



Projectplan

25 september 2017

Bewustzijnsproject

'DE BESTE KWALITEIT VOOR DE BESTE PRIJS.'

*Bouwen aan structuren voor kostenbewustzijn
op de leer-werkvloer*

PROJECTPLAN

Inhoud

1	Inleiding	3
1.1	Goede kwaliteit van zorg	3
1.2	Dokters bewust en medeverantwoordelijk	3
1.3	Dappere dokters	3
1.4	CanBetter maakte een begin	4
1.5	Er zijn meerdere projecten om mee samen te werken	4
1.6	CGS brengt onderwerp doelmatigheid in regelgeving	5
2	Doel van het project	5
3	Resultaten	5
3.1	Landelijke community of learners opgebouwd	5
3.2	Beproefd arsenaal aan opleidingsmethoden voor ‘kosteneffectief kwaliteit leveren’ voorhanden	5
3.3	Disseminatie en ‘mainstreaming’ georganiseerd	5
3.4	CGS regelgeving	5
3.5	RGS visiteert op ‘kosteneffectief kwaliteit leveren’	6
3.6	Nederland op de kaart	6
4	Uitvoering	6
4.1	Landelijke community of learners opgebouwd (resultaat 1)	6
4.2	Beproefd arsenaal opleidingsmethoden voor ‘kosteneffectief kwaliteit leveren’ voorhanden (resultaat 2)	6
4.3	Disseminatie en ‘mainstreaming’ georganiseerd (resultaat 3)	7
4.4	CGS-regelgeving en (resultaat 4)	7
4.5	RGS-toezicht (resultaat 5)	8
4.6	Nederland op de kaart (resultaat 6)	8
5	De concrete deelprojecten	8
5.1	Evaluatie van opbrengsten in beeld	8
5.2	Uitwerking van de projecten door de uitvoerende professionals	9
6	Duur project	12
7	Mijlpalen	12
8	Projectstructuur	13
8.1	Opdrachtgever	13
8.2	Projectteam als projectleiding	13
8.3	Deelprojectgroep	14
8.4	Stuurgroep	14
9	Communicatie en disseminatie	15
10	Relevante vraagpunten bij dit project	15
10.1	Waarom is dit project nodig en urgent?	15
10.2	Wat zijn verwachte baten?	15
10.3	Wat zijn risico’s van dit project?	16
10.4	Waarom moet het CGS dit project aansturen?	16
10.5	Waarom geldt dit project voor alle specialismen?	16
10.6	Waarom kan dit project niet binnen de reguliere activiteiten van het CGS en de KNMG worden uitgevoerd?	16
11	Begroting	17
12	Stappenplan	17
13	Bijlage 1: Publicaties over oorzaken van ondoelmatige zorg op micro-niveau Nederlands	20
	Bijlage 2: Literatuur Internationaal	21
	Bijlage 3: Literatuur meten van resultaten	22

1 Inleiding

De mantra van dit project is ‘De beste kwaliteit voor de beste prijs’. Dit project gaat over kosteneffectiviteit en dus over geld, maar geld is niet het doel op zich. Kosteneffectiviteit staat in de context van het behoud van hoogwaardige zorg en daarmee over patiënttevredenheid. Inhoudelijk gaat het project over een verandering van de werkwijze op de leer-werkvloer. Naast een voortdurende en steeds concretere blik op kwaliteit komt nu ook kostenbewustzijn indringend onder de aandacht. Kostenbesparing in de zorg is aan de orde van de dag. Dit gebeurt niet alleen op macroniveau door bijvoorbeeld de veranderende rol van zorgverzekeraars, maar ook op microniveau is beweging. In de opleiding tot geneeskundig specialist begint meer aandacht te komen voor kostenbewustzijn. Met het CanBetter project is een start gemaakt voor de geneeskundige vervolopleidingen en er lopen nationaal en internationaal meerdere zorginitiatieven zoals ‘choosing wisely’.

Dit project moet gedachtewerelden rond kostenbewust kwaliteit leveren bij elkaar brengen en de vertaling naar de leer-werkvloer van geneeskundige specialisten in opleiding versnellen. Er is behoefte aan praktische handvatten voor opleiderteams om kostenbewustzijn in de opleiding voldoende plek te geven zonder dat kwaliteit wordt aangetast.

Er is in de literatuur aangetoond dat artsen in opleiding tot specialist (aios) onnodige kosten van zorg significant kunnen laten afnemen als ze dat wordt aangeleerd (Colla et al.). Ook is aangetoond dat aios uit opleidingscentra met een efficiënt beleid in hun latere carrière dit beleid voortzetten (Sirovich et al.). Specialistopleidingen zijn een essentiële sleutel naar zorg van hoge kwaliteit met grote patiënttevredenheid en toch beheersbare kosten.

1.1 Goede kwaliteit van zorg

Nederland scoort internationaal zeer hoog wat betreft kwaliteit van zorg. Tegelijkertijd zijn ook de kosten hoog.

In het rapport “kwaliteit als medicijn” is aangegeven voor welke uitdagingen de gezondheidszorg zich ziet gesteld. Ook daarin wordt aandacht gevraagd voor de onbeheersbare kosten van de gezondheidszorg. De Studiegroep Begrotingsruimte van de regering berekende dat het groeitempo van 2001-2009 er toe zal leiden dat in 2040 50-55% van de collectieve uitgaven en 22% van het BBP wordt besteed aan de zorg. Het Sociaal Cultureel Planbureau (Staat van Nederland; 2011) geeft aan dat kwaliteit en zorgkosten het laatste decennium niet meer in evenwicht zijn waardoor kostenbeheersing serieuze aandacht verdient. De Nederlandse overheid spant zich op macro-niveau in om de kosten in toom te houden. Belangrijke pijlers bij dit beleid zijn transparantie van kwaliteit en het inzetten van marktwerking. De verzekeraars spelen daarbij een belangrijke rol. Op instellings(meso)niveau worden binnen instellingen in toenemende mate initiatieven genomen om te komen tot meer kostenbewuste zorg d.m.v. verschillende soorten projecten (lean, six sigma, operational excellence enz.). Gezondheid moet echter niet vanuit het perspectief van kosten worden gezien; gezondheid kost geld, maar dit project gaat om betere en nog steeds betaalbare zorg.

1.2 Dokters bewust en medeverantwoordelijk

De medische beroepsgroep zelf moet een belangrijke rol spelen in de discussie hoe meer kostenbewust met keuzes in de zorg om te gaan. Naast de traditioneel sterke focus op kwaliteit hebben medici meer inzicht nodig over kosteneffectief werken binnen hun professie. De wil is er wel, maar op vele terreinen ontbreken kennis en vaardigheden. Hier liggen grote kansen voor kostenbeheersing op microniveau.

1.3 Dappere dokters

Tot nu toe is de uitgebreidere discussie over kosteneffectief werken binnen de beroepsgroep beperkt gebleven tot een select aantal groepen. Zo is er een project “dappere dokters” opgezet door huisartsen van het district Amsterdam, dat gericht is op het verlenen van optimale zorg door het samenbrengen van keuzevrijheid voor de patiënt en kwaliteit van zorg zich uitend in patiëntgerichtheid, effectiviteit, veiligheid en doelmatigheid. Een kernvraag binnen het “dappere dokter” project is ‘moet alles wel wat kan’?

Binnen de sociale geneeskunde is met name via het beleidsondersteunend onderzoek en de hoofdstroom maatschappij en gezondheid aandacht voor het thema kostenbewustzijn en kosten effectiviteit.

Het rapport “de medisch specialist van 2015” van de FMS geeft aan dat doelmatigheid van zorg een speerpunt voor iedere professional behoort te zijn in de zorg. (Toekomstige) professionals dienen aldus dit rapport actief te participeren in de besluitvorming en uitvoering van de onvermijdelijke keuzes die op korte termijn gemaakt moeten worden t.a.v kostenbeheersing. De raad kwaliteit van de FMS richt zich in dit kader op onderwerpen als ‘shared decision making’ en een Nederlandse versie van het ‘choosing wisely’ project (zie verder op). Voor de toekomstige zorgprofessional is het nodig dat het thema “kostenbewust kwaliteit leveren” in de vervolgopleidingen voor alle geneeskundige specialismen¹ prominent aan bod komt en ter borging zelfs verankerd wordt in regelgeving. Kostenbewustzijn raakt immers direct de praktijk van de professional en de zorg voor de patiënt. Er moet dus ook al in de opleiding worden begonnen met kostenbewustzijn te kweken bij het kritisch leveren van kwalitatief hoogwaardige zorg.

1.4 CanBetter maakte een begin

Het CanBetter project, als onderdeel van het project Modernisering Medische Opleiding (MMV), is gericht op het verwerven van de algemene competenties door aios door middel van actuele thema’s waaronder doelmatigheid (kosteneffectief kwaliteit leveren). Dit is voor zover bekend het enige project dat expliciet aandacht besteedt aan het thema doelmatigheid binnen de medisch specialistische vervolgopleidingen.

