

titel: Professionele kwaliteitszorg in de complementaire geneeskunde

Samenvatting

Het CBO heeft op verzoek van de KNMG en de CAM artsenverenigingen een beoordeling gemaakt van de kwaliteitsregelingen bij de CAM artsenverenigingen. Al met al beoordeelt het CBO de gekozen systematiek positief en beveelt aan deze verder te implementeren. Tevens wordt geadviseerd het kwaliteitssysteem door te ontwikkelen en aan te vullen met resultaatmeting en rapid cycle verbetermethoden.

Inleiding

We zijn inmiddels meer dan bekend met het kwaliteitsbeleid van de diverse specialismen in de geneeskunde. Visitatie, geaccrediteerde bij- en na scholing en richtlijnen zijn inmiddels ingeburgerde begrippen. Maar wat is de stand van zaken bij de beroepsverenigingen die kunnen worden gerekend tot de zogenaamde complementaire geneeskunde? Deze vraag werd in 2008 ter evaluatie voorgelegd aan het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO en wel gezamenlijk door de KNMG en de CAM artsenverenigingen (de op dit terrein samenwerkende verenigingen). De achtergrond hiervan is dat de KNMG enkele jaren daarvoor de CAM verenigingen had geadviseerd dezelfde kwaliteitssystemen te ontwikkelen en implementeren als de reguliere specialistenverenigingen. In deze bijdrage gaan we enerzijds in op deze stand van zaken en geven we anderzijds inzicht in mogelijke ontwikkelingen in de naaste toekomst.

Complementaire geneeskunde

In Nederland bestaat een samenwerkingsverband tussen de complementaire artsverenigingen. Het betreft hier de Artsenvereniging voor Biologische en Natuurlijke Geneeskunde (ABNG-2000), de Artsenvereniging voor Homeopathie (VHAN), de Nederlandse Artsen Acupunctuur vereniging (NAAV), de Nederlandse Artsen Vereniging voor Neuraaltherapie en Regulatietherapie (NVNR), de Nederlandse Vereniging voor Antroposofische Artsen (NVAA) en tenslotte de Nederlandse vereniging voor OrthoManuele Geneeskunde (NVOMG). De complementaire geneeskunde richt zich meer dan de reguliere geneeskunde op het bevorderen van zelfherstel vanuit een holistisch perspectief. De reguliere geneeskunde is daarentegen primair interventioneel van karakter. Jaarlijks maakt ongeveer 7% van de Nederlands bevolking gebruik van complementaire geneeskunde¹. In de Verenigde Staten is een consortium van ziekenhuizen bezig de waarde van Integrative Medicine (lees: CAM) nader te onderzoeken. Men is zich er in toenemende mate van bewust dat naast interventies ook een helende omgeving dient te worden aangeboden voor een optimaal herstel.² Hierdoor komen de strategieën van de complementaire geneeskunde weer meer in de schijnwerpers te staan.

Stand van zaken met betrekking tot het kwaliteitsbeleid

Alle betrokken verenigingen hebben een vergelijkbare systematiek gevolgd die de volgende instrumenten bevat (tabel 1): beroepsprofiel en daar uit voortvloeiende eindtermen voor de opleiding; huishoudelijk reglement; tuchtreglement; kwaliteitsreglement; accreditatiereglement; reglement college van beroep; mip regeling; visitatie reglement; gedragscode; bereikbaarheidsreglement; regeling berichtgeving aan andere behandelaars; regeling lidmaatschap en registratie; klachtenregeling.

Op een enkele uitzondering na zijn alle regelingen en instrumenten ook daadwerkelijk aanwezig en voldoen aan daarvoor gebruikelijke criteria. Waar een van deze regelingen ontbreekt worden daarvoor doorgaans heldere redenen geformuleerd. Een enkele keer ontbreekt een reglement of instrument. Aanbevolen wordt om dan wel helder te formuleren

waarom, dan wel een aanduiding te geven wanneer het onderhavige document tegemoet kan worden gezien.

