

OPTIMAAL FUNCTIONEREN van medisch specialisten

*“Een boom die valt
maakt meer lawaai dan
een bos dat groeit”*

Inhoud

1. Inleiding	3
2. Werkwijze bij het opstellen van het visiedocument	5
3. Missie en visie, definitie en uitgangspunten	7
4. Bestaande instrumenten	10
5. De cultuur; maatschappij en medische wereld	11
6. De (kwaliteits)instrumenten en –procedures	14
6.1 Kwaliteitsvisitatie/IFMS	14
6.2 Opleiding, bij- en nascholing	16
6.3 Herregistratie	16
6.4 Modelreglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist	17
7. Verantwoordelijkheden diverse betrokkenen	18
7.1 Verantwoordelijkheid van de individuele medisch specialist	18
7.2 Verantwoordelijkheid van de vakgroep	19
7.3 Verantwoordelijkheid Raad van Bestuur (RvB) en/of bestuur Medische staf (SB)	20
7.4 Verantwoordelijkheid Raad van Toezicht	23
7.5 Verantwoordelijkheid van de wetenschappelijke vereniging	23
7.6 Verantwoordelijkheid van de OMS/KNMG	24
Bijlage 1: Kwaliteitsinstrumenten	26
Bijlage 2: Modelreglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist	28
Bijlage 3: CanMEDS model	29
Bijlage 4: Samenstelling werkgroep en klankbordgroep	30

Inleiding

Uit onderzoek blijkt dat de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg goed is. Zo heeft Nederland volgens de Euro Health Consumer Index (EHCI) 2013 voor het vierde jaar op rij het beste gezondheidszorgsysteem van Europa. Daar mogen allen die betrokken zijn bij de inrichting en uitvoering van onze zorg trots op zijn!

De medisch specialisten in Nederland zijn dat uiteraard ook, maar wij constateren daarnaast dat het behouden van deze positie niet vanzelf zal gaan: er zal blijvend moeten worden geïnvesteerd in het zo optimaal mogelijk laten functioneren van die gezondheidszorg, en dus ook van de daarin werkzame medisch specialisten. Op basis van onze missie en visie kan een invulling worden gegeven aan het begrip 'optimaal functioneren van medisch specialisten'.

MISSIE EN VISIE

Wij, medisch specialisten van Nederland, staan er voor dat mensen die medisch specialistische zorg nodig hebben er op kunnen vertrouwen dat zij worden geholpen door een optimaal functionerende arts en/of team van artsen. Daartoe zetten wij alle ons bekende en beschikbare middelen en instrumenten in en ontwikkelen wij nieuwe paden die kunnen helpen ons streven waar te maken. Wij doen dit vanuit een sterk collectief en in samenwerking met alle partijen die een zelfde doel voor ogen hebben.

Het blijven werken aan de kwaliteit van de medisch specialistische zorg naar de maatstaven die in de beroepsgroep en de maatschappij heersen is voor ons dan ook een belangrijk doel. Het goed functioneren van medisch specialisten speelt daarin een grote rol, waarbij duidelijk moet zijn dat dit geen statisch gegeven is maar juist een traject van voortdurende verbetering.

OPTIMAAL FUNCTIONEREN

De optimaal functionerende medisch specialist kenmerkt zich door het werken aan een voortdurende verbetering van zijn tijdens de opleiding verkregen competenties zoals gedefinieerd in het CanMeds model en het inzetten daarvan ten behoeve van de patiënt en de maatschappij. Daarbij volgt de arts uiteraard de door hem afgelegde eed/belofte.

Het streven van medisch specialisten om het eigen en het collectieve functioneren continu te verbeteren kan, zo is onze stelling, ook helpen om disfunctioneren te voorkomen. Werken aan kwaliteitsverbetering en voorkómen van (mogelijk) disfunctioneren liggen dan ook in elkaars verlengde. Het functioneren en disfunctioneren van medisch specialisten is, vooral naar aanleiding van enkele ernstige incidenten, in de politieke en publieke aandacht gekomen. Dit is begrijpelijk, en de medisch specialisten zien hierin een aanmoediging om hun al langer gevoerde beleid met betrekking tot de kwaliteit van medisch specialistische zorg voort te zetten en op punten te intensiveren.

Naar de mening van de werkgroep hebben de individuele medisch specialist, de vakgroep, de zorginstelling (bestuur medische staf (ook wel stafbestuur genoemd: SB), de Raad van Bestuur (RvB) en de Raad van Toezicht (RvT) en de wetenschappelijke verenigingen (wv'en) een gezamenlijke, maar ieder ook een eigen, verantwoordelijkheid ten aanzien van het stimuleren van goed functioneren van medisch specialisten en het detecteren en ten positieve ombuigen van (mogelijk) minder goed functioneren. Deze verantwoordelijkheden worden in dit document geëxpliciteerd en ons advies aan partijen is om die verantwoordelijkheden te accepteren, voortvarend op te pakken en uit te werken. Uiteindelijk gaat het om de kwaliteit van de medisch specialistische zorg in Nederland en het vertrouwen dat de maatschappij en de individuele patiënt hierin kan en moet hebben. Strategieën die het optimaal functioneren van medisch specialisten bevorderen dragen bij aan het behoud of (her)verkrijgen van dit vertrouwen.

De omgeving van de medisch specialist is cruciaal om 'optimaal functioneren' te ondersteunen, maar ook om (mogelijk) suboptimaal functioneren te signaleren. Het oppakken en melden van tekenen van minder optimaal functioneren is van belang omdat dit kan leiden tot het voorkomen van verder 'afglijden' tot manifest disfunctioneren, tot het verbeteren van het functioneren en daarmee tot het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Dit kent ook belangrijke 'cultuuraspecten'. Ook in de medische wereld is het niet vanzelfsprekend gebleken dat men elkaar aanspreekt op minder goed functioneren, of dat men elkaar aanspoort tot en helpt bij beter presteren. Kwaliteitsvisitaties, methodieken als die binnen het programma Individueel Functioneren Medisch Specialist (IFMS), herregistratie en de opleiding/bij- en nascholing dienen in essentie om het goed functioneren te bevorderen, maar een diepgewortelde cultuur van 'lerend verbeteren' is nodig om deze instrumenten optimaal te benutten. In het voorliggende visiedocument zal ingegaan worden op de bestaande instrumenten die het functioneren van medisch specialisten proberen te optimaliseren, de verbeteringen die hierin aan te brengen zijn om ook in de huidige – snel veranderende – maatschappij tegemoet te kunnen komen aan de behoeften van die maatschappij, en de rol c.q. verantwoordelijkheden die de diverse actoren in dit veld op zouden kunnen pakken.

2 Werkwijze bij het opstellen van dit visiedocument

Nadat binnen de Raad Kwaliteit¹ de behoefte werd gevoeld om te komen tot een herijking met betrekking tot de bestaande instrumenten die het functioneren van medisch specialisten betreffen, werd een werkgroep ingesteld die een specifieke taakopdracht meekreeg. Het concept visiedocument van de werkgroep werd herhaalde malen binnen de Raad Kwaliteit besproken; op 3 december 2013 werd het document definitief door de Raad vastgesteld.

Taakopdracht werkgroep

De taakopdracht voor de werkgroep optimaal functioneren was als volgt geformuleerd:

Stel een visiedocument op waarin staat beschreven hoe het optimaal functioneren van medisch specialisten kan worden bevorderd en geborgd, hoe minder goed functioneren zo vroeg mogelijk kan worden gedetecteerd en verbeterd, en hoe disfunctioneren zoveel mogelijk kan worden voorkomen en zo goed mogelijk kan worden benaderd om te komen tot verbetering.

Benoem daarbij de elementen van het bestaande kwaliteitsinstrumentarium en geef aan in hoeverre die al dan niet voldoen en doe voorstellen tot aanpassing of toevoeging van ander of aanvullend instrumentarium. De rol van de verschillende partijen (medisch specialist, vakgroep, medische staf, raad van bestuur van de instelling en wetenschappelijke vereniging) moet in het document helder worden beschreven.

Werkgroep

De werkgroep² werd samengesteld na een oproep tot deelname daaraan binnen de Raad Kwaliteit. Zij bestond voornamelijk uit medisch specialisten die daar op persoonlijke titel en met gevoel voor de visie van collega medisch specialisten in participeerden. Ook werden enkele juristen aan de werkgroep toegevoegd.

De werkgroep werd voorgezeten door Marcel Daniëls, cardioloog, voorzitter van de Raad Kwaliteit van de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en lid van het bestuur OMS.

Klankbordgroep

De werkgroep werd geflankeerd door een klankbordgroep die vanuit grotendeels niet direct medisch inhoudelijke expertise, maar wel via betrokkenheid met het onderwerp en met een blik vanuit de 'maatschappij', kritisch en opbouwend meekeek met de werkzaamheden van de werkgroep. De klankbordgroep werd voorgezeten door Benno Baksteen, luchtvaartdeskundige.

Reikwijdte document

Het uitgangspunt van de werkgroep was dat dit document van toepassing moest zijn op alle medisch specialisten. Dit betekent dus zowel specialisten in algemene en universitaire ziekenhuizen, Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's) of GGZ instellingen, als ook solistisch werkende specialisten, zowel vrijgevestigden als specialisten in dienstverband. De organisatorische eenheid werd daarbij minder van belang geacht.

¹ De Raad Kwaliteit is een platform van de Orde van Medisch Specialisten waar alle wetenschappelijke verenigingen elkaar treffen op het gebied van de kwaliteit van de medisch specialistische zorg.

² Voor een overzicht van de leden van de werkgroep en de klankbordgroep, zie bijlage 4.

Waar in het onderhavige document vakgroep staat kan bijvoorbeeld ook maatschap, resultaatsverantwoordelijke eenheid (RVE), of elke andere organisatorische eenheid van medisch specialisten worden gelezen. Daar waar stafbestuur (bestuur medische staf) staat kan ook stafconvent of elke ander bestuurlijk gremium van medisch specialisten in zorginstellingen worden gelezen. Dit in de overtuiging dat de principes van kwaliteitszorg, kwaliteitsverbetering en de daarbij passende instrumenten en procedures op alle medisch specialisten van toepassing zijn.

Implementatietraject

De werkgroep realiseert zich dat er in het document vele aanbevelingen worden gedaan. Het is dan ook niet reëel te verwachten dat alle aanbevelingen direct in de praktijk kunnen worden gebracht. Wel mag van de betrokkenen worden verwacht dat zij een plan hebben ten aanzien van de suggesties zoals gedaan in dit document; in dit plan kunnen prioriteiten ('wat pakken we in welke volgorde aan?') en een tijdspad van uitvoer worden opgenomen.

Het is aan koepelorganisaties om de implementatie van de aanbevelingen te volgen en daar waar nodig ondersteuning te bieden. Ook op dit niveau is het opstellen van een plan van aanpak wenselijk.

