

“Dat beloof ik!”

Rede

uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar in de faculteit Geneeskunde aan de Universiteit Utrecht om werkzaam te zijn op het vakgebied van de Interne Geneeskunde.

door

M.M.E. Schneider

Donderdag 21 maart 2013 om 16:15 uur

In de aula van het Academiegebouw

Op het Domplein Utrecht

Rector magnificus, leden van de Raad van Bestuur, collegae, familie en vrienden, waarde toehoorders,

Dat beloof ik ,

Of in mijn geval, in 1984, 'zo waarlijk helpe mij God Almachtig'. Deze woorden sprak ik met veel elan en overtuiging uit, bij de in ontvangst name van mijn artsenbul. Velen onder u zullen zich dit unieke moment na het voorlezen van de eed, de belofte, goed kunnen herinneren.

Dames en Heren. Graag laat ik u de trailer zien van de documentaire die Hermie Stil in 2007 maakte in opdracht van het UMC Utrecht en de KNMG.¹ Het is de eerste van een serie waarin zeven jonge artsen gevolgd worden in hun professionele en persoonlijke ontwikkeling. De vraag die als rode draad door deze serie loopt is, lukt het deze jonge artsen, na het uitspreken van 'dat beloof ik, hun waarden en dromen vast te houden?

Trailer documentaire Hermie Stil, Dat Beloof Ik, 2008

En, collegae, bekruipen u gevoelens van nostalgie, van melancholie, van gêne, van woede dat u de belofte moeilijk gestand kan doen, of van trots dat u zich aan deze belofte kon houden bij de uitoefening van uw vak?

Onze belofte was en is niet zomaar een formaliteit. De eed is een persoonlijke verklaring van toewijding en een uitdrukking van de waarden van het vak van arts. Toewijding aan de medemens: het belang van de patiënt wordt voorop gesteld.

De arts weet zich verantwoordelijk voor de gezondheidszorg in het algemeen en belooft verantwoording af te leggen aan zijn patiënten en de samenleving. De arts verklaart zich bereid tot een leven lang leren. En de arts belooft niet onverschillig te zijn, geen schade aan te richten en zijn macht niet te misbruiken. De artseneed geeft uitdrukking aan het morele kapitaal van de medische beroepsgroep.

De Nederlandse eed uit 2003, hernieuwd door Prof. Dr. Erkelens, een van mijn illustere voorgangers als opleider interne geneeskunde, vervangt de artseneed uit 1878. De eed grijpt terug op de klassieke eed van Hypocrates van Kos uit de 4e eeuw voor Christus en op de Verklaring van Geneve in 1948.^{2,3,4,5}

Ook andere beroepsbeoefenaren, die op individuele basis een ambacht, professie, uitoefenen, leggen een dergelijke eed of belofte af, zoals advocaten, rechters, notarissen en binnenkort ook dierenartsen? Zo kan een cliënt er op vertrouwen dat de professional hem met de grootst mogelijke zorgvuldigheid behandelt en bereid is daarover verantwoording af te leggen.

Voor ons artsen blijkt het soms lastig om de eed gestand te doen in onze dagelijkse praktijk.

Doordat het systeem complexer en grootschaliger en de financiën dominanter zijn geworden, ervaren artsen en patiënten dat de mens, en de menselijke maat uit het zicht verdwijnen. De individuele professionele autonomie lijkt onder druk te staan.

Hoe kunnen wij, artsen, nu toch onze belofte waarmaken in deze tijd.

Die vraag houdt mij bezig in mijn dagelijkse werk, als divisievoorzitter, ambassadeur van kwaliteit en veiligheid en opleider interne geneeskunde:

In de komende minuten reflecteer ik op een drietal thema's, die vragen bij mij oproepen en probeer mijn visie hierop te geven.

1. De arts, de eed en de ziekenhuisorganisatie
2. De arts, de eed en kwaliteit en veiligheid
3. De arts in opleiding, de eed en de inrichting van de opleiding tot internist

1. De arts, de eed en de ziekenhuisorganisatie

Van oudsher oefenen wij artsen ons beroep uit en behandelen we patiënten vanuit onze individuele professionele autonomie.

- Wij opereren in klassieke rollen als zorgprofessional al of niet in combinatie met een rol als wetenschapper of docent. Medische kennis en vaardigheden zijn ons instrumentarium.
- Wij organiseren ons in wetenschappelijke verenigingen en ontwerpen standaarden, *evidence-* en *practice-based* richtlijnen en protocollen.
- Wij zijn niet zozeer loyaal aan de organisatie waarin we werken, maar eerder aan collega's en andere beroepsgenoten.
- We organiseren ons in beroepsbelangencommissies om onze professionele belangen te behartigen.
- Wij bepalen zelf wie onze opvolgers worden. Wij leiden hen op, grotendeels volgens een beproefd meester-gezel principe, waarbij we impliciete reflexen, routines, ervaringen, en procedures overdragen. Tijdens dit socialisatieproces in de opleiding, ook wel 'het verborgen curriculum' genoemd, maken artsen zich de omgangsvormen en waarden van hun rolmodellen eigen.⁶
- Wij oordelen over het handelen van onze collegae via onze eigen rechtspraak, de tuchtraad.

