

ONTWIKKELINGEN OP HET TERREIN VAN DE NASCHOLING IN DE GE-NEESKUNDE

J.W. Moll, free-lance onderzoeker, Orgaan Postacademisch Onderwijs Geneeskunde (PAOG), Soesterberg*.

Hieronder een persoonlijk gezichtspunt op de huidige stand van zaken op het terrein van de nascholing. De nadruk ligt daarbij op bestuurlijke ontwikkelingen, want, om te bereiken dat de arts zich optimaal naschoolt, zijn bestuurlijke maatregelen hoogst wenselijk. Ik zal in het bijzonder ingaan op ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitsbewaking, verplichtstelling en toetsing, verder op de opstelling van bij deze ontwikkelingen betrokken organisaties, en op een verwachting voor de toekomst. Het artikel heeft een algemeen informerend karakter. Er is niet naar gestreefd bij elke uitspraak naar bewijsmateriaal te verwijzen.

Wat is nascholing?

Nascholing is in principe alle post-initiële scholing (scholing na voltooiing van de beroepsopleiding) die voor de beroepsuitoefening van artsen relevant is. Het omvat formeel georganiseerde cursussen, kleinschalige, soms lokaal opgezette werk- en studiegroepen en zelfstudie. Ook het bijhouden van vakliteratuur valt eronder. Deze vormen zijn in belangrijke mate complementair. Bij de eerstgenoemde vorm, cursussen, ligt de nadruk op kennisoverdracht en training van vaardigheden, bij de tweede, meer kleinschalige vorm, op toetsing en uitwisseling van ervaring en bij de laatste, zelfstudie, vooral informatie over nieuwe ontwikkelingen op diagnostisch en therapeutisch gebied. Artsenorganisaties, speciaal voor nascholingsdoeleinden opgerichte stichtingen, wetenschappelijke genootschappen, medische faculteiten en farmaceutische bedrijven verzorgen deze uiteenlopende activiteiten. Met behulp van nascholing kan de

arts hiaten in kennis en vaardigheid opsporen en aanvullen, kennis nemen van nieuwe ontwikkelingen in zijn vakgebied en ervaring uitwisselen. Voor de vakbekwaamheid van de arts en daarmee voor de kwaliteit van de verleende zorg, is nascholing (althans effectieve nascholing!) derhalve van belang. Niet voor niets krijgt de arts voor nascholing een forse financiële tegemoetkoming van ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars.

Hoe is het gesteld met de deelname van artsen aan nascholingscursussen? Uit onderzoek in binnen- en buitenland blijkt, dat veel artsen onvoldoende aan nascholing deelnemen. Op nascholingscursussen ziet men dikwijls dezelfde gezichten. Lokaal opgezette nascholing heeft in sommige gevallen voornamelijk een sociale functie. Een groot aantal artsen tenslotte beperkt zich tot het bijhouden van vakliteratuur. Aangenomen mag worden, dat veel artsen niet van de nieuwste ontwikkelingen in hun vakgebied op de hoogte zijn, niet aan vaak uiterst nuttige vaardigheidstrainingen deelnemen en dus hun bekwaamheid niet optimaal op peil houden.

Het is voor de arts niet eenvoudig een goede keuze uit het omvangrijke nascholingsaanbod te maken. Hij wordt overstelpt met glimmende folders over nascholingscursussen, de ene nog belangwekkender en interessanter dan de ander. Er wordt echter onvoldoende inzicht in de kwaliteit van het gebodene verschaft. Dikwijls wordt ook niet duidelijk aangegeven welke kennis en vaardigheden in de desbetreffende cursus kunnen worden aangeleerd. De arts weet bovendien niet altijd op welke terreinen hij zich dient na te scholen, zoals onder andere door Sibley et al. duidelijk is gemaakt.

*Dit artikel geeft niet noodzakelijkerwijze de opvattingen weer van deze organisatie.

