

Het visitatiegesprek

Josca Fokkema

Samenvatting

In het (individuele) visitatiegesprek reflecteert de huisarts op feedback van collega's en patiënten over zijn of haar persoonlijk functioneren. De gespreksleider faciliteert en structureert dit zelfonderzoek, wat bedoeld is om kwaliteit van zorg te stimuleren. Huisartsen waarderen dit moment van onverdeelde aandacht voor henzelf.

De historie; landelijke ontwikkelingen

De KNMG formuleert in 2012 in haar 'Kwaliteitskader' dat 'nieuwe methoden die kwaliteit inzichtelijk maken; betrouwbare patiëntenquêtes en 360 graden feedback, het mogelijk maken om op basis van lacunes aan de slag te gaan en zo als beroepsgroep te laten zien hoe belangrijk we professionaliteit en kwaliteit vinden en dat we daar zelf verantwoordelijk voor willen en kunnen zijn' [1].

Dit is een antwoord op een oproep van de Inspectie voor de Gezondheidszorg aan het veld om zelf verantwoordelijkheid te nemen voor de kwaliteit en veiligheid binnen de eigen beroepsorganisatie op een niet-vrijblijvende manier [2, 3].

In het Kwaliteitskader zijn concrete aanbevelingen geformuleerd aan de hand van acht kwaliteitsaspecten, waar individuele kwaliteitsvisitatie (toetsing van functioneren individuele arts) er één van is: individuele kwaliteitsvisitatie betreft een visitatie, uitgevoerd volgens het visitatieprogramma van of goedgekeurd door de wetenschappelijke vereniging, van een individuele specialist (in dit geval de huisarts) ter bevordering van kwaliteit van zorg.

Hierbij 'voeren specialisten met regelmaat een gesprek met een daarvoor speciaal getrainde collega over de kwaliteit van zorg, de persoonlijke ontwikkeling van

J. Fokkema (✉)
Beilen, Nederland
e-mail: info@fokkemacoaching.nl

de betrokken specialist, diens relatie met collega's en de omgang met patiënten, het management en andere relevante zaken'.

Als eis wordt hierbij gesteld dat 'de vereniging beschikt over een erkende methodiek van individuele kwaliteitsvisitatie' en dat de 'individuele kwaliteitsvisitatie wordt uitgevoerd door daartoe getrainde collegae'.

De historie; beroepsgroep huisartsen

In 2008 werd door de KNMG vastgelegd dat huisartsen voor hun herregistratie moeten deelnemen aan een visitatieprogramma [4]. Het NHG ontwikkelde als onderdeel daarvan een visitatieprogramma dat gericht is op het individueel functioneren van huisartsen.

Er waren veel bezwaren geuit vanuit de beroepsgroep betreffende de 'stapel van eisen' rond herregistratie wanneer zowel aan praktijkaccreditatie als aan een individueel visitatieprogramma zou moeten worden deelgenomen. Daarom werd in 2015 door LHV en NHG besloten dat voorlopig zowel de praktijkaccreditatie/certificering als het visitatieprogramma gericht op individueel functioneren van de huisarts voldoet aan de herregistratie-eis 'heeft deelgenomen aan het visitatieprogramma'. Met andere woorden: de visitatie is vooralsnog verplicht voor herregistratie van iedere huisarts die niet in een geaccrediteerde huisartspraktijk werkt en is op vrijwillige basis beschikbaar voor alle huisartsen.

Doelstelling

Het uiteindelijke doel van de visitatie gericht op het individueel functioneren van de huisarts (hierna kortweg visitatie genoemd) is het bevorderen van kwaliteit van zorg. Een belangrijk aspect van kwaliteit van zorg is de individuele arts die de zorg uitvoert. Welke zorg wordt verleend, hoe en op welk moment, ligt verankerd in de arts zelf; in zijn of haar eigen functioneren.

De meeste huisartsen krijgen na hun opleiding nog zelden directe feedback over hun individueel functioneren. Als er feedback wordt gegeven, is dat vaak naar aanleiding van een incident of gebeurtenis.

