

Intercollegiale toetsing

1427A

In dit nummer van Medisch Contact is een artikel gepubliceerd van de hand van de juriste G. C. J. M. Hamilton-van Hest (blz. 197). Zij gaat in op de intercollegiale toetsing als kwaliteitsbevorderend instrument en zij pleit daarbij voor een ontwikkeling van onderaf: laten de modellen voor goed medisch handelen vanuit de directe praktijk tot stand worden gebracht. Dit pleidooi berust op goede argumenten: een 'bottom-up'-model zal betrouwen eerder tot deelname bewegen, en: wie kan beter oordelen over hetgeen artsen moeten doen dan de artsen zelf? De nog steeds toenemende professionaliteit in de geneeskunde is daar in belangrijke mate debet aan. Die professionaliteit gaat zelfs zó ver dat een internist nog maar nauwelijks kan oordelen over de ins en outs van een neurochirurgische behandeling, een KNO-arts niet over het handelen van een internist, een bedrijfsarts of een huisarts.

Dit betekent – zó geredeneerd – dat toetsing zich alleen binnen een specialisme zelf kan afspelen. Dit rechtvaardigt dan ook de invoering van intercollegiale toetsing ter bewaking en bevordering van de kwaliteit. Het risico van een dergelijke intercollegiale toetsing is dan echter dat de wederzijdse beoordeling zich tot een gesloten systeem ontwikkelt, waarin de invloed van anderen slechts gering is. De verleiding de toetsing te beperken tot de specifieke deskundigheden van een specialisme of van een generalisme kan nog worden versterkt door het feit dat die vaak het best kunnen worden gemeten. Toch dienen wij ons te realiseren dat de specifieke deskundigheden slechts onderdeel zijn van het totale hulpverleningsproces. Het handelen wordt ook niet uitsluitend gestuurd door de eisen die uit de specifieke deskundigheden voortvloeien; een voorbeeld: als er minder chirurgische bedden beschikbaar zijn, zal de indicatie voor een operatieve ingreep minder vaak worden gesteld¹. Op een in 1984 gehouden bijeenkomst van de World Health Organisation (WHO) waar in Europees verband de kwaliteitsbewaking aan de orde werd gesteld, werden aspecten genoemd die bij de kwaliteitsbewaking zelden aan de orde komen: overbehandeling, iatrogene ziekten, vervreemding van patiënten en hun familie, niet gewenste verlenging van het leven, financiële consequenties. Met andere woorden: in de toetsing krijgt de

J. C. van Es

Jong geleerd,
oud gedaan

patiënt vaak te weinig aandacht. Met weer andere woorden: de intercollegiale toetsing is niet (meer) puur een medisch-technologisch gebeuren.

Er is een aantal ontwikkelingen gaande. Het meest opvallend, en het meest besproken, is de externe invloed van financieel-economische aard, die op het medisch handelen inwerkt. Zuiver medische overwegingen worden gepenetreerd door financiële afwegingen, die geleidelijk aan ook zijn aanvaard als een van de criteria in een toetsingsprocedure. Kwaliteit van zorgverlening wordt nu dan ook al omschreven als 'de mate van bereikte baat bij de patiënt met een verantwoord gebruik van middelen en diensten'²; in wezen een economische definitie! Aldus wordt de arts als beslissende verantwoordelijk voor een rechtvaardige en zinvolle verdeling van de beschikbare middelen (lees: de financiën). Er zijn daarnaast invloeden die van buiten het eigen specialisme stammen. Er moet met zoveel andere specialismen worden samengewerkt dat hun invloed onvermijdelijk en onmiskenbaar is. Ook de mate waarin een specialist beantwoordt aan de verwachtingen van de verwijzende huisarts geeft uitdrukking aan een bepaalde kwaliteitsbeoordeling. Van de invloed van de ziekenhuisdirectie werd hierboven al een voorbeeld gegeven. Tot nu toe heeft de vraag 'Wat vindt de patiënt ervan?' nauwelijks een rol gespeeld in het toetsingsproces. Daar is ook nog maar weinig onderzoek naar gedaan en voor zover dat wel is gebeurd oefent de mening of de satisfactie van patiënten nog maar een betrekkelijk geringe invloed uit op het hulpverleningsproces. De tevredenheid van een patiënt is mooi meegenomen, maar vormt geen centraal toetsingscriterium. Voor een dienstverlenend beroep als het artsene beroep is dat eigenlijk een vreemde zaak. Het lijkt er dan op of het medisch handelen zich autonoom, los van de patiënt, voltrekt. Of, wat anders gezegd, dat de

'cure' in het centrum van de intercollegiale toetsing staat en niet de 'care'. Maar erkend moet worden dat ook in andere hulpverlenende beroepen de tevredenheid van de cliënt, de vraag of aan zijn behoeften is voldaan, vaak naar de periferie van de belangstelling is verschoven. Niettemin blijft de vraag in hoeverre de gezondheidszorg zich qua intenties wil richten op de behoeften en verlangens van de patiënten. Nu ligt het wel voor de hand dat patiënt en arts voor een belangrijk deel hetzelfde willen: de genezing of de verlichting van lijden, zodat aan het tegemoet komen aan patiënten al voor een belangrijk deel wordt voldaan. Maar toch!

Intercollegiale toetsing heeft in de eerste plaats betekenis voor het behoud en verbeteren van het bestaande. Maar ook vernieuwingsprocessen op het gebied van de diagnostiek en van de behandeling dienen te worden getoetst. Dan wordt men geconfronteerd met termijnverschillen: er zijn 'early adopters' naast 'late adopters'³. Wat moet een toetsing nu te weegbrengen: moeten de 'late adopters' op een gegeven moment dan maar worden gedwongen hun beleid te wijzigen? Niet alleen de normen voor medisch handelen wijzigen zich; ook de staven ondergaan qua samenstelling voortdurend wijzigingen en vooral een verjonging. Dit brengt met zich dat het toetsen steeds weer opnieuw moet worden aangeleerd. In de opleiding wordt er nauwelijks aandacht aan geschonken. Academische ziekenhuizen zijn misschien wel de slechtste plaats om het toetsen te leren. Daar wordt immers innovatieve en geavanceerde hulp geboden die zo min mogelijk door externe factoren wil worden gestoord. Wellicht ligt hier ook een argument om geaffilieerde ziekenhuizen een formele plaats in de opleiding te geven. Juist omdat zich zulke snelle veranderingen in diagnostiek voordoen is toetsing van het handelen nu nóg noodzakelijker dan voorheen. Dat moet dan wel worden geleerd. □

1. Frost CEB. Physicians and medical innovation. Social Science and Medicine 1985; 21: 1193-8.

2. Reerink E. Kwaliteitsbewaking in het ziekenhuis. Medisch Contact 1985; 40: 1279-80.

3. Kistemaker JWG. Quality assurance – an innovation directed at charge. European newsletter on quality assurance 1985; 3.