

DE BETERE DOKTER

Collega's en patiënten kunnen medisch specialist het best beoordelen

De individuele kwaliteit van medisch specialisten gaat verder dan vakinhoudelijke expertise. Ook communicatieve eigenschappen, samenwerking en managementkwaliteiten zijn van belang. Maar hoe toets je deze vaardigheden? De Orde werkt aan een evaluatiesysteem.



KIKI LOMBARTS
KARLIJN OVEREEM
BERRY KREMER

Dat er veel belangstelling is voor het professioneel functioneren van individuele specialisten is niet verwonderlijk. De samenleving oefent druk uit op de medische professie om zich toetsbaar en controleerbaar op te stellen. Studies en incidenten die vragen oproepen over het handelen en de professionele attitude van sommige artsen, krijgen volop publieke aandacht.

Zorg voor kwaliteit is niet alleen een professioneel imperatief voor, maar ook een strategische keuze van medisch specialisten. Tot voor kort bestond de ietwat naïeve gedachte dat voldoende nascholing, goede protocollen en regelmatige visitatie het adequaat functioneren van het individu zou garanderen. Maar individuele kwaliteit is uiteraard veelomvattender en complexer. Uitgaand van dit inzicht heeft het Centraal College Medisch Specialismen (CCMS) in 2003 de competenties die deel uitmaken van het professioneel functioneren gedefinieerd voor de diverse opleidingen. Het voorstel van het CCMS is gebaseerd op het Canadese systeem en kijkt niet alleen naar vakinhoudelijke competenties maar ook naar algemene competenties, die voor iedere medisch specialist dezelfde zijn, zoals communicatieve vaardigheden, samenwerking, nascholing en managementkwaliteiten.¹

Ook in andere westerse landen is geprobeerd de competenties van een bekwame arts te definiëren. De lijn is duidelijk: een dokter wordt niet langer 'slechts' aangesproken op (de toepassing van) zijn medische expertise, maar dient al zijn professionele kwaliteiten - aantoonbaar - te ontwikkelen.

VALKUILEN

De Commissie Individueel Functioneren Medisch Specialist (IFMS), die de Orde in 2003 installeerde, adviseert het competentiemodel van het CCMS te volgen bij de evaluatie van individuele specialisten. Zo ontstaat een natuurlijke continuïteit met de opleiding. In de eerste jaren van de carrière worden artsen beoordeeld door hun opleider(s); later op dezelfde competenties door hun *peers*.

De ervaringen van de specialisten in loondienst - ongeveer 40 procent van

de Nederlandse specialisten - laten zien dat het door de instelling verplichte 'functioneringsgesprek' als vorm van evaluatie zelden werkt. Wil een systeem van persoonlijke evaluatie kans van slagen hebben, dan zullen de specialisten het zelf moeten ontwikkelen en steunen. Wel moet uiteraard het oordeel van andere professionals uit de werkomgeving van het te beoordelen individu een rol spelen. Ook het oordeel van patiënten kan belangrijke informatie opleveren. In alle gevallen is een veilige setting een essentiële voorwaarde voor het realiseren van gewenste verbeteringen.

De commissie IFMS kreeg van het Ordebestuur de opdracht om in het te ontwikkelen systeem onderscheid te maken tussen functioneren en disfunctioneren. Dit onderscheid is relevant, omdat het doel van de evaluatie onder meer bepalend is voor de (omvang van de) doelgroep, het te ontwikkelen instrumentarium, de wijze van implementa-

tuur over bestaande evaluatiemethoden voor de commissie IFMS in kaart gebracht.

In Nederland, en met name in het Maastricht ziekenhuis in Sittard, zijn ervaringen opgedaan met de methode van *appraisal and assessment*, overgenomen van de Engelse chirurg Rodney Peyton.^{2,3} Kernwoorden bij dit model zijn vrijwilligheid, het intercollegiale gesprek, *assessment* aan de hand van toetsbare criteria en het persoonlijk ontwikkelingsplan.

