

Kwaliteit van de bij- en nascholing voor artsen

Rapportage op verzoek van het Ministerie van VWS

Artsenfederatie KNMG,

Utrecht, juni 2014

Inhoudsopgave

- 1. Vragen over kwaliteit van bij- en nascholing voor artsen**
- 2. Antwoorden op vragen over kwaliteit van bij- en nascholing voor artsen**
 - 2.1 Garanderen van de kwaliteit van bij- en nascholing
 - 2.2 Bij- en nascholing in medisch inhoudelijke en generieke competenties
 - 2.3 Nieuwe ontwikkelingen en technologieën in relatie tot de kwaliteit van zorg
 - 2.4 Eisen aan bij- en nascholing in het kader van herregistratie
 - 2.5 Transparantie van de accreditatie van bij- en nascholing
 - 2.6 Geaccrediteerde competentieprofielen
 - 2.7 Organisatie en sponsoring van bij- en nascholing door de industrie
 - 2.8 Checken op gunstbetoon bij accreditatie van bij- en nascholing
 - 2.9 Borgen van de bekwaamheid van de arts

Bijlagen:

1. Leidraden van de NVA (anesthesiologie) en NVZ (ziekenhuizen)
2. Leidraden van de Orde van Medisch Specialisten
3. Gebruik van de Gemeenschappelijke Accreditatie Internet Applicatie (GAIA)

1. Vragen over kwaliteit van bij- en nascholing voor artsen

In het notaoverleg patiëntveiligheid van 17 juni 2013 is de volgende motie ingediend:

“Constaterende dat Medisch Contact meldt dat steeds meer niet-interventie radiologen interventie "radiologische behandelingen" uitvoeren; overwegende dat deze radiologen een training van slechts anderhalve dag krijgen en dat deze training aangeboden wordt door de industrie; van mening dat het onwenselijk is dat radiologen na een slechts zeer korte training aan slag gaan als interventieradioloog en dat het onwenselijk is dat de industrie invloed heeft op deze training; verzoekt de regering, deze kwestie tot de bodem uit te zoeken en de Kamer daarover te informeren.”

Deze motie leidde tot het verzoek van het Ministerie van VWS aan de artsenfederatie KNMG om de volgende vragen te beantwoorden en hier zo nodig een onderzoek naar in te stellen:

1. Hoe wordt de kwaliteit gegarandeerd? Is deze kwaliteit voldoende? Is er kwaliteitsverschil in de bij- en nascholing en, indien dit het geval is, is dit wenselijk?
2. Hoe wordt binnen geaccrediteerde bij- & nascholing omgegaan met scholing gericht op de inhoud van een bepaald specialisme versus scholing voor meer generieke competenties?
3. Hoe wordt binnen geaccrediteerde bij- & nascholing omgegaan met nieuwe ontwikkelingen en technologieën in relatie tot de kwaliteit van zorg?
4. Welke eisen worden gesteld aan de bij- en nascholing die een specialist moet volgen om voor herregistratie in aanmerking te komen? Is men vrij om te kiezen of zijn er verplichte onderdelen? Is collegiale toetsing een onderdeel?
5. Is de accreditering van opleidingen transparant? Zijn zowel de accreditatiecriteria, als de beoordelingen van de opleidingen door de gezaghebbende accreditatieorganen publiek toegankelijk?
6. De RvZ heeft in haar rapport “bekwaam is bevoegd (2011)” aanbevolen te werken met geaccrediteerde competentieprofielen voor opleidingen en cursussen. Wordt hiermee gewerkt, dan wel gaat dit ingevoerd worden?
7. Kunt u een overzicht maken van de organisatie en sponsoring van nascholing door de medische hulpmiddelenindustrie en de farmaceutische industrie? NB: een IGZ-rapport van nov 2012 hierover beslaat alleen de nascholing in relatie tot de farmaceutische industrie en niet de medische hulpmiddelen industrie.
8. Hoe is de aanbeveling uit het IGZ-rapport van november 2012, om bij accreditatie van nascholing te komen tot een systematische check op de regels voor gunstbetoon, opgepakt?
9. Welke mogelijkheden ziet de KNMG om de bekwaamheid van artsen beter te monitoren en te borgen en hoe kan dit worden gerelateerd aan de herregistratie?

In het volgende hoofdstuk worden deze vragen beantwoord. Het bureau van de federatie KNMG heeft de antwoorden opgesteld op basis van informatie van en overleg met het KNMG College Geneeskundige Specialismen (CGS), de wetenschappelijke verenigingen van erkende geneeskundige specialismen en KNMG-erkende artsenprofielen, en de Orde van Medisch Specialisten.

2. Antwoorden op vragen over kwaliteit van bij- en nascholing voor artsen

2.1 Garanderen van de kwaliteit van bij- en nascholing

Vraag: “Hoe wordt de kwaliteit gegarandeerd? Is deze kwaliteit voldoende? Is er kwaliteitsverschil in de bij- en nascholing en, indien dit het geval is, is dit wenselijk?”

