

Evaluatie Visitatieprogramma huisartsen in de herregistratie

*Een studie naar de haalbaarheid,
toepasbaarheid en effectiviteit*

Koen ten Hove MSc.
Dr. Jozé Braspenning

Evaluatie Visitatieprogramma huisartsen in de herregistratie

Een studie naar de haalbaarheid, toepasbaarheid en effectiviteit

Juni 2017

IQ healthcare:

K. ten Hove Msc., wetenschappelijk onderzoeker
Dr. J. Braspenning, universitair hoofddocent



NHG:

S. van Logtestijn, projectleider visitatie
Dr. M. Bouma, senior wetenschappelijk medewerker



Dit is een publicatie van IQ Scientific Center for Quality of Healthcare, Radboudumc. De studie is uitgevoerd in opdracht van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

Inhoud

Samenvatting.....	5
1 Achtergrond.....	7
1.1 Visitatieprogramma.....	7
1.2 Aanleiding onderzoek en vraagstelling	8
2 Methode.....	9
2.1 Studieopzet en –populatie	9
2.2 Gegevens(verzameling)	10
2.3 Analyse	11
3 Resultaten	13
3.1 Feedback uit Visitatieprogramma	13
3.1.1 Studiepopulatie	13
3.1.2 Patiëntervaringen.....	14
3.1.3 Competenties	17
3.2 Relatie POP en feedback uit Visitatieprogramma	18
3.3 Online evaluatie gebruik Visitatieprogramma	18
3.3.1 Studiepopulatie	18
3.3.2 Evaluatie gebruik Visitatieprogramma	19
3.4 Panel.....	22
4 Conclusie	25
5 Referenties	28
BIJLAGE 1: BEOORDELINGEN COMPETENTIELIJST.....	29
BIJLAGE 2: COMPETENTIEDOMEINEN NAAR TYPE BEOORDELAAR, PRAKTIJK EN DEELNEMER	31
BIJLAGE 3: RELATIE POP EN FEEDBACK	32
BIJLAGE 4: UITWERKING PANELS	34

Samenvatting

Voor de herregistratie van huisartsen is het Visitatieprogramma beschikbaar. In het programma wordt het individueel functioneren geëvalueerd met MultiSource Feedback (MSF), dat wil zeggen de competenties van een huisarts worden volgens het CanMEDS-model van feedback voorzien door de huisarts zelf en een aantal collega's (huisartsen, doktersassistenten, praktijkondersteuners, ander zorgverleners). Ook worden patiënten gevraagd feedback te geven op het functioneren van de huisarts, met behulp van de EUROPEP vragenlijst. Op basis van de feedback maakt de deelnemende huisarts een Persoonlijk OntwikkelingsPlan (POP), die wordt besproken met een gespreksleider. De vragenlijsten zijn gevalideerde meetinstrumenten. Vergelijkbare competentielijsten worden gebruikt door medisch specialisten en openbaar apothekers.

Ter ondersteuning van het gebruik in het Visitatieprogramma was behoefte om in te gaan op de haalbaarheid, de toepasbaarheid en de effectiviteit van het Visitatieprogramma voor de diverse deelnemende huisartsen (waarnemer, HIDHA, praktijkhouder) en type huisartspraktijken (solo, groep, gezondheidscentrum). Voor het beantwoorden van deze vraag zijn de feedbackgegevens van 237 huisartsen geanalyseerd, die in de periode van 1 februari 2015 tot 1 december 2016 aan het Visitatieprogramma hebben deelgenomen. Van 20 deelnemers is het POP bestudeerd, m.n. de relatie tussen het POP en de feedback. Daarnaast is het gebruik van het Visitatieprogramma geëvalueerd met een online vragenlijst, waaraan 89 huisartsen hebben deelgenomen. De verkregen resultaten zijn besproken in een panel van huisartsen en een panel van gespreksleiders om nog meer zicht te krijgen op suggesties voor verbetering. Voor een apart panel met waarnemers was onvoldoende animo; de LHV-Wadi heeft ter aanvulling een aantal suggesties geformuleerd.

De resultaten laten zien dat ...

- van de deelnemers 31,2% waarnemer en 13,5% HIDHA is;
- gemiddelde 28 patiënten feedback geven, ongeacht het type deelnemende huisarts (praktijkhouder, waarnemer of HIDHA);
- gemiddeld praktijkhouders iets meer feedback van collega's (M=7,8) krijgen dan waarnemers (M=7,1) of HIDHA's (M=6,9);
- het type praktijk van de deelnemer niet van invloed is op de beoordelingen;
- waarnemers op een aantal competentiedomeinen hoger worden beoordeeld dan HIDHA's en praktijkhouders;
- de vragenlijsten volgens de gebruikers een goed beeld geven van het individueel functioneren;
- de relatie tussen feedback en POP sterk is, m.n. de open opmerkingen van de collega's en de gesloten vragen in de patiëntenlijst;
- niet alle feedback wordt gebruikt in het POP;
- het POP meestal gaat over Organisatie en Professionaliteit;
- het opstellen van een POP niet makkelijk is;
- het gespreksleider als ondersteunend wordt ervaren en dan vooral door de HIDHA's;
- de HIDHA's de afgelopen periode gewerkt hebben aan het opgestelde POP;
- het POP niet wordt meegenomen naar intervisie;
- meer ondersteuning bij het doorlopen en/of afronden van het Visitatieprogramma niet nodig is;
- de huidige vragenlijsten niet vervangen hoeven te worden door observatie of alleen een gesprek.

Concluderend, het Visitatieprogramma biedt inzicht in het individueel functioneren van de huisarts en de daarvoor ontwikkelde vragenlijsten zijn een haalbare en toepasbare werkvorm voor het opstellen van een POP. De patiëntenlijst heeft wel actualisering. Verder werpt de (online) patiëntvragenlijst voor sommige mensen (ouderen, laag geletterden) een drempel op; mogelijk dat een gesprek kan worden overwogen. De effectiviteit van het Visitatieprogramma kan vergroot worden door uitvoering te geven aan het POP. De kosten van de gespreksleider en de ervaren tijdsdruk over het afronden van het Visitatieprogramma wekken wrevel op, evenals het verplichtende karakter. Het onder de aandacht brengen van het Visitatieprogramma als lerend middel, wordt door de panelleden sterk geadviseerd.

Praktische overwegingen bij het Visitatieprogramma huisartsen	
Onderwerp	Overwegingen
Aanmelden	- Geef in communicatie aan, dat de huisarts echt 6 maanden van te voren begint. Nu lijkt dit in de praktijk ver weg en wordt later gestart. Dit geeft tijdsdruk.
Werven beordelaars	- Overweeg om in de patiëntenlijst het tijdsframe waarop wordt terug gekeken te verkorten van 12 naar 3 maanden m.n. van belang voor waarnemers.
Feedback patiëntervaring	- Update de vragenlijst: items (inhoud en taalgebruik) en referentiewaarden. - Verduidelijk hoe de huisarts de patiëntenlijsten handmatig kunnen invoeren vanuit een geprinte versie m.n. handig voor specifieke doelgroepen. - Overweeg het uitwerken van een variant voor laaggeletterden (bijvoorbeeld groepsgesprek).
Feedback competentie	- Gestructureerde vragenlijsten bieden houvast. - Goed dat er ruimte is voor het beschrijven van sterke punten en verbeterpunten (open vragen).
Formuleren POP	- Relateer het POP aan de eigen situatie, denk daarbij aan het type huisarts en/of de fase waarin de huisarts zit (start carrière, afbouw, enz.). - Schenk aandacht aan de borging van het POP (bijv. tijdspad en gerichte cursussen).
Gespreksleider	- Breng meer uniformiteit aan bij de gespreksleiders, bijvoorbeeld met scholing. - Vraag gespreksleiders hun aandacht te richten op een gedegen plan van aanpak als de aandachtspunten niet nieuw zijn.
ICT ondersteuning	- Ondersteun in de digitale formulieren het POP met een tijdspad en SMART uitgewerkte voorbeelden. - Zet doel en uitwerking bij elkaar in één box in het format POP/gespreksverslag.
Tijd & Kosten	- De hoeveelheid te investeren tijd lijkt met uitzondering van de waarnemers acceptabel. De tijdsinvestering bedraagt gemiddeld 1,5 uur voor het werven van collega's en patiënten; en 2,5 uur voor het doornemen en bespreken van de feedback en het maken van het POP. - Geef bij de kostprijs voor gespreksleiders duidelijk aan wat daarvoor wordt geleverd.
PR	- Breng de lerende insteek meer onder de aandacht. - Deel positieve ervaringen
Algemeen	- Overweeg om naast het visitatieprogramma alternatieven aan te bieden, bijvoorbeeld intervisie met een aantal eisen.

1 Achtergrond

In 2005 publiceerde de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) een beleidsdocument waarin werd gesteld, dat het functioneren van individuele artsen systematisch en periodiek geëvalueerd dient te worden.[1] Naar aanleiding van dit beleidsdocument is een methodiek ontworpen en getest om het individueel functioneren van medisch specialisten (IFMS) te evalueren.[2] Deze methodiek is ook ontworpen en getest voor huisartsen, IF-HA.[3] In 2013 is in een pilotstudie nagegaan of met IF-HA invulling gegeven kan worden aan één van de herregistratie-eisen van huisartsen.[4] IF-HA als onderdeel van de herregistratie-eisen wordt het Visitatieprogramma genoemd.

1.1 Visitatieprogramma

Het Visitatieprogramma bestaat uit drie onderdelen [5]:

1. 360 graden feedback aan de hand van:
 - a. Zelfbeoordeling en beoordeling door diverse collega's (in en buiten de huisartspraktijk) van diverse competenties;
 - b. Open vragen over sterke - en verbeterpunten, gesteld aan de huisarts zelf en de diverse collega's;
 - c. Ervaringen van patiënten met de huisarts, inclusief ruimte voor suggesties.
2. Zelfevaluatie en -analyse op basis van de 360 graden feedback resulterend in een Persoonlijk OntwikkelingsPlan (POP);
3. Visitatiegesprek met gespreksleider over de zelfevaluatie.

360 graden feedback of MultiSource Feedback (MSF) is onderdeel van het Visitatieprogramma om de continue professionele ontwikkeling gedurende de periode van herregistratie te ondersteunen.[6] Door feedback van meerdere personen te gebruiken wordt een completer beeld verkregen.[7] In de gezondheidszorg zijn de vragenlijsten die gebruikt worden bij MSF vaak gebaseerd op de CanMeds-competenties [8, 9]. Voor de beoordeling van het individueel functioneren door de huisarts zelf en de diverse collega's wordt in het Visitatieprogramma ook gebruik gemaakt van een gevalideerde vragenlijst gebaseerd op de CanMeds-competenties en bij de beoordeling door de patiënten wordt gebruik gemaakt van de gevalideerde EUROPEP vragenlijst [10,11]. De zeven CanMeds-competenties voor huisartsen zijn Vakinhoudelijk handelen, Arts-patiëntcommunicatie, Samenwerking, Wetenschap en onderwijs, Maatschappelijk handelen, Organisatie en Professionaliteit [12,13].

De huisarts wordt vervolgens gevraagd om met de verkregen 360 graden feedback een zelfevaluatie en –analyse uit te voeren door de informatie uit de verschillende bronnen met elkaar te vergelijken. MSF is een betrouwbare, valide en bruikbare methode gebleken voor het evalueren van het individueel functioneren [9,14]. Het resultaat wordt in het Visitatieprogramma uitgewerkt in een Persoonlijk OntwikkelingsPlan (POP).

