

Verlag bijeenkomst CGS-commissie herregistratie

LOCATIE

Domus Medica, Utrecht

DATUM

2 december 2013

AANWEZIG

CGS: Ted van Essen en Vivienne Schelfhout

KNMG: Rutger Jan van der Gaag, Lode Wigersma, Marlies de Rond en Nannet Alkema

RGS: Bas Schreuder, Renée Weersma, Hein Brackel, Reinier Braams en Milena Babović

OMS: Jan Fossen

NVAB: Herman Spanjaard en Peter Coffeng

LAD: Sandra Stalmeier

NHG: Rob Dijkstra

LHV: Paulus Lips

Accreditatie Overleg: Piet Verhagen en Michiel Wesseling

IGZ: Marijke Prins

CGS-commissie herregistratie: Edith ter Braak, Marc Soethout, Sietze Ypma en Florine Vinkesteyn

1. Opening

Van Essen opent met een woord van welkom te 18.30 uur de bijeenkomst, die is gewijd aan de opzet voor een vernieuwd stelsel van herregistratie van geneeskundig specialisten/profielartsen. Bedoeling van de bijeenkomst is om de opvattingen over herregistratie zoals die zich nu binnen het CGS ontwikkeld hebben, te toetsen aan de inzichten van partijen die hier rechtstreeks bij betrokken zijn.

2. Toelichting position paper herregistratie CGS (versie 1, d.d. 26 november 2013)

Mw. Ter Braak wijst eerst op de missie die de KNMG indertijd heeft geformuleerd: "Voor verantwoorde zorg". Zij verstaat daaronder zowel zorg die mensen nodig hebben en die veilig is, als zorg waar artsen verantwoording over afleggen en waar ze verantwoordelijkheid voor nemen.

- Hierna merkt zij op dat de Nederlandse maatschappij nu te veel verwacht van het huidige herregistratiesysteem. Ook zijn er uiteenlopende wensen van wetenschappelijke verenigingen gegroeid, en zijn er meerdere kwaliteitskaders opgesteld, o.a. door de KNMG, de Orde en de IGZ.

- Herregistratie houdt in dat aan individuele specialisten de bevoegdheid wordt toegekend om hun beroep te blijven uitoefenen. Daarbij wordt op drie punten getoetst: regelmatige uitoefening van het specialisme, voldoende deelname aan deskundigheidsbevordering, en (althans bij de meeste specialismen) deelname aan de kwaliteitsvisitatie van de eigen wetenschappelijke vereniging. Er staat hierbij veel op het spel voor patiënten, werkgevers, en degenen die hun bevoegdheid willen behouden. Kenmerk van de toetsingsprocedure is dat ze op vrij grote afstand van de feitelijke werkelijkheid staat, waardoor alleen een globaal beeld wordt verkregen.

- De commissie heeft inmiddels aangescherpte doelen voor herregistratie geformuleerd: borgen van de individuele deskundigheid als voorwaarde voor het verlenen van de bevoegdheid tot het uitoefenen van het beroep (in "onderwijstaal": bevoegd=bekwaam), en bevorderen van de kwaliteit van de

zorg voor zover die beïnvloed wordt door de deskundigheid en het functioneren van de beroepsbeoefenaar, zowel individueel als in een team.

- Ook heeft de commissie een aanzet gegeven tot een vernieuwd systeem in de vorm van een onderling samenhangend stelsel van vier eisen, waarmee de doelen kunnen worden bereikt. Daarbij gaat het om: verrichten van voor het specialisme relevante werkzaamheden, voldoende deskundigheidsbevordering/nascholing, deelname aan een systeem van evaluatie van het individueel functioneren van de specialist (dat moet leiden tot een POP), en deelname aan een systeem van evaluatie van het functioneren van het team waarin de specialist werkt, en van de kwaliteit van de door het team geleverde zorg.

