

Hand in hand: kwaliteit van opleiden en kwaliteit van zorg

Het leveren van kwalitatief goede zorg is niet te vatten in een enkele cursus. Het bieden van kwaliteit van zorg is namelijk complex, omdat er veel aspecten gemoeid zijn met een hoge kwaliteit van zorg. Een belangrijk perspectief dat in het debat over verantwoorde zorg tot op heden onderbelicht is gebleven, is dat het leveren van kwalitatief goede zorg in belangrijke mate het resultaat is van een goede opleiding van zorgverleners, waaronder medisch specialisten. Wat is er bekend over de relatie tussen de opleiding van (medisch) specialisten en het leveren van verantwoorde zorg? En wat is ervoor nodig om een kwalitatief hoogwaardige opleiding en kwalitatief goede zorg te bereiken en te behouden? In dit artikel proberen wij een antwoord te geven op deze vraagstukken en we richten ons daarbij op de beroepsgroep van medisch specialisten.

Door: A. Smirnova, M.E.W.M. Silkens en M.J.M.H. Lombarts

Eerst bespreken wij de relatie tussen medische vervolgopleidingen en de kwaliteit van de zorg, waarna we focussen op de ontwikkelingen in de regelgeving rondom de kwaliteitszorg van medische vervolgopleidingen. Daarna komt een toepassing van de regelgeving voor kwaliteitszorg in de opleidingspraktijk aan bod en de belangrijke rol die de centrale opleidingscommissies (COC's) hierbij spelen.

Goede opleiding als voorwaarde voor goede zorg

Voor elke arts is de periode van opleiding tot specialist, die in Nederland tussen de drie en zes jaar na het afstuderen als basisarts duurt, wellicht de belangrijkste periode in zijn medische carrière. Tijdens deze opleiding wordt de basisarts gevormd tot een kundig medisch specialist. Dat een goede opleiding tot specialist leidt tot artsen die goede zorg leveren, lijkt logisch. Echter, er is nog maar weinig op deze veronderstelde relatie ingegaan. In de wetenschappelijke literatuur is een aantal studies beschreven dat ingaat op de invloed van de kwaliteit van de specialistenopleiding op de kwaliteit van de zorg die artsen leveren, zowel tijdens hun opleiding (als arts-in-opleiding-tot-specialist of AIOS) als daarna (als praktiserend specialist).

Het meeste onderzoek richt zich op de vraag of AIOS dezelfde kwaliteit van patiëntenzorg bieden als hun supervisors. Op basis van een systematisch literatuuronderzoek kan deze vraag positief worden beantwoord, *mits* de supervisie die AIOS ontvangen aansluit bij hun

bekwaamheidsniveau, de AIOS de ruimte krijgen voor extra operatietijd, er aandacht is voor de competenties van de AIOS en er ruimte is voor evaluatie van die competenties.¹ Tijdens de opleiding moeten AIOS zich nieuwe vaardigheden eigen maken en hebben zij 'oefentijd' nodig om bepaalde ingrepen op hetzelfde kwaliteitsniveau als hun supervisors te kunnen uitvoeren. Een Amerikaanse studie rapporteerde bijvoorbeeld dat AIOS gynaecologie eerst na het doen van tien tot vijftien keizersnedes het specialistenniveau bereikten.² Een andere studie binnen de opleiding radiologie vond een discrepantie van 14 procent tussen AIOS en radiologen voor wat betreft een correcte beoordeling van CT-scans.³ De misinterpretaties van de AIOS leidden niet tot meer medische misers dankzij de geboden adequate supervisie. Het maakt echter wel duidelijk dat als niet aan voorwaarden van een goede opleiding – zoals supervisie, evaluatie en oefentijd – wordt voldaan, patiënten een hoger risico lopen op het ontvangen van inadequate of suboptimale zorg. Er is een enkele aanwijzing dat de kwaliteit van de genoten specialistenopleiding ook na afronding van de opleiding blijvend effect heeft op de kwaliteit van de zorg. Onderzoek onder gynaecologen heeft aangetoond dat het aantal complicaties tussen specialisten verschilt afhankelijk van waar de specialist is opgeleid.⁴ Dit verschil blijkt zelfs twintig en dertig jaar na het afstuderen van specialisten nog zichtbaar.⁵ Duidelijk is dat in het streven naar zorg van kwalitatief hoog niveau, de kwaliteit van de opleiding aandacht verdient als een van de factoren die de kwaliteit van de zorg beïnvloedt. De

