

STIMULANS VOOR INTERNE KWALITEITSVERBETERING VAN DE GENEESKUNDIGE VERVOLGOPLEIDINGEN

(SCHERPBIER 2.0)

Actualisatie van het rapport
'Kwaliteitszorg voor de specialistische vervolgopleiding' 2008



COLOFON

Leden van de commissie

De heer prof. dr. A. Scherpbier (<i>voorzitter</i>)	Decaan Faculty of Health, Medicine & Life Science, MUMC+
Mevrouw drs. L. Bernsen (<i>vanaf oktober 2014</i>)	Hoofd huisartsopleiding, Radboud UMC
De heer dr. H.J.L. Brackel	Kinderarts, Catharina Ziekenhuis, Vice-voorzitter RGS
De heer dr. P.J. Breslau	Chirurg, Medisch Adviseur MMV, KNMG
Mevrouw drs. M. Kremers (<i>lid tot februari 2015</i>)	Aios Interne Geneeskunde, Jeroen Bosch Ziekenhuis
De heer dr. J.C.M. Lavrijsen	Senior onderzoeker en docent specialisme ouderengeneeskunde, Radboudumc, Projectleider Werving Opleiders en opleidingsplaatsen, SOON
Mevrouw prof. dr. M.J.M.H. Lombarts	Professor Professional Performance, AMC
De heer dr. S.J. van Luijk	Arts/onderwijskundige Academische Medische Vervolgopleidingen, MUMC+
De heer drs. A.P.N. van Rooijen	Hoofd Diakademie, opleiden & ontwikkelen, Diaconessenhuis, Utrecht
De heer mr. M.C.J. Rozijn	Deelprojectleider Sociale Geneeskunde MMV, KNMG, Secretaris CGS
De heer drs. M.V.H. Rutten	Aios Anesthesiologie, AMC
De heer prof. dr. F. Scheele	Gynaecoloog, Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Vice-voorzitter CGS
De heer prof. dr. F.W.J.M. Smeenk	Longarts, Catharina Ziekenhuis, Lid CGS, Bijzonder hoogleraar kwaliteitsbevordering medisch specialistische vervolgopleidingen, MUMC+
De heer C.E.J. van der Post (<i>lid tot augustus 2014</i>)	Hoofd huisartsopleiding AMC-UVA
Mevrouw drs. C. den Rooyen (<i>projectleider</i>)	Onderwijskundige, deelprojectleider MMV, KNMG

SAMENVATTING

Het voorliggende rapport 'Stimulans voor interne kwaliteitsverbetering van de geneeskundige vervolgoopleidingen' is de actualisatie van het rapport 'Kwaliteitszorg voor de specialistische vervolgoopleiding' uit 2008, aan de hand van ontwikkelingen in de zorg voor en toetsing van de kwaliteit van opleidingen.

¹Oprichters voor deze herziening zijn het College Geneeskundige Specialismen (CGS) en de Registratiecommissie Geneeskundige Specialisten (RGS).

In grote lijnen is de visie uit 2008 nog altijd actueel. Ook anno 2016 gaat het systeem van continue kwaliteitsverbetering uit van een lerende organisatie of professional, die zelf streeft naar maximale kwaliteit door voortdurende verbetering van de vervolgoopleiding. Daarbij gaat het om periodieke interne kwaliteitsbeoordeling en daarop gebaseerde verbeteracties. Kwaliteitsbeoordeling bestaat uit het verzamelen van betrouwbare informatie in de vorm van feedback van personen en gremia die direct bij de opleiding zijn betrokken. Dit beoordelen en verbeteren wordt cyclisch herhaald, in de vorm van een plan-do-check-act-cyclus (PDCA).

Het interne kwaliteitssysteem is onderdeel van de dagelijkse praktijkvoering, waarbij verbeteringen zichtbaar zijn voor alle betrokkenen. In vergelijking met de situatie in 2008, ligt anno 2016 de nadruk in het rapport sterker op het verbeterplan. Opleidingen worden geacht dit te maken als vervolg op de resultaten van de diverse kwaliteitsbeoordelingen. Daarbij is niet de omvang van de cyclus of het aantal meetpunten van belang, maar het cyclische karakter ervan en de geconstateerde verbeterpunten. Het uiteindelijke doel van het systeem is optimale kwaliteit van patiëntenzorg door optimale kwaliteit en inhoud van de vervolgoopleiding.

Op onderdelen is de visie uit 2008 bijgesteld en aangevuld. De visie anno 2016 gaat uit van vertrouwen in de eigen verantwoordelijkheid van de professional voor de kwaliteit van de opleiding. Om deze verantwoordelijkheid inhoud te geven en te kunnen sturen op verbetering, fungeert dit rapport als handreiking. Eigen verantwoordelijkheid betekent dat de professional moet kunnen aantonen hoe de kwaliteit van de opleiding is geborgd en wat zijn eigen rol daarin is. Die verantwoordelijkheid kan eveneens de voorbereiding zijn op de externe visitatie van de kwaliteit van de opleiding door bijvoorbeeld de RGS. Dat voorkomt dubbel werk en draagt bij aan het verminderen van de bureaucratie.

Het huidige rapport is toegankelijker, compacter en bruikbaar geworden voor de actoren die bij geneeskundige vervolgoopleidingen betrokken zijn.² In dit rapport wordt duidelijker onderscheid gemaakt tussen enerzijds een algemene visie voor alle geneeskundige vervolgoopleidingen (dus alle drie de clusters) en anderzijds de uitwerking daarvan voor alleen de medisch-specialistische vervolgoopleidingen (cluster 2). Voor de huisartsgeneeskunde uit cluster 1 en de sociaal-geneeskundige specialismen uit cluster 3 zijn de uitwerkingen eerder in andere trajecten gedaan.

