

'Individueel Functioneren van Medisch Specialisten'

Persoonlijk beter



Orde van Medisch Specialisten

'Individueel Functioneren van Medisch Specialisten'

Persoonlijk beter



Orde van Medisch Specialisten

'Individueel Functioneren van Medisch Specialisten'

Persoonlijk beter

"Physicians must be dedicated to continuous improvement in the quality of health care. This commitment entails not only maintaining clinical competence but also working collaboratively with other professionals to reduce medical error, increase patients' safety, minimise overuse of health-care resources, and optimise the outcomes of care. Physicians must actively participate in the development of better measures of quality of care and the application of quality measures to assess routinely the performance of all individuals, institutions, and systems responsible for health-care delivery. Physicians, both individually and through their professional associations, must take responsibility for assisting in the creation and implementation of mechanisms designed to encourage continuous improvement in the quality of care."

The Physicians' Charter (Lancet 2002;359:520-522)

"Ieder lid van de medische staf is verantwoordelijk voor de medisch inhoudelijke kwaliteit van zijn/haar handelen. Naast de individuele verantwoordelijkheid is er sprake van een collectieve verantwoordelijkheid. Het individuele lid van de medische staf is aanspreekbaar op zijn/haar (professioneel) handelen en gedrag. Medisch specialist en ziekenhuis dragen met inachtneming van ieders specifieke verantwoordelijkheid gezamenlijk verantwoordelijkheid voor de integrale zorgverlening in het ziekenhuis."

Model ToelatingsOvereenkomst medisch specialist - ziekenhuis

Utrecht, 21 april 2008



Orde van Medisch Specialisten

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	5
Samenvatting	7
<i>Uitgangspunten</i>	7
<i>Instrumenten en methoden</i>	7
<i>Evaluatiegesprek</i>	8
<i>Follow-up</i>	8
<i>Lokaal systeem</i>	8
<i>Verantwoordelijkheden</i>	8
<i>Landelijke structuur en de rol van de Orde</i>	8
<i>Hoe het succes van IFMS te meten?</i>	9
<i>Medisch specialisten in UMC's</i>	9
<i>Disfunctioneren</i>	9
<i>Kosten en tijdsbeslag</i>	9
1. Inleiding	10
2. Taakopdracht en werkwijze van de commissie IFMS	12
3. Uitgangspunten	14
4. Wanneer is IFMS succesvol?	16
<i>Perceptie van IFMS door de omgeving</i>	16
<i>Gedrag en perceptie van de deelnemende medisch specialisten</i>	16
<i>Impact op de Nederlandse medisch-specialistische zorg</i>	16
5. Pilot in de koploperziekenhuizen	17
<i>Terminologie</i>	17
<i>Selectie van evaluatie-instrumenten en -methoden</i>	18
<i>Ervaringen met het portfolio</i>	19
<i>Ervaringen met het verzamelen van omgevingsfeedback</i>	20
<i>Ervaringen met het evaluatiegesprek</i>	21
6. IFMS: lokale implementatie binnen de medische staf	22
<i>Hoe haalbaar is een lokaal systeem van IFMS?</i>	22
<i>Uitgangspunten en basisprincipes van een IFMS-systeem in het ziekenhuis</i>	22
<i>Instrumenten en methoden</i>	22
<i>Reflectie</i>	23
<i>Feedback</i>	23
<i>Follow-up</i>	24
<i>Organisatie binnen een ziekenhuis: structuur, taken en verantwoordelijkheden</i>	24
7. IFMS: invoering en structuur op landelijk niveau	27
<i>De rol van de Orde</i>	27
8. Hoe het succes van IFMS te meten?	30
<i>Perceptie door de omgeving</i>	30
<i>Gedrag en perceptie van de deelnemende medisch specialisten</i>	30
<i>Impact op de Nederlandse medisch-specialistische zorg</i>	30
9. IFMS in Universitaire Medische Centra (UMC's)	31

10. Disfunctioneren	33
11. Kosten en tijdsbeslag	35
<i>Waar worden kosten gemaakt?</i>	35
<i>Een voorbeeld: kwalitatief assessment (A&A)</i>	35
<i>De situatie bij MSF</i>	37
<i>Wie betaalt?</i>	37
12. Integratie in het kwaliteitsbeleid medisch specialisten	38
13. Slotopmerkingen	39

Samenvatting

Het bestuur van de Orde van Medisch Specialisten (Orde) heeft in het kader van het kwaliteitsbeleid in juni 2005 de Commissie Individueel Functioneren Medisch Specialisten (IFMS) geïnstalleerd, die als taakopdracht kreeg:

“Formuleer een advies over de invoering van een systeem voor verantwoorde evaluatie van het individueel professioneel functioneren van medisch specialisten in Nederland en maak daarbij onderscheid tussen evaluatie ter verbetering van de kwaliteit van het professioneel handelen en evaluatie ter correctie van ondermaats presterende medisch specialisten.”

In de commissie zijn de uitgangspunten en de contouren van het op te zetten systeem bediscussieerd. Om empirische gegevens te genereren heeft de commissie twee parallelle trajecten geïnitieerd en begeleid:

- het wetenschappelijk onderzoek IFMS
- het ontwikkelingsproject IFMS.

Na bestudering van de internationale literatuur en de ervaringen van de medische staf in het Maasland-ziekenhuis te Sittard, momenteel ‘best practice’ in Nederland, heeft in acht ziekenhuizen in Nederland een pilot plaatsgevonden. De gegevens die hieruit naar voren zijn gekomen vormen de empirische grondslag van het advies van de commissie.

Hierop gebaseerd geeft de commissie in dit rapport adviezen over de introductie van een ‘systeem voor de evaluatie van het individueel functioneren van medisch specialisten’ (IFMS) in de Nederlandse ziekenhuizen. Deze adviezen zijn primair gericht aan het bestuur van de Orde en tevens via het bestuur aan alle medisch specialisten die hun eigen professioneel functioneren willen toetsen en verder willen verbeteren.

Wanneer medisch specialisten ieder afzonderlijk bereid zijn om zichzelf te (laten) beoordelen, zal dat de kwaliteit van de medisch-specialistische zorg in Nederland in zijn geheel ten goede komen, zal dat aan de Nederlandse patiënt een betere medisch-specialistische zorg bieden en zal het vertrouwen van de patiënt en de Nederlandse samenleving in de medisch specialist vergroten.

7

Uitgangspunten

IFMS dient primair ter verdere verbetering van de kwaliteit van het individueel functioneren van de medisch specialist. Het systeem dient te functioneren vóór medisch specialisten, dóór medisch specialisten. Externe partijen (patiënten, toezichthouders en anderen) dienen vertrouwen te hebben in de opzet en vorm van dit kwaliteitsinstrument. En ten slotte moet worden bedacht dat evaluatie van functioneren van individuele professionals per definitie een multidimensioneel perspectief vereist.

Instrumenten en methoden

De basis van de evaluatie van het handelen van de individuele medisch specialist is

- a) laten zien hoe je werkt, en
- b) aan anderen vragen hoe zij vinden dat je werkt.

Vervolgens dient rondom een collegiaal gesprek reflectie plaats te vinden op deze gegevens en er dient een plan geformuleerd te worden voor te verbeteren aspecten van dat functioneren. Uiteindelijk moet, na een jaar, worden getoetst of de voorgenomen verbeteracties ook werkelijk zijn uitgevoerd.

Iedere medisch specialist dient een portfolio bij te houden waarin hij of zij inzicht geeft in het eigen professioneel functioneren. Om gegevens uit de omgeving te verkrijgen acht de commissie het wenselijk dat

gebruik wordt gemaakt van óf Multi Source Feedback (MSF) óf van gestructureerde kwalitatieve vragen (zoals in Appraisal & Assessment; A&A). Bij beide instrumenten is het oordeel van de patiënten essentieel, evenals het oordeel van de artsen in opleiding tot medisch specialist (aios) wanneer die in het ziekenhuis aanwezig zijn.

Portfolio en omgevingsfeedback dienen te worden gestructureerd rondom de zeven professionele competenties zoals geformuleerd in de CanMEDS 2000 en vastgesteld door het Centraal College Medische Specialismen (CCMS) in het Kaderbesluit 2004 ten behoeve van aios.

Evaluatiegesprek

Het evaluatiegesprek is een intercollegiaal gesprek dat wordt gevoerd met een lid van de eigen medische staf. Gespreksleiders worden geschoold om hun vaardigheid op te bouwen, te behouden en te verfijnen. De gespreksleiders vormen een intervisiegroep waardoor zij van elkaar kunnen leren en ter verbetering en verdere ontwikkeling van de methode.

Follow-up

Aan de hand van het eigen portfolio, de omgevingsfeedback en het jaarlijkse evaluatiegesprek formuleert de specialist zelf veranderplannen. Deze SMART¹ geformuleerde veranderplannen worden opgenomen in het persoonlijk ontwikkelingsplan (POP). De verantwoordelijkheid voor het effectueren van het POP ligt bij de geëvalueerde zelf. Ieder jaar is de gespreksleider per medisch specialist een andere collega om te voorkomen dat de gespreksleider een coachende of begeleidende rol gaat krijgen.

8

Lokaal systeem

Lokaal ligt de verantwoordelijkheid voor IFMS bij de voorzitter van de (commissie Kwaliteit van de) medische staf. De verantwoordelijke voor IFMS heeft periodiek overleg met de raad van bestuur van het ziekenhuis. Om de onafhankelijkheid van de organisatie van IFMS te garanderen draagt de medische staf dan wel het stafconvent zelf de kosten voor IFMS (eventueel daarbij ondersteund door de raad van bestuur).

Verantwoordelijkheden

Documenten en informatie over individuen die worden gebruikt in het IFMS-traject zijn persoonlijk eigendom en blijven in bezit van de geëvalueerde arts.

Het is van belang, dat vóór de implementatie van IFMS de procedures en verantwoordelijkheden per medische staf helder zijn vastgelegd. Per medische staf dient één centraal secretariaat voor IFMS te worden ingesteld, bij voorkeur bij het secretariaat van de medische staf, maar wel herkenbaar als een afzonderlijk secretariaat. De (verantwoordelijkheid voor de) dagelijkse gang van zaken kan worden gedelegeerd aan een stafcommissie IFMS. Deze kan namens de medische staf tevens functioneren als een 'commissie van beroep'.

Landelijke structuur en de rol van de Orde

Gegeven de ervaringen in de pilotziekenhuizen, de positieve onderzoeksresultaten en het enthousiasme vanuit medische staven² in Nederlandse ziekenhuizen, adviseert de commissie het bestuur van de Orde te bevorderen dat de medische staven in alle Nederlandse ziekenhuizen starten met de introductie van IFMS.

¹ Acroniem voor; Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden. Deze begrippen zijn toegelicht in de handleidingen IFMS, die voor medisch specialisten van deelnemende staven beschikbaar zijn.

² Medische staf en stafconvent, onderscheidende begrippen voor algemene ziekenhuizen en categoriale ziekenhuizen enerzijds en universitair medische centra anderzijds, worden, om de leesbaarheid van het rapport te vergroten, verder voornamelijk aangeduid als 'medische staf'.

Na de initiële implementatie moet de Orde systematisch blijven kijken naar de factoren die van belang zijn bij het invoeren en onderhouden van zo'n systeem en het gebruik ervan bevorderen, zowel in de algemene en categorale ziekenhuizen als in de universitaire medische centra (UMC's). De commissie ziet als taak voor de Orde de *structuur* en de *specificaties* van zo'n systeem te bewaken en te borgen. De verantwoordelijkheid voor het *monitoren van het proces van invoering* dient eveneens bij de Orde te liggen. Om ook op langere termijn te realiseren dat evaluatie van individueel professioneel handelen op verantwoorde wijze blijft bestaan in de ziekenhuizen moet de Orde zorgdragen voor de ondersteuning van medische staven en voor de landelijke monitoring en borging. Uniformiteit van de gebruikte systemen is nodig, al was het maar om te kunnen 'benchmarken'. Ook hierin kan de Orde een coördinerende rol vervullen bijvoorbeeld door middel van de Ordewebsite (www.orde.nl) waarmee geïnteresseerde medisch specialisten kunnen worden geïnformeerd en waarop de benodigde applicaties kunnen worden aangeboden.

Hoe het succes van IFMS te meten?

Er kunnen drie domeinen gedefinieerd worden waarop het succes van IFMS in Nederland kan worden gemeten: de perceptie en acceptatie door de omgeving; het gedrag en de perceptie van de medisch specialisten zelf; en de impact op de Nederlandse medisch-specialistische gezondheidszorg. Na invoering van IFMS in de Nederlandse ziekenhuizen zal onderzocht moeten worden hoe het systeem in deze drie domeinen gewaardeerd zal gaan worden. De commissie is dan ook van mening dat de Orde wetenschappelijk onderzoek naar IFMS in de brede zin van het woord moet stimuleren.

Medisch specialisten in UMC's

In iedere werksituatie is de introductie van het principiële intercollegiale IFMS voor medisch specialisten gewenst en nuttig. Niet alleen voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren, maar ook voor medisch specialisten in dienstverband bij algemene en categorale ziekenhuizen en in UMC's. Soms is er sprake van verplichte – principiële hiërarchische – jaargesprekken, met name in de UMC's. De commissie ziet mogelijkheden voor afstemming en integratie van het intercollegiale IFMS-traject met het hiërarchische jaargesprek.

Disfunctioneren

Het evalueren van het functioneren en het identificeren en corrigeren van disfunctioneren zijn wezenlijk andere processen. Desondanks kunnen zij elkaar raken. Disfunctioneren kan aan het licht komen tijdens het jaarlijkse IFMS-evaluatiegesprek, maar ook via andere kanalen, zoals klachten van patiënten, van medewerkers of van collegae, meldingen door verwijzers, visitaties of audits. Het IFMS-traject van de betreffende specialist moet in dat geval worden gestaakt. De verantwoordelijkheid voor de beslissing tot (tijdelijke) beëindiging van het evaluatietraject ligt bij de gespreksleider. Vervolgens wordt dan een procedure 'mogelijk disfunctioneren' opgestart. De medische staf dient dan ook naast een IFMS-systeem een reglement mogelijk disfunctioneren te hebben (zie het Model Reglement van de Orde [2008]).

Kosten en tijdsbeslag

Het is mogelijk om tevoren te berekenen wat introductie en uitvoering van een IFMS-systeem in een ziekenhuis zal gaan kosten, hetzij uitgedrukt in besteed aantal uren, hetzij uitgedrukt in geld. Indachtig het principe 'voor medisch specialisten, door medisch specialisten' adviseert de commissie de medisch specialisten in Nederland om zelf de kosten van het IFMS-systeem in hun ziekenhuis te dragen.

