

Teaching and assessment of professional behaviour : rhetoric and reality

Citation for published version (APA):

van Mook, W. N. K. A. (2011). *Teaching and assessment of professional behaviour : rhetoric and reality*. Datawyse / Universitaire Pers Maastricht.

Document status and date:

Published: 01/01/2011

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Summary

Teaching and assessment of professional behaviour: rhetoric and reality

Dissertation on aspects of teaching and assessing professional behaviour before, during and after undergraduate and postgraduate medical education and training

Introduction

The perfect physician not only possesses extensive medical knowledge and excellent technical and procedural skills but he or she is also honest, responsible, respectful and empathetic to patients. Preferably, he or she is also a pleasant colleague. Unfortunately, not everyone is born with all these qualities. In recent years it has increasingly dawned upon the medical education community that aspects other than knowledge and medical technical skills can and should be learned and taught at all stages of the medical curriculum. This has given rise to definitions of the terms professionalism and professional behaviour, referring to very similar concepts but from slightly different perspectives. In the following the terms will be used interchangeably. In the wake of the upsurge of interest in professional behaviour, much effort has gone into revising undergraduate, postgraduate and continuing medical education programmes in order to incorporate aspects of professionalism. The increasing interest is also reflected in a considerable body of literature. While the stream of publications on topics like new empirical definitions of professionalism and professional behaviour continues unabatedly, frameworks for teaching and assessing professional behaviour have been in place in undergraduate medical education programmes for a sufficiently long period to warrant some (re-)evaluation studies. As for postgraduate training, there is a current shift towards competency-based programmes, all of which incorporate professionalism as one of the competencies. In some of these programmes the full details of curricular content around professional behaviour remain to be worked out fully, while teachers and curriculum developers are occasionally seen to struggle with the implementation of professionalism education and assessment. In summary, the implementation of aspects of professionalism in medical education programmes is in a state of flux, underscoring the timeliness of studies *re-evaluating* current best educational practices in undergraduate programmes on medical professionalism aimed at identifying enabling and impeding factors. These can subsequently inform efforts to *optimize* the implementation of professionalism in undergraduate medical education. In postgraduate programmes, on the other hand, *exploratory* research seems

more opportune, delving into the notions and connotations associated with the terms professional behaviour and professionalism, the ways medical specialists learn about professionalism during their training, before becoming involved in the development and implementation of clinical teaching and assessment strategies aimed at enhancing the professionalism and professional behaviour of future generations of specialists. The *Chapters* in this dissertation present outcomes and insights gained in both *exploratory* and *evaluative* research undertaken between 2006-2010 in order to shed light on perceptions and practices around learning, teaching and assessing professional behaviour in all stages of medical education starting with admission to undergraduate medical training and continuing through postgraduate training to continuing professional development and beyond.

Chapter 1

This introductory *Chapter* provides some historical background to explain the semantic evolution of the terms professionalism and professional behaviour and how this has led to current operationalisations of teaching and assessment of professional behaviour. The *Chapter* addresses different conceptualizations underlying the terms professional behaviour and professionalism, general educational aspects, and similarities and differences in this regard between undergraduate, postgraduate and continuing medical education. The place of professional behaviour in medical education is also discussed from the perspective of patient safety and quality of care.

Chapter 2

The literature review in *Chapter 2* examines different approaches to dealing with unprofessional behaviour and their potential value to medical education. When applied in relation to admission to undergraduate medical education, the approach is called selection. Two different approaches are relevant herein. *First*, selection can involve screening for the presence of personal characteristics identified as predisposing students to becoming *excellent* doctors. *Alternatively*, selection can screen for qualities that predispose students to future *unprofessional* behaviour. Selection of medical school applicants is of relatively recent date in the Netherlands and it is a popular topic in the current public debate. The available literature suggests that selection may contribute to restoring society's trust in the medical profession, while also being cost-effective. The literature offers not enough evidence to decide whether one single selection method has sufficient positive and negative predictive power with respect to professional behaviour. One of the most promising selection tools seems to be the multiple mini interview (MMI), which presents applicants with a series of OSCE-like contacts, using interactive or

standard interviews and simulated patients to assess critical thinking, ethical issues, communication skills and knowledge of the health care system. The MMI appears to consistently differentiate better between candidates than do other selection methods. Compared to traditional interview methods, the results of the MMI are better correlated with future clinical performance, professional behaviour, doctor-patient communication and successful completion of undergraduate medical training. In Maastricht, the MMI is used in the admission procedure of the graduate entry medical programme.

It is widely acknowledged and accepted that, after the initial selection process, unprofessional behaviour requires consistent attention and assessment. A single tool does not seem sufficient, and usually combinations of instruments, known as triangulation, are used, preferably sampling over a variety of contexts and reviewers. Identification of unprofessional behaviour should start as early as possible, and the threshold for reporting be kept low. This requires that students and staff be familiarised with professional behaviour, its backgrounds and the available assessment methods, as well as the institutional regulatory framework to deal with reported unprofessional behaviour. Students and faculty should be adequately trained in the skills of teaching and assessing professional behaviour. Today, attention to these issues is assured in undergraduate medical training in the Netherlands. In postgraduate training, however, little guidance is available for staff and residents on how to deal with unprofessional behaviour, and approaches tend to be ad hoc, informal and reactive, while formal procedures are rarely present.

The next four *Chapters* are devoted to issues relating to the operationalisation of professional behaviour in order to facilitate its incorporation in undergraduate medical education and assessment.

