

# ‘IEDERÉÉN KAN BETER FUNCTIONEREN’

*Sittardse specialisten over hun functioneringsgesprekken*

De helft van de medisch specialisten in het Maaslandziekenhuis in Sittard gaat jaarlijks bij collega's te biecht. 'Na je opleiding word je losgelaten en doe je gewoon je werk. Medisch specialisten leveren nauwelijks commentaar op elkaar. Ik vind het prettig om in beweging te blijven.'

## JOOST VISSER

**I**n de wandelgangen hoor ik positieve geluiden. Collega's praten erover. Stimuleren elkaar om mee te doen.' Vol optimisme besluit Ton Hoofwijk, chirurg en opleider in het Maaslandziekenhuis in Sittard, zijn voordracht over wat je gerust zijn 'kindje' kunt noemen: functionerings- en beoordelingsgesprekken (*appraisal and assessment*) van medisch specialisten. Sinds de KNMG zich deze zomer in de media vierkant achter het idee schaarde, reizen Hoofwijk en zijn collega Guido Geeraerts, psychiater en co-opleider, stad en land af om het systeem uit te leggen aan medische staven in andere ziekenhuizen. Dat hij op deze woensdagochtend niet tientallen collega's maar slechts één journalist tot zijn gehoor mag rekenen, lijkt hem niet te deren. Af en toe onderbroken door Geeraerts, vertelt hij in een klein uur geroutineerd hoe het systeem, ontwikkeld door de Brit Rodney Peyton, in Sittard vorm kreeg, waar het toe dient, hoe het werkt en vooral ook hoe binnen een paar jaar de helft van de specialisten in het ziekenhuis ervoor was gewonnen.

Als hij is uitgesproken, zegt Geeraerts: 'Ton, wat vond je dat goed ging aan je praatje?'

'Het was een oude presentatie, maar jij kon makkelijk inspringen en zo konden we samen dingen verduidelijken als dat moest.'

Geeraerts draait zich naar mij: 'Wat vond jij goed?'

'De sjeu waarmee Ton het verhaal bracht, zijn enthousiasme en ook de informatieve waarde.'

Geeraerts weer: 'Ton, wat zou jij de volgende keer anders doen?'

'Ik zou het beter voorbereiden. Sommige dingen kunnen helderder en andere kunnen eruit.'

Naar mij: 'Wat vind jij dat Ton beter kan doen?'

'Hij kan af en toe even stoppen, zodat het gehoor tot zich kan laten doordringen wat hij heeft gezegd.'

Geeraerts: 'Welnu, Ton, jij was tevreden over de interactiviteit, Medisch Contact over jouw enthousiasme en de informatieve waarde. In de toekomst ga je je beter voorbereiden en haal je de *highlights* naar voren. Je kreeg de tip om je gehoor wat meer lucht te geven. Dank je wel.'

## GESPREK

Ik ben verbluft. Wat is dit? 'Onze werkwijze', antwoordt Geeraerts met een glimlach. En inderdaad, meer dan woorden maakt de demonstratie - want dat is het - duidelijk hoe beoordeelde en beoordeelaar in dit ziekenhuis met elkaar spreken: gestructureerd, met nadruk op wat goed gaat en resulterend in concrete plannen om het in de toekomst nóg beter te doen. Waarbij de beoordeelde eerst zichzelf de maat neemt en daarna van de beoordeelaar hoort hoe anderen tegen hem aankijken.

Als ik later die woensdag een functioneringsgesprek bijwoon, zie ik hoe dat in werkelijkheid gestalte krijgt. Eerst bespreken de specialist die wordt beoordeeld (de *appraisee*) en zijn gesprekspartner (de *appraiser*) de formulieren met feitelijk informatie, die de eerste vooraf heeft ingevuld (zie *kader pagina 1382*). Het dagelijkse werk komt ter sprake, de werkdruk, congresbezoek, complicaties, MIP-meldingen, de omgang met de collega's, het toepassen van de WGBO, een klacht die weer werd ingetrokken, ambities voor de toekomst, wetenschappelijke artikelen, het onderhoud aan protocollen, zelfs het thuisfront passeert even de

## DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

Chirurg Ton Hoofwijk (links) en psychiater Guido Geeraerts (rechts) reizen stad en land af om hun systeem van functionerings- en beoordelingsgesprekken uit te leggen aan medische staven in andere ziekenhuizen.

revue. Dan verwoordt de *appraisee* wat naar zijn mening goed gaat en geeft de *appraiser* een korte samenvatting van wat anderen - maatschapsleden, aios, verpleegkundigen, managers - vinden dat goed gaat: informatie die hij voorafgaand aan het gesprek in een aantal telefoongesprekken heeft verzameld. Vervolgens geeft de *appraisee* aan wat hij zelf vindt dat beter kan, waarna de *appraiser* vertelt wat de collega's op die vraag hebben geantwoord - de overeenkomst is verbluffend. Later zullen beiden nog een keer bij elkaar komen om het verslag van het gesprek te bespreken en ondertekenen, en vast te leggen wat de *appraisee* het komend jaar concreet anders gaat doen.

