

Professioneel functioneren van **dokters**: criteria en bouwstenen voor een verantwoord evaluatiesysteem

Het leveren van goede zorg is het resultaat van onderlinge samenwerking, gedeelde verantwoordelijkheden en gezamenlijke inzet. Dit laat onverlet dat het bieden van goede zorg begint bij het functioneren van individuele professionals. In het verbeteren van patiëntenzorg is de laatste tien jaar dan ook steeds meer aandacht gekomen voor het functioneren van artsen. In dit artikel nemen we het tot stand gekomen evaluatiesysteem voor het functioneren van artsen onder de loep.

Door: K. Overeem en H. Wollersheim

De competenties waarover een arts moet beschikken om kwalitatief goede zorg te leveren zijn veranderd. Vijftien jaar geleden was vakinhoudelijke kennis en kunde de belangrijkste eis die aan specialisten werd gesteld. Tegenwoordig krijgen artsen te maken met multidisciplinaire teams, technologische ontwikkelingen, grotere beschikbaarheid van nieuwe inzichten door informatietechnologie en mondiger en goed geïnformeerde patiënten. De eisen die nu aan artsen worden gesteld, zijn dus veel breder dan vakken-kennis en betreffen: communicatieve en samenwerkingsvaardigheden, empathisch en reflectief vermogen en organisatorische vaardigheden. In Canada zijn deze eisen tien jaar geleden samengevat in zeven kerncompetenties: medisch handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit (Frank et al., 2000). Ook in

Nederland vormen deze competenties de ruggraat van de basisopleiding en de medische vervolgopleidingen. Als gevolg van deze veranderde competentie-eisen voor de medische professie zijn veranderingen in medische vervolgopleidingen en de basisopleiding geneeskunde in volle gang (Bleker, Hoorntje en Schelfhout, 2004). De praktiserend arts kan hierin niet achterblijven. Ook voor de arts die zijn opleiding heeft afgerond (huisartsen, specialisten) blijft continue competentieontwikkeling onontbeerlijk om kwalitatief goede zorg te blijven leveren gedurende zijn/haar loopbaan. Het evalueren van het professioneel functioneren kan deze competentieontwikkeling sturen en verder stimuleren.

In Nederland dragen de Orde van Medisch Specialisten en het Nederlands Huisartsen Genootschap de collectieve verantwoordelijkheid om toe te zien op de kwaliteit van handelen van hun leden. Beide organisaties houden zich sinds een aantal jaren bezig met de vraag hoe het individueel functioneren van zowel medisch specialisten als huisartsen op een verantwoorde manier geëvalueerd kan worden. We beantwoorden in dit artikel achtereenvolgens de volgende vragen:

- Hoe is het evaluatiesysteem tot stand gekomen?
- Wat is het resultaat van het evalueren van functioneren?
- Wat zijn succesfactoren voor verbetering van het individueel functioneren?

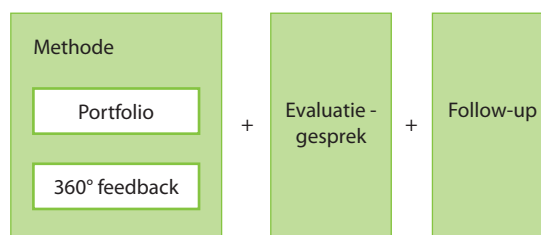
Daarna bespreken we kort wat er in landen om ons heen gebeurt op het gebied van het evalueren van individueel functioneren van medici en formuleren we enkele aanbevelingen voor de toekomst.

Bouwstenen van een evaluatiesysteem

Een evaluatiesysteem voor het evalueren van medisch professionals bestaat idealiter uit drie stappen (zie figuur 1):

1. het verzamelen van informatie over het functioneren van een arts (*methoden*);
2. het terugkoppelen en bespreken van deze informatie met de betreffende arts (*evaluatiegesprek*);
3. het opstellen van verbeterpunten voor het functioneren en het vervolgen hiervan (*follow-up*).

