

Accreditatie: wat moeten we ermee?



Nicole Freling

In dit stuk zullen de volgende punten aan de orde komen:

1. De procedure
2. Vergelijking met andere verenigingen van medisch specialisten in Nederland
3. Vergelijking met Europese/internationale procedures
4. Kwaliteitsbewaking
5. Sancties
6. Zin en onzin van accreditatie; de toekomst

De procedure

Accreditatie of CME (Continuing Medical Education) is een direct gevolg van de Wet BIG (1996), waarin is vastgelegd dat voor herregistratie (ingevoerd in 1991) van artsen/specialisten bij- en nascholing verplicht is. Echter, al ver voor die tijd was het gebruikelijk dat medici zich regelmatig lieten bijscholen tijdens cursussen en congressen in binnen- en buitenland (voor de radiologie bijvoorbeeld de RSNA en de AFIP).

Sinds begin 1980 zijn door diverse verenigingen van medisch specialisten verschillende, min of meer op elkaar gelijkende, systemen bedacht en ontwikkeld die tot doel hebben de nascholing zo goed mogelijk te regelen voor de gebruikers [1]. Enerzijds organiseerden wetenschappelijke verenigingen een gevarieerd aanbod van bij- en nascholing voor de eigen beroepsgroep, waarbij de nadruk lag op nationale activiteiten (NVK - Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde; NHG – Nederlands Huisartsengenootschap), anderzijds waren er beroepsgroepen die inventariseerden wat er zoal op de nationale en internationale podia te krijgen was (NVvR - Nederlandse Vereniging voor Radiologie; NVKNO - Nederlandse Vereniging KNO en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied; NVvP - Nederlandse Vereniging voor Pathologie). Een puntensysteem werd onafhankelijk van elkaar ontwikkeld, waarbij aanvankelijk de aantallen punten grote verschillen toonden, zowel per activiteit als wat het totaal aan benodigde punten over een bepaalde periode betreft.

Binnen de NVvR is gekozen voor een inventariserende opstelling. De Commissie Accreditatie van de NVvR is begonnen met het aanleggen van een lijst met de meest bezochte/bekende, jaarlijks weerkerende radiologische congressen en cursussen in binnen- en buitenland. De commissie besloot op grond van de beschikbare definitieve programma's te beoordelen of een CME-activiteit een relatie heeft met de radiologie in engere of bredere zin. Als punteenheid werd vanaf het begin gekozen voor 1 uur scholing = 1 punt, en tevens werd een totaal aantal punten van minimaal 200 vastgesteld voor een periode van vijf jaar. Dit zou dan mooi kunnen aansluiten op de herregistratieperiode. Pauzes worden niet meegeteld. In de loop der jaren is de lijst langzaam uitgebreid met hulp van enthousiaste leden. Zij kunnen zelf een

verzoek doen om bij- en nascholingsactiviteiten op nationaal en internationaal niveau te laten accrediteren – ook achteraf, nadat zij het congres of de cursus hebben bezocht, door een verzoek met een definitief programma op te sturen aan het secretariaat van de vereniging.

Er werden twee categorieën ingesteld: de primair voor radiologen georganiseerde congressen en cursussen en de 'afgeleide' activiteiten, die varieerden van multidisciplinaire congressen (bijvoorbeeld de International Head and Neck Oncology Meeting) tot internetbijscholing en organisatiegerichte activiteiten (bijvoorbeeld managementcursussen), maar ook de regionale refereravonden. Activiteiten die geen enkele relatie met de radiologie hebben werden niet voor accreditatie aangemerkt (bijvoorbeeld een bijeenkomst van vrouwelijke artsen in Nederland). Tot op heden worden publicaties in de wetenschappelijke tijdschriften ook met enkele punten beloond.

De NVvR heeft, op uitdrukkelijk verzoek van haar leden, gekozen voor een systeem waarin punten niet centraal geregistreerd worden. Iedere radioloog houdt zelf zijn/haar CME-punten bij en overlegt de gegevens desgewenst tijdens de herregistratieprocedure. Er zijn (nog) geen sancties voor diegenen die niet (kunnen) voldoen aan de spelregels.

Hoe gaat het bij andere Nederlandse verenigingen van medisch specialisten toe?

De NVKNO heeft enquêtes onder haar leden gehouden over de bezochte CME-activiteiten en het behaalde aantal punten. Sinds 1993 is het responspercentage opgelopen van 75 naar 93, waarbij het percentage KNO-artsen dat de vereiste punten behaalde toenam van 53 in 1993 naar 96 in 2002. De 4% uitval bleek gedeeltelijk het gevolg van 'slordige administratie' te zijn; de rest zou op korte termijn de werkzaamheden beëindigen en daarom niet in aanmerking komen voor herregistratie/accreditatie.

