

Professioneel gedrag van **artsen**: de rol van reflectie en verantwoording afleggen

Goede zorg is afhankelijk van goed functionerende zorgsystemen én van goed functionerende zorgverleners. Het laatste decennium zijn de opvattingen over wat een goede arts is belangrijk veranderd. In de opleidingen van artsen spelen in toenemende mate competenties die te maken hebben met kwaliteitsverbetering een prominente rol. Het bijstellen van professioneel gedrag op basis van zelfreflectie en omgevingsfeedback en hierover verantwoording kunnen en willen afleggen staan in dit artikel centraal.

Door: H. Wollersheim

Objectieve feedback van collegae en patiënten en het vergelijken met het eigen oordeel zetten aan tot kritische reflectie. Periodieke objectieve toetsing van competenties door gedrag te observeren en zorguitkomsten te kwantificeren is een welkome aanvulling op de klassieke benadering bij herregistratie die nu beperkt is tot het 'bijhouden' van kennis (aantal dagen geaccrediteerde nascholing) en ervaring (aantal dagdelen besteed aan patiëntenzorg).

De externe druk op artsen is toegenomen. De competentieprofielen waaraan zij moeten voldoen komen steeds vaker tot stand door druk vanuit de maatschappij. Van artsen wordt gevraagd op een transparante wijze kwalitatief goede zorg te leveren.

De patiënt speelt een belangrijke rol in de verandering van de professionele rol. De moderne patiënt heeft hogere verwachtingen, is mondiger en beter geïnformeerd.

De organisatie van de zorg verandert. Artsen moeten meer samenwerken in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden, zowel met andere

disciplines als in wisselende netwerken. Denk bijvoorbeeld aan de patiënt met een longcarcinoom en diens procesgang door het ziekenhuis. Hij is niet alleen behandeld door een chirurgisch team, maar ook bijvoorbeeld door de fysiotherapeut voor longrevalidatie, een oncologisch team voor chemotherapie, de radiotherapeut voor bestraling en wordt zo dadelijk ontslagen naar huis, waarbij het netwerk van thuiszorg, huisarts en familie moet zorgen voor adequate opvang van deze door de behandeling sterk verzwakte man of vrouw.

Dit artikel richt zich op de vraag welke nieuwe competenties artsen zouden moeten hebben en waarom. De twee belangrijkste nieuwe competenties, reflectie en verantwoording afleggen, worden uitvoeriger besproken. Kritisch wordt stilgestaan bij de transparantievraag. Deze transparantievraag luidt: vallen het meetbaar maken van professioneel handelen en het tonen van deze metingen aan de maatschappij wel altijd moreel te verantwoorden?

Wat is een goede dokter?

In de klassieke biomedische opvatting is de goede arts gezegend met veel biomedische kennis en goede technische vaardigheden. In deze opvatting kwam verandering in de jaren zeventig. De in Oostenrijk geboren filosoof en theoloog Ivan Illich (I Illich, *Medical Nemesis*, 1976) beschreef kritisch de grenzen van de moderne geneeskunde. Hij belicht de schaduwzijde van de hoog technische geneeskunde door bijvoorbeeld te laten zien dat technische hoogstandjes ook vaak de oorzaak zijn van medische schade.



Hub Wollersheim

Eind jaren negentig schreef de emeritus hoogleraar Kinderchirurgie Molenaar uit Rotterdam een boek getiteld *De goede dokter* (J. Molenaar, *De goede dokter*; Van der Wees, Utrecht, 1999). Voor Molenaar was een goede dokter niet alleen goed in zijn vak (de klassieke opvatting), maar ook een 'goed mens' en een 'goed voorbeeld'. Goede communicatieve en sociale vaardigheden zijn onderdeel van 'een goed mens'. Het 'goede voorbeeld' geven in de meester-gezelrelatie gedurende de opleiding vertalen wij nu als openheid over tekortkomingen, het holistisch benaderen van de patiënt, je dienstbaar opstellen, respect tonen tijdens consulten en oog hebben voor patiëntenpreferenties.

