

Medisch kwaliteitsbeleid moet samenhangender en transparanter

Duidelijk deskundig

Lode Wigtersma, directeur
Beleid & Advies KNMG

Michiel Wesseling, beleids-
medewerker KNMG

Milena Babovic, beleidsmede-
werker KNMG

Correspondentieadres:
l.wigtersma@fed.knmg.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Hoewel de Nederlandse medische beroepsgroep vooroploopt in Europa als het om kwaliteitsbeleid gaat, zijn er ook kritische geluiden te horen. Zo heeft het ministerie van VWS behoefte aan meer helderheid over de nascholing van artsen.

De beroepsgroep artsen heeft, in vervolg op de Leidschendam-conferenties in de jaren negentig, het kwaliteitsbeleid voortvarend ter hand genomen. De nadruk heeft in het afgelopen decennium gelegen op de ontwikkeling en implementatie van instrumenten ter *bevordering* van de kwaliteit. Dat heeft veel goede zaken opgeleverd, zoals standaarden en richtlijnen, visitatie, geaccrediteerde nascholing, en recentelijk de invoering van de CanMEDS-principes in de medische vervolgopleidingen. De komende jaren zal de nadruk meer komen te liggen op het *borgen* van kwaliteit en het afleggen van *verantwoording* over de kwaliteit.

In de kwaliteitsborging heeft de beroepsgroep de afgelopen jaren al belangrijke stappen gezet. Centraal staan op dit moment de kwaliteitsvisitatie (medisch specialisten), de praktijk-accreditatie (huisartsen) en de prestatie-indicatoren die met de inspectie en zorgverzekeraars worden overeengekomen. De invoering van functioneringsgesprekken (bijvoorbeeld het IFMS: Individueel Functioneren Medisch Specialist) vormt hierop een veelbelovende aanvulling. In de herregistratie-eisen van de KNMG Colleges zijn de deelname aan de kwaliteitsvisitatie en het volgen van geaccrediteerde nascholing verplicht.

Kritiek

Met deze invulling van het kwaliteitsbeleid loopt de Nederlandse medische beroepsgroep voorop in Europa. Toch klinkt er in Nederland, binnen en buiten de beroepsgroep, ook kritiek op het kwaliteitsbeleid. Het kwaliteitsbeleid van de diverse wetenschappelijke verenigingen van specialisten bevindt zich bijvoorbeeld in

uiteenlopende stadia van ontwikkeling.¹ De indruk bestaat dat niet voor alle 33 specialismen voldoende up-to-date standaarden, richtlijnen, prestatie-indicatoren en/of geaccrediteerde nascholing beschikbaar zijn. Dat 'de indruk bestaat', is direct het tweede kritiekpunt. Niemand weet het zeker en niemand heeft het overzicht. Er is eveneens gebrek aan inzicht in hoeverre de individuele artsen van de verschillende specialismen het beschikbare kwaliteitsinstrumentarium adequaat gebruiken. De artsenwereld zelf, de toezichthouders (IGZ, NZa e.d.), de zorgverzekeraars en vooral de samenleving hebben behoefte aan een samenhangend, omvattend en transparant medisch kwaliteitsbeleid, waarvan het patiëntveiligheidsbeleid een vanzelfsprekend onderdeel is. Om dit te ontwikkelen zijn sluitende afspraken en regelingen nodig. De beroepsgroep moet en kan daar zelf in voorzien.

Ondoorzichtig

In december 2007 startte overleg tussen een brede vertegenwoordiging van de beroepsgroep artsen en het ministerie van VWS over de kwaliteit van de nascholing van artsen. Het ministerie was kritisch over het in haar ogen vrijblijvende en ondoorzichtige karakter van de nascholing. Nascholing zou te veel betrekking hebben op een beperkt aantal onderwerpen die op dat moment populair zijn of die de industrie op de agenda zet. Bovendien zouden artsen onvoldoende worden gestuurd in hun nascholing; zij kunnen immers zelf hun nascholingsprogramma kiezen. Kortom, de scholing zou incompleet zijn, niet dekkend voor het hele werkterrein. Ook stelde VWS kritische vragen over de invloed van de farmaceutische indus-



Een nascholingsdag voor huisartsen in Capelle aan den IJssel verzorgd door CARNascholing. De organisatie, eind 2007 opgeheven, ontving geen sponsorgelden.

beeld: Roger Dohmen, HH

trie op de inhoud en programmering van de nascholing. De beroepsgroep moet in de ogen van VWS veel transparanter zijn over hoe de kwaliteit van artsen wordt bevorderd, geborgd en getoetst.