Methoden waarmee informatie wordt verzameld over het functioneren van medisch professionals dienen aan verschillende criteria te voldoen, namelijk eisen van validiteit, betrouwbaarheid, acceptatie, bruikbaarheid en educatieve impact. Onderzoek heeft laten zien dat geen enkele methode al deze eigenschappen in zich heeft. Er wordt internationaal daarom gepleit voor een verschuiving van de aandacht van enkelvoudige methoden naar evaluatiesystemen die methoden en procedures bevatten die een goed beeld geven van het volledige functioneren van een individu in zijn/haar specifieke context (Van der Vleuten en Schuwirth, 2005). Om een goed inzicht te krijgen in de specifieke eigenschappen en voor- en nadelen van verschillende evaluatiemethoden is een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd (Overeem et al., 2007). In deze review is gezocht naar effectieve en bruikbare methoden en valide en betrouwbare instrumenten om artsen te evalueren. Uit dit onderzoek bleek dat voor de beoordeling van het professioneel functioneren veel methoden beschikbaar zijn, onder andere video-observatie, simulatiepatiënten, het samenstellen van een portfolio en beoordeling door collega's, medewerkers en patiënten (de zogenaamde 360-graden feedback). Echter, veel methoden zijn onvoldoende bruikbaar in de praktijk door hoge kosten (zoals: directe observatie, video-observatie en het gebruik van simulatiepatiënten) en een grote tijdsinvestering. Na analyse aan de hand van de criteria van validiteit, betrouwbaarheid, bruikbaarheid en educatieve impact zijn twee evaluatiemethoden geselecteerd om gegevens te verzamelen over een specialist: portfolio en 360-graden feedback. De verzamelde gegevens worden vervol-



Figuur 1. Bouwstenen van een evaluatiesysteem

gens in een evaluatiegesprek – met een daartoe getrainde collega – besproken. De conclusies van dit gesprek worden beschreven in een persoonlijk ontwikkelingsplan, dat in feite de verbeterpunten van de specialist voor de komende periode weergeeft.

Portfolio

In het portfolio toont de arts zelf aan dat hij/zij 'fit to practice' is door te reflecteren op sterke punten en verbeterpunten (Conlon, 2003). In een portfolio gaat het om het rapporteren over verricht werk en de feedback die men hierop heeft ontvangen, om de vooruitgang die is geboekt en om het opstellen van een verbeterplan dat aanzet tot verder leren. Hoewel reflectie en zelfbeoordeling een belangrijke vaardigheid zijn voor levenslang leren laat de literatuur duidelijk zien dat artsen hun eigen competenties niet goed kunnen inschatten (Davis et al., 2006). Daarom moet ook worden geput uit andere bronnen, zoals feedback van collega's en patiënten.

360-graden feedback

360-graden feedback houdt in dat feedback wordt gevraagd vanuit een grote(re) groep personen die een goed zicht hebben op het functioneren van de betreffende arts. Dit kunnen zijn: directe collega's, polikliniekassistenten, praktijkondersteuners, verpleegkundigen,

'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)

OK-personeel en patiënten. In Nederland zijn hiervoor twee methoden in gebruik, namelijk vragenlijsten die worden afgenomen bij patiënten, medewerkers en collega's en een meer kwalitatieve manier van 360-graden feedback waarbij aan vijf tot tien collega's wordt gevraagd drie sterke punten en drie verbeterpunten te noemen. Patiënten worden bevraagd over communicatie, respectvolle bejegening en ontvangen informatie; medewerkers over samenwerking, toegankelijkheid en ontvangen scholing en collega's over diagnostische en therapeutische vaardigheden, het bijhouden van de medische literatuur en de overdracht van patiënten.

Op dit moment worden deze twee methoden in Nederland naast elkaar gebruikt voor medisch specialisten. Deze zijn getest in het project Individueel Functioneren Medisch Specialist (IFMS). De ervaringen van medisch specialisten met de kwalitatieve methodiek waarbij selectief vijf tot tien collega's worden benaderd zijn eerder beschreven in dit tijdschrift (De Boer et al., 2009). Met 360-graden feedback kan met een tijdsinvestering van alle feedbackgevers samen (gemiddeld 6 minuten per respondent) van ongeveer 1 uur een goede indruk worden verkregen van het functioneren van één arts (Overeem et al., 2010).

Evaluatiegesprek

Tijdens het collegiale evaluatiegesprek staat de geëvalueerde arts centraal. De gespreksleider gebruikt gespreksvaardigheden om te bewerkstelligen dat de arts een realistisch beeld krijgt van zijn/haar eigen functioneren. Uit onderzoek blijkt dat dit voor collega's geen gemakkelijke taak is. Gespreksleiders geven aan zich geheel ten dienste te stellen van de geëvalueerde arts en te proberen om de arts aan te zetten tot reflectie door de eigen beoordeling af te zetten tegen de beoordelingen van de omgeving. Dit vraagt veel van hun gespreksvaardigheden. In recent onderzoek gaven zij ook aan dat daarvoor aanvullende training vereist is (Overeem et al., 2010).

