

Kwaliteitsindicatoren horen bij de marktwerking in de opleiding

M.J.M.H. Lombarts

Inleiding

Eind jaren tachtig introduceerde het rapport van de Commissie Dekker¹, genoemd naar de voorzitter en Philips-topman prof. dr. W. Dekker, marktwerking in de gezondheidszorg. Ziekenhuizen en zorgverleners – in het nieuwe jargon ‘zorgaanbieders’ geheten – moesten gaan concurreren op kwaliteit opdat deze verder zou verbeteren en de patiënt echt centraal gesteld zou worden. Kwaliteit werd in het marktdenken beschouwd als een resultaat van samenwerken en van onderhandelen. Verzekeraars dienden zorg van goede kwaliteit in te kopen (namens hun verzekerden), maar de zorgaanbieders bepaalden zelf wat goede kwaliteit was en hoe deze het beste kon worden gecontroleerd.

Het post-Dekkeriaanse decennium dat volgde werd wel ‘de gouden tijd van de Nederlandse kwaliteitszorg’ genoemd. Zelfregulering werd bij wet geregeld en de zorgaanbieders ontwikkelden ieder hun eigen kwaliteitssystemen, of bouwden deze verder uit. Dat gold zeker ook voor de medische professie. Niet toevallig werd bij de meeste medisch wetenschappelijke verenigingen in die periode een Commissie Kwaliteit geïnstalleerd die de vele professionele kwaliteitsactiviteiten – denk bijvoorbeeld aan de ontwikkeling van Richtlijnen, (accreditatie van) bij- en nascholing en de kwaliteitsvisitatie – moest stroomlijnen.

Marktwerking in de vervolgopleidingen

Enkele jaren geleden bepaalde toenmalig minister van Volksgezondheid Klink dat marktwerking goed zou zijn voor de kwa-

liteit van de vervolgopleidingen. Opleidingen die ‘betere kwaliteit’ zouden bieden zouden daarvoor ‘beloond’ worden met meer arts in opleiding tot specialist (aios). Zoals bekend leidde dit tot veel beweging in het veld. Hoewel het nog te vroeg is om te stellen dat marktwerking en kwaliteitsverbetering van de vervolgopleidingen hand in hand gaan, kunnen we nu al wel concluderen dat – 25 jaar na Dekker – de marktgedachte opnieuw veel aandacht voor kwaliteit luxeert. Een van de uitingen daarvan is de publicatie van het rapport Kwaliteitsindicatoren Vervolgopleidingen, ook bekend onder de naam ‘rapport Scherpbier’.² Het rapport, dat in 2009 op verzoek van Klink werd geschreven, beschrijft hoe de zorg voor de kwaliteit van de vervolgopleidingen vorm kan krijgen op het niveau van de vervolgopleidingen, de opleidingsinrichtingen en de onderwijs- en opleidingsregio’s. Omdat kwaliteitszorg primair een interne aangelegenheid is, beoogt het in het rapport beschreven kwaliteitssysteem een ontwikkelingskader te bieden voor allen betrokken bij en dus verantwoordelijk voor de kwaliteit van de opleidingen: opleiders, leden van opleidersgroepen, centrale opleidingscommissies (COC) en ook de aios.

Aangezien de ontwikkeling van kwaliteitszorg – en daarmee de systematische verbetering van de kwaliteit – altijd verloopt via de cyclus van plannen, uitvoeren, evalueren en verbeteren (PDCA: plan, do, check, act) zijn in het rapport Scherpbier deze stappen ‘vertaald’ naar en beschreven voor elk van de in totaal 70 geformuleerde kwaliteitsnormen voor de

vervolgopleidingen. Dankzij deze concretisering hebben vele opleiders en vele aios het afgelopen jaar de eigen opleiding langs de lat van het rapport Scherpbier kunnen leggen. Voor de meesten was dit de eerste kennismaking met het kwaliteitssysteem en het daarbij behorende gedachtegoed van de Commissie Scherpbier. Het hebben van het overzicht van de diverse kwaliteitsdomeinen, -indicatoren en -normen en de samenhang ervan met de (beperkt beschikbare) meetinstrumenten is *an sich* een belangrijke opbrengst van de zelfevaluatie.

Zonder dit overzicht is het onmogelijk om de eerste kernvraag van kwaliteitszorg te beantwoorden, namelijk '*doe ik de goede dingen?*' Dit is een vraag van strategische aard die vereist dat wordt 'uitgezoomd'. Het betekent dat afstand moet worden genomen van de dagelijkse opleidingspraktijk – het voeren van voortgangsgesprekken, het invullen van een Korte Praktijkbeoordeling (KPB) of het bijhouden van het portfolio – om te reflecteren op de vraag hoe het beste invulling kan worden gegeven aan de verantwoordelijkheid voor het opleiden van dokters die nu en in de toekomst verantwoorde patiëntenzorg kunnen bieden.