vraag blijft echter hoe wij dan de kwaliteit van de opleiding van medisch specialisten kunnen garanderen en bevorderen.

Focus op de moderne opleiding

De vele discussies over de arts als professional hebben duidelijk gemaakt dat een goede arts niet alleen een medisch expert behoort te zijn. Een goede arts is een professional die zich committeert aan de principes en waarden van de medische professie en op basis daarvan als het ware een 'sociaal contract' sluit met de maatschappij. Deze principes zijn door de internationale medische gemeenschap onder andere neergelegd in de *Physicians' Charter*⁶, en richten zich onder meer op de toewijding van artsen aan kwaliteitsverbetering, het op peil houden van competenties en eerlijke communicatie met patiënten.

In Nederland wordt het CanMEDS-model gevolgd dat dicteert dat artsen naast medisch expert ook competent dienen te zijn ten aanzien van maatschappelijk handelen, professionaliteit, communicatie en samenwerking met patiënten en collega's, wetenschappelijke vaardigheden en organisatie.⁷ Om te zorgen dat artsen ook (gaan) voldoen aan deze competenties, werd in 2011 het programma *Modernisering van de Medisch Vervolgopleidingen (MMV)* gelanceerd (www.knmg.nl/modernisering). Het doel van deze modernisering is het invoeren van competentiegerichte opleidingsplannen voor AIOS en elementen van deze opleidingsplannen vast te leggen in regelgeving. In 2015 moet elke AIOS aantoonbaar in competenties worden opgeleid en getoetst. Deze wereldwijde fundamentele verschuiving van een kennisgerichte opleiding naar competentiegerichte opleiden kan als zodanig worden gezien als een kwaliteitsverhogende aanpassing.

Bovenop deze inhoudelijke veranderingen in de aangeboden opleidingen zijn er stappen gemaakt in de regelgeving rondom kwaliteitszorg. In de eindrapportage Projectgroep Kwaliteitsindicatoren van het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg uit 2008 (beter bekend als het rapport Scherpbier) is interne kwaliteitszorg centraal gesteld. Het Kaderbesluit Centraal College Medisch Specialisten van 2009 maakte het doorlopen van een interne kwaliteitscyclus (de Plan-Do-Check-Act cyclus) verplicht voor alle opleidingen.⁸ De centrale opleidingscommissies (COC), het verplichte gremium waarin alle (plaatsvervangend) opleiders van een ziekenhuis zitting hebben, krijgen hierbij steeds meer verantwoordelijkheid als toezichthouders van de kwaliteit van medische vervolgopleidingen.⁸

Kwaliteitszorg in de opleidingspraktijk

Omdat het opleiden van de AIOS vooral in de praktijk plaatsvindt, wordt de AIOS 'gevormd' door deze praktijk. Veel van die vorming geschiedt door met de medisch specialisten mee te lopen, te kijken en te doen. Het klassieke meester-gezelmodel is in de praktijk, en ook in de wetgeving, vervangen door het moderne meesters-gezelmodel: een opleidersgroep is verantwoordelijk voor een adequate training van de toekomstige collega's. Een veilig en ondersteunend opleidingsklimaat en 'goed opleiderschap' dragen bij aan betere motivatie, zelfvertrouwen en academische prestaties. Daarnaast zijn met de introductie van het competentiegerichte opleiden meerdere instrumenten ter beschikking gekomen om de individuele ontwikkeling van AIOS te ondersteunen en te monitoren. De Korte Praktijk Beoordelingen (KPB's) bijvoorbeeld structureren het systematisch feedback krijgen van supervisors en het gebruik van een individueel portfolio beoogt inzicht te geven in de voortgang van de AIOS en diens eigen reflecties hierop.