We oefenen ons beroep dus uit volgens de logica van deze professionele autonomie. Oorspronkelijk waren onze ziekenhuizen ingericht met deze logica als uitgangspunt. Zij boden ruimte en een werkplek aan artsen om op individuele basis patiënten te behandelen. De arts nam veelal 7 x 24 uur de verantwoordelijkheid voor zijn patiënten op zich.

De ziekenhuisorganisatie was weinig complex en werd geleid door een geneesheer-directeur. Managers beheerden slechts facilitaire voorzieningen om de professional te ondersteunen.

Terwijl wij artsen ons beroep zijn blijven uitoefenen volgens deze professionele logica, veranderden de eisen die aan de arts en de ziekenhuisorganisatie worden gesteld en is het gaan wringen tussen arts en die ziekenhuisorganisatie.

- Naarmate door innovaties in diagnostiek en behandeling en door nieuwe technieken de mogelijkheden in de zorg voor patiënten exponentieel toenemen,
- Naarmate de wetenschappelijke kennis en de hoeveelheid richtlijnen niet meer te behappen zijn voor één individuele arts,
- Naarmate artsen steeds verder specialiseren, en er meer disciplines participeren en meer beslissingen in multidisciplinaire teams worden genomen
- Naarmate patiënten, terecht, actiever willen participeren en meedenken in hun eigen zorgproces en zich kritischer opstellen,

- Naarmate de vraag en de kosten in de zorg stijgen en de middelen krimpen om de zorg te bekostigen,
 - Naarmate de roep om transparantie en de eisen ter verantwoording van buiten toenemen,
- raakt de individuele arts het overzicht en de regie kwijt; De aloude beproefde werkwijze van de arts past niet goed meer in de werkwijze van de ziekenhuisorganisatie.⁷

In de ziekenhuisorganisatie werd de medisch-professionele logica, van kwaliteit en aandacht, overvleugeld door de logica van economie en prestaties. Doelmatigheid, functionaliteit en efficiëntie, werden leidend als er aan het eind van de dag, de maand, het jaar werd gekeken naar de resultaten van ons werk. Economisch gebruik van mensen en middelen werd het uitgangspunt; het ziekenhuis als zorgfabriek. Om dit te kunnen aansturen werd een verticale topdown organisatie ingericht, waarin positionele macht, planbaarheid, en efficiëntie van werkprocessen centraal staan.⁷ Professionele managers leidden nu mede de ziekenhuisorganisatie en sturen zowel het zorgproces als de artsen aan om efficiëntie, kwaliteitsverhoging en kostenbesparing te realiseren. En zo komt het dat u in een afdelings- of vakgroepsvergadering vaak het volgende hoort: *"Wat moeten ze nu weer van ons, managers! Het worden er steeds meer en ze begrijpen het gewoon niet; hoezo met minder meer, het is gewoon plat bezuinigen op materiaal en geneesmiddelen, op handen aan het bed? Laat ze het zelf maar aan onze patiënten uitleggen, laat ze die beleidsstaf halveren."*

Willen we onze professionele logica meer in evenwicht brengen met die van de organisatie zullen wij een stap naar voren moeten doen.

Wij artsen kunnen onze belofte, de eed gestand doen door onze aloude routines te doorbreken van casuïstiek en individueel handelen. Of een arts een mooie kunst kan in de OK, veel kennis heeft of een fantastische diagnose stelt is allang niet meer genoeg. We moeten juist een collectieve professionele autonomie nastreven.

Multidisciplinair werken, het nemen van teambesluiten, het werken in klinische zorgpaden, richtlijnen en standaarden zijn een noodzaak. Omdat zij ons in staat stellen meer effectief innovaties en technische ontwikkelingen te realiseren en de complexiteit van proces en kosten het hoofd te bieden.

Het is daarbij een vereiste dat iedere dokter persoonlijk leiderschap toont en verantwoordelijkheid neemt voor het zorgproces rondom zijn patiënt. Daartoe zal eenieder actief en constructief moeten meedenken, hoe de organisatie en de uitkomsten van het integrale zorg- en behandelproces te optimaliseren. Dat kunnen en mogen we niet over de heg naar de manager gooien.

Collegae, het is dus tijd om ons comfortabele eiland van individuele professionele autonomie te verlaten, tegelijkertijd persoonlijk leiderschap te tonen en de kracht van collectieve autonomie verder uit te nutten. Alleen dan laten wij zien, dat wij de grenzen van onze mogelijkheden erkennen, onze verantwoordelijkheid kennen en de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen.

Wanneer we deze uitdagingen positief oppakken vervullen wij onze rol in de ziekenhuisorganisatie en de samenleving en blijven we trouw, aan hetgeen wij hebben beloofd bij ons afstuderen.

2. De arts, de eed en kwaliteit en veiligheid

Van wie is de kwaliteit en veiligheid in het ziekenhuis eigenlijk? Levert een goede arts per definitie goede zorg? Zoals eerder gezegd, een mooie kunst of een geweldige hoeveelheid kennis is niet meer genoeg. De arts kan het niet alleen; hij heeft vele andere professionals en middelen nodig. Ergo, de arts bepaalt niet alleen zelf wat goede zorg is .

En bovendien: Zorg is pas goede zorg als deze als zodanig door de patiënt wordt ontvangen. Voor de patiënt gaat het om de kwaliteit van het integrale zorgproces, van het eerste tot het laatste contact met ons ziekenhuis.

Wat is dan kwaliteit en wat is dan veiligheid?