WERKRELATIES

In Canada en op sommige plaatsen in Nederland zijn goede ervaringen opgedaan met een tweede methode: het instrument *multisource feedback* (MSF) of *360° feedback*.⁴ Ook deze methode is gericht op kwaliteitsverbetering van de individuele medisch specialist. De ratio erachter is dat verbetering volgt uit inzicht in het eigen functio-

Functioneringsgesprek werkt zelden als vorm van evaluatie

tie, de mogelijke consequenties en het gewenste of noodzakelijke natraject. De primaire doelstelling van individuele evaluatie is continue verbetering van de kwaliteit van het professioneel handelen van specialisten. Het evaluatiesysteem beoogt op termijn alle praktiserende specialisten te bereiken. Een logische consequentie hiervan is dat ook (vermeend) disfunctioneren boven tafel komt. In die gevallen moet een verdiepende evaluatie plaatsvinden, resulterend in een traject van coaching en/of correctie door beroepsgenoten. Hiervoor zijn aparte procedures nodig, waarin met name ook juridische valkuilen aan de orde komen. In de praktijk zal echter de meeste tijd en energie toch uitgaan naar de 95 procent voldoende tot uitstekend functionerende medisch specialisten. De interessante discussie over de grens tussen 'voldoende' en 'onvoldoende' functioneren moet worden gevoerd.

Onderzoekers van de Universiteiten van Nijmegen (afdeling Kwaliteit van zorg) en Amsterdam (AMC, afdeling Sociale geneeskunde) hebben de litera-

neren en dat dit inzicht het beste kan worden verkregen door feedback van al degenen met wie men een belangrijke werkrelatie heeft. In concreto vraagt de te beoordelen medisch specialist zelf aan zijn 'omgeving' (collega's, medewerkers en patiënten) een korte schriftelijke vragenlijst in te vullen over zijn functioneren. De medisch specialist evalueert ook zichzelf. Een bemoedigende uitkomst is dat ruim 70 procent van de geëvalueerden ook daadwerkelijk tot verbetering zegt over te gaan.

TESTEN

Over enige tijd zal de commissie IFMS het Ordebestuur adviseren over de keuze van het evaluatiemodel. Onderzoekers zullen de ontwikkeling van een voor de Nederlandse medisch specialisten geschikt evaluatiesysteem onder- >>



<< steunen en de werking en invoering ervan testen en evalueren. Dit kan alleen in nauwe samenwerking met medisch specialisten. Het eerste jaar zijn de medische staven van acht ziekenhuizen bereid gevonden mee te denken en te besluiten over de verschillende evaluatiesystemen: het St. Annaziekenhuis in Geldrop, het Catharina-ziekenhuis in Eindhoven, het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg, het Elkerliek ziekenhuis in Helmond, het HagaZiekenhuis in Den Haag, de Isala klinieken in Zwolle, Ziekenhuis St Jansdal in Harderwijk en het Máxima Medisch Centrum in Veldhoven/Eindhoven. Deze ziekenhuizen gaan diverse mogelijke systemen in de praktijk testen. De verwachting is dat begin 2007 de ervaringen zijn geëvalueerd en de methoden geanalyseerd op hun bruikbaarheid en acceptatie. Dan kan een eerste selectie worden gemaakt.

professioneel functioneren is niet louter een 'meetprobleem'. Uit de literatuur blijkt dan ook een toenemende aandacht voor de context en inbedding van de evaluatie: de educatieve impact van de te kiezen methode, de acceptatiegraad bij de gebruikers en de benodigde investeringen. Helaas scoort geen enkele methode hoog op alle criteria. Elke methode heeft sterke en zwakke kanten en kiezen voor een systeem betekent altijd compromissen sluiten.⁵

Als het evaluatiesysteem klaar is, zullen visitatiecommissies van de wetenschappelijke verenigingen - als vast onderdeel van de kwaliteitsvisiting - nagaan of alle leden van een maatschap/vakgroep

waarde kunnen worden voor het behoud van inschrijving in het medisch specialistenregister. Nadrukkelijk gaat het hierbij niet over de uitkomsten van de individuele evaluatie, maar over de participatie aan het systeem zoals dit ook geldt voor de kwaliteitsvisiting. Hoewel de com-



Medisch specialist is zélf verantwoordelijk voor voldoende scholing

Vervolgens wordt een tweede cohort van ziekenhuizen benaderd om aanvullende ervaring op te doen en de systemen ook te analyseren op validiteit en betrouwbaarheid. Veel ziekenhuizen maken nu al hun belangstelling voor deelname in deze tweede fase bekend.