De complexe en gedetailleerde schema's uit 2008 zijn vereenvoudigd en gepositioneerd als hulpmiddel voor verdere verbetering van de kwaliteit van de medische vervolgoopleidingen uit cluster 2. Het overzicht met instrumenten en systemen die het beroepenveld inzet voor de monitoring van kwaliteit (toolkit) is geactualiseerd en uitgebreid. Ook dit overzicht is bedoeld als hulpmiddel en als inspiratiebron.

De uitwerking van het systematisch verbeteren van de kwaliteit van de opleiding valt buiten de reikwijdte van dit rapport. Dat zal het veld zelf moeten doen, maar dit rapport biedt daarvoor wel een stimulans.³

Het CGS wordt met betrekking tot de drie clusters geadviseerd om periodieke verslaggeving over de kwaliteit van de opleiding en de daaruit voortvloeiende verbeterpunten in de regelgeving op te nemen als erkenningseis voor opleider en opleidingsinstelling. Met de verankering van een kwaliteitssysteem in de regelgeving van het CGS kan de RGS vervolgens een implementatietraject starten, om de voortgang van de invoering van kwaliteitszorg door de actoren in de opleiding te monitoren en waar nodig te faciliteren.

Specifiek voor de specialismen uit cluster 2 adviseert de commissie het CGS en de RGS de introductie van de handreiking gepaard te laten gaan met een gedegen communicatietraject, waarin doel en inhoud van de handreiking centraal staan. De commissie vraagt hierbij speciale aandacht voor het belang van goede afspraken over mandaat en handelingsruimte tussen Centrale Opleidingscommissie en de Raad van Bestuur. Waar nodig moet de Centrale Opleidingscommissie gebruik kunnen maken van de doorzettingmacht van de Raad van

1 Onder specialismen worden ook de profielen verstaan.

2 Geneeskundige vervolgoopleidingen betreffen de vervolgoopleidingen huisartsgeneeskunde, specialisme ouderengeneeskunde, geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten (cluster 1), de medische specialismen (cluster 2) en de sociaal-geneeskundige specialismen (cluster 3)

3 Voor actuele informatie over de kwaliteitssystemen en over andere zaken die met kwaliteitsverbetering te maken hebben kunt u terecht op www.knmg.nl/cgs/kwaliteitenerkenning

Bestuur van de opleidingsinstelling. Daarom adviseert de commissie het gedachtengoed van dit rapport aan de verschillende bestuurstafels onder de aandacht te brengen.

De verantwoording van de commissie die dit rapport heeft opgesteld is te vinden in bijlage 3 van dit rapport.

INHOUDSOPGAVE

1. Kwaliteitszorg voor de geneeskundige vervolgopleiding, een terugblik.....	6
1.1 Het rapport 'Kwaliteitszorg voor de specialistische vervolgopleiding' uit 2008	6
1.2 De ontwikkelingen in de kwaliteitszorg na 2008	6
2. Kwaliteitszorg in de geneeskundige vervolgopleidingen anno 2016	8
3. Handreikingen voor kwaliteitsverbetering bij medische vervolgopleidingen	11
3.1 Kwaliteitskader voor medische vervolgopleidingen	11
3.2 Kwaliteitsinstrumenten voor medische vervolgopleidingen	12
4. Hoe nu verder?	13
Bijlagen	
1. Kwaliteitskader cluster 2.....	15
2. Overzicht kwaliteitsinstrumenten medische vervolgopleidingen	24
3. Projectverantwoording	41
4. Begrippenlijst	42

1. KWALITEITSZORG VOOR DE GENEESKUNDIGE VERVOLGOPLEIDING, EEN TERUGBLIK

1.1 Het rapport 'Kwaliteitszorg voor de specialistische vervolgopleiding' uit 2008

In 2008 heeft de toenmalige projectgroep kwaliteitsindicatoren (ook wel de 'commissie Scherpbier' genoemd) een systeem voor kwaliteitsbeoordeling en -verbetering van opleidingen ontworpen. Aanleiding daarvoor was de wens van de overheid om aan de hand van concrete kwaliteitsindicatoren te komen tot een objectief, meer transparant kwaliteitsoordeel over de vervolgopleidingen. Daarmee zou de overheid deze opleidingen beter kunnen sturen (bijvoorbeeld op het aantal opleidingsplaatsen en de verdeling daarvan) en zou een marktmechanisme tussen de vervolgopleidingen binnen een specialisme mogelijk kunnen worden.

De projectgroep bracht in 2008 een rapport uit, getiteld 'Kwaliteitszorg voor de specialistische vervolgopleiding'. De conclusie in dat rapport was dat de opleidingswerkelijkheid te complex was om te beschrijven in slechts enkele kwaliteitsparameters en daar een eenduidig kwaliteitsoordeel op te baseren. De projectgroep concludeerde dat kwaliteit van opleiden alleen gebaseerd kon zijn op een veelheid van diverse kwantitatieve en kwalitatieve informatiebronnen. Die kwaliteit moest zorgvuldig binnen de context gewogen worden om tot een adequaat oordeel te kunnen komen.

Sindsdien zijn er met betrekking tot kwaliteitsbewaking en -verbetering van vervolgopleidingen diverse ontwikkelingen geweest, die aanleiding waren om het rapport uit 2008 te herzien. De visie van de toenmalige projectgroep was kort samengevat:

'Elk systeem van kwaliteitsbeoordeling richt zich enerzijds op de beslissing tot voortbestaan van een opleiding en anderzijds op het verhogen van de kwaliteit van een opleiding. Daarin zit een spanningsveld. Het eerste leidt meestal tot het benadrukken van minimumeisen en een strategische gerichtheid van opleidingsgroepen die zich hiernaar gaan gedragen. Het tweede benadrukt de lerende organisatie die streeft naar optimalisering van het onderwijs en maximale kwaliteit. Op deze laatste ligt het accent.

Gestreefd moet worden naar een systematisch stelsel van interne kwaliteitszorg van vervolgopleidingen. Daarbij gaat het erom betrouwbare informatie te verzamelen voor feedback en verbetering van de kwaliteit. Deze cyclus is continu, bijvoorbeeld door middel van een plan-do-check-act-cyclus (PDCA). De externe kwaliteitszorg (door de RGS) bekrachtigt in feite de interne kwaliteitszorg.

