

Inleiding op NFU-master Kwaliteit en Veiligheid in de Patiëntenzorg

Een curriculum in kwaliteitsverbetering

De expertise uit alle acht universitaire medische centra is gebundeld in het tweejarige postinitiële masterprogramma 'Kwaliteit en Veiligheid in de Patiëntenzorg'. Daarin leiden wij zorgprofessionals op tot leiders in verbetering van de kwaliteit van zorg voor vandaag én morgen.

Van Tuijl et al

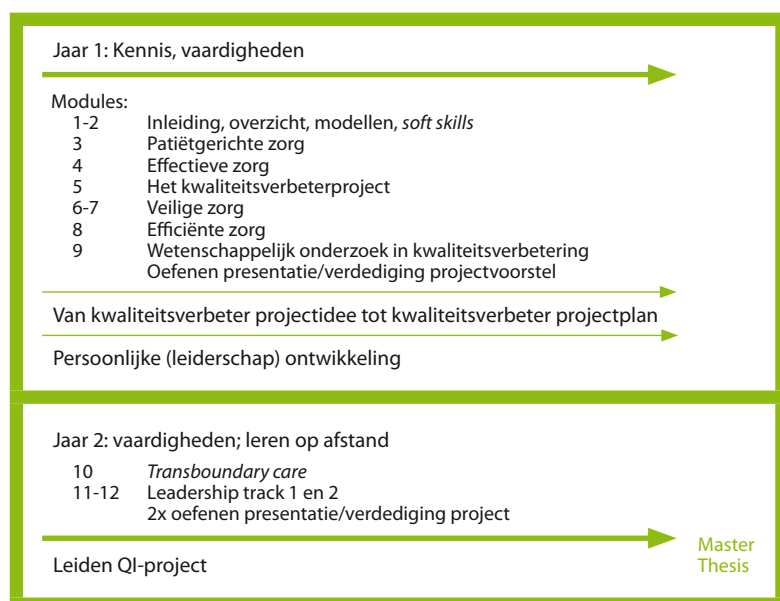
Kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg kunnen altijd beter. Signalen van onveiligheid, fragmentatie van zorg, de explosie in zorgkosten en de toenemende behoefte aan persoonsgerichte zorg vragen om zorgprofessionals die kritisch naar zichzelf en zorgprocessen kijken. In de patiëntenzorg bestaat daarnaast behoefte aan professionals die in staat zijn om in inter-professionele coalities innova-

tieve en duurzame verandering te leiden. Dit betekent niet zo maar wat 'doen' of laten doen door kwaliteitsmedewerkers, maar zelf, methodisch verantwoord en gebaseerd op wetenschappelijke evidentie, een actieve rol nemen in het verbeteren van de kwaliteit van de zorg.

Binnen huidige (para)medische opleidingen worden weliswaar leerdoelen opgesteld rondom het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de zorg maar hier wordt onvoldoende diepgaande, systematische en continue aandacht aan besteed. Daarbij is het inzicht in de dagelijkse praktijk van studenten en beginnende zorgprofessionals nog te beperkt om hen koplopers te maken in kwaliteitsverbetering. Om kwaliteit en veiligheid van de zorg meer structureel in te bedden in een doorlopende en geïntegreerde leerlijn, is in samenwerking met de acht universitair medische centra (umc's) de postinitiële NFU-master Kwaliteit en Veiligheid in de Patiëntenzorg (KVP) ontwikkeld.

Doel NFU-master KVP

Het doel van de master is om middels het bijbrengen en kritisch toepassen van kennis, vaardigheden en attitudes talentvolle zorgprofessionals op te leiden tot initiatiefnemers in evidence-based verbetering van de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Na de master is de student in staat deze competenties toe te passen in een nieuwe context, uit te dragen binnen de eigen organisatie, inter-professionele samenwerking te versterken en succesvolle kwaliteitsprojecten te initiëren, begeleiden en uit te voeren. Daarnaast heeft de student het vermogen om een sterke bijdrage te leveren aan de verspreiding van kwaliteitsverbetering op de eigen



V
r
i
j
e

r
u
i
m
t
e



werkvloer en daarbuiten. Bij het formuleren van de (eind)doelen van de opleiding en de daaruit voortvloeiende eindkwalificaties, zijn een aantal uitgangspunten met betrekking tot leren en kwaliteit van zorg als houvast gebruikt, te weten: Candobetter als competentieprofiel, leren middels reflectie, constructivistische frictie, inter-professionele netwerken, boundary crossing en waardecreatie voor en met de patiënt. Deze uitgangspunten worden in het navolgende nader besproken.