Voor het CanBetter project is binnen het thema doelmatigheid de Onderwijs en Opleidingsregio Zuid-Oost Nederland (OORZON) een proeftuin. Het thema doelmatigheid is daar nu al expliciet benoemd als profiel voor de opleidingen binnen de OORZON regio. Activiteiten binnen die proeftuin zijn gericht op het expliciteren en implementeren van kosteneffectief kwaliteit leveren binnen de diverse opleidingen. Het thema maakt dan ook deel uit van de (lokale) opleidingsplannen. Daarnaast kunnen (geselecteerde) aios master modules volgen op het gebied van logistiek en (verander)management in een zogenaamd “plus” traject. Ervaringen in deze proeftuin worden gebruikt voor landelijke disseminatie van het thema. Parallel met bovengenoemde activiteiten is een begin gemaakt met een onderzoekslijn “doelmatigheid van zorg” binnen de opleiding.

Met CanBetter is een begin gemaakt van de bewustwording dat kosteneffectief kwaliteit leveren een belangrijk onderwerp in de opleiding is.

1.5 Er zijn meerdere projecten om mee samen te werken

Naast CanBetter zijn er nog enkele bekende projecten rondom doelmatigheid in relatie tot opleiden:

- Project “dappere dokters”; dit betreft o.a. pilots van intervisiegroepen bestaande uit huisartsen en andere geneeskundige specialisten om met elkaar te bespreken waar men tegen aan loopt in de dagelijkse zorgverlening en hoe het beter en meer kosteneffectief kan.
- Het rapport passende zorg in de laatste levensfase (Niet alles hoeft wat kan) van de KNMG zet een vijftal doelen uit: 1. Het aanvaarden van en het praten over het levenseinde wordt gewoner. 2. De wensen van patiënten worden verhelderd en de samenwerking, inclusief overdracht, verbeterd. 3. Beslissingen neem je samen: het proces van besluitvorming wordt verbeterd. 4. Richtlijnen zijn niet alleen gericht op ‘doen’, maar ook op ‘laten’. 5. Het zorgstelsel wordt minder gericht op productie en meer op passendheid.
- Diverse projecten rondom doelmatigheid van zorg (bijvoorbeeld ZONMW); deze zijn niet gericht op de opleidingscomponent maar op het bereiken van efficiëntie en kostenbesparing binnen de zorg.
- De campagne ‘Verstandig Kiezen’ van de FMS, de wetenschappelijke verenigingen en ZonMw; deze campagne ondersteunt medisch specialisten en patiënten bij gezamenlijke beslissingen over gepast gebruik van zorg: wat is de juiste behandeling voor de patiënt? De campagne kent vier onderdelen: verstandige keuzes, onderzoek naar praktijkvariatie, zorgevaluatie en samen beslissen.
- De FMS en de NPCF werken gezamenlijk aan “samen beslissen”: hierbij beslissen arts en patiënt samen welke behandeling het beste past bij de situatie en de wensen van de patiënt.

1. Onder geneeskundige specialismen worden verstaan de huisartsgeneeskunde, de ouderengeneeskunde, de zorg voor verstandelijk gehandicapten, de medische specialismen en de sociaal-geneeskundige specialismen

1.6 CGS brengt onderwerp doelmatigheid in regelgeving

Gelet op voorgaande, verdient het thema 'kosteneffectief kwaliteit leveren' landelijke aandacht en verankering in de regelgeving voor geneeskundig-specialistische vervolgopleidingen. Het College Geneeskundige Specialismen (CGS) richt zich naar zijn aard op de verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening door specialisten aan patiënten. Het kostenbewustzijn en de kosteneffectiviteit binnen de huidige geneeskundige zorgverlening is niet optimaal en dat is deels terug te voeren op de opleidingen. Ter verbetering hiervan stelt het CGS zich ten doel om de geneeskundige vervolgopleidingen zo in te richten dat specialisten adequaat worden toegerust op het leveren van kosteneffectieve zorg, in de context van kwaliteit en patiënttevredenheid. Hiervoor is het projectplan voor het 'Bewustzijnsproject' opgesteld. Om te borgen dat met het project ook wezenlijke resultaten worden bereikt op het gebied van kosteneffectief kwaliteit leveren, is voor dit project de insteek van de opleidingsregio's gekozen. Vanuit de opleidingsregio's, worden in samenwerking met wetenschappelijke verenigingen, activiteiten ontwikkeld waarvan de resultaten een voorbereiding zijn voor de aanpassing van de opleidingsplannen, die het CGS vervolgens stapsgewijs kan verankeren in regelgeving.

2 Doel van het project

Opleidingen beschikken over een arsenaal van (binnen dit project) beproefde methoden en good practices voor het aanleren van kosteneffectief kwaliteit leveren.

Op 1 juli 2018 is in regelgeving en opleidingsplannen verankerd dat professionals die worden opgeleid tot geneeskundig specialist of profielarts, bewust leren kiezen voor hoogwaardige en kosteneffectieve zorg.

3 Resultaten

Door het project zijn de volgende resultaten per 30 november 2018 gerealiseerd:

3.1 Landelijke community of learners opgebouwd

- a. De geneeskundig-specialistische vervolgopleidingen zullen zich (aangestuurd vanuit Maastricht) vanwege dit project rond de infrastructuur van de opleidingsregio's verbonden hebben tot deelprojectteams. Alhoewel de niet-medisch-specialistische vervolgopleidingen niet rondom de opleidingsregio's zijn georganiseerd, is er om logistieke redenen voor gekozen om voor het 'Bewustzijnsproject' te proberen de projectmatige aansturing via de opleidingsregio's voor alle geneeskundige vervolgopleidingen te laten verlopen. Daarbij zal ook verbinding worden gelegd met de GGZ-sector. Regio's hebben onderling een netwerk.

3.2 Beproefd arsenaal aan opleidingsmethoden voor 'kosteneffectief kwaliteit leveren' voorhanden

- a. Vanuit de opleidingsregio's zijn good practices ontwikkeld en beproefd en een arsenaal aan opleidingsmethoden voor kosteneffectief kwaliteit leveren is voorhanden.
- b. Vanuit de opleidingsregio's zijn workshops opgezet, gericht op het bij het werkplekleren binnen de opleiding expliciteren en implementeren van het thema 'kosteneffectief kwaliteit leveren'.
- c. Online course doelmatigheid (basis) - In afstemming en samenwerking met de opleidingsregio's en gebruikmakend van bestaand materiaal is een basis online course doelmatigheid voor aios (en opleiders) ontwikkeld. Deze is vergelijkbaar met de online course kwetsbare ouderen gemaakt door het project Ouderenzorg van het College Geneeskundige Specialismen (CGS).

3.3 Disseminatie en 'mainstreaming' georganiseerd

- a. Vanuit de opleidingsregio's en vanuit beroepsorganisaties zoals de FMS is een landelijk functionerend systeem opgebouwd voor disseminatie van een arsenaal aan opleidingsmethoden voor 'kosteneffectief kwaliteit leveren'.

3.4 CGS regelgeving

- a. Kostenbewustzijn in relatie tot kwaliteit en patiënttevredenheid aanleren binnen de opleiding is een in regelgeving verankerd onderdeel van het opleidingsdiscours van alle geneeskundig-specialistische opleidingen en het is opleiders en aios duidelijk waar dit over gaat.
- b. Het thema ‘kosteneffectief kwaliteit leveren’ is opgenomen in de landelijke en lokale opleidingsplannen en in daarmee samenhangende regelgeving van het CGS.

3.5 RGS visiteert op ‘kosteneffectief kwaliteit leveren’

- a. Er is “sense of urgency” bij zorgprofessionals. Geneeskundig specialisten en opleiders zijn zich bewust van de noodzaak om het thema ‘kosteneffectief kwaliteit leveren’ in de opleidingen tot geneeskundig specialist te expliciteren en onderdeel te maken van de werkcultuur.
- b. Er is een kwaliteitscyclus ontworpen of aansluiting gezocht bij een bestaande kwaliteitscyclus, gericht op intern het borgen van het thema ‘kosteneffectief kwaliteit leveren’ binnen de opleiding. De RGS kan van buitenaf toezien op dit interne kwaliteitssysteem en de effectiviteit ervan.

3.6 Nederland op de kaart

- a. Er is wetenschappelijke verdieping van het thema ‘kosteneffectief kwaliteit leveren’ als onderwerp van opleiding; dit betreft onder meer de definiëring en effecten van ‘kosteneffectief kwaliteit leveren’ en de borging daarvan binnen de opleiding (duurzaamheid).
- b. Resultaten van het project zijn geschikt gemaakt voor publicatie in (inter)nationale literatuur.
- c. Er is onderzoek gedaan naar de meetbaarheid van resultaten.

