

# LET OP

Het **KNMG Kwaliteitskader medische zorg** is per april 2012 in werking getreden.

Zie: [www.knmg.nl/kwaliteitskader](http://www.knmg.nl/kwaliteitskader)

Het Kwaliteitskader vervangt het document **Kwaliteitsmanifest (2004)** en het KNMG-standpunt **Het functioneren van de individuele arts (2005)**.

Deze documenten zijn als bronbestand gebruikt en zijn daarom wel online nog te vinden.



# HET FUNCTIONEREN VAN DE INDIVIDUELE ARTS

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der  
Geneeskunst (KNMG)

Utrecht, juli 2005

## **Inhoud:**

1.	Standpunt van de KNMG	3
2.	Toelichting op van uitwerking van het standpunt	4
	<i>Deel I - Functioneren</i>	4
	-Verantwoordelijkheden van artsen	4
	-Het evaluatiegesprek	4
	-Hoe om te gaan met evaluatiegesprekken?	5
	-Hoe verhoudt het evaluatiegesprek zich tot het functioneringsgesprek?	6
	-Implementatie, experimenten, sanctionering	7
	<i>Deel II - Disfunctioneren</i>	7
	-Verantwoordelijkheden van artsen	7
	-Het begrip disfunctioneren	7
	-Hoe om te gaan met disfunctioneren?	8
	-Elementen van een procedure inzake disfunctioneren	8
	-Externe partijen	9
	-De relatie tussen het evaluatiegesprek en de procedure inzake disfunctioneren	10
	<i>Deel III - Overige aspecten</i>	10
	-De opleiding tot arts en specialist	10
	-Het regelmatig bespreken van (bijna)fouten	10
	-Relatie met andere kwaliteitssystemen	11
	Bijlage – Enkele voorbeelden	12

## 1. Standpunt van de KNMG

In september 2003 heeft de KNMG haar 'Kwaliteitsmanifest' gepubliceerd. Uitgangspunt van dit manifest is dat elke arts zich open en toetsbaar moet opstellen. Dit houdt onder meer in "dat hij/zij bereid is tot reguliere gesprekken (...) over zijn/haar functioneren" (p. 33). Elders in het manifest wordt gesteld dat in samenwerkingsverbanden van artsen ruimte moet bestaan voor intercollegiale toetsing, beoordelingsprocedures en evaluatiegesprekken (p. 25). Ook wordt in het Kwaliteitsmanifest gesteld dat er tussen collega's over (vermeende) fouten en disfunctioneren moet worden gesproken: "Een arts die bemerkt dat een collega niet juist handelt en schade of risico's voor patiënten veroorzaakt, behoort dit bespreekbaar te maken. Het negeren van dergelijke situaties is ongepast" (p. 33/34). In dit standpunt worden deze onderdelen van het Kwaliteitsmanifest van de KNMG nader uitgewerkt.

### *Het evalueren van individueel functioneren*

Binnen de medische beroepsgroep wordt veel aandacht besteed aan de kwaliteit van de verleende zorg. Dit gebeurt door middel van een breed scala van activiteiten: opleidingseisen, visitatie en andere vormen van intercollegiale toetsing, (her)registratie, richtlijnontwikkeling e.d. In het kader van deze kwaliteitssystemen komt ook het functioneren van individuele artsen aan de orde, maar de genoemde kwaliteitssystemen zijn daarop niet primair gericht. De vraag hoe het functioneren van individuele artsen getoetst kan worden, wordt wel in toenemende mate gesteld, maar een hierop gerichte methodiek is nog niet breed geïmplementeerd. Ook binnen de medische beroepsgroep kunnen periodieke gesprekken over het individueel functioneren een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg. De KNMG is dan ook van mening dat met artsen die werkzaam zijn in de individuele patiëntenzorg dergelijke evaluatiegesprekken moeten worden houden. In de toelichting op dit standpunt (p. 4-7) worden de grote lijnen geschetst van een systeem voor het bespreken en evalueren van individueel functioneren. Een dergelijke methodiek vormt een wenselijke en noodzakelijke aanvulling op de reeds bestaande kwaliteitssystemen voor medisch handelen.

### *Disfunctioneren*

Voor collegiale terughoudendheid met betrekking tot het signaleren en bespreekbaar maken van disfunctioneren is geen plaats. Enerzijds moet het pleidooi om artsen te laten deelnemen aan reguliere evaluatiegesprekken los worden gezien van de problematiek van disfunctioneren, anderzijds bestaan daartussen relaties: hetzij omdat door een periodieke bespreking van het functioneren disfunctioneren wordt voorkomen, hetzij omdat in die bespreking aanwijzingen voor disfunctioneren aan het licht kunnen komen. Artsen die disfunctioneren behoren medewerking te geven aan een verbetertraject. Situaties waarin er sprake is van (serieuze aanwijzingen voor) disfunctioneren, dienen door middel van een zorgvuldige procedure te worden behandeld. Ook met betrekking tot deze procedure worden in de toelichting op dit standpunt de hoofdlijnen aangegeven (p. 7-10).

De in dit standpunt uiteengezette hoofdlijnen zullen per werksetting verder moeten worden uitgewerkt en ingekleurd.

### *Samengevat:*

1. Artsen behoren op reguliere basis deel te nemen aan evaluatiegesprekken over de wijze waarop zij functioneren;
2. In situaties van (serieuze aanwijzingen voor) disfunctioneren, behoort een zorgvuldige procedure te worden gehanteerd, en moeten zo nodig maatregelen ter verbetering worden getroffen.