De feedback en het POP wordt doorgesproken met een gespreksleider. Het inzetten van een mentor of coach, om de feedback uit de MSF te faciliteren, blijkt de acceptatie en het gebruik van de feedback te verbeteren [15]. Het eenmalig visitatiegesprek met een gespreksleider is dan ook onderdeel van het Visitatieprogramma.

Voor het uitnodigen van feedbackgevers en het invullen van de diverse vragenlijsten is een web-based systeem ontwikkeld: Visitatie OnLine (VOL). Na afronding van het Visitatieprogramma ontvangt de huisarts accreditatiepunten in de Gemeenschappelijke Accreditatie Internet Applicatie (GAIA).

1.2 Aanleiding onderzoek en vraagstelling

Vanaf 2011 is de visitatie een vereiste binnen de herregistratie voor huisartsen in Nederland en dit wordt vanaf 2016 gehandhaafd [16]. Een huisarts kan op twee manieren aan deze eis voldoen: deelname aan het Visitatieprogramma (gericht op het individueel functioneren van huisartsen) of deelname aan de accreditatie of certificering van de huisartsenpraktijk [17].

Uit eerder onderzoek is gebleken dat het Visitatieprogramma bruikbaar is als onderdeel van de herregistratie voor huisartsen [4]. De resultaten van deze studie waren overwegend positief. Suggesties zijn gedaan voor een aantal praktische verbeteringen en het inkorten van de lijst met patiëntervaringen. Daarnaast hebben sommige huisartsen twijfels geuit over de uiteindelijke opbrengst. Ook zijn bij het NHG geluiden opgevangen, dat het Visitatieprogramma mogelijk minder geschikt is voor waarnemers en/of HIDHA's. Vanuit de eerste lichte huisartsen, die hebben deelgenomen aan dit verplichte onderdeel van de herregistratie, is door sommige aangegeven dat de hoeveelheid benodigde tijd en de kosten te hoog zijn.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap, NHG, heeft daarom IQ healthcare, Radboudumc, de opdracht gegeven de haalbaarheid, toepasbaarheid en effectiviteit van het huidige Visitatieprogramma te onderzoeken en te komen met aanbevelingen ter bevordering van het gebruik uit het Visitatieprogramma. De volgende onderzoeksvragen zijn daarbij geformuleerd:

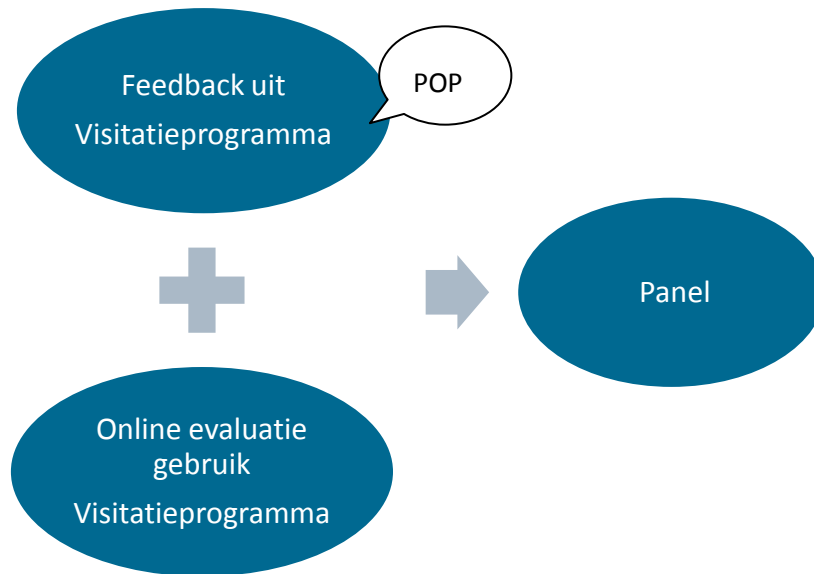
1. Wat is de haalbaarheid en de toepasbaarheid van het huidige Visitatieprogramma en verschillen deze per type huisarts (waarnemer, HIDHA en praktijkhouder¹) en per type huisartspraktijk (solopraktijk, groepspraktijk en gezondheidscentrum)?
2. Wat is de relatie tussen de 360-graden feedback en het Persoonlijk OntwikkelingsPlan (POP)?
3. In welke mate wordt gevolg gegeven aan de afspraken uit het Persoonlijk OntwikkelingsPlan (POP)?

¹ Met praktijkhouders wordt ook bedoeld op huisartsen in loondienst.

2 Methode

2.1 Studieopzet en –populatie

Voor het beantwoorden van de vragen over de haalbaarheid, toepasbaarheid en effectiviteit zijn drie informatiebronnen gebruikt, te weten (1) de gegevens uit het Visitatieprogramma (feedback en POP), (2) een online vragenlijst voor het evalueren van het gebruik van het Visitatieprogramma en (3) een panel om de resultaten en de suggesties uit de verkregen informatie te bespreken, zie Figuur 1.



Figuur 1: Overzicht van de drie informatiebronnen

Visitatieprogramma

Feedback

De feedbackgegevens van de 237 deelnemers aan het Visitatieprogramma uit de periode 1 februari 2015 tot 1 december 2016 worden gebruikt. Deze deelnemers hebben toestemming gegeven hun gegevens geanonimiseerd te benutten voor onderzoek. De gegevens geven inzicht in de haalbaarheid van het werven van beoordelaars (patiënten en collega's); en de antwoorden op de patiëntenlijst (ervaringen) en de competentielijst (CanMeds) geven inzicht in de toepasbaarheid van de vragenlijsten. In de analyse wordt rekening gehouden met een mogelijk onderscheid naar type huisarts (waarnemer, HIDHA, praktijkhouder) en type praktijk (solopraktijk, groepspraktijk gezondheidscentrum). Om de effectiviteit van de feedback te bestuderen wordt nagegaan of de verschillende feedbackgevers een bijdrage hebben geleverd.

POP

Bij een steekproef onder deze deelnemers (n=20) wordt nagegaan in welke mate de feedback is gebruikt voor het opstellen van het POP. De deelnemers zijn ad random geselecteerd na stratificatie

op type huisarts, type praktijk en het aantal geworven beoordelaars (hoog en laag bij patiënten en collega's). Voor het aanleveren van de gegevens is de feedback en de POP bij het NHG gekoppeld op naam en het geheel is anoniem aangeleverd aan IQ healthcare ter verwerking. Voor deze deelnemers wordt bestudeerd in welke mate de scores op de vragenlijsten en de open vragen (sterke – en verbeterpunten; opmerkingen) hebben bijgedragen aan het POP. Dit geeft de toepasbaarheid aan van de feedback voor het opstellen van het POP.

Online evaluatie gebruik Visitatieprogramma

De deelnemers aan het Visitatieprogramma wordt in een online vragenlijst gevraagd naar de haalbaarheid, toepasbaarheid en effectiviteit van het Visitatieprogramma. Deze vragenlijst wordt aangeboden in de periode van 5 april 2017 tot 1 mei 2017. Na een week wordt een herinnering gestuurd naar de deelnemers die de vragenlijst nog niet hebben ingevuld.

Panel

De resultaten uit het Visitatieprogramma en de online evaluatievragenlijst worden besproken in een panel. De panelleden wordt gevraagd aanvullende informatie te geven over de haalbaarheid, toepasbaarheid en effectiviteit en mogelijke oplossingen aan te dragen. Er worden in totaal drie panels georganiseerd met elk maximaal acht deelnemers: (1) een panel met waarnemers, (2) een panel met praktijkhouders/ HIDHA's en (3) een panel met gespreksleiders. De huisartsen kunnen zich voor het panel opgeven via een vraag in de online evaluatievragenlijst en de gespreksleiders worden geworven uit de poule van gespreksleiders. Bij deelname worden de gemaakte reiskosten vergoed en er wordt voorzien in een tegemoetkoming van de onkosten (50 Euro).

2.2 Gegevens(verzameling)

Visitatieprogramma

Feedback

In het Visitatieprogramma wordt feedback verzameld met de patiëntervaring- en de competentielijst. De deelnemer zelf is verantwoordelijk voor de gegevensverzameling. Gevraagd wordt om 40 patiënten te werven, zodat minimaal 25 beoordelingen binnenkomen; en 8 tot 10 collega's te benaderen voor de beoordeling met de competentielijst (bij voorkeur vier huisartsen, twee doktersassistenten, één praktijkondersteuner, drie professionals uit andere disciplines zoals een fysiotherapeut, psycholoog, apotheker of medisch specialist).

De patiëntenlijst bevat 6 items met achtergrondgegevens, 11 items waarop met ja of nee geantwoord kan worden (zie Tabel 2) en 17 items die in een stelling zijn geformuleerd en beantwoord kunnen worden op een Likert-vijfpuntsschaal (lopend van 1 tot 5: slecht tot uitstekend), zie Tabel 3. Ook is de mogelijkheid aangeboden om 'niet van toepassing' aan te geven. Daarnaast is er ruimte in de vragenlijst voor het geven van suggesties.

De competentielijst bevat de 7 competentiedomeinen uit de CanMeds met in totaal 28 items die in een stelling zijn geformuleerd en die beantwoord kunnen worden op een Likert-vijfpuntsschaal (1= helemaal mee oneens; 5= helemaal mee eens) met de mogelijkheid 'kan ik niet beoordelen', zie Bijlage 1. Daarnaast wordt in deze lijst gevraagd naar sterke punten en verbeterpunten (open

vragen). In de competentielijst wordt ook een aantal achtergrondgegevens van de respondent vastgelegd (zoals het beroep van de beoordelaar).

Relatie POP en feedback

Om de relatie tussen de ontwikkeldoelen uit het POP en de feedback te beschrijven worden uit het POP de verschillende doelen gekoppeld aan één of meerdere competentiedomeinen. Of de ontwikkeldoelen gerelateerd zijn aan de feedback wordt onderzocht door een vergelijking te maken met (1) de feedbackscores en (2) de open vragen uit de feedback (sterke punten, verbeterpunten en opmerkingen). De open vragen uit de feedback worden daarvoor verwerkt met een scoringsformulier. Op het scoringsformulier wordt bijgehouden in welke mate het antwoord op de open vragen uit de patiëntenervarings- en de competentielijst (zelf en collega's) overeenkomt met het geformuleerde doel (1=zeer mee oneens tot en met 5= zeer mee eens). Ook wordt in de scoringslijst genoteerd of de open vragen nog aanleiding geven voor het formuleren van een extra ontwikkeldoel ('ja', 'nee' en 'niet van toepassing').

Online evaluatie gebruik Visitatieprogramma

De online vragenlijst voor huisartsen bestaat uit 21 stellingen, 10 open vragen, 4 vragen over achtergrondinformatie en een vraag over deelname aan een bijeenkomst (zie Tabel 6). De reactie op de stellingen kan gegeven worden op een Likert-zevenpuntsschaal (1= helemaal mee oneens; 7= helemaal mee eens) met daarnaast de mogelijkheid 'kan ik niet beoordelen'. De stellingen en open vragen gaan in op de 360-graden feedback, het opstellen en gebruiken van het POP, de inhoud en het proces van het huidig Visitatieprogramma en eventuele verbeterpunten, aanvullingen of alternatieven voor het Visitatieprogramma.

Panel

In de panelgesprekken met huisartsen en gespreksleiders worden de resultaten uit het Visitatieprogramma en de online evaluatievragenlijst gepresenteerd. In de daaropvolgende discussie wordt aangestuurd op het benoemen van factoren die van betekenis kunnen zijn voor de haalbaarheid, toepasbaarheid en effectiviteit en mogelijke oplossingen. Hierbij wordt onderscheid gemaakt naar: werven beoordelaars, feedback, POP, gespreksleider en tijd & kosten.