Het visitatieprogramma schept de mogelijkheid om eens in de vijf jaar het functioneren van de huisarts door de huisarts zelf, structureel in kaart te brengen. De huisarts zet een zogenoemde 360 graden feedback rond zichzelf uit: hij vraagt verschillende collega's om feedback aan de hand van een vragenlijst en zet een patiëntenenquête uit. Zelf vult hij ook een formulier in, met vragen over zichzelf, die alle competenties van het huisartsenvak omvatten.

Alle formulieren zijn te vinden in zijn eigen digitale visitatiedossier, op een speciaal hiervoor ingerichte en beveiligde website. Hij heeft hiertoe toegang gekregen door zich via HAweb aan te melden voor de visitatie.

In zijn dossier verschijnt daarna een inzichtelijke feedbackrapportage. Daarin zijn alle aangeleverde gegevens gebundeld en gerubriceerd en worden op een eenvoudige, visueel aantrekkelijke manier gepresenteerd.

Vervolgens reflecteert hij op de aangeleverde informatie en schrijft een zelf-evaluatie. De gespreksleider visitatie, die door de huisarts is gekozen uit een lijst met hiervoor beschikbare en getrainde collega's, kan al deze gegevens ook inzien; verder niemand.

In het daaropvolgende visitatiegesprek van een ongeveer uur bespreken huisarts en gespreksleider de resultaten. De huisarts krijgt informatie over de manier waarop de zorg die hij verleent wordt ervaren door patiënten en door collega's (inclusief praktijkmedewerkers anders dan de artsen). Daardoor krijgt hij informatie die hem kan helpen zijn sterke kanten te benutten en minder sterke kanten te verbeteren.

Een belangrijk onderdeel hiervan is dat de huisarts wordt aangezet na te denken over de aangeleverde feedback en deze te vergelijken met hoe hij zijn functioneren zelf ervaart en daaruit conclusies uit te trekken en die om te zetten in gedrag. De huisarts wordt aangezet tot het onderzoeken van zijn eigen professionaliteit; op zichzelf al een professionele actie.

Casus

Huisarts Jan Pieter is sinds acht jaar aan het werk als waarnemend huisarts en nu sinds een jaar in twee vaste praktijken. De vragenlijsten die over hem door de collega's zijn ingevuld leveren, net als de enquêtes onder patiënten, niets dan lof op: de scores zijn hoger dan gemiddeld en ook hoger dan wat Jan Pieter zichzelf scoort.

In het visitatiegesprek valt het de gespreksleider op dat Jan Pieter hier weinig plezier aan lijkt te beleven: 'natuurlijk moet ik daar blij om zijn, maar...'. Jan Pieter blijkt eigenlijk al vanaf de opleiding twijfel te hebben of het beroep huisarts het wel is voor hem. Dit heeft er mede toe geleid dat hij zich niet heeft willen binden en nog steeds als waarnemer werkt. Hij realiseert zich nu dat hij zichzelf daarmee het genoegen ontzegt van een vaste patiëntenpopulatie en continuïteit in het patiëntencontact; precies de reden waarom hij huisarts is geworden. In het visitatiegesprek wordt hem duidelijk dat hij zijn dilemma niet langer wil omzeilen door 'gewoon maar door te gaan'. Hij besluit nu maar eens goed uit te gaan zoeken wat hij eigenlijk wil en zich hiervoor door een coach te laten bijstaan.

De werkwijze van het visitatieprogramma

Het visitatieprogramma bestaat uit twee delen:

1. dataverzameling over het functioneren als huisarts;

2. een visitatiegesprek met als eindresultaat een gespreksverslag en een persoonlijk ontwikkelplan (POP).

De visitatie wordt digitaal ondersteund in het programma VisitatieOnLine (VOL), ontwikkeld door NHG en IQ Healthcare en is bereikbaar via HAweb.

