



Onderstaand artikel is eerder gepubliceerd in boekvorm:

'Mag ik me even voorstellen? Over collegiale feedback van medisch specialisten en de kwaliteit van de samenwerking' door Hans Koning, Rob van Meurs en Hans van de Putte, zomer 2012 (ISBN 978-90-5335-567-1)

Medisch specialisten aan het woord over collegiale feedback en IFMS

Drs. Hans Koning

Collegiale feedback kan bijdragen aan betere dokters en betere medisch-specialistische zorg. De Orde van Medisch Specialisten meent dat IFMS dat proces kan (en moet) ondersteunen. Een ziekenhuisbestuurder die wij hebben gesproken, meent echter dat de behoefte aan collegiale feedback in de groep medisch specialisten gering is en dat veel specialisten IFMS ervaren als opgelegd: *"Medisch specialisten hebben geen behoefte aan openheid, op deze manier wordt transparantie afgedwongen"*. Hij spreekt van een cultuur die nu ietwat geforceerd wordt doorbroken: *"Reflectie op mijn wijze van werken en doen en op mijn manier van handelen tegenover een patiënt is een lastig proces, omdat men vrijwel nooit feedback krijgt van collega's, medewerkers of patiënten"*. Ook meent hij dat de maatschap structuur niet per se bijdraagt aan onderlinge openheid: *"Binnen veel maatschappen gaat men spaarzaam met elkaar om, het mag niet persoonlijk worden"*.

Hoewel er ook meer positieve meningen leven in het veld, acht deze bestuurder de kansen van IFMS in het huidige klimaat niet groot. Zijn opinie sluit aan bij Karlijn Overeem ('Doctor performance assessment', november 2011) die stelt dat IFMS meer kans van slagen heeft in een collegiaal leerklimaat waarin open kan worden gesproken over persoonlijke en soms gevoelige informatie.

Maar hoe kijkt de doelgroep waar het om gaat - autonoom in hun handelen en zonder onderlinge hiërarchie - aan tegen het belang en de noodzaak van collegiale feedback en wat vinden zij van IFMS? Wij hebben ons oor te luister gelegd bij de professionals waar het om gaat.

Collegiale feedback

Net als andere professionals erkennen de medisch specialisten die wij hebben gesproken de noodzaak van kwaliteitszorg en kwaliteitsinstrumenten. En net als andere professionals zien ze het probleem van onvoldoende collegiale feedback eerder bij andere vakgroepen dan in de eigen maatschap/vakgroep, waar ze zich in het algemeen tevreden over uitlaten.

- *"In onze vakgroep spreken we elkaar zeker wel aan. Collegiale feedback is onderdeel van de overdracht. Elke dag een half uur."* Deze maatschap ziet (incl. de poli) 30.000 patiënten per jaar, maar in de overdracht gaat het vooral over de patiënten in de kliniek. Dat zijn nog steeds enorm veel patiënten en dus is de tijd beperkt. Toch is de feedback volgens deze specialist *"op voldoende hoog niveau"*.

- *"Wij hebben losgelaten dat we onze eigen patiënten zien in de kliniek. Nu 'doet' een van de collega's elke week 'de kliniek' en dan word je wel gedwongen, of uitgedaagd zo je wilt, om iets over elkaar te zeggen, want we zien elkaars patiënten en elkaars werk."*
- *"Gedrag en feedback uit de ziekenhuisvragenlijsten wordt in onze vakgroep open besproken. We zitten met ons 11-en in een grote werkruimte."*
- *"Onze maatschap is klein en we nemen veel tijd en aandacht voor kwaliteit en klantbeleving en ook voor elkaars functioneren. We hebben 1x per maand een maatschap overleg. In het eerste deel 'zien' we samen een selectie van complexe patiënten en in het tweede deel bespreken we ervaringen en feedback is daar onderdeel van."*

In de gesprekken wordt onderscheid gemaakt tussen collegiale feedback in de eigen vakgroep/maatschap en tussen de verschillende maatschappen.

- *"In onze vakgroep gaat het vooral over communicatie tussen de cardiologen. IFMS is breder dan dat. Maar wat heb ik er aan als een KNO arts mij feedback geeft? Het zou natuurlijk ook moeten gaan over de mensen met wie we 'aan het bed' samenwerken, zoals de internist, hartchirurg, longarts etc. Dat gebeurt bij ons niet."*
- *"Het zou interessanter zijn als we ook feedback zouden organiseren met de collega's met wie we samen behandelen. Dus met de chirurg, internist, cardioloog etc. We proberen dat wel eens, maar dat komt niet echt van de grond."*
- *"Op de Intensive Care is deze uitwisseling met andere specialismen wel beter geregeld. Daar wordt overlegd over de moeilijke cases, maar dat is slechts 1x per 2 à 3 maanden en gaat eigenlijk alleen over de medisch inhoudelijke aspecten en niet over gedrag en communicatie."*

Soms waren er signalen van gebrekkige of moeizaam verlopende onderlinge feedback.