2.3 Analyse

Visitatieprogramma

Feedback

Aan de hand van frequenties, gemiddelden, standaarddeviaties, minimale en maximale waarden en percentages (beschrijvende statistiek) wordt inzicht verkregen in het aantal beoordelaars, de missende waarden, de verdeling van de antwoorden en de opvallende waarden uit de patiëntenlijst en de competentielijst. Vervolgens wordt voor de patiëntenlijst een gemiddelde totaalscore berekend voor de items die beantwoord zijn op een Likertschaal; en voor de competentielijst wordt zowel de gemiddelde score per competentiedomein (CanMeds) berekend als de gemiddelde totaalscore.

Voor de analyse van de competentievragenlijsten is een onderscheid gemaakt naar de eigen beoordeling en de beoordeling van de collega's, waarbij de collega's in drie groepen zijn ingedeeld, te weten (1) collega-huisartsen, (2) praktijkmedewerkers (praktijkondersteuner en doktersassistente) en (3) andere zorgverleners (fysiotherapeuten, medisch specialisten en psychologen). Om te toetsen of er significante verschillen aanwezig zijn tussen de scores van deze drie groepen en de huisarts zelf, worden de scores vergeleken met een multilevelanalyse per competentiedomein (CanMeds). De multilevelanalyse houdt rekening met het feit dat verschillende beoordelaars dezelfde huisarts beoordelen. Deze analyse is herhaald met gemiddelde totaalscore op de competentielijst en de patiëntenlijst, waarbij dus ook de beoordelingen van de patiënt zijn meegenomen. Deze analyse wordt uitgevoerd voor (1) de verschillende groepen van beoordelaars, (2) de verschillende type praktijken en (3) de verschillende typen huisartsen. Het resultaat geeft aan in welke mate respectievelijk de beoordelaar, het type praktijk of het type huisarts (waarnemer, HIDHA, praktijkhouder) van invloed is op de verkregen feedback.

Relatie POP en feedback

Om de relatie tussen de ontwikkeldoelen uit het POP en de feedback te analyseren worden uit het POP de verschillende doelen door de twee onderzoekers (KtH, JB) onafhankelijke van elkaar toegewezen aan één of meerdere competentiedomeinen. Bij een verschil in beoordeling wordt in een bespreking consensus gezocht. Verder wordt bij de feedbackscores de aanname gemaakt, dat een score onder het gemiddelde op de patiëntenlijst en onder de 4 op de competentielijst (schaal 1 tot en met 5) aanleiding zou kunnen geven voor formuleren van een ontwikkeldoel in het POP. De scoringslijst voor de open vragen, waarin genoteerd wordt in welke mate het ontwikkeldoel gerelateerd is aan de feedback en of er nog extra ontwikkeldoelen geformuleerd kunnen worden, wordt door de twee onderzoekers (KtH, JB) onafhankelijk van elkaar ingevuld, waarna consensus wordt gezocht.

Online evaluatie gebruik Visitatieprogramma

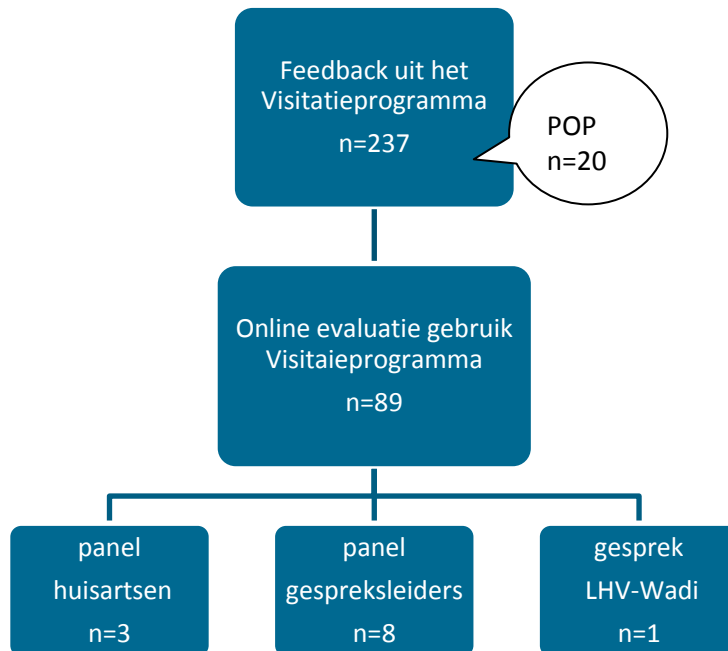
Aan de hand van frequenties, gemiddelden, standaarddeviaties, minimale en maximale waarden en percentages (beschrijvende statistiek) wordt inzicht verkregen in de missende waarden, de verdeling van de antwoorden en de opvallende waarden. Daarnaast worden de antwoorden op de open vragen geanalyseerd en samengevat beschreven in de resultaten. De resultaten worden beschreven op basis van de gemiddelde scores en uitgesplitst naar de diverse type deelnemende huisartsen (waarnemers, HIDHA's en praktijkhouders).

Panel

De panelverslagen worden gestructureerd naar de diverse onderdelen van het Visitatieprogramma: werven beoordelaars, feedback, POP, gespreksleider en tijd & kosten. Van de discussie wordt een verslag gemaakt door één van de onderzoekers (KtH) en de ander onderzoeker zal het verslag daar waar nodig aanvullen (JB).

3 Resultaten

De resultaten worden apart beschreven voor de gegevens die gebruikt zijn uit respectievelijk het Visitatieprogramma, de online evaluatievragenlijst en de panels. Figuur 3 geeft een totaal overzicht van het aantal deelnemers aan de studie



Figuur 3: Overzicht aantal deelnemers aan de studie

3.1 Feedback uit Visitatieprogramma

3.1.1 Studiepopulatie

De 237 deelnemers aan het Visitatieprogramma zijn gemiddeld 47,8 jaar, iets meer vrouwen (57,3%) dan mannen en ze zijn gemiddeld genomen 14 jaar werkzaam als huisarts. Het betreft overwegend praktijkhouders (55,3%), waarvan het merendeel werkzaam is in een groepspraktijk (46,4%), zie Tabel 1. De 237 huisartsen zijn gemiddeld door 1765 collega's en 6695 patiënten beoordeeld. De beoordelende collega's waren voornamelijk collega-huisartsen (43,1%) en doktersassistentes of praktijkondersteuners (35,3%). De patiënten hadden een gemiddelde leeftijd van 51,6 jaar en waren overwegend vrouw (63,4%).

Tabel 1: Achtergrondkenmerken van de deelnemende huisartsen en feedbackgevers

Beoordelaars	Kenmerk	%	Gemiddelde	Range
Deelnemers n=237	Leeftijd		47,8	33-67
	Vrouw	57,3		
	Jaren werkzaam		14,0	0-39
	Type huisarts:			
	- Waarnemer	31,2		
	- HIDHA	13,5		
	- Praktijkhouder	55,3		
	Type praktijk:			
	- Solopraktijk	30,8		
	- Groepspraktijk/duopraktijk/HOED/HOES	46,4		
Collega's n=1765	Beroep:			
	- Collega-huisarts	43,1		
	- Doktersassistente	22,7		
	- Praktijkondersteuner	12,6		
	- Fysiotherapeut	5,1		
	- Psycholoog	2,4		
	- Medisch specialist	3,2		
	- Overig/missende waarde	10,9		
Patiënten n=6695	Leeftijd*		51,6	0-101
	Vrouw	63,4		

* Patiënten of vertegenwoordigers van patiënten (ouders/vertegenwoordigers van kinderen) mochten de vragenlijst voor patiënten invullen, waardoor lage leeftijden mogelijk waren.

3.1.2 Patiëntervaringen

Gemiddeld hebben de deelnemers 28 beoordelingen van patiënten ontvangen. Het aantal patiëntbeoordelingen verschilde niet significant tussen type huisartsen en type praktijken. Waarnemers hebben gemiddeld 28,8 patiëntbeoordelingen aangeleverd (s.d.²=4,9), HIDHA's gemiddeld 27,8 (s.d.= 3,5) en praktijkhouders gemiddeld 28,4 (s.d.= 8,1) patiëntbeoordelingen.

De patiënten die een huisarts hebben beoordeeld zijn in de 12 maanden voor het invullen van de vragenlijst gemiddeld 5 keer (s.d.=4,8) bij de huisarts geweest (s.d.=4,8). Gemiddeld hebben zij 10 minuten gewacht (s.d.= 7,8) voordat zij aan de beurt waren. De gemiddelde beoordeling van de huisartsen is hoog, zie Tabel 2 en 3. In Tabel 2 staat het percentage patiënten dat op het bijbehorende item 'ja' heeft ingevuld en Tabel 3 geeft het gemiddelde antwoord aan op de stellingen die konden worden beantwoord op een vijfpuntsschaal lopend van slecht (1) naar uitstekend (5); aan

² s.d.= standaard deviatie; mate van spreiding

beide tabellen is de referentiewaarde³ toegevoegd. Op 10 van de in totaal 28 vragen hebben meer dan 20% van de patiënten 'niet van toepassing' ingevuld. Deze beoordeling lijkt te maken te hebben met de inhoud van het item. Zo zal bijvoorbeeld slechts een deel van de patiënten de vraag kunnen beantwoorden of de huisarts juist en op tijd is geïnformeerd over onderzoek en behandeling door uw specialist (item 3). Zo worden ook de items 7 (uit Tabel 2) en item 14 en 15 (uit Tabel 3) veel minder vaak met 'niet van toepassing' beantwoord als de patiënt een aandoening heeft die langer dan drie maanden duurt.

Tabel 2: Patiëntervaringen afgezet tegen de referentiewaarde, eerste deel, n=6695

No.	Item	Percentage 'Ja'	Referentiewaarde
1	Heeft u geregeld behoefte aan meer spreekuurtijd voor het bespreken van uw klacht(en)?	13,9	16,8
2	Krijgt de huisarts wel eens een telefoontje, wanneer u op het spreekuur bent?	14,3	13,4
3*	Vindt u dat uw huisarts juist en op tijd geïnformeerd is over onderzoek en behandeling door uw specialist?	87,7	87,6
4*	Hield de huisarts contact met u, tijdens uw verblijf in het ziekenhuis?	37,6	37,9
5	Heeft u de indruk dat de huisarts goed op de hoogte is van uw medische achtergrond?	94,5	95,2
6*	Gesteld dat u iets wilt lezen over uw ziekte of kwaal, kunt u die informatie dan verkrijgen in uw praktijk of bij uw huisarts?	91,8	92,7
7*	Krijgt u tijdens een bezoek aan uw huisarts wel eens een folder mee over uw ziekte of klacht?	37,7	41,6
8*	Maakt uw huisarts tijdens het spreekuur wel eens gebruik van demonstratie- modellen of beelden (bijv. op de computer) om u beter inzicht in uw klacht te geven?	53,5	46,1
9	Wordt u door de huisarts geïnformeerd over mogelijke neveneffecten van de medicatie (bijvoorbeeld maagklachten bij bepaalde pijnstillers)?	86,2	83,0
10	Kent u de reden van elk medicijn dat u slikt?	97,8	95,4
11	Krijgt u tijdens het consult van uw huisarts duidelijke uitleg over uw medicatie- gebruik?	94,1	93,6

* Op deze vragen hebben meer dan 20% van de patiënten 'niet van toepassing' ingevuld.

³ De referentiewaarde is afkomstig vanuit de NHG-Praktijkaccreditering®, waarin dezelfde vragenlijsten worden gebruikt. Deze referentiewaarde is ook aan de deelnemers van het Visitatieprogramma kenbaar gemaakt.

