

Conceptualizations of remediation for practicing physicians

Citation for published version (APA):

Bourgeois-Law, G. A. (2020). *Conceptualizations of remediation for practicing physicians*. Global Academic Press. <https://doi.org/10.26481/dis.20200903gb>

Document status and date:

Published: 01/01/2020

DOI:

[10.26481/dis.20200903gb](https://doi.org/10.26481/dis.20200903gb)

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

The need to develop remediation programs for practicing physicians has never been greater. Increasing public demands for physician accountability and the ensuing development in several countries of revalidation processes and/or practice improvement programs are the main impetus for this state of affairs, abetted by high profile cases such as Shipman, the UK physician who was also a serial murderer. While it might be reasonably expected to be easier to remediate deficiencies in clinical competence than professionalism gaps or mental health and addictions issues negatively affecting performance, until now there have been more programs to support physicians struggling with mental health and addictions than to address gaps in clinical competence. This thesis explores possible reasons for this state of affairs. Since the first step in solving a problem is in defining it, the focus of this thesis is on how remediation in practicing physicians is conceptualized, and on how these conceptualizations might be contributing to the current situation.

Chapter 1 explains the background of this thesis and how personal experience as the director of an assessment and remediation program for practicing physicians led me to want to do a PhD to explore why remediation in practice is so fraught. I found it particularly telling that a paper written more than 30 years ago asking questions such as where remediation fits into the CME/CPD educational system, who pays for it and who provides it, could have been written today. Based on the literature and on personal experience as a member of international organizations of remediation programs, this challenge in addressing remediation appears to be consistent across countries, or at least across English-speaking countries, irrespective of the medical (state-funded vs private) or social systems. The lack of an agreed-upon definition for remediation and of what the term includes contributes to that challenge. It leads to widely varying estimates of the need for remediation (0.5% to 30% of the physician population), as well as to difficulty in interpreting what little outcome data we have. Canada has been a leader in the field of physician assessment and remediation and would thus appear to be a fruitful context in which to study remediation.

Chapter 2 consists of a scoping review of the literature on the remediation of practicing physicians, focusing on what is revealed explicitly or what might be revealed implicitly about the meaning of remediation for practicing physicians. The review includes the gray literature on remediation programs in North America and the United Kingdom, as well as other literature that contributes to our understanding of remediation, such as learning theories and theories on the sociology of medicine. This review suggests that remediation is conceptualized as an educational process, with the final aim of returning the individual to self-regulated, autonomous practice. Consistent with that educational perspective, remediation in the literature appears to be conceptualized as similar to remediation in residency with similar methods employed and similar remediator attributes and skills required. In regards to the individual requiring remediation (the remediatee), the literature focuses on understanding personal risk factors for poor practice. This focus seems to be more in the service of identifying these individuals so that their practice can be assessed, than in service of determining how to support at risk individuals before problems develop. Finally, the literature on medical culture suggests that aspects of that culture, including shaming and blaming individuals, the reluctance to challenge a colleague's practice, and the concept of professional autonomy might all affect to a greater or lesser degree

the willingness to remediate. The conclusion of the scoping review was to suggest that a different way of looking at remediation – as supported practice change – and taking into account the social determinants of competence rather than focusing on remediatee characteristics might enable us to ask better questions. Finally, since culture is notoriously difficult to change, rather than wait for culture change to facilitate program development, it might be less complicated to normalize remediation, and thus change the culture, by developing widespread remediation programs.