Chapter 3

Chapter 3 describes the adherence to the guidelines on teaching and assessing professional behaviour, defined in a report published in 2002 by a task group of the Association of Universities in the Netherlands (VSNU) and intended for implementation by the dental, veterinary and medical faculties in the Netherlands. The report *de facto* introduced national standards, although adherence to the recommendations is not mandatory. A questionnaire survey among representatives of the various faculties with responsibility for professional behaviour reveals that all faculties strongly endorse the content of the report, and that attention to professional behaviour has increased dramatically in all schools since the publication of the guidelines. Today, all schools have, at least partially, incorporated the recommendations in their

programme with any differences being mostly related to curricular organization and educational tools and formats. Most schools have decided to give more prominence to aspects of professional behaviour that were already present in the existing curriculum, rather than develop new materials and new educational activities. All schools now have in place a longitudinal assessment process for professional behaviour. The increasing emphasis on aspects of quality of care and patient safety in relation to professional behaviour, and the associated focus on the signalling of unprofessional behaviour are perceived to be strong enabling factors for the construction of a sound educational framework for professional behaviour. Remaining hurdles include the need to seek and incorporate students' views on the implemented frameworks, optimizing faculty members' confidence in their assessment skills through teach-the-teacher sessions, quantitative and qualitative shortcomings of remedial teaching programmes regarding professional behaviour and lack of administrative and logistical support, such as secretarial staff. So far, most schools do not record data on the number of students reported to show unprofessional behaviour, which makes it difficult to determine the extent and nature of the problem of unprofessional behaviour on an institutional, let alone national level. Such data has now been gathered at Maastricht University.

Chapter 4

This *Chapter* describes the results of a four-year study of formative and summative approaches to assessing professional behaviour and the quantity and nature of reports of unprofessional behaviour during the first two years of undergraduate medical education at Maastricht University. It proved feasible to combine in one framework a formative and summative approach to assessing professional behaviour. Various quantitative and qualitative phenomena were observed. From a *quantitative perspective* the following developments were noted. The number of students given 'no judgment possible' due to frequent absence from educational activities increased markedly. The number of negative end-of-year judgments has been relatively stable for a long time, although recently there was a marked increase in the number of negative end-of-year judgments for first year students. A similar increase was seen in the number of critical incident reports regarding professional behaviour outside regular educational assessment moments. These reports mainly concerned unannounced, unauthorized absences from simulated patient contacts, not meeting appointments and agreements regarding the portfolio, and failure to respond to repeated calls to attend hepatitis B vaccination. The number of students invited to a meeting with the Committee on Professional Behaviour also increased. This was related to inadequate and unsatisfactory explanatory responses from students to requests from the Committee and to suggestions

from study advisors based on prior (negative) experiences with students. Given the limited availability and labour-intensive nature of individually tailored remediation programmes, it is hoped that these quantitative developments are a transient phenomenon. Finally, male students generally received more negative professional behaviour judgments and 'no judgment possible' reports than female students, a finding that is not yet fully understood.

From a *qualitative perspective*, almost all negative judgments of professional behaviour during regular educational activities related to 'Dealing with work' and 'Dealing with others' and rarely to 'Dealing with oneself'. This suggests that the tutorial group is less suitable for assessing self-reflection, although all negative judgments are preceded by repeated feedback to students when their behaviour shows no significant improvement. This indirectly points towards a lack of self-reflective capabilities and/or an inability to change.

Chapter 5

Chapter 5 describes the results of a survey exploring the perceptions of first, second and third year students regarding factors inhibiting assessment of professional behaviour in tutorial groups, and whether these factors are attributable to students, teachers or both. Four out of five factors that were identified were associated with the tutor, and three of the five factors suggested that students should be better informed about the background and methods of assessment of professional behaviour. Not confronting students with observed unprofessional behaviour and inadequate feedback were the strongest inhibitory factors. The results underscore the pivotal role of the tutor. Faculty development programmes should therefore focus on the necessary background knowledge and skills with respect to professional behaviour assessment, with emphasis on confronting students and providing feedback. As a direct spin-off from this study, video vignettes were produced for exactly this purpose.

Chapter 6

This *Chapter* describes whether an assessment tool using web-based technology can increase the quantity and quality of feedback in comparison with the traditional paper based method. During the first block of the second year of the Maastricht curriculum, the tutorial groups were assigned to the traditional, paper-based assessment or the new tool. Comments were counted and the quality of feedback was assessed. A questionnaire explored the feasibility, acceptability and perceived usefulness of the two methods. The web-based tool yielded significantly more comments than the paper form. This suggests that the web-based tool, which allows for more individualized and

semi-anonymous assessment causes peers to feel less inhibited and more ready to give their opinion than the tool that requires comments to be given in group. The quality of comments did not differ between the two tools. Nevertheless, an increase without loss of quality can be considered an improvement. The questionnaire, however, showed that tutors and students clearly preferred the traditional paper based method, because its interpersonal nature was considered to be eminently suitable for 'en-groupe' discussion. This preliminary study suggests that innovative, modern technology is not *a priori* an improvement in the case of assessment of professional behaviour, despite the marked quantitative increase in comments. Despite preferences for the paper-based assessment, it is conceivable that in the future even newer modern technology will have to be implemented in order to reduce the high costs associated with the traditional method.

The next two *Chapters* focus on elements of professional behaviour that intensivists in training (intensive care medicine fellows) considered relevant for their future profession and how they learned these. Two nationwide studies were performed, one using a previously published questionnaire and the other using focus group interviews.