- Voor het borgen van de individuele deskundigheid (bevoegd=bekwaam) heeft de commissie geen betere instrumenten kunnen vinden dan de huidige twee: verrichten van relevante werkzaamheden, en voldoende deskundigheidsbevordering. De vraag is dan wel wat "relevant" in dit verband inhoudt. Bovendien kan dat tijdens de loopbaan van een specialist veranderen: het komt vaak voor dat deze in de beginjaren het vak in de volle breedte uitoefent, en zich in latere jaren meer richt op specifieke onderdelen. Verder moet deskundigheidsbevordering voldoen aan kwaliteitseisen. Daar wordt bij de accreditatie op gelet, maar het lijkt nuttig om ook eens te laten kijken naar de kwaliteit van de accreditatieprocedure zelf.

- Nu de commissie voorstelt om hiernaast ook twee eisen te hanteren die gericht zijn op het bevorderen van de kwaliteit van de zorg, ziet ze geen reden om nieuwe minimumnormen te stellen voor de omvang van de relevante werkzaamheden en de deskundigheidsbevordering.

- De derde verlengingseis zou vorm moeten krijgen door deelname van de specialist aan een systeem van evaluatie van zijn individueel functioneren. Bij de vierde eis (evaluatie van het team en van de kwaliteit van de zorg) kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een kwaliteitsvisitatie van de wetenschappelijke verenigingen, mits deze aan een aantal nader te stellen eisen voldoet.

- Voor de inhoudelijke kwaliteitsborging denkt de CGS-commissie aan borging door middel van een professioneel kader met een gespecificeerde set van plichten van de specialist, zodat duidelijk is wat er op dit punt van specialisten wordt verwacht. Er zijn al documenten die in deze richting gaan, zoals de KNMG-gedragsregels voor artsen, maar deze voldoen nog niet helemaal aan het kader dat de commissie voor ogen heeft. Aangezien het om herregistratie gaat, ligt het voor de hand om het professioneel kader naar vorm en opzet te laten aansluiten bij het CanMeds-model. Omdat dit model is gemaakt voor de medische opleidingen, is het nog wel de vraag of het voldoende kracht heeft voor herregistratie van specialisten die het beroep al zelfstandig uitoefenen. Een kader in het verlengde van het CanMeds-model past wel goed in het belangrijke concept van levenslang leren (opleidingscontinuüm). Is eenmaal een professioneel kader opgesteld, dan moet het regelmatig aangepast worden aan actuele inzichten.

- Ook is er nog de vraag of bij het formuleren van regelgeving onderscheid moet worden gemaakt naar de context waarin een specialist werkt: een maatschap van medisch specialisten in een ziekenhuis, solist-huisarts op het platteland, bedrijfsarts bij een Arbodienst, e.d.

- De commissie vindt niet dat de uitkomst van de individuele kwaliteitsvisitatie mede-bepalend moet zijn bij de vraag of herregistratie kan worden verleend, maar deelname aan deze visitatie zou wel verplicht moeten zijn. Wordt er toch niet aan deelgenomen, dan leidt dat er in het algemeen toe dat de betreffende specialist niet wordt geherregistreerd. Ook deelname aan de kwaliteitsvisitatie van het team als geheel en van de geleverde zorg zou verplicht moeten zijn. In het verlengde hiervan vindt de commissie dat iedere werkzame specialist in een groep zou moeten functioneren, alleen al omdat deze dan over een vangnet beschikt, wat volgens de commissie nodig is om goed te kunnen functioneren.

- Ten slotte is er de vraag hoe het stelsel van herregistratie zich verhoudt tot (mogelijk) disfunctioneren van een specialist. De commissie herkent dat de herregistratieprocedure niet bedoeld en ook niet geschikt is om disfunctioneren op te sporen, omdat er dan veel "vals-positieve" uitslagen verwacht kunnen worden, wat steeds blijkt bij bevolkingsonderzoeken die op één ziekte zijn gericht, zoals het onderzoek naar borstkanker. De commissie vindt wel dat een onderbouwd vermoeden van disfunc-

tioneren aanleiding zou moeten zijn om een gevalideerde en betrouwbare onderzoeksprocedure in werking te zetten, globaal te vergelijken met de procedure die al operationeel is in het Verenigd Koninkrijk. Een logisch gevolg van eenmaal vastgesteld disfunctioneren zou moeten zijn, dat de betrokken specialist niet geherregistreerd wordt. Wellicht zou dit al het gevolg moeten zijn als er een goed onderbouwd vermoeden van disfunctioneren is. Het zou ook dienstig zijn als de diverse registratiesystemen (BIG-register en registers van geregistreerde specialisten/profielartsen) aan elkaar gekoppeld worden.

