

Leo Ottes

senior adviseur Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

Jan Kremer

gynaecoloog en hoogleraar patiëntgerichte innovatie Radboudumc, voorzitter kwaliteitsraad Zorginstituut

PERIODIEKE REGISTRATIE HOUDT KENNIS NIET UP-TO-DATE

Vervang BIG-herregistratie door continue kennispeiling

Om BIG-geregistreerd te blijven, moeten artsen zich elke vijf jaar opnieuw laten inschrijven. Hun deskundigheid is daarmee echter niet gewaarborgd, vinden Leo Ottes en Jan Kremer. Zij pleiten voor een systeem van continue registratie, gekoppeld aan bijscholing.

Als we willen dat de Wet BIG daadwerkelijk van nut is voor de patiënt moet de herregistratie behoorlijk veranderen. Veel beter is een laagdrempelige en continue (bij)scholing waarmee de essentiële medische kennis van elke arts up-to-date wordt gehouden. Zo blijft hij BIG-geregistreerd zolang zijn kennisniveau op peil is. Welke medische kennis essentieel is, kan de beroepsgroep het beste zelf bepalen.

Opgeschoond

Op 1 januari 2018 zijn 18 duizend artsen uit het BIG-register verwijderd. Zij verloren daarmee ook hun artsentitel.¹ Het registratieorgaan CIBG heeft het register namelijk opgeschoond. De 'vervuiling' bestond uit artsen die de afgelopen vijf jaar minder dan 2080 uur hebben besteed aan werkzaamheden in de individuele gezondheidszorg (hierna gemakshalve aangeduid als niet-praktiserend) en niet aan de scholingseis voldeden. Die scholingseis geldt alleen voor niet-praktiserende artsen en bestaat uit drie examens, basiskennis, klinisch redeneren en klinische vaardigheden, die elk met goed gevolg afgelegd moeten worden. Dit neemt minimaal tien maanden in beslag en kost in totaal 2215 euro (prijspeil 2017, voor een herexamen moet opnieuw het gehele bedrag voor het betreffende examen betaald worden). Het eerste examen, basiskennis, bestaat uit de inter-universitaire Voortgangstoets Geneeskunde (iVTG).² Niet verwonderlijk dat veel niet-praktiserende artsen afhaken. Naast de financiële drempel, zien zij ertegenop om weer alle basisvakken zoals anatomie, biochemie etc. 'in hun hoofd te stampen'. En dat elke vijf jaar opnieuw.

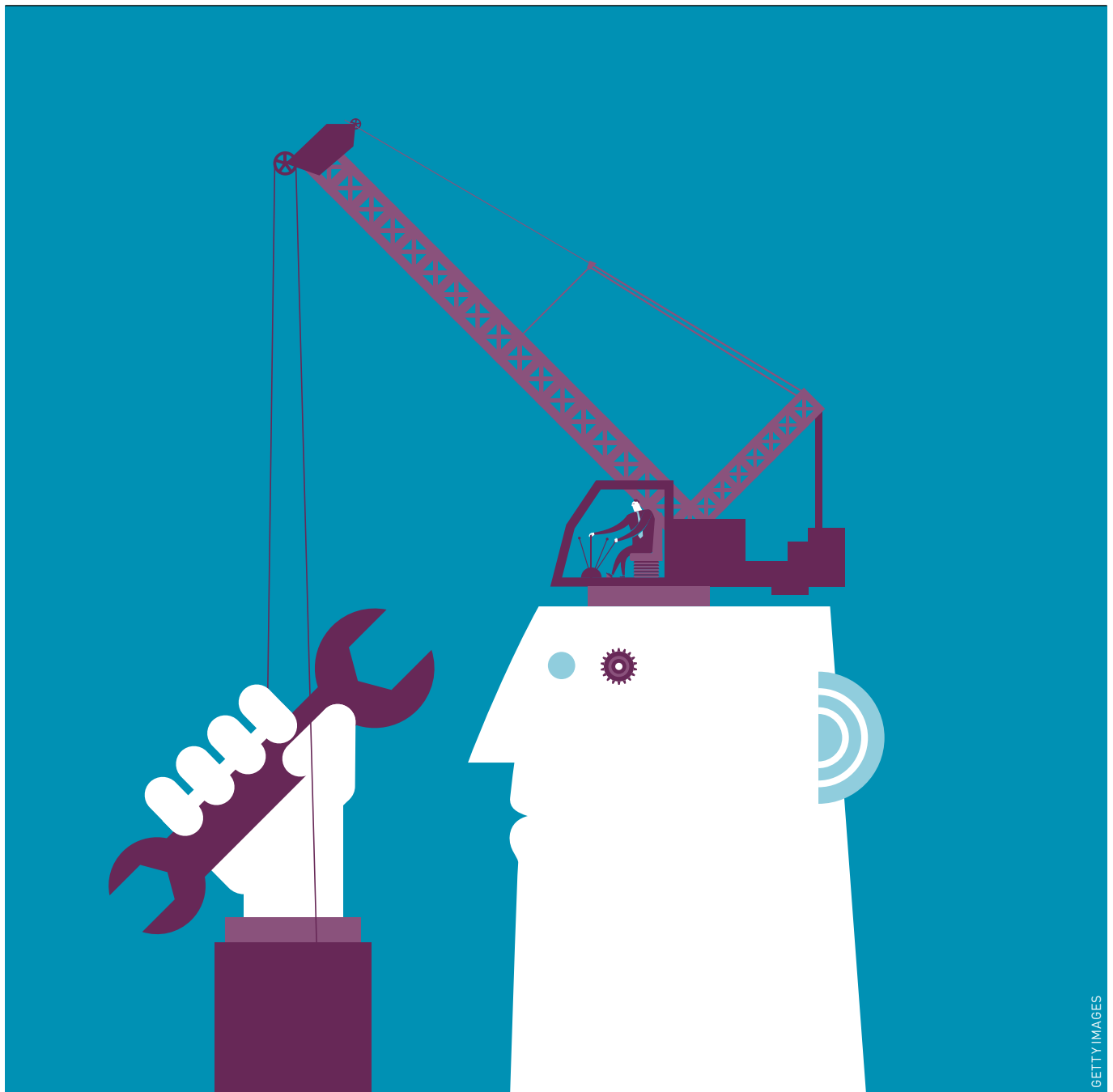
Het bericht dat Nederland per 1 januari plotseling 18 duizend minder artsen telde, leidde tot de volgende reactie in Medisch Contact: 'Een land dat zich kan permitteren om medische capaciteit van een dergelijke omvang af te schrijven moet wel erg rijk zijn en een erg goede gezondheidszorg hebben.'³ Zou het inderdaad niet veel verstandiger zijn om te proberen niet-praktiserende artsen, in wier opleiding veel geld is geïnvesteerd, als arts te behouden voor de samenleving in plaats van hen af te schrijven? Natuurlijk is het belangrijk dat zij, en ook praktiserende artsen, hun kennis op peil houden. Maar dat kan ook anders. Twee vragen zijn van belang. Over welke kennis hebben we het? En hoe kan die efficiënt en plezierig worden overgedragen?