Hoe wordt de kwaliteit gegarandeerd?

Gespecialiseerde accreditateurs

Ten behoeve van zijn of haar herregistratie als specialist - huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, medisch specialist, en sociaal geneeskundige - dient iedere specialist 200 uur geaccrediteerde deskundigheidsbevordering te volgen over een periode van 5 jaar. De accreditatie van deze deskundigheidsbevordering is de verantwoordelijkheid van de vertegenwoordigende wetenschappelijke vereniging en beroepsvereniging van het betreffende specialisme, die hiertoe een accreditatiecommissie hebben ingesteld. In het algemeen is iedere accreditatiecommissie samengesteld uit tenminste twee, in het betreffende specialisme geregistreerde, artsen, die de accreditatiebeoordeling uitvoeren. Hiermee is de vakinhoudelijke kennis van de accreditateurs optimaal geborgd.

De accreditatiecommissies van de specialismen huisartsgeneeskunde, ouderengeneeskunde, en geneeskunde voor mensen met een verstandelijke beperking, zijn organisatorisch ondergebracht bij de KNMG in het Accreditatie Bureau Cluster 1 (ABC1) (www.knmg.nl/abc1). De accreditatiecommissies van de specialismen bedrijfsgeneeskunde, verzekeringsgeneeskunde, en artsen maatschappij en gezondheid, zijn organisatorisch ondergebracht in de stichting Accreditatie Bureau Sociale Geneeskunde (www.absg.nl).

Harmonisatieoverleg

De accreditatiecommissies van alle specialismen werken samen in het nationale Accreditatie Overleg (AO). Het secretariaat van het AO wordt gevoerd door de KNMG. Het AO kent een onafhankelijk voorzitter. Het AO heeft algemene beoordelingsregels voor de accreditatie van deskundigheidsbevordering opgesteld, die door nagenoeg alle accreditatiecommissies worden gehanteerd. Daarnaast heeft het AO aanvullende beoordelingsregels voor bijeenkomsten, individuele deskundigheidsbevorderende activiteiten, en e-learning, vastgesteld. Sommige specialismen wijken op onderdelen van deze aanvullende regels af, omdat zij nog strengere accreditatieregels willen hanteren.

Samenwerking bij accreditatie van algemene nascholing

Voor de accreditatie van deskundigheidsbevordering op het gebied van de algemene (niet-medisch inhoudelijke) CanMeds-competenties werken de accreditatiecommissies van alle specialismen samen in het Accreditatie Bureau Algemene Nascholing (ABAN). Het ABAN is een virtuele organisatie (via internet), bestaande uit een samenwerkingsverband tussen de accreditatiecommissies van de huisartsen, orthopeden, en sociaal geneeskundigen, die samen de algemene nascholingen voor alle specialismen accrediteren. Deze accreditateurs kunnen zich hierdoor bekwamen in het beoordelen van algemene nascholing. Bovendien is hierdoor een geaccrediteerd nascholingsaanbod voor alle specialismen gegarandeerd.

Samenwerking bij accreditatie van e-learning

Voor de accreditatie van e-learning werken de accreditatiecommissies van alle specialismen samen in het Accreditatie Bureau Format E-learning (ABFE). Het ABFE accrediteert de didactische en ict-technische kwaliteit (het format) van de e-learning voor alle specialismen. Het ABFE wordt bemest met huisarts-accrediteurs, die zich in het beoordelen van het format van e-learning hebben gespecialiseerd. Nadat het ABFE het format van de e-learning heeft geaccrediteerd, stuurt het ABFE de accreditatieaanvraag door naar de accreditatiecommissie van het betreffende specialisme (en in geval van algemene nascholing naar het ABAN), die de kwaliteit van de inhoud van de e-learning accrediteert.

Is deze kwaliteit voldoende? Is er kwaliteitsverschil in de bij- en nascholing en, indien dit het geval is, is dit wenselijk?

Een nascholing wordt alleen geaccrediteerd als de inhoudelijke, didactische en organisatorische kwaliteit voldoende tot goed zijn. In dat geval is het aantal toegekende accreditatie-uren gelijk aan het aantal klokuren onderwijs, afgerond op hele uren. De algemene beoordelingsregels staan het niet toe om aan een scholingsbijeenkomst met kwalitatief goede en kwalitatief onvoldoende onderdelen, alleen de goede onderdelen te accrediteren. In dat geval kan in het geheel géén accreditatie worden toegekend. Accreditatie kan alleen worden toegekend als alle onderdelen van de scholing van voldoende tot goede kwaliteit zijn. De kwalitatieve bandbreedte van alle onderdelen van alle geaccrediteerde scholingen loopt dus van voldoende tot (zeer) goed. De kwaliteitsverschillen die binnen deze bandbreedte mogelijk zijn, achten de wetenschappelijke verenigingen van de betreffende specialismen aanvaardbaar.