Om de kwaliteit van de medische vervolgopleidingen te meten, is er de laatste jaren een aantal kwaliteitssystemen ontwikkeld. Binnen het Professional Performance programma – uitgevoerd door de gelijknamige onderzoeksgroep van het AMC – worden enkele van deze evidence-based evaluatie- en feedbacksystemen aangeboden. Alle systemen zijn het resultaat en voortdurend onderwerp van wetenschappelijk onderzoek. De bekendste systemen zijn het System of Evaluation of Teaching Qualities (SETQ)⁹ dat de opleiderskwaliteiten van individuele klinische opleiders evalueert, de Dutch Residents Educational Climate Test (D-RECT)¹⁰ die het opleidingsklimaat zoals ervaren door de AIOS binnen een vervolgopleiding evalueert en de TeamQ, die de samenwerking binnen een opleidersgroep evalueert (zie www.professionalperformanceonline.nl).

De evaluatie- en feedbacksystemen SETQ, DRECT en TeamQ kunnen worden geïntegreerd in de kwaliteitscyclus van de opleidingen (figuur 1). In de 'Plan'-fase, formuleert de COC beleid om de kwaliteit van de opleidingen te evalueren. Afhankelijk van de precieze doelen van de COC wordt een geschikt systeem gekozen. Vervolgens wordt de 'Do'-fase ingezet, waarbij de metingen via een webbased systeem worden afgenomen in een vooraf vastgestelde periode. In de 'Check'-fase worden feedbackrapporten automatisch gegenereerd en komen daags na sluiting van de meting beschikbaar voor de opleiders en opleiding. Deze zijn het startpunt van een proces van reflectie, verandering en



Alina Smirnova



Milou Silkens



Kiki Lombarts

Wat is bekend?

- AIOS kunnen een hoge kwaliteit van zorg bieden, mits er voldaan wordt aan een aantal voorwaarden vanuit de opleiding, zoals passende supervisie, extra operatietijd en ruimte voor evaluatie van competenties.
- Er zijn aanwijzingen dat de locatie van opleiden invloed heeft op de kwaliteit van de geleverde zorg. Dit is een verschil dat nog jarenlang zichtbaar is.

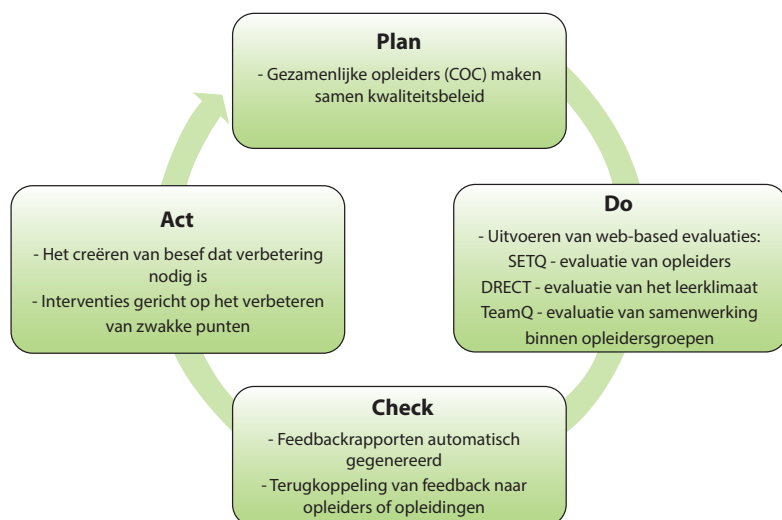
Wat is nieuw?