3 Missie en visie, definitie en uitgangspunten

De werkgroep heeft in eerste instantie gepoogd om een visie op te stellen met betrekking tot haar doel, om vervolgens een invulling te geven aan de definitie van 'optimaal functioneren'. De visie en definitie zijn reeds in de inleiding weergegeven:

Missie en Visie

Wij, medisch specialisten van Nederland, staan er voor dat mensen die medisch specialistische zorg nodig hebben er op kunnen vertrouwen dat zij worden geholpen door een optimaal functionerende arts en/of team van artsen¹. Daartoe zetten wij alle ons bekende en beschikbare middelen en instrumenten in en ontwikkelen wij nieuwe paden die kunnen helpen ons streven waar te maken. Wij doen dit vanuit een sterk collectief en in samenwerking met alle partijen die een zelfde doel voor ogen hebben.

Het blijven werken aan de kwaliteit van de medisch specialistische zorg naar de maatstaven die in de beroepsgroep en de maatschappij heersen is voor ons dan ook een belangrijk doel. Het goed functioneren van medisch specialisten speelt daarin een grote rol, waarbij duidelijk moet zijn dat dit geen statisch gegeven is maar juist een traject van voortdurende verbetering.

Deze missie en visie verwoordt het sterke gevoel bij de werkgroep dat de patiënt of potentiële patiënt (dat wil in feite zeggen: ieder mens) centraal staat in het handelen van de medisch specialist of het team van specialisten. Die patiënt of potentiële patiënt heeft recht -en moet kunnen vertrouwen- op hulp door een arts (of team van artsen) die er alles aan doet om zo optimaal mogelijk te functioneren. Dat kan de medisch specialist of het team van medisch specialisten bijna nooit alleen waarmaken; vandaar dat samengewerkt moet worden met allen die hieraan een bijdrage kunnen leveren: medewerkers op de werkvloer, collegae specialisten (en dus ook de Medische Staf van een instelling), de Raad van Bestuur van een instelling, de Raad van Toezicht van die instelling, patiëntenverenigingen, verenigingen van ziekenhuizen, vereniging van verpleegkundigen, overheid, Inspectie voor de Gezondheidszorg etc.

Het zoeken van samenwerking neemt niet weg dat er een belangrijke verantwoordelijkheid ligt bij de medisch specialist om er zelf voor zorg te dragen dat hij² zo optimaal mogelijk functioneert. Dit is niet een statische situatie; de professional kenmerkt zich immers door het feit dat hij elke dag opnieuw, elk moment opnieuw, wil verbeteren. Bij het afronden van de opleiding tot arts wordt een eed of gelofte afgelegd waarin de arts te kennen geeft zich in te zetten ten behoeve van de patiënt en de maatschappij. Tijdens de opleiding tot medisch specialist wordt getoetst op de aanwezigheid van de binnen het CanMeds model gedefinieerde competenties. Daarmee is de specialist echter niet 'klaar': verwacht mag en moet worden dat de medisch specialist zich ook na het afronden van de opleiding telkens probeert te verbeteren; de opleiding is de facto nooit 'af'. De werkgroep heeft aan de term 'optimaal functioneren' de volgende definitie gekoppeld:

¹ De werkgroep realiseert zich terdege dat medisch specialisten onderdeel zijn van een team en dat door de patiënt van het team als geheel een 'optimaal functioneren' mag worden verwacht. In de visie en missie wordt echter gesproken over de arts omdat het vanuit deze hoedanigheid is dat het document door de werkgroep is opgesteld en omdat het document zich specifiek richt op de medisch specialist en diens functioneren.

² Overal waar 'hij' of 'zijn' staat, kan ook 'zij' of 'haar' worden gelezen

Definitie Optimaal functioneren

De optimaal functionerende medisch specialist kenmerkt zich door het werken aan een voortdurende verbetering van zijn tijdens de opleiding verkregen competenties zoals gedefinieerd in het CanMeds model³ en het inzetten daarvan ten behoeve van de patiënt en de maatschappij. Daarbij volgt de arts uiteraard de door hem afgelegde eed/beloofte.

EED VAN HIPPOCRATES

Nederlandse Artseneed (2003)

Ik zweer/beloof dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens.

Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten.

Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen.

Ik zal aan de patiënt geen schade doen.

Ik luister en zal hem goed inlichten.

Ik zal geheim houden wat mij is toevertrouwd.

Ik zal de geneeskundige kennis van mijzelf en anderen bevorderen.

Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden.

Ik zal mij open en toetsbaar opstellen.

Ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving en zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen.

Ik maak geen misbruik van mijn medische kennis, ook niet onder druk.

Ik zal zo het beroep van arts in ere houden.

Dat beloof ik.

of

Zo waarlijk helpe mij God* almachtig.

*Gekozen is voor de algemene formulering 'God', waarbij studenten afhankelijk van hun geloofsovertuiging de naam van hun God in gedachten kunnen invullen.

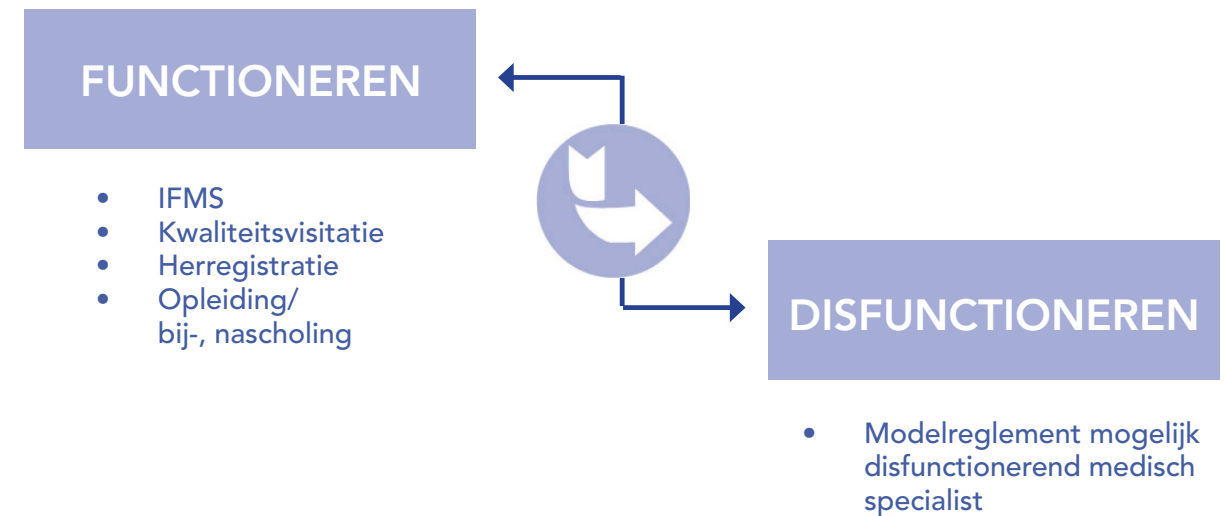
³ Zie bijlage 3 voor toelichting op het CanMEDS model

Uitgangspunten met betrekking tot optimaal functioneren

Na het vaststellen van de missie en visie en de definitie aangaande optimaal functioneren, heeft de werkgroep enkele uitgangspunten ten aanzien van dat functioneren geformuleerd, die in de volgende hoofdstukken nader worden uitgewerkt. Deze uitgangspunten zijn:

- De medisch specialist is (mede)verantwoordelijk voor de kwaliteit van zijn werkzaamheden, voor een goed functioneren van hemzelf en zijn directe omgeving (vakgroep), en spant zich voortdurend in om de kwaliteit van de patiëntenzorg te verbeteren waarbij hij gebruik maakt van alle CanMEDS competenties.
- De Raad van bestuur van de instelling en het bestuur van de medische staf hebben een (mede) verantwoordelijkheid voor het telkens verbeteren van de kwaliteit van de patiëntenzorg en het functioneren van de professionals: zij scheppen de voorwaarden om als individu optimaal te kunnen functioneren.
- Verbeteren van functioneren en patiëntveiligheid kan alleen gedijen in een cultuur waar leren centraal staat.
- De verschillende kwaliteitsinstrumenten kunnen aan kracht winnen door de samenhang ertussen meer te benadrukken en te stimuleren.
- De kwaliteitsinstrumenten dienen zodanig gebruikt te worden dat kwaliteitsverbetering geen eenmalige actie is, maar een voortdurend proces.
- Er dient een goede balans te zijn tussen interne en externe kwaliteitsbeoordelings- en -verbetersystemen.
- De adviezen uit de externe kwaliteitsbeoordelings- en -verbetersystemen dienen intern gemonitord en geïmplementeerd te worden.
- De intrinsieke motivatie van medisch specialisten moet in voldoende mate worden aangesproken. Reflecteren op het eigen functioneren en dat van de groep is daarbij van belang.
- De weg van functioneren naar disfunctioneren is een glijdende schaal. Door vroeg signalen op te vangen kan veel schade worden voorkomen.
- Wetenschappelijke verenigingen hebben een belangrijke rol bij het stimuleren van optimaal functioneren van hun leden en het voorkomen van disfunctioneren.
- Medisch specialisten voelen zich verantwoordelijk voor het optimaal functioneren van hun omgeving en spreken elkaar aan bij signalen van minder optimaal functioneren of (mogelijk) disfunctioneren.
- De medisch specialist die door zijn omgeving wordt aangesproken op minder optimaal functioneren neemt zelf onmiddellijk actie ter verbetering. Minder optimaal functionerende of disfunctionerende medische specialisten/vakgroepen krijgen altijd de kans zichzelf te verbeteren.
- De medisch specialist is onderdeel van een systeem (vakgroep, organisatie). Bij de beoordeling van het functioneren van een specialist, en met name bij een onderzoek naar eventueel disfunctioneren van een specialist, wordt het functioneren van dat systeem altijd betrokken bij de beoordeling c.q. het onderzoek.

4 Bestaande instrumenten



figuur 1: Bestaande instrumenten m.b.t. functioneren medisch specialisten

TOELICHTING

Om het optimaal functioneren van medisch specialisten te bevorderen wordt een aantal kwaliteitsbevorderende activiteiten ondernomen: de systematiek van IFMS (het individueel functioneren medisch specialisten), de kwaliteitsvisite van de vakgroep door de wetenschappelijke vereniging en regelmatige bij- en nascholing. Het systeem van herregistratie stimuleert deelname aan bovengenoemde activiteiten en garandeert een minimaal aantal uren patiëntenzorg. Bij een functioneringsvraag treedt het Modelreglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist in werking waarbij systematisch gekeken wordt of en in welke mate er sprake is van verminderd functioneren of disfunctioneren.

De figuur geeft aan dat er op dit moment aan de uitersten wel instrumenten bestaan, maar dat in het midden van de figuur, dus in de overgang van optimaal naar minder goed functioneren, nog weinig specifieke ankerpunten voorhanden zijn.