Beantwoording van deze eerste kwaliteitsvraag hangt nauw samen met de tweede kernvraag van kwaliteit: '*doe ik de dingen goed?*' (zie Figuur 1). Deze operationele vraag nodigt opleiders, aios en anderen juist uit om 'in te zoomen' op de huidige activiteiten: draagt de manier waarop ik de voortgangsgesprekken voer, de KPB's gebruik en de portfolio's bespreek bij aan het creëren van het optimale leertraject van de aios? De zelfevaluatie kwaliteitszorg vervolgopleidingen is behulpzaam gebleken bij het beantwoorden van deze tweede vraag. Het directe resultaat van de zelfevaluatie is immers dat men inzicht heeft in het eigen niveau van

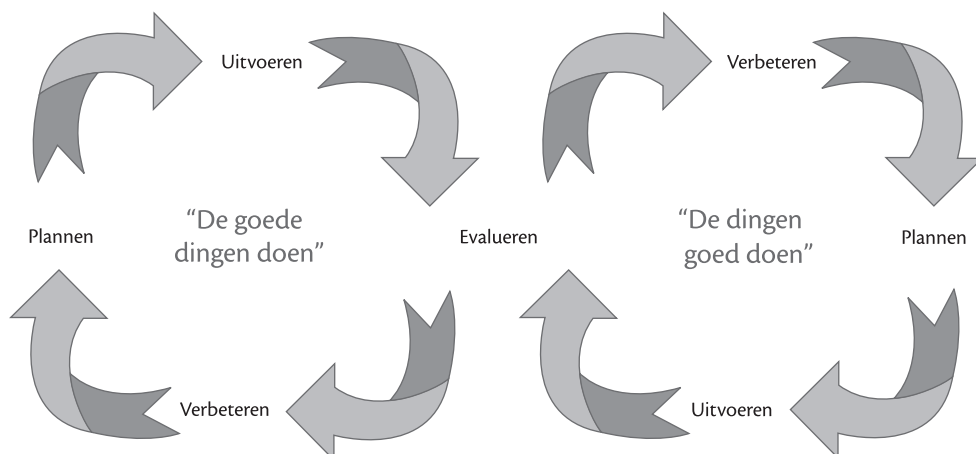
kwaliteitszorg waarop men thans opereert. Uit de eerste (nog niet gepubliceerde) onderzoeken wordt duidelijk dat er voor iedereen 'huiswerk ligt'. Opleidingen en ook COC's geven zelf aan dat kwaliteitszorg op gang begint te komen maar op bepaalde punten nog in de kinderschoenen staat.

Opleidingsvisiteatie 'nieuwe stijl'

De Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) heeft onlangs de uitgangspunten voor de opleidingsvisiteatie nieuwe stijl geformuleerd.³ Daarin staat dat voor de inhoudelijke invulling van de opleidingsvisiteatie zoveel als mogelijk aansluiting wordt gezocht bij het rapport Kwaliteitsindicatoren van de Commissie Scherpbier. Sinds 1 januari 2011, de officiële ingangsdatum van het moderne opleiden, wordt aan te visiteren opleidingen gevraagd of zij een zelfevaluatie hebben uitgevoerd. De MSRC stimuleert daarmee dat opleiders, aios en COC-leden hun aandacht richten op interne kwaliteitszorg. Uiteraard is het doen van een zelfevaluatie nooit een eindpunt. Zelfevaluatie zou een begin moeten zijn van een proces van reflectie. Dat is veel gevraagd van opleiders, aios, bestuurders en COC's. Zij moeten zich namelijk vergewissen van en handelen naar de te verwachten consequenties van de huidige praktijkvoering voor de kwaliteit van de patiëntenzorg van de toekomst. Een reflectieve activiteit die door de hectiek van alledag niet wordt gefaciliteerd. Het is echter niet *te* veel gevraagd, want alleen in het nu kan de toekomst vorm worden geven.

Conclusie

De medische professie heeft zelfregulering altijd verdedigd als de beste vorm van regulering van de professie. Het recht op zelfregulering is echter vanzelfsprekend noch absoluut. Het kan alleen (voort)bestaan bij de gratie van het vertrouwen dat de samen-



Figuur 1. De dubbele kwaliteitscirkel.

leving heeft in de professie. De professie zal dit vertrouwen dus moeten (blijven) verdienen. Dit maakt kwaliteitszorg tot een noodzakelijke activiteit. Het uitvoeren van de in deze bijdrage besproken zelfevaluatie kwaliteitszorg vervolgoopleidingen is een nuttig hulpmiddel dat past binnen de professionele traditie van en verantwoordelijkheid voor het zelf bewaken en verbeteren van de kwaliteit van de geboden vervolgoopleidingen, en daarmee van de zorg.

Literatuur

1. Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Bereidheid tot verandering. 's-Gravenhage; maart 1987. [Committee on the Organisation and Financing of Health Care. Readiness for change].
2. College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG). Eindrapport Projectgroep Kwaliteitsindicatoren, Utrecht: CBOG;

2009. [Board for Health Care Professions and Education (CBOG). Final report of the Project Group on Quality Indicators].

3. Werkgroep MSRC. Notitie Kaders voor visitatie nieuwe stijl. Utrecht: MSRC; 2010. [MSRC Working Group. Framework for a new style visitation].

De auteur:

Mevr. dr. M.J.M.H. (Kiki) Lombarts is onderzoeker en werkzaam in het AMC, afdeling Kwaliteit en Procesinnovatie, Amsterdam.

Correspondentieadres:

Mevr. dr. M.J.M.H. Lombarts, AMC, afdeling Kwaliteit en Procesinnovatie, Meibergdreef 9, postbus 1100 DD, Amsterdam, A3-503. E-mail: m.j.lombarts@amc.uva.nl

Belangenconflict: geen gemeld

Financiële ondersteuning: geen gemeld