De standaarden of normen die hierbij worden gebruikt zijn niet alleen minimale eisen, maar richten zich ook op ontwikkeling en verbetering van de kwaliteit.

Daarnaast moet interne kwaliteitszorg onderdeel zijn van de dagelijkse gang van zaken, net als alle andere vormen van kwaliteitszorg, waarbij verbeteringen zichtbaar zijn voor alle betrokkenen. Er dient dan ook een cultuur van kwaliteit te ontstaan met de juiste interne en externe prikkels.'

1.2 De ontwikkelingen in de kwaliteitszorg na 2008

Het rapport uit 2008 legde de basis voor de implementatie van kwaliteitszorg voor alle medische vervolgopleidingen. Sindsdien zijn er voor en door meerdere medische specialismen, instellingen, huisartsgeneeskunde en sociale geneeskunde initiatieven ontplooid om de interne kwaliteitszorg van de opleiding vorm en inhoud te geven en te verbeteren.

Met het meerjarige project Modernisering Medische Vervolgopleidingen (Project MMV) van de KNMG startte in 2010 een aantal deelprojecten op het gebied van kwaliteitszorg. Binnen Project MMV is specifiek voor cluster 3 een project gestart om te komen tot een kwaliteitsvisie. Deze visie is uiteindelijk beschreven in het rapport KOERS.⁴

In 2012 is voor de huisartsen binnen cluster 1 het Handboek GEAR 2012⁵ verschenen met een landelijk kwaliteitssysteem voor de huisartsopleiding.

4 KOERS staat voor Kwaliteitsvisie Opleidingen En Raamplan Sociale geneeskunde.

5 GEAR staat voor Gecombineerde Evaluatie en Audit Ronde. Een beschrijving van GEAR is te vinden op www.huisartsopleiding.nl.

Het samenvoegen van de colleges (op 1 januari 2010) en de registratiecommissies van de drie clusters (op 1 januari 2013) stimuleerde de beweging richting een gemeenschappelijke visie op kwaliteitszorg voor opleiden, waarbij ieder cluster binnen de eigen context deze gemeenschappelijke visie kon uitwerken.

Vanuit het CGS en de RGS is in 2013 het visiedocument 'Van handhaven naar verbeteren'⁶ uitgebracht, dat de toekomst beschreef van het toezicht op de opleidingen tot geneeskundig specialist.

Deze ontwikkelingen hebben de kwaliteitszorg positief beïnvloed en ook tastbaar en meetbaar gemaakt. Wat de opleidingen zelf betreft zijn de algemene competenties als basis voor competentiegericht opleiden nu verankerd in de landelijke opleidingsplannen. Ook worden maatschappelijk relevante thema's, zoals ouderenzorg, doelmatigheid, patiëntveiligheid en -participatie en medisch leiderschap, vaker structureel geïntegreerd in de vervolgoopleidingen.

Vanuit organisatorisch perspectief is er een toenemende aandacht voor kwaliteitszorg van de gehele opleiding over meerdere instellingen heen (regionale kwaliteitszorg) en wordt stilgestaan bij wat een aios waar leert.

Daarmee hangt samen dat aan de Centrale Opleidingscommissie (COC) een regierol in de kwaliteitszorg is toebedeeld.

Het denken over kwaliteitszorg in de vervolgoopleidingen is daarmee steeds verder ontwikkeld. In het veld van geneeskundig specialisten ontstond de wens om kwaliteitscriteria niet (meer) op detailniveau als vinklijstjes te hanteren, maar meer te kijken naar de achterliggende bedoeling en het doel daarvan. Instellingen zelf kregen meer aandacht voor de interne kwaliteitszorg. Dit hield verband met het toenemende besef dat de verantwoordelijkheid voor kwaliteitszorg meer decentraal moet liggen, daar waar het primaire proces plaatsvindt. Bij deze decentrale verantwoordelijkheid van de opleidingsinstellingen en opleiders past een RGS-toezicht dat meer op afstand is ingericht, op voorwaarde dat er een goed intern kwaliteitssysteem aantoonbaar operationeel is.

Alhoewel het rapport uit 2008 duidelijk een hulpmiddel was bij de implementatie van kwaliteitssystemen in de praktijk, werden in de loop van de tijd ook knelpunten gesignaleerd. Deze knelpunten hadden deels te maken met het rapport zelf, maar ook met de ontwikkelingen binnen de vervolgoopleiding.

De meest genoemde knelpunten waren:

- Het rapport was uitgebreid en gedetailleerd en onbedoeld gebruik kon al snel leiden tot een bureaucratische interpretatie en uitvoering van kwaliteitszorg.
- In het rapport was geen specifieke aandacht besteed aan de clusters 1 en 3.
- Het rapport was vooral bedoeld voor alle medisch-specialistische vervolgoopleidingen (cluster 2), maar in de praktijk bleek behoefte te bestaan aan specifieke aandacht voor de kleinere opleidingen met bijvoorbeeld minder dan vijf aios. Kwaliteitsinstrumenten zoals D-RECT en SETQ bleken toen niet toepasbaar bij kleinere groepen.

Met inachtneming van deze ontwikkelingen en knelpunten hebben CGS en RGS in 2013 een grotendeels vernieuwde commissie ingesteld, opnieuw onder leiding van prof. dr. A. Scherpbier, met de opdracht het rapport uit 2008 te actualiseren, met inachtneming van voornoemde knelpunten.

