

LINTPROGRAMMA

KWALITEIT EN PATIENTVEILIGHEID

OPLEIDING ZIEKENHUISGENEESKUNDE

HOORT BIJ EPA 8: KWALITEITSVERBETERING EN PATIËNTVEILIGHEID



JUNI 2026



1.	<i>Leeswijzer</i>	3
2.	<i>Inleiding: kwaliteit en veiligheid in de opleiding tot ziekenhuisarts</i>	4
3.	<i>Toelichting kwaliteitsweken en het Meesterstuk</i>	5
	Koppeling aan de kwaliteitsweken	5
	A-TEAM approach	5
4.	<i>Beoordeling van het Meesterstuk</i>	6
5.	<i>de verschillende opleidingsjaren</i>	7
	Opleidingsjaar 1: Oriëntatie	7
	Opleidingsjaar 2: Oefenen	7
	Opleidingsjaar 3: Meesterstuk	7
	<i>tabel 1: Opleidingsactiviteiten en toetsen in het 1^e opleidingsjaar</i>	8
	<i>tabel 2: Opleidingsactiviteiten en toetsen in het 2^e opleidingsjaar</i>	9
	<i>tabel 3: Opleidingsactiviteiten en toetsen in het 3^e opleidingsjaar</i>	12
	<i>Bijlage 1: Beoordeling Meesterstuk Opleiding Ziekenhuisarts</i>	13
	<i>bijlage 2 Scoreformulier</i>	14
	<i>Bijlage 3: Leerdoelen uit het curriculum Ziekenhuisgeneeskunde</i>	15
	Leerdoelen 1 ^{ste} opleidingsjaar in relatie met kwaliteit en PV	15
	Leerdoelen 2 ^{de} opleidingsjaar in relatie met kwaliteit en PV.....	16
	Leerdoelen 3 ^{de} opleidingsjaar in relatie met kwaliteit en PV.....	16
	<i>Bijlage 4: Tijdlijn en korte omschrijving opdrachten</i>	17
	<i>Bijlage 5: Aanbevolen Literatuur – sites – congressen</i>	19

1. LEESWIJZER

In dit document staan de leerdoelen per opleidingsjaar, de uitvoering van het meesterstuk en de inhoud van de kwaliteitsweken beschreven.

Per opleidingsjaar is in een tabel opgenomen:

- **Focus:** het centrale thema waaraan de activiteiten zijn gekoppeld.
- **Activiteiten:** werkzaamheden in de dagelijkse praktijk om kwaliteit en veiligheid toe te passen.
- **Opdrachten:** praktische opdrachten uit het opdrachtenboek die aansluiten bij de leerdoelen.
- **Toetsing:** de beoordelingsinstrumenten waarmee wordt vastgesteld of de leerdoelen zijn behaald.

Veel leerdoelen, gekoppeld aan de EPA's uit het landelijk opleidingsplan ([landelijk opleidingsplan](#)), worden bereikt tijdens het werk op de afdeling en in de directe patiëntenzorg. Ook deelname aan klinische activiteiten, zoals afdelingsvisites en multidisciplinaire overleggen en aan niet-klinische kwaliteitsactiviteiten, zoals incidentencommissies en kwaliteitsrondes, draagt bij aan het behalen van EPA 8.

De benodigde competenties worden ontwikkeld tijdens het cursorisch onderwijs (de kwaliteitsweken) en door het uitvoeren van de opdrachten. Verdieping en reflectie vinden plaats tijdens intervisiebijeenkomsten. De voortgang wordt besproken in voortgangsgesprekken met de opleider en/of de kwaliteitsfunctionaris (die verbonden is aan de opleiding). In dit document wordt de term kwaliteitsfunctionaris gebruikt voor de deskundige kwaliteit en patiëntveiligheid die betrokken is bij de opleiding tot ziekenhuisarts^{KNMG}. Deze functie kan per opleidingshuis een andere naam hebben.

Alle specifieke opdrachten en eventuele aanpassingen worden vastgelegd in het Individueel Opleidingsplan (IOP). Resultaten van opdrachten worden opgenomen in het elektronisch portfolio onder 'Onderwijs & Wetenschap'. Overige beoordelingen worden geregistreerd bij de betreffende EPA's in het elektronisch portfolio.

De tabellen zijn als volgt opgebouwd:

<i>Focus</i>	<i>Activiteit of Opdracht</i>	<i>Opmerkingen</i>
Beschrijving van het centrale thema waaraan de activiteiten zijn gekoppeld.	<i>Activiteiten</i> Werkzaamheden waarmee kwaliteit en patiëntveiligheid worden geïntegreerd in de dagelijkse zorg.	Toelichting of aanvullende informatie over de activiteit of opdracht.
	<i>Opdrachten</i> Opdrachten op het gebied van clinical governance, kwaliteit en patiëntveiligheid. Deze zijn bedoeld om kennis, inzicht en vaardigheden te ontwikkelen. Per opdracht is aangegeven wanneer deze uiterlijk moet zijn afgerond. De opdrachten zijn genummerd (zie tijdlijn, bijlage 2).	
<i>Toetsing</i>	Beschrijving van de beoordelingsinstrumenten waarmee wordt vastgesteld of de leerdoelen zijn behaald.	

NB: Een overzicht van alle verplichte opdrachten is opgenomen in **bijlage 3**. Hierin zijn de opdrachten weergegeven op een tijdlijn en gekoppeld aan de kwaliteitsweken en terugkomdagen van het Lintprogramma.

2. INLEIDING: KWALITEIT EN VEILIGHEID IN DE OPLEIDING TOT ZIEKENHUISARTS

De ziekenhuisarts^{KNMG} verleent generalistische zorg aan patiënten en draagt verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg (EPA 8: Kwaliteit & Patiëntveiligheid).

Deze EPA richt zich op de ontwikkeling van de AIOS Ziekenhuisgeneeskunde in het bewaken, verbeteren en borgen van kwaliteit en patiëntveiligheid. Dit gebeurt zowel op het niveau van de individuele patiënt als op het niveau van de afdeling en de organisatie. Daarom leert de AIOS ook kwaliteitsverbeteringen op te zetten, uit te voeren en te begeleiden.