4 Uitvoering

Bij de uitvoering moet een aantal (niet limitatieve) activiteiten worden uitgevoerd:

4.1 Landelijke community of learners opgebouwd (resultaat 1)

Doel:

Gebruik maken van de opleidingsstructuur binnen de individuele opleidingsregio’s, van het landelijk dekkende netwerk van de acht opleidingsregio’s gezamenlijk.

Middel:

- a. Het dagelijks bestuur verzoekt medici, onderwijskundigen en bestuurders van iedere opleidingsregio een deelprojectgroep te formeren en landelijke bijeenkomsten te houden waar zij ervaringen over de concrete deelprojecten (zie verderop in deze paragraaf) uitwisselen en elkaar versterken. Daarbij kan contact via elektronische media ondersteunend bij zijn. Dit moet ook leiden tot afstemming en waar mogelijk Integratie van activiteiten tussen de geneeskundige specialismen.

4.2 Beproefd arsenaal opleidingsmethoden voor ‘kosteneffectief kwaliteit leveren’ voorhanden (resultaat 2)

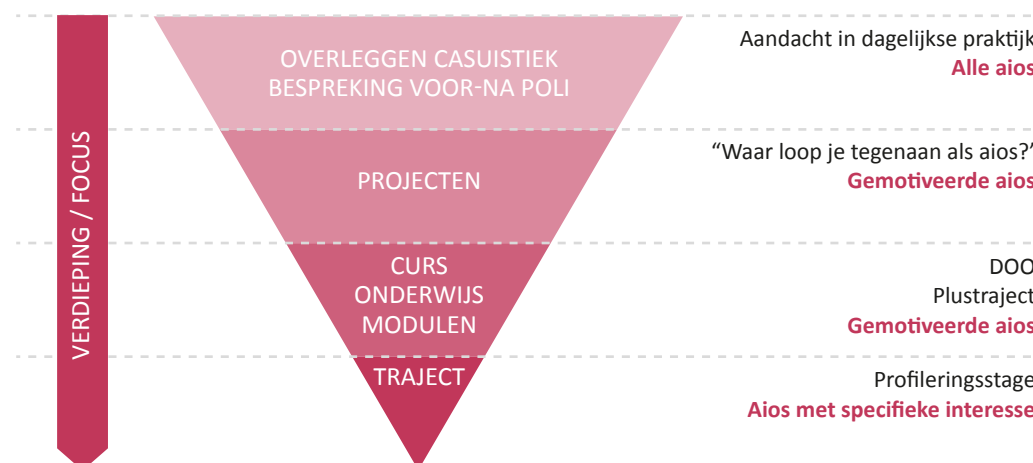
Doel:

Beschikbaar stellen van generieke scholing in doelmatigheid. Het aanwezige scholingsaanbod voor aios vanuit de lokale of regionale instelling is divers, vaak alleen gericht op een aantal financiële aspecten en niet voor alle aios beschikbaar.

Middel:

- a. Er wordt per deelproject een deelprojectgroep ingericht die het deelproject (zie onder ‘De concrete deelprojecten’) binnen een te voren afgesproken budget verder ontwikkelt, concretiseert, beproeft (regio als proeftuin) en voorziet van een borging (interne kwaliteitszorg).
- b. Het invullen en zichtbaar maken van mogelijkheden om zich inhoudelijk te verdiepen binnen het thema ‘kosteneffectief kwaliteit leveren’ levert leer materiaal voor de verschillende doelgroepen op verschillende niveaus van verdieping (zie figuur 1). Bestaande online cursussen worden geïnventariseerd en met hen wordt contact gezocht voor mogelijke samenwerking. Een online course wordt ontwikkeld in afstemming en samenwerking met de projectteams van de opleidingsregio’s en betrokkenen in verband met de implementatie en borging.

AANGRIJPINGSPOINTEN DOELMATIGHEID IN DE PRAKTIJK



Figuur 1

4.3 Disseminatie en ‘mainstreaming’ georganiseerd (resultaat 3)

Doel disseminatie:

Betrokkenheid en medewerking van opleiders bij ‘kosteneffectief kwaliteit leveren’.

- a. Opleiders zien de uitwerking van dit thema soms als een taak van anderen. Bovendien komen eventuele besparingen niet direct ten goede aan degenen die de inspanningen leveren. Dat kan leiden tot onvoldoende betrokkenheid bij ‘kosteneffectief kwaliteit leveren’. Het project moet door communicatie over en weer goede voorbeelden laten zien en vooral concreet maken wat op de werkvloer aan opleidingsarsenaal kan worden ingezet; het moet ook een sociale norm opbouwen die gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor ‘kosteneffectief kwaliteit leveren’ behelst en bewerkstelligen dat men elkaar aanspreekt op ondoelmattige zorg. De regionale en landelijke ‘communities of learners’ worden ingezet om via bijeenkomsten en via schriftelijke communicatie zoveel mogelijk aan disseminatie te gaan doen.

Doel mainstreaming:

betrokkenheid en medewerking beroepsorganisaties bij ‘kosteneffectief kwaliteit leveren’.

- b. Voor mainstreaming dient in eerste instantie de stuurgroep. De contacten die CGS, RGS, KNMG, FMS, NHG, KAMG, NFU, STZ, NVZ en regionale bestuurders met elkaar krijgen over dit onderwerp moeten een stevige bestuurlijke inbedding van dit gedachtengoed laten ontwikkelen.

4.4 CGS-regelgeving en (resultaat 4)

Doel:

‘kosteneffectief kwaliteit leveren’ is onderdeel van de wetgeving voor opleidingen tot geneeskundig specialist en verankerd in discipline gebonden landelijke en regionale opleidingsplannen.

Er wordt toezicht gehouden op de uitvoering van de regels over ‘kosteneffectief kwaliteit leveren’

Middel:

- a. Het creëren van bestuurlijk en beleidsmatig draagvlak voor het thema ‘kosteneffectief kwaliteit leveren’ (sense of urgency) bij de geneeskundig specialisten. Concreet gebeurt dit o.a. door belet te vragen bij vergaderingen en organiseren van invitational conferences met vertegenwoordigers van ZN, NFU, STZ, NVZ, Raad opleidingen FMS, LHV, KAMG, KNMG en andere invloedrijke spelers. Op allerlei manieren worden de beroepsgroep en bestuurders betrokken in het project (de techniek van ‘mainstreaming’). Een brede stuurgroep wordt ingericht. Nadere samenwerking gezocht met de FMS die met de CGS/RGS en de 28 medische specialisten werkt aan inhoud voor de opleidingsplannen. Er wordt met de NHG en ‘huisartsopleidingen Nederland overlegd en met de KAMG over de al of niet noodzakelijke aanpassingen van hun opleidingsplannen.
- b. De CGS komt via de gebruikelijke werkvormen (in overleg met het veld) tot formulering van regelgeving.

4.5 RGS-toezicht (resultaat 5)

Doel:

effectief toezicht op 'kosteneffectief kwaliteit leveren'

Middel:

- a. **Interne kwaliteitszorg:** Borging van opleiding in 'kosteneffectief kwaliteit leveren' binnen opleidingsregio's. De borging moet onderdeel zijn van de uitgezette deelprojecten binnen de opleidingsregio. De projectgroep organiseert in afstemming met de RGS bijeenkomsten met opleidingsregio -vertegenwoordigers die uitlegen hoe per regio borging aangepakt wordt. Er wordt daarbij gewerkt aan harmonisatie van modellen en het geschikt maken voor externe toetsing.
- b. **Extern toezicht:** visitatie ook op 'kosteneffectief kwaliteit leveren' richten. Daarvoor wordt een toetsingskader opgesteld.

4.6 Nederland op de kaart (resultaat 6)

Doel:

Leren van internationale projecten over 'kosteneffectief kwaliteit leveren'. Definiëring van het onderwerp binnen de opleiding. Het ontwikkelen van een gemeenschappelijke taal over dit onderwerp.

Middel:

- a. Contact zoeken met bekende projecten en inventariseren van potentiële win-win situaties.
- b. Wetenschappelijke verdieping op dit terrein vanuit het perspectief van geneeskundige specialismen. Hulp bieden voor verslaglegging ten behoeve van wetenschappelijke uitwisseling.
- c. Tevens zal een onderzoek worden gestart om de meetbaarheid van de resultaten in kaart te brengen.

Ten slotte vindt plaats: reflectie op het proces door middel van 6-maandelijkse evaluatie van het project en rapportage aan CGS/VWS.

5 De concrete deelprojecten

In de hiervoor beschreven resultaten en de daaraan gekoppelde uitvoering, wordt een paar keer verwezen naar de opleidingsregio's waar activiteiten moeten worden gedaan. Deze zijn hieronder vertaald in concrete deelprojecten. Deze deelprojecten worden uitgezet en verder tot ontwikkeling gebracht in de 8 opleidingsregio's. Bij de keuze van de deelprojecten zijn inzichten uit landelijke projecten (bijvoorbeeld CanBetter, de campagne 'Verstandig Kiezen' van de FMS en het 'dappere dokter' project) over doelmatigheid van zorg meegenomen.