1. Inleiding

Professionele kwaliteit is niet zomaar een strategische keuze, maar een impliciete, professionele noodzaak voor medisch specialisten. Waar in het verleden de nadruk lag op de individuele vakkennis van de afzonderlijke specialist, is er in de afgelopen decennia binnen en door de professie een uitgebreid en veelomvattend systeem van multidimensionele kwaliteitsbewaking, kwaliteitsverbetering en kwaliteitsborging ontwikkeld. Belangrijke elementen van het huidige medisch-specialistische kwaliteitsbeleid zijn momenteel bijvoorbeeld:

- continue ontwikkeling van actuele medisch-specialistische, evidence-based richtlijnen
- geaccrediteerde bij- en nascholing in het kader van de herregistratie als medisch specialist
- kwaliteitsvisitaties door de eigen wetenschappelijke vereniging
- complicatieregistratie.

Maar tegelijkertijd werd steeds meer de wens gehoord – zowel vanuit de wetenschappelijke verenigingen zelf als vanuit de samenleving – om ook te kijken naar hoe een individuele medisch specialist nu eigenlijk functioneert in de complexe omgeving van een modern ziekenhuis.

De wetenschappelijke verenigingen van de erkende medische specialismen en de Orde van Medisch Specialisten hebben de collectieve professionele verantwoordelijkheid om de kwaliteit van het medisch-specialistisch handelen van hun achterban te faciliteren én die kwaliteit te verbeteren en te borgen. Onder invloed van discussies over meer openheid en transparantie ten aanzien van de medische zorg, onderzoeksresultaten en incidenten die twijfel oproepen over het handelen van sommige individuele artsen én hun professionele attitude, is er (een hernieuwde) belangstelling ontstaan voor het professioneel functioneren van de individuele arts, getuige onder meer het in 2005 door de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) gepubliceerde standpunt terzake.³ Deze ontwikkeling raakt uiteraard primair de medisch specialisten zelf. Beleid inzake individueel functioneren van medisch specialisten (IFMS) is om deze reden dan ook belangrijk en noodzakelijk.

11

Bij het beschouwen van het functioneren van die individuele medisch specialist richt de aandacht zich niet langer alleen op diens vakinhoudelijke kennis en kunde (competentie), maar ook steeds meer op wat en hoe hij of zij presteert (performance). Hoe functioneert de professional binnen de complexe omgeving van spreekkamer, behandelkamer, besprekruimte, maatschap/vakgroep, ziekenhuis en gezondheidszorg? Vragen die overigens niet alleen worden gesteld door de professie zelf, maar die ook worden gehoord vanuit de samenleving.

De commissie IFMS is zich ervan bewust dat medisch specialisten in Nederland in verschillende organisatorische en juridische contexten hun beroep uitoefenen. In elke context is de introductie van IFMS voor de medisch specialist mogelijk en nuttig. De volgende nuanceringen dienen daarbij te worden gemaakt. IFMS is primair bestemd voor medisch specialisten, die lid zijn van de medische staf of het stafconvent in een algemeen of categoriaal ziekenhuis of in een UMC. Zij kunnen praktiseren in het vrij beroep of in dienst zijn van het ziekenhuis. Naast deze medisch specialisten, met een toelatingsovereenkomst dan wel een aanstelling, heeft een medische staf ook buitengewone leden. Dit zijn bijvoorbeeld de kaakchirurg, de ziekenhuisapotheker, de klinisch chemicus en de klinisch psycholoog. IFMS is op hen evenzeer van toepassing, aangezien zij veelal met medisch specialisten zijn gelijkgesteld.

Het collegiale evaluatiegesprek in het kader van IFMS, zoals in dit rapport beschreven en aanbevolen, moet beslist niet worden verward met het – hiërarchische – jaargesprek, zoals dat bij een specialist in dienstverband kan plaatsvinden. Universitair medisch specialisten kennen op grond van de CAO Universitair Medische Centra (CAO UMC) een systematiek van jaargesprekken. Die gesprekken vinden echter niet overal in de UMC's plaats en als ze wel plaatsvinden niet op identieke wijze. Die jaargesprekken hebben een wezenlijk ander karakter dan het collegiale evaluatiegesprek in het kader van IFMS. In de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten (AMS) voor medisch specialisten in dienstverband van een algemeen of categoriaal ziekenhuis is opgenomen dat er nog een landelijke functioneringsmethodiek en

³ KNMG Standpunt: het Functioneren van de Individuele Arts. Juli 2005.

beoordelingsmethodiek moet worden ontwikkeld, maar zo'n methodiek is nog niet uitgewerkt.

In de afgelopen jaren heeft de commissie met veel specialisten uitgebreid gebrainstormd en gediscussieerd over, gestudeerd op en geëxperimenteerd met verschillende methoden van IFMS. De meeste aandacht is daarbij uitgegaan naar de ontwikkeling van een evaluatiesysteem dat primair de verdere verbetering van het individueel functioneren tot doel heeft en daardoor alle medisch specialisten tot nut zal zijn.

Dit rapport beoogt een praktisch advies te zijn voor de medisch specialisten in de medische staven die overwogen danwel reeds hebben besloten om aan de slag te gaan met IFMS.

2. Taakopdracht en werkwijze van de commissie IFMS

Het bestuur van de Orde installeerde in juni 2005 de commissie Individueel Functioneren Medisch Specialisten (commissie IFMS). De commissie IFMS kreeg als opdracht een uitspraak te doen over de wijze waarop de evaluatie van individuele medisch specialisten in de toekomst het beste kan plaatsvinden. De precieze taakopdracht van de commissie was:

“Formuleer een advies over de invoering van een systeem voor verantwoorde evaluatie van het individueel professioneel functioneren van medisch specialisten in Nederland en maak daarbij onderscheid tussen evaluatie ter verbetering van de kwaliteit van het professioneel handelen en evaluatie ter correctie van ondermaats presterende medisch specialisten.”

De commissie was als volgt samengesteld:

Professor dr. H.P.H. Kremer, neuroloog te Nijmegen, voorzitter
Mevrouw J.F. Admiraal, gynaecoloog te Gouda
Dr. R. Baumgarten, arts klinische chemie te Amsterdam (lid vanaf oktober 2006)
Dr. G.P. Gerritsen, chirurg te Tilburg
Professor dr. M.H.H. Kramer, internist te Amsterdam
H.R. Korsten, chirurg te Almere, voorzitter Kamer Dienstverband, Orde van Medisch Specialisten
Dr. W.P. Oosterhuis, arts klinische chemie te Heerlen (lid tot oktober 2006)
Mevrouw A. Schuurhuis, anesthesioloog te Utrecht, lid Kamer Academisch Specialisten, Orde van Medisch Specialisten
Dr. B.J.Heesen, arts, MBA, bureau Orde van Medisch Specialisten (vanaf oktober 2006)
J.L.M. van de Klundert, arts, bureau Orde van Medisch Specialisten (tot oktober 2006)
Mevrouw dr. M.J.M.H. Lombarts, projectleider en adviseur

Mevrouw drs. D.A. Trip, bureau Orde van Medisch Specialisten, projectsecretaris

Professor dr. R.P.T.M. Grol, UMC St. Radboud, Afdeling Kwaliteit van Zorg, adviseur
Professor mr. J. Legemaate, beleidscoördinator gezondheidsrecht en juridisch adviseur KNMG, adviseur
Dr. H.C. Wollersheim, internist, UMC St. Radboud, Afdeling Kwaliteit van Zorg, adviseur.

13

De commissie heeft de uitgangspunten en de contouren van het op te zetten evaluatiesysteem bediscussieerd en vastgesteld (zie hoofdstuk 3). Voor de verdere uitwerking van het systeem had de commissie behoefte aan empirische gegevens. Teneinde deze te genereren zijn twee parallelle trajecten geïnitieerd en begeleid:

- het wetenschappelijk onderzoek IFMS
- het ontwikkelingsproject IFMS

Het *wetenschappelijke onderzoek IFMS* was gericht op het aanleveren van wetenschappelijke evidence voor de bouwstenen van het te ontwikkelen evaluatiesysteem en het evalueren van (de implementatie, bruikbaarheid en acceptatie van) de in het project geïntroduceerde danwel ontwikkelde instrumenten. Het onderzoek is uitgevoerd door mevrouw K. Overeem, arts. Zij is begeleid door een groep onderzoekers vanuit de universiteiten van Nijmegen (Afdeling Kwaliteit van Zorg, professor dr. R.P.T.M. Grol en dr. H.C. Wollersheim) en Amsterdam (AMC/UvA, Afdeling Sociale Geneeskunde, dr. O.A. Arah, mevrouw dr. M.J.M.H. Lombarts en professor dr. N.S. Klazinga).

Doelstelling van het *ontwikkelingsproject IFMS* was het in nauwe samenwerking met medisch specialisten in het veld ontwikkelen, introduceren en testen van een systeem voor evaluatie van het individueel professioneel functioneren. Hiertoe is na bestudering van de internationale literatuur en de ervaringen van de medische staf in het Maaslandziekenhuis te Sittard, momenteel ‘best practice’ in Nederland, begonnen met een pilot in acht ziekenhuizen in Nederland. Deze acht koploperziekenhuizen (tabel 1) waren in feite de proeftuinen waarin de diverse instrumenten en methoden konden worden getest. De gegevens die uit het IFMS-project naar voren zijn gekomen vormen de ‘empirische ruggengraat’ van het advies van de commissie.

Naam	Plaats
St. Anna Ziekenhuis	Geldrop
Catharina Ziekenhuis	Eindhoven
St. Elisabeth Ziekenhuis	Tilburg
Elkerliek ziekenhuis	Helmond / Deurne
HagaZiekenhuis	Den Haag
Isala klinieken	Zwolle
Ziekenhuis St. Jansdal	Harderwijk
Máxima Medisch Centrum	Eindhoven / Veldhoven

Tabel 1: De acht koploperziekenhuizen

De uitvoering van het onderzoek en het project zijn hand in hand gegaan. Het onderling versterkende karakter van deze aanpak kwam zowel de ontwikkeling van het IFMS-systeem als de evaluatie ervan ten goede. De commissie hecht grote waarde aan de combinatie van deze trajecten vanuit haar doelstelling ‘een verantwoord evaluatiesysteem’ tot stand te brengen. Een verantwoord systeem moet ten minste voldoen aan de ‘klassieke’ criteria van validiteit en betrouwbaarheid en moet rekening houden met de context en inbedding van een IFMS-evaluatie in termen van educatieve impact, het draagvlak bij de medisch specialisten en de beschikbare financiële middelen.

Het project was verdeeld in twee fasen:

- 1e fase (juni 2005 – maart 2006): De installatie, opdrachtformulering en start van de commissie IFMS. De contouren van het te ontwikkelen evaluatiesysteem werden geschetst en een plan van aanpak werd uitgewerkt. In de eerste voortgangsrapportage (maart 2006) is verslag gedaan van deze fase.
- 2e fase (april 2006 – juni 2007): IFMS werd geïntroduceerd in de medische staven van de acht koploperziekenhuizen en de eerste collegiale gesprekken werden gevoerd. Met de koploperziekenhuizen zijn alle elementen van het evaluatiesysteem geconcretiseerd (zie figuur 3, hoofdstuk 5). De ervaringen van de pilot zijn geëvalueerd en vormen de grondslag van de adviezen in dit rapport.

In debat en dialoog heeft de commissie haar gedachten over de ontwikkeling van IFMS gevormd. Gedurende de looptijd van het project zijn in een aantal landelijke bijeenkomsten de uitgangspunten en de gedachten van de commissie IFMS getoetst aan de ervaringen en de meningen van specialisten en ziekenhuisbestuurders. De finale conclusies van de commissie zijn neergelegd in onderhavig rapport.

3. Uitgangspunten

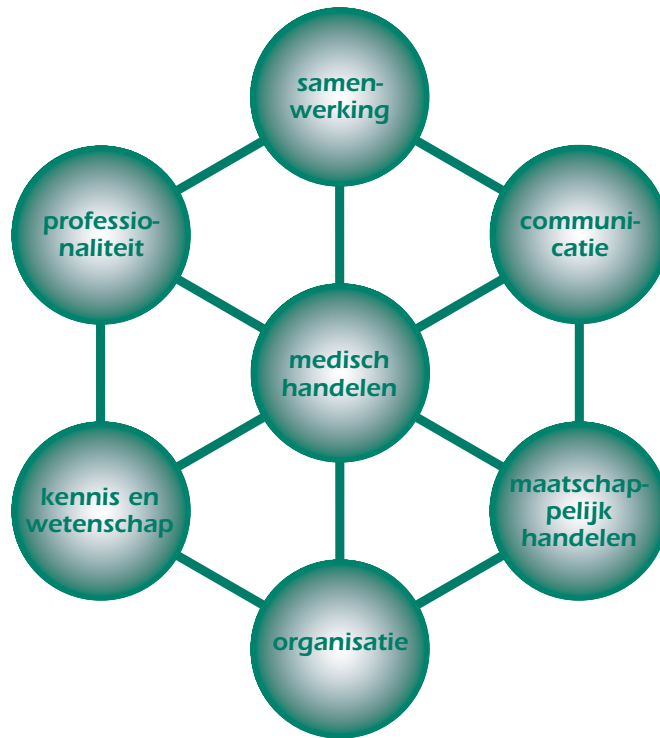
Een nieuw te bouwen systeem moet kunnen steunen op solide uitgangspunten. Daarom formuleerde de commissie al vroeg in haar bestaan de onderstaande uitgangspunten, die richting hebben gegeven aan de verdere gedachtevorming over en uitwerking van IFMS. Deze uitgangspunten bepaalden verregaand de uiteindelijk gemaakte keuzen.