- Wat zijn de criteria? Wie bepaalt dat, hoe objectief zijn die?
- Meten indicatoren wel wat we willen weten?
- Meten we zaken die niet goed meetbaar zijn?
- Hebben we de correcte maateenheden?
- En hoe veilig is veilig genoeg?

Dat brengt ons op het gevoelige punt van indicatoren in de zorg.

Kwaliteitsindicatoren zijn bedoeld om kwaliteit in de zorg meetbaar en transparant te maken. Patiënten zouden daarmee beter kunnen kiezen; professionals zouden op basis hiervan hun zorg kunnen verbeteren, net als zorgaanbieders, die zich hiermee kunnen profileren; Zorgverzekeraars kunnen ze gebruiken om zorg in te kopen; de inspectie om risico gestuurd toezicht te houden.

Waarom werkt het dan niet, of niet voldoende?

- Omdat een groot aantal van de huidige indicatoren door professionals niet als relevant of maatgevend voor de kwaliteit worden gezien, ook omdat er geen consensus binnen de beroepsgroep is, door discussies over definities en wetenschappelijk bewijs voor effectiviteit.
- Omdat het er zo'n 2200 zijn, en deze moeten in verschillende samenstelling, zogenaamde sets, naar ongeveer 80 verschillende stakeholders worden gestuurd, Omdat de deadlines divers zijn en de sets wisselen jaarlijks.
- Omdat de vragen over, definities, interpretatie en toelichting per set toenemen.
- Omdat de administratieve lasten enorm zijn. In 2012 kostte het, denken we, ons ziekenhuis zo'n 60 fte aan manuren van verpleegkundigen, secretaresses, beleidsmedewerkers om de benodigde gegevens te verzamelen. Met een gemiddeld uurloon van 30 euro per uur zou dat zo'n 2,7 miljoen euro per jaar zijn?!!

Deze administratieve lasten en kosten zouden nog gerechtvaardigd zijn:

- Als ze daadwerkelijk inzicht bieden in de kwaliteit en veiligheid van de zorg voor onze patiënten
- als professionals in de zorg ze kunnen gebruiken om hun zorg te verbeteren en hun risico's te beperken.

En dat is nu net het probleem. Op dit moment is het verzamelen van gegevens ten behoeve van de indicatoren vooral de taak en het probleem van de ziekenhuisorganisatie, van administratieve- en/of beleidsmedewerkers. Maar zij zijn niet degenen die door hun directe handelen kwaliteit en de veiligheid kunnen produceren en verbeteren. Dat zijn namelijk de professionals, de handen aan het

bed, aan de patiënt. Maar omdat zij de indicatoren onvoldoende relevant achten, gebruiken ze ze niet om hun dagelijks handelen te evalueren.

We moeten dus naar een meer integrale toetsing van kwaliteit en veiligheid van onze medische kennis en kunde rondom medische aandoeningen. De oprichting van het Kwaliteitsinstituut binnen het College voor Zorgverzekeringen is een stap in de goede richting.⁸ Zij zullen door en voor professionals, multidisciplinaire standaarden ontwikkelen en toetsen, in nauwe samenwerking met vertegenwoordigers van patiënten. Ook het initiatief van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg, tot het ontwikkelen van kwaliteitsregistraties voor verschillende aandoeningen, zal hieraan bijdragen. Het biedt transparantie, maakt benchmarking mogelijk en vormt een reëel uitgangspunt voor verbetering.⁹

Maar het gaat niet alleen om de kwaliteit en veiligheid van de medische procedures rondom patiënten met een specifieke medische aandoening; het gaat om alle facetten van het medisch zorgproces.

Een patiënt ervaart pas goede zorg als hij deze vanaf het eerste tot het laatste contact binnen onze organisatie ontvangt, en die contacten naadloos op elkaar zijn afgestemd.

Hoe bereiken en toetsen we nu in ons ziekenhuis dat integrale perspectief op kwaliteit van zorg?

In de Strategie voor 2010-2015 van het UMC Utrecht is de missie ten aanzien van kwaliteit als volgt verwoord:

“Iedere medewerker neemt op ieder moment en in iedere situatie de verantwoordelijkheid voor kwalitatief hoogwaardige en veilige zorg.”

De daaruit voortvloeiende visie is: “In 2015 hebben we kwaliteit en veiligheid meetbaar en toetsbaar gemaakt.”

Hoe zijn we tot nu toe te werk gegaan om dit te realiseren? Als de kwartiermakers voor kwaliteit en veiligheid in het kader van de nieuwe strategie, wilden we regelgeving, eisen en toetsing onder één paraplu brengen. Om die reden hebben we ervoor gekozen om het functioneren van de ziekenhuisorganisatie integraal te laten toetsen aan een sterk op de patiënt gericht normenkader, vastgesteld door de Joint Commission International, de JCI.¹⁰

Daartoe moet dat patiëntgerichte normenkader integraal op iedere afdeling, tot in iedere uithoek worden geïmplementeerd.

Want de zorg is zo goed als de zwakste schakel.

Hoe toetst je dat? Tijdens de audit voor accreditatie toetsen de auditors van de JCI of het normenkader tot de gewenste resultaten voor de patiënt leidt. Dit gebeurt aan de hand van tracers.

Een tracer is een speurtocht van het laatste contact van de patient met het ziekenhuis terug tot het eerste contact van de patiënt met ons ziekenhuis.