## 2. Toelichting op en uitwerking van het standpunt

### Deel I - Functioneren

#### *Verantwoordelijkheden van artsen*

Artsen hebben met betrekking tot de kwaliteit van zorg een aantal verantwoordelijkheden, waaronder de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van het eigen functioneren. Van belang is dat de arts zijn/haar kennis en vaardigheden up-to-date houdt en dat hij of zij –behoudens noodsituaties- afziet van medische handelingen die buiten het gebied van de eigen deskundigheid en ervaring vallen. Bovendien bepaalt gedragsregels I.6 van de KNMG: “De arts is bereid zich te verantwoorden en zich toetsbaar op te stellen”. Dit is onder meer mogelijk door middel van regelmatige gesprekken over het eigen functioneren. Zo’n gesprek “legt in een vroeg stadium zaken als werkdruk, werkprestatie, arbeidsvoldoening bloot; bij problemen is vroege hulp mogelijk. Gedrag kan worden gewijzigd, communicatie verbeterd en een verandering in verantwoordelijkheden door rotatie lost sommige samenwerkingsproblemen op”.<sup>1</sup> Er zijn verschillende signalen die erop wijzen dat juist ook artsen in hun ontwikkeling als professional door dergelijke gesprekken kunnen worden ondersteund, ten faveure van hun eigen ontwikkeling en van de kwaliteit van zorg.<sup>2</sup> etc. Binnen de beroepsgroep wordt onderkend dat artsen zich met betrekking tot het aanspreken van een collega nogal eens te terughoudend opstellen.<sup>3</sup> Dat is een houding die, in het belang van de kwaliteit van zorg, aanpassing behoeft. In experimenten met ‘appraisal-systems’<sup>4</sup> zijn op dat punt goede ervaringen opgedaan.

#### *Het evaluatiegesprek*

De KNMG pleit voor reguliere evaluatiegesprekken met een ‘peer-to-peer’-karakter, d.w.z. gesprekken die geen verticale/hiërarchische achtergrond hebben, maar een horizontale/collegiale achtergrond. Het gaat om gesprekken die zich richten op de persoonlijke ontwikkeling en evaluatie van de betreffende arts en op de kwaliteit van de door hem geboden zorg (persoonsgebonden kwaliteitsaspecten). De gesprekspartner is een daartoe opgeleide inhoudelijk deskundige (bijvoorbeeld een collega-arts) en niet een leidinggevende. Het gesprek moet worden gezien als een onderdeel van het kwaliteitsbeleid, naast al langer bestaande elementen als bij- en nascholing, deelname aan visitatie e.d. De gesprekken waarop de KNMG het oog heeft worden in dit standpunt aangeduid met het begrip ‘evaluatiegesprek’.

---

<sup>1</sup> A.J. Dunning, De ziekenhuiswereld en het disfunctioneren van artsen. In: P. Lens, Ph. Kahn (red), Over de schreef – over functioneren en disfunctioneren van artsen. Utrecht: Van der Wees, 2001, p. 295.

<sup>2</sup> Zie onder meer A.P.N. van Rooijen, Plezier in je werk. Medisch Contact 2002; 57: 452-453, in welk artikel een internist wordt geciteerd die opmerkt: “Ik heb elke twee maanden een functioneringsgesprek. Zeer nuttig. Het heeft mij verbaasd dat dit niet eerder ingang heeft gevonden in de curatieve sector”. Zie over gunstige Engelse resultaten van de ‘appraisal-benadering’ M. Conlon, Appraisal: the catalyst of personal development. British Medical Journal 2003; 327: 389-391.

<sup>3</sup> “Ook binnen uitstekend samenwerkende maatschappen blijkt het moeilijk te zijn een collega aan te spreken op diens functioneren. We signaleren dat specialisten binnen hun maatschap vaak te voorzichtig met elkaar omgaan. Onder het mom van professionele autonomie wordt de bemoeienis met elkaar vaak tot een minimum beperkt” (G.H. Damhuis e.a., De maatschap managen. Medisch Contact 2001; 56: 1864). Daarover is door Dunning, zie hiervoor noot 1, opgemerkt: “Een professionele organisatie gunt de medewerkers autonomie maar mag ook eisen deze te verantwoorden” (p. 297).

<sup>4</sup> Zie bijvoorbeeld de ervaringen van het Maaslandziekenhuis te Sittard (bijlage) alsmede H. Haman, P. van den Hombergh, Practice management (12.2 Staff), in: Oxford Textbook of Primary Medical Care. Oxford, 2003, p. 422-427. In het Document Medisch Staf (model Orde van Medisch Specialisten, LAD, NVZ) wordt expliciet naar methoden voor de beoordeling van individuele specialisten verwezen, met betrekking tot zowel zelfstandig gevestigde specialisten (onderdeel 5.6 onder k) als specialisten in dienstverband (onderdeel 5.8 onder f).

### *Hoe om te gaan met evaluatiegesprekken?*

De KNMG acht het van groot belang dat artsen participeren in een systeem gericht op de evaluatie van individueel functioneren. Dit standpunt is vooral gericht op het waarom van evaluatiegesprekken. Het is niet de bedoeling thans een uitgewerkt model te presenteren. Welk systeem in welke gevallen geschikt is, en hoe het moet worden ingericht, kan niet in algemene zin worden bepaald. Daarbij zal immers rekening gehouden moeten worden met de verschillen in inhoud en organisatie tussen deelgebieden binnen de medische beroepsgroep. Op deze punten zijn er tussen huisartsen, medisch specialisten, verpleeghuisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen aanzienlijke verschillen. Elk van deze groepen zal een opzet moeten kiezen die het beste past bij de eigen omstandigheden.