3. Discussies

Aan de hand van de gehouden inleiding discussiëren de aanwezigen in drie groepen over drie onderwerpen: professioneel kader, flankerende kwaliteitsborging, en disfunctioneren.

4.a. Terugkoppeling discussies: groep professioneel kader

- De groep professioneel kader onderschrijft dat een specialist zich naar buiten toe hoort te verantwoorden, maar stelt ook vast dat nu nog niet helder is op welke punten de buitenwereld verantwoording verwacht, en dat het de vraag is of de voorgenomen veranderingen in de huidige systematiek de problemen met verantwoording naar buiten toe zullen oplossen. Bovendien moet nog worden nagegaan wat er nodig is om de slag naar het voorgenomen nieuwe stelsel te maken, en is nog niet duidelijk wat het precies betekent als een specialist niet aan herregistratie-eisen voldoet. Moet deze dan worden beschouwd als een disfunctionerende specialist? In dit verband vraagt de groep zich ook af of het hanteren van het professioneel kader bij zelfreflectie of 360°-feedback daadwerkelijk iets zal opleveren voor de circa 5% van de specialisten voor wie dit nodig zou zijn.

Al met al vindt de groep dan ook dat meer onderzoek nodig is. Zo zal samen met externe partijen nagegaan moeten worden wat nodig is om de externe verantwoording goed te borgen, en zal intern moeten worden bekeken hoe een zodanig systeem kan worden opgezet dat een professional die aan de criteria voldoet, zich daar ook goed bij voelt.

- Er komt een aantal punten op tafel:

- Van feedback is inmiddels bewezen dat het effectief is voor verandering van gedrag en gaan deelnemen aan deskundigheidsbevordering, en dus helpt voor het optimaliseren van de performance van professionals.

- Een belangrijke aanleiding voor het instellen van de commissie herregistratie was, dat de huidige systematiek van herregistreren niet meer aansluit bij het huidige opleidingssysteem. Ook komen er signalen van de overheid dat het niet meer hoort voor te komen dat iemand nog geherregistreerd wordt terwijl hij in feite disfunctioneert. Het huidige registratiesysteem functioneert op zichzelf nog wel redelijk, maar er moeten meer kwaliteitseisen aan gesteld worden, het moet objectiever worden, en er moet een regeling komen voor disfunctioneren. Dit laatste is overigens geen taak van het CGS.

- In de huidige opleidingseisen is voorzien in het aankweken van vaardigheden op het vlak van communicatie en samenwerking. Door bij de vernieuwing van de herregistratie uit te gaan van het Can-Meds-model, worden die vaardigheden ook in de herregistratie-eisen opgenomen.

- De vereniging voor arbeids- en bedrijfsgeneeskunde heeft inmiddels het standpunt ingenomen dat visitatie en een individueel verbeterplan alleen kunnen worden gezien als educatieve middelen om de kwaliteit van het functioneren te verbeteren. Het leggen van een bodem, waardoor disfunctionerende artsen ("rotte appels in de mand") zichtbaar zouden worden, is volgens de NVAB niet te doen met de huidige herregistratiesystematiek. Dit wordt door mw. Ter Braak beaamd: het is inderdaad technisch onmogelijk om een zo specifiek toetsingsinstrument te ontwerpen dat het zowel de "rotte appels" uit de mand haalt als de kwaliteit bevordert. De commissie herregistratie heeft daar een aantal deskundigen over bevraagd, en steeds dit antwoord gekregen. Daarom vindt de commissie

dat het opsporen van disfunctioneren geen deel zou moeten uitmaken van een vernieuwd herregistratiesysteem.