Voor de 8 opleidingsregio's die gaan ontwikkelen is per regio 0,2 FTE projectleider en 10.000 euro per jaar aan declarabele onkosten per jaar begroot als financieel kader.

5.1 Evaluatie van opbrengsten in beeld

Bij ieder deelproject zal een evaluatie plaats vinden van de meetbare resultaten. Het meest overtuigend zou zijn om dit in Euro's uit te drukken. Waar mogelijk zullen we dit doen, maar op de relatief kleine schaal waarop de projecten plaats vinden kan meetbaarheid tegenvallen.

Waar mogelijk zullen procesverandering door voor- en nametingen worden gekwantificeerd. Waar kwantificering een probleem zou blijken worden kwalitatieve gegevens verzameld. Om de objectiviteit te verhogen zal het onderzoek worden uitgevoerd onder directe verantwoordelijkheid en toezicht van het CGS.

Ter toelichting op dit onderzoek kan nog het volgende worden opgemerkt. Het combineren van kwaliteitsverhoging met kostenverlaging in de zorg is een complex probleem. Er kan zelfs gesproken worden van een persistent probleem; een probleem waarbij systeemfactoren interventies belemmeren. Deze problematiek vraagt om systeeminnovatieve oplossingen om kostenbewustzijn naar de werkvloer te brengen en te vertalen naar de leer-werkvloer van geneeskundige specialisten in opleiding. Daarnaast zijn er praktische handvatten nodig voor opleiderteams om kostenbewustzijn in de opleiding voldoende plek te geven zonder dat kwaliteit wordt aangetast.

Een dergelijke verandering heeft ingrijpende veranderingen tot gevolg in de manier van organiseren (structuur), denken (cultuur) en doen (praktijk) en grijpt dus in op gevestigde belangen en routines. Omdat sprake is van een systeeminnovatie, met een grote sociale component, is een vorm van monitoring die 'reflexiviteit' op de werkvloer stimuleert, en invloed heeft op en interacteert met de omgeving waarin de activiteiten plaatsvinden zeer geschikt. Het faciliteert de nieuwe manier van werken en neemt de omgeving daarin mee. Hiervoor wordt binnen dit project de onderzoeks aanpak van Reflexive Monitoring in Action (RMA) toegepast. Hierbij staat een vraag of probleem uit de praktijk centraal (bijvoorbeeld: Hoe kan kostenbewustzijn bij professionals worden geoptimaliseerd?), en wordt rekening gehouden met de context waarbinnen de activiteiten plaatsvinden. RMA stimuleert de deelnemers om te blijven reflecteren op centrale onderwerpen: (1) de doelstellingen van onderwijs- en implementatie-activiteiten, (2) routines en barrières en de inbedding hiervan in de organisatie, en (3) ontwikkelingen die mogelijkheden bieden om de ambities te verwezenlijken.

RMA is een vorm van monitoring en evaluatie die focust op actie. De monitoring is geen op zichzelf staande activiteit, maar is integraal onderdeel van het proces. Ze worden gekenmerkt door een cyclisch patroon (action learning spiral); elke monitoring activiteit is tegelijkertijd een interventie die reflectie en leren stimuleert. De action learning spiral doorloopt een aantal stappen, waarin de nadruk ligt op reflexiviteit: (1) ontwikkel een vraagstuk, (2) ontwerp een plan van aanpak, (3) onderneem actie, (4) observeer en evalueer de actie, (5) pas het plan van aanpak aan op basis van nieuwe kennis, (6) onderneem actie, (7) observeer en evalueer de actie. Hiermee wordt snel inzicht verkregen in succesfactoren, verbeterpunten en knelpunten, waaruit lessen en aanbevelingen kunnen worden geformuleerd, die direct kunnen worden toegepast binnen de projectactiviteiten.

5.2 Uitwerking van de projecten door de uitvoerende professionals

Onderstaande projecten zijn maar beperkt uitgewerkt. Dat is een bewuste keuze. De professionals die dit gaan oppakken en uitvoeren zullen de strategie en tactiek willen volgen, maar in de operationalisatie de ruimte opeisen om daar zelf invulling aan te geven. Deze aanpak loopt in de pas met de voorschriften voor het opleiden van specialisten. Er zijn een kaderbesluit en een landelijk opleidingsplan en het opleidingsteam operationaliseert dit in een lokaal opleidingsplan en voert dat uit. Vanuit change management perspectief en implementatieleer is bekend dat kleine veranderingen grote hindernissen op de werkvloer ontmoeten. De intensieve betrokkenheid van de professional en enige professionele ontwikkelruimte zijn bij het overwinnen van deze hindernissen vitale succesfactoren.

DEELPROJECT 1

Kostenbewustzijn en efficiënt organiseren

A. Te maken kosten prospectief in beeld brengen en kennis over structuren en financiële stromen bijbrengen

De aios leert tijdens het werk welke kosten het eigen medisch handelen met zich mee brengt. Voorbeelden hiervan zijn een 'pop up' in het elektronische systeem bij het doen van een aanvraag en het beschikbaar maken van andere bronnen over directe en indirecte kosten die gemaakt worden door diagnostisch en therapeutisch handelen. De mogelijkheden van elektronische patiënt dossiers moeten beter worden gebruikt.

De aios leert gebruikt te maken van inzicht in financiële stromen op micro-, meso en macroniveau voor planning van investeringen. De aios leert medeverantwoordelijk te zijn voor bestedingen in de zorg en kent de taal die daarbij gebruikt wordt.

De aios dient kennis te hebben van rechtmatigheid en correct declareren.

Meting succes

Proces: Het is gelukt elektronische systemen in te zetten voor kostenbewustzijn. De aios leert voor het optimaal leveren van zorg gebruik te maken van verworven inzicht in zorgstructuren inclusief 1e lijn voorzieningen en sociale geneeskunde. De aios is tevens op de hoogte van geldende wet- en regelgeving rondom declareren en heeft inzicht in de administratieve processen bij het declareren in de eigen instelling.

Uitkomst: Er is een verandering meetbaar in aanvraag- en behandelgedrag.
De aios functioneert bewust binnen budgetten.
De aios draagt adequaat bij aan de administratieve processen t.a.v. declareren.

B. Gemaakte kosten vergelijken

Bespreken van gemaakte kosten in benchmarks tussen personen en tussen afdelingen. Het aggregeren van gegevens over gemaakte kosten levert een bron op voor feedback en leren. Dit type gegevens is veelal niet beschikbaar voor stafleden en aios in de kliniek. Vergelijking tussen afdelingen, bijvoorbeeld van spiegelinstellingen, is al helemaal niet aan de orde. Om 'Value Based Practice' te kunnen leveren moet de aios leren om deel uit te maken van een continue evaluatie en benchmark van geleverde zorg. Uit Engeland valt te leren hoe zorgverleners en afdelingen audits doen om hun kwaliteit in kaart te brengen en daarover zelfs een portfolio kunnen overleggen ter bespreking.

Patient related outcome measures zijn in dit project betrokken.

Meting succes

Proces: Het genereren van benchmarkgegevens vindt routinematig plaats. Besprekingen daarvan zijn ingepland. Audits vinden plaats.

Uitkomst: Er is een verandering meetbaar in aanvraag- en behandelgedrag.

C. Efficiënt organiseren.

De aios krijgt inzicht in efficiëntie van zorg o.a. door dit onderwerp continu op de agenda te plaatsen van besprekingen op de leerwerkplaats. De aios leert processen stroomlijnen door actieve participatie in projecten gericht op efficiënte en patiëntvriendelijke zorg. Relevante onderwerpen hierbij zijn:

- Efficiënte consultvoering
- Time management
- Overdracht, communicatie en samenwerking tussen zorgverleners optimaliseren
- Taakherschikking
- Faciliteren van zelfmanagement voor de patiënt

Meting succes

Proces: Bovengenoemde onderwerpen zijn opgenomen in opleidingsplannen en worden uitgevoerd.

Uitkomst: Er zijn op iedere opleidingsafdeling voorbeelden te geven van continu verbeterende efficiëntie en van facilitering van zelfmanagement (bijvoorbeeld via web based patiënteneducatie).

DEELPROJECT 2

Choosing wisely

Het choosing wisely project levert bruikbaar materiaal om een optimale kwaliteit / prijsverhouding te creëren in de zorg. De pijlers waarop choosing wisely leunt zijn:

- Evidence based werken en dont's definiëren (verspilling voorkomen)
- praktijkvariatie beperken
- zorg evalueren (meting en reflectie)
- shared decision making

In Nederland wordt ook gewerkt aan choosing wisely en voorkomen van verspilling. Ons project zoekt aansluiting op bestaande activiteiten en implementeert een keuze van ideeën uit de nationale en internationale choosing wisely beweging.