Bevordering van nascholing

Er zijn veel pogingen ondernomen om in de hierboven beschreven situatie verandering te brengen en de deelname aan nascholing te bevorderen. Allereerst is getracht de nascholing te bevorderen door het verstrekken van subsidies en het creëren van speciale voorzieningen. Het Ministerie van O&W is hier inmiddels mee gestopt. Het Ministerie van WVC huldigt, in de geest van het plan Dekker, het standpunt dat de kwaliteit van de beroepsuitoefening en daarmee van de nascholing, een verantwoordelijkheid van het werkveld is. Artsenorganisaties, onderwijsinstellingen en financiers dienen in deze visie in onderling overleg regelingen te treffen die ertoe leiden dat de arts zich goed naschoolt. Als zij in gebreke blijven, zal de overheid alsnog regelend optreden. De noodzaak daartoe is naar de mening van het Ministerie van WVC voorlopig niet aanwezig. Dat beperkt zich tot het verstrekken van aanloopsubsidies ten behoeve van voorzieningen in de nascholing die op den duur zelfbekostigend moeten worden. Mede als gevolg van de noodzaak tot kostenbeheersing wordt er overigens steeds meer commercieel opgezette grootschalige nascholing aangeboden. Vermoedelijk komt dit, ondermeer door het onpersoonlijke karakter, de kwaliteit van de nascholing niet ten goede.

Deelname aan nascholing kan ook worden bevorderd door de organisaties zelf, die de nascholing verzorgen. Deze kunnen de deelname aan cursussen aantrekkelijk maken en proberen belemmeringen weg te nemen. Dit betreft veelal praktische aspecten van de nascholing, zoals plaats, tijdstip, duur, kosten, afstand en groepsgrootte. Tot nog toe wordt aan dit alles -zo lijkt het- niet voldoende aandacht besteed.

Verder kan de nascholing worden bevorderd door meer lijn in het aanbod te brengen. Meer aandacht voor doublures en hiaten in de

programma's, behoeftenonderzoek en gemeenschappelijke kwaliteitscontrole kunnen tot grotere deelname leiden. De hiervoor nodige centrale registratie en coördinatie in de nascholing en de onderlinge afstemming van cursussen, waarvoor het Orgaan PAOG destijds werd opgericht, is echter nooit van de grond gekomen.

De oorzaak hiervoor moet worden gezocht in het feit, dat aanbieders van nascholing geen belang bij intensieve samenwerking hebben. Zij dienen immers kostendekkende activiteiten te ontplooiën in een vrije markt, en zijn in feite elkaars concurrenten. Voorts bestaat bij aanbieders de angst, dat een centraal orgaan te zeer regulerend gaat optreden, hetgeen als een aantasting van hun autonomie wordt opgevat. Wel wordt af en toe lokaal overleg gevoerd en samengewerkt, zonder dat het Orgaan PAOG daarbij betrokken is. Ook is men bevreesd voor de (extra) kosten van centrale registratie en coördinatie van nascholingsactiviteiten.

Ondersteuning door de overheid, het aantrekkelijk maken van deelname, het wegnemen van belemmeringen en samenwerking tussen aanbieders hebben tot dusver dus weinig resultaten opgeleverd. Veel potentiële deelnemers hebben te weinig inzicht in kwaliteit en relevantie van het gebodene, zijn niet gemotiveerd en blijven dus weg.

In het algemeen bestaat de opvatting dat nadere maatregelen nodig zijn om de nascholing te bevorderen, gezien het algemeen erkende belang ervan voor de kwaliteit van de zorg. Verschil van mening bestaat echter over de vraag welke maatregelen gewenst zijn. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de mogelijkheid de nascholing te bevorderen door middel van kwaliteitsbewaking, verplichtstelling en individuele toetsing.