Tijdens de opleiding ontwikkelt de AIOS deze competenties stapsgewijs:

- **Jaar 1:** kennismaken met en oriënteren mbt kwaliteit en patiëntveiligheid.
- **Jaar 2:** toepassen en oefenen met kwaliteitsinstrumenten (tools).
- **Jaar 3:** kennis en vaardigheden zelfstandig beheersen en toepassen. De opleiding wordt afgesloten met een verplicht verbeterproject (het meesterstuk).

Het **Clinical Governance Framework** (figuur 1) vormt de basis voor de ontwikkeling van kennis en vaardigheden op het gebied van kwaliteit en patiëntveiligheid. Daarbij staan steeds de volgende vragen centraal:

- Wat betekenen kwaliteit en patiëntveiligheid binnen het ziekenhuis?
- Hoe pas ik kwaliteit en patiëntveiligheid toe in mijn dagelijks werk als ziekenhuisarts?
- Hoe voer ik een kwaliteitsverbetering uit en welke methoden en instrumenten (tools) gebruik ik daarbij?



Figuur 1 Clinical Governance Framework

3. TOELICHTING KWALITEITSWEKEN EN HET MEESTERSTUK

Naast klinische stages laat de AIOS in het derde opleidingsjaar zien dat hij of zij kwaliteitsverbeterprojecten kan uitvoeren. Dit gebeurt met een **meesterstuk**: een praktijkopdracht op het gebied van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. Het meesterstuk is ook de afsluiting van **EPA 8** van de opleiding tot ziekenhuisarts ^{KNMG}.

In de eerste zes maanden van het derde opleidingsjaar bereidt de AIOS het meesterstuk voor. In de laatste zes maanden wordt het project uitgevoerd en afgerond.

De AIOS voert een kwaliteitsverbeterproject uit in opdracht van een opdrachtgever, meestal de stagehouder van de keuzestage. De opdracht wordt samen met de opleider en een deskundige op het gebied van kwaliteit en veiligheid (K&V), de kwaliteitsfunctionaris, opgesteld en is gericht op verbetering binnen de eigen ziekenhuisorganisatie.

Het project wordt uitgevoerd volgens het **Accountability Framework**. Daarbij staan de implementatie van kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheid centraal.

KOPPELING AAN DE KWALITEITSWEKEN

Het onderwijs over kwaliteit en patiëntveiligheid bestaat uit twee kwaliteitsweken met bijbehorende terugkomdagen. Deelname aan alle kwaliteitsweken en terugkomdagen is verplicht.

Tijdens **Kwaliteitsweek 1 (Clinical Governance)** leert de AIOS de basisprincipes van kwaliteit en patiëntveiligheid en hoe een clinical audit wordt uitgevoerd. Op **terugkomdag 1** presenteert de AIOS de resultaten van de uitgevoerde clinical audit.

Tijdens **Kwaliteitsweek 2 (Quality Improvement)** krijgt de AIOS praktische handvatten (tools) voor het uitvoeren van het meesterstuk. Om hier goed aan deel te nemen, brengt de AIOS 5 mogelijke onderwerpen voor het meesterstuk mee. Deze onderwerpen worden vooraf afgestemd met de opleider en de lokale kwaliteitsfunctionaris.

Na Kwaliteitsweek 2 werkt de AIOS het meesterstuk verder uit. De uitvoering van het project gebeurt volgens de **A-TEAM approach**.

A-TEAM APPROACH

Het meesterstuk wordt uitgevoerd volgens de **A-TEAM approach**:

- **Agreement** – bepaal en stem het onderwerp van het project af (eens worden).
- **Teamvorming** – stel een projectteam samen en breng de relevante stakeholders in kaart.
- **Establish the baseline** – voer een proces- en probleemanalyse uit om de Ausgangssituatie vast te stellen.
- **Agree** – bepaal de verbetermaatregelen en voer deze uit (implementeren).
- **Measure** – evalueer de resultaten met een nameting en zorg voor borging van de verbeteringen.

Tijdens de uitvoering van het meesterstuk wordt de AIOS begeleid door de kwaliteitsfunctionaris en de opleider. De voortgang wordt gevolgd aan de hand van de mijlpalen uit het projectplan. De opleider bewaakt het proces zoveel mogelijk op afstand, zodat de eindbeoordeling zo objectief mogelijk kan plaatsvinden.

De AIOS rondt het meesterstuk af met:

- een schriftelijke rapportage;
- een presentatie in het eigen ziekenhuis;
- een poster, die opgehangen zal worden bij het jaarlijkse symposium
- een samenvatting van het meesterstuk, deze zal op de website van de VvZG worden gezet

De beoordeling van het meesterstuk maakt deel uit van de eindbeoordeling en vormt een onderdeel van de officiële afronding van de opleiding tot ziekenhuisarts^{KNMG}.

4. BEOORDELING VAN HET MEESTERSTUK.

Met het meesterstuk laat de AIOS zien dat hij of zij:

- de principes van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid beheerst;
- inzicht heeft in de rol van de ziekenhuisarts (ZHA) op het gebied van kwaliteit en patiëntveiligheid;
- een kwaliteitsverbeterproject kan leiden en uitvoeren volgens de **A-TEAM approach**;
- de resultaten van een kwaliteitsverbeterproject kan vastleggen, rapporteren en delen.

Het meesterstuk wordt beoordeeld door een commissie uit het opleidingsziekenhuis. Deze bestaat doorgaans uit de opleider, de kwaliteitsfunctionaris en de begeleider van het betreffende opleidingsonderdeel (opdrachtgever).

Bij de beoordeling wordt gebruikgemaakt van de scorelijst in **bijlage 1**.

5. DE VERSCHILLENDE OPLEIDINGSJAREN

OPLEIDINGSJAAR 1: ORIËNTATIE

In het eerste opleidingsjaar maakt de AIOS kennis met kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. De AIOS leert het ziekenhuis, de afdeling en het kwaliteits- en veiligheidsbeleid van de instelling kennen.

Deze oriëntatie vindt vooral plaats tijdens het dagelijkse klinische werk, bijvoorbeeld door actief deel te nemen aan complicatie- en incidentbesprekingen. Ook maakt de AIOS kennis met de afdeling Kwaliteit en Veiligheid. Daarnaast neemt de AIOS deel aan intervisiebijeenkomsten, die gericht zijn op de ontwikkeling van de professionele rol op het gebied van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.