A. De dont's

A (de dont's) richt zich op het gebruik van richtlijnen ter voorkoming van verspilling en op het leren beperken van onnodige praktijkvariatie.

Dit deel van het project richt zich ook op het aanleren van strategieën voor het geven van zorg waarvoor geen protocol aanwezig is.

Meting succes

Proces: In lokale opleidingsplannen worden dont's gedefinieerd.

Uitkomst: Aantoonbaar gebruik van de dont's.

B. Choosing wisely: bieden we de gewenste kwaliteit? Dit deelproject wordt ingevuld door 1 B.

Dit deelproject richt zich op de evaluatie van de kwaliteit van zorg.

C. Choosing wisely: shared decision making

Dit deel richt zich op de communicatievaardigheden voor shared decision making en de onderhandelingen over wensen van de patiënt in het licht van EBM en de geformuleerde dont's. Artsen worden vaak geconfronteerd met expliciete wensen die gemakkelijker (onnodig) worden ingevuld, dan door een goed gesprek worden gerelativeerd ('getting to no'). Verder vullen artsen soms wensen in die er eigenlijk bij navraag helemaal niet zijn.

Meting succes

Proces: Shared decision making maakt onderdeel uit van ieder consult.

Uitkomst: Artsen voelen zich voorbereid voor shared decision making en zelfs zonnodig voor 'getting to no'.

DEELPROJECT 3:**Risicomanagement en ethiek****A. Risicomanagement ter bescherming van de patiënt**

Veilig werken en complicaties voorkomen verbetert de kwaliteit van zorg. Patiënten mogen niet onnodig aan risico's worden bloot gesteld. De aios moet participeren in de toepassing van prospectief risicomanagement. Ook zorgincidenten en complicaties moeten voor de aios een bron van lering worden over veiliger organisatie van de zorg.

Meting succes

Proces: Aios actief inzetten in risicomanagement. Daarvoor staan procedures in het lokaal opleidingsplan.

Uitkomst: Iedere afdeling waar opgeleid wordt is continu de veiligheid van zorg aan het vaststellen en verbeteren.

B. Bescherm de patiënt tegen overbodige medicatie

Medicatie kan de patiënt schaden met bijwerkingen, kan onnodig blijken en kan zeker in combinaties lastig te evalueren zijn.

Dit project vertaalt bestaande richtlijnen en ontwikkelt waar nodig nieuwe richtlijnen voor de opleidingspraktijk betreffende juist gebruik en evaluatie van medicatie. De aios leert continu bewust te zijn van medicatieveiligheidsnormen en leert structuren voor evaluatie van medicatie te gebruiken.

Meting succes

Proces: In het lokaal opleidingsplan van opleidingsafdelingen staan structuren voor evaluatie van medicatie vermeld.

Uitkomst: Artsen zijn voorbereid op kritische evaluatie van potentieel overbodige medicatie.

C. 'End of life' in breder perspectief

De aios leert vanuit een breder perspectief over 'end of life' vraagstukken te denken. Leidend daarbij zijn kwaliteit, tevredenheid en kosten. De aios leert om gebruik te maken van teams met de benodigde expertise om tot optimale zorg te komen. De aios leert om gebruik te maken van de patiënt en mantelzorgers als partner bij de keuzes in de zorg.

Hierbij hoort ook niet alles te doen wat kan, omgaan met onzekerheid en beperken van defensieve geneeskunde.

Meting succes

Proces: breed perspectief op 'end of life' vraagstukken maakt deel uit van lokale opleidingsplannen. Er zijn expertteams voorhanden voor complexe vraagstukken.

Uitkomst: artsen zijn samen met hun teams klaar voor complexe 'end of life' vraagstukken.

6 Duur project

Het project heeft een beoogde startdatum van 1 december 2015 en een looptijd van drie jaar.

7 Mijlpalen

Gelet op de doelstelling, resultaten en uitvoeringsactiviteiten als hiervoor omschreven zijn de volgende mijlpalen te benoemen:

- Per 1 december 2017 is 'kosteneffectief kwaliteit leveren' onderdeel van tenminste 50% van de landelijke opleidingsplannen voor de geneeskundige specialismen. (resultaat 1)
- Per 1 april 2018 is 'kosteneffectief kwaliteit leveren' onderdeel van alle landelijke opleidingsplannen voor de geneeskundige specialismen. (resultaat 1)
- Per 1 april 2018 is 'kosteneffectief kwaliteit leveren' verankerd in de regelgeving of in door het College goedgekeurde opleidingsplannen. (resultaat 1)
- Per 1 oktober 2018 wordt op 'kosteneffectief kwaliteit leveren' gevisiteerd. (resultaat 2)
- Per 1 oktober 2016 zijn alle acht opleidingsregio's actief betrokken bij en geëngageerd aan het project doelmatigheid. (t.b.v. resultaat 3)
- Per 1 oktober 2017 zijn op het terrein van elk van de drie clusters van geneeskundig specialismen initiatieven ontplooid op het gebied van ontwikkeling en implementatie van afgesproken deelprojecten. (t.b.v. resultaat 4)
- Per 1 december 2017 zijn 7 beproefde methodieken voor opleiden in 'kosteneffectief kwaliteit leveren' ter beschikking voor opleiders (resultaat 4)
- Per 1 april 2017 zijn disseminatie en mainstreaming in volle gang. (resultaat 5)
- Per 30 november 2018 zijn ten minste 10 (wetenschappelijke) bijdragen geleverd betreffende het thema 'kosteneffectief kwaliteit leveren' aan (inter)nationale symposia of (inter)nationale literatuur. (resultaat 6)

8 Projectstructuur

De projectopzet voorziet in een sterk gedecentraliseerde opzet. Daarbij ligt de kern van de activiteiten binnen de opleidingsregio's om zo goed mogelijk resultaten van het project te borgen op de plek waar opgeleid wordt en resultaten duurzaam te maken. De projectsturing in een gedecentraliseerde opzet is echter lastiger dan in een gecentraliseerde vorm door de afhankelijkheid van veel meer partners en de meer complexe coördinatie. Vanuit het perspectief van verandermanagement is voor deze complexiteit gekozen. Als beheersmaatregel is centraal toezicht door een centraal projectteam vanuit Maastricht gekozen.

De aansturing van het project zal niet alleen voor decentraal gaan, maar tevens de wetenschappelijke verenigingen betrekken bij het maken van addenda voor de opleidingsplannen. Hierbij spelen organisaties als FMS, LHV, NHG en KAMG een rol.

8.1 Opdrachtgever

Als opdrachtgever van het project fungeert het College Geneeskundige Specialismen (CGS).

Het CGS is verantwoordelijk voor de regelgeving m.b.t. geneeskundige specialismen, waaronder de eisen die aan opleidingen worden gesteld. In het gezamenlijke visiedocument 'Van handhaven naar verbeteren' van het CGS en de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten is doelmatig handelen ('kosteneffectief kwaliteit leveren') genoemd als onderdeel van maatschappelijke betrokkenheid van een toekomstbestendige specialist. Bovendien is het project doelmatigheid qua strekking, duur en omvang vergelijkbaar met het meerjarige project 'ouderenzorg'. Ook van dat project is het CGS opdrachtgever.

Het CGS stelt het projectplan en wijzigingen daarop vast, stelt de projectstructuur in en verstrekt de projectopdracht aan het projectteam. Het CGS neemt voorts tweemaandelijks en elk half jaar kennis van de voortgangsrapportage van het projectteam en geleidt de halfjaarlijkse voortgangsrapportage door naar VWS.

8.2 Dagelijks Bestuur

Aangezien het project is bedoeld als landelijke opvolging van het in één regio uitgevoerde proeftuinproject in het kader van CanBetter en omdat de aanpak zich richt op de inzet van alle opleidingsregio's, vergt aansturing van dit project meer dan 1 fte aan mankracht. Er is dan ook gekozen voor een projectleiding in de vorm van een dagelijks bestuur bestaande uit de projectdirecteuren en projectleiders.

Dit dagelijks bestuur is belast met de concrete dagelijkse uitvoering, aansturing en voortgangsbewaking van het project en maandelijkse afstemming over de voortgang met de opdrachtgever. De opleidingsregio's krijgen vanuit het dagelijks bestuur het verzoek een deelprojectleider of contactpersoon aan te wijzen en een deelproject of meerdere deelprojecten uit te voeren binnen een vooraf bepaald financieel kader. Daarbij is van belang dat ook de specialismen uit cluster 1 en cluster 3 bij de opleidingsregio's zijn betrokken. Het projectteam organiseert, ondersteunt en borgt het delen van informatie over de projecten via de academische centra. Het projectteam borgt eveneens de samenwerking en integratie binnen opleidingsgroepen met de opleiders, instellingen en aios van niet-academische opleidingen.

