

LINTPROGRAMMA KWALITEIT EN PATIENTVEILIGHEID

HOREND BIJ EPA 7 CURRICULUM ZIEKENHUISGENEESKUNDE

OPLEIDING ZIEKENHUISGENEESKUNDE

Uitwerking opdrachten, activiteiten, toetsing en Meesterstuk



MEI 2024



<i>Uitwerking opdrachten, activiteiten, toetsing en Meesterstuk</i>	1
1. <i>Inleiding</i>	3
2. <i>Leeswijzer</i>	3
3. <i>1^{ste} opleidingsjaar Oriëntatie</i> 	5
Opleidingsactiviteiten en toetsen in het 1 ^e opleidingsjaar	5
4. <i>2^{de} opleidingsjaar Oefenen</i> 	7
Opleidingsactiviteiten en toetsen in het 2 ^e opleidingsjaar	7
5. <i>3^{de} opleidingsjaar Meesterfase</i> 	11
Overzicht van leerdoelen, leermiddelen en toetsen specifiek met betrekking tot het lintprogramma 3 ^{de} opleidingsjaar	11
6. <i>Toelichting Meesterstuk</i>	13
7. <i>Beoordeling Meesterstuk</i>	14
Beoordeling Meesterstuk Opleiding Ziekenhuisarts	15
Scoreformulier	16
<i>Bijlage 1: Leerdoelen uit het curriculum Ziekenhuisgeneeskunde</i>	17
Leerdoelen 1 ^{ste} opleidingsjaar in relatie met kwaliteit en PV	17
Leerdoelen 2 ^{de} opleidingsjaar in relatie met kwaliteit en PV	18
Leerdoelen 3 ^{de} opleidingsjaar in relatie met kwaliteit en PV	19
<i>Bijlage 2: Tijdslijn en korte omschrijving opdrachten en cursussen</i>	20
<i>Bijlage 3: Diagram Accountability Framework</i>	23
<i>Bijlage 4: Aanbevolen Literatuur – sites – congressen</i>	24
Aanbevolen Literatuur	24
Sites.....	24
Congressen.....	24

1. INLEIDING

De ziekenhuisarts^{KNMG} verleent vanuit een generalistisch perspectief zorg aan patiënten, borgt de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg (EPA 7: K&PV) op een verpleegeenheid en draagt zorg voor adequate coördinatie resp. overdracht van zorg. Het curriculum van de opleiding tot ziekenhuisarts^{KNMG} combineert werkplekleren aan de hand van EPA's¹ met cursorisch onderwijs en intervisie.

EPA 7: KWALITEIT EN PATIENTVEILIGHEID heeft betrekking op de ontwikkeling van de ziekenhuisarts in opleiding om de kwaliteit van zorg en patientveiligheid structureel voldoende aandacht te geven, zowel op het niveau van de individuele patiënt, als op het niveau van de (organisatie) van de afdeling. Dat betekent dat de ziekenhuisarts ook toegerust moet zijn om kwaliteitsverbeteringen in de zorg als kartrekker binnen een klinische omgeving vorm te geven.

Als richtinggevend kader voor de specifieke rol van de ziekenhuisarts geldt het *Clinical Governance Framework* (fig 1.) waarbij voor de ziekenhuisarts in opleiding de bedoeling is dat hij een actieve rol ontwikkelt bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het scheppen van een lerend klimaat als voorwaarden daarvoor. Uitgangspunt is het stimuleren van de interne drive van zorgprofessionals om de kwaliteit en veiligheid van zorg continue te verbeteren en daarvoor accountable te willen zijn.



Figuur 1 Clinical Governance Framework

In de opleiding staan steeds de volgende richtinggevende vragen centraal:

- Wat is de bedoeling van kwaliteit en patiëntveiligheid in de ziekenhuiscontext?
- Wat betekent dit voor mijn dagelijks werk als ziekenhuisarts?
- Hoe beoordeel ik de context waarin ik als ziekenhuisarts werk vanuit het perspectief van kwaliteit en patiëntveiligheid?
- Hoe pak ik verbeteringen in de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid aan in mijn ziekenhuis?

2. LEESWIJZER

- **Activiteiten**, bedoeld om aspecten van Kwaliteit en Patiëntveiligheid in de dagelijkse zorg te leren integreren; (herkenbaar aan tabelkleur blauw)
- **Opdrachten** op het terrein van clinical governance en quality improvement; (oriëntatieopdrachten, verwerkingsopdrachten) (herkenbaar aan tabelkleur grijs).
- **Intervisie**
- **Cursorisch onderwijs** op het terrein van ziekenhuisgeneeskunde, kwaliteit en veiligheid van zorg; zowel landelijk als lokaal

Door het werkzaam zijn op de afdeling, in de directe patiëntenzorg, worden veel van de leerdoelen, samenhangend met de EPA's uit het landelijk opleidingsplan bereikt. Daarnaast dragen participatie in klinische werkzaamheden, zoals afdelingsvisite, multidisciplinair klinisch overleg en niet-klinische werkzaamheden (incident meld-commissies, kwaliteitsrondes etc.), bij aan het bereiken van einddoel: het kunnen toevertrouwen van de verantwoordelijkheden op de terreinen van kwaliteitszorg en

¹ Entrustable Professional Activities (EPA's) zijn zijn gestructureerde beschrijvingen van afgebakende professionele activiteiten. Het Curriculum Ziekenhuisgeneeskunde 2020 is gebaseerd op 8 EPA's.

patientveiligheid die bij de Ziekenhuisarts ^{KNMG} horen. De specifieke lokale mogelijkheden/activiteiten staan in het lokale opleidingsplan nader uitgewerkt.

In dit onderdeel van het Curriculum Ziekenhuisgeneeskunde worden *die* opdrachten en activiteiten benoemd die specifiek een bijdrage leveren aan het behalen van de aan EPA 7 gekoppelde leerdoelen over patiëntveiligheid en kwaliteit. Per leerjaar wordt in de tabel beschreven welke leerdoelen van belang zijn en met welke *leermiddelen* (d.w.z. opdrachten en opleidingsactiviteiten) deze kunnen worden behaald en hoe dit wordt getoetst.

De benodigde competenties worden verworven tijdens het cursorisch onderwijs en de opdrachten (individueel of op de werkplek). Verdieping en reflectie op dit aspect van de beroepsvorming tot ziekenhuisarts komen aan de orde tijdens de intervisie-bijeenkomsten. De voortgang van het leren wordt tijdens de voortgangsgesprekken met de opleider en/of de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patientveiligheid besproken. Alle specifieke opdrachten en aanpassingen daaraan worden opgenomen in het Individuele Opleidingsplan (IOP). Alle resultaten van opdrachten worden opgenomen in het elektronisch portfolio onder ‘onderwijs & wetenschap’ en waar het overige beoordelingen betreft, onder EPA’s in het elektronisch portfolio.

De tabellen zijn als volgt opgebouwd:

Focus	Activiteit of Opdracht	Opmerkingen
Beschrijving van de specifieke invalshoek waaraan de activiteiten zijn gekoppeld	Activiteiten bedoeld om aspecten van Kwaliteit en Patiëntveiligheid in de dagelijkse zorg te leren integreren.	Specifieke toelichting of verduidelijking van de opdracht of activiteit
	Opdrachten op het gebied van clinical governance, kwaliteit en patiëntveiligheid. De opdrachten zijn bedoeld om je te laten oriënteren, kennis te verwerven, of dragen bij aan het verwerven van vaardigheden. Bij de opdrachten is bepaald op welk moment in de opleiding ze afgerond moeten zijn. De opdrachten zijn genummerd (zie tijdlijn, bijlage 2).	
Toetsing	Omschrijving van de in te zetten toetsinstrumenten ter verantwoording van het behalen van de leerdoelen	

NB. Alle verplichte opdrachten zijn samengevat in bijlage 2 op een [tijdlijn](#) en gerelateerd aan de verschillende cursusweken en terugkomdagen in het Lintprogramma.