OPLEIDINGSJAAR 2: OEFENEN

In het tweede opleidingsjaar verdiept de AIOS zich in de theorie en methoden van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. Daarbij maakt de AIOS kennis met de **A-TEAM approach** en leert deze toe te passen in de praktijk.

De kennis en vaardigheden uit Kwaliteitsweek 1 en terugkomdag 1 worden toegepast door het uitvoeren van een **clinical audit** op de afdeling waar de AIOS werkzaam is.

OPLEIDINGSJAAR 3: MEESTERSTUK

In het derde opleidingsjaar brengt de AIOS de opgedane kennis en vaardigheden in de praktijk. De AIOS voert een kwaliteitsverbeterproject uit binnen de eigen afdeling of ziekenhuisorganisatie, waarbij de methoden en instrumenten uit Kwaliteitsweek 1 en 2 worden toegepast.

Het meesterstuk moet uiterlijk zes weken vóór het einde van de opleiding worden ingeleverd bij de opleider. Tijdens terugkomdag 2 bespreekt de AIOS de voortgang van het meesterstuk.

In de tabellen 1, 2 en 3 zijn per opleidingsjaar de bijbehorende activiteiten en opdrachten overzichtelijk weergegeven. De leerdoelen zijn te vinden in bijlage 3.

TABEL 1: 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 <i>(specifieke leerdoel 1 t/m 13, 26 t/m 30)</i>	• Maak kennis met de kwaliteitsfunctionaris en maak afspraken over wederzijdse verwachtingen en activiteiten. • Oriënteer je op de kwaliteits- en patiëntveiligheidsoverleggen binnen de afdeling, zoals de complicatie- en incidentbespreking. • Oriënteer je op ziekenhuisbrede kwaliteits- en patiëntveiligheidsstructuren en neem waar mogelijk deel aan overleggen, zoals de M&M-/necrologiebijeenkomst, managementreview, ziekenhuisbrede werkgroepen, VIM-besprekingen, calamiteitencommissie, bespreking van auditresultaten en medicatiecommissie. • Maak kennis met interne en externe normenkaders: het kwaliteits- en veiligheidsmanagementsysteem van het ziekenhuis, de rol van de IGJ en de manier waarop de raad van bestuur vaststelt dat het ziekenhuis 'in control' is op het gebied van kwaliteit en veiligheid, inclusief de gebruikte instrumenten.	Van de AIOS wordt actieve deelname aan de verschillende besprekingen verwacht. Feedback wordt gegeven door de stagehouder en/of opleider, onder andere via KPB's en voortgangsgesprekken. De AIOS reflecteert voortdurend op de eigen rol en die van het ziekenhuis, onder meer tijdens gesprekken en intervisie.
	• Opdracht 1: Lees: <i>Patientveiligheid, handboek voor medisch specialistische zorg</i> (Dillmann et al., 2016), hoofdstukken 8, 12, 13, 14 en 21. • Opdracht 2: Volg een SBAR-training of vergelijkbare training over communicatie ten behoeve van patiëntveiligheid (SBAR: Situation, Background, Assessment, Recommendation). • Opdracht 3: Voer een CAT (Critically Appraised Topic), referaat of patiëntbespreking uit over een onderwerp op het gebied van patiëntveiligheid of kwaliteit van zorg.	Voor kwaliteitsweek 1 in het tweede opleidingsjaar zijn de aangegeven hoofdstukken vooraf bestudeerd.
Oriëntatie op de rol en positionering van de ZHA binnen de eigen instelling, inclusief eventuele knelpunten in de uitvoering van deze rol. <i>(specifiek leerdoel 14 t/m 25, 30 en 31.)</i>	• Opdracht 4 en 5: Interview de kwaliteitsfunctionaris en de medisch manager van de afdeling over de inrichting van het kwaliteitsmanagementsysteem van het ziekenhuis en de afdeling, om je kennis hierover te vergroten. • Opdracht 6: Vorm op basis van het lokale beleid een beeld van de rol van de ziekenhuisarts en bespreek dit met je opleider tijdens het voortgangsgesprek aan het einde van het eerste jaar.	Neem het beleid van de eigen instelling en de bevindingen uit het interview mee naar de eerste kwaliteitsweek.
Toetsing eerste jaar: De resultaten worden opgenomen in het portfolio.	• Stage- en voortgangsgesprekken met de opleider, met aantoonbare aandacht voor kwaliteitszorg en patiëntveiligheid. • Voortgangsgesprekken over het lintprogramma met de kwaliteitsfunctionaris die betrokken is bij de opleiding. • Vier KPB's over kwaliteit en patiëntveiligheid, bijvoorbeeld van een multidisciplinair overleg of complicatiebespreking. <i>(Hiermee worden KPB's bedoeld van activiteiten die zijn gerelateerd aan kwaliteit en patiëntveiligheid.)</i> • Beoordeling van een CAT of referaat over een onderwerp dat aansluit bij het profiel van de ziekenhuisarts en kwaliteit en patiëntveiligheid. • Certificaten van trainingen, waaronder SBAR en een morbiditeits- en mortaliteitsbespreking (of een vergelijkbare training, afhankelijk van het ziekenhuis). • Facultatief: lokaal cursorisch onderwijs over juridische aspecten. • Deelname aan lokale of landelijke intervisie (bewijsstukken opnemen in het portfolio).	