Chapters 7 and 8

Elements of professional behaviour relevant to intensivists

Almost all elements of professional behaviour are considered relevant to daily practice by intensive care fellows. The questionnaire item receiving the highest rating in *Chapter 7* concerns reflection on action and enthusiastic and supportive supervisors. 'Teamwork' and 'Dealing with ethical dilemmas' were also important. The focus group interviews described in *Chapter 8* emphasize 'Communication', 'Keeping distance and setting boundaries', 'Medical knowledge and expertise' and, to a lesser extent, 'Respect', 'Teamwork', 'Leadership' and 'Organization and management'.

These two Chapters reveal several new insights. First, medical knowledge and skills were not considered to be key elements of professional behaviour. Perhaps the fellows had learned and mastered these elements during prior specialty training, and consequently spent less time on them now. Second, teamwork was considered important, although it is not included in many existing definitions of professionalism. This finding underscores the key role of intensivists in the ICU in modern multidisciplinary patient care. Third, ethical dilemmas, for instance relating to decisions not to initiate or to withdraw treatment were an important topic during the focus group interviews, again

reflecting the nature of intensivists' daily work. Furthermore, good communication and listening skills were considered critically important in the long-term guidance of critically ill patients and their families. Finally, 'Keeping distance and setting boundaries' was also emphasized, particularly in relation to patients and their families and, to a lesser extent, colleagues. The struggle to find a balance between personal and professional life was also stressed, which could reflect a change in professional attitudes towards working hours, increasing priority of private versus professional activities and increased part-time work. In conclusion, the fellows' perceptions of professional behaviour appeared to be influenced by their specific work context as well as by the era in which they live and work.

Learning aspects of professional behaviour in intensive care medicine

Chapters 7 and 8 also provide insight into how fellows learned about professional behaviour in the intensive care environment. In *Chapter 7*, 'Observations in daily practice' and 'Experiential learning and role modelling' received the highest ratings. The role of supervisors as role models of professional behaviour is evident and faculty development (teach-the-teacher sessions) seems indispensable. A quarter of the participants emphasized the importance of feedback on their actions as a stimulus to reflect on their behaviour. A similar proportion suggested an increase in the number of formal teaching sessions about professional behaviour. Multidisciplinary discussions of their own and others' (near) errors were considered a useful formal teaching method for both medical and professional aspects of care. In the fellows' opinions, the local training institutions should be given a key coordinating and executive role in the teaching of professional behaviour. The focus group interviews in *Chapter 8* emphasize workplace learning, role modelling and feedback. The participants suggested that feedback should be actively sought if not provided voluntarily. Difficult situations in real practice relating to professional behaviour or unexpected results of actions could be discussed to stimulate reflection on action. Learning from mistakes was mentioned as a valuable learning tool, which was used too infrequently. Leadership and a healthy educational climate were seen as major enabling factors for learning about professional behaviour. The main conclusion from both *Chapters* is that for intensivists-in-training the most important contribution to their learning about professional behaviour is made by role models which they encounter while working and training in the intensive care unit.

Chapter 9

The last *Chapter* of this dissertation focuses on professional behaviour from the perspective of quality of care and patient safety. It reports on an analysis of

complaint letters sent by patients (or relatives) to the Complaints Committee of Maastricht University Medical Centre. The elements of professional behaviour occurring in these letters were compared to those identified by physicians (*Chapter 8*). First, doctors used more abstract, idealistic formulations (e.g. altruism and attitude), compared to more concrete and specific elements mentioned by patients and their relatives. Second, the majority of complaints related to aspects of professional behaviour, although complaints about perceived medical errors and complications were also common. Inadequate communication featured most prominently as a cause for complaint. Major grievances included 'Having to wait for care', 'Receiving unclear and/or insufficient information', 'Disrespectful communication' and 'Lack of teamwork'. Thirdly, comparison with the categories of elements that emerged from *Chapter 8* reveals that most categories were mentioned by patients (or relatives) as well as doctors. It thus appears that the level of professional behaviour which doctors strive for in their work is not always achieved or perceived as having been achieved by patients, especially when we realize that only a significant minority of patients actually files a complaint. Eight categories of elements were mentioned by patients, but not by physicians, including 'Having to wait for care' and 'Lack of continuity of care'. Doctors may not experience adverse effects of these elements in their day-to-day work, but for patients they may be extremely burdensome and thus a cause of major grievances. In conclusion, systematic analysis of complaint letters sent by patients (or relatives) can teach important lessons about care aspects of professional behaviour at the individual level, interpersonal level (e.g. group processes, communication), and departmental/institutional level (e.g. organizational aspects, learning environment and teaching climate). Complaints more frequently pertain to aspects of communication and other generic aspects of professional behaviour than to medical knowledge and expertise.

Overview

In summary, the studies described in this dissertation provide directions regarding the operationalisation of teaching and assessment of professional behaviour before and during all subsequent phases of the medical education continuum. The main findings can be summarized as follows:

1. Selection methods that include aspects of professional behaviour seem to have merit for procedures of admission to undergraduate medical education.
2. The administrative process for dealing with unprofessional behaviour during undergraduate medical training is very labour intensive and costly. A balance should be aimed for between the scientific ideal and a practical, feasible and acceptable framework.
3. A web-based method for assessing professional behaviour yielded more feedback of similar quality compared to the traditional paper-based method. Participants preferred the traditional paper and group based method. Innovative tools may nevertheless prove inescapable in the future from a cost reduction perspective.
4. The role of faculty in learning, teaching and assessing professional behaviour is crucial and thus faculty development (teach-the-teacher training) is essential. This holds for tutors (in relation to students) and supervisors in the intensive care unit (in relation to intensive care medicine fellows). Feedback is indispensable in this regard.
5. The intensive care context appears to be an ideal environment for learning about professional behaviour in situations that are encountered on a daily basis in the care of critically ill patients.
6. In addition to learning from role models in the workplace, formal educational sessions on professional behaviour should be implemented in intensive care training programmes. Multidisciplinary discussion of (near) errors, for example, seems to be eminently suitable for this purpose.
7. The majority of formal complaints lodged by patients or their families have to do with aspects of professional behaviour rather than medical errors or complications. Complaints about inadequate communication predominate. Taking account of patients' views in defining and learning about aspects of professional behaviour may help to further optimize the quality of care provided to patients by individuals, teams, departments and organizations.