Het dagelijks bestuur (1,5 fte) bestaat uit:

- 0,1 fte projectdirecteur
- 0,1 fte plv. projectdirecteur
- 0,1 fte eindverantwoordelijk projectsupervisor
- 1,2 fte projectleiders (inclusief onderwijskundige ondersteuning)²

2. Per 1 januari is dit opgehoogd van 0,85 fte naar 1,2 fte.

Naast het dagelijks bestuur is een projectteam dat bestaat uit projectmedewerkers, communicatieadviseurs en projectondersteuning. Het projectteam (3,2 fte) bestaat uit:

- 0,2 fte projectleider liaison CGS
- 0,4 fte projectmedewerker met onderwijskundige expertise³
- 1,4 fte projectmedewerker redactionele ondersteuning⁴
- 0,4 fte communicatieadviseur en webbeheer
- 0,8 fte (secretariële) projectondersteuning

8.3 Deelprojectgroep

Van belang bij de projectstructuur is de verbinding met de diverse academische opleidingsregio's als belangrijke steunpunten van ontwikkelingen en beleid binnen de vervolgopleiding. Vandaar dat er een model gekozen is om ontwikkelingen zoveel mogelijk binnen de academische opleidingsregio's te laten plaatsvinden, ervan uitgaande dat in opleidingsregioverband ideeën en producten verder worden gedissemineerd en kunnen worden geïmplementeerd. Expliciet zullen de eerder genoemde deelprojecten rondom 'kosteneffectief kwaliteit leveren' worden uitgevoerd in de acht opleidingsregio's die bovendien de drie clusters van geneeskundig-specialistische opleidingen met elkaar kunnen verbinden. Iedere opleidingsregio en samenwerkend cluster van opleidingen kan zich profileren op bepaalde aspecten van het thema, zodat een rijk opleidingsarsenaal kan worden gecreëerd.

Elke academische opleidingsregio heeft derhalve een deelprojectleider en een boegbeeld (een opleider). Het boegbeeld zorgt voor samenwerking met het projectteam en met zijn eigen deelprojectgroep draagt hij er zorg voor dat het deelproject/de deelprojecten binnen de vervolgopleiding wordt/worden ontwikkeld. Elke deelprojectleider zorgt voor een deelprojectplan en de uitvoering ervan, in samenspraak met het projectteam. Deze deelprojectleider coördineert en rapporteert over de voortgang van het project binnen de opleidingsregio aan het projectteam.

8.4 Stuurgroep

De landelijke spreiding van het project, de koppeling van het project aan de opleidingsregio's, de aard van de activiteiten binnen het project en de uiteindelijke verankering van 'kosteneffectief kwaliteit leveren' in de regelgeving van het CGS, maken dat veel partijen een verbinding hebben met dit project. Alhoewel diverse partijen door middel van het lidmaatschap in het CGS als opdrachtgever verbonden zijn aan het project, zijn deze collegeleden onafhankelijk in hun taakuitoefening. Dat past bij een zorgvuldig opdrachtgeverschap, maar voor de directe verbinding naar belanghebbende partijen in het kader van het 'Bewustzijnsproject' is een Stuurgroep opportuun. Taken van deze Stuurgroep, bestaande uit vertegenwoordigers vanuit diverse partijen, zijn de inhoudelijke inbreng van specifieke expertise, het fungeren als klankbord voor het projectteam en het ambassadeurschap voor dit project voor de eigen achterban.

Daarnaast zal het projectteam tevens de Federatie Medisch Specialisten gebruiken als klankbord.

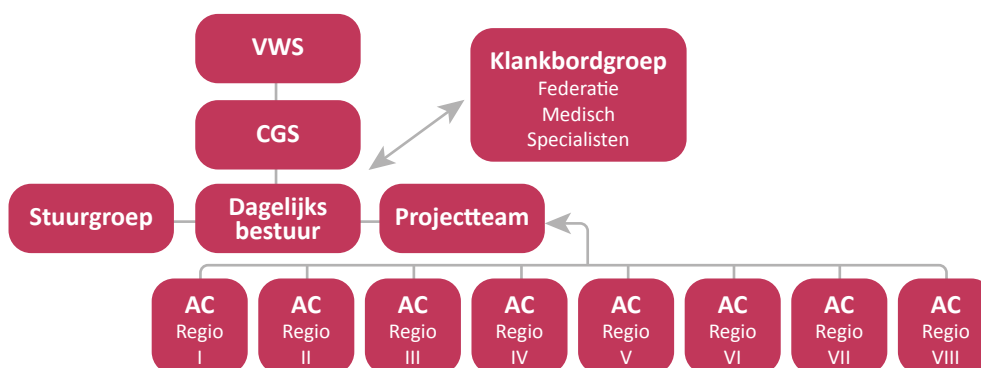
De Stuurgroep bestaat bij voorkeur uit vertegenwoordigers van de volgende actoren:

- | | | |
|--|---|--|
| ▪ 1 persoon CGS | ▪ 1 persoon RGS | ▪ 1 persoon Zorgverzekeraars Nederland |
| ▪ 1 persoon FB/KNMG (voorzitter) | ▪ 1 persoon Huisartsopleiding Nederland | ▪ 1 persoon De Jonge Specialist |
| ▪ 1 persoon STZ/NFU/NVZ | ▪ 1 persoon NVVG | ▪ 1 persoon patiëntenorganisatie |
| ▪ 1 persoon Actiz | ▪ 1 persoon NVAB | ▪ 1 persoon Zorginstituut Nederland |
| ▪ 1 persoon GGZ NI | ▪ 1 persoon KAMG | |
| ▪ 1 persoon Federatie Medisch Specialisten | ▪ 1 persoon Verenso | |

Vergaderfrequentie van de stuurgroep is circa 2x per jaar, in aanwezigheid van de leden van het dagelijks bestuur.

3. Per 1 april 2017 is 0,5 fte projectmedewerker liaison FMS (FMS projecten, Raad Opleidingen en Raad Kwaliteit) omgezet in 0,4 fte
4. Per 1 oktober 2016 is dit opgehoogd van 1 fte naar 1,4 fte.

Grafisch weergegeven is de projectstructuur als volgt:



Figuur 2

9 Communicatie en disseminatie (zie stappenplan)

Hierin kan onderscheid gemaakt worden in communicatie over het 'Bewustzijnsproject' wat betreft verantwoording (wat is het, voor wie en voortgang) en communicatie over de inhoud rondom het projectthema. Er wordt een separaat communicatieplan opgesteld gericht op de diverse stakeholders direct binnen dit project betrokken en de betrokkenen daaromheen.

Wat betreft de voortgangsrapportage, stelt het projectteam elk half jaar een voortgangsrapportage op voor het CGS, dat deze rapportage tevens doorgeleidt naar VWS. Daarnaast stelt het projectteam elke twee maanden een korte managementrapportage op met een beschrijving van de voortgang voor het presidium van het CGS.

10 Relevante vraagpunten bij dit project

10.1 Waarom is dit project nodig en urgent?

Om de duurzaamheid van onze zorgverlening te optimaliseren teneinde de kwaliteit van zorg hoog te kunnen houden is kostenbeheersing van essentieel belang. Het is daarvoor noodzakelijk dat de specialisten zijn doordrongen van het belang van 'kosteneffectief kwaliteit leveren' en voorts adequaat zijn toegerust om daar naar te handelen. Op dit moment leveren de geneeskundige vervolgoopleidingen specialisten af die onvoldoende zijn toegerust op hun taak op het gebied van kosten. Er moet worden bekeken welke competenties de specialisten moeten beheersen om kostenbewuste zorg te kunnen leveren. Bovendien moet concreet worden gemaakt hoe 'kosteneffectief kwaliteit leveren' wordt aangeleerd in de geneeskundige vervolgoopleidingen. Het verbeteren van de geneeskundige vervolgoopleidingen is een voorwaarde voor het verbeteren van de duurzaamheid van geneeskundige zorg.

10.2 Wat zijn verwachte baten?

De kans dat dit project niet rendabel zal blijken is zeer laag. In alleen al de curatieve zorg gaat ruim 20 miljard per jaar om. Uit studies blijkt dat besparingen door kritischer indicatiestelling voor onderzoek en behandeling in de 2e lijn in de procenten loopt en soms zelfs boven tien procent uitstijgt. Berekeningen uit Canada en de VS geven aan dat tot 30% besparing mogelijk is door het type maatregelen waar dit project over gaat. Stel

dat dit project leidt tot 1% besparing per jaar. Dan praten we over 20 miljard gedeeld door 100 = 200 miljoen per jaar alleen in de curatieve zorg. Al bij 0,1 % bezuiniging is dit project extreem rendabel en kunnen deze baten worden ingezet voor de kwaliteit van de zorg. Waarom is het niet eerder opgepakt? Omdat de tijd niet rijp was. De budgettaire crisis heeft de geesten ontvankelijker gemaakt voor de discussie over 'kostenbewust kwaliteit leveren' in de zorg.