2.2 Bij- en nascholing in medisch inhoudelijke en generieke competenties

Vraag: “Hoe wordt binnen geaccrediteerde bij- & nascholing omgegaan met scholing gericht op de inhoud van een bepaald specialisme versus scholing voor meer generieke competenties?”

Scholingen die zijn geaccrediteerd door het Accreditatie Bureau Algemene Nascholing (ABAN) (zie de antwoorden op vraag 1) zijn in de meeste gevallen volledig of grotendeels gericht op de meer generieke (niet-medisch inhoudelijke) CanMeds-competenties. Door de samenwerking tussen alle specialismen binnen het ABAN is er voor de artsen van alle specialismen een groot, geaccrediteerd nascholingsaanbod in de meer generieke competenties beschikbaar.

Ook in de medisch inhoudelijke scholingen, die de specialismen zelf accrediteren, komen op onderdelen regelmatig generieke competenties aan de orde. Bij het indienen van een accreditatieaanvraag dienen aanbieders van scholing percentages toe te kennen.

In het persoonlijke nascholingsdossier van iedere arts is een grafiek opgenomen met het aantal accreditatie-uren dat de betreffende arts op de verschillende CanMeds-competenties heeft gevolgd. Zie ter illustratie bijvoorbeeld ook de competentieoverzichten in de nascholingsagenda van het specialisme huisartsgeneeskunde (<https://www.pe-online.org/public/index.aspx?pid=54>) (klik in de nascholingsagenda op een willekeurige scholing om het competentieoverzicht te openen).

Over ieder willekeurig tijdvak kan per specialisme uit het GAIA-systeem (Gemeenschappelijke Accreditatie Internet Applicatie) een getotaliseerd overzicht worden opgevraagd van de aangeboden en daadwerkelijk gevolgde accreditatie-uren van alle artsen van dat specialisme, uitgesplitst naar de verschillende CanMeds-competenties. Deze overzichten zijn ter informatie ook enkele keren aan VWS toegezonden. Uit deze overzichten blijkt dat veel algemene nascholing wordt aangeboden, maar dat de artsen van bijna alle specialismen toch vooral medisch inhoudelijke nascholing volgen. De meeste wetenschappelijke verenigingen achten het ongewenst dat artsen van hun specialisme minder dan 75% medisch inhoudelijke nascholing volgen.

2.3 Nieuwe ontwikkelingen en technologieën in relatie tot de kwaliteit van zorg

Vraag: “Hoe wordt binnen geaccrediteerde bij- & nascholing en opleiding omgegaan met nieuwe ontwikkelingen en technologieën in relatie tot de kwaliteit van zorg?”

Geaccrediteerde bij- en nascholing

Op landelijk niveau informeren en adviseren de medisch wetenschappelijke verenigingen de artsen van hun specialisme over nieuwe ontwikkelingen en technologieën in relatie tot kwaliteit en doelmatigheid van zorg. In het kader hiervan verzorgen zij geaccrediteerde bij- en nascholing en accrediteren zij nascholingsaanbod van derden. Het volgen van deze geaccrediteerde bij- en nascholing is geen algemene herregistratie-eis, vanwege de grote variatie in het gebruik van technologieën tussen ziekenhuizen. Vanwege de verschillen in het gebruik van medische technologieën tussen academische ziekenhuizen, grote ziekenhuizen, middelgrote ziekenhuizen, en kleine ziekenhuizen, en vanwege de functie(her)verdeling tussen ziekenhuizen, is de borging van de kwaliteit van zorg in relatie tot de implementatie van nieuwe ontwikkelingen en technologieën belegd op het niveau van het ziekenhuis. Zowel de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (*zie bijlage 1*) als de Orde van Medisch Specialisten (*zie bijlage 2*) hebben hier leidraden voor ontwikkeld. Binnen de geneeskunde heeft met name de anesthesiologie te maken met complexe medische technologieën en vernieuwingen hierin. De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie voert op dit momenteel een project medische apparatuur uit, dat na verwachting in het najaar gereed zal zijn (*zie bijlage 1*).

Opleiding

De inhoud van de opleiding is aan constante verandering onderhevig, dit is een doorlopend proces. Reden voor de opleiders om zorgvuldig af te wegen hoe specifiek zij onderdelen willen opnemen in een opleidingsplan (zowel landelijk als lokaal). Zo zal opgenomen worden in een opleidingsplan revalidatiegeneeskunde dat een aios tijdens zijn opleiding leert om een prothese aan te meten, maar niet tot in detail welke prothese dat in welk geval zou moeten zijn. De aios leert om op zo'n moment de daarvoor geldende richtlijn te gebruiken en krijgt in de praktijk én in zijn onderwijs de meest recente informatie aangereikt. Onderwijs dat door de beroepsvereniging continu ge-update wordt. Het continu aanpassen van opleidingsplannen is niet wenselijk, alleen al omdat het maanden tot een jaar duurt om een wijziging op te nemen leidt dit niet tot het beoogde doel.