Uitkomsten en consequenties

Onderzoeken in Canada en de Verenigde Staten laten zien dat op basis van de 360-graden feedback twee van de drie deelnemers van plan is zijn/haar professioneel functioneren te verbeteren. Dit komt overeen met de resultaten van een eerste pilotstudie onder 109 specialisten in acht Nederlandse ziekenhuizen (Overeem et al., 2010). Zestig procent van de medisch specialisten is van mening dat het samenstellen van een portfolio bijdraagt aan een beter zelfin-

zicht. De eerste ervaringen van specialisten met het systeem zijn overwegend positief. Een ruime meerderheid van 89% geeft aan het systeem aan te bevelen bij collega's en 73% van de specialisten rapporteert dat ze een volgende keer weer mee zouden doen.

Succesfactoren

Eerste verkennende studies laten zien dat voor een derde van de deelnemers het evaluatiesysteem op dit moment geen toegevoegde waarde biedt. Deze vrijwillige deelnemers gaven aan dat het bij hen niet leidt tot verbetering van het functioneren. Het is van belang om al in een vroeg stadium te ontrafelen welke factoren ertoe leiden dat artsen bereid en in staat zijn om een gedragsverandering door te voeren. Dit is geëxploreerd in kwalitatief onderzoek. Uit dit onderzoek bleek dat de specifieke vaardigheden van de gespreksleider – het stimuleren van reflectie – en het formuleren van concrete verbeterdoelen cruciale succesfactoren zijn voor gedragsverandering. Daarnaast bleek ook dat in de huidige ziekenhuiscultuur een open sfeer vaak ontbreekt en dat het geven van constructieve feedback vaak nog geen gemeengoed is (Overeem et al., 2009).

Internationale ontwikkelingen

Een kijkje over de grens van Nederland leert ons dat in Angelsaksische landen overeenkomstige ontwikkelingen plaatsvinden. Ramsey voerde in 1993 een eerste verkennende studie uit onder 313 internisten in de Verenigde Staten. Uit deze studie bleek dat een betrouwbare evaluatie kon worden gegeven door acht collega's over het functioneren van de collega-internist. Een vorm van 360-graden feedback is inmiddels ingevoerd voor specialisten en huisartsen in Canada en Groot-Brittannië. In tegenstelling tot het huidige educatief gebruik in Nederland is er in andere landen om ons heen de tendens om 360-graden feedback voor het opsporen van mogelijk disfunctioneren in te zetten. Mogelijk ondermaats presterende artsen dienen vervolgens een uitgebreidere beoordeling van hun functioneren te ondergaan om te bekijken of de geleverde zorg van voldoende kwaliteit is (Crossley et al., 2008; Hall et al., 1999). Dit stuit daarmee op wantrouwen onder artsen en staat het gebruik van feedback voor educatieve doeleinden mogelijk in de weg (Colthart et al., 2008).

Slot

De vraag naar meer transparantie in de zorg is een logisch gevolg van maatschappelijke ont-

wikkelingen en aandacht voor de kwaliteit van zorg. Wanneer deze vraag leidt tot de ontwikkeling en implementatie van een verantwoord evaluatiesysteem, ligt het in de lijn der verwachting dat het voor meerdere partijen winst oplevert. Medici zelf krijgen een beter inzicht in zichzelf en in waar zij zich indien nodig moeten verbeteren. Voor de patiënt kan het leiden tot meer vertrouwen in de arts.

Een aantal zaken is cruciaal om ervoor te zorgen dat het voor meerdere partijen winst oplevert. Allereerst staat de ontwikkeling van evaluatiesystemen voor professioneel functioneren nog in de kinderschoenen. Wetenschappelijk onderzoek is van belang om te inventariseren hoe de huidige evaluatiesystemen functioneren en waar die mogelijk verbeterd kunnen worden. Ten tweede is het essentieel dat feedback uit verschillende bronnen wordt verzameld over het functioneren van de arts. Medewerkers en patiënten dienen hier nadrukkelijk bij te worden betrokken. Het vormt een uitdaging om in de toekomst naadloos aan te sluiten bij andere dataverzameling die plaatsvindt binnen de praktijkaccreditering voor huisartsen en kwaliteitsvisitaties. Ten slotte spreken we de wens uit dat artsen worden gevoed en begeleid door goed getrainde collega's en dat een gedegen follow-up en nazorg plaatsvinden. Juist hierin ligt de grootste kracht als het gaat om het bewerkstelligen van gedragsverandering. Een getrainde collega die kan aanzetten tot reflectie en de arts durft te confronteren met verbeterpunten is een krachtige interventie in het bewaken en verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Literatuur

Bleker O.P., J.C.A. Hoorntje en V.J. Schelfhout., Beter en leuker, CCMS ontvouwt plannen voor de vervolgopleiding van medisch specialisten, *Medisch Contact*, 2004, 59, 34: 1692-1695.