De gesprekken hebben uiteindelijk maar één doel: ervoor zorgen dat niet alleen eventuele achterblijvers, maar alle medisch specialisten beter gaan functioneren. Daarvoor is een 'momentopname' nodig, een beeld van het functioneren van de specialist, aan de hand van meetbare criteria, zoals prestatie-indicatoren en MIP-meldingen: *assessment*. Minstens zo belangrijk is het formuleren en na een jaar toetsen van een persoonlijk ontwikkelingsplan, een lijst met concrete

plannen om beter te gaan functioneren: *appraisal*. Hoofwijk: 'In feite gaat het om functionerings- en beoordelingsgesprekken, maar als je dat hardop zegt, gaan de hakken in het zand.' In 2002 kwam Rodney Peyton naar Sittard om het principe uit te leggen, waarna zes ervaren stafleden, tutors van de cursus 'Training the trainer', werden aangesteld tot *appraiser*;

taar op elkaar, al wordt er veel achter de rug besproken. Ik vind het prettig om te leren en in beweging te blijven.' Johan Nel, anesthesioloog, heeft binnenkort zijn eerste gesprek. Hij heeft er zin in: 'Ontbreekt het je aan technische vaardigheden, dan merk je dat snel genoeg. Maar bij niet-technische *skills* als communicatie of het opleiden van assisten-

### Van de cardiologen heeft zich nog niemand gemeld

nog deze maand wordt een tweede groep aankomende *appraisers* getraind, nu door Hoofwijk en Geeraerts zelf. Zo'n 65 specialisten in het Maastrichtziekenhuis lieten zich inmiddels al één of meer keer beoordelen of doen dat dit jaar voor het eerst.

#### KONT TEGEN DE KRIB

Chirurg Michiel Heeren heeft inmiddels twee gesprekken achter de rug. Hij is tevreden: 'Na de opleiding word je losgelaten en doe je gewoon je werk. Medisch specialisten leveren nauwelijks commen-

ten, is dat niet zo. Het is goed om daar op deze manier mee bezig te blijven en jezelf concrete doelen te stellen.'

Niet iedereen die ik die dag spreek, deelt hun enthousiasme. Enkele specialisten, hoor ik, gooien de kont tegen de krib zolang niet precies is vastgelegd wie wel en vooral wie geen toegang hebben tot de schriftelijke verslagen. Van de cardiologen heeft nog niemand zich aangemeld. 'We zijn er niet principieel op tegen,' zegt Marc van Daele, 'maar enige scepsis hebben we wel. Wie wordt bijvoorbeeld je assessor? Met sommige >>

## DE PRAKTIJK

Ter voorbereiding van een gesprek vult de *appraisee* drie formulieren in: één met algemene gegevens, één met gegevens over de huidige medische praktijk (zoals dagelijkse werkzaamheden, subspecialistische vaardigheden en de dienstenregeling) en één met informatie over achtereenvolgens:

- goed hulpverlenerschap, waaronder visitatieresultaten, deelname aan nascholing, de werkrelatie met collega's en de manier waarop informed consent is geregeld;
- management en overige niet-patiëntgebonden activiteiten;
- onderwijs en onderzoek;
- ontwikkelingen in het afgelopen jaar.

Tijdens het gesprek nemen *appraisee* en *appraiser* deze formulieren door en zetten er hun handtekening onder. Ook wordt de informatie besproken die de *appraiser* intussen bij derden heeft verzameld.

Na afloop wordt een vierde formulier ingevuld, waarop een lijst met afspraken en een 'persoonlijk ontwikkelingsplan' voor het komende jaar. Ook dit formulier wordt door beide gesprekspartners ondertekend. Gesprekken vinden jaarlijks plaats.

Aan voorbereiding is de *appraisee* gemiddeld 5,2 uren kwijt, de *appraiser* 2,5 uur. Straks, als alle specialisten meedoen, kost ze dat gemiddeld bijna één dag per jaar. Bij een uurtarief van 140 euro komt dat neer op 1000 euro per jaar per specialist.

## DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

<< collega's heb je een goede verstandhouding, anderen ontwijk je liever. En stel dat je je assessor een prutser vindt, zul je dan zijn oordeel accepteren?'