1. De primaire doelstelling van IFMS is de verdere verbetering van de kwaliteit van het individueel functioneren van medisch specialisten. Aangenomen mag worden dat de kwaliteit van individuele specialisten onderling varieert; de spreiding zal waarschijnlijk niet veel afwijken van een statistisch 'normale' verdeling (Gausse kromme). Doel van het IFMS-evaluatiesysteem is voor alle medisch specialisten een steeds hogere kwaliteit van individueel functioneren te realiseren en daarmee een steeds hogere kwaliteit van de medisch-specialistische gezondheidszorg als geheel (Verschuiving van de gehele kromme naar rechts).
2. IFMS moet voor en door medisch specialisten worden ontwikkeld en gebruikt. Alleen daardoor kan een goede inhoudelijke beoordeling worden bereikt, wordt recht gedaan aan de specifieke kenmerken van professionele beoordeling en wordt voldoende draagvlak gecreëerd om het systeem in te voeren.
3. Een IFMS-systeem in een ziekenhuis moet zodanig worden opgezet dat partijen (met name ook externe partijen, zoals patiënten en toezichthouders) vertrouwen hebben in de goede werking ervan en het belang ervan onderschrijven. Dat betekent dat informatie aangeleverd door die externe partijen moet worden betrokken bij de evaluatie van individuele medisch specialisten. Medisch specialisten en medische staven dienen aan te tonen dat zij een IFMS-systeem operationeel hebben.
4. Individuele evaluatie kan slechts gedijen indien er sprake is van veiligheid voor de personen die worden geëvalueerd. Alleen wanneer zij het idee hebben dat de evaluatiegesprekken primair in hun eigen belang zijn, zullen zij in staat zijn om aan zulke gesprekken ten behoeve van de verbetering van het eigen professioneel handelen deel te nemen. De uitkomsten van een evaluatiegesprek dienen niet openbaar te worden gemaakt. Los van de overweging dat zo'n openbaarmaking de bodem wegslaat onder de acceptatie door de beroepsgroep, is dit ook in strijd met elementaire arbeidsrechtelijke beginselen.
5. Evaluatie van het individueel functioneren is onderdeel van het integrale kwaliteitsbeleid van medisch specialisten. Deelname aan IFMS is uiteindelijk dan ook niet vrijblijvend: iedere specialist moet meedoen. Het zich evalueerbaar opstellen en het aanwenden van uitkomsten van zo'n evaluatie zijn een kenmerk van hoogopgeleide professionals.
6. Wanneer IFMS wordt ingevoerd, dient dat ook effectief te zijn. Dat wil zeggen: de uitkomsten zijn evalueerbaar en leiden tot aantoonbare verbetering van de individuele kwaliteit. Nu is dat moeilijk te meten. Noch in de internationale literatuur, noch in de ervaringen van de medisch specialisten in het Maaslandziekenhuis te Sittard konden goede gegevens worden gevonden om de vraag te beantwoorden of zo'n systeem uiteindelijk ook echt werkt. Binnen het project IFMS was de tijd om dat te bestuderen helaas te kort. Het alternatief was om ten minste een aantal operationaliseerbare succesfactoren te definiëren die, gaande de ontwikkeling en de implementatie, in de gaten moesten en nog steeds moeten worden gehouden. Tevens onderstreept deze lacune in de kennis de behoefte aan verdere monitoring van de ontwikkelingen in de komende jaren en de noodzaak van voortgaand wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van invoering van IFMS door de medisch specialisten/medische staven in de Nederlandse ziekenhuizen.
7. Omdat de taak van de medisch specialist complex is en steeds complexer wordt, is het niet eenvoudig om vast te stellen wat hij of zij goed doet, en wat beter kan. Wel bestaat er internationaal vrij veel overeenstemming over de meest relevante professionele competenties van medisch specialisten (zie figuur 1). Deze zijn in het CanMEDS 2000 model⁴ gecodificeerd en worden, sedert aanname ervan

⁴ Canadian Medical Education *Directions for Specialists* 2000; CanMEDS 2000, Med Educ 2004.

door het Centraal College Medische Specialismen (CCMS), ook in Nederland gehanteerd bij de beoordeling van aios. Het ligt dan ook voor de hand om de competentiegebieden die tijdens de opleiding worden beoordeeld, tevens in de latere beroepsuitoefening te blijven evalueren.

8. De werkwijze bij de evaluatie van het individueel functioneren enerzijds en het handelen bij disfunctioneren anderzijds zijn twee gescheiden trajecten. Door het bestuur van de Orde is expliciet gevraagd ook na te denken over wat te doen bij disfunctioneren. Waar (mogelijk) disfunctioneren aan het licht komt, moet een apart traject van beoordeling, coaching en zonodig correctie in werking treden (zie ook hoofdstuk 10).



Figuur 1. De zeven CCMS-competentiegebieden: delen van één geheel!

4. Wanneer is IFMS succesvol?

Het ontwerpen van een *verantwoord* evaluatiesysteem leidt niet vanzelfsprekend tot een succesvol systeem. Aan de hand van drie uitkomsten kan (de mate van) het succes van IFMS worden uitgedrukt.

- Perceptie van IFMS door de omgeving
- Gedrag en perceptie van de deelnemende medisch specialisten
- Impact op de Nederlandse medisch-specialistische zorg.

Perceptie van IFMS door de omgeving

Dit betreft de opstelling en reactie van ‘de omgeving’ van de specialist op IFMS. Vertrouwen is hier het sleutelwoord. Alleen indien men (collega’s, medische staven, raden van bestuur, overheid, Inspectie, patiënten-/consumentenorganisaties e.a.) IFMS vertrouwt, zal men het intercollegiale karakter accepteren en bereid zijn de ontwikkeling en implementatie van het evaluatiesysteem te faciliteren. Elke vorm of zelfs schijn van ‘conspiracy of silence’ zal een negatief effect hebben op het succes – en derhalve op de houdbaarheid – van het systeem.

Gedrag en perceptie van de deelnemende medisch specialisten

In hoeverre zijn medisch specialisten bereid mee te werken aan een IFMS-systeem? Medisch specialisten wordt gevraagd een of meerdere rollen te spelen: als onderwerp van evaluatie, als collegiale gesprekspartner en als feedbackgever. Elk van deze rollen moet serieus worden ingevuld, wil het systeem goede resultaten opleveren. Specialisten moeten kritisch naar zichzelf willen kijken, feedbackgevers zullen eerlijk feedback moeten geven en de gespreksleiders moeten onbevooroordeeld en deskundig het evaluatiegesprek voeren. Indien wordt gekeken naar de historie van het kwaliteitsbeleid medisch specialisten is optimisme gerechtvaardigd. Medisch specialisten hebben bijna altijd zelf het initiatief genomen om kwaliteitsbeleid te ontwikkelen en te implementeren, zoals de oprichting van de ziekenhuisbrede Intercollegiale Toetsings Commissies (ITC) in de jaren zeventig, de richtlijnontwikkeling in de jaren tachtig en de kwaliteitsvisitaties vanaf begin jaren negentig.

Voor het succes van IFMS is het ook belangrijk hoe de individuele specialisten het evaluatiesysteem percipiëren. Zijn zij tevreden met het evaluatieproces, hoe de gegevens worden verzameld, hoe het gesprek wordt gevoerd en hoe de feedback wordt gegeven? Zijn zij tevreden met de uitkomsten ervan, levert het een betrouwbaar beeld op en kunnen zij er iets mee?

Impact op de Nederlandse medisch-specialistische zorg

IFMS zal uiteindelijk moeten leiden tot ‘betere dokters’ en daardoor tot een betere medisch-specialistische zorg. In deze tijd van rekenschap en transparantie zal dit ook moeten worden aangetoond. De looptijd van het IFMS-project in de koploperziekenhuizen was helaas te kort om dit te bestuderen en empirische gegevens uit eerder onderzoek ontbreken. Er rust dan ook een zware taak bij de Orde om een daadwerkelijke verbetering van het individueel functioneren van de deelnemende medisch specialisten aan te tonen.

5. Pilot in de koploperziekenhuizen

Vertegenwoordigers (voornamelijk medisch specialisten) van de acht koploperziekenhuizen en van het Maaslandziekenhuis in Sittard, dat momenteel als 'best practice' op dit gebied mag worden beschouwd, hebben meegedacht over en meegewerkt aan de vertaling en concrete uitwerking van de uitgangspunten (hoofdstuk 3) in een werkbaar en acceptabel evaluatiesysteem. Alle koploperziekenhuizen zijn in staat geweest om een IFMS-systeem in te voeren. Binnen de projectperiode werden 15 collegiale evaluatiegesprekken per ziekenhuis gevoerd. Deze gesprekken en alle voorbereidende activiteiten die daarbij horen, zijn gemonitord en geanalyseerd. Dit hoofdstuk beschrijft kort de verschillende onderdelen van een IFMS-systeem en de ervaringen die zijn opgedaan in de koploperziekenhuizen.

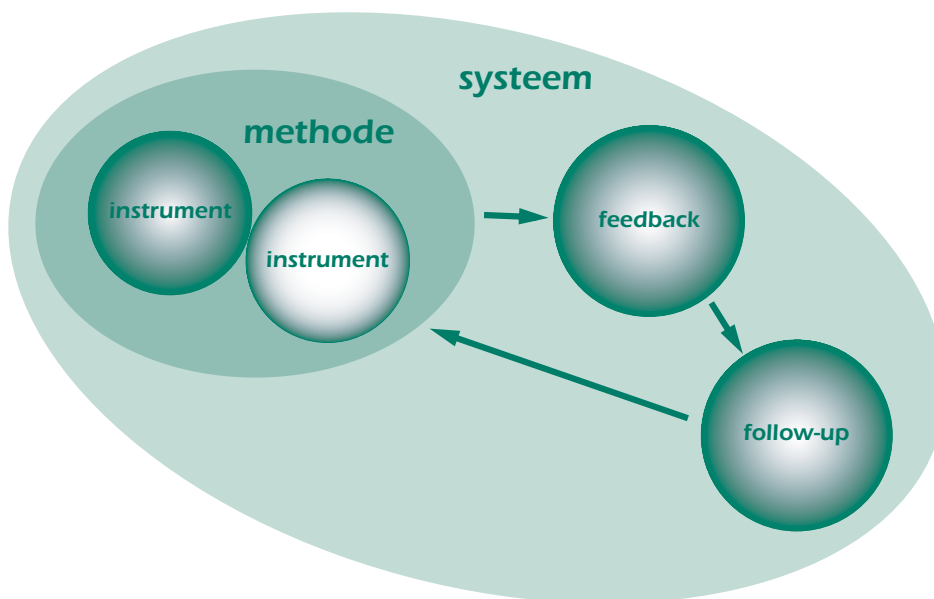
Vooruitlopend hierop kan worden samengevat dat een overtuigende meerderheid van de deelnemende specialisten:

- verwacht dat door deze manier van evalueren zijn of haar professioneel functioneren zal verbeteren (66%)
- periodieke herhaling van de gesprekken nuttig vindt (73%)
- participatie aan het IFMS-project een aanrader vindt voor collega's (88%).

Terminologie

Het is van belang voor de verdere beschrijving en de discussie om een eenduidige terminologie te hanteren. Het gebruik van de term IFMS kan verwarring scheppen. Hiermee wordt immers zowel het landelijke kwaliteitsinitiatief bedoeld zoals dat is geëntameerd door de Orde van Medisch Specialist, als een systeem van verbetering van kwaliteit van individuen binnen een ziekenhuis, als een traject dat een individuele specialist doorloopt. Wanneer in dit rapport gesproken wordt over 'IFMS' wordt bedoeld het landelijk initiatief. Wanneer gesproken wordt over '*een systeem van IFMS*' of over '*een IFMS-systeem*' wordt bedoeld de praktische uitwerking van het landelijk initiatief in een afzonderlijk ziekenhuis. Een 'IFMS-traject' is hetgeen een individu meemaakt in het kader van zijn of haar jaarlijkse evaluatie.

Verder dreigde in de discussies binnen de commissie en met de projectdeelnemers telkens het gevaar dat termen als systeem, instrument of methode zonder onderscheid door elkaar werden gebruikt. In het project, en derhalve ook in dit rapport, heeft de commissie getracht de volgende termen strikt te definiëren en te gebruiken (zie figuur 2).



Figuur 2. Terminologie en samenhang

Een *instrument* is een hulpmiddel om één aspect dan wel een aantal aspecten van het functioneren te meten. Zo is bijvoorbeeld een vragenlijst of het portfolio een instrument.

Onder een *methode* wordt verstaan de combinatie van instrumenten, die wordt ingezet teneinde een totaalbeeld te verkrijgen van het functioneren van de specialist.

Feedback vindt plaats in de vorm van het collegiale gesprek, waarin de specialist wordt aangemoedigd om te reflecteren op zijn of haar functioneren en waarin de voornemens tot verbetering worden geformuleerd.

Follow-up betreft de periode na het evaluatiegesprek, waarin aan de verbeterpunten wordt gewerkt en waarbij na een jaar wordt geëvalueerd in hoeverre die voornemens ook feitelijk ten uitvoer zijn gebracht.

Onder *systeem* wordt verstaan het totaal aan afspraken, activiteiten en structuren dat nodig is om IFMS in de medische staf van een ziekenhuis mogelijk te maken.

Het moge overigens duidelijk zijn (figuur 2) dat een en ander alle kenmerken van een klassieke kwaliteitscyclus heeft (Plan-Do-Check-Act).

Selectie van evaluatie-instrumenten en -methoden

Op basis van de resultaten van een systematisch literatuuronderzoek (Overeem K. et al. *Medical Education* 2007; 41; 1039-49) is met de medisch specialisten in de koploperziekenhuizen gesproken over de verschillende evaluatie-instrumenten en -methoden, zoals die in de westerse wereld worden gebruikt door medisch specialisten. De gevonden instrumenten en methoden voldeden aan de gebruikelijke wetenschappelijke criteria alsmede aan de aanvullende projectcriteria:

- gericht op verbetering van de kwaliteit van het professioneel handelen
- beperkte (tijds)belasting voor de medisch specialist
- haalbaarheid
- inclusie van de zeven professionele competentiegebieden (CanMEDS; CCMS-competenties).

19

Geconcludeerd werd dat teneinde een goed beeld te krijgen van het functioneren van de medisch specialist, zowel die specialist zelf als zijn of haar werkomgeving een actieve rol dienen te spelen:

- de medisch specialist dient zelf te laten zien wat hij of zij doet en hoe het gedaan wordt (het portfolio)
- over de medisch specialist dient in zijn of haar werkomgeving informatie te worden verzameld die laat zien hoe men vindt dat hij of zij functioneert.

In alle koploperziekenhuizen is vervolgens geëxperimenteerd met het werken met het portfolio (zelf-evaluatie van de medisch specialist) en daarnaast met een van de drie verschillende methoden van het verzamelen van omgevingsfeedback:

- Peer Associate Rating (PAR)
- MultiSource Feedback (MSF)
- een kwalitatief assessment zoals in Appraisal & Assessment (A&A; het systeem dat gebruikt wordt in Sittard).

In onderstaande tabel (tabel 2) worden deze drie methoden voor het verzamelen van gegevens samenvattend beschreven.