Samenvatting

Delen van dit hoofdstuk zijn in aangepaste vorm gepubliceerd in:

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2009;153:1-6

Tijdschrift voor Medisch Onderwijs 2007;26:174-183

Tijdschrift voor Medisch Onderwijs 2007;26:237-246

Onderwijs en toetsing van professioneel gedrag: retoriek en realiteit

Dissertatie welke aspecten van het onderwijs in en de toetsing van professioneel gedrag voor, tijdens en na de artsopleiding en de medische vervolgopleiding beschrijft.

Inleiding

De ideale arts bezit ruime medische kennis, goede technische vaardigheden, is daarnaast integer, verantwoordelijk, respectvol en empathisch naar patiënten. Als het even kan is hij of zij ook nog een prettige collega om mee samen te werken. Helaas is niet iedereen geboren met deze kwaliteiten. Tijdens de opleiding tot arts en de medische vervolgopleidingen bestaat toenemende belangstelling voor het leren en beoordelen van professioneel gedrag en professionaliteitsaspecten. Terwijl het aantal publicaties met daarin onder andere beschrijvingen van telkens nieuwe empirische definities van professionaliteit en professioneel gedrag nog steeds toeneemt, zijn de al bestaande richtlijnen wat betreft onderwijs en toetsing van professioneel gedrag in de artsopleiding al aan evaluatie toe. De medische vervolgopleidingen zijn momenteel in ontwikkeling tot competentie gerichte programma's, die allemaal professionaliteit als competentie bevatten. In sommige van deze vervolgopleidingen zijn details over de inhoud van het curriculum met betrekking tot professioneel gedrag nog niet helemaal duidelijk. Opleiders en curriculumontwikkelaars worstelen daarnaast soms met implementatievraagstukken met betrekking tot onderwijs en toetsing van professioneel gedrag. Bovenstaande feiten onderstrepen de noodzaak om studies te verrichten die de huidige praktijk van onderwijs en toetsing van professioneel gedrag in de opleiding geneeskunde (*her*)evalueren, en faciliterende en beperkende factoren wat betreft implementatie en uitvoering ervan identificeren, met als doel deze te kunnen *optimaliseren*. In de medische vervolgopleidingen dient middels *explorerend* onderzoek de perceptie en wijze van leren van professioneel gedrag door medisch specialisten in opleiding geïnventariseerd te worden *voordat* ontwikkeling en implementatie van onderwijs en toetsing hiervan in de klinische praktijk kan plaatsvinden. De *Hoofdstukken* in dit proefschrift beschrijven aldus de resultaten van zowel evaluerend en explorerend onderzoek verricht in de periode 2006 - 2009 naar het de perceptie, het leren en beoordelen van professioneel gedrag voor, en tijdens de artsopleiding, in de medische vervolgopleiding, en na het afronden daarvan.

Hoofdstuk 1

Dit *Hoofdstuk* bevat de introductie, welke de lezer een overzicht geeft van de historische achtergrond en de evolutie van de betekenis van professioneel gedrag tot heden. De concepten professioneel gedrag en professionaliteit, algemene aspecten van leren en toetsen van professioneel gedrag, en overeenkomsten en verschillen tussen de verschillende onderwijsfasen worden beschreven. Daarnaast wordt de waarde van professioneel gedrag vanuit het perspectief van patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg toegelicht.

Hoofdstuk 2

De literatuurstudie die beschreven wordt in *Hoofdstuk 2* geeft inzicht in de mogelijke wijze waarop het kijken naar aspecten van *on*professioneel gedrag van aanvullende waarde kan zijn ten opzichte van het aanleren en stimuleren van professioneel gedrag. Gebeurt dit in de fase voorafgaand aan het starten met de opleiding geneeskunde dan spreekt men van selectie. Met betrekking tot selectie zijn twee benaderingen mogelijk. Enerzijds kan selectie plaatsvinden op basis van persoonlijke, karaktereigenschappen die studenten predisponeren om *uitstekende* dokters te worden. Anderzijds kan geselecteerd worden op eigenschappen die studenten predisponeren tot *onprofessioneel* gedrag. Selectie staat momenteel in Nederland erg in de belangstelling. De literatuur suggereert dat selectie kan bijdragen aan het herstel van het vertrouwen van de maatschappij in de medische beroepsgroep, en tegelijkertijd kosteneffectief kan zijn. Of toepassing van slechts één selectiemethode kan resulteren in voldoende hoge positief en negatief voorspellende waarde met betrekking tot professioneel gedrag moet nog duidelijk worden, daar de literatuur over dit onderwerp nog relatief beperkt is. Een van de meest veelbelovende selectie instrumenten is het multiële mini interview (MMI), bestaande uit een aantal stationstoets (OSCE)-achtige contacten waarin studenten worden beoordeeld op gebied van kritisch denken, ethische problematiek, communicatie vaardigheden en kennis van de gezondheidszorg, gebruikmakend van interactieve of standaard interviews en simulatiepatiënten. Het MMI lijkt beter reproduceerbaar te kunnen differentiëren tussen kandidaten dan andere selectiemethoden. De uitslag van het MMI correleert bijvoorbeeld sterker met toekomstige klinische performance, professionaliteit, communicatie-vaardigheden met patiënten, en succesvol afronden van de artsopleiding dan de klassieke interview methoden. Het MMI wordt in Maastricht gebruikt voor het selecteren van kandidaten voor de opleiding Arts-Klinisch Onderzoeker (AKO), zij die al een vooropleiding succesvol hebben afgerond. Nadat studenten begonnen zijn met hun opleiding geneeskunde is aandacht schenken aan *on*professioneel gedrag een algemeen geaccepteerd gegeven. Ook hier lijkt één beoordelingsinstrument niet voldoende, en maakt