In het eerste opleidingsjaar ligt de focus, inzake patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg, op de oriëntatie op het vak van ziekenhuisarts en de diverse componenten hierin. Het is een kennismaking met het ziekenhuis waar je werkt en met het patiëntveiligheid- en kwaliteitssysteem van je instelling. Ouderenzorg en doelmatigheid van zorg zijn daarnaast belangrijke onderwerpen waar je je in het eerste jaar op oriënteert.

Naast klinische activiteiten vinden in het eerste opleidingsjaar enkele intervisiebijeenkomsten plaats, specifiek gericht op de ontwikkeling van de professionele rol van de ziekenhuisarts in relatie tot kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.

OPLEIDINGSACTIVITEITEN EN TOETSEN IN HET 1^E OPLEIDINGSJAAR

Focus	Opleidingsactiviteiten en Opdrachten	Opmerkingen
Oriëntatie K & PV in de patiëntenzorg op de afdeling Interne Geneeskunde in de eigen opleidingsinstelling (specifieke leerdoelen 1 t/m 13, 30)	• Kennismaken met de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patiëntveiligheid die deel uitmaakt van het opleidingsteam en afspraken maken over wederzijdse verwachtingen en activiteiten • Oriëntatie op de diverse besprekingen/structuren die er op de afdeling zijn m.b.t. kwaliteit en PV • Deelname aan de complicatiebespreking van de eigen afdeling • Deelname aan een incidentbespreking van de eigen afdeling • Toepassing K & PV principes in dagelijkse patiëntenzorg	• Van de AIOS wordt een actieve deelname verwacht aan de diverse besprekingen door inbreng van eigen patiënten en/of blijkend uit vragen stellen en kritische reflectie op eigen rol als ZHA. • Feedback wordt verkregen van stagehouder en/of opleider m.b.v. KPB (korte praktijkbeoordeling), CAT en in voortgangsgesprekken • Reflectie op de eigen rol en de rol van ZHA is een continue activiteit (diverse gesprekken en deelname aan de intervisie)
	• Opdracht 1: Lees: Dillmann, R. et al. 2016: <i>Patiëntveiligheid, handboek voor medisch specialistische zorg. Hoofdstuk 8, 12, 13, 14, 21</i> • Opdracht 2: Volg ten behoeve van de toepassing van de communicatieprincipes voor patiëntveiligheid een SBAR-training (Communicatie-methodiek gebaseerd op: Situation, Background, Assessment, Recommendation) of soortgelijke training. • Opdracht 3: Voer een CAT (critically appraised topic) of referaat of patiëntbespreking uit over een onderwerp op het terrein van patiëntveiligheid of kwaliteit van zorg	• Ter voorbereiding op de 1^e Schierweek in het 2^e opleidingsjaar wordt verwacht dat de aangegeven hoofdstukken zijn doorgenomen.

Oriëntatie K & PV in patiëntenzorg in de eigen instelling (specifiek leerdoel 26, 27, 28, 29)	• Deelname aan de morbiditeit & mortaliteitsbespreking /necrologiebijeenkomsten/COOP(Commissie Onderzoek Overleden Patiënten) binnen de instelling; • Deelname aan relevante multidisciplinaire besprekingen met specifiek aandacht voor de rol van de ZHA hierin (ouderenzorg, continuïteit en coördinatie van zorg); • Neem kennis van de inrichting van de organisatie en de inrichting van het beleidsproces binnen je ziekenhuis; • Onderzoek hoe dit zich verhoudt tot de speerpunten, missie of visie van het ziekenhuis; Wat staat er op papier en wat zie je ervan terug; • Wie fungeren als toezichthouders extern en intern op het kwaliteit- en veiligheidsbeleid binnen de eigen instelling? • Lees het beleid rondom kwaliteit en PV van je eigen instelling op strategisch, tactisch- en operationeel niveau; • Lees de diverse richtlijnen en protocollen van het ziekenhuis m.b.t. PV/kwaliteit: hoe wordt op de afdeling/instelling hiermee omgegaan? Wie is eigenaar, welke plaats in het werk nemen zij in? • Neem kennis van vigerende wet- en regelgeving (o.a. Kwaliteitswet zorginstellingen, WKKGZ, WGBO), beroepscode en modelinstructie en volg het lokale onderwijs over juridische aspecten in de zorg. Licht, indien dit van toepassing is, collega's binnen de werksituatie uit wat een ZHA is en hoe de opleiding eruit ziet • Participeer in de landelijke intervisiebijeenkomsten • Leg je vragen voor en deel ervaringen met je groepsleden in de community/website	• Integratie van geleerde op de werkplek, oriëntatie in instelling en eigen reflectie is onderwerp van voortgangsgesprek met opleider
Oriëntatie op de rol van ZHA in je instelling, de positionering van ZHA als nieuw profiel en de evt. moeilijkheden die je hierin ervaart. (specifiek leerdoel 14 t/m 25, 30, 31)	• Opdracht 4: Houd een kennismakingsinterview met de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patientveiligheid waarin o.a. bovenstaande wordt besproken en werk het interview kort uit t.b.v. voorbereiding op de 1^e Schierweek • Opdracht 5: Interview de medisch manager/hoofd afdeling (of vergelijkbaar) over de inrichting van het ziekenhuis en de afdeling om kennis rondom bovenstaande te vergroten • Opdracht 6: Vorm aan de hand van het lokale beleid een beeld van de rol van de ziekenhuisarts en bespreek dit met je opleider in het voortgangsgesprek aan het einde van het 1^e jaar.	• Neem de gegevens over beleid eigen instelling en bevindingen uit het interview met de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patientveiligheid, mee naar de 1^{ste} Schierweek • Idem bevindingen uit gesprek met manager/hoofd afdeling
Toetsing 1ste jaar: Resultaten worden opgenomen in portfolio	• Diverse stage- en voortgangsgesprekken met opleider met daarin aantoonbare aandacht voor kwaliteitszorg/patientveiligheid • Voortgangsgesprekken betreffende het Lintprogramma met de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patientveiligheid	

	• KPB: 4 specifieke KPB's m.b.t. PV/kwaliteitszorg: o.a. multidisciplinair overleg, complicatiebespreking (nb: hier wordt bedoeld: KPB's van activiteiten die gerelateerd zijn aan kwaliteit en patientveiligheid.) • Beoordeling CAT/referaat over onderwerp gerelateerd aan ZHA profiel • Certificaten diverse trainingen waaronder SBAR, morbiditeit & mortaliteitsbespreking (of vergelijkbaar afhankelijk eigen ziekenhuis) • Facultatief: Cursorisch onderwijs lokaal juridische aspecten • Participatie intervisie lokaal of landelijk (bewijsstukken toevoegen aan portfolioë)
--	--

4. 2^{DE} OPLEIDINGSJAAR

OEFENEN



In dit jaar maak je uitgebreid kennis met achterliggende theorie en systemen die worden toegepast in patiëntveiligheid en kwaliteitszorg en ontwikkel je de diverse vaardigheden die hierin relevant zijn. Binnen het 2^e leerjaar vinden de zgn. ‘Schierweken’ plaats. Cursusweek 1 (Clinical Governance) en cursusweek 2 (Quality Improvement) Om het leerrendement van de Schierweken optimaal te kunnen benutten zijn er zowel oriënterende leeractiviteiten als verwerkingsopdrachten opgenomen. Tussen beide cursusweken in is een terugkomdag gepland, waarop ondermeer uitwisseling plaatsvindt over de verwerkingsopdrachten.

De opleidingsactiviteiten uit jaar 1 worden voor zover relevant voor het behalen van de leerdoelen gecontinueerd met aanpassing aan de context van de stageplaats.

