

Evaluatie modernisering geneeskundige vervolgopleidingen 2010-2015

Eindrapportage beleidsdoorlichting Artikel 4.2
thema 3C

Opdrachtgever: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Rotterdam, 17 oktober 2016



Evaluatie modernisering geneeskundige vervolgopleidingen 2010-2015

Eindrapportage beleidsdoorlichting Artikel 4.2 thema 3C

Opdrachtgever: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Ecorys
Seor

Rotterdam, 17 oktober 2016

Over Ecorys

Met ons werk willen we een zinvolle bijdrage leveren aan maatschappelijke thema's. Wij bieden wereldwijd onderzoek, advies en projectmanagement en zijn gespecialiseerd in economische, maatschappelijke en ruimtelijke ontwikkeling. We richten ons met name op complexe markt-, beleids- en managementvraagstukken en bieden opdrachtgevers in de publieke, private en not-for-profitsectoren een uniek perspectief en hoogwaardige oplossingen. We zijn trots op onze 85-jarige bedrijfsgeschiedenis. Onze belangrijkste werkgebieden zijn: economie en concurrentiekracht; regio's, steden en vastgoed; energie en water; transport en mobiliteit; sociaal beleid, bestuur, onderwijs, en gezondheidszorg. Wij hechten grote waarde aan onze onafhankelijkheid, integriteit en samenwerkingspartners. Ecorys-medewerkers zijn betrokken experts met ruime ervaring in de academische wereld en adviespraktijk, die hun kennis en best practices binnen het bedrijf en met internationale samenwerkingspartners delen.

Ecorys voert een actief MVO-beleid en heeft een ISO14001-certificaat, de internationale standaard voor milieumanagementsystemen. Onze doelen op het gebied van duurzame bedrijfsvoering zijn vertaald in ons bedrijfsbeleid en in praktische maatregelen gericht op mensen, milieu en opbrengst. Zo gebruiken we 100% groene stroom, kopen we onze CO₂-uitstoot af, stimuleren we het ov-gebruik onder onze medewerkers, en printen we onze documenten op FSC- of PEFC-gecertificeerd papier. Door deze acties is onze CO₂-voetafdruk sinds 2007 met ca. 80% afgenomen.

ECORYS Nederland B.V.
Watermanweg 44
3067 GG Rotterdam

Postbus 4175
3006 AD Rotterdam
Nederland

T 010 453 88 00
F 010 453 07 68
E netherlands@ecorys.com
K.v.K. nr. 24316726

W www.ecorys.nl

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	5
Afkortingen en acroniemen	9
1 Evaluatie modernisering geneeskundige vervolgopleidingen 2010-2015	11
1.1 Aanleiding en doel	11
1.2 Rol van de overheid	14
1.3 Wijzigingen in het project	14
1.4 Aanpak van de verklarende evaluatie	14
1.5 Beleidstheorie	15
2 Doeltreffendheid	17
2.1 Inleiding	17
2.2 Bereik van het project en indicaties voor effecten	17
2.3 Neveneffecten	26
2.4 Conclusie doeltreffendheid	26
3 Doelmatigheid	27
3.1 Inleiding	27
3.2 Uitgaven aan het project	27
3.3 Relatie tussen uitgaven/investeringen en opbrengsten van het project	29
3.4 Gepercipieerde effectiviteit van het project	30
3.5 Uitvoerbaarheid van het project	31
3.6 Conclusie doelmatigheid	31
Bijlage A Lijst geïnterviewden	33
Bijlage B Resultaten per deelproject	35
Bijlage C Literatuuronderzoek	41

Managementsamenvatting

Aanleiding en doel van de projectsubsidie

Waargenomen en toekomstige veranderingen in de zorgvraag stellen andere eisen aan de toekomstige arts. Patiënten zijn kritischer en er vindt een taakverschuiving plaats van zowel medische als niet-medische taken. Daarnaast kwamen in het verleden klachten binnen van patiënten over de kwaliteit van de medische zorg en hadden tuchtzaken vooral te maken met tekortkomingen in de communicatie tussen arts en patiënt en in de samenwerking tussen artsen onderling. De hoofdoorzaak hiervan was dat de opleidingen vooral medisch inhoudelijk gericht waren. Om dit aan te pakken is besloten tot het competentiegericht opleiden op basis van CanMeds-competenties met als doel om de [kwaliteit van medische opleidingen en beroepen en daarmee de kwaliteit van de zorg te verbeteren](#).

Om het veld te ondersteunen bij de implementatie van het competentiegericht opleiden is het project modernisering geneeskundige vervolgoopleidingen 2010 – 2015 (project MMV) opgezet door de KNMG. De KNMG is echter niet verantwoordelijk voor het opleiden van het gehele opleidings- en beroepenveld, maar dat zijn de zorginstellingen zelf. Vanwege coördinatieproblemen, bleek het niet mogelijk om voldoende (financiële) middelen van de sector te vragen. Bovendien was subsidie gewenst omdat het hier om het anticiperen op de toekomstige stand van de wetenschap en praktijk gaat, waar vanuit het veld beperkte aandacht voor is, vanwege de lange termijn blik die dit vereist.

De verstrekte subsidie betreft [een tijdelijke subsidie \(ca. €5,4 miljoen, 78%\) die ingezet is in de periode 2010-2015 om het veld te stimuleren en ondersteunen in de implementatie van het competentiegericht opleiden](#). De KNMG heeft zelf ook een financiële bijdrage geleverd van circa €1,5 miljoen (22%) voor de projectleiding en de aanpassing van het kwaliteitstoezicht aan de modernisering.

Tabel 0.1 Inzet middelen vanuit VWS

Bijdrage VWS (art. 4.2) in € mln.	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	totaal
Modernisering van geneeskundige vervolgoopleidingen	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,6	5,4

Een verklarende evaluatie

In deze evaluatie is gekeken naar doeltreffend- en doelmatigheid. Het betreft een verklarende evaluatie gericht op plausibiliteit, omdat onvoldoende (recente) kwantitatieve data beschikbaar is om doeltreffend- en doelmatigheid kwantitatief te toetsen. Voor deze evaluatie is desk research uitgevoerd en zijn diverse interviews gehouden met betrokkenen uit het werkveld.

Conclusies over de doeltreffendheid

De operationele doelstellingen zijn gedeeltelijk behaald en het is plausibel dat het beleidsdoel ook gedeeltelijk behaald is:

Tabel 0.2 Samenvatting doelstellingen en resultaten

Doelstelling	Resultaat (per eind 2015)
<p><u>Operationele doelstelling 1</u> Eind 2015 zijn de opleidingsplannen door alle opleiders, opleidingsgroepen en opleidingsinstituten binnen alle opleidingen conform de modernisering geïmplementeerd en voldoen de opleidingen aan de herziene regelgeving</p>	<p><u>Doelstelling gedeeltelijk behaald:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 80% besteedt regelmatig tot altijd aandacht aan competentiegericht opleiden; • 80-100% van cluster 1 (huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, artsen voor verstandelijk gehandicapten) gebruikt een leerwerkplan; • In cluster 2 (medisch specialisten) heeft 90% een lokaal opleidingsplan (LOP), in cluster 3 (sociaal geneeskundigen) 50-55%; • Een individueel opleidingsplan (IOP) is door 90-100% geïmplementeerd in alle clusters; • Nog niet alle opleiders zijn gestart met de kwaliteitscyclus. <p><i>Enquêtes zijn uitgevoerd in 2013-14. Betrokkenen gaven aan dat ook aan het eind van het project niet de volledige doelgroep bereikt was.</i></p>
<p><u>Operationele doelstelling 2</u> Opleiders en opleidingsgroepen, aios en anderen die betrokken zijn bij de opleiding van aios weten waartoe en waarmee wordt opgeleid en kunnen dit conform de gestelde kaders uitvoeren</p>	<p><u>Doelstelling gedeeltelijk behaald:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bekendheid en draagvlak is gecreëerd d.m.v. deelproject CanBetter (≥75%); • Voorbeelden en hulpmiddelen zijn ontwikkeld en ter beschikking gesteld aan alle clusters. Kennis is gedeeld en hulpmiddelen zijn verspreid in het gehele zorgveld waardoor men nu <i>kan</i> opleiden conform de kaders. <p><i>Of dit daadwerkelijk in alle gevallen gebeurt, moet in de toekomst uit de visitaties blijken.</i></p>
<p><u>Operationele doelstelling 3</u> De opleidingen worden op de aan de modernisering aangepaste werkwijze geïmplementeerd; de erkenningssystematiek is in lijn met de modernisering gebracht.</p>	<p><u>Doelstelling gedeeltelijk behaald:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • De visitatiesystematiek is aangepast op de modernisering. Proefvisitaties zijn uitgevoerd om te kijken of de nieuwe visitatiewijze werkt. Competentiegericht opleiden is in het visitatiewerkdocument opgenomen. Of alle opleidingen daadwerkelijk op een aan de modernisering aangepaste werkwijze geïmplementeerd worden kan niet uit de beschikbare informatie worden afgeleid. • Een uitgangspuntennotitie voor de nieuwe erkenningssystematiek is opgesteld op basis van de resultaten van verschillende MMV deelprojecten. De basis is dus gelegd tijdens project MMV. Uitwerking in regelgeving en implementatie volgt in 2016.
<p><u>Beleidsdoel:</u> Het verbeteren van de kwaliteit van de opleiding, de kwaliteit van de beroepsuitoefening en daarmee de kwaliteit (en veiligheid) van de medische zorgverlening</p>	<p><u>Het is plausibel dat het beleidsdoel gedeeltelijk behaald is, omdat de drie doelstellingen ook gedeeltelijk behaald zijn en de 1e resultaten wijzen er op dat het veld beter toegerust is om competenties toe te passen in de praktijk.</u></p> <p><i>Volledige implementatie heeft echter meer tijd nodig. De opleiding duurt 4 jaar en het project is geëindigd in 2015. Toekomstige evaluatie is nodig om een gegronde uitspraak over doeltreffendheid te kunnen doen.</i></p>

Aanbevelingen doeltreffendheid

Belangrijke aanbevelingen voor de toekomst zijn:

- Een toekomstige evaluatie zou moeten uitwijzen of het volledige veld de gemoderniseerde opleidingsplannen heeft geïmplementeerd en in hoeverre dit bijdraagt aan het competentiegericht opleiden in de praktijk. De enquêtes die uitgevoerd zijn, zijn niet recent. Een toekomstige enquête kan meer duidelijkheid bieden.
- Inzicht in de visitatie-uitkomsten is gewenst om te analyseren of in de praktijk de gewenste modernisering met competentiegericht opleiden is ingevoerd. Tevens kan geanalyseerd worden of de visitatiesystematiek aangepast is. Omdat op visitatierapporten de Wet Bescherming Persoonsgegevens van toepassing is, zijn deze niet ter beschikking gesteld aan de onderzoekers. Aanbeveling is om bij soortgelijke subsidies in de toekomst de toezichthoudende organisatie te laten rapporteren over de hoofdlijnen en uitkomsten van de visitaties.
- De evaluatie van het bereik van de activiteiten kan nauwkeuriger. Hiervoor zou kwantitatieve data beschikbaar moeten zijn over het aantal deelnemers per activiteit per cluster en per regio in verhouding tot het totaal aantal werkzame personen in het cluster en de regio.

Conclusies over doelmatigheid

Het is plausibel dat het project doelmatiger had kunnen zijn met een efficiëntere vormgeving (snellere opstart) en/of een (naar verhouding) hogere bijdrage vanuit het veld.

+20% subsidie: De door VWS toegewezen subsidie aan de KNMG is niet volledig uitgegeven tijdens de projectperiode en er is een uitloop in 2016. Daarnaast hebben betrokkenen aangegeven dat het subsidiebedrag voldoende was en dat het een goed moment was om het project door het veld zelf op te laten pakken. Een hoger subsidiebedrag zou dan ook niet bijgedragen hebben aan hogere projectopbrengsten binnen het tijdsbestek van zes jaar. De beperkende factor was vooral tijd en niet zo zeer een gebrek aan middelen.

-20% subsidie: Uitgaande van de extra uitgaven die begroot zijn in 2016, is sprake van een uiteindelijke onderbesteding van € 84.000. De subsidie had dus circa 2% lager kunnen zijn om dezelfde doelstellingen te behalen. Oorzaak was de moeizame start om alle partijen op één lijn te krijgen, de tijd die gestoken is in het wegnemen van de weerstand en het aanpassen aan behoeften vanuit het veld. Volgens de geïnterviewde betrokkenen zou een 20% lager subsidiebedrag niet voldoende zijn geweest om de beoogde resultaten op landelijke schaal en sector-breed te bereiken.

Cofinanciering: Bij vergelijkbare instrumenten wordt vaak gewerkt met een 50 – 50 verdeling in plaats van de verdeling hier van 78% (VWS) en 22% (KNMG). Als dat hier ook was gedaan, dan had de inzet van VWS lager kunnen zijn. Of een andere verdeling redelijk zou zijn geweest, hangt af van de mate waarin de baten van dit project ook bij de KNMG terecht zijn gekomen. Het is plausibel dat bij een grotere bijdrage vanuit het veld het draagvlak sterker en de uitvoering efficiënter was geweest.