Belangrijk is dat een aios zo wordt opgeleid dat hij ook ná zijn opleiding steeds op zoek zal gaan naar de informatie die leidt tot de optimale behandeling van de patiënt. Niet voor niets wordt er tegenwoordig competentiegericht opgeleid, onderstaande competenties zijn van belang in dit kader:

1. Medisch handelen

- 1.1. De specialist bezit adequate kennis en vaardigheid naar de stand van het vakgebied.
- 1.2. De specialist past het diagnostisch, therapeutisch en preventief arsenaal van het vakgebied goed en waar mogelijk evidence based toe.
- 1.3. De specialist levert effectieve en ethisch verantwoorde patiëntenzorg.
- 1.4. De specialist vindt snel de vereiste informatie en past deze goed toe

7. Professionaliteit

- 7.1. De specialist levert hoogstaande patiëntenzorg op integere, oprechte en betrokken wijze.
- 7.2. De specialist vertoont adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag.
- 7.3. De specialist kent de grenzen van de eigen competentie en handelt daar binnen.
- 7.4. De specialist oefent de geneeskunde uit naar de gebruikelijke ethische normen van het beroep.

Door aios op deze wijze op te leiden en aan te spreken op hun eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van hun bevoegd en bekwaamheid, zorg ervoor gezorgd dat artsen worden opgeleid die adequaat kunnen omgaan met nieuwe ontwikkelingen.

2.4 Eisen aan bij- en nascholing in het kader van herregistratie

Vraag: “Welke eisen worden gesteld aan de bij- en nascholing die een specialist moet volgen om voor herregistratie in aanmerking te komen? Is men vrij om te kiezen of zijn er verplichte onderdelen? Is collegiale toetsing een onderdeel?”

In Nederland zijn er 33 verschillende specialismen. De herregistratie-eisen voor deze specialismen zijn op hoofdlijnen hetzelfde, echter verschillen (nog) op onderdelen per “cluster” en per specialisme:

- cluster “eerste lijn” – (huisarts, specialist ouderengeneeskunde en avg);
- cluster “medisch specialisten” (27 specialismen);
- cluster “sociale geneeskunde” (verzekeringsarts, bedrijfsarts en arts M&G).

Hoofdlijn:

- Iedere specialist dient over vijf jaar:
- 16 uur per week werkzaam zijn in het betreffende specialisme;
- 40 uur per jaar geaccrediteerde deskundigheidsbevordering;
- deelname aan kwaliteitsvisitatie.

Voor het “**cluster eerste lijn**” is de tweede eis (dkb) ingevuld door bij- en nascholing en intercollegiale toetsing van gemiddeld over vijf jaar:

- totaal 40 uur per jaar;

- geaccrediteerd door de betreffende wetenschappelijke vereniging;
- gericht op het behouden en verwerven van de voor het specialisme vastgestelde competenties.

Binnen die bandbreedte is de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten vrij om te kiezen welke bij- en nascholing hij volgt en de verdeling van de uren over bij- en nascholing en intercollegiale toetsing. Voor de huisarts geldt dat hij minimaal 10 uur over vijf jaar moet hebben deelgenomen aan geaccrediteerde intercollegiale toetsing, dit is intercollegiale toetsing onder begeleiding van een Erkend Kwaliteits Consulent.

Voor het **cluster “medisch specialisten”** is de tweede eis (dkb) ingevuld door bij- en nascholing van gemiddeld over vijf jaar:

- 40 uur per jaar;
- geaccrediteerd door de betreffende wetenschappelijke vereniging;
- gericht op het behouden en verwerven van de voor het specialisme vastgestelde competenties.

Binnen die bandbreedte is de medisch specialist vrij om te kiezen welke bij- en nascholing hij volgt.

Collegiale toetsing is voor medisch specialisten een verplicht onderdeel in de vorm van deelname aan kwaliteitsvisitatie van de wetenschappelijke verenigingen (derde eis zoals hierboven genoemd).

Voor het **cluster “sociale geneeskunde”** is de tweede eis (dkb) ingevuld door geaccrediteerde bij- en nascholing, intercollegiale toetsing en overige deskundigheidsbevordering van gemiddeld over vijf jaar:

- totaal 40 uur per jaar, waarvan tenminste 20 uur geaccrediteerde bij- en nascholing en 8 uur intercollegiale toetsing;
- voor de bij- en nascholing geldt dat ten minste 10 uur per jaar geaccrediteerde is door de betreffende wetenschappelijke vereniging;
- overige deskundigheidsbevordering moet voldoen aan vastgestelde criteria;
- gericht op het behouden en verwerven van de voor het specialisme vastgestelde competenties.

Binnen die bandbreedte is de verzekeringsarts, bedrijfsarts en arts M&G vrij om te kiezen welke bij- en nascholing hij volgt en de verdeling van de uren over bij- en nascholing en intercollegiale toetsing.