Educatie en continue professionele ontwikkeling

Na het artsexamen is de medicus niet klaar. Medische kennis heeft een gemiddelde halfwaardetijd van vijf jaar. Voortdurend worden nieuwe technieken en interventies ontwikkeld en de hoeveelheid kennis stijgt exponentieel. De evidence based medicine beweging tracht zorgverleners te ondersteunen bij deze race om voortdurend 'bij te blijven'.

Tevens leidt de confrontatie met de praktijk tot een bijzondere vorm van leren; 'experiential learning'. Men leert op de werkvloer van klinische ervaringen, van patiënten en van collegae (Kolb, 1984). Deze 'experiential learning' draagt in belangrijke mate bij aan de wijze waarop de arts in zijn dagelijkse patiëntenzorg kwaliteit van zorg vorm geeft. Hier raken professionele ontwikkeling en het geven van effectieve, veilige, efficiënte en patiëntgerichte zorg elkaar. Ten slotte zijn er persoonlijke en groepsafhankelijke normen en waarden die de grenzen en mogelijkheden in de praktijkvoering mede bepalen. Zo combineren zorgverleners hun kennis en vaardigheden met waarden als integriteit, altruïsme, verantwoordelijkheid, betrouwbaarheid, respect en een voortdurende drang naar verbetering van kwaliteit van geleverde zorg. Het beter ontwikkelen van deze morele competenties in de professionele rol geeft betere zorguitkomstmaten (Batalden en Davidoff, 2001).

Een goede dokter!

De vraag 'wat een goede dokter is' wordt tegenwoordig omschreven in competentieprofielen. Volgens het in Canada ontwikkelde CanMEDS systeem zijn er zeven belangrijke rollen van de arts met voor elke rol twee tot vijf kerncompetenties. Deze rollen zijn die van respectievelijk medisch expert, communicator, samen-



werker, manager, gezondheidsadviseur, leerling en professional.

Expliciet worden het gebruik van richtlijnen, communicatie en samenwerking, praktijkorganisatie en logistiek management, verantwoording afleggen over prestaties, incidenten en complicaties en professioneel gedrag als algemeen kwaliteitskader genoemd.

Veranderde rol van de arts

De rol van de arts is onderhevig aan belangrijke veranderingen. Tabel 1 vat de belangrijkste veranderingen samen.

De veranderde rol van de arts; het klassieke beeld

In het verleden waren de medische mogelijkheden vrij beperkt. Er was een patriarchale één op één relatie met de patiënt ('doctor knows best') en de verlengde arm constructie via de (de opdrachten uitvoerende) verpleegkundige. De cultuur was androgeen; met veel – vaak dominante – mannen. De werkweken waren lang met continue diensten. De maatschap vormde een gesloten bastion met een grote mate van autonomie. Problemen werden binnenskamers gehouden. Als er zaken minder goed liepen, ging men harder in plaats van anders werken.

	Klassieke beeld	Moderne beeld
Mogelijkheden	Beperkt	(Overschat) onbegrensd
Werkveld	Generiek	Superspecialistisch
Type patiënt	Eén ziektebeeld	Ouder, multimorbiditeit
Relatie met patiënt	Patriarchaal: doctor knows best Eén op één	Partnering (indien gewenst): gelijkwaardig, adviseur Team, zorgpaden
Kennis Oriëntatie	Uniek Ziektegericht	Gedeeld Ook psychosociale gevolgen
Relatie zorgnetwerk	Verlengde arm	Multiprofessionele en transmurale samenwerking
Activiteit	Reactief	Proactief
Cultuur Man/vrouw Werkuren	Androgeen Meer mannen Onbeperkt	Feminien Meer vrouwen Juridisch beperkte wens tot meer deeltijd
Maatschap Gerichtheid	Gesloten Intern	Open Autonoom mits transparant
Kwaliteit	Vanzelfsprekend	Verantwoording afleggen
Problemen	Binnenskamers Zelfoplossend Harder werken	Zelfplossend mits... Externe bewaking grenzen Anders werken
Opleiding	Meester-gezel Vrijblijvend	Competentiegericht Objectieve feedback
Praktijkprincipe	'Authority and experience based'	'Evidence based'
Doelmatigheid	Geen rol	Medebepalend