Uitgangspunten

Candobetter als competentieprofiel

Tijdens een internationale brainstorm bijeenkomst in Londen met 28 kwaliteitsverbeteraars en docenten aan verschillende internationale quality of care improvement masters werd het CanMEDS profiel omgevormd tot het Candobetter competentieprofiel van een kwaliteitsverbeteraar. Tijdens twee lokale focusgroepbijeenkomsten met docenten in de 'verbeterkunde' werd dit verder naar de Nederlandse context en maatstaven aangescherpt, resulterend in het in tabel 1 weergegeven competentieprofiel. Bij het opstellen van de eindkwalificaties van de NFU-master KVP is dit competentieprofiel leidend geweest.

Reflectie als grondhouding van de 'reflective practitioner'

Reflectie wordt gezien als een essentiële vaardigheid van competente professionals. Reflectie kent vele definities waarbij de nadruk ligt op het doelbewust kritisch analyseren van eigen kennis en ervaringen wat leidt tot diepere betekenis en begrip (Mann, Gordon & MacLeod, 2007). Reflectie vraagt om contemplatie in bevroren tijd (ergens bij stilstaan en een zekere afstand nemen tot jezelf), introspectief analytisch vermogen (hoe gebeurde dit/waarom gebeurde dit/welke zijn mijn en andermans ervaringen/had het ook beter gekund) en exploratief handelen (laat ik dit eens uitproberen) (Korthagen & Vasalos, 2002).

Reflectie draagt bij aan het leren van ervaringen, begrip krijgen over persoonlijke normen, waarden, (ver-)houdingen en de professionele cultuur en het integreren van nieuwe en bestaande kennis (Mann, Gordon & MacLeod, 2007). Deze bekwaamheden zorgen voor de ontwikkeling van een reflective practitioner: een voortdurend lerende professional die steeds beter in staat is om zijn handelen te verbeteren op basis van beschouwing van zijn professioneel domein en zichzelf daarbinnen (Schön, 1983).



De constructivistische frictie

Jean Piaget geldt als de 'Godfather' van de constructivistische leertheorie. Constructivisme refereert naar het idee dat de lerende zelf, individueel of met anderen, kennis en betekenis construeert. Dit betekent dat er geen 'absolute' kennis is maar enkel kennis die door de lerende wordt opgebouwd (Hein, 1991). Deze theorie gaat ervan uit dat leren een actief, sociaal en contextafhankelijk proces is dat ontstaat door de confrontatie tussen de eigen denkbeel-

Opleiden tot leiders in verbetering van de kwaliteit van zorg.

Inter-professionele samenwerking in de opleiding en in het dagelijks werk

den en die van anderen of door ervaringen met exploratief handelen. Via een interne dialoog en het aanpassen (assimilatie) dan wel uitbreiden (accommodatie) van het denkschema leidt dit tot nieuwe of aanvullende kennis en gedrag (Hein, 1991).

Twee speerpunten

De NFU-master KVP is het initiatief van de acht samenwerkende umc's in het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg. Daarin werken de umc's aan betere patiëntuitkomsten en -ervaringen in de umc-praktijk en regio voor twee speerpunten: 'De patiënt als partner' en 'Interprofessionele samenwerking'. In de NFU-master KVP leiden experts uit de umc's professionals op om de kwaliteitsverbetering te leiden.

Tabel 1: Candobetter competentieprofiel

CanMeds rollen	Candobetter competenties
Medisch expert	– Het verkrijgen en het behouden van expertise, vaardigheden en ervaringen in het professionele domein. – Duurzame verbetering en verspreiding van op bewijs, ervaring- of theorie gebaseerde zorg kwaliteit. – Vroege herkenning en anticipatie op onveilige zorg. preventie en, indien nodig, het verminderen van schade aan de patiënt, zorgverlener en organisatie.
Communicator	– Een open, eenduidige en duidelijke communicatie stijl. – Luistert actief en blijft vragen stellen. – Vraagt naar en geeft feedback en verantwoording.
Samenwerkingspartner	– Een inter- en multiprofessionele medewerker. – Cultuur-, context-, weerstand- en machtgevoelig. – Co-ontwerpt en coproduceert verbetering van de (patiënten)zorg in multiprofessionele teams. – Herkent verschillende perspectieven en kent stakeholders.
Organisator	– Op efficiënte, waardegedreven en gestandaardiseerde manier zorgprocessen herontwerpen. – Voorbeeld in het leiden van verbeter teams en netwerken.
Gezondheidsbevorderaar	– Informeert, beïnvloedt, inspireert en ondersteunt zorgprofessionals en patiënten. – Creëert een veiligheidsklimaat.
Academicus	– Analyseert en verbetert de kwaliteit van zorg op een wetenschappelijk verantwoorde manier. – Zoekt naar kennis, innovaties en de waarheid.
Beroepsoefenaar (professional)	– Toont waardegedreven voorbeeld gedrag. – Toont empathie, medeleven, integriteit bescheidenheid en respect. – Neemt verantwoordelijkheid. – Stimuleert reflectie. – Toont situationeel leiderschap. – Verspreidt missie voordurend.