TABEL 2: OPLEIDINGSACTIVITEITEN EN TOETSEN IN HET 2^E OPLEIDINGSJAAR

Focus	Opleidingsactiviteiten en Opdrachten	Opmerkingen
Kwaliteitsverbetering in de dagelijkse praktijk • Doelmatigheid • Implementatie • Onderzoeksmethoden (zoals analyses) • Procesmanagement • Procedures en Protocollen <i>(specifiek leerdoel 2 en 3)</i>	Pas de basisprincipes van Clinical Governance toe in de dagelijkse patiëntenzorg • Neem deel aan de complicatiebesprekingen en incidentbesprekingen van de eigen afdeling. • Neem deel aan M&M-/necrologiebijeenkomsten van de instelling. • Pas de principes van kwaliteit en patiëntveiligheid toe in de dagelijkse patiëntenzorg. • Neem deel aan relevante multidisciplinaire besprekingen, met specifieke aandacht voor de rol van de ziekenhuisarts (in ouderenzorg, continuïteit en coördinatie van zorg).	Het is belangrijk dat je de theoretische kennis koppelt aan de praktijk in je eigen ziekenhuis. De kaders en tools uit de kwaliteitsweek helpen je daarbij en helpen je bij het beantwoorden van de vraag: ‘Hoe gaat dat bij ons?’
Vorbereidings- en verwerkingsopdrachten voor de eerste kwaliteitsweek	Vorbereiding op de eerste kwaliteitsweek Opdracht 7: Bedenk samen met de opleider en de kwaliteitsfunctionaris die verbonden is aan de opleiding mogelijke onderwerpen voor een clinical audit of verbeterproject binnen de klinische praktijk. Deze onderwerpen worden tijdens de kwaliteitsweek gebruikt om mee te oefenen. Opdracht 8: Vul de vragenlijst “ <i>Algemene verkenning Clinical Governance in de eigen organisatie</i> ” in. De vragenlijst is gebaseerd op <i>Manual Clinical Governance</i> (1-31 t/m 1-39). De Nederlandse versie van de manual wordt meegestuurd met het programma voor de eerste kwaliteitsweek. Na de eerste kwaliteitsweek (ter voorbereiding op de eerste terugkomdag): Voer een clinical audit uit in je eigen ziekenhuis. Opdracht 9 en 10: Herbeoordeling Clinical Governance in de eigen organisatie Voorafgaand aan de eerste kwaliteitsweek heb je de vragenlijst ‘ <i>Algemene verkenning Clinical Governance in de eigen organisatie</i> ’ ingevuld. Na de eerste kwaliteitsweek beoordeel je deze verkenning opnieuw vanuit de opgedane kennis over Clinical Governance. Heb je de vragenlijst nog niet eerder ingevuld? Voer deze dan alsnog uit. Gebruik onderstaande vragen voor je kritische beoordeling: 1. Sterke punten binnen Clinical Governance Op welke gebieden van het Clinical Governance Framework onderscheidt jouw organisatie zich? Gebruik voorbeelden om dit toe te lichten. 2. Ontbrekende onderdelen Voor welke onderwerpen uit het Clinical Governance Framework ontbreken voorbeelden of bewijs dat deze structureel worden uitgevoerd binnen jouw organisatie? 3. Betrokken professionals, afdelingen en systemen Welke professionals, afdelingen of systemen houden zich bezig met onderdelen van het Clinical	Maak bij opdrachten 7, 8 en 9 gebruik van de ondersteuning van de inhoudsdeskundigen Kwaliteit en Patiëntveiligheid, onder andere bij het invullen van de vragenlijst en het opstellen van de sterkte-zwakteanalyse. Lever je presentatie voor de terugkomdag uiterlijk vijf werkdagen van tevoren in.

Focus	Opleidingsactiviteiten en Opdrachten	Opmerkingen
	Governance Framework? Zijn deze bekend binnen alle lagen van de organisatie? • Operationeel: op de werkvloer • Tactisch: bij het management • Strategisch: bij de Raad van Bestuur 4. Belemmerende factoren Zijn er factoren binnen jouw organisatie die de structuur en cultuur van Clinical Governance belemmeren? • Zo ja, welke factoren zijn dit? • Belemmeren deze factoren het uitvoeren van klinische audits of het leren van incidentmeldingen? Licht je antwoord toe. 5. Verbeterpunten Wat is volgens jou nodig om de structuur en cultuur van Clinical Governance binnen jouw ziekenhuis verder te verbeteren? Opdracht 10: Clinical Audit • Voer zelfstandig een clinical audit uit. • Evalueer samen met de kwaliteitsfunctionaris de toegepaste auditmethodiek en vergelijk deze met de theorie. • Maak een presentatie van 10 minuten over het doorlopen proces van de clinical audit. • Presenteer de bevindingen aan het opleidingsteam binnen je eigen ziekenhuis.	
	Terugkomdag 1 staat in het teken van de Clinical Audit. Daarnaast wordt een kwaliteitsthema verder uitgediept.	Presentatie van de clinical audit door de AIOS.
Patiëntenparticipatie en patiëntgerichte zorg <i>(specifiek leerdoel 1)</i>	Inventariseer hoe patiëntenparticipatie is georganiseerd in jouw ziekenhuis. Denk hierbij aan instrumenten zoals een mystery guest, CQ-index, spiegelgesprekken, focusgroepen, PREMs, PROMs en samen beslissen.	Inzicht krijgen in het belang van patiëntenparticipatie en het toepassen van deze inzichten bij verbeteringen.
Patiëntveiligheid, veiligheids- en risicomanagement Methodieken: 1. Diagnostiek van patiëntonveiligheid 2. Preventie van patiëntonveiligheid 3. Rollen, teamcultuur en verantwoordelijkheden <i>(specifieke leerdoel: 1, 3 en 5)</i>	• Inventariseer welke risico's voorkomen binnen de patiëntenzorg en hoe deze kunnen worden voorkomen of verminderd. • Neem volgens de werkwijze van de organisatie actief deel aan een prospectieve risicoanalyse en bespreek met de kwaliteitsmedewerker die betrokken is bij de opleiding de aanpak. • Neem deel aan een interne audit of veiligheidsronde binnen de eigen instelling. • Analyseer een dossier ter voorbereiding op een mortaliteits- en morbiditeitsbespreking en neem deel aan deze bespreking. Bespreek de leerpunten na met de kwaliteitsmedewerker die betrokken is bij de opleiding. Na de eerste terugkomdag Opdracht 11: Neem volgens de werkwijze van de organisatie actief deel aan een PRISMA-analyse. Bespreek met de kwaliteitsmedewerker die betrokken is bij de opleiding de rol van human factors. Vorbereiding op kwaliteitsweek 2 Opdracht 12:	Bekend raken met de methodiek van interne audits en/of veiligheidsrondes door actieve deelname.