Maatwerk

Zelfregulering door de beroepsgroep op het gebied van kwaliteit en nascholing mag niet leiden tot vrijblijvendheid, willekeur of ondoorzichtigheid. Dat is niet in het belang van de patiëntenzorg en strookt niet met de principes van zelfregulering en professionaliteit die de beroepsgroep altijd heeft onderschreven. De beroepsgroep vindt dat artsen alleen kunnen worden gemotiveerd om hun deskundigheid te verbeteren en borgen als deskundigheidsbevordering maatwerk is, toegesneden op de praktijk, de voor het beroep noodzakelijke competenties, en het individueel functioneren.

Bovendien is het zinloos om deskundigheidsbevordering geïsoleerd te bezien; het is een integraal onderdeel van het totale kwaliteitsinstrumentarium van de beroepsgroep. Om die redenen vindt de KNMG het van groot belang om binnen een breed

algemeen kwaliteitskader de kwaliteitseisen die aan alle artsen mogen worden gesteld, eenduidig te beschrijven en de eisen aan de wijze van borging en toetsing inzichtelijk te maken voor iedereen. Zowel de artsenwereld zelf, als de samenleving, de toezichthouders (IGZ, NZa

en dergelijke) en de zorgverzekeraars moeten kunnen rekenen op samenhangend, omvattend en transparant medisch kwaliteitsbeleid, inclusief patiëntveiligheidsbeleid, dat voor alle artsen geldt, losstaat van materiële belangenbehartiging zodat (de schijn van) belangenverstrengeling wordt vermeden; objectief toetsbaar is en op zinvolle wijze periodiek wordt getoetst.

Kwaliteitskader

Een dergelijk beleidskader omvat alle elementen die erkend en onderbouwd bijdragen aan de borging en bevordering van de kwaliteit en de veiligheid van de medische beroepsuitoefening. Hierbij kan onderscheid worden gemaakt tussen een *algemeen* kwaliteitskader (de basis van het kwaliteitsbeleid: aan welke algemene kwaliteitsprincipes moet elke arts voldoen) en een *kwaliteitsbovenbouw* (welke eisen, voortvloeiend uit het algemeen kwaliteitskader, worden specifiek gesteld aan de onderscheiden specialismen).

Het algemene kwaliteitskader kan de volgende elementen bevatten, in relatie tot de CanMEDS-competenties:

- een erkende opleiding (specialist of deelprofiel);
- registratie in een erkend register voor specialisten of deelprofielhouders;
- voldoende nascholing en intercollegiale toetsing voor kwalitatieve herregistratie;
- aanwijsbaar voldoende relevante werkervaring en eventueel specifieke vaardigheden voor specifieke verrichtingen, bijvoorbeeld bepaalde operaties;

Zelfregulering door de beroepsgroep mag niet leiden tot vrijblijvendheid



In het Amsterdamse Sint Lucas Andreas Ziekenhuis is een obesitascentrum geopend. Een van de ingrepen is het aanbrengen van een maagband.

beeld: Johannes Abeling, HH

- werken volgens landelijk erkende, actuele medisch-inhoudelijke richtlijnen;
- werken volgens landelijk erkende richtlijnen voor patiëntveiligheid;
- werken volgens landelijk erkende eisen wat betreft arts-patiëntcommunicatie;
- voldoen aan de (overige) eisen wat betreft professioneel gedrag en professionele verantwoordelijkheid;
- voldoen aan organisatorische en inhoudelijke voorwaarden voor samenwerking, zowel met andere artsen als met andere disciplines;
- voeren van een state of the art praktijkorganisatie (onder andere bereikbaarheid en beschikbaarheid, toegankelijkheid, logistiek, assistentie, ICT) volgens daartoe ontwikkelde richtlijnen of afspraken;
- openbaarheid over het zorgaanbod, prestaties en incidenten, complicaties en fouten;
- structureel gelegenheid bieden aan patiënten om de kwaliteit van zorg, de patiëntgerichtheid en de praktijkvoering te evalueren;
- aantoonbaar doorlopen van de kwaliteitscyclus;
- regelmatig deelnemen aan functioneringsgesprekken met collega's;
- regelmatig deelnemen aan algemeen erkende kwaliteitsvisitatie – zowel van de praktijk als van de individuele arts – door collega's (of deelname aan NHG-praktijkaccreditering).