Op drie items scoren de 237 deelnemers aan het Visitatieprogramma beduidend (meer dan één procent) lager dan de referentiewaarde (item 1, 6 en 7) en op 2 items scoren de 237 deelnemers aan het Visitatieprogramma beduidend hoger dan de referentiewaarde (item 8 en 9).

Tabel 3: Patiëntervaringen afgezet tegen de referentiewaarde, tweede deel, n=6695			
No.	Terugkijkend naar de afgelopen 12 maanden, kunt u dan aangeven hoe tevreden u was over de huisarts betreffende:	M [#]	Referentiewaarde
1	U het gevoel geven dat zij/hij tijd voor u had tijdens consulten?	4,56	4,40
2	De belangstelling die getoond werd voor uw persoonlijke situatie?	4,49	4,32
3	De mate waarin gezorgd werd dat u gemakkelijk over uw problemen kon vertellen?	4,55	4,40
4	De mate waarin u betrokken werd bij beslissingen over uw medische behandeling?	4,47	4,32
5	De mate waarin er naar u geluisterd werd?	4,59	4,49
6	Het vertrouwelijk houden van aantekeningen en gegevens over u?	4,69	4,54
7	Het snel verlichten van uw klachten?	4,16	4,09
8*	Het bieden van hulp zodat u zich goed voelt voor uw normale dagelijkse bezigheden?	4,30	4,21
9	Een zorgvuldige en degelijke aanpak?	4,47	4,32
10	Lichamelijk onderzoek doen bij u?	4,48	4,35
11*	Het aanbieden van hulp bij het voorkómen van ziekten (bijv. bevolkingsonderzoek, periodieke gezondheidscontrole, inentingen)?	4,33	4,23
12	Uitleg geven over wat de bedoeling is van onderzoeken en behandeling?	4,48	4,36
13	U vertellen wat u wilde weten over uw klacht?	4,48	4,37
14*	De voorbereiding op wat u kunt verwachten van de specialist of het ziekenhuis?	4,27	4,08
15*	Hulp bij het omgaan met emotionele problemen die te maken hebben met uw gezondheid?	4,32	4,26
16*	Het u duidelijk maken waarom het belangrijk is om zijn/haar advies op te volgen?	4,37	4,28
17	Weten wat hij/zij heeft gedaan of u heeft verteld tijdens voor- gaande bezoeken?	4,36	4,24

#Gemiddelde (M) op een schaal lopend van slecht (1) tot uitstekend (5)

*Op deze vragen hebben meer dan 20% van de patiënten 'niet van toepassing' ingevuld.

Hoewel de verschillen tussen de gemiddelde scores van de 237 deelnemers aan het Visitatieprogramma niet sterk afwijken van de referentiewaarde in Tabel 3, is het opvallend dat de deelnemers op alle items iets hoger scoren. De scores op deze items zijn gemiddeld genomen significant hoger dan van de deelnemer zelf of de collega-beoordelaars (gemiddeld 4,45; s.d.=0,61), zie ter vergelijking Tabel 5.

3.1.3 Competenties

De 237 huisartsen zijn gemiddeld door 7 collega's beoordeeld. Praktijkhouders hebben gemiddeld genomen significant iets meer beoordelingen van collega's ontvangen 7,8 (s.d.=2,3) dan waarnemers met 6,9 beoordelingen (s.d.=1,4) of HIDHA's met 7,1 beoordelingen (s.d.=2,1). Het type praktijk van de deelnemers was niet van invloed op het aantal verkregen beoordelingen van collega's. De beoordelende collega's waren voornamelijk collega-huisartsen (43,1%) en doktersassistentes of praktijkondersteuners (35,3%); de type deelnemende huisarts of het type praktijk speelde hierin geen rol van betekenis. De beoordelingen van de deelnemende huisarts zelf en de collega's staat per item beschreven in Bijlage 1. Tabel 4 geeft per competentiedomein de gemiddelde score aan, zoals deze is gegeven door de deelnemers zelf en door de drie groepen van collega beoordelaars (collega-huisartsen, praktijkmedewerker en andere zorgverleners).

Tabel 4: Gemiddelde beoordeling* per competentiedomein door de deelnemer en collega's										
No.	Domein	Aantal Items	Zelf n=237		Collega HA, n=760		Medewerker n=624		Zorgverlener n=189	
			M	s.d.	M	s.d.	M	s.d.	M	s.d.
I	Vakinhoudelijk handelen	7	3,76	0,59	4,13	0,71	4,17	0,72	4,37	0,67
II	Arts-patiëntcommunicatie	3	3,94	0,66	4,18	0,80	4,20	0,75	4,47	0,70
III	Samenwerking	4	3,83	0,67	4,11	0,80	4,03	0,86	4,37	0,75
IV	Wetenschap en onderwijs	1	3,40	0,80	4,07	0,83	4,06	0,85	4,33	0,81
V	Maatschappelijk handelen	3	3,89	0,61	4,14	0,73	4,21	0,72	4,40	0,71
VI	Organisatie	5	3,50	0,67	3,97	0,76	3,79	0,84	4,28	0,73
VII	Professionaliteit	5	3,59	0,63	3,98	0,76	3,89	0,85	4,30	0,70
	<i>Totaal</i>	<i>28</i>	<i>3,70</i>	<i>0,52</i>	<i>4,09</i>	<i>0,65</i>	<i>4,05</i>	<i>0,65</i>	<i>4,39</i>	<i>0,58</i>

*De beoordelingschaal loopt van 1 (lage mate van competentie) tot en met 5 (hoge mate van competentie).

Vooraf de andere zorgverleners (m.n. fysiotherapeuten en psychologen) hebben gebruik gemaakt van de antwoordcategorie 'kan ik niet beoordelen'. Op 17 van de 28 items hebben gemiddeld genomen twee of meer van de andere zorgverleners in meer dan 20% van de gevallen 'kan ik niet beoordelen' aangegeven, zie ook Bijlage 1. Verder geeft meer dan 20% van de praktijkondersteuners op 11 van de 28 items 'kan ik niet beoordelen' aan.

Uit de multilevelanalyse blijkt, dat op alle competentiedomeinen de deelnemers zelf gemiddeld significant lager scoren dan de andere groepen, zie ook Tabel 4. De andere zorgverleners scoren gemiddeld significant hoger dan de collega huisartsen en de praktijkmedewerkers. De

praktijkmedewerkers scoren op Organisatie en Professionaliteit significant lager dan de collega-huisartsen.

Het type praktijk waaruit de deelnemende huisarts afkomstig is, is niet significant van invloed op de beoordeling van de diverse competentiedomeinen. De totaalscore laat zien dat de deelnemers uit gezondheidscentra significant iets lager worden beoordeeld, zie Bijlage 2.

Waarnemers worden significant hoger beoordeeld op de competentiedomeinen Organisatie en Professionaliteit dan HIDHA's en praktijkhouders. Verder hebben waarnemers en HIDHA's significant hogere beoordelingen gekregen op de domeinen Arts-patiëntcommunicatie en Samenwerking dan praktijkhouders, zie Bijlage 2.

3.2 Relatie POP en feedback uit Visitatieprogramma

Van 20 van de 237 deelnemers is de relatie bestudeerd met het POP. De steekproef bestond uit 4 waarnemers, 4 HIDHA's en 12 praktijkhouders (4 uit een solopraktijk, 4 uit een groepspraktijk en 4 uit een gezondheidscentrum).

Gemiddeld hebben de waarnemers en HIDHA's 2,3 doelen geformuleerd en de praktijkhouders 2,4 doelen. De doelen van de HIDHA's gaan vooral over Organisatie en Professionaliteit; de waarnemers voegen daar nog de Arts-patiëntcommunicatie aan toe; en de praktijkhouders leggen de nadruk op Organisatie en Arts-patiëntcommunicatie, zie Bijlage 3.

Vanuit de feedbackscores wordt deze keuze voor de ontwikkeldoelen uit het POP ondersteund voor de HIDHA's, die zelf ook een ontwikkeldoel zien op de competentie Wetenschap en onderwijs net als de waarnemers en de praktijkhouders. Het ontwikkeldoel Organisatie wordt voor de waarnemers minder sterk ondersteund door de feedbackscores; ook de ontwikkeldoelen Organisatie en Arts-patiëntcommunicatie van de praktijkhouders worden niet erg sterk ondersteund door de feedback scores.

Uit de formulering van de ontwikkeldoelen blijkt, dat vooral de antwoorden op de open vragen van de huisartsen zelf en de collega's zijn gebruikt om doelen te formuleren. De opmerkingen van de patiënten waren doorgaans positief en zijn in veel mindere mate gebruikt om doelen te formuleren.

Voor alle groepen geldt dat er extra doelen mogelijk waren op basis van de verbeterpunten van de deelnemers zelf, de collega's en de patiënten. Bij een aantal huisartsen waren alle opmerkingen van patiënten positief, waardoor het formuleren van een extra doel niet van toepassing werd.

3.3 Online evaluatie gebruik Visitatieprogramma

3.3.1 Studiepopulatie

De steekproef van deelnemende huisartsen komt wat betreft achtergrondkenmerken goed overeen met de deelnemers uit het Visitatieprogramma. Relatief hebben iets minder waarnemers de online evaluatievragenlijst ingevuld en iets meer huisartsen uit een groepspraktijk, zie Tabel 5.

Tabel 5: Vergelijking van de achtergrondkenmerken van de deelnemende huisartsen aan het Visitatieprogramma (n=237) en de online evaluatievragenlijst (n=89)

Kenmerk	%		Gemiddelde		Range	
	Visitatie	Online vragen	Visitatie	Online vragen	Visitatie	Online vragen
Leeftijd			47,8	47,3	33-67	33-69
Vrouw	57,3	56,2				
Type huisarts:						
- Waarnemer	31,2	28,1				
- HIDHA	13,5	14,6				
- Praktijkhouder	55,3	53,9				
Type praktijk:						
- Solopraktijk	30,8	29,2				
- Groepspraktijk/duo/ HOED/HOES	46,4	51,7				
- Gezondheidscentrum	19,4	14,6				
- Overig	3,4	4,5				

3.3.2 Evaluatie gebruik Visitatieprogramma

In Tabel 6 staan de antwoorden (schaal lopend van helemaal mee eens (1) tot en met helemaal mee oneens (7)) op de evaluatievragenlijst naar het gebruik van het Visitatieprogramma uitgesplitst voor de waarnemers, HIDHA's en praktijkhouders.

De cijfermatige beoordeling van zowel collega's als patiënten wordt over het algemeen als een goed beeld ervaren van het eigen individueel functioneren. De verbeterpunten vormen hierop een aanvulling. Deze aanvulling geldt in mindere mate voor de sterke punten. Gemiddeld genomen zijn de respondenten het enigszins eens met de stelling dat de zeven CanMeds competenties afdoende zijn om een beeld te geven van het eigen individueel functioneren.

De respondenten geven aan redelijk gebruik te hebben gemaakt van de feedbackrapportages, voor het maken van het POP, maar zijn het enigszins oneens met de stelling dat zij zich meer hebben laten leiden door de feedback van de collega's dan van de patiënten. Wel geven zij aan zich meer te hebben laten leiden door de schriftelijke opmerkingen dan door de cijfermatige beoordeling.

Gemiddeld genomen zijn de deelnemers neutraal over of het hen is gelukt om concrete ontwikkeldoelen op te stellen op basis van de feedback uit het Visitatieprogramma.