2.5 Transparantie van de accreditatie van bij- en nascholing

Vraag: “Is de accreditering van opleidingen transparant? Zijn zowel de accreditatiecriteria, als de beoordelingen van de opleidingen door de gezaghebbende accreditatieorganen publiek toegankelijk?”

Alle erkende specialismen en KNMG-profielen die participeren in de Gemeenschappelijke Accreditatie Internet Applicatie (GAIA) (dit is de overgrote meerderheid; **zie bijlage 3**) beschikken over een congresagenda met een overzicht van alle toegekende accreditatieaanvragen. Bij de meeste specialismen is deze congresagenda publiek toegankelijk via de website van de wetenschappelijke vereniging. Bij enkele specialismen is de (GAIA) congresagenda alleen toegankelijk voor de leden van de vereniging.

2.6 Geaccrediteerde competentieprofielen

Vraag: “De RvZ heeft in haar rapport “bekwaam is bevoegd (2011)” aanbevolen te werken met geaccrediteerde competentieprofielen voor opleidingen en cursussen. Wordt hiermee gewerkt, dan wel gaat dit ingevoerd worden?”

De vraag is moeilijk te beantwoorden omdat niet precies duidelijk is wat onder “geaccrediteerde competentieprofielen” moet worden verstaan. Alle specialismen beschikken over een opleidingsplan gebaseerd op de “CanMeds”, waarin de competenties van het betreffende specialisme zijn beschreven. Het opleidingsplan is ontwikkeld door de betreffende wetenschappelijke vereniging en door het CGS van de KNMG goedgekeurd (en in die zin vergelijkbaar met accreditatie). De opleidingen bestaan over het algemeen uit een basisgedeelte en een differentiatie gedeelte. De opleidingsplannen maken onderdeel uit van de opleidingseisen van het CGS waar de Minister van VWS heeft ingestemd.

Recent heeft het CGS een regeling vastgesteld waarbij eerder verworven competenties kunnen worden meegenomen bij het vaststellen van een individueel opleidingsplan.

2.7 Organisatie en sponsoring van bij- en nascholing door de industrie

Vraag: “Kunt u een overzicht maken van de organisatie en sponsoring van nascholing door de medische hulpmiddelenindustrie en de farmaceutische industrie? NB: een IGZ-rapport van nov 2012 hierover beslaat alleen de nascholing in relatie tot de farmaceutische industrie en niet de medische hulpmiddelen industrie.”

Inleiding

In de farmaceutische sector komt het voor dat farmaceutische bedrijven artsen of organisaties sponsoren met betrekking tot nascholing. Bedrijven kunnen individuele artsen ondersteunen bij het volgen van een bepaalde nascholing, of kunnen een organisatie sponsoren, al dan niet met een tegenprestatie (zoals de beschikbaarstelling van een standruimte). De vragen zijn: zijn er grenzen aan deze sponsoring en in welke mate vindt sponsoring plaats.

Regels met betrekking tot sponsoring van nascholing

Het sponsoren van een individuele arts mag slechts onder bepaalde voorwaarden:

- a. slechts de inschrijvingskosten voor de nascholing en de reis- of verblijfkosten (zogenaamde “gastvrijheidskosten”) mogen worden gesponsord. Het sponsoren van andere kosten (zoals kosten voor sport of ontspanning) is niet toegestaan;
- b. de gastvrijheid die wordt geboden moet binnen redelijke perken zijn, dat wil zeggen geen luxe en nooit meer dan € 500 (tenzij de betrokken arts ten minste 50% zelf betaalt);
- c. de gastvrijheid dient strikt beperkt te blijven tot het hoofddoel van de samenkomst, dus geen sponsoring van kosten die niet strikt tot het wetenschappelijke programma behoren;

- d. de nascholing (en het verblijf) dient plaats te vinden op een passende locatie: als de samenkomst in het buitenland plaatsvindt kan alleen gastvrijheid worden geboden indien er een objectieve rechtvaardigingsgrond voor deze buitenlandse locatie is (bijvoorbeeld een internationaal congres met deelnemers uit meerdere landen of in een ander land is een voor het onderwerp van de samenkomst relevante resource of expertise aanwezig).

Voor het sponsoren van een organisatie gelden dezelfde voorwaarden aan de nascholing, waarbij uit de begroting moet blijken dat geen andere kosten worden gesponsord dan algemene organisatiekosten en gastvrijheidskosten die (omgerekend per deelnemer) binnen de redelijke perken blijven als hierboven omschreven.

In welke mate vindt sponsoring plaats?

Wij hebben op dit moment geen cijfers in welke mate sponsoring plaatsvindt, maar zijn deze cijfers nu voor de farmaceutische industrie, hulpmiddelenindustrie, en medische voedingsmiddelenindustrie aan het verzamelen via de module ‘zelfevaluatie gunstbetoon’ in GAIA. In het thematisch toezichtsrapport van de IGZ van december 2012 stelde de IGZ dat in 2011 circa 10.000 nascholingen werden geaccrediteerd in GAIA (Gemeenschappelijk Accreditatie Internet Applicatie). Ongeveer 16% daarvan wordt georganiseerd of gefinancierd door een farmaceutisch bedrijf.