Uitvoerbaarheid: De uitvoerbaarheid van het project wordt als goed ervaren en hierover zijn geen klachten ontvangen.

De resultaten van visitaties in de toekomst zijn echter nodig om een gegronde uitspraak over de doelmatigheid te kunnen doen.

Aanbevelingen doelmatigheid

Belangrijke aanbevelingen voor de toekomst zijn:

- Bij een vergelijkbaar project in de toekomst zou de focus volgens enkele geïnterviewde betrokkenen in de startfase sterker moeten liggen op het creëren van draagvlak, zodat eerder een hefboomeffect bereikt kan worden en de implementatie vervolgens efficiënter (en volledig binnen de projectperiode) uitgevoerd kan worden.
- De financiering van nieuwe stimuleringsmaatregelen zou bij voorkeur 50 – 50 met het veld moeten zijn om zo het draagvlak te versterken en de uitvoering efficiënt te organiseren. Belangrijk daarbij is dat bij de aanvang het tijdelijke karakter van de financiële stimulans goed wordt afgesproken en de beoogde verandering daarna structureel in het opleidingsprogramma wordt opgenomen.

Afkortingen en acroniemen

Aios	Arts in opleiding tot specialist
CanMeds	Canadian Medical Education Directives for Specialists
CBOG	College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg
CGS	College Geneeskundige Specialisten
COC	Centrale Opleidingscommissies
IOP	Individueel opleidingsplan
KAMG	Koepel van Artsen Maatschappij en Gezondheid
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst
KOERS	Kwaliteitsvisie Opleidingen en Raamplan Sociale Geneeskunde
LOP	Lokaal opleidingsplan
LVAG	Landelijke Vereniging van Medische Specialisten in Opleiding
MMV	Modernisering medische vervolgopleidingen
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
NVVG	Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
NVZ / STZ	Nederlandse Vereniging van ziekenhuizen / Samenwerkende Topklinische Opleidingsziekenhuizen
PVC	Plenaire visitatiecommissies
RGS	Registratiecommissie Geneeskundige Specialisten (RGS)
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport

1 Evaluatie modernisering geneeskundige vervolgoopleidingen 2010-2015

Implementatie modernisering geneeskundige vervolgoopleidingen 2010-2015

De implementatie van het project 'modernisering van geneeskundige vervolgoopleidingen' (project MMV¹) is in 2010 van start gegaan met als doel om de kwaliteit van de geneeskundige opleidingen, de beroepsuitoefening, en daarmee de medische zorgverlening te verbeteren. Het project betreft de implementatie van het competentiegericht opleiden van medische specialisten, sociaal geneeskundigen, huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten op basis van CanMeds-competenties. Het project is, zoals gepland, geëindigd op 31 december 2015.

1.1 Aanleiding en doel

Aanleiding

Vanwege waargenomen en toekomstige veranderingen in de zorgvraag was het noodzakelijk om de kwaliteit van medische opleidingen en -beroepen te verbeteren. Het gaat hierbij voornamelijk om veranderingen in:

- De rol van de patiënt waarbij een omwenteling van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg heeft plaatsgevonden die andere eisen aan artsen stelt (patiënten zijn kritischer geworden).
- Verantwoordelijkheden van artsen ten gevolge van een taakverschuiving/substitutie van medische en niet-medische taken.

Daarnaast kwamen in het verleden klachten van patiënten binnen over de kwaliteit van de medische zorg en hadden tuchtzaken vooral te maken met tekortkomingen in de communicatie tussen arts en patiënt en in de samenwerking tussen artsen onderling. Eén van de hoofdoorzaken van deze tekortkomingen was dat opleidingen vooral medisch inhoudelijk gericht waren en niet zozeer gericht op 'zachtere' competenties, zoals communicatie en samenwerking. De veranderende zorgmarkt vereist bredere competenties die artsen tijdens de opleiding moeten verwerven.

In de rapporten 'De arts van straks' (2002) en 'De zorg van morgen' (2003) zijn aanbevelingen gedaan voor de herinrichting van de medische vervolgoopleidingen. Dit betreft het opleidingsplan, de opleidingsmethoden, de structuur, de inhoud en de duur van de medische vervolgoopleidingen. De twee rapporten geven duidelijk aan dat de opleidingen niet gebaseerd moeten zijn op verouderde concepten en werkwijzen, en dat het belangrijk is om een nieuwe manier van opleiden te ontwikkelen die het mogelijk maakt om flexibel in te spelen op maatschappelijke ontwikkelingen. De opleidingen dienen te voldoen aan de eisen die aan de toekomstige arts gesteld worden.

De medische beroepsgroep heeft aan de hand van de waargenomen veranderingen en aanbevelingen in bovenstaande rapporten besloten tot het implementeren van competentiegericht opleiden op basis van de CanMeds-competenties die in Canada ontwikkeld zijn². De zeven vastgestelde competenties betreffen:

¹ MMV staat voor Modernisering Medische Vervolgoopleidingen.

² Website Royal College of Physicians and Surgeons of Canada [Internet]. Geraadpleegd op: 28-07-2016. Beschikbaar via: <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds-e>.

1. **Medisch handelen:** het centrale competentiegebied dat gericht is op vakdeskundige expertise en dat gebruik maakt van alle overige competenties;
2. **Communicatie:** gericht op een effectieve communicatie met de patiënt;
3. **Samenwerken:** gericht op doelmatig overleggen, adequaat verwijzen, effectief intercollegiaal consult leveren en bijdragen aan een effectieve interdisciplinaire samenwerking;
4. **Kennis en wetenschap:** gericht op het bevorderen van eigen deskundigheid en die van studenten, artsen in opleiding tot specialist (aios), collegae, patiënten en andere betrokkenen bij de gezondheidszorg;
5. **Maatschappelijk handelen:** gericht op het bewustzijn van zijn/haar rol als behartigers van het belang van de volksgezondheid;
6. **Organisatie:** gericht op het functioneren als manager in dagelijkse beslissingen over taken, beleid, medewerkers en middelen in het kader van individuele patiëntenzorg, praktijkorganisaties, en in de bredere context van het gezondheidszorgsysteem;
7. **Professionaliteit:** gericht op het leveren van hoogstaande patiëntenzorg, vertonen van adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag, het kennen van grenzen van eigen competentie en daar binnen handelen.

De zeven competenties worden veelal in de vorm van een bloem weergegeven, waarbij medisch handelen de kern vormt. Dit is in onderstaande figuur weergegeven.

Figuur 1.1 CanMeds-competentiebloom



Bron: Project MMV website ³

De CanMeds-methode sluit goed aan op de behoefte in Nederland om kennis en vaardigheden op het gebied van communicatie, samenwerking en organisatie beter te integreren in de medische (vervolg)opleidingen.

Het College Geneeskundige Specialismen (CGS) heeft dan ook, op basis van de gewenste verandering richting competentiegericht opleiden volgens het CanMeds-model, regelgeving opgesteld binnen alle geneeskundige specialismen met ingang van 1 januari 2011. Er zijn kaders gesteld waaraan de opleidingsplannen getoetst dienen te worden. Ook hebben wetenschappelijke verenigingen in 2009 voor hun eigen specialismen de algemene competenties van de specialist in een landelijk opleidingsplan verwerkt. Het kaderbesluit van CGS en de landelijk opleidingsplannen

³ Website Medische Vervolgopleidingen 'CanMeds Competenties'. Geraadpleegd op: 29-08-2016. Beschikbaar via: <http://www.medischevervolgopleidingen.nl/rubrieken/algemene-competenties-canbetter/canmeds-competenties/>.

van de wetenschappelijke verenigingen vormen samen het kader waarbinnen de opleidingen regionaal en lokaal moeten worden vormgegeven.

Om het veld te ondersteunen in (het bevorderen van) de implementatie van competentiegericht opleiden is in 2009 het project MMV opgezet vanuit de KNMG, in samenwerking met de Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra (NFU), de Nederlandse Vereniging van ziekenhuizen en Samenwerkende Topklinische Opleidingsziekenhuizen (NVZ / STZ), de Huisartsopleiding Nederland, de Koepel van Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG), de Landelijke Vereniging van Medische Specialisten in Opleiding (LVAG) & de Jonge Orde⁴, het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG), het College Geneeskundige Specialismen (CGS) en het Etalageproject.

De KNMG was verantwoordelijk voor de uitvoering van het project MMV en de afstemming en coördinatie met de diverse partijen.

Doel

Het beleidsdoel van het project MMV is het **verbeteren van de kwaliteit van de opleiding, de kwaliteit van de beroepsuitoefening en daarmee de kwaliteit (en veiligheid) van de medische zorgverlening**. De kwaliteit van de opleidingen zal geborgd moeten worden door middel van professionalisering van opleiders en opleidingsgroepen en het regelmatig evalueren van de opleiding, de opleiders en de aios.

De operationele hoofddoelstelling zoals vastgelegd in het projectplan, op basis waarvan VWS de projectsubsidie heeft toegezegd, is dat aios worden opgeleid conform de gemoderniseerde opleiding. Dit houdt in dat:

“Eind 2015 alle opleiders, opleidingsgroepen en opleidingsinstituten opleiden conform de gemoderniseerde opleidingsplannen zoals vastgelegd in de hernieuwde regelgeving, en dat zij worden getoetst op deze regelgeving op een wijze die past bij de gemoderniseerde manier van opleiden.”

De afgeleide doelstellingen hierbij zijn:

1. Eind 2015 zijn de gemoderniseerde opleidingsplannen binnen alle opleidingen conform de modernisering geïmplementeerd en voldoen de opleidingen aan de herziene regelgeving;
2. Opleiders en opleidingsgroepen, aios en andere bij de opleiding van aios betrokkenen weten waartoe en waarmee wordt opgeleid en kunnen dit conform de gestelde kaders uitvoeren;
3. De opleidingen worden op de aan de modernisering aangepaste werkwijze gevisiteerd en de erkenningsystematiek is in lijn met de modernisering gebracht.

Om de beoogde resultaten van de modernisering te monitoren en te evalueren, en het project op basis daarvan zo nodig bij te stellen, is gedurende de implementatie evaluerend onderzoek uitgevoerd.

⁴ In 2013 hebben de LVAG en De Jonge Orde hun krachten gebundeld in De Jonge Specialist.

1.2 Rol van de overheid

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is ervoor verantwoordelijk dat voldoende medisch specialisten worden opgeleid en dat de kwaliteit van de zorg, en dus ook van de medische opleidingen, gewaarborgd wordt.

De KNMG is verantwoordelijk voor het opstellen van de regelgeving en de minister van VWS stemt met deze regelgeving in. Daarnaast is de KNMG verantwoordelijk voor de uitvoering op het niveau van de erkenning van de opleidingsinrichting en de opleider, en op het niveau van de uitkomsten van de opleiding van aios tot specialist (en daarmee de kwaliteit van de opleiding). De beroepsgroep als geheel, vertegenwoordigd door de KNMG en de wetenschappelijke verenigingen, is verantwoordelijk voor de inhoud van de opleiding.

Het ministerie van VWS heeft voor het project MMV een subsidie verstrekt om coördinatieproblemen binnen het veld (en hieruit voortvloeiende gebrek aan financiële middelen) op te lossen en om te anticiperen op de toekomstige stand van de wetenschap en praktijk. De projectsubsidie aan de KNMG past binnen het subsidiebeleid van het ministerie van VWS waarin projectsubsidies voorkeur krijgen ten opzichte van langdurige subsidies aan instanties.⁵ Het betreft een subsidie in het cluster *'Belangenbehartiging en beroepsgroepen: instellingen die overwegend een platformfunctie met een vertegenwoordigende of belangen behartigende rol vervullen en vanuit die rol ook bijdragen aan de professionalisering, kwaliteitsbevordering en positionering van hun achterban via training, opleiding en voorlichting'*.

Zie verder paragraaf 1.5 Beleidstheorie.

1.3 Wijzigingen in het project

In 2012 is de projectstructuur van het project MMV aangepast. Een nieuwe projectleider is aangesteld en de deelprojecten (implementatielijnen) van het project MMV zijn in detail uitgezet. Zeven deelprojecten zijn tot en met december 2015 doorgezet. De ICT-implementatielijne die diende om de opleidingsplannen te digitaliseren is gedurende het project stopgezet, omdat in de praktijk bleek dat alle instellingen aparte ICT-systemen gebruikten en voorkeur gaven aan het gebruik van hun eigen systeem.

Gedurende de projectperiode hebben regelmatig wijzigingen plaatsgevonden in de aanpak en uitvoering om op de behoeften vanuit het werkveld in te spelen. Het evaluatieonderzoek (deelproject 7) speelde hierbij een leidende rol.

1.4 Aanpak van de verklarende evaluatie

Deze evaluatie betreft een verklarende evaluatie gericht op plausibiliteit, omdat beschikbare data voornamelijk kwalitatief van aard is en onvoldoende (recente) kwantitatieve data beschikbaar is om te toetsen of het project doeltreffend en doelmatig is geweest.