De HIDHA's zijn significant positiever over de bijdrage van de gespreksleider bij het analyseren van de feedback en het formuleren van ontwikkeldoelen ten opzichte van de waarnemers en praktijkhouders. Ook zijn de HIDHA's significant positiever over de ondernomen acties om de ontwikkeldoelen te bereiken en het gebruik van het POP om het eigen individueel functioneren te verbeteren in vergelijking met waarnemers en praktijkhouders.

De deelnemend huisartsen geven aan dat hun POP niet of nauwelijks te gebruiken bij intervisie. Dit kan ook zijn ingegeven doordat zij niet aan intervisie deelnemen. De respondenten beantwoorden bevestigend op de stelling dat zij geen behoefte hebben aan meer ondersteuning bij het doorlopen en/of afronden van het Visitatieprogramma. De respondenten zijn het enigszins oneens met de

stelling dat er behoefte is aan meer concrete tips over hoe te werken aan de eigen ontwikkeldoelen, maar zijn positiever over een observatie door een collega-huisarts ten opzichte van de inzichten uit de huidige 360-graden feedback. Er wordt neutraal gereageerd op de toegevoegde waarde van een gesprek met professionele feedbackgevers en lichtelijk negatief op de toegevoegde waarde van een gesprek met patiënten die feedback hebben gegeven.

Vanuit de open opmerkingen geven een aantal respondenten aan het Visitatieprogramma als zinvol te hebben ervaren. Ook wordt meerdere keren het gesprek met de gespreksleider als leerzaam omschreven. Het POP is op verschillende manieren gebruikt om het individueel functioneren te verbeteren. Dit wordt gedaan binnen intervisie, door nogmaals de resultaten door te lezen, door af en toe stil te staan bij de doelen en bewustwording, het opnemen van het POP in de missie en visie en concrete acties.

Het aanbieden van gerichte cursussen en intervisie, supervisie of coaching wordt door een enkeling als ondersteunend aangemerkt. Al twijfelt een andere huisarts hieraan: "Ik denk dat huisartsen in het algemeen vrij eenzaam zijn in het beoefenen van hun beroep. Als wij in kleine groepen met elkaar zijn bespreken wij meestal iets vakinhoudelijk maar vrijwel nooit eigen functioneren, zelfs de organisatorische dingen niet eens."

Het zorgen voor een aanvullend beeld van het individueel functioneren van de huisarts kan volgens de respondenten bereikt worden door observatie (door collega en/of video opnames), feedback op specifieke onderdelen, intercollegiale gesprekken, het bestuderen van dossiers of andere gebieden meenemen (empathie, individualiteit, mate van inzet om patiënten te helpen/steunen en medisch leiderschap).

Tabel 6: Gemiddelde scores gebruik Visitatieprogramma naar type deelnemende huisarts, n=89

No.	Item	Waarnemer n=25		HIDHA n= 13		Praktijkouder n=48	
		M	s.d.	M	s.d.	M	s.d.
1	Ik vind de scores (de cijfers) van de geraadpleegde collega's een goed beeld geven van mijn individueel functioneren.	5,43	1,16	5,54	0,97	4,86	1,75
2	Ik vind de scores (de cijfers) van de patiënten een goed beeld geven van mijn individueel functioneren.	4,91	1,16	5,31	0,85	5,32	1,44
3	Ik vind de genoemde verbeterpunten (schriftelijke opmerkingen) een goede aanvulling op de scores.	5,26	1,25	4,85	1,21	5,24	1,32
4	Ik vind de genoemde sterke punten (schriftelijke opmerkingen) geen goede aanvulling op de scores.	3,00	1,24	3,85	1,34	3,72	1,77
5	Ik vind dat ik mijn eigen individueel functioneren niet goed kan beoordelen door te scoren op de vragen van de CanMeds competenties.	3,36	1,50	3,62	1,33	3,73	1,66
6	Ik vind dat de zeven CanMeds competenties afdoende zijn om een beeld te geven van mijn individueel functioneren.	4,40	1,39	5,15	0,80	4,50	1,55

Tabel 6: Gemiddelde scores gebruik Visitatieprogramma naar type deelnemende huisarts, n=89, vervolg

No.	Item	Waarnemer n=25		HIDHA n= 13		Praktijkouder n=48	
		M	s.d.	M	s.d.	M	s.d.
7	Ik heb voor het maken van mijn POP uitgebreid gebruik gemaakt van de feedbackrapportages (patiënten en collega's).	5,00	1,54	5,08	1,55	4,91	1,60
8	Ik heb voor het maken van mijn POP mij meer laten leiden door de feedback van de collega's dan van de patiënten.	4,13	1,49	3,77	1,24	3,61	1,27
9	Ik heb voor het maken van mijn POP mij meer laten leiden door de schriftelijke opmerkingen dan door de scores (cijfers).	5,04	1,36	4,54	1,39	4,59	1,39
10	Ik vind, dat het mij is gelukt om concrete ontwikkeldoelen op te stellen op basis van de schriftelijke opmerkingen en scores uit het Visitatieprogramma.	4,13	1,84	5,08	1,75	4,09	1,70
11	Het gesprek met de gespreksleider visitatie heeft mij geholpen bij het analyseren van de feedback.	4,13	1,66	6,00*	1,22	4,74	1,83
12	Het gesprek met de gespreksleider visitatie heeft mij geholpen bij het formuleren van mijn ontwikkeldoelen	4,43	1,75	5,92*	1,44	4,74	1,89
13	Ik gebruik mijn POP bij mijn intervisie(bijeenkomsten).	2,55	1,70	3,33	1,72	3,00	1,65
14	Ik heb de afgelopen periode acties ondernomen om mijn ontwikkeldoelen te bereiken.	3,91	1,70	5,62*	1,04	4,52	1,68
15	Ik heb de afgelopen periode mijn POP gebruikt om mijn individueel functioneren te verbeteren.	3,13	1,60	5,08*	1,50	4,02	1,71
16	Ik heb geen behoefte aan meer ondersteuning bij het doorlopen en/of afronden van het Visitatieprogramma.	5,95	1,09	6,00	1,29	6,20	1,18
17	Ik denk dat een observatie door een collega-huisarts meer inzicht oplevert dan de huidige 360-graden feedback.	4,05	1,94	4,62	1,26	4,14	1,77
18	Ik vind een gesprek met een aantal die mij feedback hebben gegeven een goede aanvulling.	4,57	1,47	4,69	1,44	3,91	1,78
19	Ik vind een gesprek met een aantal patiënten die mij feedback hebben gegeven een goede aanvulling.	3,09	1,44	3,92	1,71	3,80	1,75
20	Ik heb behoefte aan meer concrete tips over hoe ik aan mijn ontwikkeldoelen uit mijn POP kan werken.	2,74	1,63	3,46	1,33	3,04	1,55
21	Ik pak regelmatig een moment om stil te staan bij mijn ontwikkel- en verbeterdoelen.	3,83	1,95	4,46	1,66	4,35	1,80

*Vetgedrukte is significante afwijking; HIDHA scoort hoger dan andere type huisartsen.

Het Visitatieprogramma roept bij een aantal respondenten weerstand op. Zo wordt het als een wantrouwend middel ervaren, vinden meerdere huisartsen de kosten hoog en levert het weinig nieuwe inzichten op (door uitsluitend positieve feedback en/of ten opzichte van intervisie en nascholing).

Meerdere respondenten stippen aan dat het voor waarnemers lastig kan zijn om patiënten te bevragen, aangezien zij soms 1 of 2 dagen in een praktijk werken.

De patiëntenervaringslijsten worden ook als minder geschikt ervaren voor bepaalde doelgroepen patiënten, waar huisartsen juist graag feedback van willen (bijv. ouderen en patiënten die de Nederlandse taal niet machtig zijn).

Unieke opmerkingen (door één respondent gemaakt) betreffen: (a) veel hinder ondervonden van systeemstoringen, (b) het middel is niet objectief door de gezagsverhouding tussen huisartsen en ondersteunend personeel en (c) het middel is niet toegerust voor huisartsen die bijna met pensioen gaan.

3.4 Panel

Er zijn twee panelbijeenkomsten gehouden; één met huisartsen en één met gespreksleiders. Bij het huisartsenpanel waren 3 van de 7 huisartsen aanwezig, die zich hadden opgegeven en bij het panel van gespreksleiders waren alle 8 genodigden aanwezig. Voorstellen uit het huisartsenpanel zijn ook voorgelegd aan de gespreksleiders. Voor een aparte bijeenkomst met alleen waarnemers was onvoldoende animo. De LHV-Wadi, belangbehartiger van waarnemers en huisartsen in dienstverband, heeft daarom beschreven welke ervaringen zij heeft gehoord van haar achterban.

Werven beoordelaars

Door zowel de huisartsen als de gespreksleiders wordt het opmerkelijk gevonden, dat alle type deelnemers (waarnemers, HIDHA's en praktijkhouders) in staat zijn geweest om voldoende beoordelaars te werven. Hierbij wordt wel aangegeven, dat het werven van patiënten vooral door waarnemers als extra belastend wordt ervaren. Dit wordt bevestigd door de LHV-Wadi. Dit zou kunnen komen, omdat op de patiëntervaringslijst staat '*Terugkijkend naar de afgelopen 12 maanden ...*'. De termijn van de waarneming zal doorgaans korter zijn.

Feedback en POP

De feedback biedt huisartsen en gespreksleiders houvast voor het opstellen van het POP en het aangaan van het gesprek. Vooral de open opmerkingen worden in deze gewaardeerd. Het beperkt aantal gesloten vragen (28 items) biedt aanknopingspunten voor het beschrijven van vooral de verbeterpunten. Zo gaf het huisartsenpanel gaf aan, dat vooral de schriftelijke opmerkingen worden gebruikt. Maar de huisartsen lijken ook waarde te hechten aan de benchmarkgegevens en anticiperen op benedengemiddelde scores. Het panel van gespreksleiders vindt dat de feedback voldoende aanknopingspunten biedt voor een gesprek over het functioneren van de huisarts. De gespreksleiders vragen vaak nog sterke punten uit, want die worden soms weinig belicht. Ook geven zij aan, dat lagere scores niet altijd relevant hoeven te zijn. De feedback wordt doorgenomen voor het bespreken van het POP, waarbij zeker ook aan bod wat voor dokter de huisarts wil zijn.

De patiëntenervaringslijst is duidelijk aan een aanpassing toe. Sommige items zijn gedateerd, zoals het meegeven van folders en het bezoek van een patiënt in een ziekenhuis. De referentiewaarden lijken toe aan een update, maar ook wordt gevraagd om een toepassing voor ouderen en laag geletterden. Het huisartsenpanel suggereert dat een laagdrempelige manier om vragenlijsten op papier uit te kunnen delen, zodat alle patiëntengroepen bereikt kunnen worden. Mogelijk dat zelfs alternatieven overwogen kunnen worden zoals het houden van gesprekken met patiënten, waarbij wel wordt opgemerkt dat deze wellicht vooral over de organisatie zullen gaan en minder over het één op één gesprek.

Het huisartsenpanel geeft aan dat in het format van de POP de SMART-methode opgenomen kan worden als ondersteunend middel (niet leidend). Ook kunnen voorbeelden van SMART geformuleerde POP's van toegevoegde waarde zijn. De gespreksleiders vinden, dat het opgelegd doelen concretiseren in een SMART format niet helpend hoeft te zijn. In gesprek merken de gespreksleiders vaak wel hoe de huisarts er aan gaat werken. Wat wel helpend kan zijn, volgens het panel van gespreksleiders, is om het tijdpad te moeten invoeren; wanneer wil je wat bereikt hebben en wanneer ben je tevreden?