Tabel 1. De veranderende rol van de arts

Tijdens de opleiding was er sprake van de meester-gezelrelatie: men keek het werk af van de supervisor; een model dat overigens ook grote voordelen heeft.

De veranderde rol van de arts; het moderne beeld

In de 'moderne' geneeskunde zijn de medisch technische mogelijkheden sterk toegenomen met een steeds verdergaande subspecialisatie. Het patiëntenaanbod is veranderd: er worden steeds meer oudere patiënten met comorbiditeit gezien en ziektes die vroeger tot de dood leidden (zoals AIDS en kanker), overleeft men thans, echter met levenslange chronische ziekte als gevolg. Om hier adequaat op in te springen wordt expertise gecombineerd in multiprofessionele teams.

Efficiëncymaatregelen zoals ligduurverkorting en het in dagverpleging verrichten van steeds gecompliceerdere zorgactiviteiten zetten het zorgsysteem onder druk, maar bieden ook nieuwe mogelijkheden. Zo organiseert men de zorg in zogenaamde zorgpaden die vaak beginnen met ééndags diagnostiek. Het afstemmen van vraag en aanbod in de keten vraagt om een betere capaciteitsplanning. In zo'n zorgpad zijn de zorgactiviteiten zo veel als mogelijk gestandaardiseerd. De coördinatie verloopt via

speciale functionarissen, vaak 'case managers' genoemd. De overdracht is geprotocolleerd via checklijsten en ketensturing geschiedt met behulp van proces- of uitkomstindicatoren. Deze wijze van praktijkvoering is de meeste artsen vreemd en vraagt om het procesmatig denken en handelen een structurele plaats te geven in de opleiding.

Via voorlichting en scholing stimuleert men patiënten zelf hun zorg te regelen, het zogenaamde zelfmanagement. Het stimuleren van zelfmanagement – en het juist selecteren van patiënten die zelfmanagement willen en aankunnen – vraagt ook om een andere wijze van consult- en praktijkvoering.

Het beroep is sterk gefeminiseerd door de toegenomen aantallen vrouwelijke artsen. Daardoor is er meer oog voor communicatie en sociale gevolgen van ziekte tijdens het medisch consult.

Naast de 'evidence based medicine' is ook in de verpleging, de paramedische zorg en het management de behoefte ontstaan het handelen te baseren op wetenschappelijke principes; de zogenaamde 'evidence based practice'.

Steeds meer wordt van artsen gevraagd om verantwoording af te leggen over de kwaliteit (meetbaar betere zorg) en veiligheid (meetbaar minder incidenten, complicaties en mortaliteit) van de geboden zorg. En niet alleen verantwoording afleggen aan collegae, maar ook aan raden van bestuur, patiënten, verzekeraars en de pers.

De geneeskunde bureaucratiseert – bijna 30% van de werktijd van de arts wordt besteed aan het invullen van formulieren, bellen voor regelingen enzovoort – en juridiseert net als in de VS.

De voortdurend uitdijende medische kennis komt steeds meer beschikbaar via gemakkelijke ICT voor zorgverleners (Medline, Cochrane), maar ook voor het publiek (Wikipedia en internetsites). Daardoor is de patiënt vaker uitgebreid geïnformeerd voorafgaand aan het consult en verschuift de rol van de arts in de richting van een gezondheidsadviseur. Partnerschap tijdens het consult ziet men ook bij een deel van de chronische patiënten (bijvoorbeeld de diabetes patiënt). Deze chronische patiënten zijn enerzijds door het zelfmanagement, anderzijds door de dagelijkse confrontatie met hun ziektebeeld soms deskundiger dan de hen behandelende artsen.