Werkervaring geen garantie

De vraag welke kennis op peil gehouden moet worden, moet beantwoord worden vanuit het perspectief van de patiënt. Een patiënt wil dat een arts bekwaam is, adequaat weet te handelen en kan beoordelen of acute hulp nodig is. Oftewel dat een arts beschikt over essentiële praktische medische kennis die up-to-date is.

Vanuit deze optiek moet de scholingseis voor *alle* artsen gelden. De werkervaringseis, die de BIG-registratie stelt, geeft namelijk geen garantie dat de kennis up-to-date is. Weliswaar wordt de medisch-specialistische kennis vanuit het betreffende specialisme bewaakt, maar dat geldt niet voor essentiële medische kennis buiten het vakgebied. Dit gaat om zaken die elke arts moet weten, ongeacht zijn specialisme. Bijvoorbeeld handelen in noodsituaties en alarmsignalen bij patiënten herkennen. De hoeveelheid bij te houden kennis moet zoveel mogelijk beperkt worden. In zijn boek *Het nieuwe brein van de dokter* laat Erik-Jan Vlieger zien dat de hoeveelheid nieuwe kennis steeds sneller toeneemt en bestaande kennis steeds sneller verouderd.⁴ Hij pleit er dan ook

De hoeveelheid bij te houden kennis moet zoveel mogelijk beperkt worden



GETTY IMAGES

Niet-essentiële kennis uit het hoofd leren levert het gevaar op dat wel-essentiële kennis ondergesneeuwd raakt door nutteloze feiten.

voor minder dingen uit het hoofd te leren. Want als je iets uit je hoofd denkt te weten, dan raadpleeg je de richtlijn niet en weet je ook niet of die inmiddels gewijzigd is. Niet-essentiële kennis uit het hoofd leren levert het gevaar op dat wel-essentiële kennis ondergesneeuwd raakt door nutteloze feiten. Door de bij te houden kennis te beperken tot essentiële praktische medische kennis wordt de motivatie om deze kennis bij te houden vergroot en is deze ook paraat te houden.

Wat die essentiële praktische medische kennis is die elke arts paraat moet hebben, kunnen praktiserende beroepsbeoefenaren het beste bepalen. Zij weten wat in de dagelijkse praktijk nodig is: wat elke arts moet weten en kunnen en, niet te vergeten, waar hij vanaf moet blijven als hij er geen ervaring mee heeft. Ook de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en patiënten kunnen daar een bijdrage aan leveren. Immers juist van zaken die misgegaan zijn, moet je leren.