Voor de verklarende evaluatie van het project MMV is een combinatie van desk research en interviews toegepast:

⁵ Bron: VWS, *Kennis, Innovatie, Meedoen: Beleid begrotingsubsidies VWS (2003)*.

- *Desk research:* Analyse van de bestaande documenten (zie bijlage C), zoals het Projectplan MMV 'Dies Diem Docet' (2009), het Werkplan MMV (2011), de enquête onder opleiders (2013), de enquête onder aios (2014), de eindproducten van de zeven deelprojecten (2015) en de eindrapportage KNMG-Project MMV (2015);
- *Interviews met stakeholders:* Interviews met 10 stakeholders (zie bijlage A) die in meer of mindere mate betrokken zijn geweest bij de verschillende MMV deelprojecten.

1.5 Beleidstheorie

In deze paragraaf schetsen wij in het kort de beleidstheorie van de projectsubsidie aan de hand van het beleidsdoel, het beleidsprobleem en de interventie.

Doel

Het doel van Artikel 4 Zorgbreed Beleid is '*de totstandkoming van een toekomstgericht opleidingscontinuüm met de juiste kwaliteit die de gewenste instroom bewaakt en sturing op de totstandkoming van een innovatieve en kwalitatieve beroepenstructuur*'.⁶

Het doel van het project MMV, gebaseerd op Artikel 4, is gedefinieerd als '*het verbeteren van de kwaliteit van de opleiding, de kwaliteit van de beroepsuitoefening en daarmee de kwaliteit (en veiligheid) van de medische zorgverlening*'. Dit doel dient te worden bereikt door middel van competentiegericht opleiden middels het CanMeds-model.

Beleidsprobleem: Opleidingen sluiten niet aan bij veranderende zorgvraag

Vanuit de patiënt kwamen klachten binnen dat er tekortkomingen waren in de communicatie tussen arts en patiënt en in de samenwerking tussen artsen onderling. De belangrijkste oorzaak hiervan was dat opleidingen vooral medisch inhoudelijk gericht waren en niet of nauwelijks gericht op 'zachtere' competenties, zoals communicatie en samenwerking.

De interventie: Subsidie modernisering geneeskundige vervolgoopleidingen 2010-2015

De minister van VWS heeft de verantwoordelijkheid om voldoende capaciteit aan zorgverleners te stimuleren en te zorgen dat deze capaciteit ook voldoende gewaarborgd wordt in de toekomst.

Het project MMV is een landelijk en sector-breed project om de kwaliteit van het gehele medische opleidingen- en beroepenveld te verbeteren. De KNMG is niet verantwoordelijk voor het opleiden van het gehele opleidingen- en beroepenveld, maar dat zijn de zorginstellingen zelf. Bij het project MMV was het van belang dat de hele organisatie (aios, opleiders, opleidingsgroepen, onderwijskundigen, management, et cetera) betrokken werd. Vanwege coördinatieproblemen, bleek het echter niet mogelijk om voldoende (financiële) middelen van de sector te vragen.

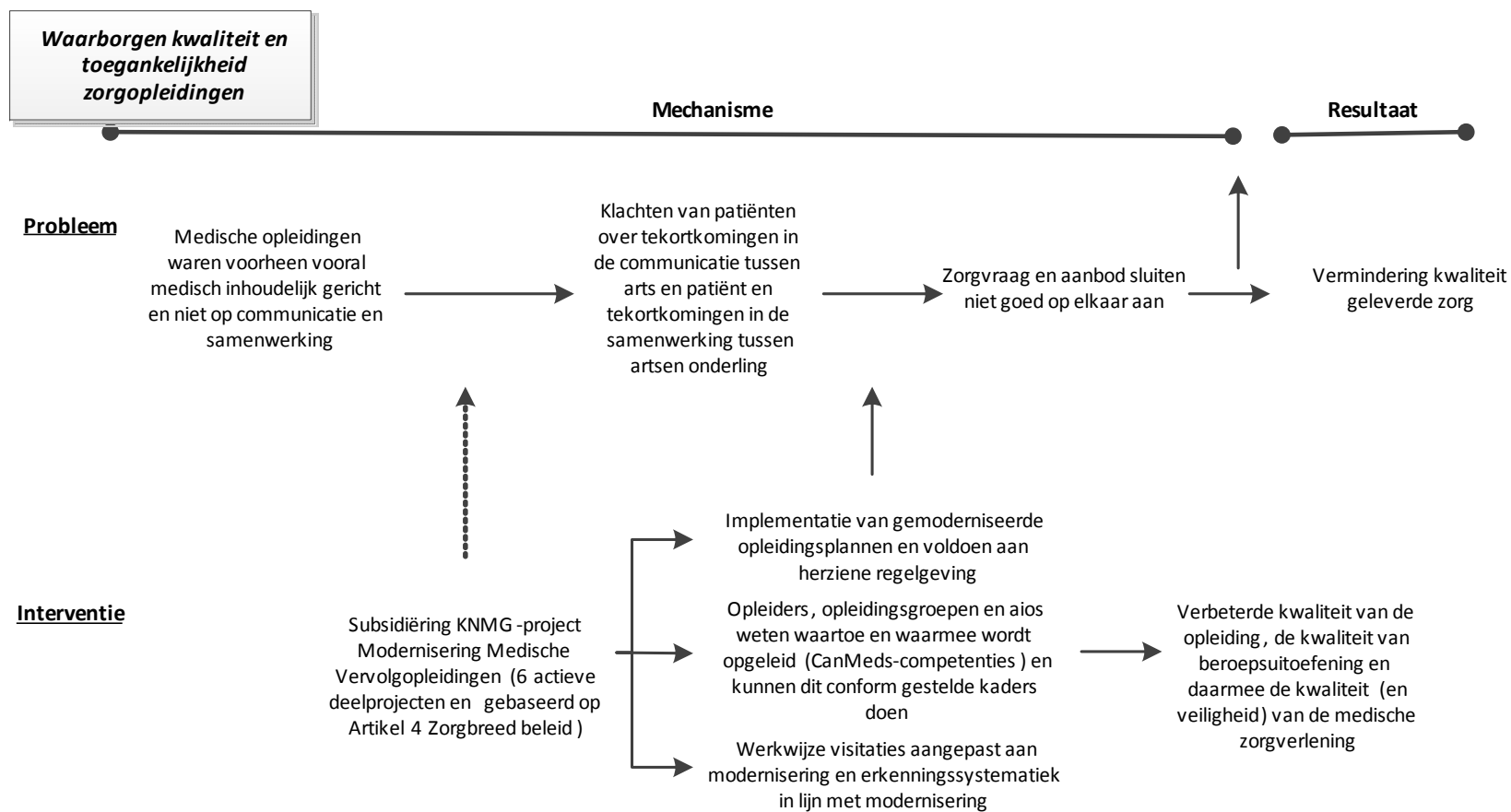
Bovendien ging het hier om het anticiperen op de toekomstige stand van de wetenschap en praktijk waar vanuit het veld beperkte aandacht voor was (onvoldoende blik op de lange termijn).

De minister van VWS heeft in de periode 2010-2015 de door de KNMG aangevraagde subsidie verstrekt om te stimuleren dat in de medische vervolgoopleidingen competentiegericht middels het CanMeds-model zou worden opgeleid en daarmee geanticipeerd zou worden op toekomstige veranderingen in de zorgvraag.

Figuur 1.2 op de volgende pagina geeft de beleidsinterventie schematisch weer.

⁶ Rijksbegroting Artikel 4 Zorgbreed beleid.

Figuur 1.2 Beleidstheorie projectsubsidie modernisering geneeskundige vervolgopleidingen 2010 – 2015



2 Doeltreffendheid

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op de doeltreffendheid van de projectsubsidie. Hierbij wordt gekeken of de operationele doelstellingen behaald zijn en of daarmee het beleidsdoel behaald is:

- Zijn de operationele doelstellingen bereikt? (2.2.1 t/m 2.2.3)
- Is het beleidsdoel bereikt? (2.2.4)
- Wat zijn de neveneffecten? (2.3)
- Is doeltreffendheid van de projectsubsidie plausibel? (2.4)

De beschikbare data is vooral kwalitatief van aard. Het betreft daarom een verklarende evaluatie gericht op plausibiliteit. De volgende bronnen zijn gebruikt voor de verklarende evaluatie in dit hoofdstuk:

1. Eindrapportage Project MMV (2010-2015)

De eindrapportage KNMG-Project MMV (2010-2015) is in december 2015 gepubliceerd ter verantwoording van de activiteiten en resultaten van het project. In de eindrapportage wordt een samenvatting gegeven van elk van de zeven uitgevoerde deelprojecten en de participatie van de drie betrokken clusters:

- **Cluster 1:** huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten;
- **Cluster 2:** medisch specialisten;
- **Cluster 3:** sociaal geneeskundigen.

Daarnaast zijn voor deze evaluatie diverse eindrapporten van deelprojecten (zie bijlage C) gebruikt om de resultaten uit de eindrapportage te verifiëren.

2. Interviews met betrokkenen

Tien personen die betrokken zijn geweest bij het project MMV zijn geïnterviewd. Dit betroffen telefonische interviews van circa 30 tot 60 minuten die gehouden zijn in de periode juli-augustus 2016.

3. Enquêtes onder aios en opleiders

In 2013 is een enquête uitgezet onder alle opleiders (representatieve respons is 400 opleiders) door een onafhankelijk onderzoeksbureau in opdracht van het project MMV, en tevens in 2014 onder alle aios (representatieve respons is 2229 aios).

2.2 Bereik van het project en indicaties voor effecten

In hoeverre de operationele doelstellingen bereikt zijn hangt af van:

- Het aantal opleidingsinstituten en opleiders dat een gemoderniseerd opleidingsplan heeft geïmplementeerd;
- Het aantal opleiders, opleidingsgroepen en aios dat weet waartoe en waarmee competentiegericht opgeleid wordt en dit conform de gestelde kaders kan doen;
- Het aantal opleidingen dat gevisiteerd wordt conform de modernisering;

Het is plausibel dat het beleidsdoel behaald wordt als de operationele doelstellingen van het project behaald zijn. In andere woorden, als de gemoderniseerde opleidingsplannen conform de herziene regelgeving geïmplementeerd zijn, betrokkenen in het veld weten waarmee en waartoe opgeleid wordt en visitaties uitgevoerd worden conform de modernisering, dan is het plausibel dat dit de kwaliteit van de opleiding en beroepsuitoefening, en daarmee de kwaliteit van de zorg, verbetert.

Onderstaande tabel geeft een samenvatting van de resultaten per doelstelling. In de volgende paragrafen wordt in meer detail ingegaan op de doelstellingen en resultaten.

Tabel 2.1 Samenvattende tabel doelstellingen en resultaten

Doelstelling	Resultaat (per eind 2015)
<p><u>Operationele doelstelling 1</u></p> <p>Eind 2015 zijn de opleidingsplannen door alle opleiders, opleidingsgroepen en opleidingsinstituten binnen alle opleidingen conform de modernisering geïmplementeerd en voldoen de opleidingen aan de herziene regelgeving</p>	<p><u>Doelstelling gedeeltelijk behaald:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 80% besteedt regelmatig tot altijd aandacht aan competentiegericht opleiden; • 80-100% van cluster 1 (huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, artsen voor verstandelijk gehandicapten) gebruikt een leerwerkplan; • In cluster 2 (medisch specialisten) heeft 90% een lokaal opleidingsplan (LOP), in cluster 3 (sociaal geneeskundigen) 50-55%; • Een individueel opleidingsplan (IOP) is door 90-100% geïmplementeerd in alle clusters; • Nog niet alle opleiders zijn gestart met de kwaliteitscyclus. <p><i>Enquêtes zijn uitgevoerd in 2013-14. Betrokkenen gaven aan dat ook aan het eind van het project niet de volledige doelgroep bereikt was.</i></p>
<p><u>Operationele doelstelling 2</u></p> <p>Opleiders en opleidingsgroepen, aios en anderen die betrokken zijn bij de opleiding van aios weten waartoe en waarmee wordt opgeleid en kunnen dit conform de gestelde kaders uitvoeren</p>	<p><u>Doelstelling gedeeltelijk behaald:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bekendheid en draagvlak is gecreëerd d.m.v. deelproject CanBetter (≥75%); • Voorbeelden en hulpmiddelen zijn ontwikkeld en ter beschikking gesteld aan alle clusters. Kennis is gedeeld en hulpmiddelen zijn verspreid in het gehele zorgveld waardoor men nu <i>kan</i> opleiden conform de kaders. <p><i>Of dit daadwerkelijk in alle gevallen gebeurt, moet in de toekomst uit de visitaties blijken.</i></p>
<p><u>Operationele doelstelling 3</u></p> <p>De opleidingen worden op de aan de modernisering aangepaste werkwijze gevisiteerd; de erkenningssystematiek is in lijn met de modernisering gebracht.</p>	<p><u>Doelstelling gedeeltelijk behaald:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • De visitatiesystematiek is aangepast op de modernisering. Proefvisitaties zijn uitgevoerd om te kijken of de nieuwe visitatiewijze werkt. Competentiegericht opleiden is in het visitatiewerkdocument opgenomen. Of alle opleidingen daadwerkelijk op een aan de modernisering aangepaste werkwijze gevisiteerd worden kan niet uit de beschikbare informatie worden afgeleid. • Een uitgangspuntennotitie voor de nieuwe erkenningssystematiek is opgesteld op basis van de resultaten van verschillende MMV deelprojecten. De basis is dus gelegd tijdens project MMV. Uitwerking in regelgeving en implementatie volgt in 2016.