OPLEIDINGSACTIVITEITEN EN TOETSEN IN HET 2^E OPLEIDINGSJAAR

Focus	Opleidingsactiviteiten (leermiddelen)	opmerkingen
Kwaliteitsverbetering in de dagelijkse praktijk a. doelmatigheid b. implementatie c. onderzoeksmethoden (analyses, etc.) d. procesmanagement e. procedures en protocollen (specifiek leerdoel 2, 3)	Pas de basisprincipes van Clinical Governance toe in dagelijkse patiëntenzorg • Deelname aan de complicatiebespreking van de eigen afdeling • Deelname aan de Incidentbespreking van de eigen afdeling • Deelname aan de M&M /necrologiebijeenkomsten instelling • Toepassing K & PV principes in dagelijkse patiëntenzorg • Deelname aan relevante multidisciplinaire besprekingen met specifiek aandacht voor de rol van de ZHA hierin (ouderenzorg, continuïteit en coördinatie van zorg)	• Van belang is dat je de theoretische kennis die je opdoet in de 1^e Schierweek gaat verbinden aan de werkelijke situatie in je eigen ziekenhuis. De kaders en tools die in de Schierweek worden aangereikt bieden ondersteuning om de vraag: ‘en hoe gaat dat bij ons?’ te kunnen beantwoorden.
Voorbereidings en verwerkingsopdrachten rondom de 1 ^e Schierweek	Voorbereiding op de 1^e Schierweek: Opdracht 7: Bedenk (met steun van de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patientveiligheid en eventueel met ouderejaars collega’s) mogelijke onderwerpen voor verbeterprocessen binnen de klinische setting ter voorbereiding van de vragen die in de eerste cursusweek aan de orde komen. Deze onderwerpen kunnen gebruikt worden als casus tijdens de Schierweek en voor de opdracht na de Schierweek.	• Gebruik de ondersteuning van de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patientveiligheid bij opdracht 7, 8 en 9 : het invullen van de vragenlijst en het opstellen van de Sterkte Zwakte analyses.

	Opdracht 8: Vul de vragenlijst ‘Algemene verkenning Clinical Governance in de eigen organisatie’ in. (nb de vragenlijst is gebaseerd op de vragenlijst in het Manual Clinical Governance 1-31 t/m 1-39; de Nederlandse versie wordt meegestuurd met het programma voor Schierweek 1) Na de 1^e Schierweek en voorbereiding op de 1^e terugkomdag: Opdracht 9: Je hebt voorafgaand aan Schierweek 1 de vragenlijst: ‘ALGEMENE VERKENNING CLINICAL GOVERNANCE IN DE EIGEN ORGANISATIE’ uitgewerkt. De opdracht voor na de eerste Schierweek is, om die verkenning <i>nogmaals</i> te beoordelen (of, als je hem nog niet eerder hebt gedaan, opnieuw uit te voeren), maar dan nu vanuit de opgedane kennis over Clinical Governance. Gebruik voor je kritische beoordeling onderstaande vragen: 1. <i>Op welke gebieden van Clinical Governance (raadpleeg de diverse onderwerpen in de vragenlijst die overeenkomen met het Clinical Governance Framework) onderscheidt jouw organisatie zich? Kun je voorbeelden geven die dit illustreren?</i> 2. <i>Voor welke onderwerpen uit het Clinical Governance Framework ontbreken voorbeelden of bewijs dat ze regelmatig worden uitgevoerd in jouw organisatie?</i> 3. <i>Welke professionals, afdelingen of systemen heb je in jouw ziekenhuis geïdentificeerd die zich bezighouden met de onderdelen van het Clinical Governance Framework? Zijn deze professionals, afdelingen of systemen bekend in alle lagen van de organisatie?</i> a. <i>- Operationeel: op de werkvloer,</i> b. <i>- Tactisch: bij het management,</i> c. <i>- Strategisch: bij de Raad van Bestuur.</i> 4. <i>Heb je factoren in jouw organisatie geïdentificeerd die de structuur en cultuur van Clinical Governance belemmeren?</i> a. <i>Zo ja, welke factoren?</i> b. <i>Belemmeren deze factoren het uitvoeren of leren van klinische audits of incidentmeldingen?</i> <i>- Geef een nadere toelichting.</i> 5. <i>Wat denk je dat er nodig is om de cultuur en structuur van Clinical Governance in jouw ziekenhuis te verbeteren?</i> Maak op grond van deze analyse een presentatie voor het opleidingsteam.	• Presentaties voor de terugkomdag/ Schierweek s.v.p. minimaal 5 werkdagen tevoren aanleveren. NB. Exacte wijze van aanlevering wordt vermeld in het programma dat voor de terugkomdag wordt toegestuurd.
--	---	---

	Presenteer op de 1 ^e terugkomdag kort je ervaringen over het maken van de sterkte-zwakke analyses, je leerpunten en leervragen. (max. 5 minuten per persoon).	
	1^{ste} Terugkomdag lintprogramma Naast de opdrachten na Schierweek 1, staat de eerste terugkomdag van het lintprogramma in het teken van patientveiligheid, human factor en safety-2 denken.	
Patiëntenparticipatie en patiëntgerichte zorg (specifiek leerdoel 1)	Bijwonen van/ participeren in; mystery guest, bespreking van de CQ-index, spiegelgesprek, focus groep, etc.: welke waarde hebben deze	Gevoel krijgen bij het nut van patiëntenparticipatie en de implementatie van de inzichten in verbeteringen.
Patiëntveiligheid , veiligheids-en/of risicomanagement Methodieken 1. diagnostiek van patiëntonveiligheid 2. preventie van patiëntonveiligheid 3. rollen en verantwoordelijkheden en teamcultuur (specifiek leerdoel 1, 3, 5)	- Neem deel aan de incidentmeld-commissie op de afdeling. Maak een vergelijking met de theorie uit de Schierweek. - Welke risico's kom je tegen binnen de patiëntenzorg en hoe zijn deze te voorkomen/te minimaliseren. - Neem volgens de werkwijze in de organisatie actief deel aan een prospectieve risicoanalyse en bespreek werkwijze etc. met inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patientveiligheid. - Participeer in interne audit of een veiligheidsronde binnen de eigen instelling - Analyseer een dossier t.b.v. een mortaliteits (&morbiditeit) bespreking en neem deel aan de betreffende bespreking. (bespreek de leerpunten na met de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patientveiligheid)	Bekend worden met de methodiek van interne audits en/of veiligheidsronden door actieve participatie Voor het opzetten van een eerste (kleine) clinical audit (opdracht 10) gebruik je als richtlijn het het 'clinical audit ontwerp- en aanmeldformulier'. Dit wordt (digitaal) aangereikt in de eerste Schierweek.
	Na 1^e terugkomdag: Opdracht 10: - Voer zelfstandig een clinical audit uit en evalueer met de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patientveiligheid de toegepaste clinical audit methodiek (vergelijking met het geleerde in de theorie) - Maak een 10 minuten presentatie over het proces clinical audit dat je hebt doorgemaakt. - Presenteer de bevindingen binnen het opleidingsteam in het eigen ziekenhuis. Opdracht 11: Neem volgens de werkwijze in de organisatie actief deel aan een PRISMA-analyse. Besteed bij de nabespreking met de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patientveiligheid aandacht aan de human factors. Voorbereiding op de 2^e Schierweek: Opdracht 12: - Maak een top-5 van kwaliteitverbeteronderwerpen en neem deze lijst mee naar Schierweek 2.	