Interprofessioneel opleiden tot netwerkers

Wanneer personen van verschillende professies met, van en over elkaar leren, zouden zij beter kunnen samenwerken en zo de kwaliteit van zorg die zij aan patiënten leveren, verbeteren (Reeves et al., 2016). In de dagelijkse praktijk werken zorgprofessionals van verschillende professies nauw samen en waar dit niet optimaal verloopt, zijn er vaak negatieve consequenties voor de kwaliteit van zorg. Merkwaardig is dat zorgprofessionals in gescheiden instellingen worden opgeleid tot hun eigen tribe member. Deze tribes kenmerken zich door een eigen wijze van denken, werken en machtscultuur, die kenmerkend is voor de professie. Hoewel dit zeker bij superspecialistisch handelen voordelen kan hebben, kan deze tribale component het elkaar begrijpen, waarderen en kunnen samenwerken bemoeilijken. Het met, van en over elkaar leren wordt ook wel interprofessioneel opleiden genoemd (Reeves et al., 2016). Om (toekomstige) zorgprofessionals beter voor te bereiden op het werken in de praktijk wordt interprofessioneel opleiden steeds meer toegepast, zo ook in de NFU-master KVP.

Boundary crossing

Een kenmerk van de NFU-master KVP is dat studenten regelmatig de grens passeren tussen opleiding en werk. Dergelijke 'schoolwerktransities' kunnen benaderd worden vanuit het begrip boundary crossing; processen die op en over de sociale en culturele grenzen tussen verschillende praktijken plaatsvinden. Juist deze

grenzen vormen een waardevolle bron voor leren (Bakker, 2014). Op de grenzen van de praktijk worden mensen namelijk uitgedaagd hun horizon te verruimen. Lerende die zich heen en weer bewegen tussen de schoolpraktijk en werkpraktijk kunnen fungeren als brug tussen beide en kunnen elementen uit de ene praktijk toepassen in de andere praktijk en andersom (Bakker, 2014). Het leerpotentieel van boundary crossing kan samengevat worden in vier leerprocessen: identificatie, coördinatie, reflectie en transformatie (Akkerman & Bakker, 2011). Met identificatie wordt bedoeld dat boundary crossing lerende erachter laat komen wat de verschillende praktijken inhouden en hoe zij in relatie tot elkaar staan. Met coördinatie wordt het creëren van samenwerkende en geroutineerde uitwisseling tussen de praktijken bedoeld. Onder reflectie wordt het uitbreiden van het perspectief over een praktijk bedoeld en onder transformatie het veranderen dan wel ontwikkelen van (nieuwe) praktijken (Akkerman & Bakker, 2011).

Waardecreatie met en voor de patiënt

Hoewel value-based healthcare als een mantra de Nederlandse zorginstellingen infiltreert, realiseren velen zich onvoldoende dat in de Anglo Saxische wereld met value economische waarde bedoeld wordt. In het Rijnland duidt waarde meer op een moreel-ethisch begrip: zorg moet 'meer-waarde' voor de patiënt hebben, en in samenwerking met de patiënt vorm krijgen. In het kwaliteitsdenken is een verschuiving zichtbaar van een focus op het meten van structu-

ren en zorgprocessen naar het meten van (negatief geformuleerde) uitkomsten, zoals wondinfectiepercentages (Groenewoud, 2014). Inmiddels is in indicatorensets steeds meer aandacht voor door patiënten gerapporteerde (positieve) uitkomsten ('PROMs' - patient reported outcome measures), zoals het dagelijks functioneren. Wanneer zorguitkomsten (in brede zin) in perspectief worden genomen met de kosten van het behandeltraject gaat het over de waarde van zorg, oftewel zorguitkomsten per gependeerde euro (Groenewoud, 2014; Porter, 2006). In het huidige kwaliteitsdenken is waardegedreven zorg een belangrijke pijler; in het onderwijs over kwaliteitsverbetering is patiëntbetrokkenheid en actieve patiëntparticipatie dan ook van wezenlijk belang.