	Peer Associate Rating (PAR)	MultiSource Feedback (MSF)	Appraisal & Assessment (A&A)
Gegevens aangeleverd door de medisch specialist zelf	Portfolio Vragenlijst zelfevaluatie	Portfolio Vragenlijst zelfevaluatie	Portfolio
Feedback gegeven door de werkomgeving van de medisch specialist	Vragenlijst aan: 15 collega's	Vragenlijst aan: 8 collega's 8 medewerkers 25 patiënten	Open vragen: 5 – 10 personen
Pilotziekenhuizen	Catharina Ziekenhuis St. Elisabeth Ziekenhuis	St. Anna Ziekenhuis Elkerliek ziekenhuis HagaZiekenhuis	Isala klinieken Ziekenhuis St. Jansdal Máxima Medisch Centrum

Tabel 2. Hoe in de drie IFMS-methoden gegevens worden verzameld

De keuze voor het gebruik van meerdere instrumenten, meerdere personen en meerdere bronnen voor de evaluatie van het individueel functioneren van de medisch specialist is belangrijk teneinde:

1. een zo compleet en betrouwbaar mogelijk beeld te kunnen schetsen van de betreffende medisch specialist
2. de medisch specialist zelf de mogelijkheid te bieden tot reflectie op het eigen professioneel functioneren
3. te voorkomen dat de gespreksleider de rol van beoordelaar moet gaan vervullen of dat uit zichzelf gaat doen.

20

Ervaringen met het portfolio

Een portfolio is 'een verzameling van gegevens over het professioneel functioneren van de specialist inclusief diens eigen reflecties daarop'. Het portfolio omvat de zeven professionele competentiegebieden (CCMS-competenties). Welke documentatie relevant is voor het portfolio bepaalt die specialist zelf. Leidend hierbij is de vraag welke gegevens hij of zij nodig heeft om zelf een beeld te krijgen van wat hij of zij presteert en wat nodig is om anderen een beeld te geven van wat hij of zij doet. Essentieel aspect van het portfolio is de reflectie van de medisch specialist zelf op het eigen professioneel functioneren. Omdat IFMS primair is gericht op verbetering van het individueel functioneren, wordt de reflectie aan concrete actie gekoppeld: elk portfolio wordt afgesloten met een aantal acties ter verdere verbetering van het eigen functioneren. Dit is de aanzet tot een Persoonlijk Ontwikkelings Plan (POP).

Alle deelnemende specialisten in de koploperziekenhuizen hebben hun portfolio aangeleverd aan de gespreksleider. De verschillen tussen de portfolio's waren groot, variërend van een 'klassiek' curriculum vitae tot een gedocumenteerde beschouwing op het eigen professioneel functioneren. De zeven CCMS-competenties bleken voor veel specialisten nog lastige begrippen. Niet alle competenties waren in dezelfde mate in het portfolio opgenomen. Het persoonlijk ontwikkelingsplan (POP) is eveneens nog moeilijk concreet te maken, bijvoorbeeld wat betreft het voldoen aan SMART⁵ geformuleerde verbeterdoelstellingen. Het maken van het portfolio *kostte de medisch specialist gemiddeld 2³/₄ uur*. Ook hier is er sprake van grote variatie tussen medisch specialisten (zie de samenvatting in het onderzoeksverslag).

⁵ Acroniem voor; Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden. Deze begrippen zijn toegelicht in de handleidingen IFMS, die voor medisch specialisten van deelnemende staven beschikbaar zijn.

Voor de gespreksleider is het portfolio een belangrijke informatiebron ter voorbereiding op het evaluatiegesprek. De gespreksleiders waardeerden de portfolio's desgevraagd als 'een belangrijke leidraad voor het gesprek', 'een prettig model voor zelfreflectie' en 'zeer waardevol'. In de systematiek zoals die momenteel gehanteerd wordt in Sittard (Appraisal & Assessment) speelt het portfolio eveneens een zeer belangrijke rol.

Het was overigens duidelijk dat de meeste medisch specialisten prijs zouden stellen op een gedetailleerde handleiding, die beschrijft hoe het portfolio gehanteerd dient te worden, zowel voor wat betreft de inhoud als voor het gebruik. Een begeleidende tekst ter nadere invulling van het portfoliomodel lijkt erg nuttig.

Ervaringen met het verzamelen van omgevingsfeedback

Kwantitatief assessment (MSF en PAR)

Voor het verzamelen van feedback over het individueel functioneren van een medisch specialist zijn zoals gezegd drie instrumenten getest in het project. De eerste twee instrumenten, de Canadese MultiSource Feedback (MSF) en de Amerikaanse Peer Associate Rating (PAR), maken voor het verzamelen van informatie over het individueel professioneel functioneren beide gebruik van gestructureerde vragenlijsten. Deze worden voorgelegd aan personen met wie de te evalueren arts een nauwe werkrelatie heeft. Voor de MSF-evaluaties zijn dit collega's (ook collega's van een ander specialisme en aios), medewerkers (verpleegkundigen, secretaresses, laboranten, managers e.a.) en patiënten. Voor de PAR-evaluaties is dit beperkt tot collega medisch specialisten. Overigens was juist deze beperking de reden dat de commissie IFMS aan het einde van het project heeft besloten niet verder te gaan met de PAR. De specialisten uit de twee PAR-ziekenhuizen (St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg en het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven) achtten de mening van medewerkers en patiënten van groot belang voor een goede evaluatie.

De te benaderen collega's en medewerkers worden door de te evalueren medisch specialist zelf geselecteerd. Hierdoor wordt nauwelijks bias in de beoordeling geïntroduceerd. Voor deelnemers uit een kleine maatschap/vakgroep bleek het moeilijker dan voor specialisten uit een grotere maatschap/vakgroep om het vereiste aantal collega's (8-15) en medewerkers (8) te selecteren. De respons van de genodigden was in het algemeen goed, van medewerkers vaak beter dan van collega's.

Voor de verschillende betrokkenen in de MSF-evaluatie zijn verschillende vragenlijsten beschikbaar, die met behulp van de IFMS-participanten zijn aangepast – en nog verder zullen worden aangepast – aan de Nederlandse situatie. Om de dataverzameling en vragenlijstverwerking te ondersteunen, is er binnen het IFMS-project een webbased applicatie ontwikkeld, getest en geëvalueerd. Vanaf 1 mei 2008 is de applicatie voor deelnemende medische staven beschikbaar via www.orde.nl.

De mening over de toegevoegde waarde van de patiëntenenquêtes is niet eensluidend. Hoewel de mening van patiënten over hun behandelend medisch specialist essentieel is, constateren de deelnemers binnen het IFMS-project dat de patiëntenbeoordelingen weinig aanknopingspunten bieden voor verbetering van het professioneel functioneren: patiënten waarderen hun behandelend specialist over het algemeen (zeer) positief en de scores discrimineren nauwelijks. Deze ervaring is, behalve in kwaliteitsvisitaties, ook herkenbaar in patiëntenenquêtes.

Kwalitatief assessment (als in A&A)

Het derde instrument waarmee is geëxperimenteerd betreft kwalitatief assessment zoals dat gebruikt wordt in Appraisal & Assessment: (A&A; het Engelse model dat gehanteerd wordt in het Maasland-ziekenhuis te Sittard; in de door de commissie gekozen terminologie feitelijk een systeem). Hierbij wordt gevraagd naar kwalitatieve informatie in de werkomgeving van de medisch specialist, ter evaluatie van diens professioneel functioneren. De gespreksleider heeft hierin een centrale, regisserende rol. Op basis van het portfolio benadert hij of zij heel gericht 5 tot 10 personen uit de omgeving van de te evalueren specialist en vraagt hen drie sterke punten en drie verbeterpunten te noemen van deze arts. Deze belangrijke rol van de gespreksleider maakt dat dit instrument van kwalitatief assessment voor de gespreksleider beduidend tijdsintensiever is dan de twee andere methoden. Zie hiervoor tabel 3.

	PAR (n=16)	MSF (n=27)	A & A (n=39)
Vorbereidingstijd gespreksleider	± 1 ³ / ₄ uur	± 1 ¹ / ₂ uur	± 3 ¹ / ₄ uur
Tijdsinvestering respondenten	± 2 uur	± 3 uur	± 1 uur
Totaal benodigde tijd feedback rapportage	± 3 ³ / ₄ uur	± 4 ¹ / ₂ uur	± 4 ¹ / ₄ uur

Tabel 3. Totale tijdsinvestering voor verzamelen van omgevingsfeedback

De belangrijkste vraag is wellicht of de inspanningen de moeite waard zijn gebleken. Daarom is aan de participanten gevraagd of het gebruik van zowel het portfolio (gebruikt door de medisch specialisten in de koploperziekenhuizen) als de drie methoden voor gegevensverzameling heeft geleid tot het herkennen van sterke punten en verbeterpunten in het eigen functioneren en of het aanleiding is iets te gaan veranderen in dat professioneel functioneren. Zie hiervoor tabel 4.

	Portfolio	PAR	MSF	A & A
Heeft geleid tot het herkennen van eigen sterke punten en verbeterpunten (% medisch specialisten zeer mee eens & mee eens)	60%	40%	68%	61%
Is aanleiding om iets te gaan veranderen in eigen professioneel functioneren (% medisch specialisten zeer mee eens & mee eens)	49%	25%	61%	66%

Tabel 4. Waardering instrumenten/methoden: herkenbaarheid en aanleiding voor verandering

Enige aanvullende opmerkingen omtrent de verschillende instrumenten voor het verzamelen van omgevingsfeedback zijn echter op hun plaats. De commissie IFMS is er voorstander van dat het meten van patiëntenmeningen binnen de verschillende kwaliteitssystemen van medisch specialisten goed op elkaar wordt afgestemd teneinde dubbel werk te voorkomen. Indien patiëntenenquêtes al beschikbaar zijn, kunnen die bevindingen ook goed worden gebruikt binnen het IFMS-systeem. De gehanteerde MSF-vragenlijst voor patiënten kan overigens wel vereenvoudigd worden. De MSF-vragenlijsten voor collega's en medewerkers zijn ingekort op basis van de resultaten uit de pilot. Bovendien zijn er inmiddels separate vragenlijsten ontwikkeld voor de snijdende en de beschouwende medische specialismen en aanvullend ook voor de anesthesiologie en de radiologie.

Ervaringen met het evaluatiegesprek

Gespreksleiders zijn integere, communicatief vaardige en niet-controversiële personen. Alle acht koploperziekenhuizen selecteerden tenminste vijf personen als gespreksleider. Zowel medisch specialisten (33 personen) als niet-medisch specialisten, buitengewone leden van de medische staf (8 personen) vervulden deze rol. Zij volgden een training voor gespreksleiders en committeerden zich aan het voeren van drie collegiale evaluatiegesprekken per persoon in de projectperiode. Dit betekende 15 gesprekken per ziekenhuis. Van de beoogde 120 evaluatiegesprekken zijn er in totaal 105 uitgevoerd. De gesprekken duurden circa 60 minuten. De verschillende professionele competenties werden geagendeerd, waarbij 'samenwerken', 'communiceren' en 'organiseren' het meest frequent werden besproken (zie voor details het onderzoeksverslag). De geëvalueerde specialisten oordeelden dat hun gespreksleiders over voldoende vaardigheden beschikten om het evaluatiegesprek te leiden. Het evaluatiegesprek vergroot het inzicht in het eigen functioneren (69%) en is aanleiding om het professioneel handelen aan te passen (68%).

6. IFMS: lokale implementatie binnen de medische staf

De afgelopen jaren zijn de contouren en de elementen van IFMS, zowel het initiatief op landelijk niveau als de in de afzonderlijke ziekenhuizen te gebruiken systemen, duidelijk geworden. Op basis van de literatuurstudie, de discussies binnen de commissie, de informatie over A&A vanuit de medische staf in het Maaslandziekenhuis te Sittard en de gegevens uit de koploperziekenhuizen heeft de commissie een duidelijk beeld gekregen hoe IFMS in Nederland er uit dient te zien.

De commissie beveelt aan om in ieder ziekenhuis een IFMS-systeem te implementeren ten behoeve van alle medisch specialisten. Met nadruk wordt hier nogmaals gesteld, dat IFMS niet alleen de medisch specialisten in engere zin betreft, maar ook de buitengewone leden van de medische staf, zoals de kaakchirurg, de ziekenhuisapotheker, de klinisch chemicus niet-arts en de klinisch psycholoog. Tevens geldt deze aanbeveling niet alleen voor de specialisten vrij beroepsbeoefenaren, maar ook de specialisten in dienstverband in algemene en in categorale ziekenhuizen, alsmede de medisch specialisten in een UMC.

Hoe haalbaar is een lokaal systeem van IFMS?

De ervaringen van de medische staf in het Maasziekenhuis te Sittard, alsmede de ervaringen van de medische staven in de acht koploperziekenhuizen, hebben geleerd dat een IFMS-systeem, na te zijn opgezet, ook met succes kan worden uitgebouwd en voortgezet. Zo is men in het Maaslandziekenhuis te Sittard reeds 8 jaar bezig met de evaluatie van het functioneren van de daar werkzame medisch specialisten en neemt inmiddels meer dan 90% van deze specialisten deel aan het succesvolle systeem.

Onderstaande adviezen van de commissie zijn dan ook gebaseerd op de empirische gegevens die verkregen zijn in de loop van het onderzoek in de acht koploperziekenhuizen in de periode 2005-2007, alsmede op de ervaringen met A&A, zoals die de afgelopen jaren zijn opgedaan in Sittard (zie tabel 2).

23

Uitgangspunten en basisprincipes van een IFMS-systeem in het ziekenhuis

Bij de opzet van een IFMS-systeem in een ziekenhuis dienen enkele simpele uitgangspunten in acht genomen te worden:

- De deelnemende specialist wordt uitgenodigd zelf te laten zien wat hij of zij doet en hoe hij of zij dit doet.
- Aan de omgeving (collega's, a(n)ios, medewerkers, patiënten) dient te worden gevraagd hoe de betrokkene functioneert.
- De medisch specialist dient te worden gevraagd te reflecteren op zijn of haar functioneren, dient aan te geven wat hij of zij op welke manier daarin wil veranderen en wanneer deze voornemens kunnen zijn gerealiseerd.
- De voorgenomen veranderingen dienen na een jaar te worden getoetst.

Instrumenten en methoden

Iedere medisch specialist dient een portfolio bij te houden. Als voortzetting op het portfolio dat aios samenstellen tijdens de medisch-specialistische vervolgopleiding, dient ook de medisch specialist een portfolio samen te stellen. De commissie ziet het portfolio als hét instrument waarmee men het eigen functioneren kan tonen en waarmee reflectie in gang kan worden gezet. Zo komt een continuüm tot stand dat vanaf het begin van de opleiding tot aan het einde van de carrière loopt. Het portfolio dient te worden samengesteld rondom de CCMS-competenties. Deze competenties komen ook aan de orde in de MSF-vragenlijst of middels een kwalitatief assessment. Het is voorts de taak van de collega die het evaluatiegesprek voert om ervoor te zorgen dat de kerncompetenties adequaat ter sprake komen.