Boer M.L. de, C.M.M.L. Bontemps, A.A.M. Minnee en W.L. Akkerdijk, Evaluatiegesprekken medisch specialisten in het ziekenhuis St Jansdal, *Kwaliteit in Zorg*, 2009, 5: 26-30.

Colthart, I., N. Cameron, B. McKinstry, and D. Blaney, What do doctors really think about the relevance and impact of GP appraisal 3 years on? A survey of Scottish GPs, *British Journal of General Practice*, 2008, 58, 547: 82-87.

Conlon, M., Appraisal: the catalyst of personal development, *BMJ*, 2003, 327, 7411: 389-391.

Crossley, J., J. McDonnell, C. Cooper, P. McAvoy, J. Archer, and H. Davies, Can a district hospital assess its doctors for re-licensure? *Medical Education*, 2008, 42, 4: 359-363.

Davis, D.A., P.E. Mazmanian, M. Fordis, R. Van Harrison, K.E. Thorpe, and L. Perrier, Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence – A systematic review, *JAMA*, 2006, 296, 9: 1094-1102.

Frank, J.R., M. Jabbour, P. Tugwell, and et al., CanMEDS 2000: extract from the CanMEDS 2000 project societal needs working group report, *Medical Teacher*, 2000, 22: 549-554.

Hall, W., C. Violato, R. Lewkonja, J. Lockyer, H. Fidler, J. Toews,

P. Jennett, M. Donoff, and D. Moores, Assessment of physician performance in Alberta: the physician achievement review, *Canadian Medical Association Journal*, 1999, 161, 1: 52-57.

Overeem, K., H.C. Wollersheim, E. Driessen, M.J.M.H. Lombarts, G. Ven, R.P.T.M. Grol, and O.A. Arah, Why doctors do (not) improve their performance after 360-degree feedback: a qualitative study, *Medical Education*, 2009, 43: 874-882.

Overeem, K., E.W. Driessen, O.A. Arah, K.M. Lombarts, H.C. Wollersheim, and R.P. Grol, Peer mentoring in doctor performance assessment: strategies, obstacles and benefits, *Medical Education*, 2010, 44: 140-147.

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 practise: does it help doctors or not? A systematic review, *Medical Education*, 2007, 41, 11: 1039-1049.

Overeem, K., M. J. Lombarts, O. A. Arah, N. S. Klazinga, R. P. Grol and H. C. Wollersheim, Three methods of multi-source feedback compared: a plea for narrative comments and co-workers' perspectives. *Medical Teacher*, 2010, 32, 2: 141-147.

Vleuten, C.P.M. van der, and L.W. Schuwirth, Assessing professional competence: from methods to programmes, *Medical Education*, 2005, 39, 3: 309-317.

Informatie over de auteurs

Drs. Karlijn Overeem is huisarts in opleiding en onderzoeker bij IQ healthcare.

Dr. Hub Wollersheim is internist en adjunct hoofd van de afdeling IQ healthcare.



Karlijn Overeem



Hub Wollersheim

Wat is bekend?

Het leveren van goede zorg begint bij het functioneren van individuele professionals. In het verbeteren van patiëntenzorg is de laatste tien jaar dan ook meer en meer aandacht gekomen voor het functioneren van dokters.

De KNMG pleit voor reguliere evaluatiegesprekken met een 'peer-to-peer' karakter. Het gaat om gesprekken die zich richten op de persoonlijke ontwikkeling en evaluatie van de betreffende arts en op de kwaliteit van de door hem/haar geboden zorg (persoonsgebonden kwaliteitsaspecten).

Wat is nieuw?

In Nederland is in de afgelopen jaren hard gewerkt aan de ontwikkeling van een evaluatiesysteem voor zowel medisch specialisten als huisartsen. Dit systeem gaat uit van twee bouwstenen: artsen laten zelf zien hoe zij functioneren (met een portfolio) en vragen feedback aan hun omgeving over hoe ze functioneren (middels 360-graden feedback). De resultaten worden besproken met een getrainde collega.

Wat kun je ermee?

Resultaten uit evaluatieonderzoek laten zien dat dit evaluatiesysteem haalbaar is en tot tevredenheid leidt bij specialisten. In de praktijk blijken de gespreksvaardigheden van gespreksleiders en een goede follow-up cruciale succesfactoren te zijn voor gedragsverandering.