Doelstelling	Resultaat (per eind 2015)
<p><u>Beleidsdoel:</u></p> <p>Het verbeteren van de kwaliteit van de opleiding, de kwaliteit van de beroepsuitoefening en daarmee de kwaliteit (en veiligheid) van de medische zorgverlening</p>	<p><u>Het is plausibel dat het beleidsdoel gedeeltelijk behaald is,</u> omdat de drie doelstellingen ook gedeeltelijk behaald zijn en de 1e resultaten wijzen er op dat het veld beter toegerust is om competenties toe te passen in de praktijk.</p> <p><i>Volledige implementatie heeft echter meer tijd nodig. De opleiding duurt 4 jaar en het project is geëindigd in 2015. Toekomstige evaluatie is nodig om een gegronde uitspraak over doeltreffendheid te kunnen doen.</i></p>

Operationele doelstelling 1

De eerste operationele doelstelling luidt:

Eind 2015 zijn de gemoderniseerde opleidingsplannen binnen alle opleidingen conform de modernisering geïmplementeerd en voldoen de opleidingen aan de herziende regelgeving.

De herziene regelgeving houdt het competentiegericht opleiden voor alle geneeskundige specialismen in. Dit betreft een Nederlandse bewerking van de Canadese CanMeds-competenties. Deze competenties zijn in 2009 in de landelijke opleidingsplannen uitgewerkt. De herziene regelgeving is per 1 januari 2011 ingevoerd.

Om aan de herziene regelgeving te voldoen moest een vertaalslag van de landelijke plannen naar de regionale/lokale praktijk gemaakt worden. Hiervoor heeft de RGS samen met het project MMV in 2013 een implementatiehandleiding uitgegeven. Aan de hand van de volgende thema's ondersteunt het project MMV de ontwikkeling van opleidingsactiviteiten- en beleid conform de regelgeving:

- Algemene competenties in de praktijk;
- Lokaal opleidingsplan (LOP);
- Individueel opleidingsplan (IOP);
- Kwaliteitscyclus;
- Competentieprofiel opleiders en leden van opleidingsgroepen.

Binnen verschillende deelprojecten zijn activiteiten op het gebied van deze thema's uitgevoerd om de operationele doelstelling te behalen:

- Deelproject 1 (Opleidingsprofessionalisering): implementeren van algemene competenties in de praktijk en de ontwikkeling van het competentieprofiel;
- Deelproject 2 (CanBetter): verbetering van de uitwerking van algemene competenties in de opleidingsplannen;
- Deelproject 3 (Opleidingsplan- en visitatie): afstemmen van de regels voor en de praktische uitvoering van opleidingsvisitation en het lokaal opleidingsplan door intensief en persoonlijk contact;
- Deelproject 4 en 5 (Scherpbier 2.0 en Kwaliteitsborging Opleidingen Sociale Geneeskunde): ontwikkelen van een intern systeem van toetsing en monitoring voor interne kwaliteitszorg.

Tussentijds resultaat enquêtes

De resultaten van de activiteiten zijn getoetst aan de hand van twee enquêtes die uitgezet zijn door een onafhankelijk onderzoeksbureau in opdracht van het project MMV onder alle opleiders (representatieve respons is 400 opleiders) in 2013, en tevens in 2014 onder alle aios (representatieve respons is 2229 aios).

In deze enquêtes zijn de volgende aspecten getoetst:

1. Aandacht voor algemene competenties binnen cursorisch onderwijs, toetsing en voortgangsgesprekken en in de dagelijkse praktijk;
2. Aanwezigheid van een werkleerplan voor opleidingsinstituten;
3. Aanwezigheid van een lokaal opleidingsplan (LOP) voor opleiders medisch specialisten en sociale geneeskunde;
4. Aanwezigheid van een individueel opleidingsplan (IOP) voor alle aios;
5. Aanwezigheid van een kwaliteitssysteem.

1. Aandacht voor algemene competenties

In het cluster van de huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten (cluster 1) is er volgens opleiders (n=8) regelmatig tot altijd aandacht voor algemene competenties in cursorisch onderwijs, toetsing en voortgangsgesprekken, en in de dagelijkse praktijk. Volgens aios (n=687) is in circa 80 tot 90% van de gevallen aandacht voor algemene competenties.

In het cluster van medisch specialisten (cluster 2) is dit volgens opleiders (n=310) en aios (n=1421) 60 tot 95%. De aandacht is in dit cluster het meest beperkt in het cursorisch onderwijs.

In het cluster van sociaal geneeskundigen (cluster 3) is er volgens opleiders (n=110) en aios (n=121) in 70 tot 90% van de gevallen aandacht voor algemene competenties. De aandacht is het meest beperkt in de dagelijkse praktijk in dit cluster.

Hieruit blijkt dat er geen sprake is van volledig bereik binnen de drie clusters. De algemene competenties zijn niet in alle gevallen volledig geïmplementeerd.

2. Aanwezigheid van een leerwerkplan bij opleidingsinstituten

Het leerwerkplan beschrijft de vorm en de inhoud van de opleiding in de praktijk van de (stage)opleider, de opleidings- of stage-inrichting, met inachtneming van het opleidingsplan.

Binnen cluster 1 geeft 25% van de opleiders (n=8) en aios (n=687) aan dat opgeleid wordt conform het leerwerkplan. Volgens de overige 75% van de opleiders wordt in toenemende mate het leerwerkplan als leidraad gebruikt. Van de aios geeft 6% aan dat het leerwerkplan niet gebruikt wordt en 15% geeft aan dat er geen leerwerkplan aanwezig is.

Er is dus geen volledig bereik binnen de opleidingsinstituten van cluster 1 en niet in alle gevallen zijn de competenties door middel van leerwerkplannen in de opleiding geïmplementeerd.

3. Aanwezigheid van een Lokaal Opleidingsplan (LOP)

In het lokaal opleidingsplan staat hoe de opleiding op lokaal niveau ingericht is (*“zeggen wat je doet”*). Het LOP vormt het kader voor de opleidingsschema's en individuele opleidingsplannen van de aios, alsmede voor de leerwerkplannen in de praktijk.

Voor het LOP geldt vanaf 1 januari 2011 dat hierin de opleidingsonderdelen, inhoud van de opleiding, opleidingsactiviteiten, bekwaamheidsniveaus en toetsinstrumenten moeten zijn vastgelegd. Vanaf 2013 wordt verwacht dat het LOP in de praktijk geïmplementeerd wordt en wordt getoetst of de opleiding uitgevoerd wordt conform het LOP (*“doen wat je zegt”*).

In cluster 2 geeft circa 30 tot 40% van de opleiders (n=310) en aios (n=1421) aan dat conform het LOP opgeleid wordt en 40 tot 50% geeft aan dat in toenemende mate de LOP als leidraad gebruikt wordt. Circa 10% moet het LOP nog implementeren en de resterende circa 10% heeft geen LOP.

In cluster 3 wordt volgens 20% van de opleiders (n=110) en aios (n=121) conform het LOP opgeleid en circa 15 tot 25% gebruikt de LOP in toenemende mate als leidraad. In circa 10 tot 15% van de gevallen moet het LOP nog geïmplementeerd worden en circa 45 tot 50% heeft nog geen LOP.

Dit wijst er op dat competenties in cluster 2 en 3 nog niet in alle gevallen door middel van een LOP in de opleidingen geïmplementeerd zijn.

4. Aanwezigheid van een Individueel Opleidingsplan (IOP)

In het individueel opleidingsplan staat hoe competenties kunnen worden verworven, rekening houdend met de kaders van het opleidingsinstituut (opleidingsplan) en de mogelijkheden en beperkingen van de praktijkplaats (leerwerkplan).

In cluster 1 heeft 95 tot 100% van de aios een IOP, in cluster 2 90 tot 95%, en in cluster 3 circa 95%. Het is niet bekend of in deze individuele opleidingsplannen de algemene competenties goed beschreven staan.

5. Aanwezigheid van een kwaliteitscyclus

Van opleiders wordt na 1 januari 2013 verwacht worden dat men een eerste ronde van de kwaliteitscyclus heeft doorlopen en aan de hand van de resultaten een verbeterplan of een plan van aanpak heeft vastgesteld.

In cluster 1 geeft 7 van de 8 opleiders aan een kwaliteitssysteem te hebben. Volgens de aios (n=687) geeft slechts 11% aan dat een kwaliteitssysteem aanwezig is. Circa 10% van de opleiders start binnenkort met de kwaliteitscyclus.

In cluster 2 heeft 80 tot 85% een kwaliteitssysteem volgens opleiders (n=310) en aios (n=1421) en in cluster 3 is dit slechts 15 tot 25%. In beide clusters start circa 5 tot 10% binnenkort met de kwaliteitscyclus.

Het doel is dus niet volledig bereikt op het moment van de enquête.

Aanvullende informatie uit interviews

Bovenstaande betreffen slechts tussentijdse resultaten. Het project heeft namelijk tot eind december 2015 gelopen, terwijl de enquêtes in 2013-2014 plaatsvonden. Vandaar dat aanvullende informatie uit interviews gebruikt is om een oordeel te vellen over het bereik en de resultaten in de periode hierna.

In interviews met betrokkenen van verschillende deelprojecten is besproken wat de resultaten en het bereik van het (deel)project geweest is. Ook de 'Eindrapportage KNMG-project MMV 2010 – 2015' omschrijft de resultaten van de verschillende deelprojecten.

De volgende conclusies zijn hieruit naar voren gekomen:

- Kennis over competentiegericht opleiden wordt nu gedeeld en verspreid. Het MMV-congres heeft een belangrijke rol gespeeld bij het in gang zetten van de 'cultuurverandering' die nodig was om competentiegericht opleiden in het veld op te pakken.
- Meer aandacht voor competentiegericht opleiden: Volgens geïnterviewden is minstens 75% van de doelgroep bereikt. Niet iedereen uit de doelgroep is dus bereikt.
- 32 COC's zijn bezocht door het projectteam. Tijdens deze bezoeken zijn LOP, IOP en de rol van de COC's in de kwaliteitscyclus besproken. Ook hebben workshops over

opleidingsplannen plaatsgevonden in het kader van deelproject 'Opleidingsprofessionalisering'. De resultaten hiervan zijn niet gekwantificeerd, maar de reacties waren positief en hebben volgens betrokkenen bijgedragen aan de implementatie van de modernisering.

Visitatieresultaten

Om een gegronde uitspraak te kunnen doen over het behalen van operationele doelstelling 1 moet gekeken worden naar de resultaten van visitaties. Visitatierapporten zijn echter niet beschikbaar, omdat hierop de Wet Bescherming Persoonsgegevens van toepassing is.

Conclusie operationele doelstelling 1

De enquêtes, de aanvullende interviews en de Eindrapportage KNMG-project MMV 2010 – 2015 wijzen er op dat operationele doelstelling 1 gedeeltelijk behaald is. De enquêtes die uitgevoerd zijn, zijn echter niet recent. Een toekomstige enquête kan meer duidelijkheid bieden. Daarnaast zijn visitatieresultaten nodig om een gegronde uitspraak over het bereik van doelstelling 1 te kunnen doen.

Operationele doelstelling 2

De tweede operationele doelstelling luidt:

Opleiders, opleidingsgroepen, aios en andere bij de opleiding van aios betrokkenen weten waartoe en waarmee wordt opgeleid en kunnen dit conform de gestelde kaders uitvoeren.

Deze doelstelling bestaat uit 2 aspecten:

1. **Bekendheid en draagvlak creëren** zodat men weet waartoe en waarmee opgeleid wordt en weet wat de gestelde kaders zijn;
2. **Kennis delen** over *hoe* competentiegericht opgeleid kan worden en **praktische hulpmiddelen bieden**, zodat men conform de gestelde kaders *kan* opleiden.

Of daadwerkelijk competentiegericht opgeleid wordt conform de gestelde kaders valt hier buiten en zal in de toekomst moeten blijken uit evaluaties en visitatierapporten.

Deelprojecten die specifiek gericht waren op het bereiken van deze doelstelling, zijn:

- Deelproject 1: Opleidingsprofessionalisering;
- Deelproject 2: CanBetter;
- Deelproject 6: Communicatie.