men meestal gebruik van combinaties van instrumenten, zogenaamde triangulatie. Bij voorkeur wordt beoordeeld in verschillende contexten door meerdere beoordelaars. Identificatie van onprofessioneel gedrag zou zo vroeg mogelijk moeten plaatsvinden, en de drempel om dit te melden moet laag zijn. Daarnaast moeten studenten en staf bekend zijn met de achtergronden en instrumenten waarmee professioneel gedrag wordt beoordeeld en de wijze waarop er met beoordelingen onprofessioneel gedrag wordt omgegaan. Daarnaast moeten studenten en staf getraind worden in de vaardigheden die nodig zijn om professioneel gedrag op een goede wijze aan te leren en te beoordelen. Aan deze voorwaarden wordt tijdens de artsopleiding in Nederland al veel aandacht geschonken. Voor de medische vervolgoopleidingen en daarna bestaan tot op dit moment nauwelijks richtlijnen hoe om te omgaan met *assistenten* of *medisch specialisten* die zich onprofessioneel gedragen. Het omgaan met de disfunctionerende assistent (en waarschijnlijk ook het omgaan met de disfunctionerende specialist) is dan ook vaak te omschrijven als *ad hoc*, informeel, en reactief, waarbij een procedurele afhandeling vaak ontbreekt.

De volgende vier *Hoofdstukken* beschrijven operationaliseringsaspecten van het onderwijs en toetsen van professioneel gedrag in de artsopleiding.

Hoofdstuk 3

Hierin wordt onderzocht in welke mate de richtlijnen ten aanzien van onderwijs en toetsen van professioneel gedrag, zoals die in 2002 door een speciale werkgroep van de Vereniging voor Universiteiten (VSNU) voor de faculteiten tandheelkunde, diergeneeskunde, en geneeskunde in Nederland zijn opgesteld, feitelijk zijn gevolgd door deze faculteiten. Dit zogenaamde Consilium Abeundi rapport doet daarnaast ook aanbevelingen t.a.v. begeleiding en omgaan met onprofessioneel gedrag. *De facto* betreft het dus nationale richtlijnen, hoewel deze aanbevelingen geen verplichtend karakter kennen. De resultaten van het in *Hoofdstuk 3* beschreven vragenlijstonderzoek onder de voor professioneel gedrag verantwoordelijke stafleden van de genoemde opleidingen laten zien dat *alle* opleidingen nog steeds achter de inhoud van het rapport staan, en dat de aandacht voor professioneel gedrag in alle scholen enorm is toegenomen. Alle scholen hebben de aanbevelingen tenminste ten dele overgenomen, en verschillen bestaan heden ten dage vooral in de organisatiestructuur van het onderwijs en de toetsing van professioneel gedrag, evenals de daarvoor gebruikte instrumenten. Het meer zichtbaar maken van professionele gedragsaspecten in het bestaande curriculum, in plaats van het ontwikkelen van daarvoor geschikt nieuw materiaal en nieuwe onderwijssituaties was een algemene tendens, en alle scholen kennen momenteel een longitudinaal beoordelingstraject voor

professioneel gedrag. Als invloedrijke, stimulerende factor werd de toenemende aandacht voor professioneel gedrag vanuit het perspectief van patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg genoemd, en de daarmee gepaarde aandacht voor vroegtijdige onprofessioneel gedrag signalering. Te nemen hindernissen bleken het ontbreken van de visie van studenten ten aanzien van het leer- en beoordelingsproces, optimaliseren van het vertrouwen van de staf wat betreft hun beoordelingscapaciteiten met betrekking tot professioneel gedrag, het ontbreken van kwantitatief en kwalitatief goede en efficiënte remediëringsprogramma's voor disfunctionerende studenten, evenals voldoende administratieve en logistieke ondersteuning, *in concreto* een goed uitgerust secretariaat. De meeste opleidingen hebben tot op heden geen overzicht van het aantal studenten met onprofessioneel gedrag binnen hun opleiding, waardoor het moeilijk blijft de nationale omvang en aard van het onprofessionele gedrag vast te stellen, en vergelijking van faculteiten onmogelijk is. Voor de faculteit geneeskunde te Maastricht zijn deze gegevens inmiddels wel beschikbaar.