Er bestaat reeds een aantal instrumenten die tot doel hebben het functioneren van vakgroepen of individuen te bevorderen: *IFMS* en *kwaliteitsvisites* zijn daarvan de meest directe voorbeelden. Maar ook het systeem van *herregistratie* is bedoeld om de kwaliteit van zorg te stimuleren door een minimum aan bij- en nascholing te garanderen, en om de participatie in patiëntenzorg en deelname aan kwaliteitsbevorderende activiteiten vast te stellen. Daarbij wordt de *bij- en nascholing* onderverdeeld in medisch inhoudelijke en algemene competenties zoals dat in het CanMeds model wordt beschreven. Dit model geeft invulling aan de zeven competenties die van belang worden gevonden voor een goede functie-uitoefening en die daarmee ook onderdeel zijn van de opleiding tot medisch specialist.

Als het functioneren van een medisch specialist dusdanig in twijfel wordt getrokken dat gedacht wordt aan apert disfunctioneren, dan kan teruggevallen worden op het bestaande *Modelreglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist*¹.

¹ Zie bijlage 2 voor samenvatting van *Modelreglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist*, Orde van Medisch Specialist, Utrecht april 2008.

5 De cultuur; maatschappij en medische wereld

Er is in de laatste jaren toenemende aandacht voor het functioneren, en met name disfunctioneren, van medisch specialisten ontstaan, zowel in de politiek, in de media, als binnen de beroepsgroep zelf. Aanleiding daartoe was vooral het naar voren komen van enkele incidenten, die elk op zich duidelijk hebben laten zien welke impact disfunctioneren van artsen kan hebben op individuele patiënten, op het publieke gevoel van veiligheid en op de zorginstelling, zelfs in een omgeving waarin al veel geïnvesteerd wordt in het optimaal laten functioneren van specialisten (zie de titel van dit document: 'een boom die valt maakt meer lawaai dan een bos dat groeit'). Mede op basis van genoemde incidenten heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg het functioneren van werkers in de zorg gekozen als onderwerp voor de 'Staat van de Gezondheidszorg 2013' (terwijl dit op grond van het Meerjarenbeleidsplan 2012-2015 al als speerpunt van de IGZ was gedefinieerd). Maar ook heeft dit geleid tot een grotere 'awareness' bij medisch specialisten rondom het thema functioneren-disfunctioneren, waarop wetenschappelijke verenigingen (wv'en) en koepelorganisaties van artsen zich steeds meer een rol hebben toebedeeld bij het voorkómen, signaleren en ten gunste ombuigen van (mogelijk) disfunctioneren. Dit is natuurlijk een wenselijke ontwikkeling. Hoe betreuwenswaardig en afkeurenswaardig het vóórkomen van incidenten ook is, en hoe begrijpelijk een reactie om te komen tot een beter (en strenger) toezicht met meer regels, toch is het de mening van de werkgroep dat met name met een lerende opstelling – en niet een blamerende- herhaling van incidenten beter voorkomen kan worden en de kwaliteit van de zorg uiteindelijk meer gediend is. Een veilige omgeving waarin men elkaar aanspreekt op minder optimaal functioneren en elkaar ondersteunt is een betere waarborg voor de kwaliteit van zorg dan een omgeving waarin angst bestaat voor juridische gevolgen van meldingen. 'Waar angst regeert, wordt niet geleerd'¹. Dit laat onverlet dat een verdere cultuurverandering in de zorginstelling en bij medisch specialisten kan bijdragen aan het scheppen van die veilige leeromgeving.

De cultuur in de zorginstelling bepaalt in belangrijke mate het gedrag van medisch specialisten; omgekeerd bepaalt het gedrag van medisch specialisten in belangrijke mate de cultuur in de zorginstelling. Door hun voorbeeldfunctie en hun positie binnen een zorginstelling is de manier waarop medisch specialisten omgaan met thema's als kwaliteit en veiligheid, functioneren, elkaar aanspreken op en helpen bij minder optimaal functioneren en het signaleren en melden van apert disfunctioneren bepalend voor de cultuur binnen de instelling. Weggeman² beschrijft cultuur als 'sfeer, klimaat veroorzaakt door de manier van doen-en-laten die voortkomt uit de waarden en normen die een groep mensen als richtinggevend voor hun gedrag wenst te beschouwen'. Door o.a. de waarden compassie, samenwerking en zorgvuldigheid centraal te stellen, krijgt (mogelijk) disfunctioneren minder kans.

Uit onderzoek³ blijkt dat excellente organisaties enerzijds beschikken over een klein aantal geëxpliciteerde waarden en normen waaraan strak de hand wordt gehouden, terwijl anderzijds van medewerkers innovatief denken en veel initiatief en ondernemerschap wordt verwacht. Een belangrijk cultuurkenmerk van excellente organisaties is 'vrijheid in verbondenheid': een optimale combinatie van consistent, inspirerend en missie gedreven leiderschap en individuele autonomie.

Uit een Europese studie⁴ blijkt dat in heel Europa de focus sterk ligt op kwaliteitsbeoordeling in plaats van op kwaliteitsverbetering. Daarom ligt de nadruk om tot verbeteringen te komen vooral op systemen en data in plaats van op een uitnodiging om gedrag en attitude aan te passen en een leercultuur gebaseerd op vertrouwen te creëren.

¹ Ronnie van Diemen, inspecteur-generaal IGZ op het jaarlijkse symposium Medisch Specialistische Zorg, 2 oktober 2013.

² Weggeman, M. (2007). *Leidinggeven aan professionals? Niet doen!*

³ Peters, T. & Waterman, R. (1982). *In search of excellence.*

⁴ Kwaliteitsverbetering in Europese ziekenhuizen. Resultaten uit de onderzoeksprojecten QUASER en DUQuE

Het is naar de mening van de werkgroep van het grootste belang dat in een zorginstelling een collectieve ambitie wordt neergezet waar iedereen zich aan dient te houden. Voor een optimale samenwerking is een onderlinge saamhorigheid en wederkerigheid essentieel, zeker in grote instellingen. Nu is er nog te vaak sprake van een conflictmodel tussen professionals en bestuurders (wij/zij), terwijl iedereen het vanuit zijn eigen positie zo goed mogelijk wil doen. Door een gezamenlijk doel te definiëren en na te streven creëert men een consensus model (wij/wij).

Het maken van afspraken omtrent een beperkt aantal krachtige gezamenlijke waarden en normen met daaruit voortvloeiende gedragsregels, waar consequent op gestuurd wordt en waarop professionals elkaar aanspreken, is naar de mening van de werkgroep een vruchtbare manier om een bijdrage te leveren aan de gewenste cultuurverandering. Hiermee wordt een beroep gedaan op de intrinsieke motivatie van professionals en ontstaat de mogelijkheid om professionaliteit en eigenaarschap te stimuleren zonder dat deze wordt dichtgetimmerd met teveel systemen, regels en data⁵. Gestart zou kunnen worden met "onbedreigende" onderwerpen (bijvoorbeeld hygiënevoorschriften, zoals de "bare fore-arm policy") waarop men elkaar relatief gemakkelijk kan aanspreken. Hiermee wordt de vrijblijvendheid voorbij gegaan en kan gestreefd worden naar een high trust-low tolerance cultuur. Het gaat om het consequent nakomen door individuen van gemaakte afspraken, beschreven procedures en vastgestelde normen. Dat is zowel een taak voor de RvB en het SB als voor de vakgroep en de Wv. Maar ook andere beroepsgroepen die veel met medisch specialisten samenwerken (zoals verpleegkundigen, fysiotherapeuten, etc.) moeten dit beleid ondersteunen door in de teams waarin ze samenwerken elkaar en de medisch specialisten aan te spreken op deze gedragsregels. Dat vraagt overigens vooral van de medisch specialisten als op de werkvloer een open attitude zodat men ook daadwerkelijk aangesproken kan worden. Het helpt als de medisch specialist bovendien over de grenzen van het eigen beroepsdomein heen kan kijken: wat zijn de noden, de wensen, en de mogelijkheden binnen het team als geheel (dus ook die van verpleegkundigen en andere zorgprofessionals)? Overigens moet worden opgemerkt dat de huidige opleiding van medisch specialisten met de CanMeds competenties al veel meer dan voorheen inspeelt op deze vormen van samenwerking en zelfreflectie.

Cultuur omvat ook nog andere aspecten: in hoeverre is de medische beroepsgroep gewend om met enige regelmaat serieus te reflecteren op haar werkzaamheden als individu of als groep? De instrumenten daartoe zijn er wel (zie verder), maar zit het al in de 'genen' van de arts om die ook daadwerkelijk in een cyclus van verbetering op te pakken? Hoeveel artsen hebben inmiddels een persoonlijk ontwikkelingsplan (POP)⁶ of aandachtspunten-plan? De werkgroep realiseert zich dat het tot wasdom komen van deze betrekkelijk nieuwe vormen van gestructureerde zelfreflectie tijd kost, maar wijst er op dat alleen een actieve opstelling van artsen en een stimulerende omgeving in deze de introductie van de diverse instrumenten kan bespoedigen.

We dienen ons te realiseren dat een medisch specialist, nadat die eenmaal in een vakgroep is komen te werken (en met name als dat in een van de kleinere klinieken is) weinig mogelijkheden heeft zijn carrière binnen de vakgroep of het ziekenhuis 'uit te bouwen'. In principe zijn alle leden van de vakgroep gelijk en is er geen sprake van een hiërarchische structuur. Daarin schuilt een risico van onderstimulering wat betreft kwaliteitsontwikkeling en de vraag is dan ook in hoeverre de beroepsgroep haar leden vormen van 'loopbaanbegeleiding' biedt of kan bieden, of in hoeverre instellingen die aan haar medisch specialisten kan bieden? Mag het als vanzelfsprekend worden gezien dat na afronden van de opleiding een specialist werkzaam wordt in bijvoorbeeld een vakgroep en daar tot in lengte van dagen ongewijzigd in functioneert? Er is nog maar weinig aandacht voor systemen die individuele talenten helpen ontwikkelen om ook in latere fasen van het werkzame leven de motivatie voor het vak levend te houden, of die bijspringen in het geval er persoonlijke problemen of aandachtspunten zijn. Wellicht is de cultuur er nog teveel een van 'gewoon doorzetten'. De werkgroep meent dat de ontwikkeling van dergelijke (begeleidings)systemen of het opstellen van 'personal development plans' kan helpen het functioneren van medisch specialisten te optimaliseren en verminderd functioneren kan voorkomen.

⁵ Hart, W & Buiting, M. (2012). *Verdraaide organisaties. Terug naar de bedoeling.*

⁶ Zie KNMG Kwaliteitskader medische zorg 'Staan voor kwaliteit'(2011)

INTRINSIEKE MOTIVATIE STIMULEREN

In een artikel in het NTVG¹ wordt beschreven hoe men in een academisch ziekenhuis op zoek ging naar de intrinsieke motivatie van medische professionals met als doel de kwaliteit van zorg te waarborgen. In sessies wisselden de deelnemers praktijkverhalen uit. De sessies leidden tot onderlinge er- en herkenning, inspiratie en motivatie. Het bespreken van betekenisvolle praktijkverhalen is te beschouwen als een leermoment; het versterkt de professionele identiteit en stimuleert de intrinsieke motivatie. Meer ruimte voor deze vorm van reflectie moet de balans met externe controlesystemen (registraties, visitaties, accreditaties) herstellen.