10.3 Wat zijn risico's van dit project?

Binnen de medische beroepsgroep is kwaliteit en patiënt tevredenheid leidend. Kosten zijn altijd van ondergeschikt belang geweest en de discussie over kosten wordt door velen nog steeds beschouwd als toegeven aan verkeerde krachten die de zorg willen beschadigen. De timing van dit project past uitstekend in de maatschappelijke tijdgeest, maar het project kan rekenen op negatieve emoties.

Het project is niet het enige dat de opleiding van geneeskundig specialisten opschudt. De modernisering van de opleidingen, het CanBetter project (binnen de MMV), het etalage project, het schakeljaarproject en de individualisering van de opleidingsduur hebben de opleidingsgemeenschap op de proef gesteld. Er is veranderbereidheid, er is opleidingselan, maar er is ook het gevoel van overvraagd zijn. Het is van groot belang de noodzaak van het project voor de duurzaamheid van onze kwalitatief goede zorg te onderstrepen en duidelijk te maken dat uitstel eigenlijk niet kan.

10.4 Waarom moet het CGS dit project aansturen?

Het CGS heeft tot taak de opleidingseisen vast te stellen en is daarmee verantwoordelijk voor de verankering van een thema als 'kosteneffectief kwaliteit leveren' in de geneeskundige vervolgoopleidingen. Deze taak voert het CGS uit in nauwe samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen en andere bij de vervolgoopleidingen betrokken organisaties. Het vraagstuk van 'kosteneffectief kwaliteit leveren' wordt en kan echter niet worden opgepakt door de verschillende organisaties afzonderlijk. Coördinatie en regie van het CGS is noodzakelijk en wenselijk.

Bewust 'kosteneffectief kwaliteit leveren' wordt niet of niet snel genoeg opgepakt, waardoor de snelheid van veranderen te langzaam zal gaan om de groeiende zorgvraag te kunnen beantwoorden. Daar zijn diverse oorzaken voor aan te wijzen. In de eerste plaats kan niet van iedere wetenschappelijke vereniging verwacht worden dat men de samenhang tussen de verschillende specialismen in de zorg bewaakt, daar is een coördinerende instantie voor nodig. Daarnaast spelen de implementatie van de modernisering van de medische vervolgoopleidingen, de bezuinigingen en vele andere actuele zaken die artsen raken een rol. Er zal dus landelijk aansturing nodig zijn om de specialisten te stimuleren het thema op te pakken.

'Kosteneffectief kwaliteit leveren' in de zorg vergt multidisciplinaire samenwerking. Een logisch gevolg daarvan is dat voor een integrale aanpak van dit onderwerp in de geneeskundige vervolgoopleidingen wordt gekozen. Door zijn aard heeft het CGS de mogelijkheid van een integrale aanpak en van verankering in opleidingsplannen en regelgeving.

Daarnaast is het CGS bij uitstek geschikt om een coördinerende functie op zich nemen door als netwerkorganisatie te fungeren. Lokale initiatieven kunnen door het CGS landelijk worden uitgezet en kennis kan gemakkelijk worden verspreid.

10.5 Waarom geldt dit project voor alle specialismen?

Alle geneeskundige specialismen worden geconfronteerd met de toenemende kosten van geneeskundige zorg en de daarbij behorende bezuinigingen. 'Kosteneffectief kwaliteit leveren' in de zorg is een universeel thema dat alle geneeskundige specialismen betreft. De 'sense of urgency' moet worden vergroot, handvatten moeten worden aangereikt en alle specialisten moeten hierin worden geschoold.

10.6 Waarom kan dit project niet binnen de reguliere activiteiten van het CGS en de KNMG worden uitgevoerd?

Omdat alle specialismen betrokken zijn bij dit project is continue afstemming met diverse organisaties noodzakelijk. Een centrale regierol en de ontwikkeling van een raamplan en een set competenties en het implementeren daarvan in een grote hoeveelheid opleidingen vergen veel tijd en diverse expertises. Daarnaast betreft het niet louter een introductie van een nieuwe module maar brengt het 'Bewustzijnsproject'

een omslag in het denken van specialisten teweeg. Een dergelijk veranderslag is een intensief en tijdrovend traject. In de begroting van het college is geen rekening gehouden met een dergelijk omvangrijk en meerjarig project.

11 Begroting

Voor de uitvoering van dit project is een bedrag begroot van € 2.972.399,- exclusief btw.

12 Stappenplan

Tijd- as	Projectteam	OOR - Instelling	Wetenschappelijke Vereniging	CGS - RGS
2016	Inventarisatie literatuur Resultaat: Literatuur mbt thema kostenbewustzijn en opleiding in kaart	Vormen regionale ontwikkelingsgroep en stuurgroep Resultaat: Stuurgroep en regiona- le ontwikkelingsgroep ingericht	Ondersteunen veranke- ring kostenbewustheid in opleidingsplannen	Ondersteunen veranke- ring kostenbewustheid in regelgeving
	Leren van (inter)nationa- le projecten Resultaat: Inventarisatie van projec- ten en keuze waarmee uitwisseling plaats vindt. Bijvoorbeeld choosing wisely in Canada	Vorming regionale ont- wikkelingsgroep Opleidingsregio's aange- haakt Resultaat: Regionale ontwikkelings- groep ingericht Alle Opleidingsregio's met huisartsgeneeskunde c.s. en sociale genees- kunde zijn georganiseerd in Opleidingsregio's en gecommitteerd aan het project	Bezoeken verenigingen, symposia Resultaat: Creëren van voldoende draagvlak voor het kos- tenbewustheid binnen opleiden	
	Communicatie Resultaat: Communicatieplan voor stakeholders opgesteld	Verdeling regionale ontwikkelingsgroep over regio's Resultaat: Contouren van het pro- ject zijn duidelijk		

Tijd- as	Projectteam	OOR - Instelling	Wetenschappelijke Vereniging	CGS - RGS
2016 / 2017	Werken aan sense of urgency (landelijk) Resultaat: Vergaderingen van relevante besturen worden bezocht. Conferentie wordt gehouden.	Uitwerking regionale ontwikkelingsgroep Resultaat: Detailplanning per regionale ontwikkelingsgroep binnen financieel kader		
	Genereren en delen korte termijn successen Resultaat: Bijeenkomsten organiseren voor uitwisseling producten regionale ontwikkelingsgroep Lerende groepen opgericht. Conferenties gehouden.	Verdere verankering kostenbewustheid in OOR en binnen HAG en Soc. Gen. Instituten (regionaal) Resultaat: Voorlichting aan en uitvoering door relevante organen (Raden van Bestuur; stafconvent, COC lokaal en regionaal, coördinatoren overleg Huisartsgeneeskunde en Sociale Geneeskunde)	Bezoeken verenigingen, symposia Resultaat: Creëren van voldoende draagvlak voor kostenbewustheid binnen opleiden	
		OOR's hebben keuze gemaakt voor de uit te voeren ontwikkelactiviteiten over de OORs Resultaat: Iedere Opleidingsregio brengt een eigen stuk ontwikkeld onderwijs in of deelt een good practice		
		Ontwikkeling pilots Resultaat: Eerste pilots beschikbaar gericht op integratie kostenbewustheid op de werkvloer Resultaat: Op het terrein van elk van de drie clusters van geneeskundig specialismen zijn initiatieven ontplooid op het gebied van ontwikkeling en implementatie van best practices in de opleidingen		

Tijd- as	Projectteam	OOR - Instelling	Wetenschappelijke Vereniging	CGS - RGS
2017 / 2018	Disseminatie [landelijk / instelling-OOR/ afdeling] Resultaat: Afhankelijk van niveau, via symposia, nieuwsbrief, aansluiten bij lokale opleidingsstructuren en andere manieren van communicatie en sterk inzetten op ondersteunen van lerende groepen (zoals het onderwijskundigennetwerk en van intervisiegroepen van medische professionals met onderwijstaken)	Verdere ontwikkeling casuïstiek /modulen Resultaat: Binnen de diverse clusters van opleidingen (zowel op werkplek als via DOO) of aansluiting zoeken bij bestaande modules andere faculteiten	Ondersteunen verankering kostenbewustheid in opleidingsplannen Resultaat: Bijeenbrengen verantwoordelijken uit Opleidingsregio's, WV-en en instituten om opties van aanpak borging te delen. Uitvoering door wetenschappelijke verenigingen, huisartsgeneeskundige en sociaal geneeskundige instituten Vertaling naar regionale en lokale opleidingsplannen	Formeel toezicht moet geregeld worden Resultaat: Protocol Toezicht op kostenbewustheid via externe audits
	Implementatie resultaten regionale ontwikkelingsgroepen			
			Resultaat: Kostenbewustzijn onderdeel van 50% de opleidingsplannen	Resultaat: Kostenbewustheid is verankerd in de regelgeving van het CGS of in door het CGS goedgekeurde opleidingsplannen
Tijd- as	Projectteam	OOR - Instelling	Wetenschappelijke Vereniging	CGS - RGS
2018	Onderzoek (lijn 2015-2018) Resultaat: Onderzoek gericht op domeinafbakening thema per opleidingscluster, implementatie onderzoek en effect opname van kostenbewustheid binnen opleidingsplannen voor de opleiding		Resultaat: kostenbewustzijn onderdeel van 100% de opleidingsplannen	Resultaat: Kostenbewustheid is verankerd in de regelgeving van het CGS of in door het CGS goedgekeurde opleidingsplannen
	Wetenschappelijke bijdragen (lijn 2015-2018) Resultaat: Ten minste 10 (wetenschappelijke) bijdragen omtrent kostenbewustheid zijn geleverd aan (inter)nationale symposia of			