	- Lees hoofdstuk 2 van de Quality Improvement Manual, over teamvorming en teamontwikkeling, van tevoren door en wees voorbereid om te kunnen reflecteren op het proces van teamvorming dat tijdens Schierweek 2 plaatsvindt.. - Lees hoofdstuk 18 van de Quality Improvement Manual door en overweeg eventuele ethische kwesties met betrekking tot de 5 onderwerpkeuzes die je meeneemt naar de Schierweek.	
Kwaliteit en patiëntveiligheid binnen teams: rollen en verantwoordelijkheden en teamcultuur (specifiek leerdoel 1, 4, 5)	- Vergelijk de rollen en verantwoordelijkheden van teamleden met betrekking tot wat er is geleerd tijdens Schierweek 2 over teamcultuur. Analyseer de teamcultuur in de verschillende afdelingen waar je stage loopt en beoordeel de mate van een cultuur van verbetering. Bespreek je bevindingen met de deskundige Kwaliteit en Patiëntveiligheid. - Neem een actieve rol in binnen de complicatiebespreking, incidentbespreking . - Onderzoek hoe op jouw afdeling wordt gewerkt aan het optimaliseren van zorgprocessen en bespreek met je stagebegeleider/opleider waar de mogelijkheden voor verbetering liggen. Neem daarbij ook de procedures en protocollen mee in overweging. - Bespreken met de deskundige op het gebied van Kwaliteit en Patiëntveiligheid de rol van het team en de arts na een calamiteit om zo je begrip van de teamcultuur te verdiepen.	Focus ligt op teams: Het kunnen herkennen en bespreekbaar maken van onveilige situaties, bespreekbaar maken van deze situaties binnen teams, denk aan risicomanagement en Just Culture.
Toetsing 2^{de} jaar: opgenomen in portfolio	- Diverse stage- en voortgangsgesprekken met opleider met daarin aantoonbare aandacht voor kwaliteitszorg/patiëntveiligheid - voortgangsgesprekken betreffende het Lintprogramma met de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patientveiligheid - KPB: 4 specifiek m.b.t. K & PV: o.a. participatie, patiëntenparticipatie, interne audit/veiligheidsronde en/of human factor in besprekingen - CAT/referaat over onderwerp gerelateerd aan ZHA profiel - Participatie en voorbereidingsopdrachten Schierweken en terugkomdagen - Reflectie op uitgevoerd verbeterproject /clinical audit (nb: klein project!) (presentatie 2^e Schierweek) - Participatie intervisie (o.a. focus op teams en verandermanagement)	- Integratie van het geleerde op de werkplek, oriëntatie in instelling en eigen reflectie zijn onderwerpen van voortgangsgesprek met opleider - Feedback wordt verkregen van stagehouder en/of opleider m.b.v. KPB (korte praktijkbeoordeling), CAT en in voortgangsgesprekken Reflectie op eigen rol en de rol van ZHA is een continue activiteit (diverse gesprekken en deelname aan de intervisie)



Het laatste jaar van de opleiding bestaat uit een integratie van wat in voorgaande jaren is geleerd. De diverse vaardigheden worden in de dagelijkse praktijk toegepast met als sluitstuk het verwerken van de opgedane kennis en ervaring in het meesterstuk. De leerdoelen en opleidingsactiviteiten uit jaar 1 en 2 worden voor zover relevant gecontinueerd met aanpassing aan de context van de stageplaats en het meesterstuk.

OVERZICHT VAN LEERDOELEN, LEERMIDDELEN EN TOETSEN SPECIFIEK MET BETREKKING TOT HET LINTPROGRAMMA 3^{DE} OPLEIDINGSJAAR.

Focus	Opleidingsactiviteiten (leermiddelen)	opmerkingen
Kwaliteitsverbetering in de dagelijkse praktijk a. doeltreffendheid b. implementatie c. wetenschappelijk onderzoek d. procesmanagement e. procedures en protocollen (alle leerdoelen jaar 3)	• integratie van voorgaande jaren in de diverse besprekingen op de stageplaats: neem in tweede helft van dit jaar zoveel mogelijk de rol in van de ZHA en voer in hoge mate zelfstandig de diverse taken uit (in goede samenspraak met stagehouder en inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patientveiligheid) • participatie in afdeling overstijgende PV/KZ commissies • focus in teams op verandermanagement in relatie met project meesterwerk • Team beïnvloeding, bespreekbaar maken van problemen, complicaties of kwaliteitsproblematiek. Actief werken aan een open en veilige cultuur. • uitvoering /participatie onderwijs/opleidingstaken lokaal onderwijs in K & PV aan AIOS, co-assistenten en verpleegkundigen	In laatste jaar ligt nadruk op toepassen van het geleerde in de context van 1 ^{ste} en 2 ^{de} lijnszorg en in de keuzestage.
Meesterstuk	Opdracht 13 Meesterstuk (zie toelichting hoofdstuk 5) afhankelijk van het project/onderwerp: opleidingsactiviteiten en eventueel specifieke leerdoelen worden besproken met opleider, opdrachtgever project en inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patientveiligheid en vastgelegd in individueel opleidingsplan (IOP) • opdracht 13 A: projectmandatering • opdracht 13.B: uitvoering meesterstuk	Maatwerktraject per AIOS. Opdracht wordt met de opleider, inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patientveiligheid en stagehouder besproken en vastgelegd, inclusief datgene wat wordt "opgeleverd". Ter ondersteuning van uitvoering meesterstuk zijn er de terugkomdagen lintprogramma met focus op projectmatig werken, draagvlak en beïnvloeden van projectteam.

Toetsing 3^{de} jaar: opgenomen in portfolio	• Diverse stage- en voortgangsgesprekken met opleider met daarin aantoonbare aandacht voor kwaliteitszorg/patientveiligheid • voortgangsgesprekken betreffende het Lintprogramma met de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patientveiligheid • Uitvoering Meesterstuk • KPB indien wenselijk • CAT/referaat over onderwerp gerelateerd aan ZHA profiel • Participatie intervisie (o.a. focus op teams en verandermanagement) • Participatie in terugkomdagen PV/KZ	
---	--	--

6. TOELICHTING MEESTERSTUK

1. Inleiding

Het derde jaar van de opleiding bestaat uit het tonen van kunnen toepassen van activiteiten in het kader van kwaliteitszorg en patiëntveiligheid. Ook de borging van kwaliteitsverbetering in de beroepspraktijk komt daarbij aan de orde. Daartoe werkt de AIOS in het derde jaar aan een zogenaamd **meesterstuk**; een proeve van bekwaamheid op het terrein van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. Het Meesterstuk is de proeve van bekwaamheid ter afronding van het zgn. Lintprogramma kwaliteit en patiëntveiligheid en vormt tevens de afronding van EPA 7 van de opleiding tot ziekenhuisarts ^{KNMG}. Het meesterstuk wordt tijdens de eerste zes maanden van het derde opleidingsjaar voorbereid en gedurende het laatste half jaar van de opleiding uitgevoerd en afgerond. Middels dit meesterstuk bewijst de AIOS dat hij de kartrekkersrol binnen het conceptuele kader van Clinical Governance kan innemen.

De AIOS voert hiervoor in opdracht van een opdrachtgever (meestal de stagehouder van de keuzestage) een samen met opleider en deskundige K&V geformuleerd kwaliteitsverbeteringsproject uit voor de eigen ziekenhuisorganisatie. De opdracht wordt uitgewerkt binnen het kader van het zogenaamde [Accountability Framework](#) waarbij het implementeren van (concrete aspecten van) kwaliteitszorg en patiëntveiligheid een centrale rol spelen.

2. Werkwijze

- Oriëntatiefase (aanvang circa 18 maanden voor beëindiging opleiding): de AIOS overlegt met de opleider *welk onderwerp op welke afdeling* voor het kwaliteitsverbeterproject in het kader van de meesterstuk geschikt is. In samenspraak met de opdrachtgever (meestal de stagehouder van de keuzestage) en de opleider en inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patiëntveiligheid wordt het onderwerp verder bepaald en afgebakend. De AIOS maakt een projectontwerp waarin de diverse onderdelen staan uitgewerkt (inclusief het beoogde verbeterteam, de te gebruiken methodiek en het beoogde concreet geformuleerde resultaat). Deze fase wordt met een go/no go afgesloten. Onderwerpen voor het kwaliteitsverbeteringsproject in het kader van het meesterstuk kan men vinden in de volgende categorieën², of men kan voorbeelden zoeken in de database van meesterstukken op de website van de VvZG.

