten m.b.t. de gebruiker				
8 Persoonlijk voordeel / nadeel	2	14	7	
9 Uitkomstverwachting	7	6		
10 Taakopvatting				
11 Tevredenheid cliënt				
12 Medewerking cliënt	3	9	2	
13 Sociale steun				
14 Descriptieve norm	1	1		
15 Subjectieve norm				
16 Eigen-effectiviteitsverwachting				

17 Kennis		3		
18 Informatieverwerking				
Determinanten m.b.t. de omgeving				
19 Formele bekrachtiging management	1			
20 Vervanging bij personeelsverloop				
21 Capaciteit / bezettingsgraad				
22 Financiële middelen				
23 Tijd		2		
24 Beschikbaarheid materialen en voorzieningen				
25 Coördinator				
26 Turbulentie in de organisatie				
27 Beschikbaarheid informatie over gebruik innovatie				
28 Feedback aan gebruiker				
Determinanten m.b.t. sociaal politieke omgeving				
29 Wet- en regelgeving	2			

Tabel 5: Opmerkingen door organisatie Advies en Meldpunt Kindermishandeling (n=1)				
Determinant	Bevorderende factor	Belemmerende factor	Aanbeveling	Algemene opmerking
Determinanten m.b.t. de innovatie				
1 Procedurele helderheid			13	1
2 Juistheid				
3 Compleetheid			3	1
4 Complexiteit				
5 Congruentie huidige werkwijze			1	
6 Zichtbaarheid uitkomsten				
7 Relevantie cliënt	1			
Determinanten m.b.t. de gebruiker				
8 Persoonlijk voordeel / nadeel				
9 Uitkomstverwachting	1			

10 Taakopvatting				
11 Tevredenheid cliënt				
12 Medewerking cliënt			1	
13 Sociale steun				
14 Descriptieve norm				
15 Subjectieve norm				
16 Eigen-effectiviteitsverwachting				
17 Kennis				
18 Informatieverwerking				
Determinanten m.b.t. de omgeving				
19 Formele bekrachtiging management				
20 Vervanging bij personeelsverloop				
21 Capaciteit / bezettingsgraad				
22 Financiële middelen				
23 Tijd				
24 Beschikbaarheid materialen en voorzieningen				
25 Coördinator				
26 Turbulentie in de organisatie				
27 Beschikbaarheid informatie over gebruik innovatie				
28 Feedback aan gebruiker				
Determinanten m.b.t. sociaal politieke omgeving				
29 Wet- en regelgeving				

Tabel 5: Opmerkingen door discipline forensisch geneeskundige (n=2)				
Determinant	Bevorderende factor	Belemmerende factor	Aanbeveling	Algemene opmerking
Determinanten m.b.t. de innovatie				
1 Procedurele helderheid			4	
2 Juistheid	1			
3 Compleetheid		5	2	

4 Complexiteit				
5 Congruentie huidige werkwijze			1	
6 Zichtbaarheid uitkomsten				
7 Relevantie cliënt	1			
Determinanten m.b.t. de gebruiker				
8 Persoonlijk voordeel / nadeel		1		
9 Uitkomstverwachting			1	
10 Taakopvatting				
11 Tevredenheid cliënt				
12 Medewerking cliënt	1			
13 Sociale steun				
14 Descriptieve norm				
15 Subjectieve norm				
16 Eigen-effectiviteitsverwachting				
17 Kennis				
18 Informatieverwerking				
Determinanten m.b.t. de omgeving				
19 Formele bekrachtiging management				
20 Vervanging bij personeelsverloop				
21 Capaciteit / bezettingsgraad				
22 Financiële middelen				
23 Tijd				
24 Beschikbaarheid materialen en voorzieningen				
25 Coördinator				
26 Turbulentie in de organisatie				
27 Beschikbaarheid informatie over gebruik innovatie				
28 Feedback aan gebruiker				
Determinanten m.b.t. sociaal politieke omgeving				
29 Wet- en regelgeving	2	6	2	

Tabel 6: Opmerkingen door discipline algemeen maatschappelijk werker (n=2)

Determinant	Bevorderende factor	Belemmerende factor	Aanbeveling	Algemene opmerking
Determinanten m.b.t. de innovatie				
1 Procedurele helderheid				
2 Juistheid				
3 Compleetheid			1	
4 Complexiteit				
5 Congruentie huidige werkwijze				
6 Zichtbaarheid uitkomsten				
7 Relevantie cliënt				
Determinanten m.b.t. de gebruiker				
8 Persoonlijk voordeel / nadeel			1	
9 Uitkomstverwachting	4	1		
10 Taakopvatting				
11 Tevredenheid cliënt				
12 Medewerking cliënt	1	1		
13 Sociale steun				
14 Descriptieve norm				
15 Subjectieve norm				
16 Eigen-effectiviteitsverwachting				
17 Kennis				
18 Informatieverwerking				
Determinanten m.b.t. de omgeving				
19 Formele bekrachtiging management				
20 Vervanging bij personeelsverloop				
21 Capaciteit / bezettingsgraad				
22 Financiële middelen				
23 Tijd				