Ad 1 In VOL vindt de huisarts:

- vragenlijsten door hem zelf in te vullen;
- competentielijsten in te vullen door collega's;
- vragenlijsten in te vullen door collega's.

De verzamelde informatie wordt samengevat in een feedbackrapport. Alle feedbackrapportages worden in VOL beschikbaar gesteld aan de door de huisarts aangewezen gespreksleider. Naast de ingevulde lijsten bevat de feedbackrapportage een zogeheten 'spinnenwebdiagram'. Daarin is in één oogopslag te zien hoe de huisarts zichzelf scoort ten opzichte van zijn collega's.

Ad 2 De huisarts kiest zelf een NHG-erkende Gespreksleider Visitatie (GLV).

Met de gespreksleider bespreekt de huisarts de feedbackrapportages in een gesprek van circa een uur en stelt een aantal aandachtspunten of ontwikkeldoelen op. Deze leiden tot een plan om sterke kanten van zijn functioneren te versterken en minder sterke kanten gericht te verbeteren (het POP). Nadat alle onderdelen zijn ingevuld en zowel de gespreksleider als de huisarts een akkoord heeft gegeven is het programma afgerond. Het uitvoeren van het plan kan plaatsvinden op zelfstandige basis of met scholing of coaching en valt buiten het visitatieprogramma.

Herregistratie vereist het doorlopen en afronden van het programma; de inhoud komt niet beschikbaar voor anderen dan de huisarts zelf en de gespreksleider.

Het visitatiegesprek

Bij het eerste contact tussen huisarts en gespreksleider (bijvoorbeeld bij het verzoek van de huisarts aan de betreffende collega om de rol van gespreksleider voor hem te vervullen) maakt de gespreksleider duidelijk dat hij geen beoordelende taak heeft en dat alle informatie vertrouwelijk is. Het gaat bij de visitatie niet om een beoordeling van het functioneren van de huisarts door de gespreksleider. Het gaat om een begeleiding bij het reflecteren op de verkregen feedback en bij het zetten van concrete stappen om het eigen functioneren naar eigen inzicht te verbeteren.

In het algemeen begint het gesprek met een (nadere) kennismaking en het nogmaals bespreken van de rol van de gespreksleider, de vertrouwelijkheid en de plaats van de visitatie bij de herregistratie. Besproken wordt dat de *inhoud* van het hele traject niet van belang is voor de herregistratie, maar dat de huisarts zelf er zijn voordeel mee kan doen. De gespreksleider is erin getraind om snel en goed contact

te maken: onmisbaar voor de veilige sfeer die nodig is voor een zinvol gesprek, waarin de huisarts zelfonderzoek doet.

Daarna volgt een inventarisatie van wat de huisarts zelf graag wil bespreken en eventueel kijken beide gesprekspartners samen nog naar de bronnen die tot deze agenda hebben geleid. De gespreksleider stimuleert de huisarts om te reflecteren op wat hij heeft ontdekt, door goed te luisteren en dóór te vragen. Dit kan ook gebeuren aan de hand van het reeds geschreven reflectieverslag. De gespreksleider stelt zich erop in dat aan de orde komt wat *de huisarts zelf* van belang vindt en zet zijn eigen observaties alleen in ten dienste van het zelfonderzoek van de huisarts.

Huisartsen hechten in het algemeen veel waarde aan de mening van collega's en patiënten over hen. Kritische feedback of juist waardering is belangrijk voor ze. Als het goed is, heeft de huisarts er bij het maken van het reflectieverslag over nagedacht wat de verkregen feedback voor hem betekent en wat hij daar wel of niet mee wil. Het is de taak van de gespreksleider hierbij aan te sluiten en met de huisarts samen te onderzoeken wat de betekenis is van de feedback, wat de huisarts hier zelf voor conclusies uit trekt en tot welke concrete stappen van de huisarts dit zou kunnen leiden.