Kwaliteitsbewaking en accreditering

Als je je kind naar de basisschool stuurt, ben je ervan verzekerd dat

door rijks- en gemeentelijke inspecteurs geregeld wordt gecontroleerd of het geboden onderwijs aan bepaalde kwaliteitseisen voldoet. Ook bij het nuttigen van maaltijden in openbare gelegenheden en bij de aanschaf van videorecorders bijvoorbeeld is de klant van minimale kwaliteitscontrole verzekerd. Met betrekking tot het volgen van nascholing door artsen moet de patiënt het zonder zulke garanties stellen. Een aanzet in deze richting is er wel, maar toezicht op de kwaliteit van de nascholing is tot dusver uitsluitend een verantwoordelijkheid van de organisaties zelf, die de cursussen verzorgen. De wijze waarop toezicht wordt gehouden, de criteria die worden gebruikt en de resultaten van evaluaties komen meestal niet naar buiten. Onduidelijk is waarom bepaalde onderwerpen wel, en andere niet in nascholingsprogramma's aan de orde komen, en waarom al dan niet voor bepaalde werkvormen en leeractiviteiten is gekozen. Ook is vaak niet duidelijk of onderzocht is in hoeverre de geboden nascholing aansluit bij de leerbehoeften van de deelnemers, en of deze het geleerde in de praktijk kunnen brengen. Dit is vermoedelijk niet bevorderlijk voor een grote deelname van artsen aan nascholingsprogramma's.

Om informatie te kunnen verschaffen over de kwaliteit en relevantie van diverse voor huisartsen bestemde nascholingsprogramma's, en om artsen te helpen bij het organiseren van eigen, lokale nascholingsactiviteiten wordt door de Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen (SDH) een systeem voor interne kwaliteitsbewaking ontwikkeld. Gewerkt zal worden met onder meer door het Nederlands Huisartsgenootschap (NHG) opgestelde onderwijskundige richtlijnen. Deze hebben betrekking op leerdoelen, gebruik van leer- en hulpmiddelen, werkvormen en toetsing. Voorts zal worden onderzocht of de onderwerpen in de nascholing goed aansluiten bij praktische problemen waarmee de arts gere-

geld wordt geconfronteerd. Aldus ontstaat een lijst van nascholingsprogramma's die aan de eisen van de SDH voldoet. Het voornemen bestaat deze lijst onder huisartsen te verspreiden, zodat deze een gedegen keuze uit het voor hen bestemde nascholingsaanbod kunnen maken. Ook in een aantal wetenschappelijke genootschappen bestaan plannen een dergelijke kwaliteitscontrole voor nascholingsprogramma's te ontwikkelen en daarmee de deelname aan nascholing onder de leden te stimuleren. Er kleeft een aantal nadelen aan deze plannen. Ten eerste onttrekt de kwaliteitscontrole zich aan het zicht van andere belanghebbenden, zoals financiers en patiëntenorganisaties. Bij deze groepen bestaat de angst, dat de voorgestelde interne kwaliteitszorg een gesloten systeem wordt, zoals het geval is bij de Colleges van de KNMG die de kwaliteit van de opleidingen tot huisarts, medisch-specialist en sociaal-geneeskundige bewaken. In deze Colleges zitten naast beroepsbeoefenaren en vertegenwoordigers van de medische faculteiten, uitsluitend overheidswaarnemers. Patiëntenorganisaties en verzekeraars willen bij de kwaliteitsbewaking van de nascholing wel een rol spelen. Zij hebben er immers direct belang bij en dragen er in niet onbelangrijke mate financieel aan bij. Zij willen inzicht in de gebruikte kwaliteitscriteria en te volgen procedures, nagaan of bij de beoordeling alleen werkelijke kwaliteitsoverwegingen een rol spelen en suggesties doen voor in de programma's te behandelen onderwerpen. Zij beroepen zich hierbij op hun specifieke deskundigheid. Verder bestaat het gevaar, dat door de eigen organisatie ontwikkelde nascholingsprogramma's gunstiger worden beoordeeld dan bijvoorbeeld programma's van medische faculteiten of de farmaceutische industrie. De voorgenomen interne kwaliteitszorg is met andere woorden niet geheel onpartijdig. Ook is het nadelig, dat iedere beroepsgroep op deze manier een

eigen erkenningenstelsel gaat krijgen, terwijl nascholing vaak voor meerdere beroepsgroepen bestemd is. Dit zal ongetwijfeld tot dubbel werk leiden en wellicht tot tegenstrijdige beoordelingen.