Tabel 1

15 kwaliteitsdocumenten
<ol style="list-style-type: none">1. Beroepsprofiel2. Eindtermen behorend bij het beroepsprofiel3. Huishoudelijk reglement4. Tuchtreglement5. Kwaliteitsreglement6. Accreditatiereglement7. Reglement College van Beroep8. MIP regeling9. Visitatiereglement10. Gedragscode11. Bereikbaarheidsregeling12. Regeling verplichte berichtgeving aan andere behandelaar13. Regeling relatie lidmaatschap en registratie14. Klachtenregeling15. Wetenschappelijk onderzoek: meta analyses / reviews, klinisch onderzoek, fundamenteel onderzoek, kosten-effectiviteit onderzoek etcetera

Het totaal aan instrumenten is samenhangend en relevant en goeddeels conform wat op dit moment van een in Nederland opererende beroepsgroep in de gezondheidszorg mag worden verwacht. Toch willen we hierbij een tweetal positief kritische aanbevelingen plaatsen:

1. De gekozen systematiek legt sterk de nadruk op het voldoen aan wettelijke en maatschappelijke vereisten en is daarmee vooral gericht op de zogenaamde input kwaliteit. Gelet op meer recente ontwikkelingen in het kwaliteitsdenken in de zorg wordt aanbevolen om een meer resultaatgerichte methodiek toe te voegen bijvoorbeeld in de vorm van expliciete indicatoren. In dit kader is het van het belang te wijzen op een benadering die wel wordt aangeduid als pragmatic science³. De gedachte hierbij is dat je aan de hand van de resultaten die een werkwijze of behandeling in de praktijk oplevert een uitspraak doet over de validiteit. Hiertoe zijn statistische methoden ontwikkeld, oorspronkelijk in de industrie, die later door het Institute of Healthcare Improvement naar de zorg zijn vertaald. Er wordt een helder en concreet resultaat bepaald, bijvoorbeeld een wachttijd of een beoogd effect van behandeling. De resultaten worden naar tijdsvolgorde in een grafiek geplaatst. Als een interventie ter verbetering wordt gerealiseerd kan men aan het verloop van de grafische weergave ontdekken of de interventie een bewezen effect heeft. De afgelopen jaren heeft het Kwaliteitsinstituut CBO in de zogenaamde Doorbraak en Sneller Beter programma's deze benadering in Nederland geïntroduceerd. Juist waartoe aanzien van de onderhavige beroepen wel eens aan de effectiviteit in wetenschappelijke zin wordt getwijfeld geeft een dergelijke methodiek een valide benadering om effecten aan te tonen en te vergelijken.⁴ De CAM artsenverenigingen hebben een begin gemaakt met de pragmatic science benadering (zie pagina 3) en zijn van plan die in de toekomst verder uit te werken.
2. De gekozen systematiek maakt weinig inzichtelijk hoe in de dagelijkse praktijk vorm wordt gegeven aan verbetering. Met de instrumenten en reglementen die zijn vormgegeven kan te makkelijk een cultuur ontstaan van goedbedoelde aanbevelingen die met herhaling worden gedaan zonder dat al snel de kwaliteitscyclus wordt afgerond; aanbevolen wordt om zogenaamde rapid cycle instrumenten in de dagelijkse praktijk in te voeren. Onder rapid cycle verbetering⁵ wordt een methodiek verstaan die problemen verkleint tot direct aanpasbare⁶

verbeteringen die onmiddellijk in de praktijk worden uitgetest. Het gaat hierbij om de gedachte dat er niet een ideaaltypische interventie bestaat bij verbetering dat er vele, vaak kleine, verbeteringen nodig zijn om echte verbetering te realiseren. Denk bijvoorbeeld aan energiebesparing. Je kunt isoleren, maar ook tocht weren. Je kunt een nieuwe ketel installeren maar ook de thermostaat lager zetten; je kunt dubbel glas aanbrengen maar ook een trui aantrekken. Hierbij worden statistische technieken gebruikt die onder 1 hierboven zijn aangeduid. Deze onmiddellijke toepassingstest en bijsturing wordt aangeduid met rapid cycle. Dit staat tegenover meer conventionele technieken waarbij eerst een optimale werkwijze werd ontworpen bijvoorbeeld gebaseerd op de bestaande literatuur of richtlijnen die vervolgens in de praktijk werd geïmplementeerd en geborgd.

Hoe nu verder?