Hoofdstuk 4

Dit *Hoofdstuk* beschrijft de gecombineerde *formatieve* en *summatieve* beoordelingsstructuur, evenals de omvang en aard van de meldingen onprofessioneel gedrag tijdens de eerste twee jaren van de bachelorfase aan de Faculteit Geneeskunde te Maastricht over een periode van vier jaar. De formatieve en summatieve benadering van professioneel gedrag blijken binnen één beoordelingsstelsel gecombineerd te kunnen worden. Diverse *kwantitatieve* en *kwalitatieve* fenomenen werden opgemerkt. Vanuit een kwantitatief perspectief vallen de volgende zaken op: Het aantal studenten bij wie geen beoordeling mogelijk bleek ten gevolge van te frequente afwezigheid bij de onderwijsactiviteiten nam toe. Het aantal onvoldoende eindoordelen bleef lange tijd relatief stabiel, hoewel het aantal onvoldoende eindbeoordelingen in jaar 1 recent fors toenam. Recent nam het aantal incidentele meldingen professioneel gedrag, meldingen buiten de reguliere beoordelingsmomenten om, eveneens toe. Deze meldingen bleken vooral te maken te hebben met de niet aangekondigde, noch toegestane afwezigheid bij simulatiepatiënten contacten, niet nakomen van afspraken met de mentor ten aanzien van het portfolio, en niet reageren op herhaaldelijke oproepen voor hepatitis B vaccinatie. Daar daarnaast de reacties door studenten op de ontbrekende beoordeling professioneel gedrag in de optiek van de Commissie niet afdoende of inadequaats was, en de studieadviseurs een aantal studenten onder de aandacht van de Commissie bracht, nam het aantal gesprekken van studenten met de Commissie Professioneel Gedrag eveneens toe. Gezien de beperkte beschikbaarheid, en het arbeidsintensieve karakter van op het individu

toegespitste remediëringsprogramma's is dit hopelijk een voorbijgaand fenomeen. Tot slot krijgen mannen in nagenoeg alle jaren veel vaker 'onvoldoende' en 'geen oordeel' meldingen dan vrouwen, een fenomeen welk niet volledig verklaarbaar is. Vanuit een *kwalitatief* perspectief bezien, hebben de onvoldoende beoordelingen tijdens reguliere onderwijsactiviteiten nagenoeg altijd te maken met 'Omgaan met werk' en 'Omgaan met anderen', en zelden met 'Omgaan met zichzelf'. De context van de onderwijsgroepen is dus misschien minder geschikt voor het geven van een adequaat oordeel over de zelfreflectieve capaciteiten van studenten. Echter, een onvoldoende beoordeling wordt alleen gegeven nadat herhaaldelijke feedback geen verbetering in gedrag heeft opgeleverd, hiermee op indirecte wijze gebrek aan zelfreflectie en/of onmogelijkheid tot verandering weerspiegend.

Hoofdstuk 5

Bij probleemgestuurd leren vormt de onderwijs- of werkgroep een van de hoekstenen van het onderwijs. *Hoofdstuk 5* beschrijft een vragenlijstonderzoek onder eerste, tweede en derdejaars studenten naar factoren die vanuit het student perspectief de beoordeling van professioneel gedrag in de onderwijsgroep belemmeren, en of deze factoren toe te schrijven zijn aan studenten of docenten, of beiden. Vijf factoren werden geïdentificeerd. Vier daarvan bleken samen te hangen met de uitvoering van de rol van de tutor, die daarmee voor verbetering vatbaar bleek, en drie van de vijf factoren suggereerden dat studenten beter op de hoogte gebracht moesten worden van de achtergronden en wijze van professioneel gedrag beoordeling. Het niet confronteren van studenten met waargenomen onprofessioneel gedrag en niet adequaat geven van feedback kwamen als meest belemmerende factoren naar voren. Uit deze studie blijkt dat de niet alleen voor het algemeen functioneren van de onderwijsgroep belangrijk is, maar ook ten aanzien van professioneel gedrag beoordeling een spilfunctie heeft. Docentprofessionalisering dient zich dus te richten op het verkrijgen van de noodzakelijk achtergrond kennis en vaardigheden t.a.v. professioneel gedrag beoordeling, met speciale aandacht voor het confronteren en van feedback voorzien van studenten. Hiertoe zijn video fragmenten ontwikkeld.

Hoofdstuk 6

In dit *Hoofdstuk* wordt beschreven of het gebruik van een modern beoordelingsinstrument, welk gebruik maakt van 'world-wide-web gebaseerde technologie, leidt tot een toename in het aantal commentaren en de kwaliteit van deze feedback in vergelijking met de traditioneel gebruikte papieren methode. De onderwijsgroepen in blok 2.1 van het Maastrichtse curriculum werden om die reden verdeeld in een helft die het papieren formulier gebruikte,

en een helft die de elektronische variant gebruikte. De commentaren werden geteld, en de kwaliteit ervan door middel van een geaggregeerde score uit vijf algemeen geaccepteerde feedback criteria beoordeeld. Daarnaast is gebruikmakend van een vragenlijst gekeken naar de haalbaarheid, acceptatie, en de gepercipieerde zinvolheid van de 'webgebaseerde', elektronische benadering versus de traditioneel gebruikte papieren methode. Het *aantal commentaren* was in de groep die gebruik maakte van de elektronische variant significant hoger dan in vergelijking met de papieren methode. Medestudenten voelen zich wellicht meer verplicht en minder geremd hun mening te geven op een individueel, semi-anoniem niveau, dan plenair in de onderwijsgroep. De *kwaliteit van deze commentaren*, zoals bekeken met de genoemde geaggregeerde feedback score was echter niet verschillend tussen de twee groepen. Een toename van het aantal commentaren, met behoud van de kwaliteit zou echter al een verbetering genoemd kunnen worden. Echter, de respondenten op de vragenlijsten, die de haalbaarheid, acceptatie en gepercipieerde nut van de twee methoden evalueerden, hadden een uitgesproken voorkeur voor de traditionele, papieren methode. Het interpersoonlijke karakter van professioneel gedrag beoordeling zou beter tot zijn recht komen tijdens 'en-groupe' bespreking ervan. Gebaseerd op dit voorlopige onderzoek met één specifiek instrument, is innovatie gebruik makend van moderne technologie in geval van professioneel gedrag beoordeling dus niet *a priori* beter, hoewel het aantal commentaren met ongewijzigde kwaliteit wel duidelijk toeneemt. Toch is het voorstelbaar dat het gebruik van wellicht nog modernere technologie wel kan bijdragen aan het verminderen van het arbeidsintensieve karakter (en daarmee kosten) van de traditionele manier van professioneel gedrag beoordeling.