Wel kan een aantal algemene uitgangspunten worden geformuleerd:

#### Doel:

Het evaluatiegesprek vindt plaats in de context van het kwaliteitssysteem van de medische beroepsgroep. Het doel is het bespreken en zo nodig verbeteren van de kwaliteit van het functioneren van de individuele arts. Het gesprek richt zich op de persoonlijke ontwikkeling en evaluatie van de arts en op de kwaliteit van de door hem verleende zorg. Het gesprek beoogt te leiden tot “a structured process of facilitated self reflection”.<sup>5</sup> Dit impliceert dat de arts bereid is feedback te krijgen en op basis daarvan zijn handelen te verbeteren.<sup>6</sup>

#### Punten van bespreking:

Het is van belang goed te omschrijven welke onderwerpen tijdens een evaluatiegesprek aan de orde komen. Hierdoor wordt voorkomen dat het gesprek (te) vrijblijvend wordt. In de visie van de KNMG dient het te gaan om in elk geval de volgende evaluatiepunten:<sup>7</sup>

- zorgverlening* (functieomschrijving, aard en invulling van het werk, werklast, praktijkvoering);
- methodisch-technisch handelen* (deskundigheid, zorgvuldigheid, indicatiestelling, (klinische) uitkomsten);
- attitude* (bejegening van patiënten, informatiebereidheid, verantwoordingsbereidheid, omgaan met klachten e.d.);
- relatie met collega's* (niet alleen binnen een instelling, maar ook daarbuiten);
- persoonlijke ontwikkeling* (deelname aan (na)scholing, trainingen, congressen, activiteiten van wetenschappelijke verenigingen, publicaties e.d.);
- gezondheid* (eventuele gezondheidsaspecten die het functioneren kunnen beïnvloeden);
- management* (eventuele managementtaken zoals opgenomen in de functieomschrijving);
- overige aspecten* (bijvoorbeeld klachten- en tuchtrechtprocedures, op betrokkene betrekking hebbende uitkomsten van visitaties e.d.);
- evaluatie* (veranderingen n.a.v. de uitkomsten van eerdere gesprekken, eventuele verbeterpunten voor de komende periode).

#### Tevoren te verzamelen informatie

Van belang is zoveel mogelijk op basis van feitelijke en gedocumenteerde informatie over de hiervoor genoemde aandachtspunten te spreken. Dit moet gebeuren met zorgvuldig ontwikkelde en valide indicatoren en instrumenten. Daarbij kan het gaan om geregistreeerde data over de (klinische) uitkomsten van het handelen van de arts, over uitkomsten van tevredenheidsonderzoek onder patiënten, over informatie die afkomstig is van collega's (binnen en buiten de eigen werksetting), over uitkomsten van klachten- en tuchtprocedures, etc. etc. Afgesproken moet worden welke informatie wordt gebruikt en hoe en door wie deze wordt verzameld. In dat kader kan worden afgesproken dat de gesprekspartner van de arts voorafgaand aan het gesprek bepaalde informatie zelf verzamelt (bijvoorbeeld door met diens collega's te spreken).

---

<sup>5</sup> Conlon, zie noot 2, p. 389.

<sup>6</sup> Zie hierover H. Huijsmans, Geven en nemen – Leren omgaan met problemen van feedback. Medisch Contact 2005; 60: 71-73.

<sup>7</sup> De hier genoemde bespreekpunten zijn indicatief. Het gaat erom de punten te benoemen die de kern vormen van het professionalisme van de arts. Zie bijvoorbeeld K. van de Camp, M.J. Vernooij-Dassen, R.P.T.M. Grol, B.J.A.M. Bottema, How to conceptualize professionalism: a qualitative study. Medical Teacher 2004; 26: 696-702.

#### Wie is de gesprekspartner van de arts?

Een belangrijke vraag is wie de rol van gesprekspartner van de arts op zich neemt. Uit de aard van het gesprek vloeit voort dat het gaat om een inhoudelijk deskundige, die het vertrouwen van de arts geniet. Vertrouwen is noodzakelijk om te bereiken dat de arts zijn gesprekspartner echt inzicht geeft in het eigen functioneren. Dat kan een collega-arts zijn, die overigens niet noodzakelijkerwijs hetzelfde specialisme behoeft uit te oefenen als de arts over wie het gesprek gaat. Maar ook kan gedacht worden aan een andere persoon die getraind is om de rol van gesprekspartner te vervullen. Specifieke deskundigheid aan de kant van de gesprekspartner is essentieel om de gesprekken gestructureerd te voeren en een goede feedback te realiseren. Hierdoor wordt de effectiviteit van de gesprekken verbeterd.

#### De frequentie van de evaluatiegesprekken

Met betrekking tot het evaluatiegesprek moet een efficiënt ritme ontstaan. Dit vergroot het commitment van alle partijen en bevordert de realisatie van de verbeterpunten die in het gesprek aan de orde komen. Dit vergt een regelmatige frequentie. Te denken valt aan een frequentie van eens per jaar. Bij een frequentie die te laag ligt moet worden gevreesd voor de zinvolheid en effectiviteit van de gesprekken. Het zal dan immers moeilijk(er) zijn een duidelijke cyclus van 'gesprek-verbeterpunten-monitoring-volgend gesprek etc.' te realiseren.