Consequenties

De kwaliteit van het functioneren van de individuele arts kan het beste worden bevorderd en geborgd door richtlijnen en standaarden, indicatoren voor kwaliteit, veiligheid en praktijkvoering, geaccrediteerde nascholing,

en natuurlijk werkervaring en training 'on the job'. De toetsing van de kwaliteitseisen kan het beste gebeuren door kwaliteitsvisitatie en/of praktijkaccreditatie, en door individuele functioneringsgesprekken. Mits de uitkomst daarvan ook consequenties heeft in de zin dat verbeterafspraken na een afgesproken periode opnieuw worden getoetst.

Deze instrumenten voor kwaliteitsbevordering en -toetsing zijn geschikter om het deskundigheds- en vaardigheidsniveau van de individuele arts op peil te houden dan een allesomvattend nascholingscurriculum of kennistoetsen. Noch zo'n curriculum, noch de kennistoets heeft veel toegevoegde waarde voor het adequaat functioneren in de praktijk.

Het is onontbeerlijk voor de borging van de kwaliteit van de individuele arts om op grond van lacunes die tijdens de kwaliteitsvisitatie/praktijkaccreditatie en het functioneringsgesprek zijn gebleken, bindende adviezen te geven om de lacunes aan te vullen. Na een afgesproken periode zou dan moeten worden nagegaan of die adviezen zijn opgevolgd en wat het resultaat is van de acties. Op die manier kan de kwaliteit van het individuele functioneren van de arts optimaal, want in directe relatie tot zijn praktijkvoering en patiëntenpopulatie, worden geborgd.

Uitgangspunt

De KNMG zal dit algemeen kwaliteitskader en het benodigde instrumentarium in nauwe samenspraak met de wetenschappelijke en beroepsverenigingen van specialisten ontwikkelen. In dit KNMG Accreditatie Overleg (AO) zijn alle wetenschappelijke verenigingen van

Referenties

1. Specialist is elke arts die een erkende medische vervolgopleiding heeft afgerond en is ingeschreven in een van de erkende registers van specialisten (huisarts, verpleeghuisarts, arts verstandelijk gehandicapten, sociaal-geneeskundige, medisch specialist) bij de KNMG. 2. Cluster 1: huisartsen, verpleeghuisartsen, artsen voor verstandelijk gehandicapten; Cluster 2: medisch specialisten; Cluster 3: sociaal-geneeskundigen). 3. Hubben JH, Breuker KM, Jaspers FCA. De specialisten-APK rammelt. Kwaliteitsvisitatie als eis voor herregistratie ligt lastig. Medisch Contact 2008; 63 (45): 1866-9.

Collega's

Huilend valt een collega mijn kamer-tje binnen. Ze heeft moeite met de werkdruk en voelt zich onzeker over elke beslissing die ze moet nemen. Ze is slim en sociaal vaardig, maar de verantwoordelijkheid weegt haar zwaar. Er zijn veel patiënten en de turnover op de afdeling is hoog. Ze is bang om iets over het hoofd te zien. Zo ligt er nu op haar afdeling een patiënt met een milde hyponatriëmie. Ze twijfelt of dit berust op een SIADH bij het hoge urinenatrium. Ik probeer haar gerust te stellen en we nemen gezamenlijk het protocol Hyponatriëmie nog eens door.