- Geopperd wordt om bij een vermoeden van disfunctioneren van een lid van de groep ook eerst eenvoudige vragen te stellen, zoals: zouden de overige leden van de groep hun eigen moeder, vader of kind willen laten behandelen door dat ene groepslid, en willen zij nog langer met dat ene groepslid in één maatschap zitten? Ook wordt er in dit verband op gewezen dat in de medische vervolgoopleidingen nu wel veelvuldig KPB's worden gebruikt als feedback-instrument, maar anderzijds ook blijkt dat KPB's niet geschikt zijn om zicht te krijgen op eventueel disfunctioneren van aios.

4.b. Terugkoppeling discussies: groep flankerende kwaliteitsborging

- Deze groep ziet borging van kwaliteit bij de evaluatie van het individueel functioneren van de specialist als kern van de voorgenomen vernieuwing van de herregistratie. De specialist maakt dan naar aanleiding van de evaluatie een POP, en gaat binnen zijn groep na hoe hij dat plan kan uitvoeren. Na verloop van tijd wordt geëvalueerd of de specialist aan het POP heeft voldaan. Verder vindt de groep dat borging van de kwaliteit van de visitatie-instrumenten een taak is voor de verenigingen die de wetenschappelijke verenigingen overkoepelen. Dit zou moeten gebeuren op basis van door iedereen gedeelde criteria/normen, maar met oog voor de verschillen tussen beroepsgroepen. Het is verder aan de Registratiecommissie om toezicht te houden op het hele herregistratiesysteem.

De groep constateert dat het de bedoeling is om te toetsen op basis van het CanMeds-model, maar dat op dit moment een groot deel van de beroepsgroep niet bekend is met dit model. Ook moet er voldoende aanbod van geaccrediteerde nascholing zijn om alle CanMeds-competenties (dus niet alleen de competentie medisch handelen) verder te ontwikkelen. Verder zal het toetsingsysteem evidence-based moeten zijn, en vervolgens verder ontwikkeld moeten worden op basis van een regelmatige evaluatie van de werking van het nieuwe herregistratiesysteem.

- In aansluiting hierop worden in de bijeenkomst enige opmerkingen geplaatst:

- In de Registratiecommissie zijn inmiddels goede ervaringen opgedaan met het werken in één commissie die zowel medisch specialisten als huisartsen als sociaal-geneeskundigen bestrijkt. Daarom wordt de gedachte geopperd om niet alleen de eigen beroepsgroep de kwaliteitstoetsing te laten doen, maar daar ook andere beroepsgroepen bij te betrekken, zodat bijvoorbeeld een huisarts kijkt naar een chirurgische praktijk, en omgekeerd. Daarbij wordt wel aangetekend dat de beroepsgroep waar de toetsing plaatsvindt, in staat moet zijn om zelf aan te geven wat haar standaard is. De toetsing kan dan het beste plaatsvinden op basis van de gedeelde criteria/normen.

- Binnen huisartsgeneeskunde worden nu KBA's ontwikkeld, als instrument voor toetsing aan de CanMeds-normen in de opleiding tot huisarts. Het lijkt goed om ditzelfde te doen voor de medisch-specialistische en de sociaal-geneeskundige opleidingen.

4.c. Terugkoppeling carrousel-discussies: groep disfunctioneren

- Deze groep vindt eveneens dat het opsporen van disfunctioneren niet thuishoort in de herregistratieprocedure, maar in een juridisch kader moet worden geplaatst, waarbij de werkgever en de overige omgeving een belangrijke taak hebben. Ook moet er een regeling komen waarbij wordt voorkomen dat een specialist die door zijn werkgever is ontslagen wegens disfunctioneren, een paar maanden later toch wordt geherregistreerd. Misschien moet er voor zulke gevallen de mogelijkheid komen om herregistratie onder voorwaarden te verlenen, zoals de voorwaarde dat de specialist onder supervisie gaat werken.

De groep vindt verder dat de visitatie wat minder vrijblijvend moet worden dan nu nog het geval is, bijvoorbeeld door er bepaalde consequenties aan te verbinden. Daarnaast vindt de groep dat de visitatieresultaten niet openbaar horen te zijn, en dus ook niet in een voor derden toegankelijk register moeten worden opgenomen. Als toch wordt besloten tot meer openbaarheid, moeten gevoelige

gegevens goed worden afgeschermd en duidelijke criteria gelden voor de vraag wie toegang tot zo'n register heeft.