Chapter 3 explores how representatives of different Canadian remediation stakeholder groups (certifying bodies, regulatory authorities, health authorities, university postgraduate and continuing professional development associate deans) grapple with the issue of remediation, and their underlying beliefs and assumptions regarding it. Data from one-hour semi-structured interviews were analyzed using constructivist grounded theory. Results showed that remediation stakeholders conceptualize remediation as having both educational and regulatory aspects and that they slip unconsciously between these two conceptualizations. [Regulatory here refers to the loss of self-regulation and of professional autonomy implied when an external agency removes an individual physician's decisions regarding their continuing education and/or practice.] This may help explain why universities hesitate to accept remediation as part of their mandate: they are focusing on remediation's regulatory aspect. On the other hand, regulatory authorities, those responsible for public protection, deem their main role to be assessment and consider remediation to be the purview of educators, i.e. of the university. Failure to come to grips with the education/regulation duality not only makes organizing remediation more difficult, it also leads to practice improvement initiatives being misconstrued as regulatory by the general physician workforce.

Chapter 4 utilizes data from the previously described semi-structured interviews to explore how the representatives from various stakeholder groups conceptualize individuals requiring remediation. Interactions with colleagues over the years lead us to believe that, in spite of the common public perception that doctors 'stick together', physicians may not be as supportive of their struggling colleagues as they could be. This was confirmed when stakeholders sometimes demonstrated ambivalence towards their struggling colleagues and about whether remediation, versus removal of licensure, is a wise use of scarce resources. Our participants simultaneously view competence gaps as a state, a place any physician can find themselves in if they are careless or unlucky, and as a trait, a characteristic of the individual suggesting they do not belong in the medical fraternity. This latter tendency to 'other' struggling colleagues can be explained by both various psychological theories and by the medical culture of autonomy where the individual is solely responsible for developing and maintaining competence.

Chapter 5 explores the remediators' (those who are asked by regulatory and health authorities to work one on one with physicians with significant competence gaps and oversee their learning and practice) underlying conceptual frameworks around remediation for practicing physicians, their motivation for being involved in this activity, and how they view the physicians they remediate. Asking remediatees for stories of particularly memorable remediation experiences enabled further exploration of the

phenomenon of remediation without attaching any preconceptions as to what might be found. An analysis of their narratives using positioning theory as a sensitizing concept revealed that remediators move between the positions of educator, judge, and guardian, and that while educator is their preferred position, regulators and remEDIATEES might inadvertently or deliberately place obstacles in their way. This suggests that failure to acknowledge the education/regulation duality and to train remediators to identify and move between different positions in the mediator role may be contributing to making the remediation experience more challenging for remediators than it needs to be.

Chapter 6 This commentary on a paper regarding the do's and don'ts of remediation, written at the end of the PhD and thus informed by our research findings, posits that if we don't change medicine's culture of independence and individual self-regulation, remediation will continue to be problematic no matter what we call it or how we organize it.

Chapter 7 This thesis has attempted to understand barriers to organizational (university, health authority, medical association, regulatory body) involvement with remediation. Whereas the literature and conversations at meetings focus on logistics, I explored less tangible barriers such how we conceptualize remediation and those who require it. This final chapter discusses how this program of research has refined and shaped my conceptions of the nature of remediation for practicing physicians, and where those new conceptions might lead to. Using the lens of polarity theory, remediation might now be viewed as a duality with two apparently contradictory poles, education and regulation, that can and must be managed. Keeping the two poles in balance, maximizing the upsides of both poles and minimizing the downsides, might help us move forward with the development of remediation programs as an integral component of the continuing professional development. At the same time, we must address 'othering' of struggling physicians, either by stressing that given the right circumstances any physician could find themselves in a similar situation, or by encouraging a shift from exclusionary to inclusionary othering. The first step may be to speak with physicians who have undergone remediation in order to understand how they conceptualize the process and experience its impact.