De volgende twee *Hoofdstukken* richten zich op het identificeren van elementen van professioneel gedrag zoals die relevant geacht worden voor hun latere beroepsuitoefening door intensivisten in opleiding in de medische vervolgopleiding, en de wijze waarop deze geleerd worde. Hiertoe werden twee nationale studies uitgevoerd, één gebruikmakend van een eerder voor dit doel ontwikkelde vragenlijst, en één uitgaande van focusgroepen.

Hoofdstukken 7 en 8

Elementen van professioneel gedrag relevant voor intensivisten

Nagenoeg alle elementen van professioneel gedrag bleken belangrijk geacht te worden voor de dagelijkse praktijk van de intensivist vanuit het perspectief van de fellows intensive care geneeskunde. Het hoogst scorende item in *Hoofdstuk 7* heeft te maken met de rol van reflectie op het eigen handelen, en

onderstreept het belang van een gemotiveerde en stimulerende supervisor. ‘Teamwork’ en ‘Omgaan met ethische dilemma’s’ werden in het vragenlijst onderzoek eveneens als belangrijk geïdentificeerd. Tijdens de focusgroep interviews beschreven in *Hoofdstuk 8* werden ‘Communicatie’, ‘Houden van afstand en het stellen van grenzen’, ‘Medische kennis en expertise’, en, in mindere mate ‘Respect’, ‘Teamwork’, ‘Leiderschap’, ‘Organisatie en management’ benadrukt.

Uit de geaggregeerde studieresultaten komen diverse nieuwe bevindingen naar voren. *Ten eerste*, medische kennis en vaardigheden kwamen niet als kernelementen naar voren. Wellicht hebben de fellows deze elementen van professioneel gedrag voldoende geleerd in hun voorafgaande opleiding, en komt het om die reden minder aan bod. *Ten tweede*, teamwork kwam prominent naar voren, hoewel het element in veel definities van professionaliteit niet voorkomt. Deze constatering benadrukt de sleutelrol van de intensivist op de IC in de multidisciplinaire zorg van de patiënt. *Ten derde* waren ethische dilemma’s, bijvoorbeeld in beslissingen om de behandeling van een patiënt te staken of niet te initiëren, prominent onderdeel van gesprek tijdens de interviews, wat ook het geval is tijdens het dagelijkse werk van de intensivist. *Ten vierde* werd het hebben van goede communicatie- en luistervaardigheden in de langdurige begeleiding van intensive care patiënten en hun familie benadrukt. *Tot slot* kwam het bewaken en stellen van grenzen naar voren, in het bijzonder in relatie met patiënten en familie, maar in mindere mate ook in relatie tot collega’s en het zoeken van balans tussen het privé en zakelijke leven. Dit laatste zou een afspiegeling kunnen zijn van veranderende professionele houding ten aanzien van werktijden, toename van het belang welk gehecht wordt aan het privé leven en toename van parttime werken. Concluderend blijkt naast de prominente invloed van de specifieke intensive care unit context, ook het tijdperk waarin individuen leven en hun artsberoep (gaan) uitoefenen van invloed te zijn op de perceptie van professioneel gedrag.

Leren van professioneel gedragaspecten in de intensive care geneeskunde

Hoofdstuk 7 en 8 geven daarnaast inzicht in hoe professioneel gedrag aspecten in de intensive care omgeving worden geleerd. In *Hoofdstuk 7* werd ‘Observaties in de dagelijkse praktijk’ als hoogste scorende item en ‘Ervaringen leren en rolmodellen’ als de factor met de hoogste gemiddelde item score geïdentificeerd. De rol van supervisoren als rolmodellen die intensivisten in opleiding met betrekking tot professioneel gedragaspecten ervaren is dus evident, en docentprofessionalisering lijkt ook hier onmisbaar. Als stimulus om te reflecteren op het eigen gedrag benadrukte een kwart van de deelnemers het geven van feedback. Een vergelijkbaar deel vroeg tevens om uitbreiding van het formele onderwijs in professioneel gedrag aspecten. De multidisciplinaire bespreking van eigen en (bijna)fouten van anderen werd als

een nuttig formeel onderwijsmoment gezien om zowel medische als professionaliteitaspecten voor het voetlicht te brengen. De lokale opleidingsinstituten moeten in de organisatie en uitvoering hierin in de ogen van de fellows een sleutelrol vervullen. In *Hoofdstuk 8* bleek dat een substantieel deel van de discussie in de focusgroepen over het leren op de werkvloer ging, en de besproken onderwerpen waren terug te voeren op werkplekleren, rolmodellen en feedback. Naar deze feedback zouden fellows ook moeten vragen als deze niet spontaan wordt gegeven. Het bespreken van lastige situaties met betrekking tot professioneel gedrag, of onverwachte resultaten van eigen handelen zouden aanleiding kunnen geven tot zelfreflectie. Het leren van fouten werd ook hier als ondergewaardeerd leerinstrument genoemd. Een leidinggevende die het belang van professioneel gedrag onderschrijft, en een daarbij horend goed opleidingsklimaat werden als belangrijke stimulerende factoren gezien voor het leren van professioneel gedrag. Concluderend komt uit beide *Hoofdstukken* naar voren dat het leren van rolmodellen, terwijl men bezig is met patiëntenzorg op de intensive care afdeling de belangrijkste bijdrage levert aan het leren van professioneel gedragsaspecten door intensivisten in opleiding.