De eindrapportage en de interviews geven een beeld van de resultaten die bereikt zijn met deze deelprojecten. In de eindrapportage worden de activiteiten (output) benoemd en het aantal betrokkenen/deelnemers per activiteit. Echter is de omvang van de clusters 1 t/m 3 niet bekend, waardoor niet bekend is welk deel van de doelgroep met deze activiteiten bereikt is. Bovendien laat het aantal deelnemers slechts zien hoeveel mensen direct betrokken zijn geweest bij de activiteiten, terwijl veel van de activiteiten zich juist richtten op het creëren van een hefboomeffect.

Resultaten Deelproject 1 Opleidingsprofessionalisering

Binnen dit deelproject hebben workshops plaatsgevonden, is een MMV Toolkit ontwikkeld, zijn netwerkbijeenkomsten voor onderwijskundigen gehouden, en is het MMV-congres georganiseerd.

In 2015 hebben 13 workshops plaatsgevonden en 3 masterclasses. Het aantal deelnemers is niet bekend, maar het is wel bekend dat 2% van de deelnemers uit het cluster huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten (cluster 1) kwam, 67% uit het cluster medisch specialisten (cluster 2), 5% uit het cluster sociale geneeskunde (cluster 3), 10% ondersteuners, 8% aios en 8% onbekend/anders. Bovendien zijn alle opleidingsziekenhuizen bereikt, want minimaal één opleider, lid van de opleidingsgroep of ondersteuner vanuit ieder opleidingsziekenhuis heeft deelgenomen.

De MMV Toolkit wordt door ondersteuners positief gewaardeerd en gezien als een praktisch hulpmiddel. Vanuit het deelproject opleidingsprofessionalisering zijn 15 uitgewerkte workshops en 14 trainingen opgenomen in de Toolkit. Hoe vaak deze hulpmiddelen vervolgens gebruikt zijn is niet bekend.

Netwerkbijeenkomsten hebben onderwijskundigen geholpen om hun ondersteunende rol in het competentiegericht opleiden binnen ziekenhuizen te vervullen. In de gehele projectperiode hebben 18 bijeenkomsten met gemiddeld 23 deelnemers per bijeenkomst (in totaal circa 414 deelnemers) plaatsgevonden.

Kennis over competentiegericht opleiden wordt gedeeld en verspreid door het MMV-congres. Het aantal deelnemers is opgelopen van 150-200 in het eerste jaar tot 700-800 deelnemers in 2015. Het MMV-congres is breed opgezet en gericht op alle 34 specialistische opleidingen en 12 profielen. Betrokkenen geven aan dat uit de MMV-congressen is gebleken dat de bekendheid van het project sterk is toegenomen en dat er in sterke mate bewustwording is gecreëerd. Het MMV-congres wordt gezien als een belangrijk middel om de ingezette 'cultuurverandering' in het medische veld door te zetten. Dit is echter niet gekwantificeerd.

Volgens de geïnterviewden en de 'Eindrapportage KNMG-project MMV 2010 – 2015' zijn binnen dit deelproject praktische voorbeelden en hulpmiddelen ontwikkeld waarmee op de werkplek efficiënt(er) kan worden opgeleid in algemene competenties, zoals 'Met STAR(R)' meer zicht op de competenties' en 'Checklist SMART leerdoelen'. Het is niet bekend door hoeveel personen deze voorbeelden en hulpmiddelen gebruikt worden.

De betrokken partijen hebben aangegeven dat de implementatieperiode van zes jaar volledig nodig was om bovenstaande resultaten te bereiken.

Resultaten Deelproject 2 CanBetter

Dit deelproject had betrekking op het *concretiseren* van de algemene competenties (CanMeds) binnen de opleiding en de zorg, en het creëren van draagvlak, waardoor opleiders de algemene competenties kunnen én willen implementeren.

Volgens geïnterviewden en de 'Eindrapportage KNMG-project MMV 2010 – 2015' zijn de algemene competentie daadwerkelijk geconcretiseerd. Men weet nu hoe de competenties toegepast kunnen worden. Er zijn praktische voorbeelden en hulpmiddelen ontwikkeld waarmee op de werkplek efficiënt(er) kan worden opgeleid in algemene competenties. Het is niet bekend door hoeveel personen deze voorbeelden en hulpmiddelen gebruikt worden.

Er is draagvlak gecreëerd door middel van workshops en bijeenkomsten, waardoor competentiegericht opleiden in sterkere mate toegepast wordt. Er zijn voor het CanBetter-project diverse workshops voor opleiders georganiseerd die gemiddeld door ongeveer 90 personen zijn bezocht (minimaal 6 workshops). De workshop voor aios op de aios-dag is relatief goed bezocht, namelijk door ongeveer 60 deelnemers (4 keer 15 deelnemers). Verder zijn er zowel op nationaal als internationaal vlak bijdragen geleverd aan congressen zoals het MMV-congres en de International Conference on Residency Education (ICRE).

Naar inschatting van betrokkenen is ten minste 75% van de doelgroep bereikt met het deelproject CanBetter. De weerstand die er in het begin was vanuit medisch specialisten is aanzienlijk minder geworden. Dit is echter niet gekwantificeerd.

Betrokken partijen geven ook aan dat uit de congressen is gebleken dat de bekendheid van het project sterk is toegenomen en dat er in sterke mate bewustwording is gecreëerd. Dit is echter ook niet gekwantificeerd.

Resultaten deelproject 6 Communicatie

Dit deelproject is opgezet om het project MMV *'vindbaar en bekend te maken onder de betrokkenen bij modernisering van de medische vervolgopleidingen'*.

De MMV website heeft duizenden bezoekers aangetrokken. Bij de oprichting van de website waren er rond de 2.000 bezoeken en 6.000 paginaweergaven per maand. In september 2015 werd een record bereikt met 6.300 bezoeken en 14.500 paginaweergaven per maand.⁷

Het deelproject communicatie heeft bijgedragen aan de bekendheid van de ondersteunende producten die ontwikkeld zijn om op de werkplek efficiënt op te leiden in algemene competenties;

Uit interviews is gebleken dat de bekendheid van het competentiegericht opleiden en het gecreëerde netwerk voor de opleiders en betrokkenen bij de opleidingen gezien wordt als het belangrijkste resultaat van het project MMV.⁸

Conclusie operationele doelstelling 2

De resultaten wijzen er op dat het project MMV een groot deel van het zorgveld heeft bereikt (≥ 75%). De activiteiten zijn door een toenemend aantal deelnemers bijgewoond, kennis is verspreid door het netwerk dat gecreëerd is, er zijn praktische voorbeelden en hulpmiddelen ontwikkeld ter ondersteuning en deze zijn voor de gehele beroepsgroep beschikbaar gesteld, waardoor men nu op kan leiden conform de gestelde kaders. Of daadwerkelijk conform de gestelde kaders opgeleid wordt moet in de toekomst uit de visitatieresultaten blijken.

Operationele doelstelling 3

De derde operationele doelstelling luidt:

De opleidingen worden op de aan de modernisering aangepaste werkwijze gevisiteerd; de erkenningsystematiek is in lijn met de modernisering gebracht.

Deelproject 3 (opleidingsvisitatie en -plan) was gericht op het verbeteren van de visitatie en in het bijzonder op "regels" voor het uitvoeren van visitaties en lokale opleidingsplannen.

⁷ Eindrapportage KNMG-project MMV 2010-2015. Gepubliceerd in 2015. Pag. 32.

⁸ Interview betrokken persoon.

De vernieuwde visitatie start per januari 2011 en ter voorbereiding hierop zijn in 2010 en 2011 twee visitatietrainingen gehouden met circa 300 deelnemers in totaal. Daarnaast is samengewerkt met wetenschappelijke verenigingen om hun plannen op het gebied van visitaties uit te werken en pilotvisitaties uit te voeren. In 2010 heeft nog een bijeenkomst plaatsgevonden om de Centrale Opleidingscommissies te informeren over de herziende regelgeving van 2011. Ook is er een handleiding visitatie, een werkdocument en een folder voor aios ontwikkeld die aan alle opleidingsgroepen en visitatoren verstuurd is. Drie bijeenkomsten zijn gehouden (met 67 deelnemers) voor geïnteresseerden.

Het project MMV is actief betrokken geweest bij de 'professionalisering van visitatoren waarbij de inhoud van de visitatietrainingen op de modernisering aangepast is en aandacht aan de kwaliteitscyclus werd besteedt. Daarnaast was het projectteam betrokken bij de pilot horizontaal en verticaal visiteren.

Het projectteam heeft alle plenaire visitatiecommissies 1 à 2 keer bezocht om de modernisering te bespreken. De handleiding individueel opleidingsplan en handleiding modernisering zijn hierbij ontwikkeld.

Proefvisitaties

In het kader van de implementatie van de modernisering zijn acht proefvisitaties op locatie verricht.

Visitatiewerkdocument: visitatie is aangepast aan modernisering

Het visitatiewerkdocument dat binnen het project MMV ontwikkeld is laat zien dat competentiegericht opleiden onderdeel is geworden van de visitatiesystematiek. De volgende aspecten komen in het werkdocument voor:

- Het lokale/regionale opleidingsplan is een adequate afgeleide van het landelijk opleidingsplan en voldoet aan de vereisten;
- Elke aios beschikt over een individueel opleidingsplan waaruit de ontwikkeling in reeds behaalde en van nog te behalen competenties blijkt en maakt als herkenbaar document deel uit van het portfolio;
- De ontwikkeling van alle competenties wordt adequaat en actief bewaakt door de leden van de opleidingsgroep;
- Voor aanvang van de opleiding stelt de aios in overleg met de oordelend opleider en de bij de opleiding betrokken opleiders een opleidingsschema en een individueel opleidingsplan op, gebaseerd op eventueel reeds verworven competenties van de aios. De aios draagt zorg voor de onderbouwing van de eerder verworven competenties;
- De aios volgt gedurende ten minste tien dagen per opleidingsjaar cursorisch onderwijs dat gericht is op het verwerven en behouden van de door het CCMS vastgestelde competenties, zoals opgenomen in dit besluit en het betreffende specifieke besluit;
- Verder moeten de 7 competenties ook deel uitmaken van het aios portfolio.

Erkenningsystematiek: de uitgangspunten zijn gedefinieerd

In 2015 is door CGS en RGS een uitgangspuntennotitie opgesteld voor een nieuwe erkenningsystematiek op basis van de resultaten van project Scherpbier 2.0 (MMV), het project Kwaliteitsborging opleidingen in de sociale geneeskunde (MMV) en het project Pilots horizontaal en verticaal visiteren (een medisch adviseur verbonden aan Project MMV is bij dit laatste project betrokken geweest).

De uitgangspunten zullen in 2016 worden uitgewerkt in de regelgeving. Invoering van de vernieuwde erkenningsystematiek verloopt geleidelijk. Zodra de regelgeving in werking treedt

bekijkt de RGS bij elke individuele erkenningsaanvraag of de vernieuwde systematiek al kan worden toegepast.⁹

Conclusie operationele doelstelling 3:

Het is plausibel dat doelstelling 3 gedeeltelijk behaald is. De visitatiesystematiek is aangepast op de modernisering, proefvisitaties hebben plaatsgevonden om te toetsen of de nieuwe visitatiewijze werkt en het werkdocument is zichtbaar aangepast. Of opleidingen daadwerkelijk op een aan de modernisering aangepaste werkwijze gevisiteerd worden is niet bekend. Dit kan niet uit de beschikbare documentatie afgeleid worden en visitatierapporten zijn niet beschikbaar, omdat hierop de Wet Bescherming Persoonsgegevens van toepassing is. De basis van de vernieuwde erkenningsystematiek is in ieder geval tijdens het project gelegd. De uitwerking in regelgeving en implementatie volgt in 2016.

2.3 Neveneffecten

- Een belangrijk neveneffect is dat de nodige administratie werd gezien als verantwoording naar de maatschappij en als transparantie. Dit neveneffect is echter niet bereikt. Het is veel papierwerk geworden wat als een last wordt gezien en het is niet ingezet voor deze maatschappelijke verantwoording.¹⁰
- Een ander neveneffect is dat het project een bepaalde beweging in gang heeft gezet binnen het veld dat zijn doel voorbijstreeft.¹¹

2.4 Conclusie doeltreffendheid

De operationele doelstellingen zijn gedeeltelijk behaald en het project heeft daarmee bijgedragen aan het competentiegericht opleiden. Het is dan ook plausibel dat het beleidsdoel, [het verbeteren van de kwaliteit van de opleiding, de kwaliteit van de beroepsuitoefening en daarmee de kwaliteit \(en veiligheid\) van de medische zorgverlening](#), ook gedeeltelijk behaald is.

De eerste resultaten wijzen er op dat het veld door het project beter toegerust is om competenties, zoals communicatie tussen arts en patiënt, toe te passen in de praktijk. Volledige implementatie heeft meer tijd nodig en toekomstige evaluatie is nodig om een gegronde uitspraak over doeltreffendheid te kunnen doen. Vooral omdat het project in december 2015 geëindigd is en de opleiding gemiddeld vier jaar duurt. Bovendien zijn de uitgevoerde enquêtes niet recent en is daarom het bereik aan het eind van het project niet bekend.