6 Een beschrijving van KOERS en het visiedocument 'Van handhaven naar verbeteren' is te vinden op www.knmg.nl/cgs

2. KWALITEITSZORG IN DE GENEESKUNDIGE VERVOLGOPLEIDINGEN ANNO 2016

► De visie op kwaliteitszorg uit 2008 is nog steeds actueel

In grote lijnen is de visie uit 2008 nog altijd actueel. Ook anno 2016 gaat het systeem van continue kwaliteitsverbetering uit van een lerende organisatie of professional die zelf streeft naar maximale kwaliteit door voortdurende verbetering van de vervolgopleiding. Daarbij gaat het om periodieke interne kwaliteitsbeoordeling en daarop gebaseerde verbeteracties. Daarbinnen wordt betrouwbare informatie verzameld door feedback van personen en gremia die direct bij de opleiding zijn betrokken. Dit beoordelen en verbeteren wordt cyclisch herhaald, in de vorm van een plan-do-check-act-cyclus (PDCA).

Deze kwaliteitscyclus is educatief (of formatief) van aard. De externe kwaliteitsbeoordeling door de RGS is selectief (of summatief) van karakter, omdat dan de kwaliteit betrokken wordt in de beslissing tot erkenning van opleiders en opleidingsinstellingen.

Het interne kwaliteitssysteem is onderdeel van de dagelijkse praktijkvoering, waarbij verbeteringen zichtbaar zijn voor alle betrokkenen. In vergelijking met de situatie in 2008, ligt anno 2016 de nadruk in dit rapport sterker op het verbeterplan dat opleidingen geacht worden te maken, als vervolg op de resultaten van de diverse kwaliteitsbeoordelingen. Daarbij is niet de omvang van de cyclus of het aantal meetpunten van belang, maar het cyclische karakter ervan en de geconstateerde verbeterpunten en wat daarmee vervolgens wordt gedaan.

► Een handreiking voor alle geneeskundige vervolgopleidingen

De geactualiseerde visie op kwaliteitszorg is toepasbaar op alle geneeskundig specialistische vervolgopleidingen. De uitvoering per cluster of per specialisme kan echter verschillen vanwege verschil in context. De weergegeven visie is een manier om de kwaliteitszorg in te richten. Het is bedoeld als een hulpmiddel voor de praktijk, niet als een dictaat. Dat geldt voor de visie zoals hierboven geschetst, maar ook voor de uitwerking van de visie voor cluster 2 zoals beschreven in hoofdstuk 3.

► Zelf kiezen van systeem en kwaliteitskader

Het uiteindelijke doel van het systeem is optimale kwaliteit van patiëntenzorg door optimale kwaliteit en inhoud van de vervolgopleiding. Daarbij past de vrijheid om systeem en inhoud aan te passen aan de eigen context. Kwaliteitszorg is de verantwoordelijkheid van de betreffende opleiding en instelling zelf.

Binnen de opleiding hebben actoren elk hun eigen verantwoordelijkheden, die tot uitdrukking komen in de evaluatiecyclus. Deze verantwoordelijkheden worden bij voorkeur zo laag mogelijk in de organisatie belegd, namelijk daar waar de uitvoering plaatsvindt. Dat is in lijn met de achterliggende gedachte van de regelgeving. Verantwoordelijkheden worden benoemd, maar hoe deze ingevuld worden is een zaak van de betreffende actor. Dit rapport geeft daarvoor een handreiking inclusief een overzicht van instrumenten, voorbeelden en ideeën die actoren kunnen gebruiken bij het optimaliseren van de kwaliteit van de opleiding. Met dit rapport worden nadrukkelijk geen externe normen gesuggereerd of opgelegd. De kern is dat elke actor de eigen verantwoordelijkheden of taken aantoonbaar adequaat invult en via een PDCA-cyclus continu tracht te verbeteren.

Het bieden van globale kaders stelt echter wel hogere eisen aan de eigen verantwoordelijkheid, zelfsturing en discipline van professionals. Het vergt bovendien professionalisering van de COC's en investeringen in de scholing van leden van plenaire visitatiecommissies.

► Keuzemogelijkheden voor kleine en grote opleidingsgroepen

Een specifiek punt van aandacht is de uitwerking van de kwaliteitszorg door en voor kleine opleidingsgroepen. De uitkomsten van kwaliteitsindicatoren bij deze opleidingen moeten zo min mogelijk herleidbaar zijn tot informatie van de individuele aios. Een te klein aantal aios in kleine opleidingsgroepen kent als risico dat zij zich niet veilig genoeg voelen om oprechte feedback te geven over de kwaliteit van de opleiding. Anonieme schriftelijke enquêtes hebben in die gevallen geen zin. Vormen die meer rekening houden met de privacy van de aios worden dan noodzakelijk, zoals het houden van exit-interviews en terugkoppeling van gegevens door derden. Het overzicht van beoordelingsinstrumenten in bijlage 2 bevat voorbeelden van vormen die toegepast kunnen worden bij relatief kleine opleidingsgroepen. Ook is denkbaar dat in de (toelichting van de) regelgeving wordt opgenomen dat kleine opleidingsgroepen, met bijvoorbeeld minder dan vijf aios, aantoonbaar

voldoen aan de eisen voor een kwaliteitscyclus als er een aantoonbare PDCA-cyclus is, in combinatie met exitgesprekken en op de PDCA-cyclus gebaseerde interne audits. ⁷

➤ De visie op de inhoud van kwaliteit is aangepast

Het systeem voor kwaliteitsbeoordeling is als zodanig niet veranderd. De inhoud, oftewel de beschrijving van wat die kwaliteitszorg is, wel. De limitatieve lijst met normen uit 2008 is volledig herzien.

Die lijst was niet praktisch en bovendien alleen van toepassing op de medisch-specialistische vervolgoopleidingen. Inmiddels zijn zowel voor de huisartsen (GEAR) als voor de sociaal-geneeskundigen (KOERS en Kwaliteitskader) eigen kwaliteitssystemen met bijbehorend kwaliteitskader opgezet.

Een nieuw en meer compact kwaliteitskader voor de medisch specialisten is uiteengezet in hoofdstuk 3.