Samenvatting

De noodzaak om remediëringsprogramma's voor praktiserend artsen te ontwikkelen is groter dan ooit tevoren. De belangrijkste aanleiding voor deze stand van zaken is de toenemende publieke vraag naar verantwoording door artsen en de daaruit voortvloeiende ontwikkeling van herregistratieprocessen en/of programma's voor praktijkverbetering in diverse landen, aangewakkerd door spraakmakende zaken zoals die van Shipman, de Britse arts die ook een seriemoordenaar was. Hoewel redelijkerwijs kan worden verwacht dat het wegwerken van deficiënties in klinische competentie eenvoudiger is dan het verhelpen van professionaliteitshiaten of problemen met de mentale gezondheid of verslavingen die de prestaties negatief beïnvloeden, bieden de tot nu toe in het leven geroepen programma's vooral ondersteuning aan artsen die worstelen met hun mentale gezondheid en verslavingen dan dat deze de hiaten in klinische competentie aanpakken. Dit proefschrift onderzoekt de mogelijke redenen voor deze stand van zaken. Aangezien het definiëren van een probleem de eerste stap is in de oplossing ervan, zal dit proefschrift zich richten op de vraag hoe remediëring bij praktiserend artsen wordt geconceptualiseerd en hoe deze conceptualisering mogelijk bijdragen aan de huidige situatie.

Hoofdstuk 1 licht de achtergrond van dit proefschrift toe, evenals hoe mijn persoonlijke ervaring als directeur van een toets- en remediëringsprogramma voor praktiserend artsen mij ertoe gebracht heeft om promotieonderzoek te willen doen naar de vraag waarom remediëring in de praktijk zo lastig is. Ik vond het bijzonder treffend dat een artikel dat meer dan 30 jaar geleden is geschreven en waarin vragen werden gesteld als "waar past remediëring in het medische bij- en nascholingssysteem?", "wie betaalt ervoor en wie biedt het aan?" vandaag geschreven had kunnen zijn. Afgaande op de literatuur en op mijn persoonlijke ervaring als lid van internationale remediëringsprogrammaorganisaties, blijkt het aanpakken van remediëring voor veel landen een uitdaging te zijn, althans voor Engelstalige landen, ongeacht hun medische (door de overheid gefinancierd vs. particulier) of sociale stelsels. Het ontbreken van een gemeenschappelijke definitie van remediëring en van wat daar allemaal onder valt maakt deze uitdaging alleen maar groter. Het leidt tot zeer uiteenlopende schattingen van de behoefte aan remediëring (0,5% tot 30% van de artsenpopulatie), alsook tot problemen met het interpreteren van het beetje dat we hebben aan uitkomstdata. Canada is leider op het gebied van toetsing en remediëring van artsen en lijkt derhalve een zinvolle context om remediëring in te onderzoeken.

Hoofdstuk 2 bestaat uit een verkennende studie (*scoping review*) van de literatuur over remediëring van praktiserend artsen, waarbij de focus ligt op expliciete en impliciete vermeldingen van wat remediëring voor praktiserend artsen inhoudt. Deze literatuurstudie omvat de grijze literatuur over remediëringsprogramma's in Noord-Amerika en het Verenigd Koninkrijk, alsook andere literatuur die bijdraagt aan onze begripsvorming van remediëring, zoals leertheorieën en theorieën over medische sociologie. Deze studie maakt aannemelijk dat remediëring wordt geconceptualiseerd als een educatief proces, met als uiteindelijke doel het individu weer te laten terugkeren in de zelfregulerende, zelfstandige praktijk. In overeenstemming met die educatieve zienswijze lijkt remediëring in de literatuur net zo geconceptualiseerd te worden als remediëring in de vervolgopleiding. Daarbij worden bovendien dezelfde methoden aangewend