¹ Witman, Y. van den Kerkhof, Peter C.M., Braat Didi, D.M. Medische professionals over hun kernwaarden. Het belang van praktijk verhalen en intrinsieke motivatie. NED TIJDSCHR GENEESKD. 2013;157: A5698

INTRODUCTIEPROGRAMMA

In een introductieprogramma voor nieuwe medisch specialisten¹ kunnen de waarden en normen van de instelling worden geïntroduceerd en door middel van bijvoorbeeld interview en trainingen actueel worden gehouden. De RvB dient in een dergelijk ontwikkelingsprogramma te investeren. Dit gebeurt reeds in verschillende ziekenhuizen.

¹ Van de Walle-van Veen, B. Praktische cursus helpt jonge klaren. MC 10 januari 2013, 78-79.

Op basis van het bovenstaande komt de werkgroep tot de volgende aanbevelingen:

- In de zorginstelling dient een cultuur van constante reflectie op het individuele en het vakgroep functioneren zichtbaar gestimuleerd te worden.
- In een zorginstelling dient een beperkt aantal gezamenlijke waarden en normen en een collectieve ambitie afgesproken te worden die betrekking hebben op kwaliteit en veiligheid. Deze worden vertaald in gedragsregels waarop krachtig wordt gestuurd en gehandhaafd.
- Een programma om de intrinsieke motivatie van de medisch specialisten en hun reflectie hierop te stimuleren dient in iedere zorginstelling operationeel te zijn. Ook vormen van loopbaanbegeleiding horen daar een onderdeel van te zijn.
- In de instelling moet een veilige (blame-free) cultuur worden gecreëerd. Alleen dan kan men elkaar aanspreken op het functioneren, op het niet nakomen van afspraken, en kunnen complicaties, calamiteiten, near-misses etc. als leermoment worden gebruikt.

6 De (kwaliteits)instrumenten en –procedures

De werkgroep heeft de bestaande kwaliteitsinstrumenten en –procedures (zie figuur 1) tegen het licht gehouden en geconcludeerd dat deze in essentie nog altijd een belangrijke rol spelen bij het optimaliseren van het functioneren van medisch specialisten. Het gebruik van de instrumenten, alsmede de samenhang en afstemming tussen de instrumenten/procedures kan volgens de werkgroep echter wel verbeterd worden. Met het gebruik van kwaliteitsinstrumenten dient de beroepsgroep een goede balans te vinden tussen i) het motiveren van medisch specialisten om het functioneren te verbeteren en ii) een systeem om de minder optimaal functionerende groepen/individuen te identificeren en weer op het gewenste spoor te zetten.

Hieronder worden verschillende aanbevelingen gedaan ter verbetering van het gebruik en de samenhang van de reeds bestaande instrumenten.

6.1 Kwaliteitsvisitatie/IFMS

- De professionele omgeving van de medisch specialist dient een belangrijkere rol te krijgen bij de kwaliteitsvisitaties door de wv'en dan nu het geval is. Bijvoorbeeld door bij de gesprekspartners die in het algemeen bij kwaliteitsvisitaties gezien worden (RvB, SB, huisartsen, patiëntvertegenwoordigers etc.) consequent vóóraf (dus ruim vóór de dag van visitatie) input te vergaren voor het visitatiegesprek.
- Daarnaast dienen bij of voorafgaande aan kwaliteitsvisitaties ook andere vakgroepen en (groepen) medewerkers (o.a. verpleegkundigen) hun mening te geven over het functioneren van de te visiteren vakgroep. Een mogelijkheid is om dit door middel van GroepsIFMS (GFMS)¹ te doen, waar nu ervaring mee wordt opgedaan. Overigens kan deze 360 graden feedback van de vakgroep ook buiten kwaliteitsvisitaties van de wv'en om binnen de zorginstelling ingezet worden en eventueel zelfs gekoppeld worden aan IFMS.
- Het "peer to peer" karakter (dat wil zeggen door leden van hetzelfde specialisme) van kwaliteitsvisitaties moet behouden blijven. Het is goed dat vlees gekeurd wordt door een slager, als het maar het vlees van een andere slager is. De visitatiecommissie dient echter wel meevoudig te kijken: verbeteradviezen kunnen en moeten ook gegeven worden op andere competenties dan de puur medisch-inhoudelijke, en signalen die een ingang kunnen zijn om een dergelijke verbeteringsmogelijkheid te detecteren moeten opgepikt kunnen worden. Dat betekent dat een of meer deskundigen die op het beoordelen van andere dan de puur medisch-inhoudelijke competenties geschoold en getraind zijn aan het visitatieteam van medisch specialisten moeten worden toegevoegd. De invulling hiervan kan overigens per medisch specialisme en zelfs per vakgroep binnen dat specialisme verschillen, o.a. gebaseerd op eerdere visitaties of op signalen die de visitatiecommissie tijdens haar voorbereidingsfase heeft gekregen.
- De kwaliteitsvisitatie dient erop gericht te zijn dat (alle) vakgroepen visitatie zien als een kans om te verbeteren. Vakgroepen moeten worden gestimuleerd om verbetermogelijkheden expliciet aan te geven bij de visitatiecommissie. Maar ook dienen knelpunten te worden benoemd, óók die binnen de vakgroep zelf; de visitatiecommissie kan immers een adviserende rol spelen bij het oplossen ervan! Dit vergt specifieke inspanning en aandacht van zowel de gevisiteerde vakgroepen als van de visitatoren. Daarbij is een veilige omgeving met name voor het delen van knelpunten essentieel; dit betekent dat de rapportage van de kwaliteits-

¹ Bij GFMS wordt de vakgroep geëvalueerd door de omgeving met een specifiek instrument, waarbij de score van de vakgroep wordt vergeleken met die van de omgeving. Dit is een relatief nieuwe ontwikkeling en hoewel de eerste ervaringen goed zijn, moet de waarde ervan in de praktijk nog bewezen worden.

en te borgen. Visitatoren binnen een Wv dienen ook met elkaar een systeem te ontwikkelen waarmee men onderling kan reflecteren op visitaties teneinde zo consistent mogelijk te werken.

- De OMS stimuleert onderzoek naar de eisen die aan de gespreksleiders en visitatoren moeten worden gesteld en doet voorstellen om de training daarop aan te passen.

6.2 Opleiding, bij- en nascholing

Het is van belang dat het onderwerp optimaal functioneren een nog grotere rol gaat spelen in de opleiding. Jonge specialisten zijn in hun opleiding al vertrouwd gemaakt met 360 graden feedback en een aanspreekcultuur die gericht is op voortdurende verbetering volgens Canmeds competenties. Daarmee kunnen en moeten zij hun collegae die niet volgens dit model zijn opgeleid laten zien dat voortdurend verbeteren vanzelfsprekend is en óók een manier is om disfunctioneren te voorkomen. Elkaar aanspreken en feedback geven moet vanzelfsprekend worden. Men helpt elkaar daarmee om optimale zorg te bieden. Transparant zijn/ zich openstellen, toetsen aan collega's en constant blijven ontwikkelen zijn daarvoor belangrijke ingrediënten. Deze items vallen onder de competenties 'professionaliteit' en 'maatschappelijk handelen'. Overigens is op deze punten de laatste jaren al veel vooruitgang geboekt met de modernisering van opleidingen volgens het CanMeds model. Daar waar wv'en eigen cursussen aanbieden aan aios (maar ook aan werkzame specialisten) moet er op worden gelet dat er ook aandacht is voor optimaal functioneren en het voorkomen van disfunctioneren.

Aanbeveling:

- De werkgroep beveelt de wv'en aan om in de opleiding van aios en in het bij- en nascholingsprogramma van medisch specialisten specifiek aandacht te hebben voor de competenties professionaliteit en maatschappelijk handelen.

6.3 Herregistratie

De criteria voor herregistratie worden opgesteld door het College Geneeskundige Specialismen (CGS). Deze criteria richten zich op:

- de omvang van de praktijkuitoefening
- de gevolgde bij- en nascholing
- de deelname aan overige kwaliteitsbevorderende activiteiten zoals kwaliteitsvisitation

Door het CGS wordt al nagedacht over het toevoegen van 'deelname aan IFMS' als herregistratie-eis. De werkgroep ondersteunt een dergelijke gedachte en meer in het algemeen een reflectie op het systeem van herregistratie. Er worden tot op dit moment geen inhoudelijke eisen gesteld aan de verplichtingen die gelden voor de herregistratie. Dat moet veranderen. Juist het systeem van herregistratie kan stimuleren dat een medisch specialist/vakgroep het adagium van "levenslang leren en verbeteren" omarmt, waardoor er een continuüm met de opleiding kan ontstaan. De Registratiecommissie Geneeskundige Specialismen (RGS) kan daarbij controleren of een specialist bij- en nascholing volgt op alle competenties¹. Ook betekent het dat een medisch specialist/vakgroep niet alleen deelneemt aan kwaliteitsbevorderende activiteiten, maar zich ook laat toetsen op de resultaten van daarin afgesproken verbeteracties.

Naar de mening van de werkgroep kan het niet anders dan dat de eis om deelgenomen te hebben aan kwaliteitsvisitationen wordt aangescherpt waarbij ook eisen worden gesteld aan de uitkomst van een dergelijke visitatie. Dat kan overigens alleen als er normen zijn waaraan wordt getoetst. Voor de kwaliteitsvisitation is er een algemene Leidraad waarderingssystematiek² ontwikkeld die door de wv'en aangepast wordt in een voor hun specialisme toepasselijke leidraad. Dit proces is bij veel wv'en in volle gang. Als de leidraad voor de wv'en uitgewerkt is zal nader afgesproken moeten worden waar de grens ligt tussen het wel en niet voldoen aan de gestelde eisen, en op welk moment welke aanhoudende tekortkomingen gevolgen zouden kunnen hebben voor de herregistratie van het individu.

¹ Croonen, H. Herregistratie met meer kwaliteit en minder papier. MC 27 juni 2013, 1422-1425.

² Waarderingssystematiek voor de kwaliteitsvisitation. Leidraad voor wetenschappelijke verenigingen, 2012

teitsvisitation alleen bij van te voren benoemde gremia geheel of gedeeltelijk inzichtelijk zal zijn.

- De conclusies (en benoemde verbeterpunten) van het kwaliteitsvisitationrapport worden gedeeld met in elk geval het bestuur van de medische staf en de Raad van Bestuur van de instelling.
- Bij kwaliteitsvisitationen dienen vakgroepen niet alleen als groep benaderd te worden (zoals in het algemeen het geval is in de huidige systematiek), maar moeten (aanvullend daarop) bovendien met individuele vakgroepleden of kleinere groepen gesprekken gevoerd worden.
- Het gebruik van de Leidraad waarderingssystematiek/normendocument bij de kwaliteitsvisitation door de wv'en dient verplicht te worden.