Het Orgaan PAOG heeft vanwege deze bezwaren een externe, centraal opgezette kwaliteitsbewaking uitgewerkt: accreditering. Alle nascholing wordt in dit oorspronkelijk in de Verenigde Staten ontwikkelde stelsel beoordeeld door onpartijdige, uit deskundigen bestaande visitatiecommissies. Zij doen dit aan de hand van door de aanbieders uitgevoerde sterktezwakte analyses. Indien door de commissies wordt vastgesteld, dat nascholing aan minimale kwaliteitseisen voldoet, wordt deze van een keurmerk voorzien en officieel erkend. Het keurmerk mag worden gevoerd in alle publicaties die op de erkende programma's betrekking hebben. Een centrale raad stelt in dit voorstel de beoordelingscriteria en te volgen procedures vast, benoemt de visitatiecommissies, neemt erkenningsbeslissingen en geeft hieraan bekendheid. In deze raad dienen zitting te nemen naast beroepsbeoefenaren en onderwijskundigen, zogenaamde "public-members", afkomstig uit patiëntenorganisaties, ziekenfondsen, organisaties van ziektekostenverzekeraars en de farmaceutische industrie.

Uit informeel overleg over deze plannen, dat met personen uit artsenorganisaties en medische faculteiten werd gevoerd, blijkt dat men in principe voelt voor een breed opgezette, onafhankelijke kwaliteitsbewaking, maar grote angst heeft voor inmenging van buitenaf. De vrees bestaat, dat bij een dergelijke beoordeling van de kwaliteit van de nascholing sommige aspecten te zeer de aandacht zullen krijgen: kostenbeheersing bij de ziekenfondsen, angst voor medicalisering bij sommige patiëntenorganisaties en commerciële overwegingen bij de farmaceutische industrie. Op de achtergrond speelt wellicht een rol, dat een door buitenstaanders opgelegde

kwaliteitsbewaking in de nascholing vroeg of laat zou kunnen leiden tot een aantasting van de autonomie van de bovengenoemde Colleges die zeggenschap hebben over de opleiding tot huisarts, medisch-specialist en sociaal-geneeskundige: een ontwikkeling in strijd met het beleid, tot dusver gesteund door de KNMG.

Ook bestaat bezwaar tegen de volgens sommigen onvermijdelijke bureaucratisering als het boven geschetste plan wordt doorgevoerd. Verzekeraars, ziekenfondsen, patiëntenorganisaties en farmaceutische industrieën hebben uiteraard minder bezwaren tegen de voorgestelde accreditering van nascholing, maar maken niet de indruk zich er sterk voor te zullen maken. Dit onderwerp staat in deze door conflicten en herstructurering gekenmerkte tijd niet bovenaan hun prioriteitenlijst.

Verplichtstelling van nascholing

Een andere mogelijkheid de nascholing te bevorderen, is deze verplicht te stellen. In de Verenigde Staten is dit in een aantal deelstaten gebeurd. Er bestaat een groot aantal mogelijke vormen van verplichte nascholing. Het verschil is gelegen in de vraag welke nascholingsactiviteiten verplicht moeten worden gesteld: nascholing met vrije onderwerpkeuze of met voorgeschreven programma's, alleen cursussen of ook zelfstudie, etcetera.

Ook gaat het om de vraag welke organisaties bij de effectuering moeten worden betrokken (ziekenfondsen, artsenorganisaties, registratiecommissies, inspectie, ministerie etcetera). In een door het PAOG Orgaan uitgegeven nota "Vrijwillige en verplichte nascholing" zijn de varianten uitvoerig beschreven. Verplichting tot nascholing wordt alom als noodzakelijk gezien, bijvoorbeeld gekoppeld aan herregistratie, maar concrete initiatieven zijn nog niet ondernomen, niet door het Ministerie van WVC, niet door de ziektekosten-

verzekeraars en ziekenfondsen en ook niet door de beroepsorganisaties van artsen. Een combinatie van koudwatervrees en praktische bezwaren is hiervan de oorzaak. Bovendien blijkt men steeds vaker de mening toegedaan, dat verplichte nascholing zonder toetsing niet zinvol is, zelfs demotiverend werkt en, zo is de ervaring in Amerika, eigenlijk tot een vorm van zegeltjes plakken leidt. De opvatting wint veld, dat niet alleen moet worden gecontroleerd of de arts zich voor een aantal nascholingscursussen heeft ingeschreven en daar ook werkelijk aanwezig is, maar ook wat zijn niveau van individueel geneeskundig handelen is, bij voorkeur zowel vóór als na de nascholing.