Focus	Opleidingsactiviteiten en Opdrachten	Opmerkingen
	- Maak een top 5 van mogelijke kwaliteitsverbeteronderwerpen en neem deze mee naar kwaliteitsweek 2. Bij voorkeur heeft de AIOS voorafgaand aan kwaliteitsweek 2 al een definitief onderwerp voor het meesterstuk gekozen. Tijdens kwaliteitsweek 2 worden hulpmiddelen aangereikt om tot een definitieve keuze te komen. - Lees vooraf hoofdstuk 2 van de <i>Quality Improvement Manual</i> over teamvorming en teamontwikkeling. Bereid je voor op reflectie over het proces van teamvorming tijdens kwaliteitsweek 2. - Lees hoofdstuk 18 van de <i>Quality Improvement Manual</i> en denk na over mogelijke ethische aspecten van de vijf gekozen onderwerpen.	
Kwaliteit en patiëntveiligheid binnen teams: rollen, verantwoordelijkheden en teamcultuur <i>(specifiek leerdoel: 1, 4 en 5)</i>	- Vergelijk de rollen en verantwoordelijkheden van teamleden met de inzichten over teamcultuur uit kwaliteitsweek 2. Analyseer de teamcultuur op de verschillende stageafdelingen en beoordeel de mate waarin een verbetercultuur aanwezig is. Bespreek je bevindingen met de kwaliteitsfunctionaris die betrokken is bij de opleiding - Neem actief deel aan complicatie- en incidentbesprekingen. - Onderzoek hoe op jouw afdeling wordt gewerkt aan het verbeteren van zorgprocessen en bespreek met je stagebegeleider/opleider waar mogelijkheden voor verbetering liggen. Betrek hierbij ook relevante procedures en protocollen. - Bespreek met de kwaliteitfunctionaris die betrokken is bij de opleiding de rol van het team en de arts na een calamiteit. Verdiep hiermee je inzicht in teamcultuur.	Focus op teams Het herkennen en bespreekbaar maken van onveilige situaties binnen teams, met aandacht voor risicomanagement en Just Culture.
Toetsing tweede jaar: opgenomen in het portfolio.	- Diverse stage- en voortgangsgesprekken met de opleider, met aantoonbare aandacht voor kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. - Voortgangsgesprekken binnen het Lintprogramma met de kwaliteitsfunctionaris die verbonden is aan de opleiding. - Vier KPB's specifiek gericht op kwaliteit en patiëntveiligheid, bijvoorbeeld over participatie, patiëntenparticipatie, interne audits/veiligheidsrondes en human factors in besprekingen. - CAT/referaat over een onderwerp gerelateerd aan het ZHA-profiel. - Reflectie op een uitgevoerd verbeterproject of clinical audit (kleinschalig project). - Deelname aan intervisie, met aandacht voor onder andere teams en verandermanagement. - Deelname aan en voorbereiding van kwaliteitsweken en terugkomdagen.	De integratie van het geleerde in de werkp praktijk, de oriëntatie binnen de instelling en de eigen ontwikkeling worden besproken tijdens voortgangsgesprekken met de opleider. Feedback wordt verzameld via de stagehouder en/of opleider, onder andere door middel van KPB's (korte praktijkbeoordelingen), CAT's en voortgangsgesprekken. Reflectie op de eigen rol en die van de ZHA is een doorlopend proces, ondersteund door gesprekken en deelname aan intervisie.

TABEL 3: OPLEIDINGSACTIVITEITEN EN TOETSEN IN HET 3^E OPLEIDINGSJAAR

Focus	Opleidingsactiviteiten en Opdrachten	Opmerkingen
Kwaliteitsverbetering in de dagelijkse praktijk a. Doeltreffendheid b. Implementatie c. Wetenschappelijk onderzoek d. Procesmanagement e. Procedures en protocollen <i>(Alle leerdoelen jaar 3)</i>	• Pas de kennis en vaardigheden uit voorgaande jaren toe tijdens besprekingen op de stageplaats. Neem in de tweede helft van het jaar zoveel mogelijk de rol van de ZHA op je en voer taken grotendeels zelfstandig uit, in afstemming met de stagehouder en de kwaliteitsfunctionaris die verbonden is aan de opleiding. • Neem deel aan afdelingsoverstijgende PV/KZ-commissies. • Richt je binnen het team op verandermanagement, in relatie tot het meesterwerkproject. • Draag actief bij aan teamontwikkeling door problemen, complicaties en kwaliteitsvraagstukken bespreekbaar te maken en een open en veilige cultuur te bevorderen. • Voer lokale onderwijs- en opleidingstaken uit of participeer hierin, gericht op kwaliteit en patiëntveiligheid voor AIOS, coassistenten en verpleegkundigen.	In het laatste jaar ligt de nadruk op het toepassen van de opgedane kennis en vaardigheden binnen de eerste- en tweedelijnszorg en tijdens de keuzestage.
Meesterstuk	Opdracht 13 – Meesterstuk (zie hoofdstuk 5): Afhankelijk van het project of onderwerp worden de opleidingsactiviteiten en eventuele specifieke leerdoelen afgestemd met de opleider, opdrachtgever en kwaliteitsmedewerker die verbonden is aan de opleiding. Deze worden vastgelegd in het individueel opleidingsplan (IOP). • Opdracht 13A: Projectmandatering • Opdracht 13B: Uitvoering van het meesterstuk	Het meesterstuk is een maatwerktraject per AIOS. De opdracht wordt in overleg met de opleider, stagehouder en kwaliteitsmedewerker die verbonden is aan de opleiding vastgesteld en vastgelegd, inclusief de beoogde eindproducten. De uitvoering wordt ondersteund tijdens de terugkomdagen van het lintprogramma, met aandacht voor projectmatig werken, draagvlak creëren en het beïnvloeden van het projectteam.
Toetsing jaar 3: vastgelegd in het portfolio.	• Stage- en voortgangsgesprekken met de opleider, met aantoonbare aandacht voor kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. • Voortgangsgesprekken over het lintprogramma met de kwaliteitsmedewerker die verbonden is aan de opleiding. • Uitvoering van het meesterstuk. • KPB, indien van toepassing. • CAT of referaat over een onderwerp dat aansluit bij het ZHA-profiel. • Deelname aan intervisie, met aandacht voor teams en verandermanagement. • Deelname aan de terugkomdagen Kwaliteit en Patiëntveiligheid (KZ/PV).	