- Kwaliteitsverbetering en implementatie in de dagelijkse praktijk
- Organisatie van zorg
- Patiëntenparticipatie en patiëntgerichte zorg
- Patiëntveiligheid
- Wetenschappelijk onderzoek naar kwaliteitsverbetering in de patiëntenzorg

Voorbeelden:

- *Onderwerpen, ontleend aan klachten of meldingen van incidenten in de patiëntenzorg die bij de klachtencommissie of MIP commissie worden geregistreerd.*
- *Onderwerpen, samenhangend met calamiteiten.*
- *Onderwerpen die binnen een afdelingscontext worden aangemerkt als relevant verbeteronderwerp.*
- Uitvoeringsfase: Het kwaliteitsverbeterplan bestaat uit de volgende fases:
 - Identificatie van het kwaliteitsonderwerp
 - Analyse van de huidige situatie
 - Identificatie van het probleem/de problemen en de verbeterstrategie
 - Implementatie van het verbeterplan

² Bron: Wollersheim, Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg, 2011

- Nameting en borging

- De AIOS wordt in bij het kwaliteitsverbeterproject begeleid door de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patientveiligheid en de opleider/c.q. de stagehouder. Op basis van de mijlpalen die zijn opgenomen in het projectplan wordt besloten of de volgende fase kan worden ingegaan. de opleider zal m.n. op afstand het proces volgen en bewaken zodat hij een zo objectief mogelijk oordeel kan geven bij de beoordeling.
- Afrondingsfase: de AIOS rondt het project af en presenteert de uitkomsten in het eigen ziekenhuis. De beoordeling vindt conform afspraken plaats. De beoordeling van het meesterstuk vormt onderdeel van de totale eindbeoordeling en de officiële afronding van de opleiding tot ziekenhuisarts ^{KNMG}.
- Het lintprogramma wordt jaarlijks informeel afgesloten in een conferentie waarin de meesterstukken worden gepresenteerd. (NB: in de meeste gevallen zal dit dus na de officiële afronding van de opleiding tot ziekenhuisarts plaatsvinden).

7. BEOORDELING MEESTERSTUK.

In het meesterstuk dient naar voren te komen dat de AIOS beheersing toont ten aanzien van:

- principes van patiëntveiligheid en kwaliteitszorg
- de rol die de ZHA heeft op het gebied van kwaliteit en patiëntveiligheid
- methodes voor dataverzameling en analysetechnieken m.b.t. kwaliteitsverbetering
- Fasering van een kwaliteitsverbeterproces
- Leiderschap binnen een multiprofessioneel kwaliteitsverbeterteam.
- Verslaglegging, rapportage en disseminatie van opbrengsten van een kwaliteitsverbeterproject

Het meesterstuk wordt beoordeeld door een interne commissie die bestaat uit: de opleider, de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patientveiligheid uit de opleidingsgroep en de betrokken opleidingsonderdeel-begeleider.



BEOORDELING MEESTERSTUK OPLEIDING ZIEKENHUISARTS

Naam AIOS: Ziekenhuis: Stageafdeling:.....

Titel Meesterstuk (Kwaliteitsverbeterproject):

Criterium (Zie Scorelijst voor details)	Maximale score ³	Score gegeven aan AIOS door de opleider	Toelichting op de beoordeling
1. <u>Identificatie van het kwaliteitsonderwerp</u> a. Vraagstelling en afbakening b. Toegepaste methoden/technieken	3 3		
2. <u>Analyse van de huidige situatie</u> Toegepaste methoden/technieken	6		
3. <u>Identificatie van het probleem/ de problemen en verbeterstrategie</u> Toegepaste methoden/technieken	6		
4. <u>Implementatie van het verbeterplan</u> Toegepaste methoden/technieken	3		
5. <u>Nameting</u> Toegepaste methoden/technieken	3		
6. Reflectie	3		
7. Stijl, structuur en presentatie	3		
Totaal	30		
Datum:	Plaats:		
Opmerkingen Opleider/Beoordelaar over het procesverloop en het projectmanagement door de aios:			
Naam opleider-beoordelaar:		Handtekening:	

³ Cesuur: ≥15 = voldaan

SCOREFORMULIER

Beoordeling Meesterstuk VvZG		kan beter 1 punt	voldoende 2 punten	goed 3 punten	weging	score		
Categorie	Criteria			* factor	maximaal	minimaal	mean	
1	identificatie van het kwaliteitsonderwerp: vraagstelling en afbakening	vraagstelling is niet of onduidelijk beschreven	vraagstelling is omschreven, er is omschreven wat wel en niet tot de vraag hoort	doel en scope van het kwaliteitsonderwerp zijn eenduidig en smart beschreven (subject + quality focus + verb)	1	3	1	2
2	toegpaste methoden en technieken	onduidelijk op basis waarvan de vraagstelling tot stand is gekomen	de vraagstelling is gemotiveerd	er zijn technieken toegepast om de vraagstelling te genereren die voor draagvlak zorgen bijvoorbeeld (multivoting, brainstorming, delphi techniek). Er is een stakeholdersanalyse beschreven, en er is een analyse gedaan om het draagvlak te toetsen	1	3	1	2
3	analyse van de huidige situatie	er is geen duidelijke onderzoeksstrategie gekozen of uitgevoerd om de huidige situatie in kaart te brengen.	er is een analyse gedaan van de huidige werkwijze. De uitkomsten van de analyse zijn beargumenteerd. Er is beschreven wat de effecten van de huidige werkwijzen zijn. De analyse geeft voldoende input voor het bepalen van de noodzakelijke veranderingen t.o.v. de gewenste uitkomst.	voor de analyse zijn meerdere technieken op de juiste manier toegepast, bijvoorbeeld: processmapping (tree diagram, FRAM), benchmarken, inzet van kwalitatieve methodieken (focusgroep, interviews/ enquête etc), 0 meting dmv bijvoorbeeld Clinical Audit of SPC (runcharts etc)	2	6	2	4
4	identificatie van het probleem en identificatie van de verbeterstrategie	er is geen duidelijke probleem analyse gedaan.	er is een probleem geïdentificeerd waar een verbeterstrategie aan gekoppeld wordt.	voor de analyse van het probleem zijn diverse technieken op de juiste manier toegepast, bijvoorbeeld: fishbone diagram, 5 x why, tree diagram. Uitkomsten zijn helder en begrijpelijk gepresenteerd. Er is een identificatie gedaan van verschillende type verbetermaatregelen, de voorgestelde verbetermaatregelen zijn getoetst op haalbaarheid (bijv CAST)	2	6	2	4
5	Implementatie van verbeterplan	Er is geen (duidelijk) omschreven verbeterplan	Er is een plan van aanpak gemaakt om verbeteringen in te voeren. Er is geen verslag gedaan van toetsing van haalbaarheid. Verantwoordelijkheden zijn benoemd, maar niet smart geformuleerd.	Er is een verbeterplan uitgewerkt, waarin er een duidelijke verbinding is gemaakt met de uitkomsten van de voorgaande analyse over verbetermaatregelen en haalbaarheid. Verantwoordelijkheden en tijdspad zijn benoemd. Plan wordt uitgevoerd en gemonitord.	1	3	1	2
6	nameting en borging	Er is geen nameting gedaan, er zijn geen aanbevelingen verdere borging van de kwaliteitsverbetering gedaan.	het meesterstuk bevat duidelijke aanbevelingen voor borging en adviezen om nameting op te zetten.	Er is een nameting uitgevoerd en de resultaten zijn gebruikt om tot aanbevelingen voor verdere borging te komen. Voor de nameting zijn diverse tools gebruikt als bijvoorbeeld Clinical audit, of SPC (runcharts etc), kwalitatieve tools (interview, enquête etc)	1	3	1	2
7	reflectie	reflectieverslag ontbreekt	persoonlijke ontwikkeling en leermomenten zijn weergegeven. De reflectie heeft een evaluatief karakter	beargumenteerde open en zelfkritische reflectie over inhoud, proces en leiderschapsstijl. Reflectie wordt gerelateerd aan competentieontwikkeling en de ontwikkeling van clinical governance rollen als ziekenhuisarts.	1	3	1	2
8	Stijl, structuur, presentatie	Meesterstuk ziet er onverzorgd uit en/of is te laat.	Meesterstuk is overzichtelijk ingedeeld en compleet. Het bevat een weergave van de daadwerkelijke uitvoering van het kwaliteitverbeterproject.	Meesterstuk is gemaakt in wetenschappelijk gefundeerde stijl. Vormtechnisch goed opgebouwd. Resultaten zijn op een interessante, heldere en correcte wijze gepresenteerd.	1	3	1	2
Cesuur: ≥ 15 = voldaan						30	10	20