Ten minste één instrument dat een beeld geeft van hoe de omgeving denkt over de betreffende specialist dient te worden gebruikt. Over de vraag of dat MSF of kwalitatieve vragen zoals bij A&A moeten zijn, spreekt de commissie geen voorkeur uit. Wel is zij van mening dat de medische staf van een ziekenhuis één van beide instrumenten dient te gebruiken. MSF geeft feedback vanuit een grotere groep en geeft de indruk objectiever te zijn dan alleen kwalitatieve informatie. Kwalitatieve vragen daarentegen kunnen een veel gericht en meer op de persoon toegesneden beeld schetsen van de aspecten van het functioneren. Beide methoden hebben zo hun voordelen.

De gegevens zoals die door de omgeving zijn aangeleverd dienen ter hand te worden gesteld van de medisch specialist voordat deze het collegiale evaluatiegesprek aangaat.

Het oordeel van patiënten en a(n)ios is essentieel. Patiënten vormen de belangrijkste vragende partij in de gezondheidszorg. Informatie verkregen van patiënten over (aspecten van) het functioneren van de specialist is dan ook essentieel. Patiënteninbreng heeft als bijkomend voordeel dat het de acceptatie van IFMS door externe partijen ten goede zal komen. Deze informatie kan via de MSF-vragenlijsten worden verkregen. Wanneer voor A&A gekozen wordt, is zulke informatie niet vanzelfsprekend voorhanden. In dat geval kunnen patiënten-enquêtes, zoals die in veel ziekenhuizen reeds worden afgenomen, de nodige informatie verschaffen. De medisch specialist kan gegevens uit deze enquêtes in het portfolio opnemen.

Een andere belangrijke bron van informatie zijn a(n)ios. Zij zijn bij uitstek degenen die de specialist bezig zien tijdens het uitvoeren van kerntaken zoals patiëntenzorg en opleiding en zij mogen in staat worden geacht het functioneren inhoudelijk goed te kunnen beoordelen. Door de a(n)ios op een dezelfde wijze te bevragen als de andere medewerkers is anonimiteit te garanderen. De door hen aangeleverde informatie staat overigens los van de evaluatie van de opleiding. Vragen over opleiderskwaliteiten van een medisch specialist kunnen uiteraard wel worden gesteld aan aios – maar zijn dan eenvoudiger herleidbaar tot één respondent.

24

Wanneer een specialist deel uitmaakt van een opleidingsgroep die aios opleidt of anios of co-assistenten begeleidt, schept dat extra mogelijkheden tot het evalueren van diens functioneren, maar het vraagt tevens extra aandacht voor een van de dimensies van de CCMS-competenties, namelijk de rol van docent.

Kwalitatieve informatie is noodzakelijk voor een adequate evaluatie. Opmerkingen van collega's, medewerkers en patiënten bevatten relevante informatie. Deze opmerkingen komen zowel in MSF (via de algemene tekstvelden) als A&A aan de orde. Hoewel er in veel geledingen van de samenleving een neiging bestaat om te werken met formele kwantitatieve instrumenten ('meten is weten') is het de commissie opgevallen dat juist in de afzonderlijke opmerkingen van collega's en medewerkers zeer veel relevante en betrouwbare informatie is te vinden, met name wanneer zulke opmerkingen spontaan door diverse mensen te berde worden gebracht.

Reflectie

Reflectie is een diffuus en niet in de tijd vast te leggen proces dat idealiter continu plaatsvindt. Reeds voordat het collegiale gesprek plaatsvindt, dient de specialist zich te bezinnen op de gegevens in het portfolio. Zo'n bezinning op de vraag: *wat zegt dit over mijn functioneren, en wat wil ik gaan veranderen?* is essentieel voor het welslagen van het jaarlijkse evaluatiegesprek. Aan te bevelen is dan ook om voorafgaand aan het evaluatiegesprek een aantal conclusies en voornemens reeds te noteren en ze zonnodig op te nemen in het portfolio, als basis voor het persoonlijk ontwikkelingsplan.

Feedback

Nadat gegevens zijn verzameld over het functioneren is de tijd gekomen om deze gegevens te beschouwen en er conclusies uit te trekken. Dit als basis voor het verbeterplan, dat onderdeel is van het persoonlijk ontwikkelingsplan (POP). *Feedback, in de vorm van het collegiale evaluatiegesprek, is een formeel moment dat aangekondigd, vastgelegd en geadmistreerd dient te worden.* Zo zou bijvoorbeeld in de toekomst het aantal gevoerde evaluatiegesprekken als maat kunnen gaan worden gebruikt voor het commitment van de medische staf aan het eigen IFMS-systeem.

Het evaluatiegesprek wordt gevoerd met een (buitengewoon) lid van de eigen medische staf. Dit is een ander essentieel element van het systeem, omdat een collega in staat is de aangeleverde gegevens te interpreteren en het proces van reflectie te starten. Ook kan deze zich als geen ander inleven in de werksituatie en de denkwereld van de medisch specialist, die zijn of haar functioneren laat evalueren.

De gespreksleider 'spiegelt' de verkregen informatie. Hij of zij is heel nadrukkelijk geen 'beoordelaar', maar heeft als taak het individu dat zich laat evalueren te helpen bij het structureren van de aangeleverde informatie, het reflecteren hierop en het formuleren van vervolgactiviteiten.

De gespreksleiders worden stelselmatig geschoold tot behoud van hun vaardigheid en vormen binnen de medische staf gezamenlijk een of meer intervisiegroepen. Het geven van adequate feedback is iets dat dient te worden geleerd. Degenen die de evaluatiegesprekken voeren, moeten worden voorbereid middels expliciet hierop toegesneden trainingen. Ook onderhoud van de vaardigheden is noodzakelijk.

Follow-up

Follow-up is de laatste schakel in de keten van het iteratieve proces van (zelf)evaluatie. Al is de gegevensverzameling adequaat geweest en al heeft het evaluatiegesprek gestructureerd plaatsgevonden, dan nóg is er geen garantie voor succes. Dat kan pas worden behaald wanneer de specialist de beoogde veranderingen daadwerkelijk doorvoert.

Veranderplannen worden door de medisch specialist zelf geformuleerd. Dit is in eerste aanzet aanwezig in het reflectieve onderdeel van het portfolio. Bespreking en eventueel herformulering en/of verdere aanscherping van deze eigen verbeterplannen tot een persoonlijk ontwikkelingsplan, is een van de vaste punten van het evaluatiegesprek. Een beknopte samenvatting van de besproken feedback én het POP worden door de betrokkene en de gespreksleider geaccordeerd.

De evaluatiegesprekken vinden jaarlijks plaats (alleen al om goede follow-up te kunnen borgen). Gezien de hoeveelheid werk die een IFMS-systeem zal kosten, is gesuggereerd om de gesprekken niet ieder jaar, maar om het jaar te voeren. De commissie is van mening dat de verstreken tijd tussen het stellen van doelen en het toetsen van doelen dan te groot wordt. Ook is gesuggereerd om niet ieder jaar een volledige beoordeling te laten plaatsvinden. De commissie kan zich voorstellen dat dit mogelijk is, maar adviseert dit niet. Ook de suggestie om zonodig gesprekken vaker dan eenmaal per jaar te laten plaatsvinden kan in bijzondere omstandigheden worden overwogen, maar ook dit vindt de commissie in algemene zin niet aan te bevelen.

De gespreksleider is ieder jaar een ander. Dit heeft als potentieel nadeel dat doelen wellicht minder stringent worden getoetst. Als de doelen echter SMART en helder zijn geformuleerd moet het mogelijk zijn de voortgang door iedere willekeurige andere collega te laten beoordelen. Het grote voordeel van een jaarlijks wisselende gespreksleider is de 'objectiviteit' die kan worden bereikt en die de acceptatie door de specialisten ten goede zal komen. Er is gesuggereerd dat in kleinere ziekenhuizen het aantal gespreksleiders wellicht te klein zal blijken te zijn. De commissie acht het geen bezwaar dat bij jaarlijkse gesprekken een gesprek met dezelfde gespreksleider, bijvoorbeeld eens per vijf jaar, zou ontstaan.

De verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van de geformuleerde actiepunten ligt bij de medisch specialist zelf. Wanneer uit het evaluatiegesprek bij een van de veranderdoelen naar voren komt dat aanvullende trainingen, cursussen of activiteiten moeten worden gevolgd/verricht, dan is het aan de geëvalueerde zelf om deze acties te ondernemen. Wellicht kunnen en zullen collega's hierin een faciliterende of ondersteunende rol spelen, maar de verantwoordelijkheid blijft liggen bij de specialist zelf.

Organisatie binnen een ziekenhuis: structuur, taken en verantwoordelijkheden

Indien in een ziekenhuis een systeem van IFMS van de grond komt waaraan alle leden van de medische staf deelnemen, dan adviseert de commissie het volgende:

- *De verantwoordelijkheid voor het IFMS-systeem zoals dat wordt gehanteerd, ligt bij de voorzitter van de (commissie Kwaliteit van de) medische staf, danwel de voorzitter van het (kwaliteitsbureau*

van het) stafconvent. Dit indachtig het gekozen uitgangspunt ‘voor medisch specialisten, door medisch specialisten’. Voorts is het van belang dat één persoon verantwoordelijk is voor het functioneren van het systeem.

- *De verantwoordelijke voor IFMS heeft periodiek een informatief overleg met de raad van bestuur.* Aangezien de wettelijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg bij de raad van bestuur van het ziekenhuis ligt, moet diegene die verantwoordelijk is voor IFMS in de medische staf of het stafconvent, periodiek informatief overleg hebben met de raad van bestuur aangaande het ‘reilen en zeilen’ van het IFMS-systeem. Tijdens dit periodiek overleg worden geen individuele professionals besproken.
- *Gegevens in het kader van IFMS zijn persoonlijk eigendom en blijven in het bezit van de geëvalueerde medisch specialist.* (Deze zijn dus niet voor anderen beschikbaar). Dit geldt zowel in het ziekenhuis als daarbuiten. In Nederland zijn de regelingen zo dat van een medisch specialist als vrij beroepsbeoefenaar of in dienstverband niet kan worden geëist dat hij of zij persoonsgebonden informatie in de openbaarheid brengt. Ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van het individu adviseert de commissie zaken als het portfolio, de van anderen verkregen informatie en het persoonlijk ontwikkelingsplan (de voorgenomen veranderingen, het POP, ook een onderdeel van het portfolio) in het bezit te laten van de geëvalueerde zelf. Wel is het uit praktische overwegingen voorstelbaar en goed te verdedigen dat sommige documenten centraal worden beheerd – bijvoorbeeld documenten waarin niet uitsluitend het persoonlijk functioneren maar ook meer algemene informatie over het ziekenhuis aan de orde komen, zoals patiënttevredenheidsenquêtes. Hiervoor dient dan een goede regeling te worden opgesteld, waarin toegang tot deze gegevens helder wordt geregeld.
- *Per medische staf is er voor IFMS één centraal secretariaat.* Dit is doelmatig en doeltreffend. Dit secretariaat wordt bij voorkeur ondergebracht bij het secretariaat van de medische staf, maar dient wel als een afzonderlijk secretariaat herkenbaar te zijn.
- *De verantwoordelijkheid voor de dagelijkse gang van zaken betreffende IFMS kan worden gedelegeerd.* Hoewel de eindverantwoordelijkheid voor het geaccepteerde systeem van IFMS dient te liggen bij de voorzitter van de (commissie kwaliteit van de) medische staf, danwel de voorzitter van het (kwaliteitsbureau van het) stafconvent, is het mogelijk de verantwoordelijkheid voor de dagelijkse gang van zaken aan een uitvoerende groep (de ‘commissie IFMS’ van de medische staf) te delegeren. Dit kan (een deel van) de groep gespreksleiders zijn die immers het systeem goed kennen. Zij leggen verantwoording af aan de verantwoordelijke in de medische staf. Deze gespreksleiders kunnen ook namens de medische staf een klankbord vormen voor de raad van bestuur, bijvoorbeeld om een beeld te schetsen van het functioneren van het systeem van IFMS in het ziekenhuis of om trends toe te lichten.
- *De medische staf stelt zonodig een ‘commissie van beroep ad hoc’ in.* Zo’n ad hoc commissie kan voortkomen uit de ‘commissie IFMS’. Mocht een geëvalueerde specialist bezwaren hebben tegen de werkwijze van de gespreksleider, dan kan hij of zij deze ter beoordeling voorleggen aan deze ‘commissie van beroep ad hoc’. Mochten de bezwaren na deze beoordeling blijven bestaan, dan kan de geëvalueerde in tweede en laatste instantie de voorzitter van het bestuur van de medische staf om een bindende uitspraak vragen. In dat geval wordt niet de inhoud doch alleen de procedure beoordeeld. Vanzelfsprekend kunnen personen met de volgende functies/achtergronden geen deel uitmaken van de ‘commissie van beroep ad hoc’:
 - a. de voorzitter van het bestuur van de medische staf
 - b. de voorzitter van de commissie kwaliteit van de medische staf/het kwaliteitsbureau van het stafconvent
 - c. een collega uit de maatschap/vakgroep van de geëvalueerde medisch specialist
 - d. een collega met wie de geëvalueerde medisch specialist een nauwe samenwerkingsrelatie heeft.

- *Procedures en verantwoordelijkheden dienen helder te worden vastgelegd.* Een goed IFMS-draaiboek is essentieel, zowel voor het opstarten als voor het draaiend houden van het systeem. Alle procedures, verantwoordelijkheden en werkwijzen moeten worden vastgelegd en door de medische staf worden goedgekeurd. De raad van bestuur moet zich eveneens ermee akkoord verklaren. Dit moet vóór de implementatie geregeld zijn.

Bij de introductie van IFMS-systemen in de acht koploperziekenhuizen heeft de commissie draaiboeken ontwikkeld die met relatief geringe aanpassingen kunnen worden overgenomen door alle medische staven in Nederland die willen beginnen met een eigen IFMS. De draaiboeken worden door de Orde in het kader van de uitrol van het IFMS ter beschikking gesteld aan geabonneerde medische staven.