Een toekomstige enquête kan duidelijkheid bieden. Ook is inzicht in de visitatie-uitkomsten gewenst om te analyseren of in de praktijk de gewenste modernisering met competentiegericht opleiden is ingevoerd. Tevens kan daarmee geanalyseerd worden of de visitatiesystematiek aangepast is. Omdat op visitatierapporten de Wet Bescherming Persoonsgegevens van toepassing is, zijn deze niet ter beschikking gesteld aan de onderzoekers. Aanbeveling is daarom om bij soortgelijke subsidies in de toekomst de toezichthoudende organisatie te laten rapporteren over de hoofdlijnen en uitkomsten van de visitaties.

⁹ Gebaseerd op het RGS Jaarplan 2016 en de publicatie "Uitgangspunten voor vernieuwing: erkenningsystematiek verbeteren, maar ook handhaven" van CGS/RGS.

¹⁰ Interview betrokken persoon.

¹¹ Interview betrokken persoon.

3 Doelmatigheid

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk kijken we naar de doelmatigheid van de subsidie. Doelmatigheid betreft de verhouding tussen uitgaven aan het project en de resultaten hiervan. Een uitgave is niet doelmatig wanneer dezelfde beleidsuitkomsten met minder middelen (ook) kunnen worden behaald, of wanneer met dezelfde middelen meer of betere prestaties kunnen worden behaald.

De volgende vragen worden hierbij beantwoord:

- Wat zijn de exacte uitgaven aan de subsidieregeling? (3.2);
- Is de hoogte van de subsidie voldoende voor het bereiken van de doelstelling? (3.3);
- Hoe wordt de effectiviteit van het project ervaren door de betrokkenen? (3.4);
- Hoe wordt de uitvoeringswijze van het project ervaren door de betrokkenen? (3.5);
- Is doelmatigheid van de projectsubsidie plausibel? (3.6).

3.2 Uitgaven aan het project

De totale uitgaven aan het project, inclusief de door de KNMG getroffen voorbereidingen in 2009 en de implementatie van enkele deelprojecten in 2016, bedragen circa €6,8 miljoen.

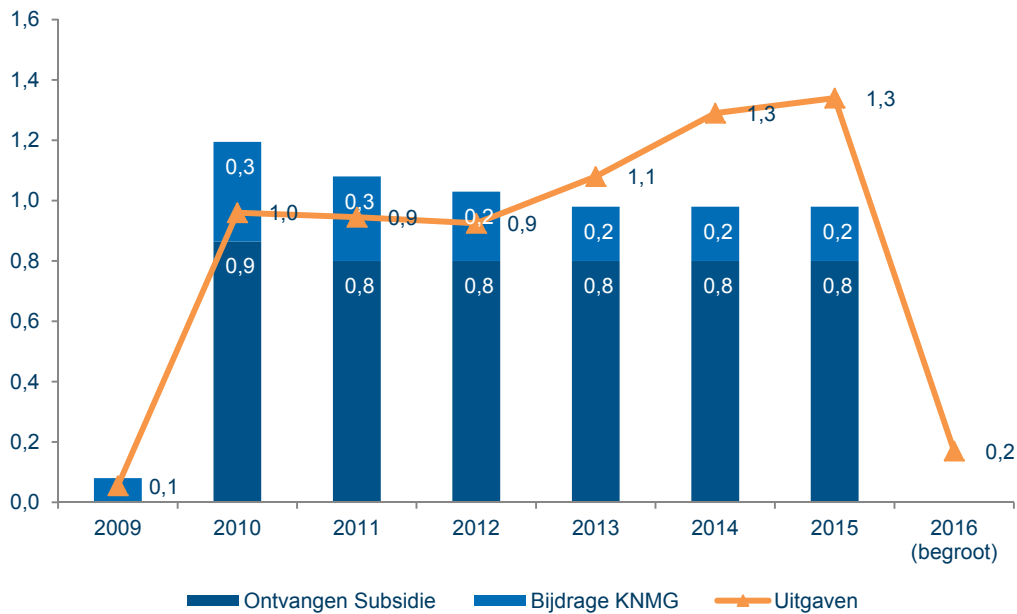
Het ministerie van VWS heeft voor het project een subsidie van circa €5,4 miljoen euro toegewezen aan de KNMG. Hiervan heeft de KNMG circa € 4,9 miljoen ontvangen en circa €440.000 is nog te ontvangen bij de afrekening. De verdeling van de ontvangen subsidie over de zes implementatiejaren (2010 – 2015) is weergegeven in Figuur 3.1 hieronder. Per deelproject konden projectleiders een voorstel indienen vergezeld van een indicatie van de benodigde financiële middelen. De algemene MMV-stuurgroep heeft vervolgens de allocatie van het subsidiebedrag over de verschillende deelprojecten- en activiteiten bepaald.

Naast de projectsubsidie van VWS heeft de KNMG in de periode 2009-2015 zelf een financiële bijdrage aan het project geleverd van circa €1,5 miljoen.¹² Dit omdat zij zelf de projectleiding op zich wilde nemen. Kosten hiervan lagen rond de €500.000. Daarnaast was aanpassing van het kwaliteitstoezicht van de RGS aan de modernisering van de medische vervolgoopleidingen onderdeel van het projectplan wat onder de (financiële) verantwoordelijkheid van de RGS valt. In overleg met VWS heeft de RGS daarom een eigen bijdrage van circa €1 miljoen ingebracht (voornamelijk voor eigen personeelskosten).

¹² Jaarverslag KNMG, 2015.

Ook de KNMG bijdrage is weergegeven in Figuur 3.1 hieronder.

Figuur 3.1 Uitgaven, ontvangen subsidie en bijdrage KNMG (in €miljoenen)

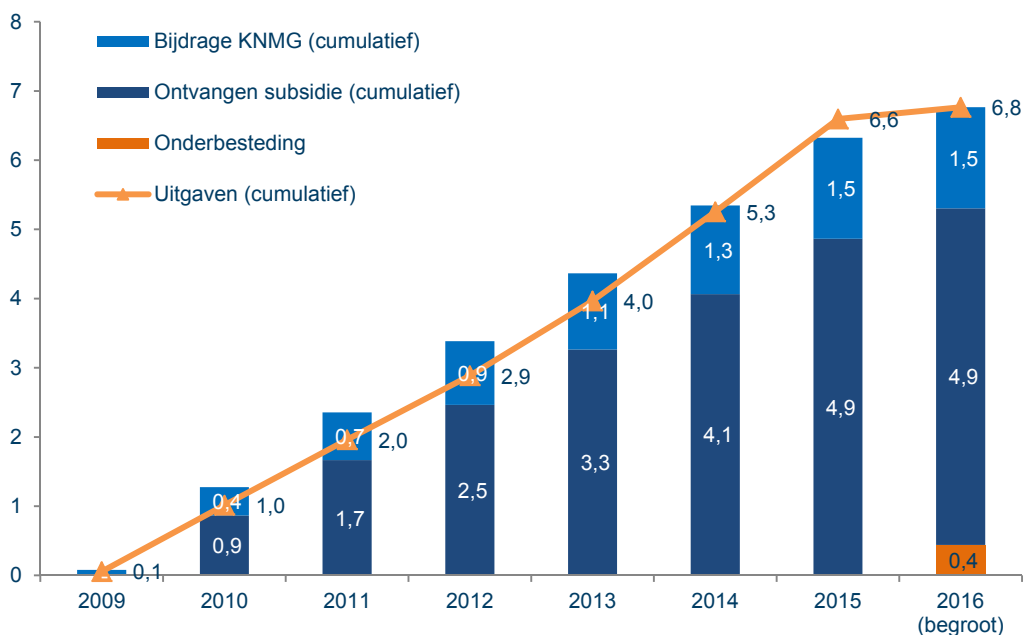


Bron: KNMG, financiële gegevens project MMV (2016).

Toen het Project MMV op 31 december 2015 eindigde resteerde een subsidiebedrag van ruim €528.000 (€440.000 nog te ontvangen bij afrekening en €84.000 onderbesteding). De KNMG heeft het ministerie van VWS voorgesteld om een deel van het resterende subsidiebedrag in het jaar 2016 aan te wenden voor de implementatie van twee van de eindproducten van de MMV-deelprojecten, namelijk 'Scherpbier 2.0' en 'Kwaliteitszorg sociale geneeskunde'.

Ook de werkelijke kosten van projectleiding en herziening van opleidingseisen en erkenning vielen lager uit dan de €1,5 miljoen die begroot was. Het resterende deel van deze KNMG bijdrage is gebruikt voor aanvullende deelprojecten/projectactiviteiten.

Figuur 3.2 Cumulatieve uitgaven, subsidie, bijdrage KNMG en onderbesteding van het project (in €miljoenen)



Bron: KNMG, financiële gegevens MMV project (2016).

3.3 Relatie tussen uitgaven/investeringen en opbrengsten van het project

De subsidie betreft een tijdelijke subsidie (2010-2015) die ingezet is om het veld te stimuleren en te ondersteunen in de implementatie van het competentiegericht opleiden met als doel de kwaliteit van medische opleidingen en –beroepen, en daarmee de kwaliteit van de zorg, te verbeteren.

De activiteiten binnen het project waren sterk gericht op het creëren van draagvlak, het aanjagen van de mensen in het veld en het creëren van een hefboomeffect waardoor met minimale input het maximale effect bereikt kon worden.¹³

Het project is, zoals gepland, na zes jaar beëindigd. Diverse activiteiten zijn per 2016 door de KNMG en de FMS voortgezet. Enkele projectonderdelen krijgen na 2015 wederom subsidie van het ministerie van VWS, zoals het thema doelmatigheid onder het deelproject 'CanBetter' dat na 2015 is voortgezet als het 'Bewustzijnsproject' onder de hoede van het CGS.

Andere activiteiten zitten nu in de onderhoudsfase waardoor minder mankracht nodig is dan in de opstartperiode (2010-2015) en dus ook geen (of aanzienlijk minder) subsidie nodig is. Daarbij hebben verschillende betrokkenen aangegeven dat vanwege het succes van de implementatie en het enthousiasme dat gecreëerd is betrokkenen nu bereid zijn om zelf tijd en geld in te zetten. Kortom, de subsidie heeft een beweging in gang gezet die ook nu nog zijn vruchten afwerpt.

Resterende bedragen aan het eind van het project

De beschikbare subsidie van circa € 5,4 miljoen is niet volledig uitgegeven tijdens de projectperiode.

Een deel van het resterende (te ontvangen) subsidiebedrag, circa €200.000, kan nog ingezet worden voor de implementatie van de twee eindproducten van deelprojecten 4 en 5 (Scherpbier 2.0 en Kwaliteitsborg sociale geneeskundige opleidingen). De KNMG heeft deze deelprojecten per 2016 overgenomen, maar beschikt over onvoldoende financiële middelen voor de uitvoering.

Beide eindproducten zijn relevant voor het bevorderen en borgen van de kwaliteit van de medische vervolgoopleidingen en zijn klaar voor implementatie, maar de projectperiode was te kort om hier aan toe te komen. Als het project langer had geduurd, dan hadden deze deelprojecten wél binnen het project uitgevoerd kunnen worden.

De KNMG bijdrage van €1,5 miljoen was niet volledig nodig voor de projectleiding en herziening van opleidingseisen en erkenning. Het resterende bedrag is voor aanvullende deelprojecten/projectactiviteiten gebruikt en het is plausibel dat dit bijgedragen heeft aan het behalen van de operationele doelstellingen.

Op basis van het onderzoek schetsen wij de volgende mogelijkheden indien er een beleidsin- of extensivering van de middelen zou plaatsvinden.

+20% subsidie

Het subsidiebedrag is niet volledig uitgegeven binnen de projectperiode. Ook hebben verschillende betrokkenen aangegeven dat de subsidie voldoende was om de doelen van het project te bereiken en dat het, vanuit inhoudelijk en organisatorisch oogpunt, een goed moment was om het project door het veld zelf op te laten pakken. Het aanjagen van het implementatieproces is bewerkstelligd en de deelprojecten die nog relevant zijn voor de kwaliteit van de zorg zijn door de KNMG en de FMS voortgezet.

¹³ Interviews met betrokken personen.

De beperkende factor van het project was vooral tijd en niet zo zeer een gebrek aan middelen.

Een hoger subsidiebedrag zou (mede) daarom niet hebben bijgedragen aan hogere opbrengsten van het project binnen het tijdsbestek van zes jaar.

-20% subsidie

Uitgaande van de extra uitgaven die begroot zijn in 2016, is sprake van een uiteindelijke onderbesteding van €84.000. De subsidie had circa 2% lager kunnen zijn om dezelfde doelstellingen te behalen. Dit vanwege de moeizame start om alle partijen op één lijn te krijgen, de tijd die gestoken is in het wegnemen van de weerstand vanuit het veld en het aanpassen van het project aan de behoeften die tijdens het project vanuit het veld naar boven kwamen en die extra inspanning vereisten.¹⁴

Bovendien zijn de doelstellingen niet volledig behaald binnen de projectperiode. Het is dan ook plausibel dat het project met een efficiëntere vormgeving (snellere opstart) doelmatiger had kunnen zijn.