BIJLAGE 1: LEERDOELEN UIT HET CURRICULUM ZIEKENHUISGENEESKUNDE

LEERDOELEN 1^{STE} OPLEIDINGSJAAR IN RELATIE MET KWALITEIT EN PV

Voor het behalen van Leerdoelen *zijn vaak meerdere activiteiten van toepassing. Daar waar meest specifiek staan ze expliciet vermeld bij activiteiten en opdrachten.*

1. neemt kennis van het binnen een verpleegafdeling geldende medisch beleid en regels, afspraken en protocollen, en past deze adequaat toe (M 1.3)
2. is bekwaam in situaties waarin de patiëntveiligheid in het geding is of (extra) aandacht vraagt en weet in voorkomende situaties adequaat preventief te handelen (Ma 5.4)
3. herkent gemaakte fouten, zowel van zichzelf als van anderen, maakt deze bespreekbaar en weet er lering uit te trekken. (Ma 5.4)
4. informeert de patiënt desgewenst over klachtenprocedures en instanties (Ma 5.4)
5. beschikt over kennis en inzicht met betrekking tot de organisatie van multidisciplinaire zorgverlening en past deze kennis adequaat toe (M 3.4).
6. gaat waar mogelijk volgens richtlijnen te werk (O 6.2)
7. participeert in overleg en werkgroepen gericht op het verbeteren van de werkorganisatie en de samenwerking tussen de verschillende medewerkers op de afdeling (en het ziekenhuis).(O 6.3)
8. draagt bij aan de ontwikkeling van gegevensregistratie die van belang is voor bedrijfsvoering c.q. kwaliteit van zorg (O 6.3)
9. draagt bij aan de zorg voor een veilig werkklimaat (O6.3)
10. beschikt over kennis van informatie- en communicatietechnologie en past deze toe (O 6.4)
11. heeft een eigenstandige zorgplicht en zal geen handelingen verrichten die buiten zijn kennis of vermogen liggen (P 7.3)
12. laat zien in staat te zijn eigen taken af te bakenen ten opzichte van andere medische disciplines en de verpleegkundige professie (P 7.3)
13. committeert zich aan ethische beginselen met betrekking tot het al dan niet leveren van klinische zorg, vertrouwelijkheid van patiëntgegevens, vertrouwelijk verkregen toestemming (informed consent) en bedrijfsvoering (P 7.4)
14. toont een actieve instelling waarbij hij eigen lacunes of onvolkomenheden in de beroepsuitoefening opspoort en tracht deze via nascholing of anderszins op te heffen (P 7.1).
15. kan feedback geven en ontvangen en laat zien hieruit lering te trekken (P7.1).
16. toont nieuwsgierigheid en de bereidheid om gewoontes, vooroordelen, houding en verder en van zichzelf en van naaste medewerkers kritisch onder de loep te nemen (P 7.2).
17. gaat adequaat om met eigen gevoelens, remmingen, normen en waarden, in relatie tot bepaalde gevoelens, opgeroepen door contact met een patiënt of iemand in diens directe omgeving (irritatie, afkeer, schaamte, erotiek, etc.) (P 7.2).
18. is zich bewust van het belang van non-verbale signalen, kan deze bij zichzelf herkennen en hier adequaat mee omgaan (P7.2)
19. is in staat irrationeel gedrag te herkennen en past zijn handelen hierop aan (P7.2).
20. signaleert gevoelens van onvrede, aanwezig bij de patiënt en/of zichzelf en maakt deze bespreekbaar (P 7.2).

21. laat zien in staat te zijn om zijn oordeel op te schorten bij intercollegiaal overleg, en n.a.v. dit overleg zo nodig aan te passen (P 7.2).
22. herkent affect en emoties in intercollegiaal overleg (P 7.2).
23. herkent irrationeel gedrag tussen professionals en maakt dit bespreekbaar (P 7.2).
24. gaat adequaat om met hiërarchisch professionele relaties zoals een opleidingsrelatie of hiërarchie gebaseerd op macht, structuur of expertise (P 7.2).
25. geeft blijk van besef dat het voor het functioneren als ziekenhuisarts van belang is dat hij kan omgaan met onzekerheid en eigen beperkingen kan onderkennen (P 7.3).
26. beschikt over kennis van de in het betreffende ziekenhuis vigerende zorgpaden en protocollen (S 3.4)
27. handelt in overeenstemming met vigerende wetgeving, waaronder met name de wet BIG, WGBBO, Wet Orgaandonatie, Wet op de privacy (WBP), Wet op de levensbeëindiging (WOLB), FONA, METc- en WMO-regelgeving, Beleidsregels gunstbetoon, en de WBP (Ma 5.3)
28. is op de hoogte van de wijze waarop verpleegafdeling en ziekenhuis zijn ingericht en maakt adequaat gebruik van diverse informatiestromen, procedures en protocollen (O 6.3)
29. handelt conform de geldende beroepscode en wet- en regelgeving (P 7.4)
30. draagt bij aan een effectieve en efficiënte bedrijfsvoering, rekening houdend met het beleid van ziekenhuis en budgettaire kaders (beschikbare mensen en middelen). (O 6.3)
31. blijft op de hoogte van medisch-inhoudelijke ontwikkelingen op het gebied van de ziekenhuisgeneeskunde en vermeerderd deze kennis in een continu leerproces (W 4.3)
32. heeft een gefundeerde kritische houding t.o.v. wetenschappelijke kennis waarop het medisch handelen is gebaseerd (W 4.1.)

LEERDOELEN 2^{DE} OPLEIDINGSJAAR IN RELATIE MET KWALITEIT EN PV

Voor het behalen van Leerdoelen zijn vaak meerdere activiteiten van toepassing. Daar waar meest specifiek staan ze expliciet vermeld bij activiteiten en opdrachten.