Toetsing

Het vorige samenvattend: om te bereiken dat de arts zich geregeld naschoolt, hebben stimulerende maatregelen, objectieve kwaliteitsbewaking en verplichtstelling (nog) niet voldoende opgeleverd of zijn (nog) niet realiseerbaar. De vraag rijst of met behulp van individuele toetsing wél bereikt kan worden, dat de arts zich geregeld naschoolt.

Op bijeenkomsten en in publicaties van de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) en Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) wordt steeds vaker de opvatting verwoord, dat de arts op gezette tijden getoetst moet worden. Op vergelijkbare wijze als bijvoorbeeld in de burgerluchtvaart en in het openbaar onderwijs bij piloten en onderwijzers gebeurt, dient in deze visie gecontroleerd te worden of de vakbekwaamheid van de arts van een acceptabel niveau is. Is dit niet het geval, dan krijgt hij de gelegenheid zich na te scholen op de terreinen waar de vakbekwaamheid tekort schiet. Op de lange duur zou een tekortschietende vakbekwaamheid reden kunnen zijn de registratie van de arts in te trekken, zodat hij de geneeskunde niet meer zelfstandig mag

beoefenen. In Amerika bestaat deze regeling in sommige deelstaten. Organisaties van artsen en State Medical Boards examineren de aangesloten artsen op gezette tijden en verbinden daar zonodig consequenties aan. Een nadeel is, dat meestal alleen medische kennis wordt getoetst en nauwelijks geneeskundige vaardigheden. Een goed beeld van het niveau van het individueel geneeskundig handelen van de arts wordt met behulp van deze examens niet verkregen. Toch wordt met uitsluitend kennisgerichte examens gewerkt om een beeld te krijgen van de vakbekwaamheid van de arts. Ten eerste staat toetsing van het individueel geneeskundig handelen nog in de kinderschoenen. Ten tweede wordt door de meeste artsen toetsing van het individueel geneeskundig handelen vergeleken met een anoniem examen, als tamelijk bedreigend ervaren, vooral als er visitatiecommissies of inspecteurs bij betrokken zijn. Veel artsen ervaren zelfs anonieme voor- en natoetsen, die soms in de nascholing worden gebruikt, als bedreigend en kinderachtig. Toetsing van het individueel geneeskundig handelen lijkt in Nederland dan ook, hoe wenselijk het ook is, nog niet haalbaar. De Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen heeft onlangs een vorm van onderlinge toetsing ontwikkeld. Deze heeft niet het karakter van een formele controle, is niet verplicht en vindt in plaatselijke huisartsenverenigingen en werk- en studiegroepen plaats. Daarin hebben uitsluitend vakgenoten zitting. De leiding is in handen van speciaal voor dit doel getrainde artsen. Er wordt gediscussieerd over problemen in de eigen praktijk, er worden ervaringen uitgewisseld en er wordt overlegd op welke terreinen men zich zal nascholen. Daarbij staat niet alleen de belangstelling van de arts centraal, maar ook de vraag of er cursussen en programma's zijn die op de besproken problematiek aansluiten. Zonodig organiseert men deze zelf, wederom met behulp van

getrainde vakgenoten. Door het lokale, informele karakter en de werkzame sociale controle, verwacht men veel van onderlinge toetsing. Ook in Amerika, Scandinavië en Engeland is een ontwikkeling in de richting van lokale, onderlinge toetsing en nascholing waarneembaar. Een nadeel is natuurlijk, dat deze activiteiten vrijwillig zijn en dat de arts er zich volledig aan kan onttrekken. Ook valt niet na te gaan of deze studie- en werkgroepen inderdaad met toetsing en nascholing bezig zijn. Soms hebben ze vooral een sociale, maar voor de vakbekwaamheid van arts minder relevante functie. Dat neemt niet weg, dat deze activiteiten meer succes lijken te hebben dan de pogingen, hoe waardevol wellicht ook, de nascholing te verplichten en aan objectieve, externe kwaliteitscontrole te onderwerpen. Een evaluatie van deze onderlinge toetsing is in de maak. Veel zal afhangen van de uitkomsten.