- De kwaliteit van de opleiding is een belangrijke voorspeller van de kwaliteit van de zorg.
- Nieuwe regelgeving maakt de centrale opleidingscommissies tot regisseur van de kwaliteit van de opleidingen.
- Van vervolgoopleidingen wordt verwacht dat ze aan kwaliteit werken volgens de Plan-Do-Check-Act-cyclus. Binnen het AMC Professional Performance programma worden er diverse evidence-based systemen aangeboden die de kwaliteit van de opleiding in kaart helpen brengen.
- Opleidingen en zorg worden in dezelfde klinische setting verleend, waardoor ze afhankelijk zijn van dezelfde aspecten die kwaliteit waarborgen. Onderzoek naar deze aspecten is dan ook erg belangrijk.

Wat kun je ermee?

- Het besteden van aandacht aan kwaliteitszorg van opleidingen binnen de zorginstelling, is ook besteden van aandacht aan verbetering van kwaliteit van de zorg.
- Principes van kwaliteitszorg zoals toegepast in de zorg, gelden ook voor kwaliteitszorg van medische vervolgoopleidingen.
- Samenwerking tussen onderwijskundigen, specialisten, kwaliteitsmanagers en COC's kan mogelijk positief bijdragen aan het kwaliteitsbeleid voor opleidingen en zorg.

verbetering. Deze feedback kan op meerdere manieren vervolg krijgen, afhankelijk van het gestelde beleid binnen een ziekenhuis of opleiding. Individuele feedback (SETQ) wordt direct met de arts besproken in het jaargesprek met de leidinggevende. Deze feedback kan ook worden besproken als onderdeel van het IFMS-gesprek met een collega of externe gespreksleider. Feedback die gaat over het opleidingsklimaat (DIRECT) of over samenwerken (TeamQ) wordt eerder collectief besproken met



Figuur 1. De Plan-Do-Check-Act-cyclus voor de interne kwaliteitszorg van medische vervolgoopleidingen

supervisoren. Vaak worden hierbij de AIOS ook betrokken.

Om te zorgen dat men niet 'meet en vergeet' maar juist 'meet en verbetert', moet er aandacht zijn voor hoe feedback wordt gegeven en ontvangen. Uit onderzoek blijkt dat feedback kan leiden tot verandering, mits er in een gesprek met een mentor, coach, collega of leidinggevende wordt gereflecteerd op de ontvangen feedback.¹¹ De verbetering komt alleen tot stand als er besef is bij de feedbackontvangers dat verbetering noodzakelijk is.¹² Daarom hebben Van der Leeuw en Slootweg twaalf tips geformuleerd die helpen bij het ontvangen van feedback. Zo is het belangrijk om tijd te nemen om de feedback goed te laten bezinken en de feedback niet persoonlijk op te vatten, maar juist de eigen doelen en de doelen van de opleiding in gedachten te houden.¹³

De grootste winst is te behalen als de kwaliteitscyclus herhaaldelijk wordt doorlopen. Alleen door voortdurend te vragen naar feedback is het mogelijk om een significante impact te hebben op de kwaliteit van de opleiding. Uit (nog niet gepubliceerd) onderzoek door de Professional Performance onderzoeksgroep blijkt dat het individueel functioneren van opleiders zoals gemeten met gebruik van de SETQ-systematiek, aantoonbaar is verbeterd na het doorlopen van meerdere evaluatiecycli.

COC: regisseur van kwaliteit

Om de kwaliteitscyclus op een juiste manier te kunnen doorlopen, zal er rekening moeten worden gehouden met de omgeving waarin een individu functioneert.^{14, 15}

Het feit dat zowel zorg verlenen als opleiden plaatsvinden in dezelfde setting, maakt dat beide ook afhankelijk zijn van deze gezamenlijke setting. Veel studies hebben aandacht besteed aan aspecten die invloed hebben op de kwaliteit van de zorg.¹⁶⁻²⁰ Zo is duidelijk dat goed leiderschap en beleid essentieel zijn voor het waarborgen van kwaliteit.^{17, 18, 20} Het topmanagement is soms niet op de hoogte van wie de teamleiders zijn en teamleiders weten niet altijd wie precies tot hun team behoort.¹⁷ Hieruit spreekt dat leiderschap en goed management belangrijk zijn om een betrokken cultuur te behouden op de afdeling.