“Artsen moeten naast hun medische kennis en vaardigheden wetenschappelijk èn persoonlijk kunnen reflecteren om een excellente arts te worden en te blijven.”

Leo Aukes, onderzoeker en onderwijsontwikkelaar, UMCG

- De vakgroep dient aantoonbaar voor de visitatiecommissie een verbinding te leggen tussen kwaliteitsvisitationen en de persoonlijke ontwikkelpunten (POP's) van de vakgroepleden, zodat de POP's van het individu ook een plaats krijgen binnen de doelstellingen van de vakgroep. Door deze persoonlijke ontwikkelpunten (POP's) te delen in de vakgroep kan dat leiden tot een meer gedegen "vakgroepprofiel". Daarmee wordt het een gedeelde verantwoordelijkheid van zowel de vakgroep als het individu om invulling en uitvoering te geven aan de in het POP gestelde doelen.
- Onderdeel van de voorbereiding op de kwaliteitsvisitation is het aanleveren van gegevens aan de visitatiecommissie, inclusief een zelfevaluatie door de vakgroep. Een visitatie zonder tijdige beschikbaarheid van deze gegevens (en dus zonder adequate mogelijkheid voor de commissie om de gegevens te bestuderen) is niet zinvol en dient geen doorgang te vinden. Binnen wv'en moeten afspraken gemaakt worden over tijdslijnen op dit punt; bij overschrijden van de tijdslijnen gaat de visitatie niet door. Ook bij IFMS is dit een aan te bevelen manier indien gegevens onvoldoende of te laat worden aangeleverd.
- Wv 'en dienen jaarlijks de uitgevoerde visitaties te evalueren door (op geaggregeerd niveau) alle gegeven adviezen te bezien en daaruit consequenties voor het visitatiebeleid te trekken. Bovendien is het hiermee voor de wv'en mogelijk om andere collegae te wijzen op frequenter voorkomende aandachtspunten en om hiaten in het bij- en nascholingsprogramma op te sporen.
- Wv'en vragen consequent feedback over de visitatoren aan de gevisiteerde vakgroepen en gebruiken dat om de kwaliteit van de visitatoren te verbeteren.
- De OMS initieert evaluatieonderzoek naar het gebruik en de resultaten van de kwaliteitsvisitationen en IFMS.
- De OMS ondersteunt beleid dat erop gericht is de verschillende vormen van externe audits (kwaliteitsvisitation door de wv'en, NIAZ, JCI) elkaar zoveel mogelijk te laten versterken.
- Alle gespreksleiders van IFMS en visitatoren van kwaliteitscommissies volgen een gedegen training met regelmatige follow up of intervisie om de kwaliteit van de gespreksleiders en visitatoren te verbeteren

Aanbeveling:

- Er dienen aanvullende eisen gesteld te worden aan het systeem van herregistratie van medisch specialisten: een specialist dient bij- en nascholing te volgen op meerdere competenties en dient deel te nemen aan IFMS-methodieken. Inhoudelijke aspecten van kwaliteitsvisitaties moeten uiteindelijk ook een rol spelen in de herregistratie.

6.4 Modelreglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist

Bij een formeel neergelegde functioneringsvraag ten aanzien van een medisch specialist of vakgroep treedt het Modelreglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist³ of een vergelijkbaar reglement in werking. Alle zorginstellingen dienen over een dergelijk reglement te beschikken. Het Modelreglement beschrijft de procedure die gevolgd wordt om te onderzoeken of er wel of geen sprake is van disfunctioneren.

Het is momenteel overigens niet duidelijk in hoeverre het Modelreglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist in de zorginstellingen wordt gebruikt, en of dit –als het wordt toegepast– naar tevredenheid werkt. De werkgroep beveelt daarom aan om de toepassing en geschiktheid van het Modelreglement te evalueren en aan te passen aan eventueel verkregen nieuwe inzichten.

De werkgroep is van mening dat het (dis)functioneren van het individu niet los kan worden gezien van het functioneren van de groep of het systeem waar deze specialist deel van uitmaakt. Bij intern onderzoek naar disfunctioneren van een individu moet het functioneren van de groep en het systeem daarom altijd worden betrokken.

Als ledenvereniging heeft een Wv mede een rol in het ondersteunen van haar leden, ook op kwalitatief gebied. In de visie van de werkgroep heeft de Wv ook een maatschappelijke taak om de kwaliteit van het vakgebied, en daarmee van haar beoefenaren, te 'bewaken'. Om deze combinatie van taken waar te kunnen maken dient een Wv in een zo vroeg mogelijk stadium geïnformeerd te worden over het (mogelijk) disfunctioneren van één van de leden. In elk geval moet dat geschieden op het moment dat er in een instelling een formeel onderzoek naar het functioneren van een medisch specialist wordt gestart. De Wv dient in de optiek van de werkgroep dan ook beleid te hebben opgesteld hoe én waar een dergelijke melding moet binnen komen en hoe er vervolgens mee moet worden omgegaan, waarbij speciaal ook rekening wordt gehouden met de privacy van betrokkene(n) en het voorkomen van imagoschade als bij het ingestelde onderzoek vervolgens blijkt dat er geen sprake is van disfunctioneren.

De werkgroep hecht er aan om in het kader van deze paragraaf erop te wijzen dat bij vermoedens van minder optimaal of disfunctioneren van een medisch specialist als eerste die specialist hierop wordt aangesproken teneinde hem de kans te geven zich te verbeteren. Daarbij ligt er overigens wel een taak bij de 'melder' om te volgen of de gewenste verbetering daadwerkelijk ook optreedt. Gebeurt dat niet, in onvoldoende mate of te langzaam dan kan de 'melder' zich richten tot het SB. Sommige zorginstellingen hebben een 'commissie vertrouwenspersonen' die als tussenstap ingeschakeld kan worden.

Aanbevelingen:

- De OMS dient te onderzoeken in hoeverre het Modelreglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist of een vergelijkbaar reglement in de zorginstellingen wordt gebruikt, waar eventueel afwijkende procedures worden gebruikt en met welke reden om vervolgens te bezien of het Modelreglement aangepast dient te worden.
- Iedere zorginstelling dient een Modelreglement disfunctioneren of een vergelijkbaar model te hebben geïmplementeerd.

³ Zie bijlage 2 voor een samenvatting van het Modelreglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist (2008).

Verantwoordelijkheden diverse betrokkenen

De medisch specialist is onderdeel van een systeem; om de ambitie tot zo optimaal mogelijk functioneren waar te maken zal dat 'systeem' hierin bijdragend moeten zijn. Daarin speelt de directe omgeving van de medisch specialist (vakgroep, andere zorgprofessionals, overige medewerkers, RvB en SB van een zorginstelling) de belangrijkste rol, maar ook de Wv en de OMS/KNMG kunnen en moeten daarin volgens de werkgroep een verantwoordelijkheid nemen. In de voorgaande hoofdstukken en paragrafen zijn voor diverse actoren op onderdelen al punten benoemd die naar de mening van werkgroep aandacht behoeven. In het huidige hoofdstuk wordt hier verder op in gegaan. Uiteraard kan de werkgroep niet in de discrete bevoegdheden en verantwoordelijkheden treden van de genoemde actoren; dat neemt niet weg dat zij, vanuit de visie dat deze actoren mede van invloed zijn op het functioneren van medisch specialisten, heeft gemeend aanbevelingen richting betrokkenen te kunnen doen die de specialisten kunnen helpen in het volbrengen van hun ambitie.

7.1 Verantwoordelijkheid van de individuele medisch specialist

De zorgprofessionals dienen de operationele verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid op zich te nemen en hierover verantwoording aan elkaar en aan het bestuur van de zorginstelling af te leggen. Dat betekent concreet dat de medisch specialist (mede)verantwoordelijk is voor de kwaliteit van zijn werkzaamheden (conform de CanMeds competenties), voor een goed functioneren in brede zin van hemzelf en van zijn directe omgeving (vakgroep) en voor een correcte bejegening van patiënten, collega's en medewerkers.

Om zich hierin voortdurend te verbeteren neemt de specialist deel aan IFMS. Dit betekent dat iedere specialist een persoonlijk ontwikkelplan bijhoudt, feedback verzamelt, over leerpunten feedback vraagt en/of met (een) andere specialist(en) hierover in gesprek gaat. Ook nemen alle medisch specialisten deel aan complicatiebesprekingen en multidisciplinaire overlegsituaties. Het is vanzelfsprekend dat de medisch specialist meewerkt aan de kwaliteitsvisitatie door de beroepsverenigingen en bijdraagt aan interne meet- en verbetertrajecten (o.a. interne audits en het opstellen, registreren en aanleveren van indicatoren). Het geven van onderwijs of het leveren van een bijdrage aan opleidingen van artsen of andere zorgprofessionals helpt vaak ook om te reflecteren op het eigen handelen.

De individuele medisch specialist is verplicht om signalen van mogelijk verminderd functioneren bij een collega, of signalen die een risico vormen voor het functioneren van een collega, te bespreken met die collega. De specialist kan er ook voor kiezen om de andere leden van de vakgroep of leden van het SB (of van een eventueel bestaande commissie met vertrouwenspersonen) te betrekken in deze bespreking; bovendien rust er een verplichting op de specialist (of vakgroep of SB) om ook de ontwikkeling bij de collega ten aanzien van het besprokene te toetsen. Geeft genoemde collega onvoldoende blijk van verbetering, dan wordt – als dat nog niet was gedaan– het contact breder gezocht (vakgroep, SB).

Aanbevelingen:

- Specialisten nemen deel aan kwaliteitsbevorderende activiteiten die in de zorginstelling worden georganiseerd. Complicatiebesprekingen en multidisciplinaire overlegsituaties vormen hier een onderdeel van.
- Specialisten bekwamen zich in het reflecteren op hun functioneren en zetten zich voortdurend in om zich persoonlijk en in hun loopbaan te ontwikkelen. Het doen van intervisie zou onder medisch specialisten gemeengoed dienen te worden.

- Specialisten spreken collegae aan bij minder optimaal functioneren of een vermoeden van disfunctioneren en geven hier een vervolg aan.

7.2 Verantwoordelijkheid van de vakgroep

Het functioneren van een medisch specialist kan alleen maar gezien worden in relatie met zijn omgeving. Dat betekent dat een vakgroep mede aanspreekbaar is op en verantwoordelijk is voor het individueel functioneren van haar leden. Als er sprake is van minder optimaal functioneren van een individuele specialist, dient de vakgroep in te grijpen. Men bespreekt dit eerst in de vakgroep en gaat gezamenlijk op zoek naar oplossingen, al dan niet in overleg met de medische staf. Als de vakgroep niet in staat is (gebleken) het probleem op te lossen, dan volgt altijd overleg met de medische staf en/of Raad van Bestuur van de instelling; uiteindelijk kan het Modelreglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist in werking worden gesteld. Overigens moet worden opgemerkt dat de rol van de vakgroep en haar leden in deze niet vrijblijvend is; als de vakgroep constateert dat verbetering bij een op minder optimaal functioneren aangesproken collega uitblijft, en de vakgroep heeft geen verdere hulp gezocht van bijvoorbeeld de medische staf, dan zijn de individuele leden van de vakgroep daarop ook aan te spreken bij eventueel vervolgonderzoek.