7. IFMS: invoering en structuur op landelijk niveau

IFMS is een voor de hand liggende en noodzakelijke nieuwe loot aan de groeiende en bloeiende kwaliteitsboom in het park van de Nederlandse medisch-specialistische zorg. Immers: wil men verzekerd zijn van een zo hoog mogelijke kwaliteit van gezondheidszorg, dan moet niet alleen gekeken worden naar structuren, maar moet er ook aandacht worden geschonken aan de mensen die hierin een cruciale rol spelen. Dat inzicht zal niet alleen toenemen bij beleidsmakers en patiënten maar bestaat reeds nu evident en expliciet bij de medisch specialisten zelf. Niet voor niets is vanuit deze beroepsgroep het initiatief genomen om te beginnen met IFMS. De ervaringen in de verschillende medische staven tot nu toe, de onderzoeksresultaten van de afgelopen periode en het enthousiasme bij medische staven in veel Nederlandse ziekenhuizen om ook te beginnen met IFMS tonen dat IFMS in Nederland haalbaar is en dat het op brede acceptatie zal kunnen rekenen.

De rol van de Orde

Indachtig het gekozen uitgangspunt ‘voor medisch specialisten, door medisch specialisten’ is het consequent dat de representatieve organisatie van de medisch specialisten, de Orde van Medisch Specialisten, ook bij de opbouw van IFMS in Nederland het voortouw neemt. Dit zeker na de inspanningen die de Orde zich in de afgelopen jaren heeft getroost om het onderwerp op de agenda te zetten en om haar leden begrip bij te brengen voor de noodzaak en de levensvatbaarheid van het initiatief. De commissie adviseert het bestuur van de Orde dan ook te *bevorderen dat in de komende jaren de medische staven in alle ziekenhuizen in Nederland een start maken met de introductie van IFMS*. Hierbij zijn zowel een aantal algemene als meer specifieke maatregelen te nemen.

28

Deze aanbeveling geldt niet alleen voor de algemene en categorale ziekenhuizen, maar ook voor de UMC's; niet alleen voor de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren, maar ook voor de medisch specialisten in dienstverband. IFMS moet ten dienste staan van iedere medisch specialist in Nederland. Omgekeerd mag ook worden verwacht van iedere specialist dat hij of zij deelneemt aan het lokale IFMS-systeem. Hierover zal met de meest betrokken partners, de NVZ en de NFU, in overleg worden gegaan.

Hoe en onder welke voorwaarden is IFMS als een systeem te implementeren in de Nederlandse ziekenhuizen? Het is de commissie in verschillende gesprekken, met individuele specialisten, diverse vertegenwoordigers van ziekenhuizen, ambtelijke ondersteuners en leden van raden van bestuur, duidelijk geworden dat men in de eerste plaats heel heldere richtlijnen wil voor het opzetten van een eigen IFMS-systeem. Ofschoon de contouren duidelijk zijn, heerst er onzekerheid over de feitelijke stappen die moeten worden gezet en over de manier waarop de diverse elementen op hun plaats moeten worden gebracht. Bij het wetenschappelijk onderzoek en de pilot in de acht koploperziekenhuizen, alsmede door de medische staf in het Maaslandziekenhuis te Sittard, is veel ervaring opgedaan hoe een en ander vorm te geven. Er is een draaiboek beschikbaar (vanaf 1 mei 2008 voor geabonneerde medische staven) dat gedetailleerd de stappen beschrijft die moeten worden doorlopen om een IFMS-systeem op te zetten binnen de eigen medische staf. Voorts wordt verwezen naar het boek van de collegae A.G.M. Hoofwijk en G.A.G. Geeraerts, uit het Maasziekenhuis in Sittard, “Evaluatie van (medische) professionals, Leer- en werkboek Appraisal & Assessment”.⁶

Tevens moge duidelijk zijn dat het implementeren van IFMS in de meer dan 100 Nederlandse ziekenhuizen een majeure operatie zal zijn. Het opleiden van gespreksleiders en het in gang zetten van de eerste evaluatiegesprekken vergt aandacht, tijd en middelen. Deze werkzaamheden zullen primair binnen de startende medische staven moeten plaatsvinden.

De vraag rijst waar de expertise vandaan moet komen om alle medische staven bij de implementatie te helpen. Nu reeds springen commerciële bureaus in dit ‘gat in de markt’ en bieden hun diensten aan. Hiertegen bestaat uiteraard geen principieel bezwaar, maar het brengt wel het risico met zich mee op het reeds in een vroeg stadium divergeren van de verschillende systemen in de diverse ziekenhuizen.

⁶ G.A.G. Geeraerts, A.G.M. Hoofwijk Evaluatie van (medische)professionals. Leer- en werkboek Appraisal & Assessment. Bohn Stafleu van Loghum, 2006 ISBN-13: 9789031348046

Hoewel de commissie zich realiseert dat voor iedere medische staf een IFMS-systeem op maat moet worden geconstrueerd, acht zij het gewenst om een zo groot mogelijke uniformiteit tussen de medisch staven onderling na te streven. Dit om adequate monitoring te kunnen realiseren, om kwaliteit te kunnen garanderen, om de overstap van een individu van het ene naar het andere ziekenhuis mogelijk te maken en om onderlinge vergelijkingen te kunnen opzetten. Ook kan alleen op deze wijze worden voldaan aan de eis dat de omgeving vertrouwen stelt in IFMS in zijn totaliteit.

Zelfs na invoering van uniforme IFMS-systemen zullen vroeg of laat verschillen gaan ontstaan in dezelfde gebruikte methode. Hoewel diversiteit onontkoombaar is, dient er naar te worden gestreefd een en ander zo in te richten, dat de resultaten vergelijkbaar blijven en in ieder geval voldoen aan basale kwaliteitseisen. Als dat niet meer het geval zou zijn, is de weg naar ineffectiviteit en zelfs trivialiteit geopend. Naar de mening van de commissie ligt er bij de Orde dan ook een belangrijke taak om een en ander in de toekomst in goede banen te leiden en de gewenste uniformiteit te bewaken. **Zorg voor ondersteuning van implementatie en continuering van de IFMS-systemen.** Activiteiten waaraan kan worden gedacht zijn bijvoorbeeld: het uitwisselen van kennis en ervaringen via jaarlijkse bijeenkomsten, het onderhouden van de website www.orde.nl, het ter beschikking stellen van het draaiboek en het bewaken van de kwaliteit van de trainingen en de cursussen die nodig zijn voor het opzetten en het onderhouden van IFMS.

Daartoe kan *een door de Orde op te richten expertgroep IFMS* zowel in de opstartfase als later een belangrijke ondersteunende rol voor de medische staven gaan spelen. Hoewel de feitelijke training van gespreksleiders, alsmede de uitvoering van allerhande IFMS-gerelateerde activiteiten binnen de ziekenhuizen niet door de Orde hoeft te worden uitgevoerd, zal deze expertgroep IFMS wel de expertise inbrengen en mede daardoor de uniformiteit kunnen bewaken. Feitelijk zal de Orde op deze wijze verantwoordelijkheid nemen voor de grootschalige uitrol van IFMS-systemen in Nederland.

Kijk systematisch naar de factoren die van belang zijn bij het invoeren en onderhouden van IFMS. Monitor de effecten van invoering van IFMS door de medische staven in Nederland. Er wordt immers gestart met een systeem dat beoogt de medisch-specialistische zorg te verbeteren, maar waarvan de effecten op grote schaal nog niet eerder, waar dan ook ter wereld, zijn bestudeerd.

Verzamel, bewaar en beheer centraal gegevens die nodig zijn voor het monitoren van de structuur en het proces van IFMS en uitsluitend zulke gegevens! Hierbij kan worden gedacht aan: aantallen aan IFMS deelnemende specialisten en/of medische staven en roostering van IFMS-systemen per ziekenhuis. Vermijd verzameling van naar personen herleidbare gegevens; zorg dat het beheer van deze gegevensverzameling voldoet aan de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP). De toegang tot en de beschikbaarheid van de gegevens dient helder te zijn geregeld.

Stel door middel van de eigen website (www.orde.nl) aan geïnteresseerde medische staven en medisch specialisten alle benodigde applicaties ter beschikking als een centrale faciliteit. Een (groot) deel van de gegevensverzameling, met name wanneer MSF wordt gebruikt, kan plaats vinden via webbased applicaties. Er dient duidelijkheid te zijn over kosten, beheer, toegang en beschikbaarheid.

Coördineer de uniformiteit van instrumenten zoals MSF en kwalitatief assessment. Naar de mening van de commissie dient er naar te worden gestreefd om reeds vanaf het begin uniformiteit te bewerkstelligen voor wat betreft aard en format van de verkregen gegevens in de verschillende ziekenhuizen en medische staven. Alleen op deze wijze kan kwaliteit worden gegarandeerd, kunnen vergelijkingen worden gemaakt en kunnen individuele specialisten van het ene naar het andere ziekenhuis overstappen zonder hun portfolio te moeten herstructureren. Tevens zal dit de evaluatie van IFMS zelf in de komende jaren vereenvoudigen.

Bewaak de inhoud en de kwaliteit van de IFMS-systemen in de afzonderlijke medische staven. De expertgroep IFMS zal de aangewezen organisatie zijn om aan deze rol gestalte te geven. De hierboven voorgestelde gegevensverzameling zal een essentieel instrument blijken te zijn bij de activiteiten van deze expertgroep.

Bevorder dat wetenschappelijk onderzoek wordt verricht naar IFMS in brede zin. Om de kwaliteit van IFMS te bewaken, de effectiviteit van één en ander te monitoren en te zorgen voor verdere ontwikkeling van IFMS, moet wetenschappelijk onderzoek omtrent het functioneren van IFMS een integraal onderdeel uit maken van IFMS.

8. Hoe het succes van IFMS te meten?

In hoofdstuk 4 zijn enkele succesfactoren gedefinieerd waaraan moet worden voldaan, wil men uiteindelijk kunnen spreken over een succesvol kwaliteitsinstrument. Bij het ontwerpen en implementeren van de systemen kan rekening worden gehouden met het meten van deze succesfactoren. De commissie heeft zich niet systematisch gebogen over de manier waarop de effectiviteit en het succes van IFMS moet gaan worden gemeten. Maar er is wel een aantal suggesties naar voren gebracht die in de nabije toekomst verder dienen te worden uitgewerkt. Ook hierover dient de expertgroep gedachtevorming te entameren, waarbij heel nadrukkelijk suggesties uit het veld, bijvoorbeeld van wetenschappelijk onderzoekers, worden verwelkomd.

Cruciaal voor het toekomstige succes van IFMS zal zijn het monitoren en het analyseren van hetgeen er gebeurt in de medische staven en in de ziekenhuizen, alsmede van de effecten op individuen en op de Nederlandse medisch-specialistische gezondheidszorg. De aanbevelingen zoals die gedaan zijn in hoofdstuk 7 schetsen een structuur die gebruikt kan worden om dit proces van monitoren en analyseren vanaf het begin systematisch te verankeren binnen IFMS in Nederland. Ook de invoering van IFMS zelf kan beschreven worden in termen van een kwaliteitscyclus: kijk wat er gebeurt, en stuur dit bij.

Perceptie door de omgeving

Juist door van het begin af aan openheid te geven over de structuur en het functioneren van IFMS in de diverse medische staven kan het vertrouwen van de omgeving worden gewonnen en kan het wellicht opkomende vooroordeel dat er sprake is van een gesloten systeem, waarbij de medisch specialisten elkaar de hand boven het hoofd willen houden, bestreden worden. Zo kan bijvoorbeeld worden gepubliceerd over de organisatiegraad, het aantal participerende specialisten, het aantal gevoerde gesprekken, alsmede nieuwe initiatieven met betrekking tot IFMS in het jaarverslag van de medische staf. Ook is gesuggereerd om een aparte commissie van niet-specialisten (genoemd zijn leden van de cliëntenraad namens de patiënten; een vertegenwoordiger van de ziektekostenverzekeraar; een vertegenwoordiger van de plaatselijke huisartsen) regelmatig te laten kijken naar het werk van de IFMS-commissie. De basis van deze transparantie wordt uiteraard gevormd door de kwantitatieve gegevens die de medische staf jaarlijks produceert over het functioneren van het IFMS-systeem. Ten slotte dient benadrukt te worden dat IFMS geen op zichzelf staand initiatief is, maar onderdeel vormt van een veelomvattend en geïntegreerd medisch kwaliteitsbeleid.

31

Gedrag en perceptie van de deelnemende medisch specialisten

Het succes van IFMS staat of valt uiteraard met de actieve participatie van de medisch specialisten zelf. Wanneer zij het systeem beschouwen als een waardevol element in hun professionele leven, kan het als geslaagd beschouwd worden. Wanneer zij er slechts met tegenzin aan deelnemen, mag niet worden verwacht dat het systeem effectief zal blijken te zijn. Het is dan ook belangrijk om regelmatig te onderzoeken hoe de 'gebruikers' hun IFMS-systeem ervaren.

Maar minstens zo belangrijk is de vraag of deze gebruikers ook werkelijk hun gedrag gaan veranderen. Hierover bestaan in de internationale literatuur vrijwel geen gegevens en de commissie IFMS was uiteraard niet in staat om deze vraag te beantwoorden binnen het tijdsbestek van het project IFMS zoals dat in de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden. Wel zijn er mogelijkheden om dit in de komende jaren te meten. De Orde zal gegevens dienaangaande genereren.

Impact op de Nederlandse medisch-specialistische zorg

De ultieme test voor het landelijk IFMS is uiteraard de vraag of er effecten op de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg te meten zijn. Deze vraag kan vooralsnog niet beantwoord worden. Maar ook deze vraag kan het onderwerp zijn van een grootschalig onderzoeksprogramma dat de komende jaren zou kunnen worden uitgevoerd.

9. IFMS in Universitaire Medische Centra (UMC's)

Evaluatie van het individueel functioneren van medisch specialisten is ook belangrijk voor in UMC's werkzame medisch specialisten. Ook voor UMC's is de kwaliteit van de universitair medisch specialisten en het vertrouwen dat de samenleving stelt in de individuele kwaliteit relevant. In tegenstelling tot de algemene ziekenhuizen waar specialisten in vrij beroep of in dienstverband werken, hebben de UMC's een CAO waarin voor alle werknemers, ook voor de medisch specialisten, is opgenomen dat er jaargesprekken moeten worden gehouden. Kunnen deze jaargesprekken in de UMC's niet de rol van een IFMS-systeem vervullen?

Behalve de aanwezigheid van de reeds bestaande jaargesprekken zijn nog meer argumenten ingebracht tegen IFMS-systemen in de UMC's. Genoemd zijn: de bestaande hiërarchische verhoudingen, de wettelijke positie van het afdelingshoofd en de daaruit voortvloeiende verantwoordelijkheden, het relatieve belang van de jaargesprekken voor de carrièreontwikkeling van het individu, de extra aandacht die nodig is voor onderwijs en onderzoek, en de positie, de rol en de visie van de raad van bestuur.