#### Overige aspecten

Tal van overige aspecten zullen moeten worden besproken. Daartoe behoren vragen als: is het nuttig aan het gesprek een schriftelijke zelfevaluatie door de arts vooraf te doen gaan (en zo ja, hoe), welke gespreksinformatie mag door de gesprekspartner onder welke omstandigheden aan anderen worden verstrekt? etc. etc. Ook zullen duidelijke afspraken moeten worden gemaakt over de inbedding van de gesprekken en over situaties waarin verschillen van inzicht ontstaan tussen arts en gesprekspartner. Het geheel van deze (schriftelijk vast te leggen) afspraken moet ertoe leiden dat een zinvolle en efficiënte procedure ontstaat, en dat vrijblijvendheid wordt voorkomen.

De hiervoor genoemde aandachtspunten zullen per type werksetting moeten worden uitgewerkt en ingekleurd. Er zijn verschillende modellen om een evaluatiegesprek als in deze notitie bedoeld vorm te geven. Enkele voorbeelden komen aan de orde in de bijlage bij dit standpunt.<sup>8</sup> Belangrijk is dat onderzoek plaatsvindt naar experimenten die in de praktijk worden uitgevoerd, om in een latere fase een beredeneerde keuze te kunnen doen voor een meer definitieve opzet.

Van belang is dat formeel wordt vastgelegd dat een systeem van evaluatiegesprekken wordt gehanteerd. Dit is mogelijk door daarover een bepaling op te nemen in de in aanmerking komende teksten en overeenkomsten (toelatingsovereenkomst, maatschapscontract, contract met de hagro of de waarneemgroep etc.).<sup>9</sup>

#### *Hoe verhoudt het evaluatiegesprek zich tot het functioneringsgesprek?*

Veel werknemers in Nederland, en onder hen ook artsen, hebben ervaring met periodieke functioneringsgesprekken. Soms ook vinden er zowel functionerings- en beoordelingsgesprekken plaats. Daarbij gaat het doorgaans om gesprekken tussen een werknemer en zijn/haar afdelingshoofd of leidinggevende. Dit traditionele functioneringsgesprek en het in dit standpunt door de KNMG voorgestelde evaluatiegesprek verschillen op een aantal punten van elkaar. Veel meer dan het functioneringsgesprek is het evaluatiegesprek een op kwaliteitsbevordering gericht instrument. De KNMG pleit voor horizontale/collegiale evaluatiegesprekken, mede ook omdat dit aansluit bij andere

---

<sup>8</sup> Deze bijlage bevat een tweetal voorbeelden, en geen uitputtend overzicht daarvan. Eerdere concepten van dit standpunt zijn breed verspreid. Uit de reacties hierop is gebleken dat op tal van plaatsen initiatieven plaatsvinden die qua doelstelling dicht aanliggen tegen die van het voorgestelde evaluatiegesprek (zoals de aanpak van de functioneringsgesprekken in het Medisch Centrum Alkmaar en de 'jaargesprekken' die in sommige academische ziekenhuizen gebruikelijk zijn).

<sup>9</sup> Zie ook de laatste zin van noot 4.

intercollegiale vormen van kwaliteitsbevordering (zoals visitatie). Het traditionele functioneringsgesprek gaat veel meer uit van een verticale/hiërarchische benadering. In gevallen waarin artsen deelnemen aan dergelijke functioneringsgesprekken, zal de verhouding functioneringsgesprek-evaluatiegesprek nader moeten worden gezien. Hiervoor bestaan verschillende mogelijkheden: het uitsluitend voeren van evaluatiegesprekken, het voeren van een functioneringsgesprek en los daarvan een evaluatiegesprek of het integreren van beide gesprekken (waarbij de arts mogelijk spreekt met twee gesprekspartners).

#### *Implementatie, experimenten, sanctionering*

Een systeem van evaluatiegesprekken moet worden gezien als een belangrijke aanvulling op bestaande kwaliteitssystemen. De implementatie van een dergelijk systeem vraagt een sterk commitment van alle betrokkenen. Eerste ervaringen in de praktijk laten positieve resultaten zien, waar het gaat om de haalbaarheid en de meerwaarde (in termen van kwaliteitsverbetering). In de eerste fase is het belangrijk gaandeweg kennis op te doen over de meest efficiënte en de meest zinvolle aanpak. Dit pleit ervoor om te starten met een aantal experimenten, die goed worden begeleid en onderzocht.

Zodra er sprake is van een breed ontwikkelde en geïmplementeerde methodiek, kan worden bezien of het nodig is, en zo ja op welke wijze, om deelname hieraan ook op een meer formele wijze te regelen. Daarbij valt bijvoorbeeld te denken aan een koppeling met de criteria voor herregistratie.

## **Deel II - Disfunctioneren**

#### *Verantwoordelijkheden van artsen*

Collega's van een arts, die merken dat betrokkene onverantwoorde zorg biedt en daardoor (mogelijke) risico's of schade voor patiënten veroorzaakt, hebben de verantwoordelijkheid daarop te reageren. Te denken valt aan leden van dezelfde huisartsgroep, maatschap, vakgroep of samenwerkingsverband in de (niet)-curatieve sector. De groep heeft een collectieve verantwoordelijkheid voor het goed functioneren van elk individueel lid. Wordt opgemerkt dat één van de groepsleden niet goed functioneert, dan behoren zijn collega's dit bespreekbaar te maken.<sup>10</sup> Het negeren van dergelijke situaties is ongepast. Huisartsgroepen, maatschappen, vakgroepen, medische staven en andere samenwerkingsverbanden van artsen behoren daarover afspraken te maken. Hierdoor wordt het makkelijker om met een collega over zijn of haar functioneren in gesprek te gaan en wordt voorkomen dat deze stap pas gezet wordt als het eigenlijk al te laat is.