Curriculum

De NFU-master KVP is een parttime opleiding waarin 60 European Credits (EC) worden behaald. Gedurende twee jaar volgen studenten 12 modules, leiden zij een kwaliteitsverbeterproject op de eigen werkplek, werken zij aan hun persoonlijke ontwikkeling en hun rol als leider in kwaliteitsverbetering en vullen zij de vrije onderwijsruimte in.

Eerste jaar

Het eerste jaar is gericht op kennis- en vaardigheidsvermeerdering en praktische toepassing hiervan in huiswerkopdrachten en gesimuleerde oefeningen. Het bestaat uit negen inhoudelijke modules waarin alle aspecten van kwaliteit van zorg aan de orde komen. Het betrekken van patiëntvertegenwoordigers bij het voorbereiden, uitvoeren en evalueren van iedere module zorgt voor continuïteit in en het voortdurend aandacht hebben voor het patiëntenperspectief. Tijdens de modulebijeenkomsten wisselen werkgroepen, hoorcolleges en trainingen elkaar af. In inter-professionele groepsverbanden maken studenten opdrachten, voeren rollenspellen uit, reflecteren en discussiëren. Per maand vindt één modulebijeenkomst van twee dagen plaats in de nabijheid van het umc dat de betreffende module verzorgt. Tabel 2 geeft een overzicht van de modules in het eerste en tweede opleidingsjaar.

In het eerste jaar van de master starten studenten ook met het opzetten van hun kwaliteitsverbeterproject. De inhoud van de modules helpt studenten om hun projectidee, dat al tijdens het kennismakingsgesprek wordt be-

Tabel 2: Overzicht modules NFU-master KVP

Eerste jaar	Inhoud module
Module 1	Belicht de kwaliteit en veiligheid van zorg vanuit verschillende invalshoeken. De student leert de relevante historische en actuele ontwikkelingen kennen en is zich bewust van de impact van onveilige zorg. Daarnaast staan het ontwikkelen van een verbeterproces aan de hand van de PDCA cyclus en projectmatig denken centraal.
Module 2	Onderzoekt de verschillende facetten die de kwaliteit en veiligheid van zorg beïnvloeden. De student leert een eigen visie op kwaliteit en veiligheid te formuleren en maakt kennis met de elementen van clinical governance en ethische zelfreflectie. Na deze module kan de student kwaliteitsvraagstukken vanuit een breder perspectief analyseren en organiseren.
Module 3	Leert de student de kwaliteit en veiligheid van zorg vanuit het perspectief van de patiënt bekijken. Strategieën om patiënten bij kwaliteitsverbetering te betrekken en belemmeringen voor patiëntparticipatie staan centraal. De student is in staat om shared decision making in de eigen werkprijktij toe te passen.
Module 4	Gaat in op de doeltreffendheid van verbeterinterventies. De student versterkt zijn aanwezige kennis over de toepassing van evidence-based medicine in de werkprijktij. Ook het uitvoeren van een systematisch review komt aan bod. Na deze module kan de student aanbevelingen uit een richtlijn aanscherpen en omzetten naar verbeterinterventies op de afdeling.
Module 5	Behandelt de implementatie van kwaliteitsverbeterprojecten. De student schrijft een kwaliteitsverbeterplan en doorziet dat implementatie van nieuwe kennis meer vereist dan het opleggen van een richtlijn.
Module 6	Zoomt in op de veiligheid en onveiligheid van zorg. De student leert incidenten te analyseren (retrospectieve analyse) en deze op gebalanceerde wijze met de collega's te bespreken. Daarnaast ontwikkelt de student zijn leiderschapsvaardigheden.
Module 7	Gaat in op prospectieve analyse van risico's. De student leert de invloed van de organisatie en beroepshiërarchie op het handelen van professionals doorgronden. Na deze module is de student in staat om een incident op zorgvuldige wijze met de patiënt na te bespreken, collega's hierin te begeleiden en een patiëntveilige cultuur te bevorderen.
Module 8	Geeft inzicht in het Nederlandse zorgstelsel. De student is zich bewust van de krachten die op hoger niveau de kwaliteit en veiligheid van zorg beïnvloeden en leert zorgprocessen inrichten. De student is na de module ook in staat om instrumenten die het teamfunctioneren verhogen te implementeren.
Module 9	Verdiept de kennis over de wetenschappelijke onderbouwing van kwaliteit en veiligheidsverbetering. Studenten leren een wetenschappelijk onderzoek naar kwaliteitsverbetering opzetten en kunnen de effecten van verbeterinterventies bepalen.
Tweede jaar	Inhoud module
Module 10	Neemt de student mee over de grenzen van de eigen zorg en het eigen kwaliteitsverbeterproject. Ook staat intervisie centraal, als start voor een reeks van intervisiemomenten in het tweede jaar van de opleiding.
Module 11	Biedt de student gelegenheid om inzicht te krijgen in zijn sterke en zwakke leiderschapseigenschappen en kennis en ervaring op te doen over hoe het leiderschap binnen het kwaliteitsverbeterproject versterkt kan worden.
Module 12	Gaat over institutioneel leiderschap en biedt daarbij kennis en inzicht over weerstanden van professionals tegen nieuw beleid en verschillende aspecten van leiderschap in het beleid.