1. is in staat verschillende standpunten en meningen te wegen en te komen tot een synthese in het belang van de patiënt (S 3.1)
2. beschikt over kennis en inzicht met betrekking tot de organisatie van transmurale zorg en past deze kennis adequaat toe (S 3.4)
3. weet hoe klinisch epidemiologische kennis, opgedaan in groepen patiënten, vertaald kan worden naar de individuele patiënt (W 4.1)
4. herkent incidenten in de patiëntenzorg, tracht deze door bespreking en verbetering van processen hanteerbaar te maken, weet hoe deze incidenten correct te melden en neemt passende correctieve en/of preventieve maatregelen (Ma 5.4)
5. maakt complicaties, opgetreden bij de behandeling van patiënten, bespreekbaar, zowel voor collega's als voor de patiënt (Ma 5.4)

LEERDOELEN 3^{DE} OPLEIDINGSJAAR IN RELATIE MET KWALITEIT EN PV

Voor het behalen van Leerdoelen *zijn vaak meerdere activiteiten van toepassing. Daar waar meest specifiek staan ze expliciet vermeld bij activiteiten en opdrachten.*

1. kan bij multidisciplinair overleg zowel de rol van participierend lid als die van voorzitter vervullen (S 3.4)
2. geeft blijk van een adequaat vermogen ten aanzien van voorkomen, onderhandelen en oplossen van een interprofessioneel conflict en respecteert daarbij verschillen, misverstanden en beperkingen van anderen (S 3.4)
3. levert een bijdrage aan de ontwikkeling van het wetenschappelijk domein van de ziekenhuisgeneeskunde door zelf onderzoeks- en/of kwaliteitsprojecten op te zetten dan wel deel te nemen aan dergelijke projecten, opgezet vanuit andere disciplines (W 4.2) en is zich daarbij bewust van de grenzen tussen wetenschappelijk onderzoek met mensen en een kwaliteitsproject in het kader van verbeteren / veranderen.
4. ontwerpt en evalueert efficiënte, effectieve, veilige en patiëntvriendelijke onderzoeks- en behandelingsprocedures waarbij meerdere medische specialismen zijn betrokken (W4.2)
5. beschikt over kennis van ethische en medisch-maatschappelijke aspecten van onderzoek (W 4.2)
6. neemt, in samenwerking met ziekenhuishygiëne, initiatief ter preventie van verspreiding van nosocomiale infectieziekten (Ma 5.2)
7. is in staat de regie en coördinatie van de patiëntenzorg op de verpleegafdeling uit te voeren vanuit het perspectief van clinical governance (O 6.3)
8. is in staat een onderwerp voor een clinical audit te selecteren, deze uit te voeren, te evalueren en te presenteren (O 6.3)
9. bevordert de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid door bevordering van het opstellen en toepassen van richtlijnen en protocollen binnen een verpleegeenheid (O 6.3)
10. voert methodisch onderzoek uit naar de doelmatigheid en effectiviteit van de verleende medische zorg, en naar oorzaken van onverwachte verschijnselen tijdens medische behandeling (O 6.3)
11. draagt zorg voor implementeren en borgen van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid (O 6.3)
12. gebruikt informatietechnologie t.b.v. het toepassen van een kwaliteitssysteem (O 6.4)

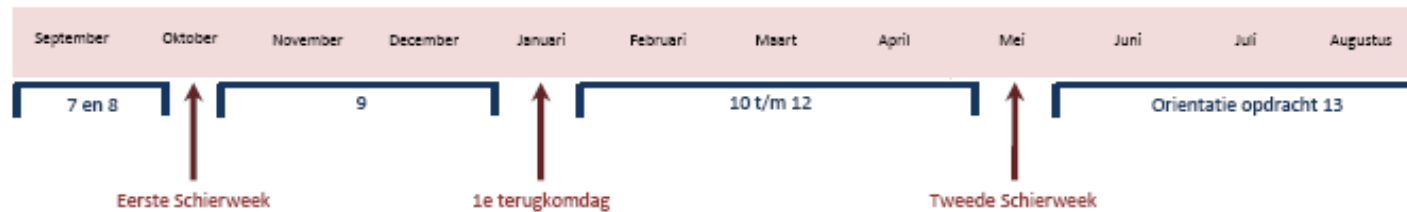


BIJLAGE 2: TIJDLIJN EN KORTE OMSCHRIJVING OPDRACHTEN EN CURSUSSEN

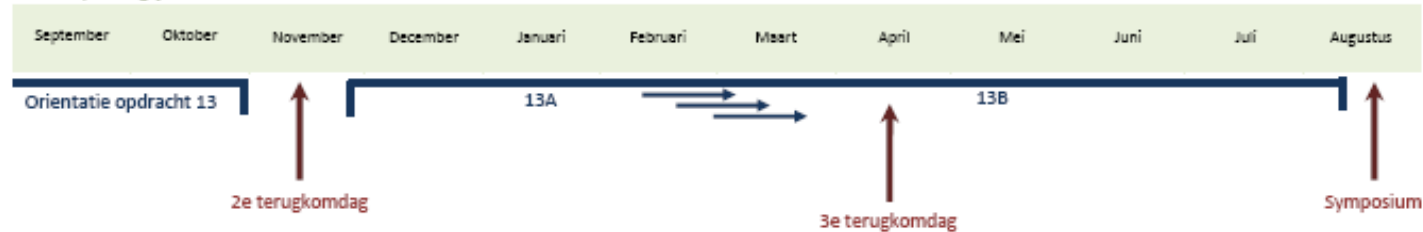
Eerste opleidingsjaar



Tweede opleidingsjaar



Derde opleidingsjaar



1e opleidingsjaar
 Opdracht 1: Lees Hoofdstuk 8, 12, 13, 14, 21., om een overzicht over de materie te krijgen, in: Dillmann, R. et al. 2016: <i>Patientveiligheid, handboek voor medisch specialistische zorg</i>. Utrecht, de Tijdstroom.
 Opdracht 2: Volg ten behoeve van de toepassing van de communicatieprincipes voor patiëntveiligheid een SBAR-training (Communicatie-methodiek gebaseerd op: Situation, Background, Assessment, Recommendation) of soortgelijke training.
 Opdracht 3: Voer een CAT (critically appraised topic) of referaat of patiëntbespreking uit over een onderwerp op het terrein van patiëntveiligheid of kwaliteit van zorg
 Opdracht 4: Houd een interview met de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patiëntveiligheid waarin je bevindingen uit de oriëntatiefase op kwaliteit en veiligheid worden besproken en werk het interview kort uit t.b.v. voorbereiding op de 1^e Schierweek.
 Opdracht 5: Interview de medisch manager/hoofd afdeling (of vergelijkbaar) over de inrichting van het ziekenhuis en de afdeling om kennis omtrent de inrichting van kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheid in je eigen instelling te vergroten.
 Opdracht 6: Vorm aan de hand van het lokale beleid een beeld van de rol van de ziekenhuisarts en bespreek dit met je opleider in het voortgangsgesprek aan het einde van het 1^e jaar.
2e opleidingsjaar
 Opdracht 7: Bedenk (met steun van de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patiëntveiligheid en eventueel met ouderejaars collega's) mogelijke onderwerpen voor verbeterprocessen binnen de klinische setting ter voorbereiding van de vragen die in de eerste cursusweek aan de orde komen. Deze onderwerpen kunnen gebruikt worden als casus tijdens de Schierweek en voor de opdracht na de Schierweek.
 Opdracht 8: Vul de vragenlijst 'preparing for learning about clinical governance' in. (cursusboek clinical governance manual; nb de vragenlijst wordt meegestuurd met het programma voor deze week)
 Opdracht 9: - Voer met behulp van de tool 'assessment and development plan for clinical governance' (Werkboek cursus clinical governance) een assessment uit van de mate waarin clinical governance binnen het eigen ziekenhuis/de eigen afdeling is ingebed. - Sterkte-zwakke analyse in relatie tot clinical audit - Sterkte-zwakke analyse in relatie tot quality improvement

- Sterkte-zwakte analyse in relatie tot evidence-based practice
 - Sterkte-zwakte analyse in relatie tot patient participatie/patient ervaringen
 - Sterkte-zwakte analyse in relatie tot patientveiligheid en clinical risk management
 - Sterkte-zwakte analyse in relatie tot klachtenafhandeling
 - Sterkte-zwakte analyse in relatie tot evaluatie en ontwikkeling van medewerkers
- b. Maak op grond van de conclusies van de analyses een presentatie voor het opleidingsteam
- c. Presenteer op de 1^e terugkomdag kort je ervaringen over het maken van de sterkte-zwakte analyses, je leerpunten en leervragen. (max. 5 minuten per persoon).