In de panels is ook gesproken over alternatieve methoden voor het verkrijgen van feedback. Binnen het huisartsenpanel is geconcludeerd dat observatie en/of meelopen middelen kunnen zijn om op specifieke onderdelen beoordeeld te worden, eventueel als onderdeel van het uitvoeren van het POP. Als educatief instrument behoort verder de nadruk te liggen op leerzame conclusies, sturing door huisartsen kan en hoeft daardoor niet voorkomen te worden. Wel zal het format van het visitatiegesprek als tastbaar product gerealiseerd moeten blijven (herregistratie-eis).

Vanuit de LHV-Wadi wordt gepleit om zoveel mogelijk gebruik te maken van bestaande toetsings- en feedback structuren, zodat er geen dubbele uitvragen worden gedaan.

Gespreksleider

Het huisartsenpanel laat een gevarieerd beeld zien over de gespreksleiders. Het verplichtende karakter van het inzetten van een gespreksleider wordt niet erg gewaardeerd. De huisartsen weten ook niet wie een goede gespreksleider is. In de praktijk worden er soms een aantal aangeschreven en dan wordt gekozen op beschikbaarheid en kosten. Ook wordt opgemerkt, dat niet alle gespreksleiders even kritisch lijken. In dit verband komt ook aan de orde, dat het opsporen van disfunctionerende huisartsen geen doel is van het Visitatieprogramma en daarvoor ook niet geschikt is.

Het huisartsenpanel geeft verder aan dat super- of intervisie gebruikt kan worden om het (werken aan het) POP te bespreken. HAGRO's lijken hier in mindere mate geschikt voor.

Tijd en kosten

Het huisartsenpanel geeft aan dat eerder bericht ontvangen over naderende herregistratie (nu: 6 maanden voordat alles moet zijn ingeleverd) weerstand kan wegnemen en het in tijdsnood geraken voorkomen, maar hierbij wordt ook aangegeven dat men toch ook zelf (te) laat begint. Mogelijk dat een extra reminder helpt. Verder moet gezorgd worden voor snelle toegang tot het systeem van het Visitatieprogramma, zodat de aanvraag en start beter op elkaar aansluiten (al is dit voor NHG-leden niet aan de orde, aangezien zij direct een account krijgen en kunnen starten). Verder lijkt er eerder sprake te zijn van gevoel van tijdsdruk dan van een grote tijdsinvestering. Wel kan het werven van, en laten invullen van de vragenlijsten door, patiënten veel tijd kosten, vooral ook omdat een laagdrempelig systeem mist om uitgeprinte vragenlijsten in te voeren, vinden zowel het huisartsenpanel als het panel van gespreksleiders. De LHV-Wadi laat weten, dat de verkregen accreditatiepunten niet aansluiten op de tijdsinvestering. Bovendien wordt volgens hen onvoldoende gebruikgemaakt van al bestaande evaluatie en toetsingsmomenten, waardoor het dubbelop aanvoelt.

Het huisartsenpanel kijkt wisselend aan tegen de kosten. De HIDHA geeft aan dat bekeken moet worden of het budget voor ontwikkeling en scholing mee is gegroeid met de kosten van vereiste onderdelen van de herregistratie. De praktijkhouder vindt de kosten geen issue. De gespreksleider visitatie wordt door de waarnemers als buitensporig duur ervaren volgens de LHV-Wadi. De weerstand over de kosten is wisselend, geeft het panel van gespreksleiders aan. De meeste gespreksleiders hanteren de NHG-richtlijn en wijzen huisartsen hier ook op.

Naar aanleiding van de kosten wordt gediscussieerd over het verplichtende karakter van het Visitatieprogramma. In het huisartsenpanel wordt voorgesteld om een pakket te maken, waaruit gekozen kan worden, bijvoorbeeld het Visitatieprogramma, intervisie, supervisie of coaching. Het panel van gespreksleiders is het hier niet mee eens, omdat zij vinden dat het Visitatieprogramma, intervisie, supervisie en coaching niet gebruikt kunnen worden als facultatieve, uitwisselbare onderdelen. Er wordt namelijk hele andere informatie verkregen. Bij het Visitatieprogramma wordt feedback op je functioneren gegeven, bij intervisie kies je zelf wat je inbrengt.

Overige suggesties en opmerkingen

Suggesties die door het huisartsenpanel nog worden aangedragen zijn: zorg voor gerichte nascholing als resultaat van het Visitatieprogramma, beloon deelname met meer punten voor de herregistratie en maak het Visitatieprogramma facultatief.

Het huisartsenpanel vindt ook dat het Visitatieprogramma meer positief onder de aandacht moet worden gebracht. Niet alleen het bestaan ervan, maar ook hoe het doorlopen wordt, wat het huisartsen oplevert en hoe er een vervolg kan krijgen na het doorlopen. Het panel van gespreksleiders sluit hierbij aan dat het woord visitatie en het programma worden ervaren als een beoordeling, waarvoor huisartsen kunnen slagen of zakken. Meer aandacht is nodig voor het Visitatieprogramma als lerend middel. Zij benoemen dat het goed zou zijn om binnen de vakbladen de ervaringen breder onder de aandacht te brengen. Het huisartsenpanel vindt dat eventuele beloningen, bijv. in de vorm van een aantal nagesprekken (met bijv. de gespreksleider visitatie), overwogen moeten worden. De huisartsen die bijna met pensioen gaan hebben minder aan de lerende, toekomstgerichte functie van het POP. Wellicht kunnen zij een aangepaste versie van het POP en visitatiegesprek doorlopen, meer gericht op afbouw.

4 Conclusie

Binnen dit onderzoek is de haalbaarheid en toepasbaarheid van het Visitatieprogramma voor huisartsen nader bekeken. Daarnaast is de effectiviteit van het programma bestudeerd, waarvoor ook de sterkte van de relatie tussen de verkregen feedback en het Persoonlijk OntwikkelingsPlan (POP) is onderzocht. In de conclusie wordt het Visitatieprogramma per onderdeel op deze punten langsgelopen.

Werven beoordelaars

De deelnemende huisartsen hebben gemiddeld 7 collega's en 28 patiënten geworven voor het beoordelen van hun individueel functioneren. Deze aantallen zijn dus haalbaar en zijn voldoende voor het verkrijgen van een goed beeld [4]. Het werven van patiënten is als lastig ervaren, omdat de werkwijze (online beschikbaar stellen van de vragenlijst) niet voor alle doelgroepen geschikt wordt geacht.

Vanuit de LHV-Wadi wordt aangegeven, dat de patiëntenlijst te lang en te ingewikkeld is voor laagopgeleide patiënten. Hoewel de aantallen patiënten feedbackgevers niet verschillen tussen het type huisartsen, wordt aangegeven dat het voor waarnemers lastiger is om deze aantallen te bereiken. De waarnemers, die de LHV-Wadi gesproken hebben, bevestigen dit beeld doordat zij negatief zijn over de forse tijdsinvestering in het Visitatieprogramma. In de patiëntenlijst staat nu dat patiënten 12 maanden moeten terugkijken bij het beoordelen van de huisarts. Overwogen kan worden om deze periode aan te passen, waarmee de vragenlijst geschikter wordt voor waarnemers.

Feedback

De toepasbaarheid van de patiëntenervaringslijst vraagt om aanpassingen. De vragen dienen aangepast te worden aan de huidige praktijk en mogelijk vereenvoudigd. Maar ook het digitale karakter van VOL is voor bepaalde doelgroepen patiënten lastig, waarvan huisartsen juist graag feedback willen (bijv. ouderen en patiënten die de Nederlandse taal niet machtig zijn). De drempel om vragenlijsten uit te printen, en handmatig in te voeren, zal omlaag moeten zodat deze doelgroepen betrokken kunnen worden. Daarnaast is het van belang om alternatieve methoden te ontwikkelen om alle doelgroepen te kunnen betrekken in de patiëntevaluatie. Te denken valt aan het organiseren van praktijkgesprekken met patiënten.

De competentielijsten zijn goed toepasbaar. De gesloten vragen bieden houvast om het individueel functioneren te beoordelen en de bijbehorende benchmarks bieden inzicht. Vooral de open vragen worden sterk gewaardeerd. LHV-Wadi vraagt om meer open vragen, maar de huidige drie vragen over sterke punten, verbeterpunten en overige opmerkingen lijken voldoende om alle punten aan de orde te laten komen. LHV-Wadi vraagt ook om minder vragen, maar de huidige set van 28 items wordt door anderen niet als belastend aangemerkt.

Het aantal 'missende waarden' in een vragenlijst kan de toepasbaarheid beperken, maar de huidige vragenlijsten laten zien dat het aantal "missende waarden" beperkt is. Wel maken de beoordelaars gebruik van de categorie 'kan ik niet beoordelen'. Zij gebruiken deze categorie vermoedelijk voor items waarop zij geen of weinig zicht hebben. Gepleit wordt om deze categorie te handhaven, zodat de beoordeling zo zuiver mogelijk kan plaatsvinden. Wel wordt voorgesteld om bij deelnemers nog eens goed te benadrukken om de beoordelaars goed uit te kiezen, zodat deze zoveel mogelijk

informatie kunnen bieden. De huidige gegevens laten zien, dat vooral fysiotherapeuten en psychologen vaak onvoldoende zicht hebben op het functioneren van de huisarts, maar ook sommige praktijkondersteuners geven aan onvoldoende zicht te hebben op sommige handelingen.

POP

De resultaten van de patiëntenvragenlijst zijn bruikbaar voor het opstellen van een POP. De open opmerkingen van de patiënten zijn in mindere mate gebruikt, om doelen te formuleren. Vaak wordt nog bemerkt dat patiënten de huisarts in bescherming willen nemen of dat patiënten de hele praktijk beoordelen. Daarnaast worden vooral de antwoorden op de open vragen van de huisartsen zelf en de collega's gebruikt om concrete ontwikkeldoelen te formuleren. De relatie tussen de feedback en de opgestelde POP bleek sterk, waarbij m.n. de open opmerkingen van de collega's zijn gebruikt en de gesloten vragen van de patiënten. Het POP gaat meestal over de competenties Organisatie en Professionaliteit.

Het opstellen van een POP is niet makkelijk. Vooral het concretiseren van doelen en hoe eraan te werken kan een volgende stap zijn, om het werken aan het POP aannemelijker te maken.

Ook hebben sommige huisartsen aangegeven dat de feedback weinig nieuwe inzichten oplevert (door uitsluitend positieve feedback en/of ten opzichte van intervisie en nascholing). Met een gesprek over een gedegen plan van aanpak zou het Visitatieprogramma ook voor deze groep meerwaarde kunnen opleveren.

Gespreksleider

Het visitatiegesprek wordt door huisartsen doorgaans positief beoordeeld. Wel wordt gepleit voor meer uniformiteit in het handelen van de gespreksleiders (bijvoorbeeld door scholing). De gespreksleider wordt vooral door de HIDHA's als ondersteunend ervaren. De mate waarin gevolg wordt gegeven aan de afspraken uit het POP is wisselend per type huisarts. Gespreksleiders zelf hebben weinig zicht op het vervolg. Het aangaan van een vervolgtraject, bijvoorbeeld het inbedden in bestaande intervisiegroepen of het volgen van gerichte cursussen, kan het werken aan het POP mogelijk bevorderen waardoor de effectiviteit van het Visitatieprogramma wordt vergroot.

De huisartsen die bijna met pensioen gaan hebben minder aan de lerende, toekomstgerichte functie van het POP. Wellicht kunnen zij een aangepaste versie van het POP en visitatiegesprek doorlopen, meer gericht op afbouw.

Door sommige huisartsen is gesuggereerd om met beloningen te werken in de vorm van een aantal nagesprekken met de gespreksleider.