Vóór introductie van IFMS in de UMC's pleiten juist de volgende argumenten. Ook UMC's dienen zich te bekommeren om de kwaliteit van de individuele stafleden en om het vertrouwen dat de samenleving stelt in deze individuele kwaliteit. Het huidige systeem van de jaargesprekken (met hun nadruk op het belang van de strategische doelstellingen van het UMC) loopt niet zo goed als gehoopt. Systematische gegevens zijn niet beschikbaar maar uit anekdotische mededelingen blijkt dat hooguit 10 tot 20% van de stafleden wordt geëvalueerd middels methodologisch goed uitgevoerde jaargesprekken. Draagvlak en enthousiasme onder stafleden in UMC's voor het huidige systeem van jaargesprekken lijken in ieder geval niet echt aanwezig. Wanneer van iedere aios en van iedere geregistreerde specialist wordt verwacht dat een portfolio wordt bijgehouden, is het niet in te zien waarom dat niet zou gelden voor een medisch specialist die wellicht slechts een deel van zijn of haar actieve carrière doorbrengt in een UMC. In de systematiek van de jaargesprekken wordt de mening van patiënten, van aios en van andere medewerkers niet systematisch verzameld.

32

De commissie is van mening dat alle medisch specialisten in Nederland dienen te participeren in een IFMS-systeem en gebruik dienen te maken van de daarin gehanteerde instrumenten zoals het portfolio, een kwalitatief assessment zoals in A&A of MSF. Een uitzondering voor universitair medisch specialisten is niet te verdedigen. *Het is ook in het belang van de UMC's dat de eigen medisch specialisten zich ontwikkelen in de CCMS-competenties* waarop IFMS is gericht. Zo'n persoonlijke ontwikkeling wordt gesteund door in IFMS gehanteerde uitgangspunten: ten dienste van de individuele specialist, door een collega, veiligheid, SMART-geformuleerde verbeterdoelen. De reflectie die hiervan het gevolg is, evenals de voornemens die na het evaluatiegesprek op papier worden gezet, zijn niet automatisch elementen van het jaargesprek met het afdelingshoofd, maar zij kunnen aan dit jaargesprek wel een meerwaarde geven.

Een systeem van IFMS kan in de UMC's gepositioneerd worden náást de jaargesprekken. Het jaargesprek kent veelal het karakter van een (principeel hiërarchisch en wederkerig) functioneringsgesprek op grond waarvan ook een planmatige aanpak voor de persoonlijke ontwikkeling kan worden besproken. Een dergelijk gesprek past bij de taak en functie van het afdelingshoofd en de daaruit voortvloeiende verantwoordelijkheden voor het functioneren van de afdeling en de aldaar werkzame medewerkers. Dit is echter iets anders dan het *evaluatiegesprek* waarin een collega als 'spiegel' fungeert.

Voor IFMS is het uiteraard van belang dat er ook wordt gelet op de specifieke taken die de medisch specialisten hebben in de UMC's. In dat kader is in de 'Positioneringsnota Universitair Medisch Specialist *Thuis in vele markten*'⁷ van de Kamer Academische Specialisten van de Orde de volgende tekst opgenomen:

- *Voor het functioneren als universitair medisch specialist zou aan de CCMS-competenties een aantal competenties moeten worden toegevoegd die betrekking hebben op wetenschappelijk onderzoek, onderwijs, opleiding, de expertise/vraagbaakfunctie en op bestuur en management. Voor die domeinen bestaan echter (nog) geen vastgestelde competentieprofielen.*

⁷ Positioneringsnota Universitair Medisch Specialist *Thuis in vele markten*, Orde van Medisch Specialisten, 2005.

- *Voor wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en opleiding zijn integriteit, creativiteit, doorzettingsvermogen en didactische kwaliteiten belangrijke competenties.*
- *Bij creativiteit en doorzettingsvermogen gaat het bijvoorbeeld om het kunnen vinden van oplossingen voor bestaande medische en medisch maatschappelijke vraagstukken.*
- *Didactische vaardigheden zijn nodig om kennis en ethische standaarden efficiënt over te dragen aan de volgende generatie artsen en medisch specialisten.*
- *Voor de expertise/vraagbaakfunctie gaat het om competenties als communicatie met en participatie in groepen deskundigen.*
- *Voor de bestuurs- en managementfunctie gaat het om competenties als groepsgericht leidinggeven, kunnen delegeren, visieontwikkeling, initiatief nemen, oordeelsvorming, besluitvaardigheid, stressbestendigheid, flexibel gedrag, kunnen onderhandelen, sociabiliteit, resultaatgerichtheid en gevoel voor de organisatie.*

De commissie adviseert dan ook als volgt:

In UMC's houdt iedere medisch specialist een portfolio bij. Ook verzamelt hij of zij meningen van anderen over het eigen professioneel functioneren. Deze informatie wordt gestructureerd volgens de CCMS-competenties. Een additioneel voordeel van het bijhouden van een portfolio is dat bij een eventuele overstap naar een niet-universitair ziekenhuis het persoonlijk ontwikkelingstraject kan worden vervolgd. Door de universitair medisch specialist dienen ook gegevens over de eigen onderzoeks- en opleidingskwaliteiten te worden verzameld.

De medisch specialist in een UMC heeft jaarlijks een evaluatiegesprek. Zoals in ieder ziekenhuis betreft dit een gesprek met een collega medisch specialist die per jaar wisselt en die niet binnen dezelfde vakgroep werkt, noch met wie een nauwe samenwerkingsrelatie bestaat. Deze gesprekken staan los van de jaargesprekken.

De informatie en de voornemens, die voortkomen uit IFMS, worden niet automatisch ingebracht in de jaargesprekken. Het staat de specialist uiteraard wel vrij deze informatie zelf in te brengen.

De informatie die voortkomt uit IFMS is en blijft eigendom van de medisch specialist. In tegenstelling tot de informatie die uit de jaargesprekken naar voren komt, blijft de informatie die voortkomt uit IFMS eigendom van het betreffende individu. Deze informatie maakt geen deel uit van het personeelsdossier van de betreffende medisch specialist.

10. Disfunctioneren

In de taakopdracht van de commissie stond expliciet:

‘maak daarbij onderscheid tussen evaluatie ter verbetering van de kwaliteit van het professioneel handelen en evaluatie ter correctie van ondermaats presterende medisch specialisten.’

Zowel binnen als buiten de beroepsgroep trekt het onderwerp ‘disfunctioneren’ meer dan gemiddeld de aandacht. De commissie acht het mede om die reden van groot belang beide in de taakopdracht genoemde situaties (evaluatiesprekken enerzijds, disfunctioneren anderzijds) zo helder mogelijk van elkaar te onderscheiden. Het is in het kader van dit rapport van belang om de eventuele overgang van IFMS naar een procedure inzake – mogelijk – disfunctioneren te analyseren en te markeren. Hieronder wordt zowel ingegaan op het onderscheid tussen beide systemen als op de relatie die daartussen soms kan ontstaan.

In dit rapport wordt uitgegaan van de omschrijving van disfunctioneren zoals die in het in juli 2005 verschenen KNMG-standpunt *‘Het functioneren van de individuele arts’* werd gegeven:

‘een structurele situatie van onverantwoorde zorg waarin een patiënt wordt geschaad of het risico loopt te worden geschaad, en waarbij de betreffende arts niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen.’

Het kwaliteitsmanifest van de KNMG (Utrecht: 2003, p. 33) stelt:

‘De maatschap/vakgroep heeft de collectieve verantwoordelijkheid voor het goed functioneren van elk individueel lid. Wordt opgemerkt dat één van de groepsleden niet goed functioneert, dan behoren zijn collega’s dit bespreekbaar te maken.’

34

Het in het rapport beschreven IFMS-initiatief heeft niet als hoofddoel disfunctioneren op te sporen. Het gaat eerst en vooral om de kwaliteit van het individueel functioneren te verbeteren. Het systeem voor het evalueren van individueel functioneren richt zich dan ook op de gehele medisch-specialistische beroepsgroep en niet op het – blijkens onderzoek – kleine aantal medisch specialisten dat disfunctioneert. Een beoogd effect van IFMS is juist, dat disfunctioneren wordt voorkomen. Het valt echter niet uit te sluiten dat tijdens het evaluatietraject een situatie ontstaat waarin de gewenste verbetering niet wordt bereikt, waardoor het individueel functioneren niet langer voldoet aan de medisch-specialistische standaard, bijvoorbeeld omdat er sprake is van mogelijk disfunctioneren of voortekenen daarvan. In zo’n geval is er aanleiding het IFMS-traject te staken en te kiezen voor een andere procedure. Te denken valt aan procedures inzake – mogelijk – disfunctioneren zoals die nu reeds bestaan binnen veel medische staven.

Het is van belang voor ogen te houden dat disfunctioneren op verschillende manieren kan blijken. In het kader van een jaarlijks evaluatiegesprek kan mogelijk disfunctioneren aan het licht komen. Maar veelal zal zulke informatie via andere bronnen en kanalen naar voren komen (zoals via klachten van patiënten, meldingen van verwijzers of collegae, visitaties). *Daarom is het belangrijk dat elke medische staf, naast een regeling betreffende IFMS, beschikt over een regeling specifiek gericht op (mogelijk) disfunctioneren⁷.* (Zie modelreglement ‘Mogelijk disfunctionerend medisch specialist’ van de Orde).

In het kader van dit rapport is het van belang wanneer en hoe, al dan niet tijdelijk, een einde kan/moet komen aan de participatie van een medisch specialist in het lokale IFMS-traject. Daarbij gelden in de optiek van de commissie twee cruciale en nauw met elkaar samenhangende uitgangspunten:

1. Tot het uiterste moet worden getracht problemen rond het (mogelijk dis-)functioneren van een medisch specialist op te lossen binnen het kader van IFMS. Met beëindiging van het IFMS-traject in een individueel geval behoort zeer terughoudend te worden omgegaan.
2. In gevallen waarin binnen IFMS om welke reden dan ook problemen rond het functioneren niet of onvoldoende kunnen worden wegenomen, behoort met IFMS niet oneindig te worden doorgegaan. Het is inherent aan het doel ervan (het verbeteren van de kwaliteit van het individueel functioneren) dat in zo’n geval wordt gezocht naar andere wegen om gezeten problemen weg te nemen.

⁷ In het in juli 2005 verschenen KNMG-standpunt *‘Het functioneren van de individuele arts’* is een modelregeling opgenomen voor het omgaan met situaties van (vermeend) disfunctioneren. De Orde heeft in samenspraak met de KNMG een ‘Model Reglement Mogelijk Disfunctionerend Medisch Specialist’ opgesteld (2008).

Op welk moment wordt participatie van betrokkene in het IFMS-traject (al dan niet tijdelijk) beëindigd en wiens verantwoordelijkheid is dat? Zo'n beslissing is aan de orde als er sprake is van substantiële problemen en er niet meer valt te verwachten dat deze problemen - door onwil of ernstig onvermogen van de persoon in kwestie - in het kader van het evaluatietraject kunnen worden weggenomen.

*De verantwoordelijkheid voor de beslissing tot (tijdelijke) beëindiging ligt bij de gespreksleider*⁸. Deze zal daarbij niet over één nacht ijs gaan. Goed voorstelbaar is ook dat de gespreksleider zich eerst bij anderen oriënteert (bijvoorbeeld bij collega-gespreksleiders) alvorens een dergelijke ingrijpende beslissing te nemen. Wanneer de gespreksleider van mening is dat tot (tijdelijke) beëindiging IFMS moet worden overgegaan, dan gebiedt de zorgvuldigheid dat hij of zij een voorgenomen besluit daartoe duidelijk kenbaar maakt aan de betreffende medisch specialist, bij wijze van laatste waarschuwing. Leidt dit niet tot een wezenlijke verandering, dan stelt de gespreksleider de verantwoordelijke voor IFMS binnen de medische staf van de beëindiging van het IFMS-traject met de betrokken collega op de hoogte. Het is aan de verantwoordelijke voor het IFMS-systeem van de medische staf (meestal de voorzitter) om andere in aanmerking komende personen en mogelijk instanties mede te delen dat continuering van het evaluatietraject (vooralsnog) geen zin heeft. Te denken valt aan: de maatschap/vakgroep van betrokkene en het bestuur van de medische staf, of, in zeer ernstige gevallen zoals calamiteiten, ook de raad van bestuur.

Een hieruit voortvloeiend aandachtspunt is welke informatie de gespreksleider verstrekt als hij of zij aan anderen mededeelt dat in een concreet geval continuering van het evaluatietraject (vooralsnog) geen zin heeft. Een belangrijk kenmerk immers van het IFMS-traject is de vertrouwelijkheid van de informatie in de relatie tussen de geëvalueerde en de gespreksleider. Het dossier dat in dat kader wordt opgebouwd (bestaande uit de input voor de evaluatiegesprekken en de gespreksverslagen) is alleen voor hen beiden ter inzage. De commissie meent dat die vertrouwelijkheid moet worden gehandhaafd op het moment dat een gespreksleider besluit IFMS (tijdelijk) te staken. *Dat betekent dat de gespreksleider zich beperkt tot het doen van de schriftelijke mededeling aan de voorzitter van de medische staf dat er sprake is van substantiële problemen inzake het voortzetten van IFMS met betrokkene en dat niet meer te verwachten valt dat de problemen (door onwil of ernstig onvermogen van de medisch specialist in kwestie) in het kader van IFMS kunnen worden weggenomen.* Wel is het mogelijk dat de betreffende specialist ermee instemt dat deze mededeling vergezeld gaat van nadere (toelichtende) informatie. Het is – op basis van de binnen de medische staf geldende regelingen – aan anderen (medische staf en/of raad van bestuur) om te besluiten welke procedure er naar aanleiding van de mededeling van de gespreksleider ten aanzien van de betreffende medisch specialist in gang wordt gezet. Het ligt voor de hand dat in dat kader in eerste instantie uitvoerig met de betreffende medisch specialist wordt gesproken. Als deze specialist daarmee instemt, kan ook de gespreksleider aan dit overleg deelnemen.

Zolang er met betrokkene een andere procedure wordt toegepast (bijvoorbeeld die inzake (mogelijk) disfunctioneren), *neemt hij of zij niet deel aan IFMS*. Dat kan een tijdelijke situatie zijn. Het is zeer wel mogelijk dat het traject dat wordt gevolgd tot een zodanige verbetering en toename van vertrouwen leidt, dat de situatie zich normaliseert en betrokkene weer kan instappen in het IFMS-traject.