BIJLAGE 1: BEOORDELING MEESTERSTUK OPLEIDING ZIEKENHUISARTS

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

Titel Meesterstuk (Kwaliteitsverbeterproject):

Criterium (Zie Scorelijst voor details)	Maximale score ¹	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:		

¹ Cesuur: ≥15 = voldaan

BIJLAGE 2 SCOREFORMULIER

Beoordeling Meesterstuk VvZG		kan beter 1 punt	voldoende 2 punten	goed 3 punten	weging	score		
Categorie	Criteria				* factor	maximaal	minimaal	maan
1. identificatie van het kwaliteitsonderwerp: vraagstelling en afbakening	vraagstelling is niet of onduidelijk beschreven	vraagstelling is omschreven, er is niet tot de vraag hoort	doel en scope van het kwaliteitsonderwerp zijn eenduidig en smart beschreven (subject + quality focus + verb)	1	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	1	3	1	2
3. analyse van de huidige situatie	er is geen duidelijke onderzoekstrategie 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: procesmapping (tree diagram, FRAM), benchmarken, inzet van kwalitatieve methodieken (focusgroep, interviews/ enquête etc), 0 meting dmv bijvoorbeeld Clinical Audit of SPC (runcharts etc)	2	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	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	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	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 leiderschapstijl. Reflectie wordt gerelateerd aan competentieontwikkeling en de ontwikkeling van clinical governance rollen als ziekenhuisarts.	1	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 kwaliteitsverbeterproject.	Meesterstuk is gemaakt in wetenschappelijk gefundeerde stijl. Vormtechnisch goed opgebouwd. Resultaten zijn op een interessante, heldere en correcte wijze gepresenteerd.	1	1	3	1	2
Censuur: ≥ 15 = voldoende						30	10	20

BIJLAGE 3: LEERDOELEN UIT HET CURRICULUM ZIEKENHUISGENEESKUNDE

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

Voor het behalen van leerdoelen kunnen meerdere activiteiten bijdragen. Wanneer een activiteit of opdracht specifiek gekoppeld is aan een leerdoel, wordt dit expliciet vermeld.

1. Kent en past het medisch beleid, de afspraken, regels en protocollen van de verpleegafdeling adequaat toe.
2. Herkent situaties waarin patiëntveiligheid extra aandacht vraagt en handelt hierin preventief en adequaat.
3. Herkent fouten van zichzelf en anderen, bespreekt deze en gebruikt deze als leermoment.
4. Informeert desgewenst patiënten over klachtenprocedures en relevante instanties.
5. Beschikt over kennis van de organisatie van multidisciplinaire zorgverlening en past deze toe.
6. Werkt waar mogelijk volgens geldende richtlijnen.
7. Neemt deel aan overleg en werkgroepen gericht op verbetering van werkorganisatie en samenwerking binnen afdeling en ziekenhuis.
8. Draagt bij aan de ontwikkeling en verbetering van gegevensregistratie ten behoeve van bedrijfsvoering en kwaliteit van zorg.
9. Draagt bij aan een veilig werkklimaat.
10. Beschikt over kennis van informatie- en communicatietechnologie en past deze effectief toe.
11. Neemt verantwoordelijkheid voor de eigen zorgplicht en handelt binnen de grenzen van eigen kennis en bekwaamheid.
12. Kan de eigen verantwoordelijkheden afbakenen ten opzichte van andere medische disciplines en de verpleegkundige professie.
13. Handelt volgens ethische principes rondom patiëntenzorg, vertrouwelijkheid, informed consent en bedrijfsvoering.
14. Herkent eigen lacunes in kennis en vaardigheden en werkt actief aan verbetering door scholing en ontwikkeling.
15. Geeft en ontvangt feedback en gebruikt deze voor verdere ontwikkeling.
16. Toont een kritische en nieuwsgierige houding ten aanzien van eigen handelen, gewoontes, overtuigingen en die van anderen.
17. Kan adequaat omgaan met eigen gevoelens, normen en waarden in het contact met patiënten en naasten.
18. Herkent het belang van non-verbale communicatie en handelt hier adequaat naar.
19. Herkent irrationeel gedrag en past het eigen handelen hierop aan.
20. Signaleert gevoelens van onvrede bij patiënten of zichzelf en maakt deze bespreekbaar.
21. Stelt het eigen oordeel open voor intercollegiaal overleg en past dit zo nodig aan.
22. Herkent emoties en gevoelens tijdens intercollegiaal overleg.
23. Herkent irrationeel gedrag tussen professionals en bespreekt dit.
24. Kan adequaat omgaan met professionele hiërarchische relaties, zoals opleidings- en gezagsrelaties.
25. Toont inzicht in het belang van omgaan met onzekerheid en het herkennen van eigen beperkingen.
26. Kent de relevante zorgpaden en protocollen binnen het ziekenhuis.
27. Handelt volgens geldende wet- en regelgeving, waaronder relevante medische, privacy- en onderzoekswetgeving, waaronder met name de wet BIG, WGBB, Wet Orgaandonatie, Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en de wet Bescherming Persoonsgegevens, Wet toetsing levensbeëindiging (WTL), METC- en WMO-regelgeving, Beleidsregels gunstbetoon, en de WBP.
28. Kent de inrichting van de verpleegafdeling en het ziekenhuis en gebruikt beschikbare informatiestromen, procedures en protocollen adequaat.
29. Handelt conform de geldende beroepscode en wet- en regelgeving.
30. Draagt bij aan effectieve en efficiënte bedrijfsvoering binnen de beleids- en budgettaire kaders van het ziekenhuis.
31. Houdt medisch-inhoudelijke ontwikkelingen binnen de ziekenhuisgeneeskunde bij en ontwikkelt zich continu.
32. Heeft een kritische en onderbouwde houding ten aanzien van de wetenschappelijke basis van het medisch handelen.

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

Voor het behalen van leerdoelen kunnen meerdere activiteiten bijdragen. Wanneer een activiteit of opdracht specifiek gekoppeld is aan een leerdoel, wordt dit expliciet vermeld.