ICT ondersteuning

Over de ICT ondersteuning zijn weinig opmerkingen gemaakt. Genoemd is, dat voor niet NHG-leden het maken van een account wat tijd neemt en gevraagd wordt om het digitale POP formulier te ondersteunen met SMART uitgewerkte voorbeelden en ruimte te bieden voor het invullen van het tijdpad voor de uitvoering van het POP. Daarnaast vragen gespreksleiders om het doel en de uitwerking bij elkaar in één box in het gespreksverslag te plaatsen.

Tijd en Kosten

Door sommige huisartsen wordt de tijdinvestering als hoog ervaren. In het huisartsenpanel is dit goed besproken en lijkt het vooral de tijdsdruk die ervaren wordt. Plots is de deadline erg dicht bij. In een eerdere studie is uitgezocht dat de tijdinvestering gemiddeld 4 uur bedraagt, waarvan 1,5 uur voor het verzamelen van gegevens (1 uur voor de patiëntervaringen) en 2,5 uur voor het verwerken van de feedback en het voeren van het gesprek [4].

Over de kosten wordt wisselend gedacht. Voor m.n. HIDHA's en waarnemers worden deze als hoog ervaren. Een groot deel uit het scholingsbudget. Gesuggereerd wordt om goede uitleg te geven over wat wordt geleverd voor deze kosten.

Naar aanleiding van de kosten is gesuggereerd om meer keuze te hebben, bijvoorbeeld het Visitatieprogramma of intervisie/supervisie/coaching, maar deze onderdelen zijn niet per se uitwisselbaar. Er wordt namelijk hele andere informatie verkregen. Bij het Visitatieprogramma wordt feedback op het individuele functioneren gegeven vanuit meerdere perspectieven, bij intervisie kiest de huisarts zelf wat wordt ingebracht.

PR

In de panelgesprekken met huisartsen en gespreksleiders is aangegeven, dat de PR rondom het Visitatieprogramma beter kan (aandacht in vakbladen). Zo is het opsporen van disfunctionerende huisartsen geen doel van het Visitatieprogramma en daarvoor bovendien ook niet geschikt. Huisartsen kunnen het Visitatieprogramma als educatief middel inzetten. Het positioneren van het Visitatieprogramma als lerend middel voor de individuele huisarts, is ook naar patiënten toe van belang. Er is behoefte aan het meer naar buiten brengen van de waarde van het Visitatieprogramma voor de huisarts. Ook de rol van de gespreksleider kan daarbij aan bod komen, zodat de huisartsen goed zicht krijgen op wat het Visitatieprogramma biedt voor de gemaakte kosten

Conclusie

Het Visitatieprogramma biedt inzicht in het individueel functioneren van de huisarts en de daarvoor ontwikkelde vragenlijsten zijn een haalbare en toepasbare werkvorm voor het opstellen van een POP. De patiëntenlijst heeft wel actualisering. Verder werpt de (online) patiëntvragenlijst voor sommige mensen (ouderen, laag geletterden) een drempel op; mogelijk dat een gesprek kan worden overwogen. De effectiviteit van het Visitatieprogramma kan vergroot worden door uitvoering te geven aan het POP. De kosten van de gespreksleider en de ervaren tijdsdruk over het afronden van het Visitatieprogramma wekken wrevel op, evenals het verplichtende karakter. Het onder de aandacht brengen van het Visitatieprogramma als lerend middel, wordt door de panelleden sterk geadviseerd.

5 Referenties

1. KNMG. Het functioneren van de individuele arts. Utrecht; 2005.
2. OMS. Individueel Functioneren van Medisch Specialisten: Persoonlijk beter. Utrecht; 2008.
3. Overeem K. Doctor performance assessment: Development and impact of a new system. Nijmegen: 2011.
4. Cruijsberg J, Braspenning J. Individueel Functioneren van Huisartsen. Nijmegen: IQ healthcare; 2013.
5. NHG. Visitatiepogramma ten behoeve van de herregistratie als huisarts: Handleiding voor deelnemende huisartsen.; 2016.
6. Bureau Visitatie Huisartsen. Mijn Visitatie [Available from: <https://mijnvisitatie.nl/visitatie-en-organisatie>].
7. Sala F, Dwight SA. Predicting executive performance with multirater surveys. Whom you ask makes a difference. Consulting Psychology Journal: Practice and research. 2002;54(3).
8. Bandiera G, Sherbino J, Frank JR. The CanMEDS assessment tools handbook. An introductory guide to assessment methods for the CanMEDS competencies. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2006.
9. Overeem K, Wollersheim HC, Arah OA, Cruijsberg JK, Grol RP, Lombarts KM. Evaluation of physicians' professional performance: an iterative development and validation study of multisource feedback instruments. BMC health services research. 2012;12:80.
10. Wensing M, Mainz J, Grol R. A standardised instrument for patient evaluations of general practice care in Europe. European Journal of General Practice. 2000;6(3):82-7.
11. Frank JR. The CanMEDS 2005 physician competency framework. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.
12. Overeem K. Individueel Functioneren van Huisartsen (IF-H). Nijmegen/Utrecht: IQ healthcare, NHG, LHV; 2011.
13. Projectgroep Vernieuwing Huisartsopleiding. Competentieprofiel Huisarts. Utrecht: LHV/NHG; 2005.
14. Donnon T, Al Ansari A, Al Alawi S, Violato C. The reliability, validity, and feasibility of multisource feedback physician assessment: a systematic review. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges. 2014;89(3):511-6.
15. Ferguson J, Wakeling J, Bowie P. Factors influencing the effectiveness of multisource feedback in improving the professional practice of medical doctors: a systematic review. BMC medical education. 2014;14:76.
16. College voor Huisartsengeneeskunde Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten. Kaderbesluit KNMG CHVG. 2008.
17. NHG. Visitatieprogramma. 2016 [Available from: https://mijnvisitatie.nl/sites/default/files/content/visitatie/uploads/toelichting_op_de_systeem_van_het_Visitatieprogramma_voor_huisartsen_dec2016.pdf].

BIJLAGE 1: BEOORDELINGEN COMPETENTIELIJST

Tabel: Gemiddelde beoordeling per competentiedomein door de deelnemer en collega's; schaal lopend van helemaal meen oneens (1) tot en met helemaal mee eens (5)

No.	Domein	Zelf, n=237		Collega's, n=1765	
		M	s.d.	M	s.d.
Vakinhoudelijk handelen					
1	Deze huisarts hanteert de werkdiagnose op adequate wijze	3,83		4,20	
			0,75		0,83
2	Deze huisarts is vaardig in het uitvoeren van diagnostische en therapeutische huisartsgeneeskundige verrichtingen	3,83		4,28	
			0,77		0,78
3	Deze huisarts verleent adequaat eerste hulp bij acute en/of levensbedreigende aandoeningen	3,71		4,30*	
			0,77		0,78
4	Deze huisarts is in staat om waar nodig af te zien van diagnostiek of behandeling (watchful waiting)	3,73		4,12*	
			0,83		0,86
5	Deze huisarts verwijst adequaat door	3,52		4,13	
			0,77		0,86
6	Deze huisarts past de richtlijnen van de beroepsgroep adequaat toe (bijvoorbeeld NHG-Standaarden, LESA's, LTA's).	3,56		4,28*	
			0,75		0,84
7	Deze huisarts past de richtlijnen van de beroepsgroep adequaat toe (bijvoorbeeld NHG-Standaarden, LESA's, LTA's).	4,05		4,21	
			0,74		0,85
Arts-patiëntcommunicatie					
8	Deze huisarts heeft een open en respectvolle houding naar patiënten en hun familieleden	4,32		4,36	
			0,70		0,80
9	Deze huisarts heeft goede gespreksvaardigheden	3,81		4,16	
			0,82		0,88
10	Deze huisarts is in staat delicate kwesties aan de orde te stellen bij patiënten (bijv alcoholverslaving, misbruik).	3,64		4,19*	
			0,86		0,85
Samenwerking					
11	Deze huisarts zorgt voor goede samenwerking met medewerkers in de praktijk	4,03		4,15*	
			0,76		0,91
12	Deze huisarts zorgt voor een goede samenwerking met collega's (huisartsen)	3,92		4,16*	
			0,83		0,90
13	Deze huisarts zorgt voor een goede samenwerking met zorgverleners buiten de praktijk	3,56		4,12	
			0,79		0,87
14	Deze huisarts zorgt voor continuïteit van zorg door een goede overdracht aan huisartsenpost en collega zorgverleners	3,75		4,13*	
			0,84		0,88
Wetenschap en onderwijs					
15	Deze huisarts is op de hoogte van vakinhoudelijke ontwikkelingen en vertaalt die naar de praktijk	3,39		4,11*	
			0,80		0,84

*Op deze vragen hebben twee of meer groepen van beoordelaars meer dan 20% 'kan ik niet beoordelen' ingevuld. Het betrof doorgaans de fysiotherapeuten en de psychologen; de score wordt dus door relatief minder respondenten bepaald.

Tabel: Gemiddelde beoordeling per competentiedomein door de deelnemer en collega's, schaal lopend van helemaal meen oneens (1) tot en met helemaal mee eens (5), vervolg

No.	Domein	Zelf, n=237		Collega's, n=1765	
		M	s.d.	M	s.d.
Maatschappelijk handelen					
16	Deze huisarts gaat vertrouwelijk met informatie over patiënten om	4,28	0,76	4,41	0,75
17	Deze huisarts betreft de patiënt actief bij de besluitvorming en respecteert het zelfbeschikkingsrecht van patiënten	4,17	0,73	4,22	0,81
18	Deze huisarts houdt rekening met de kosten van bepaald ⁴ behandelingen of aanvullend onderzoek	3,15	0,84	3,91*	0,92
Organisatie					
19	Deze huisarts houdt dossiers adequaat bij	3,95	0,86	4,03*	0,96
20	Deze huisarts organiseert en coördineert de zorg voor chronische patiënten adequaat	3,42	0,90	4,02*	0,89
21	Deze huisarts komt gemaakte afspraken en beloften na	4,09	0,80	4,17	0,91
22	Deze huisarts heeft een goed time-management (loopt weinig uit)	2,90	1,25	3,59*	1,24
23	Deze huisarts werkt op structurele wijze aan verbetering van de kwaliteit van zorg in de praktijk	3,04	1,02	3,84*	0,96
Professionaliteit					
24	Deze huisarts is in staat om ook onder druk adequate zorg te leveren	3,67	0,84	4,07	0,90
25	Deze huisarts reageert adequaat op gemaakte fouten en trekt daar lering uit	3,77	0,74	4,02*	0,89
26	Deze huisarts heeft een goed inzicht in de eigen sterke en zwakke punten	3,43	0,82	3,88*	0,93
27	Deze huisarts werkt systematisch en doelgericht aan de eigen professionele ontwikkeling	3,24	0,91	3,99*	0,88
28	Deze huisarts stelt zich transparant en toetsbaar op en staat open voor feedback	3,75	0,80	4,08	0,94

*Op deze vragen hebben twee of meer groepen van beoordelaars meer dan 20% 'kan ik niet beoordelen' ingevuld. Het betrof doorgaans de fysiotherapeuten en de psychologen; de score wordt dus door relatief minder respondenten bepaald.