- Naar aanleiding van deze rapportage komen er een aantal punten naar voren:
 - Bepleit wordt om het herregistratieregister en het BIG-register zodanig aan elkaar te koppelen, dat het in het openbare BIG-register zichtbaar wordt als een arts niet langer als specialist is geregistreerd. Aangetekend wordt daarbij dat ook nu al bij het RGS-bureau gevraagd kan worden of een arts als specialist is geregistreerd, maar de RGS-registers zijn bij het Nederlandse publiek waarschijnlijk minder bekend dan het BIG-register. Verder wordt erop gewezen dat ook bij de vermelding in het BIG-register de specialisatie van betrokkene is aangetekend. Punt is alleen dat de zoekfunctie van dit register niet zo goed werkt.
 - Gezien de ingrijpende gevolgen van het kwijtraken van de registratie zou het mogelijk moeten zijn dat als in het kader van een herregistratietraject blijkt dat een specialist coaching nodig heeft, dit traject voorlopig wordt opgeschort. Ook kan worden gedacht aan het Britse systeem, waarbij in geval van vermoeden of vaststellen van disfunctioneren een melding uitgaat naar een of andere instantie die verder onderzoek kan gaan doen. Op dit punt wordt verwezen naar de regelingen zoals die er nu zijn in de jeugdzorg.
 - Disfunctioneren is in het algemeen een langer durend proces, waar collega's, werkgever en overigen uit de directe omgeving bij betrokken zijn. Vooral bij hen ligt dan ook de verantwoordelijkheid om iets te doen aan het disfunctioneren, hoewel het de taak van de RGS blijft om al dan niet tot herregistratie te besluiten. Daartegenover wordt ertegen gewaarschuwd om sterk in te zetten op een belangrijke rol van de directe omgeving, want in het algemeen is die al vergroeid met het disfunctioneren. Bovendien heeft de omgeving er vaak belang bij dat betrokkene kan blijven werken.
 - Er wordt op aangedrongen om te omschrijven wat precies onder "disfunctioneren" moet worden verstaan. Nu is dat nog een amorf begrip, dat bij voorbeeld wordt aangevoerd als een Arbodienst een bedrijfsarts wil ontslaan omdat de opdrachtgever vindt dat de arts niet efficiënt genoeg werkt en daarom dreigt te vertrekken bij de Arbodienst, terwijl de arts wél uitstekend werkt bij de begeleiding van zieke medewerkers. Misschien is het zelfs beter om alleen nog over "functioneren" te spreken, en vooral te letten op aspecten waarin heel wat artsen nog tekort schieten, namelijk samenwerken en feedback op elkaar geven.
 - Daaraan wordt toegevoegd dat disfunctioneren altijd moeilijk objectiveerbaar is, en daarom vaak zeer subjectief wordt ingevuld, mede afhankelijk van degene die de specialist beoordeelt, en van de context waarin de specialist werkt. Het arbeidsrecht en het ambtenarenrecht kennen dan ook waarborgen voor degene die niet goed functioneert: hij moet daar concreet op aangesproken worden en de werkgever moet betrokkene zorgvuldig begeleiden naar beter functioneren. Herregistratie is altijd een moment-opname, en het onthouden van herregistratie heeft consequenties die veel verder gaan dan de maatregelen die in het arbeidsrecht zijn opgenomen.

5. Afsluiting

- Van patiënt-zijde kan een belangrijke inbreng worden geleverd in het nieuwe systeem dat voor ogen staat. Helaas waren patiënten-vertegenwoordigers verhinderd om vanavond aanwezig te zijn. Hetzelfde geldt voor aios-vertegenwoordigers.
- Het is de bedoeling om op vrij korte termijn concept-regelgeving op tafel te leggen. In het komende voorjaar wordt waarschijnlijk opnieuw een bijeenkomst over dit thema belegd, wellicht in een nog wat groter verband dan vanavond.

Sluiting 20.30 uur.