noemd, verder vorm te geven tot een projectplan. In het projectplan voor het kwaliteitsverbeterproject worden kennis en ervaringen, opgedaan tijdens de modules, verwerkt en toegepast. Het projectplan start met een probleemanalyse (welk probleem wil men aanpakken, wat is de prevalentie ervan, welke zijn de ernst-consequenties en welke zijn de oorzaken van het probleem), het formeren van een (te leiden) verbeterteam (inclusief patiënt en methodologisch deskundigen) en een stakeholderanalyse (welke relevante personen zijn mogelijk van positieve of negatieve invloed op de voortgang van het project en hoe krachtig is deze invloed). Een gedegen probleemanalyse vormt de basis voor de mogelijke oplossingen in een SMARTI-geformuleerde vraagstelling. Op basis van wetenschappelijke evidentie, ervaringen en logica volgt de vertaling van oplossingen in een (of vaak meerdere) interventies. Tenslotte selecteert men analysemethoden voor de voor- en nametingen van de veronderstelde effecten. Het design betreft vanwege haalbaarheid meestal een vóór- en na studie. Soms is een gecontroleerde voor/na studie of een cluster gerandomiseerde opzet mogelijk. Een dagboek waarin het plan, de uitvoering, de ervaringen, (tussen)uitkomsten en bijstellingen van het plan beschreven zijn, vormen de basis voor de procesanalyse. Deze procesanalyses zijn van

groot belang omdat, zoals bekend, in de harde werkelijkheid de bedachte interventies meestal niet, deels of anders uitgevoerd worden dan beoogd (Hulscher et al., 2006).

Het 'NHS leadership profile' wordt aan het begin van het eerste jaar ingevuld door de student en personen uit diens werkomgeving en vormt de basis voor het persoonlijke leerplan. Middels reflectie op de gegevens uit dit instrument en de eindkwalificaties van de master, formuleert de student drie SMARTI-geformuleerde verbeterdoelen die worden omgezet in een persoonlijk leerplan. Deze doelen kunnen in de werkpraktijk of als onderdeel van de vrije ruimte bereikt worden. Het persoonlijke leerplan wordt tevens gevoed door het driemaal vragen om multi-source feedback, intervisie-bijeenkomsten en reflectie op gesprekken met verschillende begeleiders.

Tweede jaar

In het tweede jaar staat het leiden van het kwaliteitsverbeterproject in de eigen zorgpraktijk en het schrijven van een wetenschappelijke masterthesis over dit project centraal. Tabel 3 geeft een overzicht van de titels van de uitgevoerde kwaliteitsverbeterprojecten van afgestudeerde studenten uit het eerste cohort (2014-2016). Tevens is aangegeven op welke van de

