

# Het systeem voor accreditering is aan verbetering toe

Sjoerd Hobma

Het verzamelen van accrediteringspunten is als het sparen van zegeltjes bij de supermarkt: gaandeweg sprokkel je ze wel bij elkaar, maar als je een vol boekje inlevert, is het maar de vraag of je er iets beter van wordt. Het doel van accreditering is de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg te garanderen en te verbeteren door huisartsen te stimuleren onderwijs te volgen. Maar wordt die kwaliteit ook echt beter? Dat is niet aangetoond, en waarschijnlijk werkt het systeem zelfs helemaal niet.

Dat falen van het accreditatiesysteem hangt nauw samen met de geringe effectiviteit van nascholing,<sup>1-4</sup> en het feit dat een huisarts zich vaak niet naschoolt over onderwerpen waarover hij weinig weet.<sup>5</sup> Aan de samenstelling van het nascholingsprogramma besteedt het accrediteringssysteem immers geen aandacht.

Nieuwe kennis toepassen vergt verandering van gewoonten, medewerking van praktijkmedewerkers en patiënten en soms ook een andere praktijkorganisatie. Het zijn de verbeteringen in de dagelijkse patiëntenzorg waar het om te doen is. Het accrediteringssysteem let echter niet op verbetering van die dagelijkse zorg, het richt zich slechts op controle van de aanwezigheid van de dokter bij nascholingen.

De invoering van de nieuwe NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 is een mooi voorbeeld. Huisarts A bestudeert de standaard, voert die in zijn praktijk in en is daarmee dik een week bezig, maar heeft dan nog geen punt verdiend.<sup>6</sup> Huisarts B gaat een week op skivakantie met nascholing over hetzelfde onderwerp en heeft zo simpel de helft van zijn jaarlijkse zegeltjes binnen. In zijn praktijk is intussen nog niets gebeurd. En als het hem bevalt, doet hij dat volgend jaar weer. Zolang het mogelijk is geaccrediteerde nascholingen te volgen zonder er in de dagelijkse praktijk iets mee te doen, faalt het systeem.

Het huidige accrediteringssysteem stuurt voor een belangrijk deel de praktijk van onze nascholing. Klassieke nascholingen worden gestimuleerd, want juist daar ontbreken de accrediteringspunten zelden, terwijl ze nauwelijks effect hebben.<sup>1-4</sup> Activiteiten in de eigen praktijk worden daarentegen niet gestimuleerd, want het is te tijdrovend en te duur om die geaccrediteerd te krijgen. Zo is er een systeem ontstaan dat zich concentreert op bijzaken in plaats van op hoofdzaken. Nascholing is slechts het middel om de kwali-

teit van zorg te verbeteren, maar het is een doel op zichzelf geworden. En al die nascholing en registratie kosten bovendien veel tijd en geld, en dat zijn schaarse middelen in onze gezondheidszorg.

Kortom, er moet een nieuw systeem komen. De basisgedachte moet dan zijn dat de overgrote meerderheid van de huisartsen voldoet aan de eisen die maatschappij en beroepsgroep stellen. In een nieuw systeem moet deze grote groep niet gecontroleerd maar ondersteund worden. Belangrijk is dat de activiteiten plaatsvinden binnen en niet buiten de praktijk. Er moet aandacht zijn voor het kiezen van de inhoud van de activiteiten, bijvoorbeeld door toetsing of een curriculum, afgeleid van een nieuw takenpakket. Voor de herregistratie wordt in de loop der tijd een overzicht gemaakt van al die activiteiten, veranderingen en toetsing. Op basis van die belangrijke informatie kan vervolgens een beslissing worden genomen, en niet één redelijk werkende huisarts zal daar problemen mee ondervinden. Geen losgekoppelde onafhankelijke accrediteringsorganisatie dus, maar een systeem dat de dagelijkse praktijk volgt.<sup>7</sup> Hoe heeft de huisarts zijn programma samengesteld? Heeft dat gewerkt? Een systeem dat hierin inzicht geeft en toetst waar het werkelijk om gaat, namelijk de professionele vaardigheid om de geboden zorg aan te passen aan veranderende wensen en inzichten. De beslissing over herregistratie is dan eindelijk gebaseerd op de mate waarin de huisarts daarin slaagt.

## Literatuur

- 1 Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. *JAMA* 1995;274:700-5.
- 2 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;282:867-74.
- 3 Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ* 1995;153:1423-31.
- 4 Thomson 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). *The Cochrane Library*, Issue 4, 2001. Oxford: Update Software.
- 5 Tracey JM, Arroll B, Richmond DE, Barham PM. The validity of general practitioners' self assessment of knowledge: cross sectional study. *BMJ* 1997;315:1426-8.
- 6 Valk GD, Blankenstein AH. Hoeveel tijd kost toepassing van de herziene NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2? *Huisarts Wet* 2000;43:151-4.
- 7 Wilkinson TJ, Challis ME, Hobma S, Newble DI, Parboosingh IJ, Sibbald R.G, et al. The use of portfolio's for assessment of the competence and performance of doctors in practice. *Med Education* 2002;36:918-24.

## Auteursgegevens

Sj. Hobma, Capaciteitsgroep huisartsgeneeskunde, UM, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

Correspondentie: sjoerd.hobma@HAG.unimaas.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.