Afhankelijk van waar de huisarts zelf mee komt, kan de gespreksleider ook nog iets naar voren brengen wat hem is opgevallen (uit de feedback of tijdens het gesprek) of dat nalaten. De huisarts zelf is leidend wat betreft de inhoud van het gesprek. Dit neemt natuurlijk niet weg, dat als er opvallende verschillen zitten tussen wat de huisarts opvalt in de feedback en wat de gespreksleider heeft gezien, dit door de gespreksleider aan de orde kan worden gesteld. De belangrijkste reden om dat te doen is, dat zo'n verschil mogelijk betekenis heeft en van belang kan zijn voor hoe de huisarts over zichzelf denkt. De belangrijkste reden om het na te laten is als er iets anders aan de orde komt wat belangrijker is en alle tijd vraagt die beschikbaar is. De gespreksleider maakt die inschatting tijdens het gesprek.

De gespreksleider gaat vertrouwelijk om met de informatie over de huisarts die hij door de visitatie heeft verkregen, ook als hij zorgen heeft over het functioneren van de huisarts. De route die de gespreksleider in dat geval volgt is zijn zorgen met de huisarts te delen en eventueel hulp te adviseren.

Vervolgens wordt besproken welke conclusies de huisarts trekt en welke ontwikkelstappen hij verder wil zetten. Hier is het de taak van de gespreksleider te bewaken dat dit een realistisch en haalbaar plan wordt.

Ten slotte worden afspraken gemaakt over het gespreksverslag en het door de huisarts op te stellen persoonlijk ontwikkelplan (POP). Hierbij kan ook aan bod komen welke hulp de huisarts kan invoeren en hoe.

Casus

Huisarts Marieke is geschrokken van de feedback die collega's en patiënten haar gegeven hebben. Zij ziet zichzelf als iemand die soepel omgaat met de onvoorspelbare kanten van het vak en leest nu dat collega's (de assistenten, vermoedt zij) aangeven dat zij er lastig toe te bewegen is om, indien nodig,

patiënten tussendoor te zien. Patiënten geven aan dat de wachttijd voor haar spreekuur gemiddeld lang is, sommige vinden die té lang.

In het visitatiegesprek blijkt dat Marieke het belangrijk vindt dat patiënten altijd ‘goed’ geholpen worden. En ‘goed kost nu eenmaal veel tijd’. Dat haar grondigheid en tijdsinvestering in patiënten ook onbedoelde neveneffecten heeft, had zij zich eigenlijk niet goed gerealiseerd. Door samen met de gespreksleider de lijsten nog eens te bekijken, ziet zij dat niet alle collega’s in de vragenlijsten deze feedback hebben gegeven. Zij wordt ook geprezen om haar betrouwbaarheid en collegiale houding. De schrik als gevolg van de kritische feedback maakte dat deze positieve feedback haar was ontgaan. Zij besluit dat er niets mis mee is om een grondige dokter te zijn, maar dat het wel allemaal moet passen in de tijd en werkbaar moet zijn voor haar assistenten. Zij gaat met hen bespreken, dat haar terughoudendheid ten aanzien van ‘consulten tussendoor’ te maken heeft met de wens om altijd goede zorg te leveren. Ze neemt zich voor samen met hen de spreekuurplanning aan te passen, zodat er structureel ruimte is voor spoedgevallen.

Verder gaat zij haar consultvoering nog eens onder de loep nemen; wellicht kan het wat effectiever in de tijd, zonder aan kwaliteit in te boeten.

Natuurlijk zijn er huisartsen die ‘niet veel zin in hebben’ in het visitatietraject en dat ook niet krijgen. Weerstand kan zich op verschillende manieren uiten. Bijvoorbeeld doordat het uitzetten van vragenlijsten en enquêtes ‘er maar niet van komt’ of doordat de huisarts in het visitatiegesprek alle feedback die afwijkt van zijn eigen ideeën wegruift met: ‘ja, dat is die ene collega weer; die heeft ook altijd wat’ of ‘ik kan precies zien welke patiënten dat zeggen; nou als ik daar naar ga luisteren. . .’ Of doordat de huisarts boos wordt op de gespreksleider wanneer die iets aan de orde stelt waar de huisarts nu juist liever niet naar wil kijken.