Volgens de geïnterviewde betrokkenen zou een 20% lager subsidiebedrag echter niet voldoende zijn geweest om de beoogde resultaten op landelijke schaal en sector-breed te bereiken. De subsidie was volgens hen in eerste instantie nodig om een beweging op gang te zetten. Daarvoor moest voldoende mankracht ingezet worden, onder andere voor het organiseren van de workshops, bijeenkomsten en congressen die nodig waren om goede producten te ontwikkelen en landelijk draagvlak te creëren voor de modernisering.

Verhouding cofinanciering

Als het totale budget gelijk zou zijn gehouden en VWS zou een lagere bijdrage hebben gegeven, dan zou de cofinanciering van andere partijen hoger moeten zijn. Bij vergelijkbare instrumenten wordt vaak gewerkt met 50 – 50 verdeling in plaats van de verdeling hier van 78% (VWS) en 22% (KNMG). Als dat hier ook was gedaan, dan had de inzet van VWS lager kunnen zijn. Of een andere verdeling redelijk zou zijn geweest, hangt af van de mate waarin de baten van dit project ook bij de KNMG terecht zijn gekomen.

De financiering van een nieuwe stimuleringsmaatregel zou bij voorkeur 50 – 50 met het veld moeten zijn, om zo het draagvlak te versterken en de uitvoering efficiënt te organiseren. Belangrijk daarbij is dat bij de aanvang het tijdelijke karakter van de financiële stimulans goed wordt afgesproken en de beoogde verandering daarna structureel in het opleidingsprogramma wordt opgenomen.

3.4 Gepercipieerde effectiviteit van het project

Er is volgens de geïnterviewde betrokkenen, vanwege de sterke focus op het creëren van een hefboomeffect, optimaal gebruik gemaakt van de beschikbare middelen. Het project had als doel om het veld zelf in de *lead* te zetten. Er zijn dan ook veel mensen uit het veld betrokken geweest bij het project en er is voor gezorgd dat raden van bestuur van instellingen het competitiegericht opleiden een belangrijk onderwerp vinden, waardoor de resultaten zich op snelle en efficiënte wijze konden verspreiden. Het project heeft niet iedereen bereikt, maar verdere verspreiding wordt volgens de geïnterviewden nu opgepakt door het veld.

¹⁴ Interviews met betrokken personen.

Betrokkenen percipiëren de impact van het MMV project positief, maar geven ook aan dat dit niet 'evidence-based' is. Zeker gezien het feit dat het project pas in 2015 afgelopen is en de effecten zich pas op de langere termijn zullen voordoen, en het feit dat de kwaliteit van de zorg niet enkel bepaald wordt door de (modernisering van de) opleiding. Hierdoor is de impact van het project lastig te meten en kan ook (nog) geen uitspraak gedaan worden over de doelmatigheid.

3.5 Uitvoerbaarheid van het project

De projectstructuur bestond uit een algemene MMV-stuurgroep met een voorzitter en vertegenwoordigers van de Federatie Medisch Specialisten, De Jonge Specialist, KAMG, CGS, KNMG, NFU en NVZ / STZ.

Het projectteam bestond uit een projectleider, coördinator en deelprojectleiders, een onderwijskundige, communicatieadviseurs, een projectmedewerker en twee projectsecretaresses. Verder hebben minstens tientallen betrokkenen uit het veld zich voor het project ingezet.

De deelprojecten waren inhoudelijk onafhankelijk, maar samenwerking tussen de (projectteams van de) deelprojecten vond zeker plaats. Bijvoorbeeld tussen 'Opleidingsprofessionalisering' en 'CanBetter', en tussen 'Opleidingsvisitatie en opleidingsplan', 'Scherpbier 2.0' en 'Kwaliteitsborg sociale geneeskunde'.

De samenwerking tussen de verschillende projectteams en deelprojecten werd als zeer positief ervaren. Een maandelijks strategisch overleg vond plaats, waardoor betrokkenen goed op de hoogte waren en konden leren van de ervaringen binnen de andere deelprojecten.

De uitvoerbaarheid van het project wordt als goed ervaren en hierover zijn geen klachten ontvangen.

3.6 Conclusie doelmatigheid

Gezien de onderbesteding had de subsidie 2% lager kunnen zijn. Volgens betrokkenen was een 20% lagere subsidie niet voldoende geweest. Een hogere subsidie had niet tot hogere opbrengsten geleid binnen het tijdsbestek van het project. Ook betrokkenen hebben aangegeven dat de subsidie voldoende was.

Vanwege de onderbesteding en het niet volledig behalen van de doelstellingen binnen de projectperiode is het plausibel dat met een efficiëntere vormgeving (snellere opstart) en/of een (naar verhouding) hogere bijdrage vanuit het veld het project doelmatiger had kunnen zijn. De resultaten van visitaties in de toekomst zijn echter nodig om een gegronde uitspraak over de doelmatigheid te kunnen doen.

Bijlage A Lijst geïnterviewden

Tabel A.1 Geïnterviewden

Naam	Organisatie
Dr. Paul Breslau	Projectleider MMV-deelproject 'Opleidingsvisitatie & opleidingsplan
Mw. Angelique van Bijsterveld	Projectcoördinator en deelprojectleider 'Opleidingsprofessionalisering'
Prof. Dr. Jan Borleffs	UMC Groningen, voorzitter MMV-deelproject CanBetter
Prof. Dr. Jan Hamming	Leids UMC, voorzitter thema patiëntveiligheid binnen MMV deelproject CanBetter
Dhr. Karsten van Loon	VU Medisch Centrum, projectmedewerker en onderwijskundige MMV-deelproject CanBetter
Mw. Hedwig Neefs	STZ, betrokken bij meerdere projecten en organisatie MMV-congres
Mw. Vivienne Schelfhout	Federatie Medisch Specialisten (gedurende MMV project : secretaris CGS)
Mw. Marjolein Schouten	Manager Jeroen Bosch Academie, betrokken bij implementatie project MMV
Mw. Hedwig Slot	Landsteiner Instituut, lid centrale opleidingscommissie Groene Hart Ziekenhuis en MC Haaglanden
Dhr. Michiel Wesseling	Artsenfederatie KNMG, projectleider project MMV

Bijlage B Resultaten per deelproject

Per deelproject zullen in deze bijlage de activiteiten en resultaten besproken worden.

- **Deelproject 1:** Opleidingsprofessionalisering;
- **Deelproject 2:** CanBetter;
- **Deelproject 3:** Opleidingsvisitatie en opleidingsplan;
- **Deelproject 4:** Scherpbier 2.0;
- **Deelproject 5:** Kwaliteitsborging opleiding sociale geneeskunde;
- **Deelproject 6:** Communicatie;
- **Deelproject 7:** Evaluatieonderzoek.

Deelproject 1: Opleidingsprofessionalisering

Deelproject kent 3 verschillende doelen welke betrekking hebben op (1) het uitdragen van de modernisering bij de drie verschillende clusters, (2) het helpen om de modernisering vorm te geven binnen de opleiding en (3) het bieden van ondersteuning aan ondersteuners die betrokken zijn bij de medische vervolgoledingen. Hiervoor zijn workshops, netwerkbijeenkomsten voor onderwijskundigen en het MMV-congres georganiseerd en is een MMV Toolkit ontwikkeld.

Van het workshopaanbod onder deelproject 'Opleidingsprofessionalisering' werd vooral gebruik gemaakt door cluster 2 (medisch specialisten). Cluster 1 (huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten) en 3 (sociaal geneeskundigen) besloegen gezamenlijk een veel kleiner gedeelte van het totaal aantal deelnemers. Het deelproject 'Opleidingsprofessionalisering' heeft elk opleidingsziekenhuis weten te bereiken. In de Randstad was het percentage deelnemers aan de workshops en masterclasses het hoogst.

De MMV Toolkit is ontwikkeld voor direct betrokkenen bij de modernisering van de medische vervolgoledingen. Dit betreft vooral onderwijskundigen en ontwikkelaars van 'Teach the Teacher-programma's' werkzaam in ziekenhuizen. Met de materialen uit de MMV Toolkit is het mogelijk om workshops in de regio of in het eigen ziekenhuis laagdrempelig te organiseren en uit te voeren.

Uit evaluatie is gebleken dat onderwijskundigen en ontwikkelaars tevreden zijn met de MMV Toolkit. Nog niet iedereen heeft het materiaal gebruikt, maar velen geven aan dit op termijn te gaan doen. Kwantitatieve data met betrekking tot het aantal gebruikers is echter niet beschikbaar.

In totaal zijn 18 netwerkbijeenkomsten gehouden (3 keer per jaar vanaf 2011) die door gemiddeld 23 deelnemers zijn bijgewoond. Deelnemers kwamen uit heel Nederland, zowel uit de academische huizen als perifere ziekenhuizen.

Uit de reflectie tijdens de laatste bijeenkomst is gebleken dat onderwijskundigen de bijeenkomsten positief ervaren hebben. Het heeft ze geholpen bij het delen van kennis en best practices en het opgebouwde netwerk helpt ze om beter te communiceren binnen het ziekenhuis.

Vanaf 2010 wordt het MMV-congres georganiseerd. Dit congres wordt veelal positief gewaardeerd, wat ook is te herleiden uit het toenemend aantal deelnemers per jaar (van circa 150-200 deelnemers in het eerste jaar tot 700-800 deelnemers in 2015). Vanaf 2016 zal de Raad Opleiding van de Federatie Medisch Specialisten het adviescollege zijn voor beleid en innovatie met betrekking tot medisch specialistische vervolgoledingen in het kader van een aantal activiteiten aangaande het MMV-congres.

Bereikte resultaten van deelproject 1

- Er zijn praktische voorbeelden ontwikkeld waarmee op de werkplek efficiënt(er) kan worden opgeleid in algemene competenties.
- Modernisering is uitgedragen d.m.v. workshops.
- MMV Toolkit wordt door ondersteuners positief gewaardeerd en gezien als een praktisch hulpmiddel.
- Netwerkbijeenkomsten hebben onderwijskundigen geholpen om hun ondersteunende rol in het competentiegericht opleiden binnen ziekenhuizen te vervullen.
- Kennis over competentiegericht opleiden wordt gedeeld en verspreid door het MMV-congres.
- Betrokkenen geven aan dat uit de MMV-congressen is gebleken dat de bekendheid van het project sterk is toegenomen en dat er in sterke mate bewustwording is gecreëerd.
- Uit interviews met betrokken partijen is gebleken dat het MMV-congres gezien wordt als een belangrijk middel om de ingezette 'cultuurverandering' in het medische veld door te zetten.

Deelproject 2: CanBetter

Dit deelproject heeft betrekking op het concretiseren van de algemene competenties (CanMeds) binnen de opleiding en de zorg en het creëren van draagvlak, waardoor opleiders de algemene competenties kunnen én willen implementeren.

Er zijn voor het CanBetter-project diverse workshops voor opleiders georganiseerd die gemiddeld door ongeveer 90 personen zijn bezocht (minimaal 6 workshops). De workshop voor aios op de aios-dag is relatief goed bezocht, namelijk door ongeveer 60 deelnemers (4 keer 15 deelnemers). Verder zijn er zowel op nationaal als internationaal vlak bijdrages geleverd aan congressen zoals het MMV-congres en de International Conference on Residency Education (ICRE).

Uit interviews met betrokken projectleiders is gebleken dat er bij de start van het deelproject 'CanBetter' weerstand was vanuit de medisch specialisten. Veel competenties werden namelijk wel al toegepast op de een of de andere manier, maar dienden nog meer geëxpliciteerd te worden. Het draagvlak onder de medisch specialisten is uiteindelijk wel vergroot.

Bereikte resultaten van deelproject 2

- Algemene competenties zijn geconcretiseerd. Men weet nu hoe de competenties toegepast kunnen worden. Er zijn praktische voorbeelden ontwikkeld waarmee op de werkplek efficiënt(er) kan worden opgeleid in algemene competenties.
- Er is draagvlak gecreëerd door middel van workshops en bijeenkomsten, waardoor competentiegericht opleiden meer toegepast wordt. Uit de eerste resultaten blijkt dat de opleidingen beter aansluiten bij de patiënt van nu.¹⁵ Niet iedereen is echter bereikt met het project. Naar inschatting van betrokkenen is ongeveer 75% van de doelgroep bereikt.
- Weerstand die er in het begin was vanuit medisch specialisten is aanzienlijk minder geworden.
- Betrokken partijen geven ook aan dat uit de congressen is gebleken dat de bekendheid van het project sterk is toegenomen en dat er in sterke mate bewustwording is gecreëerd.

In de MMV-eindrapportage wordt geconstateerd dat op hoofdlijnen de doelen van het deelproject met de gekozen strategieën zijn gerealiseerd en tevens de beoogde resultaten zijn bereikt. Dit blijkt ook uit interviews met betrokken projectleden.

¹⁵ Interview betrokken persoon.