Tot slot

Kwaliteitsbewaking van nascholing blijft vermoedelijk vooral een zaak van de aanbieders en artsenorganisaties. Andere belanghebbenden, zoals ziektekostenverzekeraars, patiëntenorganisaties en farmaceutische industrieën zullen hier vermoedelijk nauwelijks toegang krijgen. Angst voor inmenging is hiervoor de belangrijkste oorzaak. Verplichtstelling van nascholing is op korte termijn evenmin waarschijnlijk. Het is naar de mening van veel artsen demotiverend, zonder toetsing zinloos en leidt voornamelijk tot zegeltjes plakken. Ook verplichte toetsing van de vakbekwaamheid is vanwege het bedreigende karakter op dit moment niet haalbaar, hoewel dit in andere beroepsgroepen wel geaccepteerd is. De ontwikkeling van vrijwillige toetsing in lokale werkgroepen lijkt een geregelde deelname aan nascholing onder artsen goed te bevorderen. Als uit de voorgenomen evaluatie inderdaad blijkt dat dit het geval is, dan zal deze vorm van toetsing ongetwijfeld navolging vinden.

Te raadplegen literatuur

- Barham PM, Benseman J. Participation in CME. Med Ed 1984; 59: 649-54.
- Beleidsnota's LHV en LSV, Utrecht, 1988.
- Blanken CJM, Schadé E. Toetsing en nascholing voor huisartsen, convergerende ontwikkelingen. Med Cont 1984; 39: 306-7.
- Bouwman JAA. Hoeveel uur per jaar besteden Apeldoornse artsen aan nascholing? Med Cont 1985; 40: 1564.
- Bruins CP. Nascholing huisartsen vrijwillig of verplicht? Med Cont 1984; 39: 1449-50.
- Commissie nascholing NHG; nascholing maken. Lelystad, 1987.
- Courant J. Pleidooi voor verplichte nascholing. Med Cont 1984; 39: 1451-2.
- Feen JAE van der. Hoeveel uur besteedt de Nederlandse huisarts aan georganiseerde nascholing? Med Cont 1985; 40: 352.
- Goldfinger SE, Mandatory CME. N Engl J Med 1981; 306: 902.
- Groeneveld A et al. Nascholing: vrijwillige verplichting? Tijdschr Stichting Deskundigheidsbevordering en Ondersteuning Huisartsen 1987; okt: 4-8.
- Harden RM. Participation in CME. Med Ed 1984; 18: 199-200.
- Kells HR. Self-study processes. Washington DC, 1980.
- Orgaan PAOG. Kwaliteit en accreditering van nascholing in de geneeskunde. Soesterberg, 1988.
- Poiesz BC, Bloemer J. Nascholing voor huisartsen, individuele versus maatschappelijke behoefte. Tilburg, 1987.

- Postma R, Schadé E. Vijf jaar postacademisch onderwijs in de huisarts-geneeskunde in Amsterdam. Med Cont 1988; 43: 892-4.
- Richards RK. Accreditation of CME in the USA. Soesterberg, 1988.
- Roo AA de. Accreditering en kwaliteit van opleidingen. In: Berkel HJM et al, eds. Kwaliteit van hoger onderwijs, bewaking en verbetering. Amsterdam, 1984.
- Roo AA de, Moll JW. Naar een geregelde nascholing van huisartsen. Med Cont 1988; 38: 21-4.
- Schadé B. Waarheen met de nascholing? Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 330.
- SDH-beleidsnota 1988-1990. Utrecht, 1988.
- Sibley JC et al. A randomized trial of CME. N Engl J Med 1982; 306: 511-5.
- Stross JK et al. The impact of mandatory CME. JAMA 1978; 2662-6.
- Young KE. Understanding accreditation. San Francisco, 1983.
- Werkgroep verplichtsstelling PAOG. Vrijwillige en verplichte nascholing. Soesterberg, 1986.