Om u een indruk te geven van zo’n tracer neem ik u even mee, voor een tracer, naar een willekeurige patiënt op de afdeling interne geneeskunde in ons ziekenhuis, meneer Pietersen, 73 jaar oud. Hij zit op zijn bed, klaar om naar huis te gaan, terwijl zijn dochter zijn koffer inpakt. Als we het patiëntgericht normenkader van JCI hanteren, dan gaat het er binnenkort in ons ziekenhuis als volgt aan toe:

De auditor introduceert zichzelf en vraagt: "Meneer Pietersen, wie is uw hoofdbehandelaar?" Hij kijkt even achter zich op het bord aan het hoofdeind van zijn bed en daarna op zijn ontslagformulier, en zegt: "Dat is Dokter de Vries. En dokter Jansen is mijn zaalarts. Dokter de Vries is wel niet mijn polidokter, maar zij is de baas tijdens de opname. Als er iets belangrijks is overlegt ze met mijn polidokter hoor," stelt hij gerust.

"Meneer Pietersen, weet u welke medicijnen u straks thuis moet gebruiken?" "Ja hoor" zegt hij en zwaait met een medicatielijst. "Een heel aardige zuster [een apothekersassistente] heeft met mij alle medicijnen van thuis en het ziekenhuis doorgenomen en goed uitgelegd welke ik wel en niet moet gebruiken.

Ze geeft dat door aan de huisarts en mijn apotheek zei ze. Ik heb hier trouwens ook een brief voor de huisarts en die is ook al via de computer verstuurd."

"Weet u waarvoor u hier lag, meneer Pietersen? Hoe het thuis verder moet en wat de plannen voor de toekomst zijn?" Meneer Pietersen kan het mij allemaal prima uitleggen, aangevuld door zijn dochter.

De tracer leidt verder terug. Een check in het elektronisch patiëntendossier laat zien dat hij volgens protocol behandeld is voor een gecompliceerde longontsteking. De arts in opleiding tot internist kan onmiddellijk laten zien waar dat, net gereviseerde, protocol voor behandeling op intranet staat. Zij heeft ontblote onderarmen en draagt geen sieraden of horloge.

Uit de status blijkt dat patiënt meerdere onderzoeken heeft ondergaan waaronder een bronchoscopie, waarvoor hij uitleg heeft gehad en toestemming heeft gegeven blijkt uit het dossier. Een check van de scopie kamer laat zien dat de schoonmaak, de apparatuur en de monitoring tijdens de procedure is vastgelegd en dat zich geen bijzonderheden hebben voorgedaan. Dit geldt ook voor de eerste hulp waar patiënt is opgenomen en binnen 2 uur naar de verpleegafdeling is overgeplaatst. Na deze tracer checkt de auditor de personeelsdossiers van de professionals die de patiënt heeft ontmoet. Dokter de Vries, bijvoorbeeld, zo blijkt uit het dossier, is vorig jaar geherregistreerd als internist en als internist-infectioloog. De 360 graden beoordeling waarin ook patiënten participeerden, laat zien dat zij uitstekend functioneert. Verder blijken haar patiënten weinig complicaties te hebben enz. Enz.

Zijn alle zorgprocessen en personeelsleden al op deze manier getoetst? Jazeker, we zijn al een heel eind. We verwachten in de loop van dit jaar deze internationale accreditatie te halen.

En? Ervaren de professionals dit instrument als het ei van Columbus? Integrale toetsing van kwaliteit en veiligheid als dé correcte maateenheid, als hét uitgangspunt voor verbetering?

In alle eerlijkheid, nee. Aanvankelijk zagen zij het meer als het zoveelste meet-, c.q. controle instrument dat ditmaal niet van buiten komt, maar is opgelegd door de eigen organisatie. Ze voelen dat bijna als verraad! Ja, ze ervaren met dit instrument de toetsing van de kwaliteit als integraler, en ja, ook als meer betekenisvol, want het is gericht op resultaten op patiëntniveau. Maar het instrument betekent toch ook een enorme tijdsinspanning en werklust. En professionals zijn wantrouwig dat het toch gaat om controle, rules, in plaats van principles, die leiden tot echte verbetering.

Hoe hebben wij professionals, en vooral artsen, dan toch hiervoor warm gekregen? Wat maakt dit anders dan bijvoorbeeld het veiligheidsmanagementsysteem of al die losse indicatoren die niemand als relevant genoeg beschouwt?

Ons idee was, en is, een groot aantal medisch en niet-medische professionals in onze eigen organisatie, als auditors, die zelf de tracers uitvoeren te trainen. Daarmee beoogden wij de steun en bekendheid met de normen positief te beïnvloeden en bovendien de snelheid van implementatie van de normen en het gedrag te bevorderen.

Tezelfdertijd beïnvloedt het uitvoeren van een tracer de auditor ook zelf. Zien hoe collegae op andere afdelingen en van andere disciplines vraagstukken van kwaliteit en veiligheid hanteren doen je afvragen: hoe doen wij dat eigenlijk? Of: wat een goed idee, dat moeten wij ook zo doen. Hiermee wordt het accreditatie-instrument, een performance management instrument, eigenlijk een manier om een veel grotere betrokkenheid en bewustwording van medewerkers bij kwaliteit te realiseren. Aan de slogan van JCI '*tell me , show me*', voegden we dan ook de essentiële woorden '*engage me*' toe.