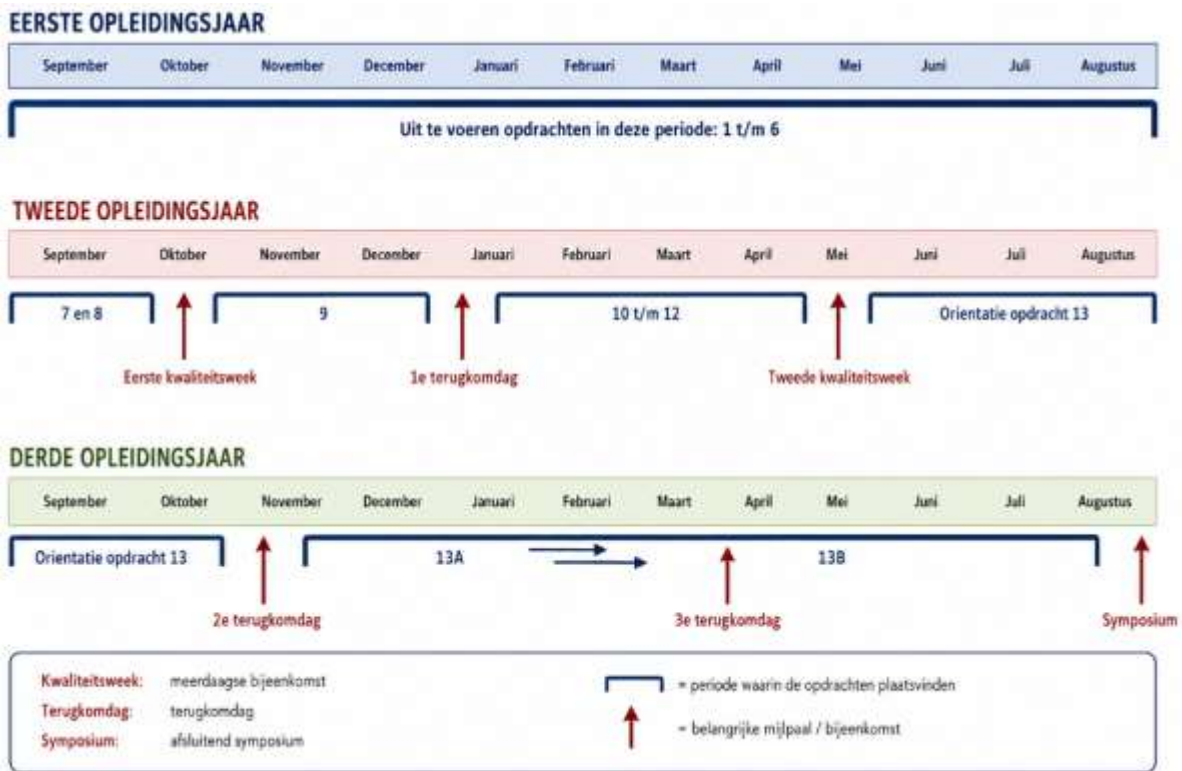
1. Weegt verschillende standpunten en belangen af en komt tot een onderbouwde synthese in het belang van de patiënt.
2. Beschikt over kennis van de organisatie van transmurale zorg en past deze adequaat toe.
3. Vertaalt klinisch-epidemiologische kennis uit patiëntgroepen naar de individuele patiënt.
4. Herkent incidenten in de patiëntenzorg, meldt deze correct, bespreekt deze en draagt bij aan procesverbetering en passende preventieve en corrigerende maatregelen.
5. Bespreekt complicaties van patiëntbehandelingen met zowel collega's als de patiënt.

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

Voor het behalen van leerdoelen kunnen meerdere activiteiten bijdragen. Wanneer een activiteit of opdracht specifiek gekoppeld is aan een leerdoel, wordt dit expliciet vermeld.

1. Kan binnen multidisciplinair overleg zowel als deelnemer als voorzitter effectief functioneren.
2. Kan interprofessionele conflicten voorkomen, bespreekbaar maken en oplossen met respect voor verschillen, misverstanden en beperkingen van anderen.
3. Draagt bij aan de ontwikkeling van het wetenschappelijk domein van de ziekenhuisgeneeskunde door deelname aan of opzetten van onderzoeks- en kwaliteitsprojecten en onderscheidt hierbij wetenschappelijk onderzoek van kwaliteitsverbetering.
4. Ontwikkelt en evalueert efficiënte, effectieve, veilige en patiëntgerichte onderzoeks- en behandelprocedures waarbij meerdere medische specialismen betrokken zijn.
5. Beschikt over kennis van ethische en medisch-maatschappelijke aspecten van onderzoek.
6. Neemt samen met ziekenhuishygiëne initiatief voor preventie van verspreiding van nosocomiale infecties.
7. Voert de regie en coördinatie van patiëntenzorg op de verpleegafdeling uit vanuit het perspectief van clinical governance.
8. Is in staat een onderwerp voor een clinical audit te selecteren en kan de clinical audit uitvoeren, evalueren en presenteren.
9. Bevordert kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid door ontwikkeling en toepassing van richtlijnen en protocollen binnen de verpleegeenheid.
10. Voert methodisch onderzoek uit naar doelmatigheid en effectiviteit van medische zorg en naar oorzaken van onverwachte behandeluitkomsten.
11. Implementeert en borgt verbeteringen in kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.
12. Zet informatietechnologie effectief in ter ondersteuning van kwaliteitssystemen.

BIJLAGE 4: TIJDLIJN EN KORTE OMSCHRIJVING OPDRACHTEN



1e opleidingsjaar	
Opdracht 1	Lees hoofdstuk 8, 12, 13, 14 en 21 uit <i>Patiëntveiligheid, handboek voor medisch specialistische zorg (Dillmann et al., 2016)</i> om een overzicht van de stof te krijgen.
Opdracht 2	Volg een SBAR-training (Situation, Background, Assessment, Recommendation) of een vergelijkbare training over communicatie ten behoeve van patiëntveiligheid.
Opdracht 3	Voer een CAT (Critically Appraised Topic), referaat of patiëntbespreking uit over een onderwerp binnen patiëntveiligheid of kwaliteit van zorg.
Opdracht 4	Interview de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patiëntveiligheid over je bevindingen uit de oriëntatiefase. Werk het interview kort uit ter voorbereiding op de eerste kwaliteitsweek.
Opdracht 5	Interview de medisch manager, afdelingshoofd of vergelijkbare functionaris over de organisatie van kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheid binnen het ziekenhuis en de afdeling.
Opdracht 6	Vorm op basis van het lokale beleid een beeld van de rol van de ziekenhuisarts bij kwaliteit en patiëntveiligheid en bespreek dit met je opleider tijdens het voortgangsgesprek aan het einde van het eerste opleidingsjaar.