Het is de taak van, en soms best een ingewikkelde opgave voor, de gespreksleider om dergelijk gedrag als weerstand te herkennen en een bewuste keuze te maken hoe daarmee in dat betreffende gesprek met die ene huisarts om te gaan. En om zichzelf niet aangesproken of geschoffeerd te voelen, wanneer de huisarts iets op hem afreageert. In de scholing van de gespreksleiders visitatie wordt onder andere hiermee geoefend.

Gespreksleiders moeten dus in staat zijn een coachende houding aan te nemen en te behouden, ook wanneer de huisarts ongerustheid oproept over zijn functioneren als persoon of over de door hem geleverde zorg.

Tegelijkertijd dient hij het gesprek te kunnen structureren en aan te geven wat hem zelf in de feedbackrapportage opvalt en de huisarts hiermee eventueel te confronteren.

Daarom wordt de groep gespreksleiders geselecteerd en getraind en wordt hen nascholing geboden die hun herregistratie mogelijk maakt.

Het resultaat

Huisartsen die persoonlijk goed functioneren hebben plezier in hun werk en kunnen effectief omgaan met de frustraties en tegenslagen die hun werk nu eenmaal ook met zich meebrengt. Zij ervaren en creëren ruimte om zich in hun vak steeds verder te ontwikkelen en dragen hun steentje bij aan het behouden en bevorderen van een sterke eerstelijnsgezondheidszorg, zoals beschreven in de Toekomstvisie van de beroepsgroep [5]. Dit zorgt voor goede kwaliteit van zorg, het uiteindelijke doel van het visitatieprogramma.

Voor de huisarts zelf levert het programma de mogelijkheid om eens ‘pas op de plaats’ te maken met hulp van een daartoe getrainde gespreksleider. Veel huisartsen ervaren een grote werkdruk. Zij proberen zo goed mogelijk om te gaan met de eisen die het beroep aan ze stelt, vaak in combinatie met een gezin, waarvoor zij ook verantwoordelijkheid voelen. Zij doen dat veelal op een manier waarvoor zij steeds minder bewust kiezen. Zoals bij ieder mens sluit hun manier van werken aan op eigen normen, waarden, opvattingen en overtuigingen, maar zijn zij zich daar na verloop van tijd steeds minder van bewust.

Ook kunnen opvattingen en overtuigingen in de loop der tijd veranderen, zonder dat men zich dat realiseert. Gedragspatronen blijven vaak hetzelfde, ook als opvattingen zijn veranderd, omdat het veranderen van gedrag, bewustwording en concrete acties vereist en daarvan komt het vaak niet in de waan van alledag.

Dilemma's, wensen en behoeften van de huisarts zelf krijgen dikwijls niet veel ruimte; veelal wordt er gefocust op de behoeften van de patiënt en de eisen die gesteld worden om goede zorg te leveren. De huisarts zelf schiet er dan eigenlijk wat bij in.

Het visitatieprogramma biedt de mogelijkheid voor bewustwording van onderliggende factoren die bijdragen aan het meer of minder voldoening ervaren van het werk. Binnen het visitatieprogramma krijgen huisartsen feedback op hun gedrag: zij krijgen terug hoe patiënten en collega's hun gedrag ervaren en hen wordt gevraagd om zelf te reflecteren op hun eigen gedrag. Dit kan een eye-opener zijn en een aanleiding om eigen wensen en ideeën over de manier waarop het vak uitgeoefend moet worden bij te stellen. Een voorbeeld hiervan is de casus van Jan Pieter.

Veel huisartsen hebben tijdens de opleiding wel geleerd om na te denken over hun eigen wensen en behoeften, maar zijn daarmee opgehouden; zij hebben de benodigde vaardigheden, een beetje roestig, nog wel, maar passen ze niet meer toe.