Met ingang van 1 mei 2014 is, naar aanleiding van een aanbeveling van de IGZ in bovengenoemd rapport, een “zelfevaluatie gunstbetoon” ontwikkeld als onderdeel van de accreditatie-aanvraag in GAIA. Als onderdeel van de accreditatie-aanvraag wordt gevraagd of de nascholing wordt (mede)gefinancierd door een farmaceutisch bedrijf of een leverancier van medische hulpmiddelen of medische voedingen. Indien het antwoord daarop ja is, volgen meer vragen om te toetsen dat geen sprake is van overmatige sponsoring van gastvrijheidskosten. Indien uit de zelfevaluatie blijkt dat de sponsoring mogelijk tot gunstbetoon leidt, wordt de begroting en organisatie van de bijeenkomst preventief handmatig getoetst door de CGR.

Met de zelfevaluatie zullen wij een volledig beeld krijgen van de sponsoring van geaccrediteerde nascholingen. Op 1 mei 2014 is de pilot “zelfevaluatie gunstbetoon” gestart voor de specialismen ‘huisartsgeneeskunde, interne geneeskunde en orthopedie’. Naar verwachting wordt de pilot in oktober 2014 verbreed naar de overige geneeskundige specialismen en KNMG-erkende profielen. Op 1 januari 2015 wordt de pilot naar verwachting omgezet in regulier beleid. Na de brede invoering van de pilot in oktober 2014 zal binnen een (half) jaar een redelijk inzicht ontstaan in de mate van sponsoring.

Ook op dit moment is de sponsoring aan organisaties waar artsen aan zijn verbonden, opgenomen in het Transparantieregister Zorg en kan daar worden geraadpleegd (<http://www.transparantieregister.nl/nl-NL/Raadpleeg-het-Transparantieregister>). De individuele bijdragen aan artsen om een nascholing te volgen is nog niet in het Transparantieregister Zorg opgenomen, maar zal naar verwachting met ingang van 2015 wel onderdeel uitmaken van de relaties die aan het register moeten worden gemeld.

Conclusies

Sponsoring van nascholing is strikt gereguleerd, om te voorkomen dat artsen oneigenlijk worden beïnvloed. De CGR en de IGZ zien daarop toe.

Op dit moment is de mate van sponsoring niet bekend. De IGZ schat in dat zo'n 16% van de nascholingen wordt georganiseerd of gefinancierd door farmaceutische bedrijven. Als de sponsoring plaatsvindt aan een organisatie waar artsen aan zijn verbonden, dient deze te zijn gepubliceerd in het Transparantieregister Zorg.

Momenteel vindt de pilot plaats van een zelfevaluatie gunstbetoon bij de accreditatie van nascholingen. Met deze zelfevaluatie zal een volledig beeld worden verkregen welke nascholingen door wie (farma, medische hulpmiddelen en/of medische voedingen) worden gesponsord. Het eerste inzicht daarin wordt volgend jaar verwacht.

2.8 Checken op gunstbetoon bij accreditatie van bij- en nascholing

Vraag: "Hoe is de aanbeveling uit het IGZ-rapport van november 2012, om bij accreditatie van nascholing te komen tot een systematische check op de regels voor gunstbetoon, opgepakt?"

Zie het antwoord op de vorige vraag (§2.7).

2.9 Borgen van de bekwaamheid van de arts

Vraag: "Welke mogelijkheden ziet de KNMG om de bekwaamheid van artsen beter te monitoren en te borgen en hoe kan dit worden gerelateerd aan de herregistratie?"

Op deze vraag kan worden geantwoord dat het College Geneeskundige Specialismen (CGS) van de KNMG hieraan werkt. Het CGS bereidt op dit moment wijziging van het herregistratiesysteem voor met als doel de deskundigheid van de specialist beter te borgen en de kwaliteit van zorg te bevorderen voor zover deze wordt beïnvloed door de deskundigheid en het functioneren van de individuele beroepsbeoefenaar. Kern van de nieuwe regeling zal worden de verplichte periodieke evaluatie van het individueel functioneren resulterend in een persoonlijk ontwikkelingsplan (POP).