- *"In onze vakgroep werken we heel solistisch, ieder aan zijn eigen ding. Er is onderling geen feedback. Hoewel er wel eens is afgesproken de dingen rechtstreeks tegen elkaar te zeggen, spreken we dus niet met elkaar. Maar achter elkaars rug wordt er wel gesproken."*
- *"Ons werkoverleg gaat m.n. over hoe we de vakgroep staande kunnen houden als er weer eens een FTE af moet van de directie. We staan flink onder druk."*

IFMS

Vrijwel alle specialisten die we spraken, hadden ervaring met IFMS en zagen het belang ervan. *"Niemand ontkent dat 'gedrag' belangrijk is."* Niet voor niks zijn de opleidingen gestructureerd cf. de CanMed competenties en ook in de KPB (Korte Praktijk Beoordeling), die onderdeel is van herregistratie, wordt feedback verzameld. En opleiders worden beoordeeld door hun assistenten, hoewel de waarde daarvan door de gezag relatie tussen opleiders en specialisten-in-opleiding beïnvloed wordt.

Hoewel het belang van collegiale feedback over (m.n.) gedragsaspecten dus wordt onderschreven, uiten veel specialisten die we hebben gesproken bedenkingen tegen IFMS als 'opgelegd' systeem.

- *"Het zal wel verplicht worden maar zoals het nu is, is het een bureaucratisch monstrum. Nu al doe ik 60 tot 70% niet-patiënt gebonden werk: overdracht, assistenten begeleiden, medische staf, overleg met het secretariaat, etc. En daar komt dan IFMS nog eens bij."*
- *"IFMS is een stap in de goede richting maar slechts een begin. Ons ziekenhuis doet het nu anderhalf jaar en ik ben zo'n 20 à 25 keer gevraagd of ik feedback wil geven en dat doe ik trouw. Maar meestal kan ik van maar 20% van de vragen echt wat zeggen. 30% kan ik wel afleiden uit wat ik hoor en zie, maar moet ik feitelijk dus ook gokken. En over de resterende 50% van de vragen kan ik niks zeggen, 'geen mening' dus."*
- *"Bij ons kiest de collega/kandidaat zijn eigen referenten. Ik ben nu referent geweest van ong. 10 collega's. Ik krijg een formulier met een (schriftelijke en mondelinge) toelichting van de gespreksleider. Die bespreekt de informatie die ik opschrijf eerst met mij en later de verzamelde feedback met de kandidaat. De tijd die ik kwijt was, viel me reuze mee en ik denk dat het heel zinvol is."*

Deze specialist is positief over de Appraisal & Assessment methode, maar ziet deze fase als een tussenvorm. *"Het kan nooit voor iedereen zo gaan, want het is veel te veel werk en veel te veel mensen en veel te veel organisatiegedoe."*

Cultuur in het ziekenhuis

Naar aanleiding van de constatering dat collegiale feedback makkelijker op gang komt in de eigen maatschap/vakgroep dan tussen collega maatschappen of vakgroepen, ging een deel van de gesprekken over de relatie met specialisten uit andere maatschappen en de cultuur in het ziekenhuis.

- *"Ons ziekenhuis heeft een geschiedenis op het terrein van collegiale beoordeling. Er zijn in het verleden verschillende gezaghebbende specialisten geweest die zich makkelijk open stelden en daardoor zit het in onze cultuur. Toen ik hier kwam werken, was dat voelbaar."*
- *"De kloof tussen beschouwers (cardiologen, internisten etc.) en doeners (chirurgen, snijders) bestaat nog steeds. Bij ons zie ik vooral het verschil tussen de cardiologen en de internisten. Cardiologen zijn open en eerlijk tegen elkaar. Bij de internisten is het veel meer gesloten. Dat voel je van elkaar."*
- *"Wij hebben geprobeerd overleg tussen de specialismes op gang te brengen. Tussen cardiologen en vaatchirurgen ging het vooral over preventie. Dat ging moeizaam maar leverde wel wat op. Tussen cardiologen en internisten ging het mis. De internisten zijn weggelopen, omdat ze het gevoel hadden dat ze er niks beter van werden. Het leverde ze blijkaar niks op."*
- *"Die drempels voor open overleg met collega's buiten onze eigen vakgroep zie je ook bij de fusie-achtige ontwikkelingen en de samenwerking met andere ziekenhuizen. Wij werken nauw samen met de hartchirurgen in het ziekenhuis hier 40 km vandaan. Er zijn/komen steeds meer van dit soort regionale samenwerkingsverbanden."*

Iemand noemt de invloed van de omgeving die het proces tegenwerkt. IFMS wordt in haar ziekenhuis beleefd als beoordeling die wordt gebruikt door Inspectie en verzekeraars.

- *"Onze groep gynaecologen, echt een heel open groep die zeer kritisch naar zichzelf en elkaar kijkt, hebben missers en dilemma's openbaar gemaakt, maar werden daar vervolgens direct op aangesproken door de Inspectie. ... En ze hielden er dus subiet weer mee op."*

Het leren van elkaar kan ook worden gestimuleerd door het uitwisselen van best-practices, maar dat is blijikbaar ook niet altijd eenvoudig en vereist gezag vanuit de leiding.