➤ Maak gebruik van wat er al is

Vrije keuze voor het kwaliteitssysteem en de inhoud van het kwaliteitskader geeft ruimte om gebruik te maken van al eerder ingevoerde systemen. Of van bestaande informatie, bijvoorbeeld in het kader van de kwaliteitsvisite. Systemen die al voorzien in het cyclisch beoordelen van de kwaliteit van de opleiding kunnen worden ingezet voor de kwaliteitszorg. Hetzelfde geldt voor gegevens over de kwaliteit van de opleiding die voor andere vormen van kwaliteitszorg zijn verzameld.

➤ Elementen voor de structuur van kwaliteitskader

De geactualiseerde kwaliteitsvisie gaat uit van kwaliteitsdomeinen en actoren die zodanig met elkaar in verband worden gebracht en uitgewerkt, dat dit leidt tot een kwaliteitskader. De definitie van domeinen en actoren is nu zodanig, dat deze voor alle drie de clusters vergelijkbaar is.

Actoren zijn de professionals en instellingen die betrokken zijn bij de geneeskundige vervolgoopleidingen. Kwaliteitsdomeinen zijn de deelgebieden van kwaliteit van de opleiding. De drie clusters gebruiken verschillende indelingen in domeinen:

Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
<ul style="list-style-type: none"> • Visie en kwaliteitsbeleid • Academisch niveau • Onderwijsprogramma • Leeromgeving • Toetsing, beoordeling en resultaten • Staf • Management (uit GEAR) 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisatie en ontwikkeling • Leer- en werkklimaat • Professionalisering • Competentieontwikkeling (uit hoofdstuk 3) 	<ul style="list-style-type: none"> • Visie en kwaliteitsbeleid • Academisch niveau • Opleidingsprogramma • Leeromgeving en begeleiding • Toetsing, beoordeling en resultaten • Management, staf en organisatie (uit KOERS)

Alhoewel er overlap bestaat in de benamingen van de drie clusters voor de domeinen, zit er in de uitwerking van de systematiek vooral verschil. Synchronisatie van de drie begrippensets is op dit moment niet wenselijk en (nog) niet mogelijk. Het zou betekenen dat er een keuze moet worden gemaakt voor een bepaalde indeling in domeinen of voor een nieuw samenstel. Dit vergt niet alleen tijd, maar heeft voor nu ook geen significante meerwaarde, omdat GEAR bij de betreffende beroepsgroepen is ingeburgerd en KOERS net is afgerond.

➤ Voorkomen van bureaucratie

Alhoewel het voorkomen van bureaucratie geen doel is van de opdracht, is hieraan bij het herzien van de visie wel aandacht besteed. De nadruk moet liggen op het optimaal uitvoeren van de eigen taken in het kader van de geneeskundige vervolgoopleiding. Blijvend kunnen garanderen van optimale patiëntenzorg vergt optimaal opleiden. De opleidingskwaliteit wordt blijvend geborgd in een PDCA-cyclus van uitvoeren, evalueren en verbeteren. Over die cyclus voeren de actor en de instelling zelf de regie. Dat betekent een stevige eigen professionele verantwoordelijkheid. Hierbij past de vrijheid om deze naar eigen inzicht in te richten. Dit rapport biedt daarvoor ruimte. Bij de inrichting van de kwaliteitszorg kan de desbetreffende instelling bestaande interne systemen inzetten om de kwaliteit van de opleidingen te evalueren en te verbeteren.

⁷ Op de website www.knmg.nl/cgs/kwaliteitenerkenning zijn voorbeelden hiervan te vinden.

► Cultuur van veiligheid

Wil een aios zich goed kunnen ontwikkelen, dan moet deze kunnen werken in een omgeving met een cultuur die daarvoor voldoende ruimte en veiligheid biedt. Van belang is dat scholing en ontwikkeling van alle medewerkers worden gestimuleerd, zodat deze zichzelf voortdurend aanpassen aan de veranderende omgeving en de eisen die daaruit voortvloeien. De actoren in de opleiding zorgen dat de aios zich kan ontwikkelen in een gunstig leer- en werkklimaat, waar voldoende leerruimte is, naast de uitvoerende taken. De basis voor een goed leer- en werkklimaat is de mogelijkheid van het geven en ontvangen van gevraagde en ongevraagde feedback.

3. HANDREIKINGEN VOOR KWALITEITSVERBETERING BIJ MEDISCHE VERVOLGOPLEIDINGEN

3.1 Kwaliteitskader voor medische vervolgopleidingen

De geactualiseerde visie op kwaliteitszorg in dit rapport geldt voor alle geneeskundige vervolgopleidingen. De uitwerking ervan in kwaliteitskaders is aan de drie clusters zelf. De huisartsgeneeskunde uit cluster 1 en de sociaal-geneeskundige specialismen van cluster 3 hebben het kwaliteitskader uitgewerkt in de rapporten GEAR respectievelijk KOERS. Elementen van die uitwerkingen zijn meegenomen in de voorliggende visie. Voor de medisch-specialistische opleidingen en voor de opleidingen in het specialisme ouderengeneeskunde en in de geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten (cluster 1) kan het hieronder geschetste kader worden gebruikt.

Voor de medische vervolgopleidingen uit cluster 2 zijn de kwaliteitsbeschrijvingen uit het eerste rapport ('Scherpbier 1') geactualiseerd en vereenvoudigd. De kwaliteitscriteria zijn nu meer globaal weergegeven. Dat kan leiden tot een meer individuele inhoudelijke invulling van de kwaliteitszorg door de diverse actoren (instelling, afdeling e.d.).