De explosief stijgende kosten (van 7% van het BNP tot nu bijna 9%) tracht men te beteugelen door kostenbewustzijn te creëren bij de zorgverleners. Tevens is er een politieke tendens om voorzichtig marktwerking te introduceren

in de publieke sector met een beperkte keuzevrijheid voor de patiënt en de zorgverzekeraar.

Het nieuwe type professional: tot verantwoording bereid

Elliot Friedson (1985) omschreef medici voor het eerst als een professionele groep: 'A profession is a group work that reserves to itself the authority to judge the quality of its own work. This is granted by society for the assumption of specialized expertise, altruism and self regulation.'

Begin 2000 werd in de VS een nieuwe medisch professionele standaard beschreven (American Board of Internal Medicine, 2001). Een belangrijke passage luidt: 'To maintain the fidelity of medicine's social contract, physicians must reaffirm their active dedication to the principles of professionalism, which entails not only their personal commitment to the welfare of their patients but also collective efforts to improve the health system for the welfare of society. Physicians must participate in the development of better measures of quality and the application of quality measures to assess the performance of individuals, institutions and systems responsible.'

In 2005 voegt de Royal College of Physicians (2005) daar een eigen normenkader aan toe 'vanuit het geheel van waarden, gedrag en relaties dat ten grondslag ligt aan het vertrouwen dat het publiek in een arts heeft'. De toevoeging van dit normenkader heeft geresulteerd in een aantal thema's waarop een internationale vragenlijst is gebaseerd om medisch professionalisme uit te diepen (zie voor deze thema's tabel 2; Campbell et al., 2007).

Centraal in de vragenlijst die is gebaseerd op de thema's uit tabel 2, staan verantwoording kunnen en willen afleggen aan zichzelf (reflectie), collegae (meningen, beoordelingen), patiënten (keuze-informatie) en maatschappij (doelmatigheid, veiligheid). Artsen dienen ongelijkheid in de zorg te reduceren, dienen te werken aan continue verbetering van kwaliteit, dienen belangen van patiënten boven economische belangen te stellen en moeten inadequaat gedrag van collega's en instellingen melden. Voor de Nederlandse arts zijn de competenties omschreven in een beleidsstuk van de KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst): het Kwaliteitsmanifest in 2003. De toegenomen aandacht voor kwaliteit wordt weerspiegeld in de thema's communicatie, samenwerken, teamspeler, kritische reflectie, management en zorgketens. Van belang is het achterhalen van verbeterpun-

- Professionele waarden zijn afgestemd met publieke verwachtingen
- Expliciete standaarden voor prestaties zijn benoemd en er is een collectieve verantwoordelijkheid voor de monitoring ervan
- Systematisch naar extern aantonen dat professionals up-to-date zijn en goed presteren
- Regelingen voor disfunctionerende artsen zijn in functie en er worden acties ondernomen bij slecht functioneren
- Vermijden van discriminatie van bepaalde groepen patiënten (ras, geslacht, cultuur) en het bevorderen van een eerlijke verdeling van middelen
- Het belang van patiënten voorop stellen, hen eerlijk en met compassie, waardigheid en respect behandelen, hun autonomie respecteren, het handhaven van vertrouwelijkheid en het vermijden ongepaste relaties
- In relaties met collega's constructief samenwerken en op de juiste wijze omgaan met belangen
- Leveren van goede zorg en de klinische kennis en vaardigheden up-to-date houden

Tabel 2. Kenmerken van 'modern' medisch professioneel gedrag

ten op basis van intercollegiale toetsing en periodieke evaluatie. Men eindigt met een aantal thema's rond transparantie zoals verantwoording afleggen, openheid in de omgang met klachten en fouten en de relatie met toezichthouders, zorgverzekeraars en overheid.