Tabel 3: Overzicht van onderwerpen van de afgestudeerde alumni, cohort 2014

Titel masterthesis studenten cohort 2014 NFU-master KVP	Institute of Medicine dimensie
Hoe Bravis (ziekenhuis) pijnregistratie verbetert	Tijdig
Van 'Het is altijd zo geweest' – naar Evidence based	Effectiviteit
Evidence based practice in de wondzorg	Effectiviteit
Geporteerd van het portaal	Patiëntgerichtheid
Verbetering toepassing richtlijn antistolling rondom endoscopische ingrepen	Veiligheid
"Festina lente" voor veilige toediening van parenteralia - het effect van verbeterstrategieën door Lean Six Sigma op toedienfouten bij parenterale medicatie: een gecontroleerde voor- en na studie (van de Plas et al., 2017)	Veiligheid
You connect me. Samen een veiliger en meer patiëntgerichte afdeling Radiologie maken	Veiligheid
'Farmaceutische consulten aan patiënten tijdens opname – Pilotstudie naar haalbaarheid en patiëntervaring'	Veiligheid
Rethinking Clinical Governance and Medical Education (Veenstra et al., 2017)	Veiligheid
Hospitality project (Veenstra et al., 2017)	Patiëntgerichtheid
Interventies tegen mediastinitis	Veiligheid
Improving Pediatric Discharge-it takes two to tango	Efficiëntie
Naar veiligere preoperatieve afspraken voor patiënten met vitamine K antagonist	Veiligheid
Constructing actionable indicators in healthcare: development and retrospective validation of actionable indicators in intensive care medicine	Effectiviteit
De kracht van het verhaal: een interactie-onderzoek naar verbeterde effectiviteit van de medische ochtendoverdracht door expliciet gebruik van vragen om de narratieve structuur van complexe casus zichtbaar te maken	Veiligheid
Improvement of shared decision-making in patients with rheumatoid arthritis in The Maastad Hospital Rotterdam	Patiëntgerichtheid
Het Transmuraal Gezamenlijk Medisch Consult ter verbetering van de kwaliteit en veiligheid van de terugverwijzing van de polikliniek cardiologie naar de huisarts	Patiëntgerichtheid
Verbetering van patiëntgerichtheid in de reumazorg	Patiëntgerichtheid
Kwaliteitsverbetering projecten binnen Heelkunde Friesland. Substitutie van proctologische zorg.	Efficiëntie

Tabel 4: Begeleiding

Type begeleiding	Wie	Formele rol	Informele rol
Peer	Medestudent Regiostudenten	Beoordeling Intervisie	Maatje Feedback
Studieadviseur	Lid Opleidingsmanagementteam	Advies	Steun
Coach	Lid Opleidingsmanagementteam	Beoordeling persoonlijke leerplan	Sturing op persoonlijke ontwikkeling
Mentor	Gezaghebbend voorbeeld		Voorbeeld, leider, Carrière overwegingen en steun
Docentbegeleider	Methodologisch en inhouds- deskundige, moduledocent	Inhoudelijke begeleiding kwaliteitsverbeterproject	Steun
Praktijkbegeleider	Afdelingshoofd of opleider	Faciliterend bij uitvoering project en vrijstelling reguliere taken	Maat Carrière planning
Verbeterteam	Collega's, direct betrokkenen, patiëntvertegenwoordiger	Geplande taken in het verbeter- project	Steun
Stakeholders	Velerlei (patiënt, professionals, RvB etc.)	Ondersteuning project, draagvlak	

zes Institute of Medicine dimensies¹ (Berwick, 2002) het kwaliteitsverbeterproject zich heeft gericht.

Daarbij volgen studenten tijdens het tweede jaar nog één tweedaagse module en een tweetal eendaagse leadershiptracks (zie Tabel 2). In het tweede jaar wordt tevens gestart met interventie waarbij er elke zes weken interventiebijeenkomsten met medestudenten zijn. In deze interventie worden dilemma's die studenten ervaren in de uitvoering van het kwaliteitsverbeterproject of de persoonlijke ontwikkeling gedeeld. Zij scherpen hiermee hun competenties aan, nodig om een reflectieve practitioner te worden, en ontwikkelen leiderschap in hun eigen ontwikkeltraject. Tevens stimuleren studenten elkaar om op schema te blijven en kunnen zij elkaar steunen.

Ten slotte wordt er in het tweede jaar invulling gegeven aan de vrije ruimte. De vrije ruimte is bedoeld om te werken aan de persoonlijke verbeterdoelen van de student zoals geformuleerd in het persoonlijke leerplan. Deze invulling kan bestaan uit een internationaal congresbezoek, werkbezoeken aan instellingen die een rol spelen bij kwaliteitsverbetering en leertrajecten voor leiderschapsvaardigheden of het versterken van onderzoeksvaardigheden.