BIJLAGE 2: COMPETENTIEDOMEINEN NAAR TYPE BEOORDELAAR, PRAKTIJK EN DEELNEMER

	Model 1: Beoordelaars*					Model 2: Type praktijk*			Model 3: Type deelnemende huisarts*		
	HA	C-HA	PM	ZV	Pat	Solo	GZC	Groep	HIDHA	WA	PH
Vakinhoudelijk handelen	3,76 (0,59)	4,13 (0,71)	4,17 (0,72)	4,37 (0,67)		4,09 (0,73)	4,14 (0,72)	4,14 (0,70)	4,11 (0,72)	4,12 (0,72)	4,13 (0,71)
Arts-patiënt communicatie	3,94 (0,66)	4,18 (0,80)	4,20 (0,75)	4,47 (0,70)		4,18 (0,77)	4,19 (0,80)	4,20 (0,75)	4,28 (0,70)	4,23 (0,75)	4,15 (0,78)
Samenwerking	3,83 (0,67)	4,11 (0,80)	4,03 (0,86)	4,37 (0,75)		4,07 (0,82)	4,09 (0,81)	4,10 (0,81)	4,21 (0,74)	4,22 (0,75)	4,00 (0,84)
Wetenschap en onderwijs	3,40 (0,80)	4,07 (0,83)	4,06 (0,85)	4,33 (0,81)		4,02 (0,87)	4,02 (0,86)	4,00 (0,87)	3,98 (0,94)	4,03 (0,86)	4,00 (0,86)
Maatschappelijk handelen	3,89 (0,61)	4,14 (0,73)	4,21 (0,72)	4,40 (0,71)		4,16 (0,71)	4,18 (0,74)	4,16 (0,72)	4,17 (0,71)	4,15 (0,71)	4,17 (0,73)
Organisatie	3,50 (0,67)	3,97 (0,76)	3,79 (0,84)	4,28 (0,73)		3,89 (0,81)	3,85 (0,80)	3,92 (0,80)	3,80 (0,84)	3,98 (0,78)	3,87 (0,81)
Professionaliteit	3,59 (0,63)	3,98 (0,76)	3,89 (0,85)	4,30 (0,70)		3,96 (0,78)	3,97 (0,80)	3,93 (0,80)	3,91 (0,82)	4,06 (0,75)	3,90 (0,80)
Totaal	3,70 (0,52)	4,09 (0,65)	4,05 (0,65)	4,39 (0,58)	4,45 (0,61)	4,39 (0,62)	4,30 (0,66)	4,38 (0,63)	4,34 (0,02)	4,36 (0,01)	4,38 (0,01)

* De verschillende afkortingen staan voor: HA=huisartsen; C-HA=collega-huisarts; PM=opraktijkmedewerkers; Z=zorgverleners; Pat=patiënten; Solo=solopraktijk; GZC=gezondheidscentra, Groep=Groepspraktijk/duopraktijk/HOED/HOES; WA=waarnemers; PH=praktijkhouder.

BIJLAGE 3: RELATIE POP EN FEEDBACK

Relatie tussen opmerkingen en doelen per type huisarts

Onderwerp	HIDHA's (n=4) Aantal doelen: 9		Waarnemers (n=4) Aantal doelen: 9		Praktijkhouders (n=12) Aantal doelen: 29	
	<i>Gem*</i> (SD)	<i>Aantal n.v.t.</i>	<i>Gem*</i> (SD)	<i>Aantal n.v.t.</i>	<i>Gem*</i> (SD)	<i>Aantal n.v.t.</i>
	Relatie MSF Huisarts en POP (per doel)	4,6 (0,89)	4	4,71 (0,49)	2	4,36 (0,63)
Relatie MSF Collega's en POP (per doel)	4,83 (0,41)	3	4,14 (1,07)	2	3,89 (1,24)	10
Relatie MSF Patiënten en POP (per doel)	5,00 (-)	8	4,00 (1,00)	6	3,89 (0,93)	20

*Op een schaal van 1 (Zeer mee oneens) tot 5 (Zeer mee eens)

Aanleiding tot extra doelen op basis van opmerkingen feedbackgevers per type huisarts

Onderwerp	HIDHA's (n=4) Aantal doelen: 9		Waarnemers (n=4) Aantal doelen: 9		Praktijkhouders (n=12) Aantal doelen: 29	
	<i>Aantal ja (nee)</i>	<i>Aantal n.v.t.</i>	<i>Aantal ja (nee)</i>	<i>Aantal n.v.t.</i>	<i>Aantal ja (nee)</i>	<i>Aantal n.v.t.</i>
	Extra doel MSF Huisarts (per huisarts)	2 (2)	0	2 (2)	0	9 (2)
Extra doel MSF Collega's (per huisarts)	4 (0)	0	3 (1)	1	9 (2)	1
Extra doel MSF Patiënten (per huisarts)	2 (0)	2	4 (0)	0	8 (0)	4

Aanleiding scores en aandacht POP per competentiedomein

Onderwerp		HIDHA's		Waarnemers		Praktijkhouders	
		<i>M*</i>	<i>SD</i>	<i>M*</i>	<i>SD</i>	<i>M*</i>	<i>SD</i>
Vakinhoudelijk handelen (7 items)	Items <4 Huisarts	4,3	3,1	2,8	2,2	2,0	2,2
	Items <4 Collega's	2,3	1,5	0,5	0,6	2,8	2,3
	Aandacht POP	0,3	0,5	0,3	0,5	0,3	0,5
Arts-patiënt communicatie (3 items)	Items <4 Huisarts	1,3	1,0	1,5	1,3	0,8	1,1
	Items <4 Collega's	0,3	0,5	0,5	0,6	1,4	1,4
	Aandacht POP	0,0	0,0	0,8	1,0	0,8	1,1
Samenwerking (4 items)	Items <4 Huisarts	2,3	1,7	0,5	1,0	1,3	1,3
	Items <4 Collega's	0,8	1,0	0,8	1,5	1,5	1,6
	Aandacht POP	0,3	0,5	0,3	0,5	0,5	0,5
Wetenschap en onderwijs (1item)	Items <4 Huisarts	0,5	0,6	0,5	0,6	0,6	0,5
	Items <4 Collega's	0,0	0,0	0,3	0,5	0,6	0,5
	Aandacht POP	0,3	0,5	0,0	0,0	0,1	0,3
Maatschappelijk handelen (3 items)	Items <4 Huisarts	0,8	1,0	0,3	0,5	0,8	0,9
	Items <4 Collega's	0,5	0,6	0,5	0,6	0,9	0,9
	Aandacht POP	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3
Organisatie (5 items)	Items <4 Huisarts	3,3	2,4	2,3	1,7	2,8	1,7
	Items <4 Collega's	2,5	2,4	1,5	1,9	2,9	1,8
	Aandacht POP	1,3	0,5	0,8	1,0	0,9	0,9
Professionaliteit (5 items)	Items <4 Huisarts	3,3	2,2	2,8	2,1	2,4	1,6
	Items <4 Collega's	3,3	2,2	2,0	1,4	2,4	2,0
	Aandacht POP	0,5	0,6	0,8	1,0	0,3	0,5

*Vetgedrukte gemiddeldes meer dan 50% van de items van de CanMEDS competentie <4

BIJLAGE 4: UITWERKING PANELS

Huisartsenpanel

- Eerder bericht ontvangen over naderende herregistratie (nu: 6 maanden voordat alles moet zijn ingeleverd) kan weerstand wegnemen en het in tijdsnood geraken voorkomen, maar hierbij wordt ook aangegeven dat men toch ook zelf (te) laat begint. Mogelijk dat een extra reminder helpt;
- Update waar nodige de vragenlijsten (bijv. '12. Krijgt u tijdens een bezoek aan uw huisarts wel eens een folder mee over uw ziekte of klacht?', vereist een toevoeging van betrouwbare websites of andere digitale bronnen);
- Voer klein aanpassingen door (bijv. '9. Hield de huisarts contact met u, tijdens uw verblijf in het ziekenhuis?, kan beter verbreed worden op contact voor/tijdens en/of na opname.');
- Zorg voor een zo laag mogelijk drempel voor deelname door kwetsbare patiëntengroepen (vragenlijsten kunnen printen en invullen en eventueel vertaalde vragenlijsten).
- Breng bij de patiëntvragenlijsten nogmaals onder de aandacht dat het gaat om het evalueren van de desbetreffende huisarts.
- Zorg voor snelle toegang tot het systeem van het Visitatieprogramma, zodat de aanvraag en start beter op elkaar aansluiten.
- Neem in het format van de POP de SMART-methode op als ondersteunend middel (niet leidend);
- Voeg voorbeelden van SMART geformuleerde POP's toe.
- Super- of intervisie kan gebruikt worden om het (werken aan het) POP te bespreken. HAGRO's lijken hier in mindere mate geschikt voor.
- Het opsporen van disfunctionerende huisartsen is geen doel van het Visitatieprogramma en daarvoor ook niet geschikt. Huisartsen kunnen het Visitatieprogramma als educatief middel inzetten. Eventuele beloningen, bijv. in de vorm van een aantal nagesprekken, moeten overwogen worden;
- De huisartsen die bijna met pensioen gaan hebben minder aan de lerende, toekomstgerichte functie van het POP. Wellicht kunnen zij een aangepaste versie van het POP en visitatiegesprek doorlopen, meer gericht op afbouw.
- Voor waarnemers die veel wisselende praktijken hebben en kortdurend per praktijk werkzaam zijn, kan het lastig zijn om voldoende professionele en patiënten feedbackgevers bereid te vinden om de vragenlijsten in te vullen. Wellicht kan voor deze groep nogmaals naar de verplichte aantallen worden gekeken.
- Bekijk of het budget dan wel het tarief voor ontwikkeling en scholing mee is gegroeid met de kosten van vereiste onderdelen van de herregistratie
- Maak het Visitatieprogramma onderdeel van een verplicht keuzepakket, waarin huisartsen bijv. kunnen kiezen uit het Visitatieprogramma, intervisie, supervisie en coaching.
- Breng het Visitatieprogramma meer positief onder de aandacht. Niet alleen het bestaan ervan, maar ook hoe het doorlopen wordt, wat het huisartsen oplevert en hoe er een vervolg kan krijgen na het doorlopen.

Panel van gespreksleiders

- Loop nogmaals de vragen de patiëntenvragenlijst langs, of deze een juiste weergave geeft van ontevredenheid door een patiënt. Een patiënt kan bijv. lang moeten wachten, maar hier geen problemen mee hebben, omdat hij of zij ook altijd ruim te de tijd krijgt binnen het consult;
- Zorg voor een laagdrempelige manier om vragenlijsten op papier uit te kunnen delen, zodat alle patiëntengroepen bereikt kunnen worden. Breng bij de patiëntvragenlijsten nogmaals onder de aandacht dat het gaat om het evalueren van de desbetreffende huisarts;
- Ook geven de gespreksleiders aan dat de open reacties van feedbackgevers nu allemaal achter elkaar staan en dat dit onoverzichtelijk is (ook van welke discipline, welke opmerking komt);
- Een optie (of verplichting) tot toelichting, bij een score van 1 of 2, is van toegevoegde waarde;
- Het verslag van het POP wordt als onhandig ervaren. Het doel en de toelichting kunnen beter in één box komen;
- Aan te raden is om het evaluatieformulier na het gesprek digitaal in te laten vullen, zodat deze opgeslagen kan worden buiten de portfolio;
- Haal waar mogelijk ingebouwde vertragingen uit het systeem, zodat fases snel doorlopen kunnen worden;
- Het Visitatieprogramma, intervisie, supervisie en coaching kunnen niet gebruikt worden als facultatieve, uitwisselbare onderdelen. Er wordt namelijk hele andere informatie verkregen. Bij het Visitatieprogramma wordt feedback op het functioneren gegeven, bij intervisie kies de huisarts zelf wat hij/zij inbrengt.
- Visitatie en het programma worden ervaren als een beoordeling, waarvoor huisartsen kunnen slagen of zakken. Meer aandacht is nodig voor het Visitatieprogramma als lerend middel.