24 Beschikbaarheid materialen en voorzieningen				
25 Coördinator				
26 Turbulentie in de organisatie				
27 Beschikbaarheid informatie over gebruik innovatie				
28 Feedback aan gebruiker				
Determinanten m.b.t. sociaal politieke omgeving				
29 Wet- en regelgeving	1	1		

Tabel 7: Opmerkingen door Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) (n=2)				
Determinant	Bevorderende factor	Belemmerende factor	Aanbeveling	Algemene opmerking
Determinanten m.b.t. de innovatie				
1 Procedurele helderheid				
2 Juistheid				
3 Compleetheid	1	1	1	
4 Complexiteit				
5 Congruentie huidige werkwijze				
6 Zichtbaarheid uitkomsten				
7 Relevantie cliënt				
Determinanten m.b.t. de gebruiker				
8 Persoonlijk voordeel / nadeel				
9 Uitkomstverwachting			1	
10 Taakopvatting				
11 Tevredenheid cliënt				
12 Medewerking cliënt			1	
13 Sociale steun				
14 Descriptieve norm				
15 Subjectieve norm				
16 Eigen-effectiviteitsverwachting				
17 Kennis				

18 Informatieverwerking				
Determinanten m.b.t. de omgeving				
19 Formele bekrachtiging management				
20 Vervanging bij personeelsverloop				
21 Capaciteit / bezettingsgraad				
22 Financiële middelen				
23 Tijd		1		
24 Beschikbaarheid materialen en voorzieningen				
25 Coördinator				
26 Turbulentie in de organisatie				
27 Beschikbaarheid informatie over gebruik innovatie				
28 Feedback aan gebruiker				
Determinanten m.b.t. sociaal politieke omgeving				
29 Wet- en regelgeving				

Tabel 7: Huisarts				
Determinant	Bevorderende factor	Belemmerende factor	Aanbeveling	Algemene opmerking
Determinanten m.b.t. de innovatie				
1 Procedurele helderheid			1	
2 Juistheid				
3 Compleetheid			2	
4 Complexiteit				
5 Congruentie huidige werkwijze				
6 Zichtbaarheid uitkomsten				
7 Relevantie cliënt	1	1		
Determinanten m.b.t. de gebruiker				
8 Persoonlijk voordeel / nadeel	1	1	3	
9 Uitkomstverwachting	1			
10 Taakopvatting				

11 Tevredenheid cliënt				
12 Medewerking cliënt				
13 Sociale steun				
14 Descriptieve norm				
15 Subjectieve norm				
16 Eigen-effectiviteitsverwachting				
17 Kennis				
18 Informatieverwerking				
Determinanten m.b.t. de omgeving				
19 Formele bekrachtiging management				
20 Vervanging bij personeelsverloop				
21 Capaciteit / bezettingsgraad				
22 Financiële middelen				
23 Tijd		1		
24 Beschikbaarheid materialen en voorzieningen				
25 Coördinator				
26 Turbulentie in de organisatie				
27 Beschikbaarheid informatie over gebruik innovatie				
28 Feedback aan gebruiker				
Determinanten m.b.t. sociaal politieke omgeving				
29 Wet- en regelgeving		2		

Tabel 8: Opmerkingen door discipline jeugdarts (n=2)				
Determinant	Bevorderende factor	Belemmerende factor	Aanbeveling	Algemene opmerking
Determinanten m.b.t. de innovatie				
1 Procedurele helderheid				
2 Juistheid				
3 Compleetheid	1		3	

4 Complexiteit				
5 Congruentie huidige werkwijze				
6 Zichtbaarheid uitkomsten				
7 Relevantie cliënt	3	1		
Determinanten m.b.t. de gebruiker				
8 Persoonlijk voordeel / nadeel	1	1		
9 Uitkomstverwachting	4	1		
10 Taakopvatting				
11 Tevredenheid cliënt				
12 Medewerking cliënt		2		
13 Sociale steun				
14 Descriptieve norm				
15 Subjectieve norm				
16 Eigen-effectiviteitsverwachting				
17 Kennis				
18 Informatieverwerking				
Determinanten m.b.t. de omgeving				
19 Formele bekrachtiging management			1	
20 Vervanging bij personeelsverloop				
21 Capaciteit / bezettingsgraad				
22 Financiële middelen				
23 Tijd				
24 Beschikbaarheid materialen en voorzieningen				
25 Coördinator				
26 Turbulentie in de organisatie				
27 Beschikbaarheid informatie over gebruik innovatie				
28 Feedback aan gebruiker				
Determinanten m.b.t. sociaal politieke omgeving				
29 Wet- en regelgeving		1	2	