ACCEPTATIE

Het evalueren van professionals is geen sinecure, omdat het betrekking heeft op complexe en multidimensionale competenties (zoals communicatie, samenwerking en professionaliteit). Daarom is er bij de ontwikkeling van evaluatie-instrumenten veel aandacht voor de 'klassieke criteria' van validiteit en betrouwbaarheid. Voor een verantwoorde evaluatie is dit noodzakelijk, zeker als de instrumenten worden gebruikt in een situatie van (vermeend) disfunctioneren. Het is echter niet voldoende. Evaluatie van

hebben deelgenomen aan de individuele evaluatie, zo stelt de commissie IFMS voor. Nu al zal de visitatiecommissie in geval van onvoldoende behaalde accreditatiepunten voor bij- en nascholing een advies of aanbeveling voor verbetering opnemen in het visitatierapport. Eenzelfde werkwijze is mogelijk bij de individuele evaluaties. Het is niet aan de visitatiecommissie ook de resultaten van de individuele evaluaties in te zien of te bespreken; dit zou het maatschappelijke karakter van de kwaliteitsvisiting geweld aan doen. Het past wel in de filosofie van de kwaliteitsvisiting nieuwe stijl om vragen over participatie in een systeem van individuele toetsing in de context van de maatschap te bespreken.⁶ Het benadrukt de gezamenlijke, maar individueel waar te maken, verantwoordelijkheid van maatschapsleden voor de kwaliteit van de patiëntenzorg.

HERREGISTRATIE

Net zoals deelname aan de kwaliteitsvisiting - sinds 1 januari 2005 - een kwalitatieve eis is voor de individuele herregistratie, zou ook de evaluatie van het individuele functioneren een voor-

missie IFMS voorstander is van een dergelijke koppeling voor de individuele evaluaties, is de praktische uitvoering ervan afhankelijk van de lokale omstandigheden. Het betekent namelijk dat ziekenhuizen en medische staven verplicht zijn individuele evaluaties te (laten) organiseren: het kan uiteraard niet zo zijn dat een individuele medisch specialist zijn herregistratie verliest, omdat er in zijn of haar ziekenhuis/medische staf geen systeem van individuele evaluatie operationeel is. Bestaat zo'n systeem wél in het ziekenhuis, zoals de bedoeling is, dan is het de verantwoordelijkheid van de individuele medisch specialist zelf om hierin te participeren en hiervan bewijs te overleggen. Ook hier gaat de vergelijking met de accreditatiepunten op: de medisch specialist is zelf verantwoordelijk voor het volgen van voldoende scholing en dient de behaalde scholingscertificaten ook zelf te archiveren. Slechts steekproefsgewijs zal de Medisch Specialisten Registratie Commissie personen vragen deze certificaten te overleggen.

SAMENVATTING

De commissie IFMS gaat er vooralsnog van uit dat het te ontwikkelen evaluatiesysteem een *peer review*-karakter heeft en lokaal zal worden toegepast. Dat betekent dat de uitvoering primair een aangelegenheid van de medische staf zal zijn. Wel acht de commissie het raadzaam dat de medische staf over de individuele evaluaties afspraken maakt en deze opneemt in het Document Medische Staf. Ook de Raad van Bestuur kan met individuele specialisten afspraken maken over de betreffende evaluatie; deze kunnen worden opgenomen in de toelatings- of arbeidsovereenkomst tussen ziekenhuis en medisch specialist.

VERTROUWEN

Het succes van het systeem, dat in 2008 operationeel moet zijn, hangt van drie factoren af. Ten eerste de ontvangst van het systeem door de deelnemende medisch specialisten. Een specialist zal alleen bereid zijn mee te werken aan de evaluatie van zijn individueel functioneren als dit voor hem of haar persoonlijk leidt tot verbetermogelijkheden en - uiteindelijk - verbetering van het functioneren.

De tweede succesmaat betreft de opstelling en reactie van de omgeving van de medisch specialist op het systeem. Vertrouwen is hier het sleutelwoord. Alleen als anderen, zoals Raden van Bestuur, overheid, inspectie, patiënten- en consumentenorganisaties, het systeem vertrouwen, zal men het *peer-to-peer*karakter accepteren en bereid zijn de ontwikkeling en implementatie van het evaluatiesysteem te faciliteren. Elke vorm of zelfs schijn van *conspiracy of silence* zal direct een negatief effect hebben op het succes - en derhalve de houdbaarheid - van het systeem.