Bijlage 1: Leidraden van de NVA (anesthesiologie) en NVZ (ziekenhuizen)

Leidraden van NVA en NVZ

Verantwoorde inkoop, ingebruikname, gebruik en afstoting van medische apparatuur is onderdeel van het veiligheids- en kwaliteitssysteem (VMS) in de Nederlandse ziekenhuizen. Momenteel zijn twee NVZ gidsen beschikbaar voor het vormgeven hiervan, te weten “Kwaliteitsborging medische systemen. Een praktische gids (2004)” en “Praktijk gids risicomanagement en medische technologie (2008)”. In november 2011 is daar het convenant tussen NFU en NVA (“Veilige toepassing van medische technologie in het ziekenhuis”) aan toegevoegd. Conform het kwaliteitskader van medisch specialisten (2010) is de medisch specialist primair verantwoordelijk voor de zorg die wordt geleverd. Dit impliceert ook dat de verantwoordelijkheid voor de hierbij gebruikte apparatuur bij de specialist zelf ligt. Dit vereist nieuwe inspanningen van de anesthesioloog en verdient dan ook nadere uitwerking. In de leidraad Medische Apparatuur (2.0) staan verantwoordelijkheden beschreven die geïmplementeerd dienen te worden, zoals een beheersysteem van inkoop tot en met afschaffing, gebruikers- en competentiebeheer. Het is van belang om te weten dat de mensen die met medische apparatuur werken ook werkelijk in staat zijn om hiermee op de juiste wijze om te gaan. Sinds 2004 beschikt de NVA over een verenigingsstandpunt op het gebied van Medische Apparatuur. Op basis van de nieuwe inzichten en leidraden dient dit standpunt te worden aangepast aan de huidige inzichten op dit gebied.

Doelstelling van NVA-project Medische Apparatuur

Binnen het project zullen op de eerste plaats de kaders voor beheer van Medische Apparatuur binnen de anesthesiologie opnieuw worden beschouwd en worden vastgelegd in een revisie van het verenigingsstandpunt Medische Apparatuur. De NVA zal vervolgens een aantal van deze zaken concreet uitwerken en o.a. een format ontwikkelen voor een portfolio voor elke anesthesioloog omtrent vaardigheden in het gebruik van apparatuur. Aan leden zal worden gevraagd hoe je tot een dergelijk portfolio kunt komen, waarin duidelijk omschreven staat met welke apparatuur iemand verantwoord kan omgaan. Op die manier kan aan anderen worden getoond dat de competenties aanwezig zijn om deze apparatuur veilig te bedienen. Ook zullen heldere voorbeeldprocedures ontwikkeld worden voor melding van ongeregelde zaken in apparatuur en beschrijvingen van de rol die iedereen heeft in het beheer van apparatuur. De NVA wil op deze wijze een systeem opzetten (in de vorm van vaste formats) waarmee de competenties van gebruikers gewaarborgd zijn, zodat men kan laten wat men kan. Het gaat dus om een vertaalslag van de bestaande leidraden naar de lokale werksituatie. Ook in de kwaliteitsbezoeken zal in de toekomst dan op dit niveau de stand van zaken worden getoetst.

Resultaat van NVA- project Medische Apparatuur

De te ontwikkelen implementatieondersteuning met betrekking tot Medische Apparatuur zal bestaan uit een aantal verschillende producten, veelal in de vorm van blauwdrukken:

- een beschrijving van beschikbare anesthesiologische apparatuur;
- het benoemen van noodzaak en intensiteit van scholing per risicoklasse;
- een vastgestelde procedure voor het inwerken van nieuwe gebruikers;

- beschikbaarheid van een bijscholingscyclus bij vervanging of incidenteel gebruik;
- het vastleggen van vaardigheden per gebruiker m.b.t. apparatuur (portfolio);
- het vastleggen van procedures bij storingen en vervanging;
- het in staat zijn om verantwoording af te leggen over bovenstaande zaken (audits/visitaties).

Bijlage 2: Leidraden van de Orde van Medisch Specialisten

De introductie van nieuwe apparatuur en nieuwe interventies in de klinische praktijk heeft direct invloed op de patiëntveiligheid. Medisch specialisten hebben hierbij een taak en een verantwoordelijkheid. Ter ondersteuning van de medisch specialisten hierbij heeft de Orde van Medisch Specialisten een drietal leidraden ontwikkeld:

1. Leidraad Verantwoordelijkheid medisch specialisten bij onderhoud en beheer van medische apparatuur (2012)
2. Leidraad Verantwoordelijkheid medisch specialisten bij de aanschaf en ingebruikname van medische apparatuur (2013)
3. Leidraad Nieuwe Interventies in de Klinische Praktijk (2014)

Het antwoord op de gestelde vraag over de omgang met nieuwe ontwikkelingen en technologieën in relatie tot de kwaliteit van zorg wordt met name in de derde leidraad gegeven. De leidraad Nieuwe Interventies in de Klinische Praktijk beschrijft waaraan een zorgvuldige introductie van nieuwe interventies in de klinische praktijk moet voldoen. De leidraad heeft een stappenplan dat medisch specialisten, en ziekenhuizen geadviseerd wordt te doorlopen op het moment dat een nieuwe interventie in de kliniek in gebruik wordt genomen. De leidraad betreft niet alleen nieuwe medische technologieën of technieken maar ook nieuwe zorgprocessen.