- *"Wij hebben bijv. geen wachtlijsten. Patiënten kiezen zelf hun moment van opereren. ... We zijn best trots op dit planningsproces en ik verbaas met mateloos dat niemand in het ziekenhuis die werkwijze als een soort best-practice aan de andere vakgroepen/afdelingen voorlegt. Of zelfs óplegt. ... En waarschijnlijk hebben zij ook dingen waar wij beter van zouden worden. ... De RvB laat het liggen en wie pakt het op?"*

Wie is verantwoordelijk voor de kwaliteit?

Een aantal specialisten meent dat IFMS een goede start is, maar dat er veel meer leiding gegeven moet worden aan deze kwaliteitsverbetering.

- *"Nu kan de voorzitter van de RvB zeggen: ik ga niet over medici. Dat is toch uit een andere eeuw. Kwaliteitsinformatie en feedback over gedrag, zoals IFMS beoogt, moet deel worden van de gewone leidinggevende structuur. Maar dan moeten er eerst managers zijn die wat over de medici te zeggen hebben en die die verantwoordelijkheid op zich durven nemen."*
- *"Het is te gek dat we in 2012 autonoom functioneren zonder dat we aan iemand verantwoording hoeven afleggen."*

De verantwoordelijkheid voor het initiëren van IFMS komt daardoor laag in de organisatie te liggen met alle gevolgen van dien:

- *"Onze staf is geen voorstander van IFMS. Hier geldt: 'hoe simpeler hoe beter'. In een 1 op 1 beoordelingsgesprek worden de competenties langsgelopen, maar dat is erg gevoelig voor subjectiviteit. ... Ik zag bij toeval de beoordeling van een collega en daar stond bij de competentie wetenschap 'ruim voldoende', terwijl hij niks heeft gepubliceerd. Maar hij is aangetrouwde familie van de baas. IFMS zou die subjectiviteit waarschijnlijk wel terugdringen."*

Een aantal ziekenhuizen die IFMS hebben 'gedaan', maar niet geheel tevreden waren, experimenteren inmiddels met andere vormen van collegiale feedback, bijv. groepsgewijs o.l.v. een externe begeleider. De verwachting is dat deze vorm meer aanhang zal krijgen.

Verschillende bronnen van kwaliteitsinformatie

IFMS is maar één van de bronnen waaruit informatie kan worden gehaald t.b.v. het verbeteren van de kwaliteit van het medische zorgproces en de specialisten/zorgverleners. Andere bronnen die worden genoemd zijn: rapportages van visitaties; onderzoek naar complicaties en heroperaties; planningsgegevens in de sfeer van doorloop- en wachttijden; en informatie uit (schriftelijke en

telefonische) patiënt-enquêtes en klachtenonderzoek. Maar elk van die bronnen kent zijn eigen belemmeringen.

Visitaties?

- *"Omdat de landelijke visitatie door de buitenwereld werd gezien als de slager die zijn eigen vlees keurt, worden die visitaties steeds vaker gedaan door mensen die het vak niet kennen. En die gaan dus kijken naar zaken die er veel minder toe doen: zijn de dossiers op orde, staan er voldoende parafen etc. ... Over rituele processen gesproken."*

Geluiden van patiënten dan?

- *"Van patiënten hoor je te weinig. In dit ziekenhuis verzamelen ze beoordelingen van patiënten via de website en via telefonische interviews. De vragenlijsten gaan over het ziekenhuis als geheel en over ons specialisme en die zijn echt zorgvuldig opgesteld. Maar het blijft een steekproef. Het probleem is dat patiënten vaak pas wat zeggen als er echt zaken mis zijn gegaan. En dan nog hoor je vooral de assertieve of boze mensen. Ik zou willen dat patiënten veel vaker kritisch zijn."*

Klachten?

- *"We moeten het vooral geen klachten noemen, want dat maakt de drempel veel te hoog. Er zou iemand iets tussenin moeten bedenken."*
- *"In dit ziekenhuis worden klachten van patiënten heel serieus onderzocht, maar er zijn er maar heel weinig. Vaak gaat het dan ook nog eens over de afstand van de parkeergarage naar de poli."*

Uit de interviews komt een verdeeld beeld naar voren dat aansluit bij signalen in de literatuur en vakbladen. Er wordt hard gewerkt aan onderlinge openheid en objectieve collegiale feedback die bijdraagt aan de kwaliteit van het werk, maar een deel van de specialisten zit er niet op te wachten om langs de meetlat gelegd te worden. Sommige specialisten vinden het niet van deze tijd dat de leiding geen verantwoording neemt (of kan nemen) en het feedbackproces aan de specialisten zelf over laat terwijl anderen dat geen probleem vinden. Het opgelegde rituele karakter van IFMS en de tijd die het vraagt, roepen weerstand op en als de procedure niet goed is ingericht en specialisten antwoorden moeten geven op vragen waar ze niets over kunnen zeggen of feedback moeten geven aan collega's die ze te weinig zien, is het afbreukrisico groot. Kortom lichtpuntjes in een complex gebied. IFMS is er nog lang niet.