De derde voorwaarde voor succes ten slotte is de impact op de kwaliteit van zorg door verbetering van het individueel functioneren. Evaluatie van het individueel functioneren zal uiteindelijk

- De primaire doelstelling van individuele evaluatie van medisch specialisten is continue verbetering van de kwaliteit van het professioneel handelen.
- Professioneel handelen omvat meer dan het medisch-technisch handelen; de evaluatie richt zich op de zeven competenties zoals vastgesteld voor de specialistenopleidingen.
- Het evaluatiesysteem wordt ontwikkeld en getest door en voor medisch specialisten; een wetenschappelijk evaluatie ervaar is vanzelfsprekend.
- Een logische consequentie van evalueren is dat ook (vermeend) disfunctioneren boven tafel komt.

De commissie IFMS, MC-artikelen over het Sittardse beoordelingssysteem, de website van Rodney Peyton en het KNMG-standpunt over het functioneren van de individuele arts vindt u via www.medischcontact.nl/dezeweek.



moeten leiden tot 'betere dokters' en tot een beter functionerende gezondheidszorg. In deze tijd van rekenschap en transparantie zal ook dat aantoonbaar moeten zijn. ■

dr. M.J.M.H. Lombarts,
onderzoeker afdeling Sociale Geneeskunde, Academisch Medisch Centrum Amsterdam, zelfstandig adviseur kwaliteitsbeleid medisch specialisten, adviseur Commissie Individueel Functioneren Medisch Specialisten van de Orde van Medisch Specialisten

K. Overeem,
arts, WOK, Center for Quality of Care Research, Universitair Medisch Centrum St Radboud, tevens afdeling Sociale Geneeskunde, Academisch Medisch Centrum Amsterdam

prof. dr. H.P.H. Kremer,
neuroloog, afdeling Neurologie Universitair Medisch Centrum St Radboud, voorzitter Commissie Individueel Functioneren Medisch Specialisten van de Orde van Medisch Specialisten

Correspondentieadres: k.lombarts@hetnet.nl

VELDWERK

Plezier



Op de incidentele dagen dat alles tegenzit, meestal op tijden dat het management zich doet gelden, kijk

ik uit naar het eind van de maand wanneer het loonstrookje komt met de schadevergoeding voor gederfde levensvreugde. Deze wat cynische opvatting over het salaris als bron van menselijk geluk is nu officieel erkend. De kandidaat-lijsttrekker van de VVD, mevrouw Verdonk, vindt dat mensen weer moeten kunnen lachen als zij hun loonstrookje zien. Dat belooft nog wat als zij het voor het zeggen krijgt. Een keer lachen per maand en voor de rest zoekt u het zelf uit.

Of dat voldoende soelaas biedt, weet ik niet. Organisaties worden steeds groter en er komen steeds meer managers. Het zijn net konijnen, denk ik wel eens. Daar heb je binnen de kortste keren ook een hok van vol. Ziekenhuizen krimpen op de werkvloer en groeien achter de bureaus. De boosdoener is in dit geval de DBC-aandoening, een chronisch proces dat veel kopzorgen geeft.

Gelukkig heb ik daar op mijn werk geen last van. Bij de uitvoering van de WAO en de WIA is er geen directe relatie tussen inspanning en product. Bij ons gebeurt de salarisbetaling op basis van een begroting. Heel af en toe doen wij daarvoor aan tijdschrijven. Voor dat doel is ons nu een antieke zakcomputer verstrekt. Wat je daar instopt, zie je niet terug. Dat heeft het voordeel dat je vergissingen bij het noteren niet opmerkt. Voor het corrigeren en interpreteren van de gegevens zijn er aparte functionarissen. Als grote organisatie zijn wij helemaal bij de tijd.

En één ding is bij ons in elk geval goed geregeld. Dat is de salarisadministratie. Die is sinds jaar en dag uitbesteed. ■

Theo Duivenvoorden

de verzekeringarts

Literatuur

1. Canadian Medical Education Directions for Specialists 2000; CanMEDS 2000.
2. Peyton JWR. Appraisal and assessment in medical practice. Manticore Europe limited, Herts, 2000.
3. Visser GJ. Iedereen kan beter functioneren. Medisch Contact 2005; 60: 1380-3.
4. Violato C, Lockyer L, Fidler H. Multisource feedback: a method of assessing surgical practice. BMJ 2003; 326: 546-8.
5. Hays RB et al. Selecting performance assessment methods for experienced physicians. Med Educ 2002; 36: 910-7.
6. Fossen JA, Hagemeijer JW, Koning JS, van Logtestijn SI, Lombarts MJMH. Kwaliteitsvisite Nieuwe Stijl. Handboek voor wetenschappelijke verenigingen. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications, 2005.