De leidraad beoogt

- het maken van zorgvuldige afwegingen voorafgaand aan de introductie van een nieuwe interventie;
- het goed voorbereiden van de introductie van nieuwe interventies door inzet van een gepaste prospectieve risico inventarisatie;
- het waarborgen van een goede uitvoering door het creëren van condities (waaronder opleiding en training) in de instelling zodat de nieuwe interventie verantwoord en veilig kan worden toegepast;
- het monitoren van de effecten van de nieuwe interventie en zonodig aanpassen van de procedures;
- het beoordelen van de meerwaarde ten opzichte van bestaande interventies.

Het stappenplan in de leidraad bestaat uit 6 stappen:

1. Bepalen innovatieklasse

Deze stap onderscheidt drie innovatieklassen:

- a. Experimentele zorg
- b. Nieuwe interventie voor Nederland
- c. Lokaal nieuwe maar in Nederland reeds toegepaste interventie

Na deze stap bepaalt de vakgroep of zij in staat is de nieuwe interventie op een veilige wijze te introduceren?

2. Bepalen toegevoegde waarde interventie

In deze stap wordt gekeken naar de onderbouwing van de veiligheid en de werkzaamheid van de interventie en de meerwaarde ten opzichte van bestaande zorg.

Na deze stap beslist de vakgroep of het zinvol is de interventie te introduceren

3. Bepalen risicoklasse op het gebied van veiligheid, organisatie en financiën.

In deze stap wordt gekeken of de betrokken zorgverleners voldoende opgeleid zijn, of de continuïteit van zorg geborgd is, of gebruik gemonitord wordt en uitkomsten geregistreerd, hoe met complicaties wordt omgegaan, of de te gebruiken instrumenten goedgekeurd zijn en op welke wijze patiënten worden voorgelicht?

Ook op het gebied van organisatie en budget impact worden in deze stap de risico's in kaart gebracht. Waarbij interne afstemming buiten de vakgroep, onder andere met de Raad van Bestuur en de medische staf, centraal staat.

Na deze stap bepaalt de vakgroep opnieuw of zij in staat is de nieuwe interventie op een veilige wijze te introduceren?

4. Bepalen van de algemene risicoklasse van de interventie.

In deze stap wordt gekeken naar de risico's op het gebied van veiligheid en de risico's op het gebied van organisatie en budget.

Na deze stap bepaalt de vakgroep wederom of zij in staat is de nieuwe interventie op een veilige wijze te introduceren?

5. Ontwikkeling introductieplan

In deze stap wordt een introductieplan ontwikkeld dat in ieder geval de volgende ingrediënten heeft:

- een protocol voor training waarin o.a. het type training, de opleidingseisen en de doelgroep worden beschreven;
- een raamwerk voor dataregistratie en monitoring;
- een (intern)communicatieplan over de geplande introductie.

Na deze stap bepaalt de vakgroep of zij in staat is een systeem voor training, dataregistratie en monitoring te ontwikkelen en implementeren bij de introductie van de nieuwe interventie.

6. Evaluatie van (zorg)uitkomsten

In deze stap wordt een evaluatiecyclus gepland zodanig dat de uitkomst van de evaluatiemomenten borgt dat de nieuwe interventie in de toekomst blijvend kan worden toegepast.

Bijlage 3: Gebruik van de Gemeenschappelijke Accreditatie Internet Applicatie (GAIA)

Specialismen die gebruik maken van GAIA	<i>Aantal specialisten per 1-1-2013</i>
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie	3.288
Nederlandse Internisten Vereniging	2.172
Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde	1.524
Nederlandse Vereniging voor Heelkunde	1.367
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie	1.068
Nederlandse Vereniging voor Cardiologie	1.068
Nederlandse Vereniging voor Neurologie	929
Nederlands Oogheelkundig Gezelschap	724
Nederlandse Orthopaedische Vereniging	746
Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose	620
Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie	536
Nederlandse Vereniging van Artsen voor Revalidatie en Fysische Geneeskunde	503
Nederlandse Vereniging voor Pathologie	435
Nederlandse Vereniging voor Urologie	426
Nederlandse Vereniging van Maag-, Darm- en Leverartsen	438
Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie	307
Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie	287
Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie	273
Nederlandse Vereniging voor Reumatologie	290
Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie	210
Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde	179
Nederlandse Vereniging van Neurochirurgie	151
Vereniging Klinische Genetica Nederland	130
Vereniging voor Sportgeneeskunde	122
Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen	304
Vereniging voor KNO-Heelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied	531
Nederlandse Vereniging voor Allergologie	9
Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie	1.797
College voor Accreditatie Huisartsen	11.772
Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten	200
Verenso	1.480
Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs geneeskunde	1.973
Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde	998
Forensisch Medisch Genootschap	142
Koepel van Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG)	727
Profielregister Artsen Beleid en Advies	159
Profielregister infectieziektenbestrijding	92

Profielregister Jeugdgezondheidszorg	880
Profielregister medische milieukunde	12
Profielregister sociaal medische indicatiestelling	62
Profielregister tuberculosebestrijding	20
Totaal	38.951