Hoofdstuk 9

De laatste studie in dit proefschrift richtte zich op professioneel gedrag vanuit het perspectief van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid, gebruikmakend van klachtenbrieven ingediend bij de Klachtencommissie van het Maastricht Universitair Medisch Centrum. De hierin naar voren komende categorieën van professioneel gedragselementen zijn daarnaast vergeleken met de visie op professioneel gedrag door artsen (*Hoofdstuk 8*). Hieruit kwamen de volgende zaken naar voren. *Ten eerste* gebruiken de artsen meer abstracte, idealistische formuleringen (bijv. altruïsme en attitude), die dus minder concreet, en specifiek zijn dan de uitingen van patiënten en hun familie. *Ten tweede* had het merendeel van de klachten te maken met niet medisch inhoudelijke zaken, maar met professionaliteitaspecten van zorg, hoewel klachten over mogelijke medische fouten en complicaties frequent naar voren kwamen. Communicatieaspecten voeren de boventoon in de klachtenbrieven. Belangrijke grieven waren onder andere 'Moeten wachten op zorg', 'Ontvangen van onduidelijke en/of onvoldoende informatie', 'Niet respectvolle communicatie', en 'Gebrek aan teamwork'. *Ten derde* laat vergelijking met de categorieën zoals die naar voren kwamen in *Hoofdstuk 8*, zien dat de meeste categorieën door zowel patiënten (of familie), als door de artsen worden genoemd. Datgene waar artsen op gebied van professioneel gedrag naar streven in hun dagelijkse werk, is dus lang niet altijd hetzelfde als wat door de patiënten wordt ervaren, zeker niet als we ons realiseren dat slechts een

belangrijke minderheid van de patiënten daadwerkelijk een klacht indient. *Ten vierde* werd een achttal categorieën wel door patiënten, maar niet door artsen genoemd. Naast 'Moeten wachten op zorg', werd bijvoorbeeld 'Gebrek aan continuïteit van zorg' genoemd. Dokters hebben in de praktijk persoonlijk weinig hinder van deze door patiënten genoemde grieven. Concluderend kan er lering getrokken worden uit het systematisch analyseren van klachten van patiënten en hun familie met betrekking tot professioneel gedrag aspecten van zorg op individueel niveau, interpersoonlijk niveau (bijv. groepsprocessen, communicatievaardigheden), en afdelings/institutioneel niveau (bijvoorbeeld organisatorische aspecten en leerklimaat). Klachten blijken vaker betrekking te hebben op aspecten van communicatie en andere generieke aspecten van professioneel gedrag, dan dat ze betrekking hebben op medisch inhoudelijke zaken.

Overzicht

Samenvattend geven de resultaten van de studies zoals beschreven in dit proefschrift richting aan de operationalisering van het leren en toetsen van professioneel gedrag voor en tijdens de opleiding geneeskunde, in de medische vervolgopleiding tot intensivist en daarna. De belangrijkste bevindingen in dit kader zijn:

1. Selectie voor de opleiding geneeskunde waarbij tevens gekeken wordt naar professioneel gedragaspecten lijkt veelbelovend.
2. De administratieve afhandeling van onprofessioneel gedrag meldingen tijdens de opleiding geneeskunde is bijzonder arbeid- en kostenintensief. Het is onvermijdelijk dat een balans gezocht moet worden tussen het wetenschappelijke ideaal enerzijds, en het praktisch haalbare anderzijds.
3. Hoewel het gebruik van 'web-based' beoordelingstechnologie ten opzichte van de klassieke, papieren methode meer feedback opleverde zonder aan kwaliteit in te boeten, gaven de respondenten aan een sterke voorkeur te hebben voor de klassieke wijze van 'en-groupe' professioneel gedrag bespreking. Toch kan het gebruik van vergelijkbare of modernere technologie wel bijdragen aan een reductie in arbeidsintensiteit en daarmee kosten.
4. De rol van de docent/begeleider bij de het leren, bespreken en toetsing van professioneel gedrag is cruciaal, en docentprofessionalisering daarom onmisbaar. Dit is zowel het geval voor tutoeren in de onderwijsgroepen (met studenten), als voor supervisors op de intensive care (met assistenten in opleiding tot intensivist).

5. Naast het leren van rolmodellen op de werkplek moet ook formeel onderwijs in professioneel gedragaspecten in de intensive care opleiding geïmplementeerd worden. De multidisciplinaire bespreking van (bijna) fouten lijkt hiervoor bijvoorbeeld bij uitstek geschikt te zijn.
6. De intensive care context blijkt een ideale leeromgeving te zijn waarin dagelijks veel verschillende professioneel gedrag aspecten naar voren komen.
7. De meerderheid van klachten ingediend door patiënten of hun familie heeft te maken met professioneel gedrag aspecten. Klachten over niet adequate communicatie komen het meest naar voren. Het betrekken van deze op deze manier kenbaar gemaakte visie van patiënten bij het definiëren en leren van professioneel gedrag aspecten kan bijdragen aan verdere verbetering van de kwaliteit van zorg door individuen, teams, afdelingen, en organisaties.