De NVvP registreert centraal de behaalde punten, maar niet alle leden doen hieraan mee. De gegevens zijn voor de leden openbaar. Er zijn geen sancties.

Hoe gaat het toe bij de buitenlandse radiologische beroepsverenigingen en in Europees verband?

Hierover is bij ons weinig bekend. Engeland heeft al zeven jaar een verplichte accreditatie. Ook in België bestaat al lang de accreditatieverplichting. In België zijn een paar jaar geleden de publicaties in wetenschappelijke tijdschriften uit de lijst van CME-activiteiten geschrapt. Argumenten waren onder andere het feit dat een publicatie zoveel tijd vergt, dat dit nooit uitgedrukt kan worden in een reëel puntenaantal. Ook is hun mening dat iemand die heel veel weet van een bepaald onderdeel van het vak, zich juist zou moeten bijscholen in andere onderdelen. Ook werd de definitie van CME beperkt: strikt werd de hand gehouden aan een zichtbare relatie tot het vak radiologie. Uit Italië, Frankrijk en Duitsland hebben wij geen informatie.

Kwaliteitsbewaking

Wat nu zou moeten gebeuren is: een betere afstemming tussen de kwaliteit van het gebodene en het te behalen aantal punten, waarbij daadwerkelijk effect van het geleerde op het professionele gedrag aantoonbaar is. Over het meten van de kwaliteit van congressen en cursussen wordt in de internationale literatuur steeds meer gerapporteerd: het 'collegezaalmodel' blijkt, niet geheel onverwacht, de minst effectieve methode te zijn voor het overbrengen van kennis.

Het induceren van meetbare gedragsveranderingen na CME is het grootst na 'onderwijs in kleine groepen' (maximaal 30-40 personen) tijdens cursussen over specifieke onderwerpen. Factoren die dit effect verklaren zijn onder andere de grotere sociale controle binnen kleine groepen (iedereen is van begin tot eind bij de cursus aanwezig) en de mogelijkheid tot discussie, waarbij eigen ervaringen besproken kunnen worden met de sprekers en de cursisten [2,3]. Ook is een toets vooraf en na afloop van grote waarde.

Maar is een congres-/cursusbezoeker een 'betere' professional dan iemand die tijdens de dagelijkse werkzaamheden of in zijn/haar vrije tijd de literatuur bijhoudt? Hoe gaan we deze

verschillen opnemen in het bestaande puntensysteem? Is dat mogelijk? Waarom wel, waarom niet? Heeft het consequenties? Hierbij kan worden opgemerkt, dat de maatschappij behoefte heeft aan controleerbare (en meetbare), dus aantoonbare bijscholing. Het is niet zo dat a priori een congres/cursus meer effect heeft op het professionele handelen dan het bijhouden van de literatuur, maar dit laatste is niet gemakkelijk controleerbaar en voldoet derhalve niet.



Refereren LUMC

De KNMG is druk bezig een centraal accreditatiesysteem op te zetten. Het belangrijkste doel is om het voor Nederlandse aanbieders van CME-activiteiten gemakkelijker (en goedkoper) te maken accreditatie aan te vragen. Tot nu toe was het namelijk gebruikelijk dat CME-aanbieders bij alle betrokken wetenschappelijke verenigingen (WV) verschillende aanvraagformulieren moesten indienen en tevens moesten betalen (variabel van 250 tot 750 € per aanvraag) bij het aanvragen van accreditatie. Dat een dergelijke praktijk gestroomlijnd wordt is logisch, waarbij de kosten zowel voor de aanbieder als voor de gebruiker kunnen worden gereduceerd en de administratie tot redelijke proporties kan worden teruggebracht. Het idee is om voor een multidisciplinaire bijeenkomst aan de WV van de belangrijkste doelgroep een verzoek tot accreditatie te richten en eenmalig te betalen. Het door die doelgroep toegekende aantal punten is dan voor alle deelnemers van toepassing. Dit is met name van belang voor de kleinere WV's, die moeilijk in hun eigen CME-quota kunnen voorzien. De NVvR genereert zelf voldoende (intern kosteloze!) CME-activiteiten voor haar leden, waardoor dit nieuwe systeem geen voordelen lijkt te hebben voor de radiologen.