Het belang van goed leiderschap en beleid is ook zichtbaar binnen recente kaderbesluiten voor medisch specialistische opleidingen.⁸ Iedere opleidingsinstelling is verplicht tot het hebben van een COC, die als taak heeft het leerklimate veilig te houden en een hoge kwaliteit van de opleiding te garanderen.^{8, 21} Om inzicht te hebben in deze aspecten kan de COC gebruik

maken van verschillende meetsystemen zoals de DRECT-metingen ter evaluatie van het opleidingsklimaat en het uitvoeren van interne audits of visitaties.⁸ Bij de bespreking van deze resultaten worden idealiter ook AIOS en opleiders betrokken. Vervolgens ligt de verantwoordelijkheid bij de COC om toe te zien op benodigde verbeteringen en opleidingen te faciliteren bij verbeteringen. De COC is daarmee een belangrijk orgaan dat invloed kan uitoefenen op de kwaliteit.

Blik op de toekomst

Omdat de kwaliteit van de zorg hand in hand gaat met de kwaliteit van de opleiding, lijkt het wenselijk om het strikte onderscheid tussen kwaliteitszorg voor de opleiding en voor de patiëntenzorg los te laten. Een ziekenhuisbreed kwaliteitsbeleid dat de *performance* van de organisatie – en met name van de medisch specialisten in hun diverse rollen van opleiders en zorgverleners – als uitgangspunt neemt, faciliteert een verdere integratie van de kwaliteitsactiviteiten voor de opleiding en van de zorg. Daaruit vloeit voort dat onderwijskundigen, specialisten en kwaliteitsmanagers elkaar makkelijker kunnen consulteren. En (daarmee) van elkaar kunnen leren. Ook op tactisch en strategisch niveau kan dit leereffect er zijn, als bijvoorbeeld COC's en (medische) stafcommissies kwaliteit in overleg treden met elkaar. Uiteraard zal de gezamenlijke stip aan de horizon de kwaliteit van de aan de patiënt geleverde zorg moeten zijn.

Noten

- 1 R.M. van der Leeuw, K.M. Lombarts, O.A. Arah en M.J. Heineman, A systematic review of the effects of residency training on patient outcomes, *BMC Med*, 2012, 10, p. 65.
- 2 W.Y. Fok, L.Y. Chan en T.J. Chung, The effect of learning curve on the outcome of caesarean section, *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 2006, 113 (11), p. 1259-63.
- 3 R.E. Meyer, J.P. Nickerson, H.N. Burbank, G.F. Alsofrom, G.J. Linnell en C.G. Filippi, Discrepancy rates of on-call radiology residents' interpretations of CT angiography studies of the neck and circle of Willis, *AJR American Journal of Roentgenology*, 2009, 193 (2), p. 527-32.
- 4 D.A. Asch, S. Nicholson, S. Srinivas, J. Herrin en A.J. Epstein, Evaluating obstetrical residency programs using patient outcomes, *JAMA : the Journal of the American Medical Association*, 2009, 302 (12), p. 1277-83.
- 5 A.J. Epstein, S.K. Srinivas, S. Nicholson, J. Herrin en D.A. Asch, Association between physicians' experience after training and maternal obstetrical outcomes: cohort study, *BMJ*, 2013, 346, p. f1596.
- 6 H.C. Sox, L. Blank, J. Cohen, H. Kimball, N. Smelser, R. Copeland et al., Medical professionalism in the new millennium: A physician charter, *Ann Intern Med*, 2002, 136 (3), p. 243-6.
- 7 J.R. Frank en D. Danoff, The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies, *Medical Teacher*, 2007, 29 (7), p. 642-7.