2e opleidingsjaar	
Opdracht 7	Bedenk, samen met de kwaliteitsfunctionaris en eventueel met ouderejaars collega's, mogelijke verbeteronderwerpen binnen de klinische praktijk. Gebruik deze ter voorbereiding op de eerste kwaliteitsweek. De onderwerpen kunnen dienen als casus tijdens de kwaliteitsweek en voor de vervolgoopdracht.
Opdracht 8	Vul de vragenlijst <i>Preparing for Learning about Clinical Governance</i> in (Clinical Governance Manual). De vragenlijst wordt meegestuurd met het programma van de kwaliteitsweek.
Opdracht 9	a. Voer met de tool <i>Assessment and Development Plan for Clinical Governance</i> (werkboek <i>Clinical Governance</i>) een assessment uit van de mate waarin clinical governance is ingebed binnen je eigen afdeling of ziekenhuis. Maak voor elk van de onderstaande onderwerpen een sterkte-zwakteanalyse: • Clinical audit • Quality improvement • Evidence-based practice • Patiëntparticipatie en patiëntervaringen • Patiëntveiligheid en clinical risk management • Klachtenafhandeling • Evaluatie en ontwikkeling van medewerkers b. Verwerk de conclusies van de analyses in een presentatie voor het opleidingsteam. c. Presenteer tijdens de eerste terugkomdag (maximaal 5 minuten) je ervaringen met de sterkte-zwakteanalyses, inclusief je belangrijkste leerpunten en leervragen.
Opdracht 10 Clinical audit	a. Voer zelfstandig een clinical audit uit en evalueer samen met de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patiëntveiligheid de toegepaste auditmethodiek. Vergelijk deze met de theorie. b. Maak een presentatie van 10 minuten over het doorlopen clinical auditproces. c. Presenteer de bevindingen aan het opleidingsteam binnen je eigen ziekenhuis.
Opdracht 11	Neem volgens de werkwijze van de organisatie actief deel aan een PRISMA-analyse. Bespreek tijdens de nabespreking met de kwaliteitsfunctionaris expliciet de rol van human factors.
Opdracht 12	a. Stel een top 5 op van onderwerpen voor kwaliteitsverbetering en neem deze mee naar kwaliteitsweek 2. b. Lees vooraf hoofdstuk 2 van het <i>Quality Improvement Manual</i> over teamvorming en teamontwikkeling. Bereid je voor om tijdens kwaliteitsweek 2 te reflecteren op de teamvorming. c. Lees hoofdstuk 18 van het <i>Quality Improvement Manual</i> en inventariseer mogelijke ethische vraagstukken bij de vijf gekozen verbeteronderwerpen.

3e opleidingsjaar	
Opdracht 13 Meesterstuk	Voer een meesterstuk uit (zie toelichting hoofdstuk 5). Stem, afhankelijk van het project of onderwerp, de opleidingsactiviteiten en eventuele specifieke leerdoelen af met je opleider, de opdrachtgever van het project en de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patiëntveiligheid. Leg deze vast in je Individueel Opleidingsplan (IOP). 13a. Stel een projectmandaat op. 13b. Voer het meesterstuk uit.

BIJLAGE 5: AANBEVOLEN LITERATUUR – SITES – CONGRESSEN

AANBEVOLEN LITERATUUR

1. Wollersheim, H. (red) e.a. Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg. Houten: BSL, 2011. Inmiddels is een 2^e druk uitgebracht, 2020. ISBN **9789036823593**. nieuw moeilijk te verkrijgen, maar wel 2^e hands te krijgen.
 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, 2022 [GOMA-2022 digitaal.pdf](#)
 4. [Nivel 2013. Implementatie VMS Nederland.](#)
 5. Dillmann, R., et al. Patientveiligheid; handboek voor medisch specialistische zorg. Utrecht: de Tijdstroom, 2016
 6. <http://www.hqg.co.uk>. Healthcare Quality Quest. *Clinical Governance Manual en Quality Improvement Manual. Wordt beschikbaar gemaakt voorafgaand aan de kwaliteitsweken.*
 7. Sidney Dekker, *the field guide tot understanding human factor en Just culture*
 8. Erik Hollnagel, *Safety II in Practice*
Klassiekers!
 9. "To Err is Human" report published by the Institute of Medicine (IOM) in 1999 (must read geschiedenis)
 10. Berwick, D.M. et al. 1991. Curing Health Care.
 11. Berwick, D.M. et al. 2014. Promising Care. Collected Speeches 2003-2012. Jossey-Bass
 12. Gawande, A. Het Checklist Manifest. NZ oktober 2010 (en alle andere werken van Gawande warm aanbevolen)
- Voor de echte liefhebber
13. <https://dica.nl/jaarrapportage-2015/clinical-auditing#hoe-levert-clinical-audit-resultaat>

SITES

www.ihl.org
www.health.org.uk
www.knmg.nl
<https://www.isqua.org/>
<https://www.hospitalmedicine.org>

www.igj.nl

Belangrijk voor:

- Toezichtkaders
- Jaarlijkse kwaliteitsindicatoren
- Lessen uit calamiteiten
- Veiligheidswaarschuwingen
- Wet- en regelgeving

www.zorginstituutnederland.nl

Belangrijk voor:

- Kwaliteitskaders
- Passende zorg
- Kwaliteitsregistraties
- Uitkomstgerichte zorg
- Transparantiekalender

www.nvz-ziekenhuizen.nl

Belangrijk voor:

- Kwaliteitsbeleid ziekenhuizen
- VMS-veiligheidsprogramma
- Governance
- Kwaliteitsregistraties

www.nivel.nl

Belangrijk voor:

- Onderzoek patiëntveiligheid
- Monitor Zorggerelateerde Schade
- Veiligheidscultuur
- Wetenschappelijk onderzoek

www.vmszorg.nl

Belangrijk voor:

- Praktijkguiden
- Risicoanalyses
- Veiligheidsthema's
- Implementatietools

www.qualicor.eu

Belangrijk voor:

- Ziekenhuisaccreditaties
- Interne audits
- Continu verbeteren
- Internationale kwaliteitsnormen

www.demedischspecialist.nl

Belangrijk voor:

- Kwaliteitsvisitaties
- Richtlijnen
- Uitkomstinformatie
- Samen Beslissen
- Wetenschappelijke verenigingen

CONGRESSEN

BMJ Quality & Safety

Annual Congress Society Hospitalist Medicine

IHI congress

ISQUA congress