Opdracht 10:

- a. voer zelfstandig een clinical audit uit en evalueer met de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patientveiligheid de toegepaste clinical audit methodiek (vergelijking met het geleerde in de theorie)
- b. Maak een 10 minuten presentatie over het proces clinical audit dat je hebt doorgemaakt.
- c. Presenteer de bevindingen binnen het opleidingsteam in het eigen ziekenhuis.



Opdracht 11: Neem volgens de werkwijze in de organisatie actief deel aan een PRISMA-analyse. Besteed bij de nabespreking met de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patientveiligheid aandacht aan de human factors.



Opdracht 12:

- Maak een top-5 van kwaliteitverbeteronderwerpen en neem deze lijst mee naar Schierweek 2.
- Lees hoofdstuk 2 Quality Improvement Manual: teamvorming en teamdevelopment tevoren door en wees voorbereid op het kunnen reflecteren op de teamvorming zoals die ontstaat tijdens Schierweek 2.
- Lees hoofdstuk 18 Quality Improvement Manual door en overweeg eventuele ethische issues bij de 5 keuze onderwerpen die je meeneemt naar de Schierweek.

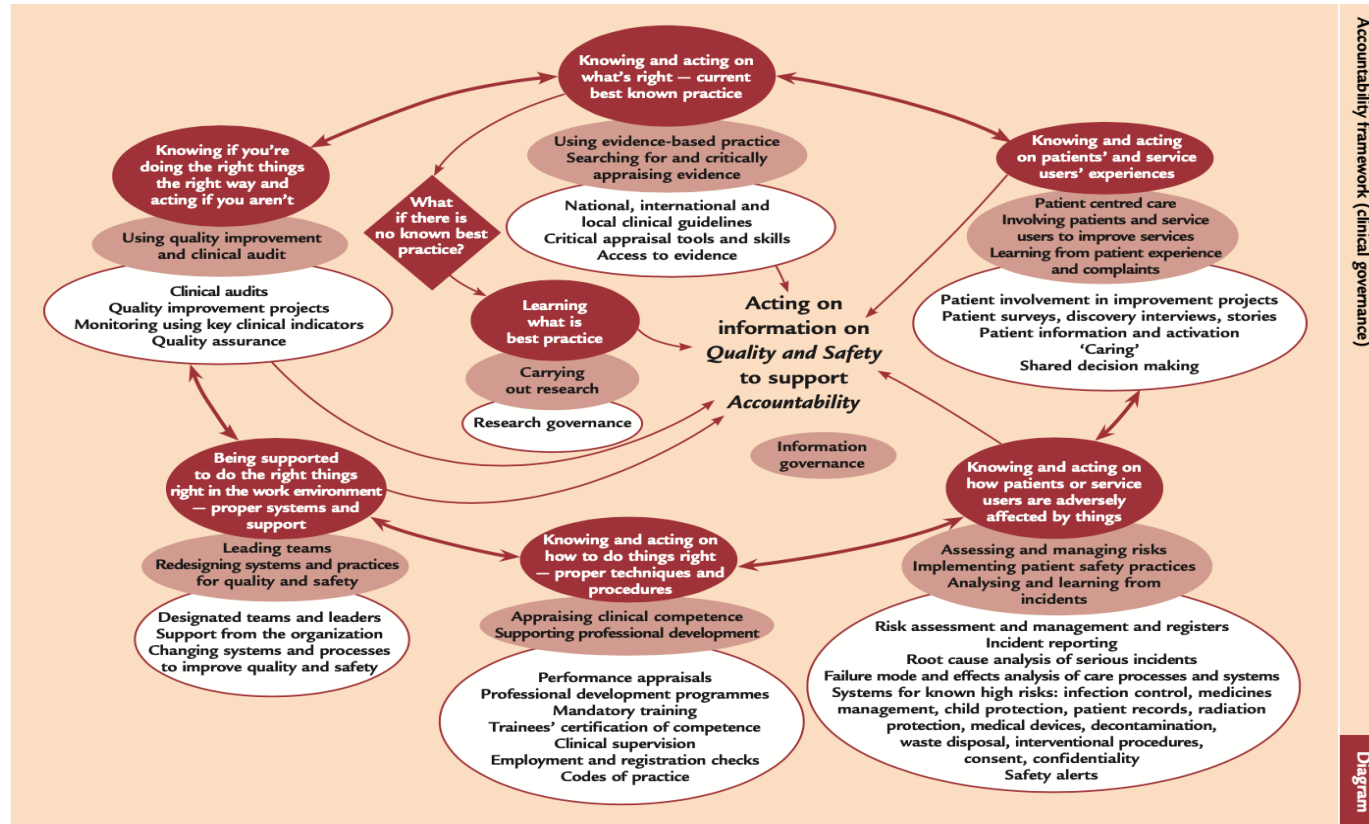
3e opleidingsjaar



Opdracht 13 Meesterstuk (zie toelichting hoofdstuk 5) afhankelijk van het project/onderwerp: opleidingsactiviteiten en eventueel specifieke leerdoelen worden besproken met opleider, opdrachtgever project en inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patientveiligheid en vastgelegd in individueel opleidingsplan (IOP)

- opdracht 13 A: projectmandatering
- opdracht 13.B: uitvoering meesterstuk

BIJLAGE 3: DIAGRAM ACCOUNTABILITY FRAMEWORK



Figuur 2: Health Care Quality Quest. 2020 Clinical Governance Manual

BIJLAGE 4: AANBEVOLEN LITERATUUR – SITES – CONGRESSEN

AANBEVOLEN LITERATUUR

1. Wollersheim, H. (red) e.a. Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg. Houten: BSL, 2011
2. Wagner, C. Wal, G. van der. Voor een goed begrip. Medisch Contact, 2005; 60: 1888-91 [komt ook aan de orde in hoofdstuk 5 boek Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg]
3. Gedragscode: Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA). De Ietselschade Raad, 2010
4. Everdingen, J. van, Dreesens, D. Kwaliteitscanon: Kwaliteit van zorg in honderd woorden. Den Haag, Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2009 www.regieraad.nl
5. Nivel 2013. Implementatie VMS Nederland.
6. <https://www.demedischspecialist.nl/kennisinstituut/kennisgebieden>
7. Toetsingskader kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden & meetinstrumenten 2015 VERSIE 2.1 - 18 JUNI 2018
8. <https://dica.nl/jaarrapportage-2015/clinical-auditing#hoe-levert-clinical-audit-resultaat>
9. Dillmann. R., et al. Patientveiligheid; handboek voor medisch specialistische zorg. Utrecht: de Tijdstroom, 2016
10. Ahaus, C.T.B., Heineman, E., Kromme, N.M.H. (2011). Clinical Governance en het streven naar excellentie. Kwaliteit in Zorg, 3, 10-14.
11. <http://www.hqg.co.uk>. Healthcare Quality Quest. 2020. *Clinical Governance Manual* en *Quality Improvement Manual*.

Klassiekers!

12. "To Err is Human" report published by the Institute of Medicine (IOM) in 1999 (must read geschiedenis)
13. Berwick, D.M. et al. 1991. Curing Health Care.
14. Berwick, D.M. et al. 2014. Promising Care. Collected Speeches 2003-2012. Jossey-Bass
15. Gawande, A. Het Checklist Manifest. NZ oktober 2010 (en alle andere werken van Gawande warm aanbevolen)

SITES

www.ihl.org

www.health.org.uk

www.knmg.nl

www.cbo.nl

<https://www.isqua.org/>

<https://www.hospitalmedicine.org>

CONGRESSEN

BMJ Quality & Safety

Annual Congress Society Hospitalist Medicine

IHI congress

ISQUA congress