- 8 Kaderbesluit Centraal College Medisch Specialismen, CCMS, Utrecht, 2009.
- 9 M.J. Lombarts, O.A. Arah, O.R. Busch en M.J. Heineman, Using the SETQ system to evaluate and improve teaching qualities of clinical teachers, *Ned Tijdschr Geneeskde*, 2010, 154, p. A1222.
- 10 K. Boor, C. van der Vleuten, P. Teunissen, A. Scherpbier en F. Scheele, Development and analysis of D-RECT, an instrument measuring residents' learning climate, *Medical Teacher*, 2011, p. 820-7.
- 11 A. Miller en J. Archer, Impact of workplace based assessment on doctors' education and performance: a systematic review, *BMJ*, 2010, 341, p. c5064.
- 12 R.M. van der Leeuw, I.A. Slootweg, M.J. Heineman en K.M. Lombarts, Explaining how faculty members act upon residents' feedback to improve their teaching performance, *Medical Education*, 2013, 47 (11), p. 1089-98.
- 13 R.M. van der Leeuw en I.A. Slootweg, Twelve tips for making the best use of feedback, *Medical Teacher*, 2013, 35 (5), p. 348-51.
- 14 J.M. Genn, AMEE Medical Education Guide No. 23 (Part 1): Curriculum, environment, climate, quality and change in medical education – a unifying perspective, *Medical Teacher*, 2001, 23 (4), p. 337-44.
- 15 J.M. Genn, AMEE Medical Education Guide No. 23 (Part 2): Curriculum, environment, climate, quality and change in medical education – a unifying perspective, *Medical Teacher*, 2001, 23 (5), p. 445-54.
- 16 L.J. Damschroder, D.C. Aron, R.E. Keith, S.R. Kirsh, J.A. Alexander en J.C. Lowery, Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science, *Implement Sci*, 2009, 4, p. 50.
- 17 M. Dixon-Woods, R. Baker, K. Charles, J. Dawson, G. Jerzembek, G. Martin et al., Culture and behaviour in the English National Health Service: overview of lessons from a large multimethod study, *BMJ Qual Saf*, 2013.
- 18 C.A. Estabrooks, J.E. Squires, G.G. Cummings, J.M. Birdsell en P.G. Norton, Development and assessment of the Alberta Context Tool, *BMC Health Serv Res*, 2009, 9, p. 234.
- 19 J.C. Overtveit, P.G. Shekelle, S.M. Dy, K.M. McDonald, S. Hempel, P. Pronovost et al., How does context affect interventions to improve patient safety? An assessment of evidence from studies of five patient safety practices and proposals for research, *BMJ Qual Saf*, 2011, 20 (7), p. 604-10.
- 20 S.L. Taylor, S. Dy, R. Foy, S. Hempel, K.M. McDonald, J. Overtveit et al., What context features might be important determinants of the effectiveness of patient safety practice interventions? *BMJ Qual Saf*, 2011, 20, (7), p. 611-7.
- 21 M.J. Lombarts, A.J. Scherpbier en M.J. Heineman, Monitoring and improving the quality of residency training: the hospital's central teaching committee as director? *Ned Tijdschr Geneeskde*, 2011, 155, (49), p. A3793.

Informatie over de auteurs

Alina Smirnova, arts, is verbonden aan de Professional Performance onderzoeksgroep, Center for Evidence-Based Education, Afdeling Onderwijssupport, AMC/UvA, Amsterdam en het Department of Educational Research and Development, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Maastricht, a.smirnova@amc.uva.nl

M.E.W.M. (Milou) Silkens, MSc, is verbonden aan de Professional Performance onderzoeksgroep, Center for Evidence-Based Education, Afdeling Onderwijssupport, AMC/UvA.

Prof.dr. M.J.M.H. (Kiki) Lombarts is verbonden aan de Professional Performance onderzoeksgroep, Center for Evidence-Based Education, Afdeling Onderwijssupport, AMC/UvA.