Inmiddels zijn er afgelopen jaar in het UMC Utrecht zo'n 450 van deze tracers uitgevoerd, en dus patiënten gevolgd. Alle afdelingen en directies zijn al meerdere keren bezocht. Daarvoor zijn ruim 70 medische en niet-medische professionals, voornamelijk leidinggevend, getraind. In de training werd o.a. aandacht besteed aan hoe een professionele dialoog te voeren om kennis en kunde uit te wisselen en hoe systeem-/procesgericht te denken in plaats van uitsluitend aandoening gericht.

Op dit moment ontstaat er een *vibe* in huis. Medewerkers spreken elkaar meer aan op gewenst gedrag, bv. op handhygiëne, identificatie van patiënten om verwisselingen te voorkomen, het volgen van protocollen, effectieve communicatie enz. Naast de 70 auditors hebben tientallen specialisten en verpleegkundigen spoedcursussen gevolgd, om beperkte tracers uit te voeren in hun eigen divisie of afdeling.

Er wordt leiderschap getoond: leidinggevend en professionals op alle niveaus in de organisatie verbinden zich aan de te behalen resultaten en sturen daarop. Zo ontstaat meer regelruimte voor professionals om de zorg rondom de patiënt goed in te richten. Professionals vragen uitdrukkelijk op vele inhoudelijke onderwerpen om te prioriteren en te komen tot centraal beleid. Een fenomeen dat tot voor kort ondenkbaar was.

Zoals ik al eerder constateerde: losse indicatoren geven geen integraal beeld van de kwaliteit en leiden onvoldoende tot verbetering omdat ze niet door professionals als relevant worden beschouwd. Willen we onze eed gestand doen, namelijk het belang van de patiënt voorop stellen, zijn opvattingen eerbiedigen, de patiënt geen schade doen, luisteren en hem goed inlichten, de grenzen van onze mogelijkheden erkennen en ons open en toetsbaar opstellen, dan moeten we naar een integraal perspectief op kwaliteit, omdat elke handeling in het zorgproces telt. Als je dit integrale perspectief neemt op kwaliteit van de zorg, dan heb je het over interventies in een '*complexe sociale context*', die je moet beïnvloeden. Daarbij zijn betrokkenheid, gedrag en de intrinsieke motivatie van professionals nader te onderzoeken factoren.

Op het spoor gezet en geënthousiasmeerd voor dergelijk onderzoek door Paul Boselie en Mirko Noordegraaf van het Departement Bestuurs- en Organisatiewetenschap van de Universiteit Utrecht, zijn Liesbeth van Rensen, senioronderzoeker kwaliteit en ik, gezamenlijk met hen onderzoek hiernaar gestart.

Om beter te begrijpen waarom veranderingen in organisatie- en zorgprocessen werken en of de resultaten dan reproduceerbaar worden zullen wij de uitkomsten van de accreditatie evalueren, samen met Carl Moons en Henk van Stel van het Juliuscentrum van het UMC Utrecht.

Uit literatuur rondom accreditaties blijkt dat deze veranderingen bevorderen, de organisatiecultuur beïnvloeden en effectief zijn in de ontwikkeling van professionals. Maar tot nu toe was het onduidelijk of er een relatie is tussen accreditatie en verbetering van patiënt gerelateerde uitkomsten.^{11,12,13} Een 'narratieve synthese' van de literatuur die de effectiviteit van accreditatie probeert aan te tonen, laat vooral het complexe karakter van het accreditatie proces zien.^{14,15} Daarom zullen wij ook de daadwerkelijke uitkomsten op patiëntniveau evalueren, gebruikmakend van een zogenaamde 'realistische evaluatie',gen een geschikt instrument omdat het rekening houdt met die complexe sociale context.^{16,17,18}

Kom ik bij mijn derde thema:

3. De arts in opleiding, de eed en de inrichting van de opleiding tot internist.

Uit recent onderzoek van Michiel Westerman, arts in opleiding tot internist, blijkt dat beginnend medisch specialisten zich goed voorbereid voelen op de noodzakelijk medische kennis en vaardigheden. Daarentegen voelen zij zich slecht voorbereid op management, bestuurlijke zaken en omgaan met financiële aspecten van de zorg.¹⁹

Bij de modernisering van de medische vervolgoopleidingen is de afgelopen jaren het CanMEDS model gebruikt dat naast medische kennis en kunde ook aandacht besteed aan andere essentiële competenties.²⁰ Kennis en vaardigheden omtrent leiderschap, kwaliteit en veiligheid zijn onontbeerlijk om de beloften uit onze artseneed gestand te kunnen doen.

Deze thema's komen nog onvoldoende aan bod in de opleiding tot arts en tot internist. In 2012 hebben we geconstateerd dat de doelstellingen omschreven in de WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools nog niet voldoende in het curriculum geneeskunde is geïntegreerd.

Voor het nieuwe curriculum geneeskunde 2014 hebben we onze ambities als volgt gedefinieerd: Het UMC Utrecht wil professionals opleiden voor wie kennis over en inzicht in kwaliteit van zorg en zorgverbetering geïntegreerd is in hun denken en handelen.

Door Kwaliteit en Veiligheid onderdeel te laten zijn van het onderwijs leren Utrechtse geneeskundestudenten met een veiligheidsbril te kijken naar het (eigen) handelen en hun omgeving.