De werkgroep beveelt vakgroepen aan om door middel van een aantal acties zoveel als mogelijk disfunctioneren en 'schade' te voorkomen:

Goede selectie: assessment bij het aannemen van een nieuw lid binnen een vakgroep. De positieve aspecten van assessments kunnen beter worden benut dan nu het geval is.

Klimaatmeting in de vakgroep: Zowel bij het aannemen van een nieuwe collega in de vakgroep, als bij het met regelmaat meten van het 'klimaat' van de vakgroep kan het inzetten van een assessment/thermometer een belangrijk middel zijn om de kwaliteit meetbaar en bespreekbaar te maken, zicht te krijgen op verschillen, rollen en cultuur en mogelijk disfunctioneren vroegtijdig te signaleren en op te pakken. Het advies is dan ook om van dergelijke methodieken op gezette tijden gebruik te maken.

Functioneringscyclus: maak het functioneren van de vakgroep met enige regelmaat expliciet tot onderwerp van gesprek in de vakgroep. Noem het de (jaarlijkse) APK van de vakgroep. Spiegelgesprekken met patiënten kan een middel zijn om niet alleen inzicht te krijgen in de uitwerking van het medisch beleid van de groep, maar ook in het functioneren van de groep op andere competenties.

Goed bestuur: de vakgroep biedt transparantie aan het bestuur van de zorginstelling m.b.t. de kwaliteit en veiligheid binnen de vakgroep en stelt (ongevraagd) gegevens aangaande haar prestaties en functioneren ter beschikking.

Tijdige en heldere communicatie: spreek elkaar binnen de vakgroep aan en geef elkaar feedback; ontwikkel een beleids- en visieplan, neem deel aan vormen van zelfreflectie, intervisie en visitatie, stel je toetsbaar op (zowel intern als extern) en stel telkens de patiëntenzorg (en niet bijvoorbeeld de logistiek binnen de vakgroep) centraal. Een vakgroep is verantwoordelijk voor het goed functioneren van haar leden. Binnen de vakgroep helpt men elkaar, maar men is ook bereid hulp buiten de vakgroep te zoeken bij mogelijk disfunctioneren van een van de leden. De cultuur moet niet zijn zoals beschreven door Robbin Thieme Groen.

“Bij het vermoeden van disfunctioneren gaan de maten vaak om elkaar heen staan.”

Robbin Thieme Groen, anesthesioloog en bestuurder Isala klinieken Zwolle
in Zorgvisie magazine, april 2013

- De vakgroep is mede verantwoordelijk voor het goed functioneren van alle leden. Minder goed functioneren of disfunctioneren kan worden voorkomen door goede selectie van nieuwe collegae, regelmatige klimaatmeting in de vakgroep, intervisie, een structurele functioneringscyclus, goed bestuur van de vakgroep en tijdige en heldere onderlinge communicatie.

7.3 Verantwoordelijkheid Raad van Bestuur (RvB) en/of bestuur Medische staf (SB)

De RvB en het SB hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid om de kwaliteit en veiligheid in de zorginstelling voortdurend te verbeteren en te borgen, aanvullend op die van de individuele medisch specialisten en vakgroepen. Uiteindelijk is de RvB eindverantwoordelijk, maar zij kan die verantwoordelijkheid niet waarmaken zonder daarin geholpen te worden door de medici die immers een eigen professionele verantwoordelijkheid hebben voor de kwaliteit van zorg. De werkgroep beveelt aan dat zowel de RvB als het bestuur van de medische staf een visie heeft neergelegd met betrekking tot hun rol in het optimaliseren en borgen van kwaliteit van zorg in het algemeen en het functioneren van medisch specialisten binnen de instelling in het bijzonder. Daarbij horen ook afspraken hoe omgegaan wordt met twijfels over het functioneren van een (groep) medisch specialist(en). Onderstaande adviezen zijn geadresseerd aan de RvB en/of de medische staf; afhankelijk van de lokale situatie kunnen de adviezen in onderling overleg door beide of een van beide partijen worden 'opgepakt'.

Aanbevelingen:

- De RvB en SB stimuleren medisch specialisten/vakgroepen zich voortdurend te spiegelen aan een gemeenschappelijke visie en waarden en spreekt hen daarop aan (zie hoofdstuk 5).
- In de medische staf dienen afspraken gemaakt te zijn over wanneer men met de vakgroep/medisch specialist een verplicht vervolgtraject van onderzoek start naar aanleiding van externe of interne visitaties of naar aanleiding van IFMS trajecten. Voorbeelden kunnen zijn:
 - bij een (groot) verschil tussen de eigen (vakgroep)score en de score van de omgeving op de afgesproken (CanMeds) competenties
 - bij onevenredig veel klachten of incidenten¹
 - bij stelselmatig niet deelnemen aan interne verbetertrajecten
 - bij onvoldoende of te laat aanleveren van gegevens van de zelfevaluatie

IFMS+ ALS VOORBEELD VAN INITIATIEF IN ZORGINSTELLINGEN MET BETREKKING TOT HET FUNCTIONEREN VAN MEDISCH SPECIALISTEN:

Aanvullend op IFMS is in sommige ziekenhuizen een IFMS+ traject ingesteld. De resultaten van het IFMS gesprek worden door meerdere collegae uit de medische staf besproken; indien nodig stellen zij een verplicht vervolgtraject vast, evalueren dat en bij een positief resultaat valt iemand weer onder het reguliere IFMS. Pas als deze interne cyclus geen/onvoldoende resultaat heeft, treedt het Modelreglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist in werking en wordt de Raad van bestuur geïnformeerd¹.

¹Til, C. van; Walhof, C.; Wahab, P. Disfunctioneren tijdig tackelen met IFMS+. 68 nr. 11 | 14 maart 2013 | Medisch Contact | 627

¹ Het aantal is ook afhankelijk van de meldingsbereidheid. Veel incidenten met weinig meldingen kan een vals positief beeld geven van goed functioneren

“Door invoering van het IFMS+-model is het verantwoordelijkheidsgevoel van de medische staf over haar eigen functioneren versterkt en blijkt het normaler en gemakkelijker om elkaar aan te spreken, zonder dat het open en veilige (leer)klimaat is aangetast.”

Cita van Til, voormalig coördinator medische staf, Rijnstate Ziekenhuis Arnhem in Medisch Contact, maart 2013.

- Na een kwaliteitsvisite van de wetenschappelijke vereniging dient de RvB en/of SB de uitgebrachte voorwaarden en adviezen met de vakgroep te bespreken, afspraken te maken over de tijdstermijnen waarbinnen de afgesproken acties worden uitgevoerd en erop toe te zien dat die worden nagekomen.
- Aanvullend op de (externe) kwaliteitsvisites organiseert de RvB/SB interne audits en/of andere meet- en verbeterprogramma's.
- De RvB stimuleert, in samenspraak met het SB, een open cultuur en een leerklimaat in de zorginstelling.
- De RvB/SB introduceert/zorgt voor vormen van loopbaanbegeleiding waarmee specialisten ondersteund kunnen worden in hun eigen (loopbaan)ontwikkeling. Tevens wordt rekening gehouden met perioden in de levensfase die het persoonlijk functioneren (of dat van een vakgroep) onder druk kan zetten (bijvoorbeeld bij ziekte, zwangerschap e.d.). De RvB/SB creëert een vangnet voor medisch specialisten die (tijdelijk) minder goed functioneren en biedt hen ondersteuning aan in de vorm van training/coaching of een ander programma.
- Het SB heeft een kwaliteitsbeleid, afgestemd met de RvB, en beschikt over een kwaliteitsreglement waarin, als er twijfels zijn over het individueel functioneren van een van de leden, de dan te volgen noodzakelijke procedures staan beschreven. Dit moet de procedurele ruggengraat vormen van het 'zelf reinigend vermogen' van de beroepsgroep¹.
- De RvB/SB houdt een vinger aan de pols bij alle vakgroepen. Dat kan door het jaarlijks gebruik van een "thermometer" of assessment door de vakgroep gevolgd door een (indringend) gesprek met de vakgroep (voorzitter). In dat gesprek komt minimaal een aantal onderwerpen aan bod:
 - de kwalitatieve resultaten, bijvoorbeeld naar aanleiding van gebruikte indicatoren en uitkomsten, PROM (CQI), en van Zorgkaart Nederland
 - hoe werkt het interne kwaliteitssysteem bij MIP/VIM meldingen
 - hoe wordt omgegaan met de complicatieregistraties
 - hoe wordt omgegaan met klachten (afhandeling)
 - hoe is de deelname aan IFMS; worden leerpunten gedeeld in de vakgroep/vindt er intervisie plaats?
 - functioneren van de vakgroep als geheel (bijvoorbeeld naar aanleiding van GFMS, interne audits)
 - functioneren van individuele leden van de vakgroep
 Het gesprek wordt genoteerd en voorzien van de handtekening van de vakgroepvoorzitter, waarmee deze zich formeel vastlegt op de gedane uitspraken.

¹ Rosingh, J.; van de Kemenade van der Veer, M.; Sijmons, J. Disfunctioneren tijdig aangepakt. 264 | Medisch Contact | 3 februari 2012 | 67 nr. 5

- De RvB/SB zorgt ervoor dat er altijd een exit gesprek wordt gevoerd met een medisch specialist die de instelling verlaat. Verbeterpunten voor de vakgroep of RvB/ SB die hieruit eventueel naar voren komen worden met de vakgroep en/of RvB/ SB besproken en in actiepunten verrat.
- De RvB/SB stimuleert sterk deelname van alle medisch specialisten aan een systeem van IFMS. Met medisch specialisten die zich daar (stelselmatig) aan onttrekken wordt een gesprek gevoerd waar de vakgroepvoorzitter bij aanwezig is.
- Als er sprake is van mogelijk disfunctioneren van een medisch specialist (en er na aanspreken van deze specialist door collega, vakgroep of RvB/SB geen verbetering optreedt) laat de RvB/SB het Modelreglement mogelijk disfunctioneren in werking treden. De werkgroep adviseert de RvB en het SB dat mogelijk disfunctioneren wil laten onderzoeken goed na te denken over de opdracht aan de onderzoekscommissie. Het vertrekpunt van het onderzoek is immers deze opdracht en de daarin opgenomen vraagstelling. Ook moet duidelijk zijn wie de opdrachtgever is. Gebeurt dat niet zorgvuldig, dan kan dit het ingezette traject schaden, met mogelijke materiële en immateriële schade voor alle betrokken partijen².
- De RvB /SB maakt melding van het formeel starten van een onderzoek naar het functioneren van een individuele medisch specialist (dat wil zeggen: bij het aanzeggen aan een specialist van het in werking treden van het Modelreglement mogelijk disfunctioneren) bij de betreffende Wv en vraagt desgewenst ondersteuning bij die Wv. Uiteraard kan een dergelijke ondersteuning ook al in eerdere stadia worden gevraagd.
- Bij aantoonbaar disfunctioneren en onvoldoende verbetermogelijkheden dient uiteindelijk afscheid genomen te worden van de desbetreffende collega. De medische staf moet daar mede het initiatief toe nemen of dat minstens ondersteunen. Overigens is daarmee niet gezegd dat deze collega elders niet goed zou kunnen functioneren; immers: de omgeving is daar mede van invloed op. Het is echter wel de verantwoordelijkheid van RvB en SB om bij vragen uit een potentiële nieuwe werkring van de desbetreffende specialist open te zijn over het hebben doorlopen van een functioneringsonderzoek.