Deelproject 3: Opleidingsvisitatie en opleidingsplan

Dit deelproject had als primair doel het afstemmen van de regels voor de praktische uitvoering van de opleidingsvisitatie en het lokaal opleidingsplan.

Het deelproject diende als schakel tussen de Registratiecommissie Geneeskundige Specialisten (RGS), het College Geneeskundige Specialismen (CGS) en andere diverse commissies en partijen (waaronder de plenaire visitatiecommissies (PVC) en concilia van de wetenschappelijke verenigingen, opleiders, centrale opleidingscommissies (COC) en opleidingsgroepen) waarbij de focus lag op het optimaliseren van contacten tussen de verschillende commissies.

In 2013 is een enquête uitgezet onder de drie clusters (tussentijdse meting). Meer dan 70% (n=8, respons 67%) van de ondervraagde opleiders in cluster 1 gaf aan dat in de dagelijkse praktijk (en tijdens het toetsen) aandacht besteed wordt aan de algemene competenties. Tevens gaf 80% aan dat het kwaliteitssysteem voor de opleiding volledig geïmplementeerd is.

Uit deze enquête bleek ook dat minder dan 10% (n=310, respons 35%) van de opleiders uit cluster 2 nog geen lokaal opleidingsplan had, meer dan 70% gestart was met een kwaliteitscyclus, de helft een verbeterplan heeft opgesteld naar aanleiding van de eerste ronde en 15% nog niet gestart is hiermee. Uit cluster 3 gaf meer dan 80% (n=110, respons 33%) van de opleiders aan dat ze nog niet gestart zijn met een kwaliteitscyclus of überhaupt geen kwaliteitssysteem voor de opleiding ter beschikking hebben.

Naast een enquête naar de opleiders van de drie clusters is ook een enquête uitgezet onder de aios van de drie clusters in 2014. Hieruit is gebleken dat volgens meer dan 70% van de aios naast het medisch handelen ook aandacht besteed wordt aan de algemene competenties tijdens de opleiding (687 aios uit cluster 1; respons 29%; 1.421 uit cluster 2; respons 25% en 121 aios uit cluster 3; respons 27%).

Bereikte resultaten van deelproject 3

- Visitatietrainingen, bijeenkomsten met centrale opleidingscommissies, handleiding visitatie, bezoeken PVC en COC en proefvisitaties zijn concrete stappen geweest in het opzetten en implementeren van de visitatiesystematiek.
- Dit deelproject heeft de behoefte vanuit het veld aan een systeem van interne kwaliteitszorg naar voren laten komen. Hieraan is vervolgens invulling gegeven in deelprojecten 4 en 5 (Scherpbier 2.0 en Kwaliteitsborging opleiding sociale geneeskunde).

Deelproject 4 'Scherpbier 2.0'

De looptijd van het deelproject Scherpbier 2.0 was twee jaar (2014- 2015). De focus lag in 2014 op de oriëntatie van (internationale) ontwikkelingen en vormen van kwaliteitszorg. In 2015 lag de focus op het aanscherpen van het kwaliteitskader en het opstellen van het rapport en informatiemateriaal voor het veld. Aangezien de looptijd van dit deelproject 2014-2015 was en de eindrapportage in 2015 is gepubliceerd, is er niets in de eindrapportage gerapporteerd over het bereik van het deelproject.

Uit de interviews met betrokken projectleiders is gebleken dat op het moment van schrijven van deze evaluatie de kwaliteitsindicatoren van Scherpbier 2.0 zijn opgeleverd maar nog geïmplementeerd moeten worden. Scherpbier 2.0 zal moeten resulteren in een interne toetsing van de kwaliteit van de opleiding, waardoor de externe toetsing wat meer op de achtergrond kan komen en de verantwoordelijkheid voor kwaliteitstoetsing meer bij de opleiders en instellingen komt te liggen.¹⁶

¹⁶ Interview betrokken persoon.

Bereikte resultaten van deelproject 4

- Een systeem voor interne kwaliteitsborging is ontwikkeld en de implementatie hiervan kan nu uitgevoerd worden.
- Dit deelproject draagt bij aan de modernisering van het toezicht op de medische vervolgoopleidingen. Mede naar aanleiding hiervan hebben het CGS en de RGS de modernisering en vereenvoudiging van het kwaliteitstoezicht op de medische vervolgoopleidingen tot speerpunt gemaakt van hun meerjarenbeleid.

Deelproject 5 'Kwaliteitsborging opleiding sociale geneeskunde'

Dit deelproject is eind 2013 gestart met als doel om uiterlijk 1 januari 2016 ervoor te zorgen dat de kwaliteit van de opleidingen tot sociaal-geneeskundige systematisch wordt getoetst en geborgd. Het rapport KOERS, waarin het evaluatiesysteem beschreven wordt, is meermaals gedeeld met de besturen van de opdrachtgevers¹⁷ en met het CGS en de RGS. KOERS bevat een Kwaliteitsvisie en een Raamplan voor de sociaal-geneeskundige opleidingen. Het is tevens het uitgangspunt voor de landelijke opleidingsplannen van de wetenschappelijke verenigingen en voor regelgeving van het CGS.

Deelproject 5 heeft geresulteerd in zes concrete producten:

1. het rapport KOERS (hierin is het evaluatiesysteem beschreven);
2. het kwaliteitskader (afzonderlijk document voor de uitvoering van KOERS);
3. een handreiking voor opleiders;
4. een advies voor landelijke implementatie van het ontwikkelde systeem;
5. een advies voor aanpassing van de regelgeving van het CGS;
6. een eindrapportage van de uitgevoerde pilots.

Het is aan de wetenschappelijke verenigingen om te bepalen of KOERS het huidige handboek gaat vervangen. Op basis van de inhoud van KOERS wordt nog een advies uitgebracht aan de drie wetenschappelijke verenigingen voor de aanpassing van de regelgeving van het CGS.

Er zijn afspraken gemaakt met de wetenschappelijke verenigingen voor een overdracht van de producten van het deelproject. In de eindrapportage wordt vermeld dat het KOERS inmiddels een begrip is geworden en gezien wordt als vanzelfsprekend kwaliteitssysteem voor de sociaal-geneeskundige opleidingen.

Uit interviews is gebleken dat 'Kwaliteitsborging sociale geneeskunde' minder focus heeft gekregen binnen het project MMV omdat het project vooral gericht was op medisch specialistische beroepen.¹⁸

Bereikte resultaten van deelproject 5

- Een intern systeem van toetsing en monitoring is ontwikkeld waarmee wetenschappelijke verenigingen in samenwerking met opleidingsinstellingen, opleidingsinstellingen, opleiders en aios meer en systematisch zicht krijgen op de kwaliteit van de opleiding en die kwaliteit ook kunnen borgen.
- Implementatie kan nu uitgevoerd worden.
- Dit deelproject heeft bijgedragen aan de modernisering van het toezicht op de medische vervolgoopleidingen. Mede naar aanleiding hiervan hebben het CGS en de RGS de modernisering en vereenvoudiging van het kwaliteitstoezicht op de medische vervolgoopleidingen tot speerpunt gemaakt van hun meerjarenbeleid.

¹⁷ Koepel van Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG), Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG).

¹⁸ Interview betrokken persoon.

Deelproject 6 Communicatie

Dit deelproject is opgezet om het project MMV 'vindbaar en bekend te maken onder de betrokkenen bij modernisering van de medische vervolgopleidingen'. Dit deelproject was belangrijk voor een groot bereik van het project MMV. Communicatiemiddelen die gebruikt zijn om een groot bereik te bewerkstelligen zijn de website, digitale nieuwsbrief, de MMV-app en social media, zoals LinkedIn en Twitter. Bezoekers kregen laagdrempelig toegang tot diensten en informatie. Vooral de website werd vaak bezocht. Bij de oprichting van de website waren er rond de 2.000 bezoeken en 6.000 paginaweergaven per maand. In september 2015 werd een record bereikt met 6.300 bezoeken en 14.500 paginaweergaven per maand.¹⁹

Bereikte resultaten van deelproject 6

- MMV website heeft duizenden bezoekers aangetrokken.
- Heeft bijgedragen aan de bekendheid van de ondersteunende producten die ontwikkeld zijn om op de werkplek efficiënt op te leiden in algemene competenties.
- Uit interviews is gebleken dat de bekendheid van het competentiegericht opleiden en het gecreëerde netwerk voor de opleiders en betrokkenen bij de opleidingen gezien wordt als het belangrijkste resultaat van het project MMV.²⁰

Deelproject 7 Evaluatieonderzoek

Uit de enquête onder opleiders bleek dat in 2013 cluster 1 op koers lag met de implementatie van de modernisering (89%; n=8 en respons 67%, van de respondenten geheel of gedeeltelijk). Cluster 2 lag in 2013 ook op koers met de implementatie van de modernisering g (65%; n=310 en respons 35%, besteedde in de dagelijkse praktijk bijna altijd of vaak aandacht hieraan). Volgens 85% van de respondenten is een kwaliteitssysteem geheel of gedeeltelijk geïmplementeerd. Bij cluster 3 bleek dat de invoering van interne kwaliteitscycli een belangrijk punt is (om deze reden is deelproject 5 'Kwaliteitsborging opleiding sociale geneeskunde' opgezet).

De enquête onder aios in 2014 gaf een overeenkomstig beeld met de uitkomsten van de eerder gehouden enquête onder opleiders en hoofden van de opleidingsrichtingen.

Bereikte resultaten van deelproject 7

- Het totaalbeeld dat uit het evaluatieonderzoek afgeleid kan worden is dat het aantoonbaar competentiegericht opleiden in 2015 in reeds 75% van de opleidingen goed van de grond is gekomen (in minder dan 25% van de opleidingen was dit nog onvoldoende het geval). Uit de resultaten van de enquête uitgezet onder de aios en opleiders kan niet worden afgeleid in welke opleidingen aantoonbaar competentiegericht wordt opgeleid. Er kan ook geen uitspraak gedaan worden over het totaal aantal mensen dat competentiegericht opgeleid wordt aangezien de enquête geen representatief beeld geeft van de werkelijkheid.

¹⁹ Eindrapportage KNMG-project MMV 2010-2015. Gepubliceerd in 2015. Pag. 32.

²⁰ Interview betrokken persoon.

Bijlage C Literatuuronderzoek

Tabel C.1 Literatuuronderzoek

Organisatie (auteur)	Naam document	Publicatiedatum
CGS/RGS	<i>Uitgangspunten voor vernieuwing: erkenningssystematiek verbeteren, maar ook handhaven</i>	2015/2016
Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking	<i>De zorg van morgen, Flexibiliteit en samenhang</i>	Juli 2003
KAMG, NVVG, NVAB	<i>KOERS: Kwaliteitsvisie opleidingen en raamplan Sociale Geneeskunde</i>	December 2015
KAMG, NVVG, NVAB	<i>Kwaliteitskader Opleidingen Sociale Geneeskunde</i>	December 2015
KNMG	<i>De arts van straks, Een nieuw medisch opleidingscontinuüm (Versie 3.0)</i>	2002
KNMG	<i>Dies diem docet, Implementatieplan Modernisering Medische Vervolgopleidingen</i>	November 2009
KNMG	<i>Werkplan MMV</i>	Maart 2011
KNMG	<i>Implementatie Modernisering Medische Vervolgopleidingen, Enquête onder opleiders</i>	Augustus 2013
KNMG	<i>Implementatie Modernisering Medische Vervolgopleidingen, Enquête onder aios</i>	Juni 2014
KNMG	<i>Opleiden is een vak, Magazine voor opleiders. Uitgave van het KNMG-project MMV</i>	December 2015
KNMG	<i>Stimulans voor interne kwaliteitsverbetering van de geneeskundige vervolgopleidingen, Scherpbier 2.0.</i>	December 2015
KNMG	<i>Continu verbeteren: Interne kwaliteitstoetsing en verbetering van de medische vervolg opleidingen (Brochure Scherpbier 2.0)</i>	December 2015
KNMG	<i>Jaarverslag KNMG</i>	2015
Kernteam MMV-deelproject CanBetter	<i>Van CanMeds naar CanBetter: hoe leid je aios op in algemene competenties?</i>	December 2015
Ministerie van VWS	<i>Kennis, Innovatie, Meedoen. Beleid begrotings-subsidies VWS</i>	September 2003
Project MMV	<i>Praktische handreikingen voor opleiders</i>	December 2015
RGS	<i>Handleiding implementatie modernisering medische vervolgopleidingen</i>	2013
RGS	<i>Jaarplan 2016</i>	2016
Stuurgroep MMV	<i>Eindrapportage KNMG-project MVV</i>	December 2015
Website MMV project	<i>Algemene competenties van de medisch specialist, http://www.medischevervolgopleidingen.nl/rubrieken/algemene-competenties-canbetter/canmeds-competenties/</i>	2016



Postbus 4175
3006 AD Rotterdam
Nederland

Watermanweg 44
3067 GG Rotterdam
Nederland

T 010 453 88 00
F 010 453 07 68
E netherlands@ecorys.com

W www.ecorys.nl

Sound analysis, inspiring ideas