#### *Het begrip disfunctioneren*

Wat moet er worden verstaan onder disfunctioneren? Het is niet zo dat bij elke fout van een arts collega's in actie dienen te komen. Het maken van een fout kan elke dokter overkomen, en is niet per definitie een aanwijzing voor onvoldoende functioneren. In dit standpunt wordt uitgegaan van de volgende omschrijving van disfunctioneren: *een structurele situatie van onverantwoorde zorg waarin een patiënt wordt geschaad of het risico loopt te worden geschaad, en waarbij de betreffende arts niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen*. In deze omschrijving staan vier elementen centraal:

- het moet gaan om structurele problemen, en niet om een enkel incident;
- het moet gaan om onverantwoorde zorg, d.w.z. zorg die in negatieve zin afwijkt van hetgeen binnen de beroepsgroep gebruikelijk is;
- door de problemen loopt een patiënt schade op, of bestaat het risico daarop;

<sup>10</sup> KNMG, Kwaliteitsmanifest. Utrecht: 2003, p. 33.



-de arts is niet bereid tot discussie, vertoont geen zelfreflectie en/of is niet (meer) bij machte zelf de situatie ten goede te keren.

Dat in de hiervoor genoemde omschrijving de schade die aan een patiënt wordt toegebracht of kan worden toegebracht een belangrijke rol speelt, wil niet zeggen dat disfunctioneren altijd zichtbaar moet zijn binnen de arts-patiënt relatie. Disfunctioneren kan er ook uit bestaan dat een arts niet in staat is tot collegiale samenwerking. Ook een gebrek aan collegiale samenwerking kan risico's voor de patiënt in het leven roepen.

Niet alleen als er sprake is van disfunctioneren in de hiervoor omschreven zin, zijn maatregelen nodig en mag onder meer van de directe collega's van de arts worden verwacht dat zij het mogelijke doen om het disfunctioneren bespreekbaar te maken en de arts in kwestie ertoe te bewegen een verbetertraject in te gaan. Ook in eerdere fasen, wanneer er aanwijzingen zijn dat de door een arts verleende zorg tekortschiet maar wellicht nog niet van disfunctioneren gesproken kan worden zal reeds actie moeten worden ondernomen. Voorkomen is beter dan genezen.

#### *Hoe om te gaan met disfunctioneren?*

Aanwijzingen dat er sprake is van disfunctioneren (of van ontwikkelingen die daar toe kunnen leiden) vragen zoals gezegd om actie. De manier waarop is afhankelijk van de omstandigheden. Naast de verantwoordelijkheid van elke arts om zo nodig aan de bel te trekken, moet zijn voorzien in een procedure die erop gericht is mogelijke situaties van disfunctioneren te beoordelen, op een wijze die de belangen van alle betrokkenen respecteert. In die procedure kan blijken dat er een serieus probleem is dat aandacht verdient, maar ook dat bij nader inzien van disfunctioneren geen sprake is. Het gaat niet om de uitkomst, maar om een zorgvuldige weging en beoordeling van de op tafel gelegde feiten en omstandigheden. In de volgende paragraaf wordt een aanzet gegeven voor een procedure inzake disfunctioneren. Daarbij is acht geslagen op procedures die op diverse plaatsen in het land reeds zijn ontwikkeld.<sup>11</sup>

#### *Elementen van een procedure inzake disfunctioneren*

- I. Artsen die problemen ervaren met betrekking tot het eigen functioneren behoren zich voor steun en advies te kunnen wenden tot een deskundige vertrouwenspersoon.<sup>12</sup>
- II. Een arts die aanwijzingen heeft dat een collega disfunctioneert, bespreekt deze aanwijzingen – alvorens deze door te geven aan derden- met deze collega.<sup>13</sup>
- III. Aanwijzingen voor disfunctioneren worden gemeld aan de voorzitter van de groep waarvan de betreffende arts deel uitmaakt (hagro, maatschap, vakgroep, medische staf of ander samenwerkingsverband).<sup>14</sup> Deze bespreekt de informatie met de arts op wie de melding

---

<sup>11</sup> In een aantal ziekenhuizen zijn regelingen inzake disfunctioneren opgesteld. In sommige gevallen worden gevallen van disfunctioneren besproken in de plenaire medisch staf, in andere gevallen wordt een commissie van onderzoek ingesteld. Zie bijvoorbeeld Medisch Contact 2003; 58: 621 (procedure Jeroen Bosch Ziekenhuis) en Medische Aansprakelijkheid 2004, oktober, p. 4-7 (procedures St. Elisabeth Ziekenhuis en VieCuri Medisch Centrum).

<sup>12</sup> Gedacht kan worden aan de Steun- en Verwijspunten voor Artsen (SVA) van de KNMG, maar ook aan vertrouwenspersonen die zijn aangesteld ten behoeve van een bepaalde gezondheidsinstelling.

<sup>13</sup> Aldus ook Gedragsregel III.1 van de KNMG.