Veel niet-praktiserende artsen zullen bereid zijn hun kennis op peil te houden en BIG-geregistreerd blijven

Niveau bewaken

Aangezien het gaat om essentiële kennis die daadwerkelijk in de praktijk nodig kan blijken, ligt een aanpak vanuit praktijkvoorbeelden voor de hand. Bijvoorbeeld: wat te doen als een kind een knoopcelbatterij heeft ingeslikt? Dat niet altijd bekend is dat dit heel gevaarlijk is en het kind met spoed verwezen moet worden, toont een tuchtzaak uit 2015.⁵

Behalve praktijkgericht moet de (bij)scholing eenvoudig en goedkoop zijn en weinig tijd kosten, laten we zeggen maximaal een uur per week. Met de huidige ICT-mogelijkheden is dit eenvoudig te realiseren in de vorm van *web based continuing medical education*. Met name in de VS wordt deze manier van (bij)scholing al door verschillende partijen aangeboden, zoals de Stanford University Medical School en de Oregon Health & Science University.^{6,7} Het gaat hierbij echter om een digitale versie van de klassieke bijscholing op basis van accreditatiepunten. Wat ons betreft wordt een programma ontwikkeld met een andere insteek, namelijk een website waar een arts eenmaal per week inlogt en met een aantal streng geselecteerde praktijkvoorbeelden geconfronteerd wordt. Als hij het antwoord niet weet of de verkeerde richting opgaat, kan het computerprogramma de informatie verstrekken die nodig is om tot het goede antwoord te komen. Zo wordt een kennisleemte opgevuld. Ook kunnen nieuwe medische inzichten snel gemeengoed worden. Om ervoor te zorgen dat de opgedane kennis ook beklijft, houdt het systeem bij welke vragen niet goed zijn beantwoord en komt daar na een tijdje weer op terug. Kennis kun je alleen paraat houden door die regelmatig te bevragen. Het computersysteem kan het kennisniveau van de arts ook bewaken. Zolang het goed gaat en het niveau zich 'in de groene zone' bevindt is alles in orde. Als het niveau echter in de oranje zone terechtkomt, kan het systeem manen om een tandje bij te zetten. Als het kennisniveau dan weer op peil komt, is er niets aan de hand. Indien het niveau echter verder zakt en in de rode gevarezone terechtkomt, kan het systeem een alarmsignaal afgeven.

Grote voordelen

Een systeem als hiervoor geschetst zou de huidige periodieke herregistratie kunnen vervangen. Een arts, al dan niet praktiserend, hoeft dan niet meer periodiek te herregistreren, maar blijft geregistreerd zolang zijn of haar kennis op peil is. Pas als er een signaal komt – als de arts 'in de rode zone' terechtkomt – moet er actie ondernomen worden en kan in het uiterste geval doorhaling

PRAKTIJKPERIKEL

PRIORITEITEN

Een man ligt – kermend van de buikpijn – onderuitgezakt op de onderzoeksbank. Zijn beste vriend heeft hem naar de huisartsenpost gebracht. Na een kort klinisch onderzoek draai ik me om naar de beste vriend, maar deze is plots verdwenen. Omdat ik pijnstilling wil gaan halen voor meneer en hem niet alleen wil laten, kijk ik om het hoekje de gang in waar de beste vriend druk bezig blijkt met zijn telefoon. Een beetje geïrriteerd door de gedachte dat de telefoon weer eens belangrijker is dan de naaste (die duidelijk pijn lijdt), sommeer ik de vriend om terug te komen naar de onderzoekskamer. Hij volgt me terug naar binnen en een beetje bedremmeld stamelt hij iets over een probleem. Ongeduldig vraag ik hem wat het probleem is en dan wijst hij plots naar de elektronische enkelband onder zijn broekspijp: de accu is bijna leeg en hoewel hij natuurlijk bij zijn zieke vriend wil blijven zal hij toch eerst even op en neer naar huis moeten voor een kabel om de accu op te laden...

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl

van de registratie volgen. Die weer ongedaan gemaakt kan worden als de betreffende arts kan aantonen dat hij weer in de groene zone is beland c.q. over de benodigde essentiële kennis beschikt, bijvoorbeeld door het met goed gevolg afleggen van een examen. Continue registratie zolang de kennis op peil is, als alternatief voor de huidige periodieke herregistratie op basis van een werkervarings- of scholingseis, biedt grote voordelen. De patiënt kan ervan op aan dat elke arts over up-to-date essentiële praktische medische kennis beschikt. Daarnaast zullen, als deze vorm van (bij)scholing laagdrempelig en kosteloos ter beschikking wordt gesteld, veel niet-praktiserende artsen bereid zijn hun kennis op peil te houden en BIG-geregistreerd blijven. Zij blijven als arts voor de samenleving behouden. Up-to-date kennis kan levens redden. Als de arts uit het voorbeeld van de knoopcelbatterij had geweten hoe gevaarlijk het inslikken daarvan is, dan was het kind nu waarschijnlijk nog in leven geweest. ■

contact

l.tottes@raadrvs.nl

cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

web

De voetnoten vind u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.