### RODDELS

Dat laatste lijkt een misverstand. De *appraiser* geeft immers geen oordeel over wat goed gaat en wat beter kan. Dat doet alleen de beoordeelde zelf, en - indirect - een tiental professionals met wie hij in de praktijk direct te maken heeft. 'Ik zie de roddels al ontstaan, zei een kritische chirurg uit Nijmegen onlangs in een interview over 'Sittard'. Onzin, zegt Heeren: 'Die roddels zijn er toch. Ze worden niet erger door die rondvraag, maar juist minder. Want de onvrede kan een kant op.' Onzin, vinden ook Hoofwijk en Geeraerts: 'We vragen een relatief groot aantal betrokkenen om hun mening en dat doen we op een gestructureerde manier: hoe gaat het? En: wat kan beter?

We zijn niet geïnteresseerd in de individuele anekdote. Het gaat ons om de rode draad in de reacties. Die leggen we aan de betrokkene voor.' Louter strelend is die informatie per definitie niet: 'Niemand komt ermee weg om alleen maar positieve dingen te noemen en het daarbij te laten. Als dat dreigt te gebeuren, zegt de *appraiser* die de informatie verzamelt: "Hoor eens, als je je collega wilt helpen zich verder te ontwikkelen, ben je moreel verplicht om aan te geven waar het beter kan!" Het kan nooit zo zijn dat alles perfect is.'

### DE TIJD WAARD

Niet verwonderlijk blijken specialisten het project vooral te beoordelen op de veronderstelde kosteneffectiviteit, waarbij 'kosten' dan niet in geld maar in tijd zijn uitgedrukt. 'Het kost veel tijd, meer dan ik dacht', zegt chirurg Heeren. 'Maar het is het me waard en ik zou geen betere

methode weten.' Nucleair geneeskundige Harry van der Pol, is zover nog niet: 'Ik kén Ton, die loopt nogal eens hard van stapel. Ik heb binnenkort mijn eerste gesprek. Gelukkig met iemand die ik sympathiek vind, en met wie ik het wel wil aangaan. Maar als blijkt dat ik er niets aan heb, stop ik er direct weer mee.' Ook cardioloog Van Daele heeft twijfels over een tijdsinvestering van gemiddeld een dag per jaar: 'Stel dat ik in zo'n gesprek mijn ergernis kwijt kan over het vele vergaderen en alle administratie die me afhoudt van mijn eigenlijke werk. Maar dan? Het kan best zijn dat het verslag in een la verdwijnt en er verder niets mee gebeurt. Dan ben ik alleen maar méér tijd kwijt. Want welke machtsmiddelen heeft de *appraiser* om dingen voor elkaar te krijgen?'

Wat specialisten aan de gesprekken hebben, is voor Hoofwijk zonneklaar: het helpt ze datgene te (gaan) doen

waarin zij goed zijn. 'Stel dat ik prima rectumcarcinoom kan behandelen, maar dat ik bij liesbreuken relatief veel nabloedingen heb. En stel dat het bij een collega precies andersom is. Dan kunnen we bij elkaar kijken om ervan te leren. Maar we kunnen ook ruilen: hij de liesbreuken, ik de rectumcarcinomen.' In een complexe organisatie als een ziekenhuis is zo'n stap niet gemakkelijk gezet, vult Geeraerts aan: 'Artsen denken causaal: probleem, analyse, oorzaak, remedie, actie. Die zeg-

ook niet bedoeld, zegt Hoofwijk. 'Maar aan disfunctioneren gaan jaren vooraf waarin nog kan worden bijgestuurd. Met dit systeem komen signalen dat het fout gaat, sneller op tafel. De betrokken specialist krijgt ieder jaar weer de kans om hulp te zoeken, zaken anders aan te pakken. In 95 procent van de gevallen gaat dat goed. Blijkt na vier jaar dat iemand stelselmatig weigert hulp te zoeken, dan houdt het op. Dan melden we de directie en de staf dat deze specialist uit het

groep. Die kan disfunctioneren signaleren en vragen om hard ingrijpen van buiten, bijvoorbeeld van de inspectie. Het is te ingewikkeld om disfunctioneren intern op te lossen.'