Tabel 9: Opmerkingen door organisatie MEE (n=1)

Determinant	Bevorderende factor	Belemmerende factor	Aanbeveling	Algemene opmerking
Determinanten m.b.t. de innovatie				
1 Procedurele helderheid			2	
2 Juistheid				
3 Compleetheid				
4 Complexiteit				
5 Congruentie huidige werkwijze				
6 Zichtbaarheid uitkomsten				
7 Relevantie cliënt				
Determinanten m.b.t. de gebruiker				
8 Persoonlijk voordeel / nadeel				
9 Uitkomstverwachting				
10 Taakopvatting				
11 Tevredenheid cliënt				
12 Medewerking cliënt			1	
13 Sociale steun				
14 Descriptieve norm				
15 Subjectieve norm				
16 Eigen-effectiviteitsverwachting				
17 Kennis				
18 Informatieverwerking				
Determinanten m.b.t. de omgeving				
19 Formele bekrachtiging management				
20 Vervanging bij personeelsverloop				
21 Capaciteit / bezettingsgraad				
22 Financiële middelen				
23 Tijd				
24 Beschikbaarheid materialen en				

voorzieningen				
25 Coördinator				
26 Turbulentie in de organisatie				
27 Beschikbaarheid informatie over gebruik innovatie				
28 Feedback aan gebruiker				
Determinanten m.b.t. sociaal politieke omgeving				
29 Wet- en regelgeving	1			

Tabel 10: opmerkingen door politie (n=1)				
Determinant	Bevorderende factor	Belemmerende factor	Aanbeveling	Algemene opmerking
Determinanten m.b.t. de innovatie				
1 Procedurele helderheid		1	2	
2 Juistheid				
3 Compleetheid				
4 Complexiteit				
5 Congruentie huidige werkwijze				
6 Zichtbaarheid uitkomsten				
7 Relevantie cliënt	1			
Determinanten m.b.t. de gebruiker				
8 Persoonlijk voordeel / nadeel	2			
9 Uitkomstverwachting				
10 Taakopvatting				
11 Tevredenheid cliënt				
12 Medewerking cliënt		2		
13 Sociale steun				
14 Descriptieve norm				
15 Subjectieve norm				
16 Eigen-effectiviteitsverwachting				
17 Kennis				

18 Informatieverwerking				
Determinanten m.b.t. de omgeving				
19 Formele bekrachtiging management				
20 Vervanging bij personeelsverloop				
21 Capaciteit / bezettingsgraad				
22 Financiële middelen				
23 Tijd				
24 Beschikbaarheid materialen en voorzieningen				
25 Coördinator				
26 Turbulentie in de organisatie				
27 Beschikbaarheid informatie over gebruik innovatie				
28 Feedback aan gebruiker				
Determinanten m.b.t. sociaal politieke omgeving				
29 Wet- en regelgeving				

Tabel 11: Opmerkingen door discipline jeugdverpleegkundige (n=1)				
Determinant	Bevorderende factor	Belemmerende factor	Aanbeveling	Algemene opmerking
Determinanten m.b.t. de innovatie				
1 Procedurele helderheid				
2 Juistheid				
3 Compleetheid		1	1	
4 Complexiteit				
5 Congruentie huidige werkwijze				
6 Zichtbaarheid uitkomsten				
7 Relevantie cliënt				
Determinanten m.b.t. de gebruiker				
8 Persoonlijk voordeel / nadeel				
9 Uitkomstverwachting				
10 Taakopvatting				

11 Tevredenheid cliënt				
12 Medewerking cliënt				
13 Sociale steun				
14 Descriptieve norm				
15 Subjectieve norm				
16 Eigen-effectiviteitsverwachting				
17 Kennis				
18 Informatieverwerking				
Determinanten m.b.t. de omgeving				
19 Formele bekrachtiging management				
20 Vervanging bij personeelsverloop				
21 Capaciteit / bezettingsgraad				
22 Financiële middelen				
23 Tijd				
24 Beschikbaarheid materialen en voorzieningen				
25 Coördinator				
26 Turbulentie in de organisatie				
27 Beschikbaarheid informatie over gebruik innovatie				
28 Feedback aan gebruiker				
Determinanten m.b.t. sociaal politieke omgeving				
29 Wet- en regelgeving				