“Kwaliteit en veiligheid dienen vaste punten te zijn op de bestuurlijke agenda van de bestuurders en hun medisch specialisten”.

Peter Holland, voormalig voorzitter KNMG in Zorgvisie magazine, april 2013

² Die, M. de; Let op bij zaak tegen collega. 67 nr. 6 | 10 februari 2012 | Medisch Contact | 323

7.4 Verantwoordelijkheid Raad van Toezicht

Toezichthouders zijn volgens Schouten e.a vooral gewend om de organisatie vanuit de bestuurskamer op basis van bedrijfseconomische gegevens te beoordelen¹. De laatste tijd is er weliswaar meer aandacht voor kwaliteit en veiligheid, maar een goed zicht daarop krijgen blijkt lastig te zijn, ondanks de beschikbare cijfers en benchmarks. Veel raden van toezicht hebben inmiddels een commissie kwaliteit en veiligheid, maar de informatie die wordt vergaard komt meestal via de bestuurder en de inhoud is vaak cijfermatig en abstract. Deze ééndimensionale informatie geeft niet altijd de volledige werkelijkheid weer. Bovendien gaat de aandacht voor kwaliteitsregels soms ten koste van datgene waarvoor het bedoeld is: waarde toevoegen voor de patiënt. Toezien op kwaliteit betekent voor de RvT meerdimensionale informatie vergaren en zorgen dat de professionals zoveel mogelijk in staat worden gesteld zich te ontfemen over de patiëntenzorg.

Aanbeveling:

- Het functioneren van medisch specialisten in een zorginstelling dient een vast aandachtspunt te zijn van de Raad van Toezicht (RvT). Daarbij ziet de RvT expliciet toe op de wijze waarop het bestuur van de instelling kwaliteit en veiligheid van zorg waarborgt en faciliteert en omgaat met functioneren/disfunctioneren van medisch specialisten.

7.5 Verantwoordelijkheid van de wetenschappelijke vereniging

De Wv heeft een belangrijke verantwoordelijkheid ten aanzien van het functioneren van haar leden, o.a. door erop toe te zien dat er binnen het vakgebied adequate scholing beschikbaar is voor alle competenties zoals benoemd in het CanMeds model. De wv heeft naar de mening van de werkgroep ook een verantwoordelijkheid om (mogelijk) disfunctioneren te voorkomen dan wel te analyseren (bijvoorbeeld door een medisch specialist, vakgroep of SB/RvB te ondersteunen in die analyse). Bovendien moet een wv in staat zijn om haar leden te (laten) begeleiden in een traject tot verbetering als daarom verzocht wordt.

Een wv moet er dus op voorbereid zijn dat vragen met betrekking tot het functioneren van leden gesteld kunnen worden door een vakgroep, RvB of SB, maar ook door bijvoorbeeld IGZ of Openbaar Ministerie (OM). Een aantal wv'en heeft overigens al een procedure ontwikkeld, waarbij o.a. gebruikt wordt gemaakt van een 'commissie van wijzen' die ondersteuning kan bieden bij en een mogelijk antwoord heeft op vragen vanuit zorginstellingen of vakgroepen rondom (het voorkomen van) disfunctioneren. De werkgroep adviseert wv'en om ook op beoordelingsverzoeken vanuit juridische hoek tegemoet te komen. Daarbij geeft de werkgroep wv'en in overweging om een groep medisch inhoudsdeskundigen beschikbaar te hebben die getraind zijn in het omgaan met vragen rondom het functioneren van vakgenoten bij juridische procedures; door deze groep bij de daartoe geëigende gremia 'aan te bieden' kan voorkomen worden dat individuele leden bij een dergelijke procedure afhankelijk worden van de mening van een enkele extern benoemde expert.

De werkgroep adviseert de wv'en om:

- Duidelijke waarden en normen af te spreken, deze uit te dragen en helder te zijn over de consequenties als leden zich daar niet aan conformeren.
- Erop toe te zien dat er adequate scholing beschikbaar is op het gebied van de ontwikkeling van algemene competenties zoals praktijkvoering, samenwerking, organisatie en professionaliteit voor zowel aios als gevestigde specialisten.
- Leden te stimuleren om actief instrumenten en systemen in te zetten om de kwaliteit van zorg te verbeteren (visitatie, IFMS, richtlijnenontwikkeling en -implementatie, voeren van complicatieregistraties, deelnemen aan en voeren van kwaliteitsregistraties)

¹ Schouten, L. den Uijl, H. Buiting M. Toezicht houden op kwaliteit; In: KIZ, tijdschrift over kwaliteit en veiligheid in zorg, augustus 2013.

- Up to date te blijven bij de uitvoering van deze kwaliteitsinstrumenten en daarbij aansluiting te zoeken bij andere wv'en. Dat betekent o.a. het toepasbaar maken binnen de eigen vereniging van het algemeen visitatiereglement voor de kwaliteitsvisitaties zoals vastgesteld in de Raad Kwaliteit.
- De follow up bij visitaties zodanig in te richten dat vakgroepen de voorwaarden en zwaarwegende adviezen van de visitatiecommissie binnen de gestelde termijnen uitvoeren. Dit gebeurt in samenspraak met de RvB/ SB van de zorginstelling. Als een vakgroep de voorwaarden en zwaarwegende adviezen die bij een kwaliteitsvisitatie zijn gesteld niet binnen de gestelde termijn blijkt te hebben opgelost en de RvB en het SB ook onvoldoende moeite doen of niet in staat zijn om de adviezen uit te voeren en de patiëntenzorg daarmee in het gedrang is, dan zal uiteindelijk door het bestuur van de vereniging een melding worden gedaan bij de IGZ².
- Erop toe te zien dat in het geval de Wv geïnformeerd wordt door de RvB/ SB van een zorginstelling over de formele start van een onderzoek naar het functioneren van een medisch specialist of vakgroep, garanties geboden kunnen worden dat deze specialist(en) zonder (imago)schade kan/kunnen blijven werken als er achteraf geen sprake blijkt te zijn van disfunctioneren. Een optie is om voor dit soort meldingen een vertrouwenspersoon of -commissie aan te stellen zodat slechts een beperkte groep binnen de Wv op de hoogte is van een dergelijke melding. De Wv houdt vervolgens in de gaten of de procedure in de instelling tot een bevredigende afloop komt.
- Een commissie in te stellen die, indien er sprake is van mogelijk disfunctioneren van een medisch specialist, ondersteuning kan bieden aan de RvB/SB van een zorginstelling. Deze commissie dient oog te (kunnen) hebben voor alle CanMEDS competenties Een zorgvuldige procedure is daarbij van belang (en dient dus beschikbaar te zijn). Ook bij reeds geconstateerd disfunctioneren van een van haar leden heeft de wv een procedure beschikbaar langs welke adviezen kunnen worden uitgebracht en begeleiding kan worden geboden aan de betreffende medisch specialist/vakgroep.
- Een groep specialisten te formeren die ondersteunend kunnen zijn bij functioneringsvragen die vanuit de IGZ of het Openbaar Ministerie komen, zowel in het algemeen, als direct een vakgroep of individuele specialist betreffend.

7.6 Verantwoordelijkheid van de OMS/KNMG

Als koepelorganisatie hebben de OMS en de KNMG een belangrijke rol bij het initiëren en ontwikkelen van kwaliteitsbeleid in samenwerking met de leden en de wetenschappelijke verenigingen. Dit kwaliteitsbeleid bevordert het goed functioneren van o.a. medisch specialisten en kan derhalve helpen disfunctioneren te voorkomen. Ze hebben daarin een overstijgende rol en naar de mening van de werkgroep zijn de volgende aanbevelingen op hen van toepassing.

Aanbevelingen:

- Ontwikkel, implementeer, evalueer en verbeter het kwaliteitsinstrumentarium gericht op het voortdurend verbeteren van het functioneren van medisch specialisten en vakgroepen en ter voorkoming van disfunctioneren. Het kwaliteitsinstrumentarium is een dynamisch geheel; de OMS/KNMG zal daarom ook zorg moeten dragen voor doorontwikkeling hiervan.
- Evalueer met regelmaat de implementatie van de in dit document gegeven adviezen; ondersteun met name de wv'en bij die implementatie.

² Fossen, J.; Hagemeijer, A; Hulsteijn, van H.; van der Velden, L. Doorpakken na kwaliteitsvisitatie. 1094 | Medisch Contact | 4 mei 2012 | 67 nr. 18

- Ondersteun de wv en eventueel de RvB, het SB of een vakgroep (daar waar een wv daartoe niet de mogelijkheden heeft) van een instelling bij een onderzoek naar de (algemene) competenties van een specialist of vakgroep.
- Biedt juridische ondersteuning aan een wv bij onderzoek naar (voorkomen van) disfunctioneren in een zorginstelling. Dit betekent dat de OMS een afdeling opricht die deze rol kan vervullen of kan verwijzen naar betrouwbare partners.

Bijlage 1: Kwaliteitsinstrumenten

Kwaliteitsvisitaties

Kwaliteitsvisitatie is een model voor kwaliteitsbevordering dat door en voor artsen is ontwikkeld. De medisch-specialistische beroepsgroepen namen het voortouw bij de uitvoering. Nadat de opleidingsvisitaties in 1966 zijn gestart bij opleidingsklinieken, hebben de wv'en eind jaren tachtig het initiatief genomen kwaliteitsvisitaties – die naast of in combinatie met de opleidingsvisitatie plaatsvinden – ook in te voeren bij niet-opleidingsklinieken.

Het huidige visitatiemodel (2005) gaat uit van vier kwaliteitsdomeinen:

1. Evaluatie van zorg.
2. Patiëntenperspectief.
3. Vakgroepfunctioneren.
4. Professionele ontwikkeling.

Deze vier domeinen representeren de gebieden waar specialisten de verantwoordelijkheid voor kunnen dragen en accentueren daarmee het professionele karakter van de kwaliteitsvisitatie. Om deze vier domeinen goed te kunnen evalueren, zijn ze nader gedefinieerd in kwaliteitsaspecten die worden geanalyseerd met behulp van diverse instrumenten¹.