De structuur van de schema's met kwaliteitsbeschrijvingen is hiermee sterk vereenvoudigd. Per actor is in één A4 weergegeven welke elementen relevant zijn binnen de gegeven context. Dit wordt geïllustreerd met voorbeelden. Het gebruiksgemak neemt hierdoor toe en het systeem wordt voor de actoren (bijv. opleider en COC) in de praktijk beter hanteerbaar. Of dit ook leidt tot een significante vermindering van bureaucratistische lasten hangt voor een belangrijk deel samen met vormgeving van de regelgeving in een nieuw te vormen Kaderbesluit. Hierbij is van belang hoe het CGS omgaat met de balans tussen enerzijds de focus op autonome verbetering en anderzijds de maatschappelijke plicht aantoonbaar en onderbouwd kwalitatief goede beroepsbeoefenaren af te leveren. Dit vraagt om een visie op modern toezicht op afstand, met een juiste balans tussen stimuleren en waar nodig sanctioneren en met een juiste balans tussen 'vinken' en 'vonken'.

Voor de actoren in de medisch-specialistische vervolgopleiding (cluster 2) is per actor een beperkt aantal rollen en taken globaal beschreven. Deze zijn vervolgens uitgewerkt in enkele voorbeelden. De voorbeelden zijn richtinggevend bedoeld en niet prescriptief, limitatief of compleet.

Nog steeds gaat de voorgestelde structuur uit van de belangrijkste actoren binnen de context van de medische vervolgopleidingen. In deze structuur voor cluster 2 zijn de Centrale Opleidingscommissie (COC) en de Raad van Bestuur gesplitst en is het 'cluster' als actor toegevoegd. Daarmee wordt ook de verantwoordelijkheid van het regionale opleidingsteam voor het gehele opleidingstraject zichtbaar benoemd. De actoren in het nieuwe kwaliteitskader zijn:

- aios
- opleider en opleidingsgroep
- centrale opleidingscommissie (COC)
- Raad van Bestuur
- cluster
- onderwijs en opleidingsregio (OOR)

Deze actoren zijn vervolgens voor cluster 2 in verband gebracht met de volgende kwaliteitsdomeinen:

- leer- en werkklimaat
- professionalisering
- organisatie en ontwikkeling
- competentieontwikkeling

Aldus is een zogenoemd kwaliteitskader gevormd. Het kader beschrijft de rol en taken van de actor op de vier domeinen. Daaraan zijn voorbeelden gekoppeld van elke combinatie van actor en domein. Het kwaliteitskader is bedoeld om de actoren/gebruikers een snel en overzichtelijk beeld te geven van hoe ze kunnen bijdragen aan (continue verbetering van) de kwaliteit van de opleidingen. Een actor is niet verplicht om mogelijkheden of voorbeelden identiek over te nemen en toe te passen. Essentieel is dat de actor vanuit zijn perspectief en de daarbij horende taakopdracht nadenkt over wat een optimale vorm van kwaliteitszorg zou kunnen zijn en tot welke acties dat dan zou moeten leiden. De feitelijke inhoud en vorm zijn afhankelijk van de uitwerking die de actor er aan geeft in de eigen context. Deze inhoud kan vervolgens in een PDCA-cyclus worden ondergebracht.

Door de nieuwe opzet ontstaat meer ruimte voor individuele invulling door de actor. De opleidingsgroep, onder begeleiding van de COC, moet de werking van de PDCA-cyclus en de verbeterpunten die daaruit volgen periodiek kunnen verantwoorden met een verslag. Het verslag dient terug te vinden of opvraagbaar te zijn bij een visitatie of tussentijdse externe toetsing. Vrijheid in ontwerp van het kwaliteitssysteem betekent niet dat kwaliteitszorg vrijblijvend is.

3.2. Kwaliteitsinstrumenten voor medische vervolgopleidingen

Momenteel worden diverse instrumenten uit de 'toolkit' uit 2008 toegepast om de kwaliteit van de opleiding te meten of te beoordelen. Bijlage 2 van dit rapport bevat een geactualiseerde 'toolkit'. Het overzicht bevat de meest gebruikte evaluatie- of meetinstrumenten en systemen voor de medische vervolgopleidingen (cluster 2) en enkele algemene notities over het genereren en ontvangen van feedback. Daarnaast geeft het overzicht suggesties over het hoe en waarom van reflecteren door de actor op de verkregen feedback. Het overzicht ondersteunt opleiders, supervisors, aios en COC's bij het evalueren van en reflecteren op diverse aspecten van de opleiding. Het vernieuwde overzicht beschrijft de volgende instrumenten of systemen:

- SETQ
- EFFECT
- MCTQ
- D-RECT
- Het exitgesprek
- TeamQ
- Interne audit
- Clusterevaluatie
- ReACT of Individuele reflectievragen
- De Dialoog

Deze instrumenten hebben ieder een eigen invalshoek en evaluatiemethode en zijn daardoor te gebruiken door:

- afdelingen/opleidingen (groot en klein)
- opleidingsziekenhuizen
- clusters (groot en klein)
- OOR's

Welk instrument wordt ingezet hangt af van het doel. Omdat dé kwaliteit van de opleiding niet te vatten is in één meetinstrument en één evaluatie, moeten meerdere, verschillende en ook herhaalde evaluaties in onderlinge samenhang worden gezien. Een kwaliteitsoordeel kan niet gebaseerd worden op geïsoleerde metingen, maar moet uitgaan van een programmatische evaluatie. Dat maakt de resultaten van de diverse evaluaties pas betekenisvol. Als voorbeeld: uit zowel de D-RECT-evaluatie (opleidingsklimaat) als uit de TeamQ-evaluatie (onderlinge samenwerking leden opleidersteam) kan blijken dat het thema 'feedback' verbetering behoeft. Deze dubbele bevinding, vanuit verschillende context, versterkt de betrouwbaarheid van de bevinding en plaatst het verbeterpunt - en de daarop mogelijke verbeterplannen en -acties - in een breder perspectief.

Voor opleidingsgroepen blijkt het goed te werken om de regie op de kwaliteitszorg van de eigen opleiding te voeren aan de hand van een meerjarenplan kwaliteitszorg. Een termijn van vijf jaar sluit aan bij de diverse visitatiecycli. In het meerjarenplan kwaliteitszorg kunnen de gewenste metingen worden gepland, de manieren van reflecteren daarop en het vervolg op de meetresultaten. Het plan wordt nog completer als het ook aandacht besteedt aan de te voorziene trainings- en ondersteuningsbehoeften van opleiders en aios voor een goede uitvoering van het geheel en de evaluatie van het plan. Het kwaliteitskader voor cluster 2 wordt beschreven in bijlage 1.