en zijn dezelfde eigenschappen en vaardigheden vereist voor de “remedieerder”. Met betrekking tot het individu dat remediëring nodig heeft, richt de literatuur zich op het begrijpen van persoonlijke risicofactoren voor onprofessioneel handelen. Deze focus lijkt eerder te dienen om deze individuen op te sporen opdat hun praktijk kan worden beoordeeld, dan om te bepalen hoe deze risicopersonen kunnen worden ondersteund vóórdat zich problemen voordoen. Ten slotte suggereert de literatuur over de medische cultuur dat elementen uit die cultuur, waaronder het aanwijzen van een schuldige, de terughoudendheid om de praktijk van een collega ter discussie te stellen, en het concept “professionele autonomie”, allemaal in meer of mindere mate de bereidheid tot remediëring zouden kunnen beïnvloeden. De conclusie van de scoping review was dat wij onszelf mogelijk betere vragen zouden stellen als we remediëring anders gaan zien, namelijk als begeleide praktijkverandering, en als wij sociale factoren die iemands competentie bepalen in acht nemen in plaats van ons te richten op eigenschappen van te remediëren individuen. Tot slot, aangezien cultuur notoir moeilijk te veranderen is, zou het wellicht minder ingewikkeld zijn om remediëring te normaliseren, en zodoende de cultuur te veranderen, door breed opgezette remediëringsprogramma’s te ontwikkelen, in plaats van te wachten tot cultuurverandering intreedt die de ontwikkeling van dergelijke programma’s mogelijk maakt.

Hoofdstuk 3 onderzoekt hoe vertegenwoordigers van verschillende Canadese groepen belanghebbenden op het gebied van remediëring (certificerende instellingen, regelgevende instanties, gezondheidsautoriteiten, vice-decanen van vervolgoopleidingen en nascholingsprogramma’s) worstelen met remediëring en wat hun onderliggende overtuigingen en uitgangspunten daaromtrent zijn. Data van één uur durende semigestructureerde interviews werden geanalyseerd met behulp van *constructivist grounded theory* methode. De resultaten toonden aan dat de genoemde belanghebbenden remediëring opvatten als een concept waaraan zowel educatieve als regulerende aspecten kleven en dat zij onbewust tussen deze twee conceptualiseringen in glippen [“regulerend” betekent hier het verlies van zelfregulatie en van de professionele autonomie zoals bedoeld wanneer een externe instantie aan een individuele arts de vrijheid ontnemt besluiten omtrent zijn/haar nascholing en/of praktijk te nemen]. Dit zou mede kunnen verklaren waarom universiteiten er niet happig op zijn om remediëring tot hun verantwoordelijkheden te rekenen: zij zijn te gefocust op het regulerende aspect van remediëring. Regelgevende instanties, daarentegen, dus diegenen gemoeid met het beschermen van de samenleving, beschouwen toetsing als hun voornaamste rol en zien remediëring als een taak die opleiders, d.w.z. de universiteit, toebehoort. Het feit dat men er niet in slaagt om uit deze onderwijs/regelgeving-dualiteit te komen, maakt remediëring niet alleen lastiger te organiseren, maar zorgt er ook voor dat praktijkverbeteringsinitiatieven in het algemeen verkeerd, namelijk als regulerend, worden opgevat door praktiserend artsen.

In **Hoofdstuk 4** werd gebruik gemaakt van de data uit de eerder beschreven semigestructureerde interviews om na te gaan hoe de vertegenwoordigers van verschillende groepen belanghebbenden individuen die remediëring nodig hebben, conceptualiseerden. Contact met collega’s door de jaren heen gaf aan dat, ondanks het algemene beeld dat men heeft dat artsen “elkaar de rug dekken”, artsen wel eens niet

zo solidair richting hun worstelende collega's zouden zijn als ze zouden kunnen zijn. Dit werd bevestigd toen belanghebbenden soms ambivalentie vertoonden richting hun worstelende collega's en zich afvroegen of remediëring, tegenover het intrekken van de artsbevoegdheid, een verstandig gebruik is van schaarse middelen. Tegelijkertijd zagen onze deelnemers competentiehiaten als een toestand, een plaats waarin elke arts terecht zou kunnen komen als ze onverschillig waren of pech hadden, en als een eigenschap, een persoonlijke karaktertrek die aangaf dat ze niet in de medische stand thuishoorden. Deze laatste neiging tot het buitensluiten (*othering*) van worstelende collega's kan door verschillende psychologische theorieën worden verklaard, maar ook door de medische cultuur die autonomie vooropstelt, waarbij het individu als enige verantwoordelijk is voor de ontwikkeling en het behoud van competentie.