Daarnaast zal interprofessioneel opleiden een belangrijke rol gaan spelen voor versterking van de samenwerking op de werkvloer door het inrichten van een leerafdeling/patientenkamer waar leerlingverpleegkundigen en co-assistenten geneeskunde hun eerste schreden in de kliniek zetten.²¹

Voor wat betreft de opleiding tot specialist heeft de Modernisering Medische Vervolgoopleidingen van de KNMG, onder voorzitterschap van Jan Borleffs het initiatief tot het deelproject CanBetter genomen. CanBetter heeft als doel kennis en praktijkvoorbeelden te verzamelen, te ontwikkelen en te testen rond een aantal thema's.²²

Artsen kunnen zo in hun vervolgoopleiding goed op hun rol in de dagelijkse praktijk worden voorbereid en de benodigde competenties verder ontwikkelen.

Zelf heb ik als projectleider het thema medisch leiderschap onder mijn hoede. Het projectteam werkt dit thema uit, samen met het Platform Medisch Leiderschap, een initiatief van de Jonge Orde, en met opleiders vanuit medische vervolgoopleidingen. Om te komen tot ontwikkeling van vaardigheden op gebied van management en leiderschap heb ik in 2012, samen met onze artsen in opleiding tot internist het project Verwonder & Verbeter geïnitieerd. Het oogmerk van Verwonder & Verbeter is drieledig: de verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg, de optimalisering van het zorgproces en de ontwikkeling van beginnend leiderschaps- en managementkwaliteiten volgens het principe 'al doende leert men'. Het afgelopen jaar hebben 20 aios in vier sessies van een uur hun verwondering geuit over vele zaken in de kliniek ten aanzien van de zorg en de procesgang. Hieruit zijn ruim 30 verbetertrajecten, groot en klein, voortgekomen waarvan er inmiddels vijftien succesvol zijn afgerond. En de lijst wordt almaar langer. Deelnemers realiseren zich dat verwondering en frustraties vrij makkelijk om te zetten zijn naar overzichtelijke korte termijn verbeteringen binnen de eigen invloedssfeer, wat hiervoor bepalende randvoorwaarden zijn en hoe je dat aanpakt. Een aantal collegaopleiders gaan ook met het concept 'Verwonder & Verbeter aan de slag. In het kader van ons onderzoek naar wat bepalende factoren zijn voor betrokkenheid, gedrag en de rol en de intrinsieke motivatie van professionals onderzoeken een aantal masterstudenten van Bestuurs- en Organisationswetenschappen en een jonge basisarts op dit moment in hoeverre dit soort initiatieven daadwerkelijk bijdragen aan de ontwikkeling van leiderschaps- en managementvaardigheden van artsen in opleiding.

Is de opleiding tot internist effectief ingericht en kunnen we die flexibiliseren?

Is onze opleiding te duur? De minister van Volksgezondheid doet een klemmend beroep op ons om de kosten van de vervolgoopleidingen terug te dringen. Zij stelt voor, de opleiding te bekorten of een forse eigen bijdrage aan de opleidingskosten van de aios te eisen.

Tezelfdertijd is er de roep vanuit de verschillende secties van subspecialismen binnen de interne geneeskunde om de duur van de opleiding tot internist, juist te verlengen.

Wat mij betreft moeten we ook hier stappen naar voren, de toekomst in, zetten. Wat kunnen we doen?. Maar eerst wat achtergrondinformatie.

De eed vraagt van ons de geneeskunst zo goed als we kunnen uit te oefenen ten dienste van onze medemens, de patiënt geen schade te doen, We realiseren ons allemaal dat het een illusie is om alles te willen leren in een opleiding van een paar jaar, gezien de snelheid van innovatie en ontwikkeling van kennis.

Bovendien: regelmatige reflectie op je handelen is hét instrument om blijvende ontwikkeling te bewerkstelligen.

De recente oprichting van het Snapper Instituut door de Nederlandse Internisten Vereniging, op initiatief van haar voorzitter, Frank Bosch, beoogt nu juist de basiskennis en kunde over de volle breedte van de interne geneeskunde van iedere internist, iedere 5 jaar, te actualiseren. Dit omdat iedere subspecialist vooral nascholing volgt in zijn eigen vakgebied.

Als wij internisten dan toch een leven lang leren, reflecteren en ons willen laten toetsen, dan kunnen we ook stappen zetten om de kosten van de opleiding te beteugelen met behoud, zo niet met een verbetering, van de kwaliteit en flexibiliteit van de opleiding.

Een eerste stap is de instroom van het aantal artsen in opleiding tot internist beperken. Hiertoe heeft het Concilium Internae al besloten, en ze kijkt daar ieder jaar kritisch naar.

Aanvullend daarop heb ik als voorzitter met mijn medecommissieleden van de Commissie Behoefteraming en Capaciteit van het Concilium Internae, de secties en het Capaciteitsorgaan, het rapport 'Contouren capaciteitsplanning 2012' opgesteld.²³ Dit rapport geeft een eerste inzicht in de behoefte aan de verschillende subspecialisten de komende jaren, rekening houdend met allerlei denkbare variabelen.

Artsen in opleiding kunnen mede op basis hiervan hun keus voor een bepaald subspecialisme bepalen. Wellicht kunnen we in de toekomst hier ook het aantal opleidingsplaatsen in de subspecialismen mee bepalen?