⁸ In het in juli 2005 verschenen KNMG-standpunt 'Het functioneren van de individuele arts' is een modelregeling opgenomen voor het omgaan met situaties van (vermeend) disfunctioneren. De Orde heeft in samenspraak met de KNMG een 'Model Reglement Mogelijk Disfunctionerend Medisch Specialist' opgesteld (2008).

11. Kosten en tijdsbeslag

Een belangrijke overweging die naar voren kwam in de gesprekken met medisch specialisten in de diverse ziekenhuizen, maar ook met leden van raden van bestuur van ziekenhuizen, was de vraag wat dit alles gaat kosten, zowel in tijd als in geld.

Een inschatting van de kosten was een belangrijk onderdeel van het project IFMS in de koploperziekenhuizen. Op basis van de gegevensverzameling, alsmede op basis van de ervaringen in het Maasziekenhuis te Sittard is een schatting opgesteld van het aantal uren dat met IFMS is gemoeid.

Waar worden kosten gemaakt?

De belangrijkste kostenfactor is het aantal uren dat medisch specialisten steken in de voorbereiding en in de feitelijke gesprekken. Daarnaast moet ambtelijke ondersteuning worden gegeven, bijvoorbeeld door secretariële en kwaliteitsmedewerkers. Voorts moeten worden onderscheiden incidentele kosten die gemaakt worden bij de start en structurele kosten die blijven wanneer het lokale IFMS-systeem in een stabiele situatie is gekomen. Incidentele kosten zijn onder andere de kosten voor initiële trainingen, investeringen in infrastructuur en ICT, het inhuren van externe experts en de kosten van voorlichting. Een deel van deze kosten zal in natura worden toegerekend: tijd die door medisch specialisten en anderen wordt gestoken in IFMS, zonder dat daar een financiële consequentie aan wordt verbonden. Een ander deel betreft de werkelijk te betalen kosten. Wanneer IFMS na een aantal jaren volledig is geïmplementeerd, dat wil zeggen wanneer alle medisch specialisten eraan meedoen, zal een stabiel niveau van kosten zijn bereikt, dat nauwkeurig kan worden berekend.

Wanneer wordt gesteld dat een en ander veel kost, omdat het extra tijd van medisch specialisten vergt waarin zij niet ‘productief’ kunnen zijn (waarin zij geen declarabele patiëntenzorg kunnen verrichten) kunnen daartegen de volgende argumenten worden ingebracht:

- Kwaliteitszorg is een wettelijk vastgelegde taak; het bewaken van de kwaliteit van zorg is de verantwoordelijkheid en de taak van elke medisch specialist.
- Kwaliteitszorg is net als administratie en huisvesting integraal onderdeel van de professionele taken in de bedrijfsvoering.
- Momenteel wordt reeds veel werk verricht door medisch specialisten, zonder dat deze activiteiten in een begroting of een budget zijn terug te vinden⁹.
- Het is goed te bedenken welke kosten er worden gemaakt wanneer er werkelijk sprake is van disfunctioneren van een medisch specialist.

Een voorbeeld: kwalitatief assessment (A&A)

In de voorbeeld berekening (zie tabel 5a, 5b en 5c) wordt uitgegaan van de volgende veronderstellingen, die zijn gebaseerd op de gegevens uit de koploperziekenhuizen. Stel: een medische staf met 100 specialisten, waarin over een periode van 4 jaar een systeem met kwalitatieve assessments volgens A&A wordt ingevoerd, waarin na 4 jaar alle specialisten participeren. Per jaar stromen 25 specialisten in. Het invullen van het portfolio kost de arts de eerste keer 4 uur. In de jaren daarna is hij of zij 2 uur bezig om het portfolio aan te vullen. De gespreksleider heeft per geëvalueerde 4 uur nodig om het gesprek voor te bereiden en na afloop samen te vatten en uit te werken. Het verstrekken van de gegevens door middel van e-mails, die door de collega medisch specialisten en de andere medewerkers voorafgaand aan het gesprek moeten worden aangeleverd (de drie sterke punten en de drie verbeterpunten), kost de collegae medisch specialisten samen 1 uur, de andere medewerkers samen ook 1 uur. Dit uur wordt voor de berekening gelijkgesteld met de tijdsbesteding van een ambtelijk medewerker. Het gesprek zelf duurt een 1 uur. Voorts is voor ieder gesprek 2 uur ambtelijke ondersteuning nodig. Per week is verder 4 uur ambtelijke ondersteuning nodig

⁹ Rapport Commissie Normatief uurtarief 2006 (Korthals Altes, Sanders, Simons)

	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5 e.v.
‘nieuw’ – dat jaar instromend	25	25	25	25	0
‘oud’ – reeds ingestroomd	0	25	50	75	100
Totaal aantal personen ingestroomd	25	50	75	100	100

Tabel 5a: Aantal deelnemers IFMS

	Jaar 1 uren	Jaar 2 uren	Jaar 3 uren	Jaar 4 uren	Jaar 5 e.v. uren
Vorbereidingstijd geëvalueerde jaar 1 (‘nieuw’ - 4 uur p.p.)	100	100	100	100	0
Vorbereidingstijd geëvalueerde in volgende jaren (‘oud’ - 2 uur p.p.)	0	50	100	150	200
Rondvraag medisch specialisten (1 uur/gesprek)	25	50	75	100	100
Vorbereidingstijd gespreksleider (4 uur/gesprek)	100	200	300	400	400
Evaluatiegesprek (1 uur/twee personen)	50	100	150	200	200
Additionele uren van gespreksleiders (bv. intervisie) en geëvalueerden (formuleren POP)	120	240	360	480	480
Totaal specialistische uren A&A	395	740	1085	1430	1380

Tabel 5b: Medisch-specialistische activiteiten in uren

	Jaar 1 uren	Jaar 2 uren	Jaar 3 uren	Jaar 4 uren	Jaar 5 e.v. uren
Rondvraag (1 uur/medisch specialist)	25	50	75	100	100
Ambtelijke ondersteuning (2 uur/gesprek)	50	100	150	200	200
Algemene ambtelijke ondersteuning (4 uur/week)	208	208	208	208	208
Totaal uren ambtelijke ondersteuning	283	358	433	508	508

Tabel 5c: Niet-medisch-specialistische activiteiten in uren

voor het lopende systeem. Er is uitgegaan van ieder jaar 5 gespreksleiders erbij. In het eerste jaar besteedt iedere gespreksleider 24 additionele uren (3 werkdagen) aan opleiding en organisatie. In de jaren daarna worden jaarlijks per gespreksleider 24 uur besteed aan intervisie en training.

Uit deze berekeningen blijkt dat er bij een uiteindelijke, stabiele situatie voor iedere medisch specialist per jaar ongeveer veertien (13,8) uur nodig is aan medisch-specialistische tijd en ongeveer vijf uur aan ambtelijke tijd per medisch specialist. Voor de geëvalueerde specialist kunnen de uren voorbereiding, het gesprek zelf en de formulering van het POP in natura (dat wil zeggen: in eigen tijd) verrekend worden. Voor de door de gespreksleiders en de ambtelijke ondersteuning bestede uren geldt dit uiteraard niet.

Wanneer de voor IFMS benodigde medisch-specialistische tijd wordt uitgedrukt in aantal fte medisch specialisten, is er sprake van ongeveer 0,69 fte medisch specialist per 100 werkzame medisch specialisten¹⁰. Additioneel is er 0,35 fte ambtelijke ondersteuning nodig. Dit komt goed overeen met de ervaringen die in het Maaslandziekenhuis te Sittard zijn opgedaan.

De situatie bij MSF

Gegevensverzameling met MSF als instrument lijkt minder tijdsintensief, maar is voor wat betreft benodigde ICT duurder dan kwalitatieve assessments zoals bij A&A, omdat in het laatste model de ordening en voorbereiding door de gespreksleider veel tijd kost, terwijl de gedigitaliseerde MSF feedback kan worden afgehandeld door een secretariael medewerker.

Wie betaalt?

Moeten de kosten worden betaald door de medisch specialisten zelf of uit het budget dat het ziekenhuis reserveert voor kwaliteitszorg? Uiteraard is deze keuze aan de betrokkenen zelf. Naar de mening van de commissie verdient het echter de voorkeur dat de medische staf zelf de kosten draagt, als consequentie van het uitgangspunt 'voor specialisten, door specialisten'. Zij acht het echter niet buitengewoon bezwaarlijk als de raad van bestuur (mede) financieel ondersteunt, bijvoorbeeld met gelden uit het kwaliteitsbudget. Er is immers sprake van een gezamenlijk belang. Gezien het steeds luider beleden principe 'wie betaalt bepaalt' *raadt de commissie de medische staf echter aan de financiering zelf ter hand te nemen*. In ieder geval dienen, voorafgaand aan het in gang zetten van IFMS, hierover duidelijke afspraken te worden gemaakt.

Voor het individueel functioneren van medisch specialisten in dienstverband is het logisch de kosten, evenals bij medisch specialisten in het vrij beroep, te zien als bedrijfskosten en deze dus ten laste te laten komen van het budget van het ziekenhuis.

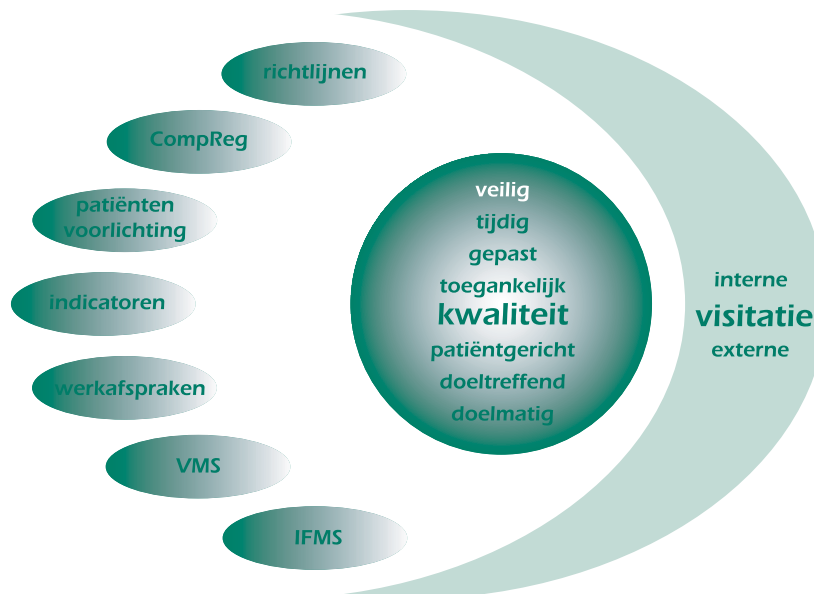
¹⁰ Voor de berekening van de kosten van medisch specialist-uren kan gebruik worden gemaakt van het geldend normatief uurtarief (€ 135,50 [niveau 2008]).

12. Integratie in het kwaliteitsbeleid medisch specialisten

In een complex systeem zoals de Nederlandse gezondheidszorg dient kwaliteitsbewaking en kwaliteitsborging op diverse niveaus plaats te vinden. Binnen de medisch-specialistische gezondheidszorg kan gekeken worden naar de zorgketen, naar het ziekenhuis, naar de afdeling, naar de maatschap/vakgroep, en naar het individu. IFMS is dan ook geen op zichzelf staand en uniek initiatief, maar de laatste loot aan de boom die dit laatste niveau omvat. In deze zin sluit IFMS dan ook naadloos aan bij het de ontwikkelingen zoals die zich hebben voltrokken in de afgelopen decaden in het medisch-specialistisch kwaliteitsbeleid in Nederland.

Wel is de afgelopen jaren de zorg geuit dat het toevoegen van alweer een nieuw kwaliteitsinstrument het medisch-specialistisch kwaliteitsbeleid onoverzichtelijker, duurder en arbeidsintensiever zal maken, zonder dat vaststaat dat dit nieuwe instrument ook een meerwaarde heeft. De volgende uitdaging is dan ook om al deze in de afgelopen jaren ontwikkelde instrumenten efficiënt en kosteneffectief te integreren tot een relevant, samenhangend en flexibel systeem. Bij het streven naar efficiëntie kan gekeken worden vanuit de optiek van diegene die de gegevens dienen aan te leveren, bij voorbeeld de individuele medisch specialist of het ziekenhuis; en vanuit de optiek van diegene die de gegevens aangeleverd krijgt, bijvoorbeeld toezichthouders of patiënten.

Vanuit het perspectief van diegenen die gegevens dienen aan te leveren *moet er naar worden gestreefd om overlap in dataverzameling te voorkomen*. Als voorbeeld: de evaluatie-instrumenten die gebruikt worden voor IFMS, zoals het portfolio en de patiënttevredenheidsonderzoeken, dienen zodanig te worden gestructureerd dat zij ook kunnen worden gebruikt voor visitatie en herregistratie. Het moet niet zo zijn dat de verschillende partijen die van buitenaf kijken naar aspecten van kwaliteit, min of meer identieke gegevens in onderling afwijkende en verschillende vormen aangeleverd willen krijgen. Omgekeerd: vanuit het perspectief van diegene die gegevens wil inzien kan het niet zo zijn dat de aangeleverde gegevens zo generiek zijn dat zij feitelijk onbruikbaar zijn. De uitdaging is dan ook om tot afstemming te komen tussen alle betrokkenen, zowel leveranciers als gebruikers van 'kwaliteitsinformatie', over de vraag welke informatie precies nu nuttig en bruikbaar is. De feitelijke vraag is: welke instrumenten zullen in de toekomst gebruikt moeten worden, en welke instrumenten kunnen vervallen?



13. Slotopmerkingen

Wanneer de medisch specialisten bereid zijn om IFMS zoals beschreven in dit rapport te omarmen, komt dit ontegenzeggelijk de kwaliteit van de medisch-specialistische zorg in Nederland ten goede en vergroot het het vertrouwen van de patiënten en de Nederlandse samenleving in de medisch specialisten.

Want dat dient het uitgangspunt te zijn dat niet uit het oog mag worden verloren: aantoonbaar goed functionerende professionals, die zich inzetten voor de gezondheid van hun patiënten en die zich onderwerpen aan een systeem waarin zij streven naar continue verbetering, bewust van en trots op het vertrouwen dat hun patiënten in hen stellen.



Orde van Medisch Specialisten

Domus Medica
Mercatorlaan 1200 - 3528 BL Utrecht
Postbus 20057 - 3502 LB Utrecht
Telefoon (030) 28 23 650
Infodesk (030) 28 23 666
www.orde.nl