Docenten en begeleiding

De moduledocenten zijn voornamelijk afkomstig uit de samenwerkende umc's, zijn experts op het gebied van hun thema en genieten nationale en internationale bekendheid. De begeleiding van studenten is grofweg ingedeeld in twee groepen: er zijn verschillende vormen van begeleiding omtrent de persoonlijke ontwikkeling van de student en voor het leiden van het kwaliteitsverbeterproject. Voor de persoonlijke

ontwikkeling gelden de peer (medestudent), studieadviseur, coach en mentor als belangrijke begeleiders en voor het kwaliteitsverbeterproject de studieadviseur, docentbegeleider, praktijkbegeleider, het verbeterteam en de stakeholders. In tabel 4 is per type begeleiding de functie, formele en informele rol omschreven.

Toetsing

Het doel van toetsing is het geven van feedback op maat aan studenten en het stimuleren van de ontwikkeling naar de eindkwalificaties. Daarnaast is toetsing bedoeld om te achterhalen of studenten over de benodigde wetenschappelijke kennis, houding en vaardigheden beschikken en functioneren als volwaardige 'leiders in kwaliteit en veiligheidsverbetering'. In tabel 5 is weergegeven wat er getoetst wordt, hoeveel EC's er behaald kunnen worden en of de toetsing een summatief (beslissend) of formatief (sturend) doel heeft.

Voor alle onderdelen die getoetst worden, wordt gebruik gemaakt van standaard beoordelingsdocumenten. De masterthesis, waarin de student op wetenschappelijke wijze rapporteert over het uitgevoerde kwaliteitsverbeterproject, wordt beoordeeld aan de hand van de Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE) (Orgrinc et al., 2008).

Studenten

De doelgroep van de master wordt gevormd door een professionele groep van getalenteerde academisch gevormde professionals uit verschillende zorgprofessies. Professionals die gedreven zijn voor het verbeteren van kwaliteit en veiligheid: artsen (geregistreerd medisch specialisten en huisartsen), verpleegkundigen, apothekers en paramedici (met een afgeronde

HBO master) in posities dicht bij de werkvloer en werkend in een zorginstelling. Voor alle studenten is minimaal 3 jaar zelfstandige werker-ervaring in de eerste, tweede of derdelijnszorg en affiniteit met kwaliteitsverbeterprojecten een voorwaarde voor toelating. Voor verpleegkundigen en paramedici geldt aanvullend een minimum van 1 jaar leidinggevende ervaring in een senior- of hoofdfunctie. In tabel 6 zijn kenmerken van de tot de master toegelaten studenten weergegeven.

Studenten worden door de eigen instelling voorgedragen voor de master. Op basis van een curriculum vitae, motivatiebrief, voordrachtsformulier, aanbevelingsbrieven en een toelatingsgesprek wordt vastgesteld of een student tot het programma kan worden toegelaten. Tijdens het toelatingsgesprek wordt onder meer gesproken over de vooropleiding, werk- en onderzoekservaring, vrijstelling en vervanging in de eigen zorginstelling, bekostiging van de master en het idee voor het kwaliteitsverbeterproject.

Evaluatie en kwaliteitsverbetering

In een master waar de kwaliteitsverbetering van de zorg centraal staat, is er logischerwijs grote innerlijke motivatie om ook de kwaliteit van de master zelf centraal te stellen. Het streven is dan ook om systematisch, structureel en geïntegreerd aan de kwaliteit van de opleiding te werken waarbij twee vragen centraal staan: 'doen we de goede dingen?' en 'doen we de dingen goed?'. Deze interne kwaliteitszorg wordt versterkt en geborgd door de externe visitatie en accreditatie organisatie Nederlands-Vlaamse accreditatieorganisatie (NVAO).

De interne evaluatie van de master vindt plaats op een drietal niveaus: curriculumonderdelen, het opleidingsjaar en de gehele opleiding. Op basis van deze evaluaties worden verbeterpunten opgenomen in een plan-do-check-act cyclus wat zorgt voor een continue borging en verbetering van de opleidingskwaliteit. Een voor-

beeld van een waardevol middel dat wordt ingezet ter evaluatie van de opleiding is de digitale enquête die studenten na elke gevolgde module invullen. Hierin evalueren de studenten de verschillende module-onderdelen, de docenten en voorzieningen. Zo werden naar aanleiding van de module evaluaties bijvoorbeeld voor alle beoordelingen rubrics gemaakt om de toetsing transparanter en eenduidiger te maken.