Objectieve individuele reflectie en toetsing

Hoe weet men nu of en in welke mate een arts aan deze eisen en competentieprofielen voldoet? Momenteel vindt slechts marginale toetsing van de professionele ontwikkeling plaats, namelijk bij herregistratie en tijdens jaargesprekken. Bij de herregistratie wordt gelet op de hoeveelheid praktijkvoering en geaccrediteerde nascholing. Jaargesprekken vinden in de meeste maatschappijen niet plaats. Wel in academische ziekenhuizen; echter, daar is het in principe een hiërarchisch subjectief gesprek, met de nodige vrijheidsgraden.

De laatste jaren is er een streven naar objectievere feedback over relevante factoren. In omringende landen worden klinische indicatoren over het individueel handelen steeds meer openbaar (Kunadian et al., 2008). Men kan op websites van ziekenhuizen lezen welke bijzondere verrichtingen er plaatsvinden, welke zorgverleners deze uitvoeren, de hoeveelheid ervaring die zij hebben en welke resultaten er bereikt worden. Helaas worden veel van deze websites gemaakt vanuit markteconomische motieven en niet om op betrouwbare wijze patiënten te gidsen naar goede zorg.

In Nederland is het project IFMS (Individueel Functioneren Medisch Specialist) gestart. Op basis van omgevingsfeedback zoals 'multisource feedback' (MSF) wordt een 'op feiten gebaseerd' jaargesprek met een getrainde collega

gevoerd (Overeem et al., 2007). Bij multisource feedback wordt aan een aselechte groep patiënten, collega's en medewerkers de mening over een zorgverlener gevraagd. De medisch specialist stelt zelf een portfolio samen en vult een vragenlijst in over zijn functioneren die wordt vergeleken met de meningen uit de multisource feedback. Verbeterpunten worden vastgelegd in een persoonlijk ontwikkel- en verbeterplan met te objectiveren doelen.

Is alles meetbaar?

Albert Einstein zei ooit: 'Not everything that counts can be counted, and not everything that can be counted counts.' Het risico bestaat immers dat in een gezondheidszorg waarin cijfers domineren, zaken die wel van belang zijn maar niet of moeilijk te tellen, ook niet of minder in tel zijn. Te denken valt dan aan zaken als betrokkenheid, aandacht, passie, opoffering, barmhartigheid en zorgvuldigheid. Men spreekt ook wel van menslievende zorg (Van Heijst, 2005). Overigens is het onjuist om aan te nemen dat deze aspecten helemaal niet meetbaar zijn. Uitgaan van patiëntenervaringen (bijvoorbeeld: is u regelmatig gevraagd hoe het met u gaat?) en kwalitatieve analyses (observeren of en hoe vaak de patiënt wordt aangekeken tijdens een consult en of de reacties van de zorgverlener het verhaal van de patiënt volgen) spelen bij deze 'metingen' een belangrijke rol.

Wat is bekend?

Professioneel gedrag van artsen draagt in belangrijke mate bij aan het leveren van goede zorg. De opvattingen over wat een goede arts is, zijn de laatste dertig jaar sterk veranderd. Competenties die te maken hebben met kwaliteitsverbetering spelen een prominente rol. Het aanpassen van het professionele gedrag op basis van zelfreflectie en omgevingsfeedback en hierover verantwoording kunnen en willen afleggen staan centraal. Periodieke objectieve toetsing van competenties door collegae en patiënten is een aanvulling op de klassieke benadering bij herregistratie waarbij het bijhouden van medische kennis en ervaring centraal stond.

Wat is nieuw?