Ten behoeve van het stroomlijnen van de adviezen in de visitatierapporten zijn de volgende drie zwaartecategorieën voor de adviezen geïntroduceerd:

- **Aanbevelingen:** suggesties tot verbetering van de efficiëntie of kwaliteit van zorg die binnen vijf jaar, derhalve controleerbaar bij de volgende visitatie, moeten zijn uitgevoerd.
- **Zwaarwegende adviezen:** adviezen betreffende situaties in het zorgproces die niet in overeenstemming zijn met de binnen de beroepsgroep geldende kwaliteitsnormen, doch niet (direct) tot schade aan de patiënt leiden. Deze dienen binnen maximaal twee jaar te zijn uitgevoerd.
- **Voorwaarden:** adviezen betreffende ernstige tekortkomingen in de zorg(praktijk) waardoor de veiligheid en kwaliteit van de patiëntenzorg in het gedrang komen. Deze dienen binnen maximaal zes maanden te zijn uitgevoerd, doch indien de kans op schade voor patiënten groot wordt geacht op (veel) kortere termijn.

Het is aan de wv'en om voor het eigen specialisme te bepalen welke tekortkomingen in welke categorie thuishoren en op basis daarvan een normendocument op te stellen waarmee de visitatiecommissie haar werk kan doen. Om de wv'en daarin te ondersteunen heeft de Adviescommissie kwaliteitsvisitatie als leidraad² een normendocument opgesteld, verdeeld over de vier kwaliteitsdomeinen. Ook normen voor de patiëntveiligheid zijn daar expliciet in meegenomen. Een aantal wv'en heeft hierin reeds het voortouw genomen en de implementatie van de leidraad ter hand genomen.

¹ Fossen, J. Hagemeyer, J.W. de Koning J.S. van Logtestijn, S.I. Lombarts, M.J.M.H. K. Kwaliteitsvisitatie nieuwe stijl, Handboek voor wetenschappelijke verenigingen (2005)

² Waarderingsystematiek voor de kwaliteitsvisitatie. Leidraad voor wetenschappelijke verenigingen, 2012

Individueel functioneren medisch specialisten (IFMS) is een formatief systeem dat gericht is op consolideren en verbeteren van de kwaliteit van het individuele professionele handelen van medisch specialisten door in een periodiek gesprek de omgevingsfeedback, het eigen portfolio en de zelfreflectie te bespreken. Dit vertrouwelijke gesprek wordt gebruikt als input voor een individueel ontwikkelingsplan. In een volgend gesprek worden, naast het bespreken van de nieuwe zelfreflectie en de nieuwe omgevingsfeedback, de resultaten van het ontwikkelingsplan getoetst.

Een IFMS-systeem bevat minimaal de volgende instrumenten:

1. Zelfevaluatie, waarbij de medisch specialist zelf het eigen functioneren evalueert.
2. Een portfolio, waarin de specialist het eigen professioneel functioneren beschrijft.
3. 360° feedback, waarbij de feedback uit verschillende bronnen komt en de inbreng van patiënten, collega specialisten, A(N)IOS en medewerkers binnen de organisatie essentieel is.
4. Een vertrouwelijk en individueel (één op één) evaluatiegesprek tussen een gespreksleider en de individuele medisch specialist.
5. Een vertrouwelijk en individueel ontwikkelingsplan, waarbij de ontwikkeldoelen door de medisch specialist zelf worden geformuleerd.
6. Follow-up, waarin de voortgang op de ontwikkeldoelen wordt geëvalueerd.

Bijlage 2: Modelreglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist

Modelreglement

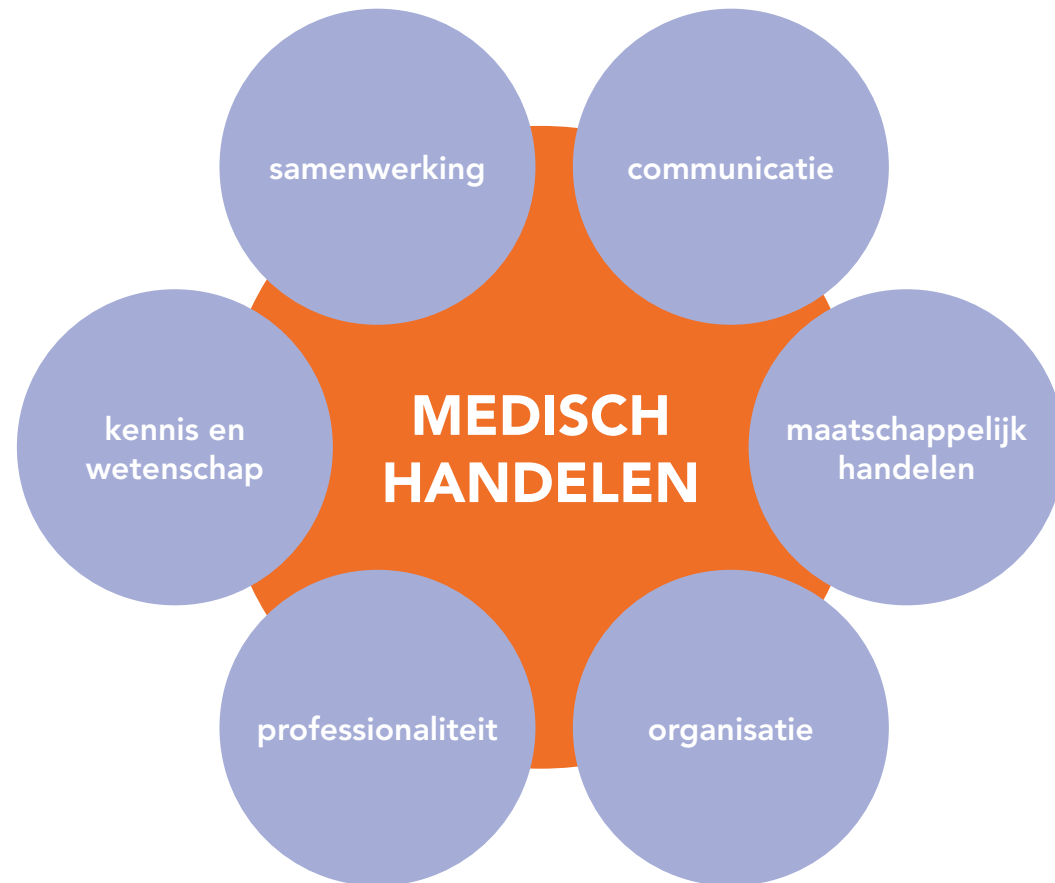
Het Modelreglement zoals opgesteld in 2008 beschrijft de procedure om te onderzoeken of er sprake is van disfunctioneren. Disfunctioneren wordt hierbij aangeduid als: "Een structurele situatie van onverantwoorde zorg, waarin een patiënt wordt geschaad of het risico loopt te worden geschaad, en waarbij de betreffende arts/medisch specialist niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen" (KNMG, 2005).

Het Model Reglement is van toepassing op medisch specialisten, lid van de Medische Staf, en op andere daarmee gelijk gestelde beroepsbeoefenaren zoals de kaakchirurg, ziekenhuisapotheker, klinisch chemicus en klinisch psycholoog. Het Model Reglement is naar analogie ook van toepassing op medisch specialisten praktiserend in een categoriaal ziekenhuis en in een Universitair Medisch Centrum (UMC) of GGZ instelling.

Melding en onderzoek

Bij serieuze aanwijzingen van 'mogelijk disfunctioneren' van een medisch specialist kan bij de voorzitter van de Commissie Kwaliteit van de Medische Staf of bij de voorzitter van het SB daarvan melding worden gedaan door een collega van de betreffend medisch specialist, een lid van de Medische Staf, een lid van de Raad van Bestuur of een medewerker van de zorginstelling. Alvorens dit te melden moet de melder zijn vermoedens eenmaal hebben besproken met de betreffend medisch specialist, anders zal de melding niet ontvankelijk worden verklaard. Na de melding stelt de Commissie Kwaliteit in overleg met het SB een Commissie van Onderzoek ad hoc in. Deze commissie onderzoekt of de melding ontvankelijk zal worden verklaard of niet. De medische specialist is verplicht hierbij medewerking te verlenen. Indien de melding ontvankelijk wordt verklaard wordt dit door de commissie gemeld aan de betrokken medisch specialist, de commissie kwaliteit en het SB. Het SB brengt vervolgens de raad van bestuur op de hoogte. Er zal tevens een (aantal) gesprek(ken) plaatsvinden met de medisch specialist om een verbetertraject op te stellen. Binnen 6 maanden na start van dit traject vindt er een evaluatiegesprek plaats. Bij bevredigende vorderingen in het verbetertraject zal hiervan schriftelijk verslag worden uitgebracht en kan de procedure als afgerond worden beschouwd. De commissie kwaliteit en/of het stabeestuur zal, al dan niet gezamenlijk, proberen er al het mogelijke aan te doen de werkerelatie te herstellen in geval deze verstoord is.

Bijlage 3: CanMEDS model



figuur 2: CanMEDS model

Competentiegebieden:

1. Medisch handelen
2. Communicatie
3. Samenwerking
4. Kennis en wetenschap
5. Maatschappelijk handelen
6. Organisatie
7. Professionaliteit

Deze competentiegebieden komen in belangrijke mate overeen met de CanMEDS 2000 roles, waarin de functie van de specialist telkens is weergegeven als rol: (1) Medical Expert / Clinical Decision Maker, (2) Communicator, (3) Collaborator, (4) Scholar, (5) Health Advocate, (6) Manager en (7) Professional.

Voor de verdere invulling van het model zie: <http://www.van-osch.com/lipoweb/knmgcanmeds.html>

Bijlage 4: Samenstelling werkgroep en klankbordgroep

Leden werkgroep

- Marcel Daniëls, cardioloog, voorzitter
- Frank van Oosterhout, orthopeed
- Roelof van Blommestein, KNO arts
- Maarten de Boo, psychiater
- Michael Müller, psychiater
- Hans Kerckamp, lid Raad van bestuur
- Martin Taphoorn, neuroloog
- Giliam Vroegindeweyj, kinderarts
- Peter Kitslaar, chirurg
- Aart Hendriks, Juridisch adviseur KNMG
- Jan Fossen, secretaris
- Saskia Otters, jurist OMS
- Jennifer Huizer, directeur NVN
- Suzanne Witjes, De Jonge Orde (DJO)
- Jenneke Kremer, DJO

Leden klankbordgroep

- B. Baksteen, voorzitter
- J. Fossen, secretaris
- J. van der Zee, NFU
- F. Reijnders, NVOG
- N. Oerlemans, O. Peek, NVZ
- R. van Diemen-Steenvoorde, M. Prins, IGZ
- J. Baardman, NPCF
- J. Lambriks, V&VN
- S. Terpstra, ZN
- P. Meurs, Onderzoeksraad voor veiligheid
- T. van den Akker, NVTZ
- S. Witjes en J. Kramer, DJO
- J. Legemaate, jurist
- B. Dessing