Een andere stap is de opleiding tot internist bekorten van zes naar vijf jaar onder de voorwaarde dat er coaching komt door een seniorspecialist tot bijvoorbeeld, 2 jaar na de eerste registratie tot internist. Vergelijk het met het rijbewijs. Een 17-jarige mag na het behalen van zijn rijbewijs het eerste jaar alleen onder coaching van een ervaren chauffeur, autorijden.

Hoe kan de verkorte opleiding er dan uitzien: Na vijf jaar interne geneeskunde, inclusief differentiatie, wordt je voorlopig geregistreerd.

De eerste twee jaar werk je in dienst van het ziekenhuis of de maatschap, gecoacht door een ervaren internist. Je hebt jaarlijks een intensieve nascholingsverplichting, waar ook leiderschap, management, kwaliteit en veiligheid, en het reflecteren daarop, extra aan bod komen.

Daarnaast heb je een substantieel aantal verplichte patiënt-contacturen, Na 2 jaar wordt je voorlopige registratie definitief.

Nog een andere stap is de uitstroom van internisten flexibiliseren.

Om dit uit te leggen neem ik u eerst even mee naar mijn werkkamer:

Anniek de Jong zit tegenover mij en het huilen staat haar nader dan het lachen. Zij startte tweeënhalve jaar geleden vol enthousiasme haar opleiding tot internist. Zij is net terug van haar zwangerschapsverlof en ze voelt zich op alle fronten te kort schieten naar haar baby, haar man en de opleiding, laat staan haar onderzoek. Schoorvoetend oppert ze te willen stoppen, wat nu? Vier jaar is nog zo lang. Ik bespreek met haar dat het mogelijk is na twee en een half jaar opleiding tot internist een half jaar lang een aantal stages buiten de interne geneeskunde te doen;

Vervolgens kan zij zich dan laten inschrijven in het profiel ziekenhuisarts. Zij kan dan in een later stadium alsnog besluiten om zij in te stromen in de opleiding tot internist of met veel plezier ziekenhuisarts blijven, als dat haar goed bevalt. Opgelucht trekt Anniek de deur achter zich dicht, ruimte om te kiezen....

Het lijkt mij een goed idee om de ziekenhuisarts gezamenlijk op te leiden met de arts in opleiding tot internist. Immers beide artsen zullen overlappende werkzaamheden uitvoeren. Na twee/tweeëneenhalf jaar na start van de gezamenlijke opleiding doet de ziekenhuisarts enkele aanvullende stages, en de arts in opleiding tot internist continueert zijn opleiding. Het maakt een overstap van profiel naar specialist en vice versa mogelijk en flexibiliseert daarmee de uitstroom naar de arbeidsmarkt van zowel de ziekenhuisarts als de internist. En het maakt zij-instroom van ziekenhuisarts halverwege de opleiding tot internist mogelijk. In een tijd waar exacte behoefte van al deze specialisten moeilijk is een uitkomst. Een bijkomend voordeel is dat ziekenhuisartsen volgens dezelfde standaarden worden opgeleid als internisten, hetgeen de onontbeerlijke

samenwerking en afstemming tussen beide professionals op de werkvloer ten goede zal komen. Collegae van het Concilium Internae, een mooi onderwerp voor discussie.

Geachte toehoorders,

Er is nog zoveel meer te vertellen; ik heb u niet eens meegenomen in de ambitie die we hebben, in ons ziekenhuis en de interne geneeskunde, ten aanzien van het optimaliseren van de acute zorg voor patiënten, inclusief onderwijs en opleiding daarin; of over de noodzakelijke goede organisatie en afstemming tussen alle zorgaanbieders in deze regio om topzorg aan alle patiënten te kunnen verlenen. Maar ik heb het gevoel we het 'hora est' moment naderen.

Als wij, artsen, internisten, op de thema's leiderschap en collectieve professionele autonomie, een integraal perspectief op kwaliteit en veiligheid en vernieuwing van de opleiding tot internist flinke stappen voorwaarts zetten, dan ben ik ervan overtuigd dat we ook vandaag en in de toekomst onze eed gestand kunnen blijven doen. Dat beloof ik en dat geloof ik. Of om met de heilige Augustinus van Hippo te spreken:

Laten we goed leven, dan worden de tijden vanzelf goed. Wij zijn de tijden. Zoals wij zijn, zijn de tijden. ²⁴

Ik heb gezegd.