<sup>14</sup> Het is van belang er rekening mee te houden dat het aankaarten van het disfunctioneren van een collega-arts problematisch kan zijn als het gaat om een relatie tussen twee artsen in verschillende hiërarchische posities (een haio die wil melden over de opleider, een agnio die wil melden over een maatschapslid e.d.). Dit probleem kan mogelijk worden verkleind door binnen gezondheidszorgorganisaties vertrouwenspersonen aan te stellen.

betrekking heeft, op de wijze en volgens de procedure die daarover binnen de groep is afgesproken.

- IV. Indien daartoe aanleiding bestaat, wordt met de betreffende arts een verbetertraject afgesproken. Deze afspraken behelzen een concrete beschrijving van de te ondernemen activiteiten<sup>15</sup>, de daarmee te bereiken doelen, de evaluatiemomenten en het tijdspad waarbinnen een en ander moet zijn gerealiseerd. Van het inzetten van het verbetertraject wordt melding gedaan aan de groep waarbinnen de arts functioneert alsmede –indien van toepassing<sup>16</sup>- aan de raad van bestuur van de instelling waarbinnen de arts werkzaam is.
- V. Bij verschil van inzicht over het handelen van de betreffende arts en/of over de naar aanleiding daarvan te treffen maatregelen, wordt een commissie van advies ingesteld<sup>17</sup>. Deze commissie bestaat uit tenminste drie leden, waaronder een onafhankelijk voorzitter. De commissie hoort alle betrokkenen en brengt op basis daarvan een advies uit aan de voorzitter van de groep waarvan de arts deel uitmaakt (hagro, maatschap, vakgroep, medische staf of ander samenwerkingsverband) en –indien van toepassing- aan de raad van bestuur van de instelling waarbinnen de arts werkzaam is. De voorzitter beslist over de naar aanleiding van het advies te treffen verbetermaatregelen.
- VI. In gevallen waarin er sprake is van disfunctioneren en de betreffende arts geen medewerking verleent aan een verbetertraject, en in gevallen waarin verbetermaatregelen geen of onvoldoende effect hebben, beslissen de voorzitter van de groep waarvan de arts deel uitmaakt en de raad van bestuur van de instelling over de te treffen maatregelen. Tot deze maatregelen kunnen onder meer behoren:
  - het beëindigen van het lidmaatschap van hagro, maatschap, vakgroep, medische staf, of ander samenwerkingsverband;
  - informerende van en overleg met de Inspectie voor de Gezondheidszorg en/of de zorgverzekeraar;
  - het informeren van de wetenschappelijke vereniging waarvan de betreffende arts lid is;
  - het beëindigen van de arbeids- of toelatingsovereenkomst.

Het doorlopen van een dergelijk traject kost tijd. Er moeten geen overhaaste stappen worden gezet, maar ook moet worden voorkomen dat het proces wordt getraineerd. Het verdient dan ook aanbeveling aan elk van de te onderscheiden fasen een duidelijk tijdspad te koppelen.

### *Externe partijen*

Een (niet tijdig opgeloste) situatie van disfunctioneren kan leiden tot de betrokkenheid van externe partijen, zoals de zorgverzekeraar, de Inspectie of het tuchtcollege. Deze partijen kunnen op de situatie worden geattendeerd door personen uit de collegiale omgeving van de arts, maar ook door anderen (zoals de patiënt of zijn familie, patiëntenorganisaties). Het inschakelen van externe partijen door de collegiale omgeving van de arts is aan de orde in gevallen waarin evident van disfunctioneren sprake is en de eigen mogelijkheden (zie de hiervoor genoemde procedure) niet tot verbetering hebben geleid. In dat geval kan bijvoorbeeld een melding aan de Inspectie worden overwogen.<sup>18</sup>

---

<sup>15</sup> Te denken valt aan coaching, bij- en nascholing, therapie etc.

<sup>16</sup> Bedoeld wordt: niet alle artsen zijn werkzaam in een instelling.

<sup>17</sup> Nader bezien moet worden wie deze commissie benoemt. In een ziekenhuis valt bijvoorbeeld te denken aan het bestuur van de medische staf of aan dat bestuur tezamen met de raad van bestuur van de instelling.

<sup>18</sup> Zie de procedure die heeft geleid tot de uitspraak van het Centraal Tuchtcollege 29 april 2004, Medisch Contact 2004; 59: 919-922 en het commentaar daarbij van B.V.M. Crul en J. Legemaate. Aan deze uitspraak gingen diverse andere procedures vooraf. De Kwaliteitswet zorginstellingen schrijft overigens voor dat bepaalde gevallen (calamiteiten, seksueel misbruik) door de instelling meteen bij de Inspectie moeten worden gemeld. Daarnaast voorziet de Wet klachtrecht cliënten zorgsector in een meldplicht van klachtencommissies richting Inspectie (in het geval van structurele klachten van ernstige aard).

Anderen, zoals de patiënt, kunnen stappen ondernemen op het moment dat hen goeddunkt. Dit kan betekenen dat tegen de betrokken arts een tuchtprocedure wordt gestart op een moment dat binnen het collegiale systeem nog wordt gewerkt aan een mogelijke oplossing van het probleem.

Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg stelt zich op het standpunt de artsen het disfunctioneren van een collega niet mogen laten voortduren. Evenals een patiënt kan de Inspectie naar aanleiding van disfunctioneren stappen ondernemen, bijvoorbeeld door het indienen van een tuchtklacht, het geven van een 'Big-bevel'<sup>19</sup> of het starten van een procedure bij het College voor Medisch Toezicht. Aan te bevelen is dat de Inspectie een dergelijke stap in beginsel niet zet op een moment dat er nog uitzicht is op een via de collegiale omgeving van de arts te bereiken resultaat (waarover de Inspectie dan vanzelfsprekend wel moet worden geïnformeerd).

#### *De relatie tussen het evaluatiegesprek en de procedure inzake disfunctioneren*

Het eerder in deze tekst behandelde evaluatiegesprek heeft een eigen doelstelling en staat in beginsel los van de procedure inzake disfunctioneren. Heel goed denkbaar is echter dat dergelijke periodieke gesprekken ertoe leiden dat mogelijk onjuist handelen van een arts het stadium van disfunctioneren helemaal niet bereikt, omdat eventuele problemen al veel eerder worden gesignaleerd en er afspraken worden gemaakt die tot verbetering leiden. Worden in het kader van evaluatiegesprek verbetermaatregelen overeengekomen, maar leiden deze niet tot het beoogde resultaat, dan kan er aanleiding zijn het kanaal van het evaluatiegesprek te verlaten en andere wegen te bewandelen (waaronder de procedure van disfunctioneren). Dat laatste is zeker aan de orde in situaties waarin een systeem van evaluatiegesprekken (nog) niet wordt gehanteerd of in situaties waarin, los van de periodieke evaluatiegesprekken, een of meer incidenten vormen van disfunctioneren aan het licht brengen die zo ernstig zijn dat onmiddellijk ingrijpen geboden is.

### **Deel III - Overige aspecten**

#### *De opleiding tot arts en specialist*

Het onderhavige standpunt heeft betrekking op de arts die als zodanig, en al dan niet opgeleid tot specialist, werkzaam is op het gebied van de individuele patiëntenzorg. Benadrukt moet echter worden dat ook op andere en eerdere momenten moet worden gepoogd te voorkomen dat een arts komt tot situaties van onverantwoorde zorg/disfunctioneren. De opleiding speelt daarbij een belangrijke rol, zowel de initiële opleiding als de opleiding tot specialist. Deze opleidingen behoren een brede insteek te hebben, en dienen zich te richten op alle aspecten van de beroepsuitoefening (vakinhoudelijke kennis, vaardigheden inzake communicatie en samenwerking, vermogen tot kritische reflectie op het eigen handelen, maar ook de kennis en vaardigheden om aan evaluatiegesprekken deel te nemen). Ook is van belang dat reeds tijdens de opleiding studenten en artsen-in-opleiding op alle aspecten van de toekomstige beroepsuitoefening worden getoetst en dat aan ontoereikende resultaten duidelijke gevolgen worden verbonden. Daarbij is het advies of het besluit de opleiding te beëindigen niet uit te sluiten.

#### *Het regelmatig bespreken van (bijna)fouten*

In het voorafgaande is betoogd dat het maken van fouten moet worden onderscheiden van disfunctioneren. Hoewel incidentele fouten ernstige gevolgen kunnen hebben, kunnen deze

---

<sup>19</sup> Een maatregel op grond van art. 87a Big. Dit is mogelijk ten aanzien van beroepsbeoefenaren die niet werken in een instelling zoals omschreven in de Kwaliteitswet.

fouten ook worden gemaakt door artsen wier functioneren in het algemeen adequaat en verantwoord is. Het is zinvol fouten en bijna-fouten met enige regelmaat in groepsverband te bespreken. Deze (bijna)fouten kunnen daardoor worden omgezet in verbeterpunten. Dit bevordert een klimaat van openheid en toetsbaarheid, en leidt ertoe dat alle deelnemers aan zo'n overleg van de ingebrachte casuïstiek kunnen leren en dat de zorgverlening daadwerkelijk wordt verbeterd. Het doen plaatsvinden van dergelijke besprekingen in opleidingssituaties onderstreept bovendien de voorbeeldfunctie van de opleider ten opzichte van de artsen-in-opleiding. Daardoor kan het voor laatstgenoemden in de latere carrière aanzienlijk makkelijker zijn zich open en toetsbaar op te stellen.

Hier ligt een duidelijke link met de discussie inzake 'veilig melden': het creëren van een klimaat waarin het melden en bespreken van complicaties en (bijna)fouten het uitgangspunt is, in het belang van de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid.<sup>20</sup>

#### *Relatie met andere kwaliteitssystemen*

Van belang is de relatie tussen het in dit standpunt beschreven kwaliteitssysteem, gericht op individueel functioneren, en andere systemen. Daarbij valt in het bijzonder te denken aan visitatie, andere vormen van intercollegiale toetsing en herregistratie. Tot op heden is het instrument visitatie vooral gericht op het functioneren van een groep artsen (maatschap, vakgroep e.d.), met een accent op proces- en structuuraspecten. Op vakinhoudelijk en individueel functioneren is de visitatie veel minder gericht. Gezamenlijke en individuele verantwoordelijkheden kunnen echter door elkaar lopen. Ook nu reeds hebben visitatiecommissies te maken met situaties waarin individuele tekortkomingen direct van invloed zijn op de kwaliteit van de groep.<sup>21</sup> Daar zal in het kader van de visitatie niet aan voorbij kunnen worden gegaan. Het ligt niet voor de hand dat een visitatiecommissie aanbevelingen doet die direct betrekking hebben op de (rechts)positie van individuele artsen. Wel kunnen individuele tekortkomingen aanleiding zijn in het visitatierapport in te gaan op de wijze waarop de gevisiteerde groep met deze tekortkomingen omgaat c.q. behoort om te gaan. Denkbaar is voorts dat een relatie wordt gelegd tussen deelname aan evaluatiegesprekken en de herregistratie van specialisten. Het vereiste van deelname aan regelmatige evaluatiegesprekken zou desgewenst aan de criteria voor herregistratie kunnen worden toegevoegd.