BIJLAGE 1

Publicaties over oorzaken van ondoelmatige zorg op micro-niveau Nederlands

- Defensieve geneeskunde; angst voor emotionele, medische of juridische aansprakelijkheid (Agrawal, Taitsman, & Cassel, 2013; Studdert et al., 2005).
- Omgaan met patiënt-verzoeken; impliciete en expliciete wensen van patiënten (Brett & McCullough, 1986; Campbell et al., 2007; Paterniti et al., 2010).
- Neiging tot actie (comission-bias); het gevoel dat interveniëren de methode is om patiënten te beschermen van schade (Croskerry, 2003; Mamede & Schmidt, 2014).
- Neiging tot bevestiging (ascertainment-bias); eerdere ervaringen spelen een belangrijke rol bij de beslisprocessen van artsen (Croskerry, 2003; Shah et al., 2012).
- Vertrouwen in technologie; nieuwe technologische mogelijkheden en een brede toepassing van bestaande technologie (Dunnick, Applegate, & Arenson, 2005).
- Niet evidence-based handelen; mede door praktische toepassing van wetenschappelijk onderzoek en de (ogenschijnlijke) tegenstrijdigheden in de grote hoeveelheden onderzoeksresultaten (Cassel & Guest, 2012).
- Onvoldoende ruimte voor voorkeuren en wensen van patiënt; zorg welke gericht is op medische mogelijkheden zonder rekening te houden met specifieke voorkeuren van de patiënt (Downey, Au, Curtis, & Engelberg, 2013).
- Gebrek aan verantwoordelijkheidsbesef voor zorg op macro-niveau (Beach, Meredith, Halpern, Wells, & Ford, 2005; Tilburt et al., 2013).
- Routine- handelingen; standaard aanvragen voor bijvoorbeeld bloed-afnames (Shah et al., 2012; Stuebing & Miner, 2011).
- Gebrek aan kennis over kosten, waarbij het afwezigheid van transparantie over kosten tevens een rol speelt (Post, Reed, Halvorsen, Huddleston, & McDonald, 2013).
- Risico-aversie; zorg die geleverd wordt om onzekerheden te minimaliseren (Emanuel & Steinmetz, 2013; Shah et al., 2012; Tilburt et al., 2013).
- Zorgvuldigheid tonen; goede zorg wordt gevoelsmatig gekoppeld aan acties (Shah et al., 2012).
- Doelmatigheids-overwegingen zijn veelal impliciet (Abbo & Volandes, 2006; Post et al., 2013).
- Cultuur waarin doelmatige zorg geen aandacht verdient (Shah et al., 2012).

BIJLAGE 2

Literatuur internationaal

- Abbo, E. D., & Volandes, A. E. (2006). Teaching residents to consider costs in medical decision making. *Am J Bioeth*, 6(4), 33-34. doi: 10.1080/15265160600755540
- Agrawal, S., Taitsman, J., & Cassel, C. (2013). Educating physicians about responsible management of finite resources. *JAMA*, 309(11), 1115-1116. doi: 10.1001/jama.2013.1013
- Beach, M. C., Meredith, L. S., Halpern, J., Wells, K. B., & Ford, D. E. (2005). Physician conceptions of responsibility to individual patients and distributive justice in health care. *Annals of Family Medicine*, 3(1), 53-59. doi: 10.1370/afm.257
- Brett, A. S., & McCullough, L. B. (1986). When patients request specific interventions: Defining the limits of the physician's obligation. *New England Journal of Medicine*, 315(21), 1347-1351. doi: 10.1056/NEJM198611203152109
- Campbell, E. G., Regan, S., Gruen, R. L., Ferris, T. G., Rao, S. R., Cleary, P. D., & Blumenthal, D. (2007). Professionalism in medicine: results of a national survey of physicians. *Annals of Internal Medicine*, 147(11), 795-802.
- Cassel, C. K., & Guest, J. A. (2012). Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. *JAMA*, 307(17), 1801-1802. doi: 10.1001/jama.2012.476
- Colla CH, Sequist TD, Rosenthal MB, et al. Use of non-indicated cardiac testing in low-risk patients: Choosing Wisely. *BMJ Qual Saf* 2014. Published Online First 18 July 2014.
- Croskerry, P. (2003). The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. *Academic Medicine*, 78(8), 775-780.
- Downey, L., Au, D. H., Curtis, J. R., & Engelberg, R. A. (2013). Life-sustaining treatment preferences: matches and mismatches between patients' preferences and clinicians' perceptions. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(1), 9-19. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2012.07.002
- Dunnick, N. R., Applegate, K. E., & Arenson, R. L. (2005). The inappropriate use of imaging studies: a report of the 2004 Intersociety Conference. *J Am Coll Radiol*, 2(5), 401-406. doi: 10.1016/j.jacr.2004.12.008
- Emanuel, E. J., & Steinmetz, A. (2013). Will physicians lead on controlling health care costs? *JAMA*, 310(4), 374-375. doi: 10.1001/jama.2013.60073
- Mamede, S., & Schmidt, H. G. (2014). The twin traps of overtreatment and therapeutic nihilism in clinical practice. *Medical Education*, 48(1), 34-43. doi: 10.1111/medu.12264
- Paterniti, D. A., Fancher, T. L., Cipri, C. S., Timmermans, S., Heritage, J., & Kravitz, R. L. (2010). Getting to "no": strategies primary care physicians use to deny patient requests. *Archives of Internal Medicine*, 170(4), 381-388. doi: 10.1001/archinternmed.2009.533
- Post, J., Reed, D., Halvorsen, A. J., Huddleston, J., & McDonald, F. (2013). Teaching High-value, Cost-conscious Care: Improving Residents' Knowledge and Attitudes. *Am J Med*, 126(9), 838-842. doi: 10.1016/j.amjmed.2013.05.015
- Shah, N., Arora, V., Farnan, J., Saathoff, M., Levy, A., Bhatt, J., & Moriates, C. (2012). Teaching Value. Retrieved 11-06-2014, 2014
- Sirovich BE, Lipner RS, Johnston M, Holmboe ES. The Association Between Residency Training and Internists' Ability to Practice Conservatively. *JAMA Intern Med*. 2014;174(10):1640-1648.
- Studdert, D. M., Mello, M. M., Sage, W. M., DesRoches, C. M., Peugh, J., Zapert, K., & Brennan, T. A. (2005). Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA*, 293(21), 2609-2617. doi: 10.1001/jama.293.21.2609
- Stuebing, E. A., & Miner, T. J. (2011). Surgical vampires and rising health care expenditure: reducing the cost of daily phlebotomy. *Archives of Surgery*, 146(5), 524-527. doi: 10.1001/archsurg.2011.103
- Tilburt, J. C., Wynia, M. K., Sheeler, R. D., Thorsteinsdottir, B., James, K. M., Egginton, J. S., Goold, S. D. (2013). Views of US physicians about controlling health care costs. *JAMA*, 310(4), 380-388. doi: 10.1001/jama.2013.8278

BIJLAGE 3

Literatuur meten van resultaten

- Broerse JEW, Bunders JFG: Transitions in Health Systems: Dealing with persistent problems. Amsterdam: VU University press; 2010.
- Regeer BJ, Hoes a.-C, van Amstel-van Saane M, Caron-Flinterman FF, Bunders JFG: Six Guiding Principles for Evaluating Mode-2 Strategies for Sustainable Development. American Journal of Evaluation 2009, 30:515–537.
- Schuitmaker, T. J. (2013). Persistent problems in the Dutch health care system: learning from novel practices for a transition in health care with the UPP framework. University of Amsterdam, Amsterdam. Retrieved from <http://dare.uva.nl/record/435617>
- Van Mierlo B, Regeer B, Van Amstel M, Arkesteijn M, Beekman V, Bunders J, de Cock Bunning T, Elzen B, Hoes A-C, Leeuwis C: Reflexive Monitoring in Action: A guide for monitoring system innovation projects. Wageningen Amsterdam: WUR and VU University; 2010.