De competentieprofielen voor artsen worden steeds vaker door wensen en eisen vanuit de maatschappij geformuleerd. Artsen worden geacht op een transparante wijze kwalitatief goede zorg te leveren. De patiënt speelt een belangrijke rol bij de verandering in competentieprofielen. De moderne patiënt is mondiger en beter geïnformeerd. Het risico bestaat dat in een gezondheidszorg waarin cijfers domineren, zaken die wel van belang zijn maar niet of moeilijk te kwantificeren niet meetellen. Het concept van menslievende zorg moet daarom met nadruk in de komende tijd worden uitgewerkt.

Wat kun je ermee?

Een nieuw professioneel profiel van artsen heeft niet alleen consequenties voor de opleidingen en nascholing, maar ook voor de organisatie van zorg zoals blijkt uit het stimuleren van ketenzorg en zelfmanagement. Tevens geeft het zorgverleners een nieuw perspectief op hun werk en managers en patiënten een nieuw perspectief op de arts.

Conclusie

Concluderend zijn de twee belangrijkste nieuwe competenties van artsen gestructureerde reflectie en verantwoording afleggen.

De reflectie op de eigen persoon en het eigen handelen wordt gevoed met omgevingsfeedback. Naast getalsmatig te objectiveren handelen (bijvoorbeeld zorguitkomsten) moeten ook aspecten van menslievende zorg bij deze competenties betrokken worden.

Belangrijk is het ontwikkelen van de competentie 'verantwoording kunnen en willen afleggen'. Hiervoor zijn metingen van zorguitkomsten en patiëntervaringen van belang, maar ook een attitude van openheid.

In toekomstig onderzoek moet bekeken worden in hoeverre medici en de maatschappij het alhier beschreven professionele profiel herkennen als passend bij de veranderde rol en welke belemmeringen artsen ervaren bij het in de praktijk brengen van het bijbehorend gedrag. Dit laatste geeft de mogelijkheid het gezondheidszorgsysteem, de organisatie van zorg en de medische opleiding zo vorm te geven dat belemmeringen 'om beter te worden' zo veel mogelijk worden weggenomen.

Literatuur

- American Board of Internal Medicine, *Project Professionalism*, Philadelphia, 2001.
- Batalden, P.B., and F. Davidoff, What is quality improvement and how can it transform healthcare? *Quality and Safety in Health Care*, 2001, 16: 2-3.
- Campbell, E.G., S. Regan, R.L. Gruen, T.G., Ferris, R.R. Sowmya, P.D. Cleary, and D. Blumenthal, Professionalism in medicine: Results of a national survey of physicians, *Annals of Internal Medicine*, 2007, 147: 795-802.
- Friedson, E., The re-organisation of the medical profession, *Medical Care Research and Review*, 1985; 42: 11-35.
- Heijst, A. van, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*, Uitgeverij Klement, Kampen, 2005.
- Kolb, D.A., *Experiential learning experience as the source of learning and development*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1984.
- Kunadian, B., J. Dunning, A.P. Roberts, R. Morley, D. Twomey, J.A. Hall, A.G.C. Sutton, R.A. Wright, D.F. Muir, and M.A. de Belder, Cumulative funnel plots for the early detection of interoperator variation: retrospective database analysis of observed versus predicted results of percutaneous coronary interventions, *BMJ*, 2008, 336: 931-934.
- Overeem, K., M.J. Faber, O.A. Arah, G. Elwyn, K.M. Lombarts, H.C. Wollersheim, and R.P. Grol, Doctor performance assessment in daily practice: does it help the doctor or not? A systematic review, *Medical Education*, 2007, 41: 1039-1049.
- Royal College of Physicians, *Doctors in society: Medical professionalism in a changing world*, Royal College of Physicians, London, 2005.

Informatie over de auteur

Dr. Hub Wollersheim is internist en adjunct hoofd van de afdeling IQ healthcare (UMC St Radboud te Nijmegen) en lid van de redactie van *Kwaliteit in Zorg*.