Ik verzeker haar dat ze de meeste dingen over een maand of zes al een stuk makkelijker zal vinden: oefening baart immers kunst. En tot die tijd mag ze me altijd bellen. Even rustig een kop koffie en terug naar de orde van de dag. Ook ik heb een patiënt met hyponatriëmie op mijn afdeling. Mijn patiënt is echter fors ondervuld en mijn collega van de nachtdienst had 0,5 liter 3% NaCl-infuus aangehangen, hetgeen natuurlijk niet veel verbetering had gebracht wat betreft de hypotensie en de tachycardie. Helaas vindt deze collega het onnodig om de 'eenvoudige' interne geneeskunde te overleggen met een supervisor. Hyponatriëmie wordt standaard met sterk zout opgelost, anemie met erytrocytenconcentraat, pijn met morfine, nierfunctiestoornissen kunnen wachten tot morgen en verwarde patiënten krijgen altijd Haldol.

Een paar weken later horen we dat de eerste collega ons zal gaan verlaten. Ze vindt het vak leuk, maar niet leuk genoeg om de druk te kunnen trotseren. En de tweede collega? Die zal hoogstwaarschijnlijk over een jaar of drie worden ingeschreven als medisch specialist.

Annemarie Bosch,
aios

SAMENVATTING


- De maatschappelijke eisen aan transparantie, kwaliteit en veiligheid van de medische beroepsuitoefening vergen een beschrijving van de kwaliteitseisen waaraan artsen moeten voldoen.
- Ook dienen de grondregels en wijze van borging en toetsing inzichtelijk te worden gemaakt, en moet er een niet-vrijblijvend toetsinstrumentarium komen.
- Zo kunnen de artsen, de samenleving, de toezicht-houders (IGZ, NZa e.d.) en de zorgverzekeraars rekenen op een samenhangend, omvattend en transparant medisch kwaliteitsbeleid, inclusief patiëntveiligheidsbeleid, dat voor alle artsen geldt, losstaat van materiële belangenbehartiging en objectief toetsbaar is.

specialisten vertegenwoordigd. Het AO werkt toe naar een pakket eisen die alle specialismen aan nascholing gaan stellen. Het CanMEDS-model is gekozen als uitgangspunt voor (de accreditatie van) nascholing in het kader van de herregistratie. In de kaderbesluiten voor alle specialistenopleidingen van de KNMG Colleges is dit ook opgenomen. Nascholing die een of meer CanMEDS-competenties omvat, komt in principe voor accreditatie in aanmerking. Waar nu aan wordt gewerkt is: zichtbaarheid en voldoende spreiding van CanMEDS-competenties in het nascholingsaanbod; een helder beoordelingskader voor de accreditatie van (verschillende soorten) deskundigheidsbevordering; verantwoording van aangeboden en gevolgde nascholing op het aggregatieniveau van de clusters specialismen²; en richtlijnen voor de sturing van de deskundigheidsbevordering op grond van de resultaten van de kwaliteitsvisite en individuele functioneringsgesprekken.

Niet vrijblijvend

In het elektronische GAIA-systeem (Gemeenschappelijke Accreditatie Internet Applicatie), ingericht door de wetenschappelijke verenigingen en de KNMG-registratiecommissies, zal het aanbod van nascholingen voorzien van CanMEDS-competenties zichtbaar zijn in de congresagenda en, wat de gevolgde nascholing betreft, in het persoonlijke dossier van de arts. Tijdens de toetsing van de arts kan dan aandacht worden besteed aan de samenstelling van het nascholingsportfolio van de individuele arts, zoals dat uit GAIA blijkt. Daar wordt de relatie gelegd met zijn functioneren in de praktijk. Vervolgens kunnen zo nodig gerichte verbeterafspraken worden gemaakt. Het is voor de daadwerkelijke verbetering van de kwaliteit van het individueel beroepsfunctioneren wel van groot belang dat

het resultaat van die verbeterafspraken via visitatie of functioneringsgesprek wordt getoetst. Dat betekent dat deze toetsinstrumenten niet (meer) vrijblijvend mogen zijn.

Onlangs hebben Hubben c.s. in Medisch Contact de eisen aangegeven waaraan een niet-vrijblijvend toetsinstrumentarium moet voldoen.³ Een dergelijk instrumentarium zal in samenspraak met wetenschappelijke verenigingen op basis van de huidige beschikbare instrumenten moeten worden ontwikkeld; de KNMG wil ook hierin graag de verenigingen ondersteunen. 

Ook het resultaat van verbeterafspraken moet worden getoetst



Het in het artikel genoemde MC-artikel vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.