---

<sup>20</sup> A.Molendijk, K.Borst, R. van Dolder. Vergissen is menselijk – Blamefree melden doet transparantie toenemen. Medisch Contact 2003; 58: 1658-61.

<sup>21</sup> Zie voor een sprekend voorbeeld Dunning, zie noot 1, p. 291-292.

## **Bijlage – Enkele voorbeelden**

Er is met betrekking tot het bespreken van het individueel functioneren van artsen al enige ervaring opgedaan en ook heeft reeds onderzoek plaatsgevonden. Ter illustratie enkele voorbeelden.

### 1. ‘Appraisal and assessment’ in Sittard (medisch specialisten)

In het Sittardse model, geïnspireerd door Engelse ervaringen<sup>22</sup>, ligt de nadruk op de vaardigheden en competenties van de persoon die het functioneringsgesprek met de individuele arts voert (de ‘appraiser’). Die spreekt met de individuele arts (de ‘appraisee’) op basis van door laatstgenoemde tevoren aangeleverde informatie. De ‘appraiser’ is een collega-specialist uit hetzelfde ziekenhuis, maar bij voorkeur niet van dezelfde discipline als de ‘appraisee’. De rol van ‘appraiser’ kan wisselen, door steeds meer specialisten hiervoor op te leiden. Het in Sittard gehanteerde model houdt in dat door een roulerend systeem de ‘appraisee’ elk jaar te maken krijgt met een andere ‘appraiser’ (en dat hij, indien daarvoor opgeleid, ten aanzien van collega’s zelf ook als ‘appraiser’ kan optreden). Uitgangspunt is dat de inhoud van het gesprek tussen ‘appraisee’ en ‘appraiser’ blijft. In die context worden zo nodig verbeterpunten geïdentificeerd en afspraken gemaakt, die in een verslag worden vastgelegd. Daarop kan in een volgend gesprek worden teruggekomen. Slechts in specifieke situaties geeft de ‘appraiser’ informatie uit het gesprek aan anderen door, bijvoorbeeld als er (materiële) knelpunten zijn die alleen met hulp van anderen kunnen worden opgelost, of in het geval van aantoonbaar en niet te tolereren disfunctioneren. De verwachting is dat dit laatste, vanwege de preventieve werking van de periodieke gesprekken, zelden nodig zal zijn. Het Sittardse model geeft een goed inzicht in hoe op collegiaal niveau tussen medisch specialisten een evaluatiegesprek qua opzet, inhoud en procedure kan verlopen. Een dergelijk model is, waar nodig met aanpassingen, ook bruikbaar in andere sectoren van de zorg.

### 2- Evaluatie van het functioneren bij huisartsen

Toetsing en evaluatie van het functioneren bij huisartsen heeft een lange traditie. Toetsen voor de consultvoering, voor vaardigheden, voor kennis en voor praktijkvoering zijn al ontwikkeld en worden allen ingezet tijdens de beroepsopleiding en in de training van huisartsopleiders en bij de deskundigheidsbevordering van huisartsen. Ook is het functioneren van huisartsen onderwerp van gesprek in toetsgroepen en in de Hagro, wanneer deze Hagro beleid maakt en toetst (overdracht van patiënten etc.). Verder is het functioneren van huisartsen een belangrijk aspect van supervisie, die speciaal aan huisartsopleiders wordt aanbevolen en in sommige opleidingsinstituten zelfs verplicht is. Daarnaast bestaan nog vele Balint-groepen en intervisiegroepen. Dit aanbod verklaart misschien waarom evaluatiegesprekken bij de huisartsen als vrije beroepsbeoefenaren niet gekozen is als middel voor kwaliteitsbevordering en voorkomen van disfunctioneren. Huisartsen in een organisatie hebben wel functioneringsgesprekken, maar die hoeven niet over het beroepsmatig functioneren te gaan, want dat valt onder de eigen professionele verantwoordelijkheid. Een evaluatiegesprek zoals in dit standpunt beschreven biedt mogelijkheden om behalve het functioneren het persoonlijke leer- of beleidsplan te bespreken. Als feitelijke informatie voor het fundament van het evaluatiegesprek zou materiaal kunnen dienen uit de praktijkaccreditering (visitatie), toetsing en het overzicht van gevolgde deskundigheidsbevordering, alsook een tevoren ingevulde zelfevaluatie. Instrumentarium hiervoor dient ontwikkeld en wetenschappelijk onderbouwd te worden. Naast een roulerend systeem van evaluatoren zouden supervisors en de Erkende Begeleiders (EB-ers zullen in de toekomst doorgroeien tot EKC-er (Erkende Kwaliteits-Consulenten) de rol kunnen krijgen van uitvoerder van het evaluatiegesprek. Een dergelijk

<sup>22</sup> J.W.R. Peyton, Appraisal and assessment in medical practice. Manticore Europe, 2000.

systeem van evaluatiegesprekken zou aanvullend kunnen zijn op het bestaande kwaliteitssysteem en bijdragen aan het bereiken van de in dit standpunt genoemde doelen.