Hoofdstuk 5 onderzocht vanuit welke onderliggende denkkaders rondom remediëring voor praktiserend artsen remedieerders (degenen die door regelgevende instanties en gezondheidsautoriteiten gevraagd worden om één-op-één met artsen waarbij significante competentiehiaten zijn geconstateerd, te werken en hun leren en praktijk te overzien) handelen, wat hun motivatie is om bij deze activiteit betrokken te zijn, en hoe zij de artsen die zij remediëren, zien. Door de "te remediëren artsen" te vragen naar verhalen over bijzonder gedenkwaardige ervaringen met remediëring konden wij het fenomeen "remediëring" nader onderzoeken zonder daarbij vooraf al ideeën te hebben gevormd van wat er mogelijk zou kunnen worden gevonden. Een analyse van hun verhalen waarbij positioneringstheorie werd gebruikt als richtinggevend of *sensitizing* concept, onthulde dat remedieerders zich tussen de rol van opleider, beoordelaar en hoeder heen bewegen, en dat terwijl zij het liefst gewoon opleider hadden willen zijn; toch kunnen regelgevers en "te remediëren artsen" onbedoeld dan wel opzettelijk obstakels op hun pad plaatsen. Dit suggereert dat het miskennen van de onderwijs/regelgeving-dualiteit en het feit dat remedieerders niet worden getraind om een onderscheid te maken tussen de verschillende remedieerder-rollen en zich daartussen te bewegen, de ervaring met remedieering mogelijk nog lastiger maken voor remedieerders dan dat nodig is.

Hoofdstuk 6. In dit commentaar op een artikel over de *do's-and-don'ts* van remediëring dat aan het einde van het promotietraject is geschreven en zich zodoende stoelt op onze onderzoeksbevindingen, wordt gesteld dat remediëring, hoe we het ook noemen of hoe we het ook organiseren, problematisch zal blijven als we de medische cultuur van onafhankelijkheid en individuele zelfregulering niet veranderen.

Hoofdstuk 7. Dit proefschrift heeft getracht inzicht te verschaffen in de factoren die organisaties (universiteiten, gezondheidszorgautoriteiten, artsenorganisaties, regelgevende instanties) ervan weerhouden bij remediëring betrokken te zijn. Terwijl de literatuur en gesprekken tijdens vergaderingen gericht zijn op logistieke knelpunten, ging ik op zoek naar minder grijpbare belemmeringen, zoals hoe we remediëring en degenen die remediëring nodig hebben, conceptualiseren. Dit laatste hoofdstuk bespreekt hoe dit onderzoeksprogramma mijn begrip van de aard van remediëring voor praktiserend artsen heeft verfijnd en gevormd en waar dit nieuwe begrip toe zou kunnen leiden. Door remediëring door de lens van polariteitstheorie te bekijken, zou remediëring nu kunnen worden opgevat als een dualiteit met twee ogenschijnlijk tegenstrijdige uiteinden,

namelijk onderwijs en regelgeving, die kunnen en moeten worden afgestemd. Door de twee uiteinden in balans te houden, de voordelen van beide uiteinden maximaal te benutten en de nadelen te minimaliseren, zouden we in staat moeten zijn om remediëringsprogramma's verder te ontwikkelen als integraal onderdeel van nascholing voor artsen. Tegelijkertijd moeten we iets doen aan het voornoemde *othering* van worstelende artsen, zij het door te benadrukken dat menig arts zich in dezelfde situatie zou kunnen bevinden mits de omstandigheden er naar waren, zij het door aan te sturen op een verschuiving van buitensluitend naar inkluderend *othering*. De eerste stap zou kunnen zijn om met artsen die remediëring hebben ondergaan te praten teneinde inzichtelijk te maken hoe zij het proces conceptualiseren en het effect ervan ervaren.