4. HOE NU VERDER?

➤ Rapport als handreiking voor alle actoren

Met dit rapport kijkt de commissie vooral vooruit naar de verbetering van de kwaliteitszorg van de geneeskundige vervolgoopleidingen voor de komende jaren. De commissie realiseert zich echter dat dit rapport een momentopname is, gebaseerd op de nu vigerende visie. Ontwikkelingen in het denken over kwaliteit en de aansluiting van het beroepenveld daarop gaan snel. Mede daarom is de geactualiseerde visie op kwaliteit als hiervoor beschreven nadrukkelijk bedoeld als handreiking voor alle actoren.

➤ Voor de aios

De aios is, omdat hij/zij degene is die wordt opgeleid, het primaire subject in de opleiding en kan bij uitstek vanuit die hoedanigheid feedback geven op de kwaliteitsverbetering van de opleiding. Door zich op te stellen als 'active learner', door het opstellen van het eigen individuele opleidingsplan, door te zorgen dat hij/zij de gestelde doelen realiseert, voert de aios tot op zekere hoogte hoogte regie over de eigen opleiding. Verwacht mag worden dat de aios(groep) hierin verantwoordelijkheid neemt en actief suggesties doet voor verbeteringen. Tegelijkertijd is de aios niet verantwoordelijk voor de gehele kwaliteit van diens opleiding. In dat opzicht kan een aios op het ontbreken van feedback op de kwaliteit van de opleiding wel worden aangesproken, maar niet worden afgerekend.

➤ Voor de opleiders en opleidingsinstellingen en OOR-regio's

Opleiders en opleidingsinstellingen kunnen als actoren in de opleiding gebruik maken van het kwaliteitskader om te reflecteren op de kwaliteit van de opleiding en op de bijdrage die ze daaraan als actor kunnen leveren. Daarnaast wordt verwacht dat ze hun verantwoordelijkheid nemen en actief aan verbeteringen bijdragen. Datzelfde geldt voor de OOR-regio's.

➤ Voor raden van bestuur

Raden van bestuur kunnen als actor in de opleidingen en als verantwoordelijke voor de kwaliteit van de zorg in de eigen instelling gebruik maken van het kwaliteitskader. Ze kunnen het kader gebruiken om te reflecteren op de kwaliteit van de opleiding en de bijdragen die ze daaraan als raad van bestuur leveren en zo nodig een verbeterplan opstellen. Bij een meer decentrale toetsing van de kwaliteit van de opleiding onder regie van de COC, past ook dat de raad van bestuur als doorzettingsmacht van de COC optreedt of de COC hierin bevoegdheden geeft.

➤ Voor de wetenschappelijke verenigingen

Voor de huisartsgeneeskunde en de sociaal-geneeskundige specialismen is kwaliteit al eerder en los van dit rapport uitgewerkt, maar het sluit goed aan op de in dit rapport beschreven kwaliteitsvisie. Deze geneeskundige specialismen zullen hun eigen traject verder kunnen voortzetten en ontwikkelen.

Voor de medische specialismen uit cluster 2 is de visie uitgewerkt in de vorm van een kwaliteitskader. Dit kader richt zich op de zelfreflectie door de opleider en opleidingsinstelling. Onderdeel van de evaluatiecyclus in het kwaliteitssysteem is een plan voor de opvolging van verbeterpunten. Voor de wetenschappelijke verenigingen kan het kwaliteitskader een stimulans zijn om in kwaliteitsvisitaties te gebruiken. Dit vanuit het oogpunt van ontstapeling of vereenvoudiging van kwaliteitssystemen.

De wetenschappelijke verenigingen voor het specialisme ouderengeneeskunde en voor de geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten zullen zelf een afweging moeten maken in welke vorm zij de zorg voor continue kwaliteitsverbetering van de opleidingen kunnen borgen. Het kwaliteitskader voor cluster 2 kan daarvoor input geven, maar die rol kunnen ook de kwaliteitskaders van de huisartsgeneeskunde en van de sociaal-geneeskundige specialismen vervullen.

➤ Voor CGS en RGS

CGS en RGS zijn opdrachtgever voor de herziening van het rapport uit 2008. In die hoedanigheid is het aan hen om te bepalen wat het formele vervolg op dit rapport wordt. De aanpassingen in de visie op de kwaliteitsbeoordeling van de opleidingen zijn niet dusdanig dat daarop de regelgeving of het toezicht direct moeten worden aangepast. Wel is van belang dat CGS en RGS de bevindingen van de commissie betrekken in de herziening van de erkenningsystematiek die op dit moment gaande is. In dat kader is het advies aan

het CGS om in de regelgeving op te nemen dat periodieke verslaglegging over de kwaliteit van de opleiding en de daaruit voortvloeiende verbeterpunten, als onderdeel van een PDCA-cyclus, nodig is om als opleider of opleidingsinstelling te worden erkend.

➤ Implementatie

Met de verankering van een kwaliteitssysteem in de regelgeving van het CGS kan de RGS een traject starten om de implementatie van kwaliteitssystemen door de wetenschappelijke verenigingen en de actoren in de opleiding te monitoren en waar nodig te faciliteren. Daarvoor zal een projectstructuur moeten worden ingericht met een planning van de activiteiten voor de komende jaren. Bij die implementatie moet er voor worden gewaakt dat het kwaliteitszorgsysteem zijn educatieve karakter behoudt.

Specifiek voor de specialismen uit cluster 2 adviseert de commissie het CGS en de RGS de introductie van de handreiking gepaard te laten gaan met een gedegen communicatietraject, waarin doel en inhoud van de handreiking centraal staan. Het alleen informeren van betrokkenen is niet voldoende. Het gaat erom dat de professionals ook in staat worden gesteld hun verantwoordelijkheid te nemen. Zoals hierboven gemeld gaat het om een brede ondersteuning door de opleidingsinstelling.