Literatuur

- ¹ Helmie Stil: Dat beloof ik. 2008. UMCUtrecht/KNMG.
- ² Erkelens D.W..Artseneed aan herziening toe. Wettelijke verantwoordelijkheid. Medisch Contact 2001; 56 (40); 1461-3.
- ³ Nederlandse artseneed 2003. Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra. ISBN 9055882887. <http://knmg.artseneed.nl>
- ⁴ Vertaling van Anton van Hooff en Manfred Horstmanshoff in: Hermeneus 71/2 (1999) 128-129; herdrukt in: P. de Rynck en M. Pieters *Van Alfa tot Omega. Een klassiek ABC. Bekende en verrassende passages uit de Griekse en Romeinse literatuur*, Amsterdam: Athenaeum-Polak en Van Gennep, 2000, pp.64-65; tweede druk Amsterdam: Singel Pockets, 2001, pp.81-82.
- ⁵ World Medical Association. www.wma.net
- ⁶ mede gebaseerd op Witman Y. (2007) De medicus maatgevend; Overleiderschap en habitus. Koninklijke Van Gorcum BV
- ⁷ mede gebaseerd op M.Noordegraaf. Risky Business: How professionalism (must) deal with organizational issues. Organization studies 32(10): 1349-71, 2011.
- ⁸ www.cvz.nl/hetcvz/zorginstituut-nederland/kwaliteitsinstituut
- ⁹ www.nfukwaliteit.nl
- ¹⁰ Joint Commission International (JCI). Accreditation Standards for Hospitals, including standards for Academic Medical Center Hospitals 4th edition. USA: Joint Commission International, 2012.
- ¹¹ Braithwaite J, Greenfield D, Westbrook J et al. Health service accreditation as a predictor of clinical and organisational performance: a blinded, random, stratified study. Qual Saf Health Care 2010; 19(1):14-21.
- ¹² Greenfield D, Pawsey M, Braithwaite J. What motivates professionals to engage in the accreditation of healthcare organizations? Int J Qual Health Care 2011; 23(1):8-14.
- ¹³ Pomey MP, Lemieux-Charles L, Champagne F, Angus D, Shabah A, Contandriopoulos AP. Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations. Implementation Science 2010; 5(1):31.
- ¹⁴ Griffith JR, Knutzen SR, Alexander JA. Structural versus Outcomes Measures in Hospitals: A Comparison of Joint Commission and Medicare Outcomes Scores in Hospitals. Quality Management in Healthcare 2002; 10(2)..
- ¹⁵ Miller MR, Pronovost P, Donithan M et al. Relationship Between Performance Measurement and Accreditation: Implications for Quality of Care and Patient Safety. American Journal of Medical Quality 2005; 20(5):239-252.
- ¹⁶ Hinchcliff R, Greenfield D, Moldovan M et al. Narrative synthesis of health service accreditation literature. BMJ Quality & Safety 2012; 21(12):979-991.
- ¹⁷ Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist review--a new method of systematic review designed for complex policy interventions. J Health Serv Res Policy. 2005 Jul;10 Suppl 1:21-34.
- ¹⁸ Pawson R, Tilly N. Realistic Evaluation (1997) Sage Publications London
- ¹⁹ Westerman M. Mind the gap, the transition to hospital consultant. Proefschrift. Vrije Universiteit Amsterdam 2012.
- ²⁰ Frank JR, Jabbour M, Tugwell P et al. Skills for the new millennium. Report of the societal needs working group, CanMEDS 2000 project. Ann R Coll Physicians Surg Can 1996; 29:206-16.
- ²¹ World Health Organization (WHO). WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. France: WHO, 2009.
- ²² knmg.artsennet.nl/opleiding-en-registratie/moedern-opleiden/projecten-MMV-1/CanBetter-1
- ²³ Contouren capaciteitsplanning 2012. NIV.
- ²⁴ Aurelius Augustinus. 'Zoals wij zijn, zijn de tijden'. (Sermo 80).

Korte biografie

Prof. Dr. Margriet Schneider (1959) is op 1 april 2011 benoemd tot hoogleraar Interne Geneeskunde aan het UMC Utrecht. Zij studeerde geneeskunde aan de Universiteit Utrecht (UU), waarna zij in 1985 de opleiding tot internist startte in Ziekenhuis de Lichtenberg in Amersfoort en in 1991 voltooide in het Academische Ziekenhuis Utrecht. Sindsdien werkt zij als internist binnen de Divisie Interne Geneeskunde en Dermatologie. In 1996 registreerde zij als internist-infectioloog om in 1998 te promoveren op het proefschrift: Opportunistische infecties bij HIV-geïnfekteerde patiënten. Haar promotor was Prof.Dr. J. Verhoef en haar copromotoren, Dr.I.M. Hoepelman en Dr. J.C.C. Borleffs.

Van 2004 tot 2010 vervulde zij de functie van divisievoorzitter en medisch manager van de nieuwe Divisie IC-Centrum met als opdracht, samen met Prof. Dr. J. Kesecioglu, intensivist, de vier separate Intensive Care's van het Universitair Centrum samen te voegen, en toekomstbestendig te innoveren en de opleiding tot Intensivist en IC verpleegkundigen op te starten. In deze periode werd een prijswinnende State-of-the-Art Intensive Care gebouwd op het dak van het UMC Utrecht.

In 2010 werd zij benoemd tot divisievoorzitter van de Divisie Interne Geneeskunde en Dermatologie en opleider Interne Geneeskunde, hoofd opleider voor de Regio Utrecht.

In 2010 was zij kwartiermaker voor Kwaliteit en Veiligheid ten behoeve van de Strategie 3.0 voor het UMC Utrecht en vervult sindsdien de rol van ambassadeur voor kwaliteit en Veiligheid in het UMC Utrecht. In 2012 werd op haar initiatief een onderzoekslijn gestart in samenwerking met het Julius Centrum en het Departement Bestuurs- en Organisatiewetenschappen van faculteit REBO van de UU, naar de effecten van implementatie van een patiëntgericht normenkader op de uitkomsten van zorg. Waarbij betrokkenheid, gedrag en intrinsieke motivatie van professionals en leiderschap nader te onderzoeken factoren zijn.

Margriet Schneider is getrouwd met Wim Kremer en moeder van 3 zoons, Wiel, Stijn en Lucas.