Het Accreditatie Overleg (= de vroegere Federatie Werkgroep Accreditatie), waarin alle WV's afgevaardigd zouden moeten zijn, zal zich in eerste instantie alleen bezighouden met CME binnen onze landsgrenzen. Het valt op hoeveel verenigingen hechten aan de bijscholing in eigen land (o.a. kinderartsen, MDL-(maag-darm-lever)artsen, huisartsen), of dat dit zelfs verplicht gesteld is. Maar de beperking tot uitsluitend Nederlandse activiteiten schoot veel andere WV's, waaronder de NVvR, in het verkeerde keelgat. Daarom blijft de mogelijkheid open voor WV's om de eigen buitenlandse CME-activiteiten te accrediteren en zo naast het Accreditatie Overleg haar eigen punten te blijven bepalen en daarmee dus ook hun invloed te behouden op de kwaliteit van de geaccrediteerde nascholing. Alleen in geval van binnenlandse, multidisciplinaire (of 'algemeen medische', bijvoorbeeld gezondheidsrecht, DBC-overleg, medische ethiek, management) bijeenkomsten wordt het bovenbeschreven voorstel van kracht. Een ander argument om te komen tot centrale accreditatie is, dat het t.z.t. voor de MSRC gemakkelijker zal zijn de kwaliteit van de CME te meten bij de herregistratie: alles wat goedgekeurd is door het Accreditatie Overleg zal zonder meer geaccepteerd worden. Het accrediteren van buitenlandse cursussen en congressen zal in goed overleg met de MSRC ook in de toekomst mogelijk (moeten) kunnen blijven, maar dit onderwerp is nog niet uitgewerkt.

Sancties

Inmiddels heeft het CCMS (Centraal College Medisch Specialisten) besloten accreditatie verplicht te stellen t.b.v. de herregistratie van medisch specialisten (mondelijke mededeling d.d. 14 november 2003). Eventuele gevolgen voor diegenen die niet (kunnen) voldoen aan de spelregels zullen in eerste instantie tijdens de visitaties worden besproken.

Zin en onzin van accreditatie – de toekomst

Wie van onze vakgenoten doet mee aan de accreditatie, wie niet en waarom is dat zo? Het is voor ons, de Commissie Accreditatie en het bestuur van de NVvR, volkomen duister. Het zou interessant zijn om te kunnen inventariseren welke activiteiten het meest bezocht worden in het licht van de literatuur over de effectiviteit van CME. In de, in taaie ambtelijke taal gestelde, stukken uit 2002-2003 van de KNMG wordt frequent gesproken over kwaliteit en toetsing, maar een definitie van deze begrippen ontbreekt. Als er in de wandelgangen (bijvoorbeeld tijdens de Radiologendagen) over kwaliteit gesproken wordt, blijkt dit een moeilijk hanteerbaar begrip: men blijft steken in een persoonlijke definitie, die door anderen weer even zo genuanceerd wordt afgebroken in emotionele discussies. Het meten van kwaliteit is een gecompliceerde actie, waar wij op dit moment nog niet aan toe zijn. Toch moeten we iets met die accreditatie. Het opzetten van een accreditatiesysteem is bedoeld om de kwaliteit van ons geleverde product te verhogen. Maar is dit de enige manier om dat resultaat te behalen (zie het commentaar van huisarts Sjoerd Hobma [4]? Inmiddels blijkt het behalen van accreditatiepunten verplicht gesteld te worden voor alle medische specialisten, waardoor de vraag 'wat moeten we ermee' niet meer zo relevant is. Naarmate het aanbod van CME-activiteiten in binnen- en buitenland groter wordt, is het van belang te streven naar een hanteerbare definitie van wat wij verstaan onder kwaliteit. Ook zou een definitie over de 'breedte' van ons vak niet onwelkom zijn t.b.v. het in de toekomst accrediteren van CME voor medische specialisten. Immers, de verplichting tot bijscholing werkt een bloeiende cursus- en congresindustrie in de hand, waarbij het goed is vooraf onze kaders te bepalen. De hierboven geschetste ontwikkelingen zijn niet door een commissie alleen te 'behappen'. Het wordt tijd voor een kritische dialoog met de leden over de voortgang van de accreditatie, het ontwikkelen van (objectieve) kwaliteitseisen van de CME en de toetsing van de effecten van deze energie-, tijd- en geldverslindende professionele activiteiten.

Mw. dr. N. Freling – voorzitter Commissie Accreditatie

Literatuur

- 1 Stoelinga GBA, Schulpen TWJ. Accreditatiebeleid. Med Contact 2001;56(38).
- 2 O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA, Herrin J. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane review). Cochrane Library, Issue 4, 2003.
- 3 Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? JAMA 1999;292:867-74.
- 4 Hobma S. Het systeem voor accreditering is aan verbetering toe. Huisarts Wetensch 2003;46:298.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.