Zoals in de vorige paragraaf onder een beschreven zag het kwaliteitsbeleid er op papier gedegen uit. Maar papier is geduldig. Derhalve werden delegaties van de betrokken beroepverenigingen uitgenodigd om hun kwaliteitsbeleid te presenteren en zelf kritisch onder de loep te nemen. Vragen hierbij waren "wat gaat goed", "wat loopt in de praktijk moeizaam" en "welke aanvullende kennis en vaardigheid is gewenst om een stap verder te kunnen zetten". Graag willen wij twee inzichten met u delen die uit deze sessie voortkwamen. Ten eerste ondervinden verenigingen nogal eens dat een kwaliteitsinstrument zonder het op maat toe te snijden op de eigen situatie weinig effect sorteert. Zo was een van de verenigingen al enige jaren bezig met een systeem van praktijkvisitatie. Door een gebrek aan bezoekers was het aantal gevisiteerde praktijken zo laag dat een volledige ronde meer dan tien jaar in beslag zou nemen. Deze vereniging is op weg geholpen door een systeem van onderlinge visitatie voor te stellen waarbij iedere praktijk zowel visiteur als gevisiteerde is. Door goed objectiveerbare criteria te gebruiken bij de visitatie kan een dergelijke werkwijze nagenoeg de zelfde resultaten op leveren als de methode met speciaal getrainde bezoekers. Ook was er een vereniging die geconfronteerd werd met zo weinig MIP meldingen dat eigenlijk van een veiligheidsbeleid geen sprake is. Geadviseerd werd in een dergelijk geval niet met het MIP systeem te werken maar met een veiligheidsthema per jaar waarbij concrete aanbevelingen worden gedaan hoe die in de praktijk te implementeren. Deze benadering kan dan in de bij- en nascholing of in de visitatie worden meegenomen. Een ander inzicht ontstond daar waar een van de verenigingen op een originele wijze een aanpassing had gedaan aan een van de welbekende kwaliteitsinstrumenten. "On face value" was dit een zeer valide aanpassing toch riepen de overige verenigingen in koor dat zo iets niet zou mogen. Bij nadere beschouwing door de aanwezige expert sloeg de stemming om en was er zelfs een vereniging die de gekozen aanpak voor zichzelf in overweging wilde nemen. Het betrof hier het beoordelingsproces van accreditatie van aangeboden cursussen en scholingsprogramma's. In de regel wordt accreditatie van te voren aangevraagd. Bij deze vereniging had men gelet op het zeer gevarieerde aanbod met name ook internationaal gekozen voor een beoordeling achteraf. De geregistreerde beroepsbeoefenaar volgt een zelfgekozen cursus of scholingsprogramma. Aan de hand van een aantal criteria bepaalt de accreditatie commissie achteraf het aantal toe te kennen punten in het kader van de herregistratie. Natuurlijk kan dit wel eens leiden tot debat met de commissie over hun oordeel maar de gekozen werkwijze heeft als voordeel dat deze start met de intrinsieke motivatie van de betrokkene en deze methode heeft een hoge mate van flexibiliteit. Al met al kunnen wij van harte aanbevelen aan alle beroepsverenigingen ook die van meer conventionele beroepen in de zorg, om regelmatig een dergelijke evaluatie van de inzake kwaliteitsbeleid ingeslagen weg te houden. Zegt namelijk niet het aloude gezegde: beter ten halve gekeerd dan ten hele gedwaald.

Marius Buiting
Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

Gerard Jansen, arts
Kwaliteitscoördinator CAM artsenverenigingen

Literatuur

¹ www.camartsen.nl/positionpaper, p.4 hoofdstuk 3

² www.imconsortium.org

³ Zie met betrekking tot het onderwerp Pragmatic Science onder meer:

- L.M.T. Schouten, M.A.W.M. Verhoeven. Verspreiding van 'best practices': een DOORBRAAK bereikt? In: Kwaliteit in Beeld ; Jrg. 12 nr. 2 (2002), p. 7-9
- M.M.N. Minkman, A.M. Eliens, J. Batenburg. Kloof overbruggen tussen weten en doen: continue verbetering door DOORBRAAK. In: ZorgSupport (oktober 2002), p. 2-5
- L.M.T. Schouten, F.Seesing, H. Tijink, ...[et al.]. De achilleshiel van de Doorbraakprojecten: verspreiding van resultaten en opgedane kennis stagneert. In: Medisch Contact ; Jrg. 59 nr. 42 (15 oktober 2004), p. 1642-1644
- L.M.T. Schouten, I. Janssen. Effectief verbeteren met doorbraakprojecten. In: Sigma ; nr. 2 (april 2006), p. 18-23
- P.T. van Splunteren, M.M.N. Minkman, L.M.T. Schouten, M.A.W.M. Verhoeven. De Doorbraakmethode: snelkookpan voor verbeteringen in de patiëntenzorg. In: Handboek Kwaliteit van Zorg (april 2003), p. C 21.1-1 - C 21.1-18

⁴ Zie 1, p. 6 e.v.

⁵ Schouten L, Minkman M, de Moel J, van Everdingen J. Doorbreken met resultaten in de gezondheidszorg. Van Gorcum 2007

⁶ C.M.Kilo. A framework for collaborative improvement: lessons from the Institute for Healthcare improvement's breakthrough series. In: Quality Management in Health Care ; Jrg. 6 nr. 4 (summer 1998), p. 1-13