#### OOK HET ZIEKENHUIS

Ludo Jansen is voorzitter van de Raad van Bestuur van Orbis medisch en zorgconcern, waaronder het Maaslandziekenhuis ressorteert. Hij is blij met het initiatief: 'Het is goed dat de specialisten praten over hun functioneren en willen horen waar zij zich wellicht moeten aanpassen.' Toch pleit hij voor een grotere betrokkenheid van de ziekenhuisorganisatie. Dat is goed voor de organisatie ('Wij moeten toch inzicht krijgen in de kwaliteit van de dokters'), maar ook voor de specialisten zelf: 'Nu nog is de basis wat smal, ook managers kunnen zich nadrukkelijker uitspreken. Bovendien kan een specialist wensen hebben waarvan het goed is als de organisatie die kent. Als hij het management in wil, bijvoorbeeld.' Maar de relatieve afzijdigheid van het ziekenhuis wreekt zich vooral bij disfunctioneren: 'In het uiterste geval staat de toelating van een specialist in deze onderneming ter discussie. Maar kan dat zomaar? Krijg je dan niet het verwijt dat het management eerder had moeten ingrijpen?' Als het aan Jansen ligt komt er over drie, vier jaar - als het ziekenhuis een nieuw onderkomen heeft - een andere structuur: dan zijn het niet meer twee *peers* die de gesprekken voeren, maar schuift naast de *appraiser* een operationeel manager aan.

## 'Signalen dat het fout gaat komen sneller op tafel'

gen: "We doen het gewoon" en realiseren zich onvoldoende dat ze in een groter geheel werken. In de gesprekken wordt dat duidelijk. Als een uroloog graag een nieuwe techniek wil toepassen, komt aan de orde of dat kan en wat de consequenties zijn voor anderen. Zo nodig komt zo'n verzoek aan bod bij het overleg met de directie over de toekomstplannen van het ziekenhuis.'

#### DISFUNCTIONEREN

Wie zeker niet (meer) gebaat zijn bij assessment en *appraisal*, zijn echt disfunctionerende artsen. Voor hen is het

*appraisal*-traject moet, omdat er geen sprake is van verbetering.' Cardioloog Van Daele heeft ook hierin weinig vertrouwen: 'Gelukkig kent dit ziekenhuis geen disfunctionerende specialisten, maar dat is een kwestie van dom geluk. Stel dat zich ooit wél zoiets voordoet, dan kun je als *appraiser* benoemen dat de ander disfunctioneert, maar is tegelijkertijd de relatie de komende twintig jaar grondig verstoord. Terwijl die ander toch gewoon kan blijven voortmodderen. De staf en de directie hebben immers niet de macht om in te grijpen. Ik zie meer in de kwaliteitscommissie van de beroeps-

## FUNCTIONERINGSGESPREKKEN IN ALKMAAR

Sinds het najaar van 2003 voeren ook in het Medisch Centrum Alkmaar medisch specialisten onderling functioneringsgesprekken, ongeveer zoals dat in het Maaslandziekenhuis gebeurt. Inmiddels zijn vijftien 'interviewers' opgeleid, die gesprekken hebben gevoerd met dertig (van de 185) specialisten. Anders dan in Sittard ontbreekt in Alkmaar voorlopig nog de rondgang langs collega's, ter voorbereiding van het gesprek. 'Het is een nieuwe ontwikkeling en als je direct al daarmee begint, kan dat bedreigend zijn', zegt gynaecoloog Frank Coelingh Bennink, voorzitter van de medische staf. 'Maar voor de tweede ronde valt daaraan zeker te denken.'

Deelname aan de (in principe driejaarlijkse) gesprekken is vrijwillig. Misschien daardoor wordt het streven dat alle specialisten eind 2006 één gesprek zouden hebben gehad, niet gehaald. Coelingh Bennink: 'Er komt veel op ons af: marktwerking, prestatie-indicatoren, DBC's, veiligheid. Dit project moet in dat geheel een plaats krijgen. En het kost tijd, want het wordt hier buitengewoon serieus opgevat.'

Inmiddels overweegt de medische staf een of meer personeelsfunctionarissen aan te trekken om de interviews over te nemen: 'Het *peer to peer* gaat er dan een beetje af, maar dan blijft het tenminste haalbaar. Die nieuwe mensen kunnen oud-specialisten zijn of mensen die de praktijk vanuit een andere rol goed kennen. Want ze moeten wel weten waarover wij het hebben!'

Zijn toekomstbeeld is niet dat van de medisch specialisten zelf. 'Dit systeem is gebaseerd op vertrouwelijkheid', zegt Hoofwijk. 'Als er iets uitlekt, gaat het fout. In Engeland zijn dit soort gesprekken in 2001 verplicht gesteld. Sindsdien gaan de gegevens naar de baas en is de kracht uit het systeem gehaald. Die kant moet het hier beslist niet uit. Elkaar stimuleren, daar gaat het om.' ■

Op onze website vindt u het artikel 'Appraisal en assessment in een algemeen ziekenhuis' van de hand van onder meer Ton Hoofwijk en Guido Geeraerts via [www.medischcontact.nl/dezeweek](http://www.medischcontact.nl/dezeweek).