De commissie vraagt hierbij speciale aandacht voor het belang van goede afspraken over mandaat en handelingsruimte tussen COC en de Raad van Bestuur. Waar nodig moet de COC gebruik kunnen maken van de doorzettingsmacht van de Raad van Bestuur van de opleidingsinstelling. Daarom adviseert de commissie om het gedachtegoed van Scherpbier 2.0 aan de verschillende bestuurstafels onder de aandacht te brengen.

BIJLAGE 3

PROJECTVERANTWOORDING

Opdrachtgever en opdracht

Het project Interne kwaliteitszorg voor de geneeskundige vervolgoopleidingen (Scherpbier 2.0) heeft als doel om uiterlijk 31 december 2015 het rapport 'Kwaliteitszorg voor de specialistische vervolgoopleiding' uit 2008 te actualiseren.

Randvoorwaarden en scope

De actualisatie van Scherpbier 2.0 moet recht doen aan nieuwe ontwikkelingen, plus wat zelf is toegevoegd op basis van voortschrijdend inzicht, zoals:

- Het rapport bevat een eenvoudig systeem van interne kwaliteitszorg voor de geneeskundige vervolgoopleidingen, dat zo min mogelijk bureaucratie met zich meebrengt.
- Het systeem van interne kwaliteitszorg wordt gebaseerd op een kwaliteitscirkel, met als doel continue interne kwaliteitsverbetering ('Van handhaven naar verbeteren').
- Het interne kwaliteitssysteem is algemeen bruikbaar, d.w.z. dat het systeem is bruikbaar voor:
 - alle geneeskundige specialismen;
 - kleine en grote specialismen;
 - kleine en grote ziekenhuizen;
 - individuele ziekenhuizen, samenwerkende ziekenhuizen en opleidingsregio's;
 - alle belangrijke stakeholders (Raden van Bestuur, COC, opleidingsregio, afdelingen, opleiders, aios)
- De algemene bruikbaarheid wordt geadstrueerd met praktijkvoorbeelden en een overzicht van instrumenten voor het veld.
- In het rapport wordt aangesloten bij (inter)nationale bronnen over systemen van kwaliteitszorg opleiden

Het rapport is een hulpmiddel voor de praktijk bij de verdere ontwikkeling van het interne kwaliteitssysteem voor de geneeskundige vervolgoopleidingen. De aanwezigheid van een dergelijk systeem is wel een formele erkenningseis voor opleidingsinstituten en -inrichtingen. Het beoogde rapport is bedoeld als handreiking van CGS, RGS en Project MMV aan het veld.

Het rapport is uitdrukkelijk niet bedoeld als checklist voor de opleidingsvisitatie. Dit zal expliciet in het rapport worden uitgelegd. Bovendien zal het beoogde rapport geen direct onderdeel uitmaken van de regelgeving van CGS of RGS.

De verdere implementatie van het systeem van interne kwaliteitszorg valt evenmin binnen de scope van het project.

Realisatie

In twee jaar tijd heeft de commissie veel gesproken over interne kwaliteit en in dat verband ook veel gesproken met mensen buiten de commissie. Tussentijds heeft de voorzitter van de commissie diverse vergaderingen bijgewoond om uitleg te geven over de stand van zaken van de werkzaamheden van de commissie. Delegaties uit de commissies hebben bij verschillende gelegenheden, waaronder het MMV-congres, workshops verzorgd. Alle input die daaruit voortkwam heeft de commissie betrokken in het heroverwegen van de visie op kwaliteitszorg uit 2008. Het eindproduct is een rapport met een geactualiseerde visie, een geactualiseerd kwaliteitskader en een geactualiseerd overzicht van kwaliteitsinstrumenten.

In het rapport is een duidelijke onderverdeling aangebracht, door een hoofdstuk met de visie op te nemen die van toepassing is op alle geneeskundige vervolgoopleidingen. In een ander hoofdstuk is de visie specifiek voor cluster 2 uitgewerkt in een kwaliteitskader en het overzicht van instrumenten. Die uitwerking is bruikbaar voor kleine en grote specialismen, voor kleine en grote ziekenhuizen, voor opleidingsregio's, raden van bestuur, COC's, afdelingen en opleiders. De commissie is binnen de bandbreedte van de opdracht gebleven.

Met het aanbieden van het onderhavige rapport aan de opdrachtgevers CGS en RGS heeft de commissie aan zijn opdracht voldaan, binnen de daarvoor gestelde termijn.

BIJLAGE 4

BEGRIPPENLIJST

Actor	Professionals en instellingen die betrokken zijn bij de geneeskundige vervolg opleiding zoals aios, opleider, raad van bestuur
Domein	Een deelgebied van kwaliteit van de opleiding.
Educatief (formatief)	Wijze van omgaan met informatie over de opleiding die primair tot doel heeft om de opleiding te verbeteren.
Kwaliteitscyclus	Het systematisch doorlopen van een aantal stappen ter verbetering van de kwaliteit. Een veelgebruikt systeem binnen de opleiding is de PDCA- (plan-do-check-act)cyclus.
Kwaliteitskader	Een beschrijving van de taken en verantwoordelijkheden van de actor gekoppeld aan de diverse domeinen.
Kwaliteitszorg (van opleiden)	Alle maatregelen die genomen worden om de kwaliteit van de opleiding binnen een instelling te verbeteren.
Selectief (summatief)	Wijze van omgaan met informatie over de opleiding die primair tot doel heeft om de opleiding te beoordelen of daaraan een waarde toe te kennen.
Verbeterplan	Een (beknopt en tijdsgebonden) plan te verbetering van de opleiding meestal als resultaat van het doorlopen van een kwaliteitscyclus.



© KNMG, december 2015

Grafische vormgeving: Het Vonkt, Houten