Huisartsen hebben de neiging hun eigen gedrag niet te onderzoeken, maar te beoordelen en feedback niet te gebruiken als een hulpmiddel voor zelfonderzoek, maar om te zetten in een oordeel: goed of fout. Een dergelijk oordeel verhindert goed kijken naar eigen onderliggende motivaties en eventueel bijstellen op een manier die aansluit bij de eigen opvattingen. Een getrainde gespreksleider ondersteunt bij het ‘anders kijken’, onderzoekend in plaats van oordelend, zoals in de casus van Marieke wordt geïllustreerd.

De visitatie kan leiden tot verschillende inzichten bij de huisarts. Wat opvalt is dat veel huisartsen kritisch naar zichzelf kijken en dat de feedback van anderen

ze dan meevalt. Ook komt voor dat een huisarts zich realiseert dat het beeld dat hij heeft over zichzelf in het contact met patiënten niet klopt. Patiënten vinden bijvoorbeeld dat hij niet veel vraagt naar privéomstandigheden, maar wel heel goed uitlegt en geruststelt. De huisarts kan zich dan afvragen of hij hier iets aan wil doen en zo ja, wat.

Omdat in de rapportage de feedback en de zelfevaluatie worden afgezet tegen ‘gemiddelden’ (de referentiegroep), kan de huisarts ook zien hoe hij ‘scoort’ ten opzichte van collega’s. Bijvoorbeeld, een huisarts die veel aandacht voor de patiënt hoog in het vaandel heeft ziet in de rapportage dat zijn spreekuur veel meer uitloopt dan gemiddeld en dat zijn patiënten dat niet allemaal op prijs stellen. Terwijl hij dacht dat zij alle aandacht daar wel tegenop vonden wegen. . .

En wat zeggen de huisartsen zelf

Een objectieve resultaatmeting van het visitatieprogramma is er niet. Begin 2017 is een evaluatie gestart van het visitatieprogramma, met het oog op de bredere invoering in 2020. Dan zullen alle huisartsen – ook zij die in een geaccrediteerde praktijk werken – aan het programma deelnemen.

Veel huisartsen zien van tevoren op tegen de extra inspanning die door het visitatieprogramma van ze wordt gevraagd, bovenop alle andere zaken die ‘ook al moeten’. In de praktijk blijkt de hoeveelheid werk mee te vallen en vinden de meeste huisartsen het boeiend om terug te krijgen wat collega’s en patiënten van hen vinden. Ook het visitatiegesprek wordt zeer gewaardeerd: het komt niet zo vaak voor dat huisartsen een uur lang de onverdeelde en deskundige aandacht van een collega krijgen.

De waardering is af te lezen uit opmerkingen van huisartsen die aan het programma hebben deelgenomen.

Enkele citaten

Wat heerlijk om eens een uur alleen maar over jezelf te mogen praten.

Ik doe het veel beter dan ik dacht; dat geeft me zelfvertrouwen.

Leuk om zo eens stil te staan bij het effect van al mijn inspanningen.

Ik wist wel dat er iets niet goed liep; fijn om nu wat houvast te hebben waar hem dat in zit.

Van tevoren zag ik er erg tegenop, maar het viel me reuze mee: minder werk dan ik dacht en veel waar voor je geld.

Literatuur

1. KNMG. Kwaliteitskader medische zorg 'Staan voor kwaliteit'. In werking getreden april 2012.
2. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de gezondheidszorg 'De vrijblijvendheid voorbij'. 2009.
3. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Toezichtkader Bestuurlijke Verantwoordelijkheid voor Kwaliteit en Veiligheid. 2011.
4. Kaderbesluit CHVG 2008.
5. NHG, LHV. Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, Modernisering naar Menselijke Maat. 2012. Utrecht: NHG en LHV.

Drs. J.P.H. Fokkema-Elders is huisarts en coach voor medici. Zij is ruim 20 jaar practiserend huisarts geweest en nu hoofd van de huisartsopleiding UMCG. Zij heeft een eigen coachpraktijk, 'Fokkema Coaching'.