Medio maart 2016, vond accreditatie door de NVAO plaats. Naast brede waardering voor de opleiding waren er ook een aantal verbeterpunten. Zo heeft het eerste cohort studenten laten zien dat de hoeveelheid kennis en basisvaardigheden, nodig voor evidence-based kwaliteitsverbetering, en het tempo van het onderwijs dusdanig hoog zijn, dat het risico op onderbelichting van de persoonlijke ontwikkeling bestaat. Daarbij is in het tweede leerjaar, door de focus op de uitvoering van het kwaliteitsverbeterproject in de eigen praktijk, de student minder in beeld bij de opleiding wat het zicht op de persoonlijke groei bemoeilijkt. Een gemiste kans voor een opleiding waarin levenslang leren, ontwikkelen en verbeteren centraal staan. De introductie van een coach en een peer voor het huidige cohort 2016-2018 is een interventie om meer in te zoomen op het persoonlijke ontwikkeltraject van de student.

Een ander verbeterpunt dat door de NVAO genoemd werd, was de beperkte bekendheid over de positionering van studenten op de werkvloer na afstuderen en de betekenis van het uitgevoerde kwaliteitsverbeterproject voor de praktijk. Om onder meer hier inzicht in te krijgen, is in januari 2017 een onderzoek gestart waarin het kwaliteitsverbeterproject en de persoonlijke ontwikkeling centraal staan. In het onderzoek wordt in kaart gebracht wat de uitkomsten van de master zijn op deze twee centrale elementen en welke factoren van invloed zijn geweest op deze uitkomsten.

Bovendien wordt er op dit moment gewerkt aan het inzetten van blended learning in een aantal modules waarbij klassieke leermethodes worden gecombineerd met moderne vormen van educatie, zoals e-learning.

Epiloog

Het afsluiten van de master betekent voor alumni geen einde aan de ontwikkeling en verbetering van de kwaliteit van zorg. De master biedt een leergemeenschap met periodiek thematische bijeenkomsten en uitwisselingen met

Tabel 5: Inhoud en doel van toetsing

Inhoud en EC's	Doel
Module eindopdrachten, 22 EC	Summatief
Oogsten 1 (reflectie op beoordeling eindopdrachten, persoonlijk leerplan en project idee), 0 EC	Formatief
Oogsten 2 (reflectie op beoordeling eindopdrachten, persoonlijke leerplan, projectplan en verdediging projectplan), 4 EC	Summatief
Oogsten 3 (reflectie op beoordeling eindopdrachten, persoonlijk leerplan, verslagen intervisie, masterthesis en verdediging master thesis), 26 EC	Summatief
Vrije ruimte, 8 EC	Summatief

Tabel 6: Kenmerken studenten cohort 2014 en cohort 2016

	Cohort 2014	Cohort 2016
Aantal; m/v	25; 13/12	22; 7/15
Artsen	17	8 (w.v. 1 aios)
Verpleegkundigen	5	9
Paramedici	1	1
Apothekers	2	1
Overige achtergrond	0	1
Afgestudeerd in 24 maanden	17	-
Afgestudeerd in 36 maanden	19	-
(Tussentijds) gestopt	2	1
Nederlandstalige publicaties verbeterproject	5	-
Peer reviewed internationale publicaties verbeterproject	3	-

docenten, experts, leiders, (oud)studenten (ook uit aanverwante studierichtingen, zoals de Topclass en de opleiding tot ziekenhuisarts of verpleegkundig specialist) en andere geïnteresseerden. Daarnaast hebben de alumni een netwerk, genaamd Mu, opgezet. Daarmee tonen de afgestudeerden zich leider in het veld van kwaliteitsverbetering in de patiëntenzorg.

Noten

- 1 Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdig, efficiënt en gelijkwaardig.

Literatuur

- Akkerman, S. F., & A. Bakker, Boundary crossing and boundary objects, *Review of educational research*, 81, 2011/2, 132-169.
- Bakker, A., & S. Akkerman, Leren door boundary crossing tussen school en werk, *Pedagogische Studiën*, 91, 2004/1, 8-23.
- Berwick, D. M., A user's manual for the IOM's 'Quality Chasm' report, *Health affairs*, 21, 2002/3, 80-90.
- Fessem van, J., Willems, J., Kruip, M., Hoeks, S., & H.J., Stolker, Making safer preoperative arrangements for patients using vitamin K antagonists, *BMJ Quality Improvement Reports*, 2017.
- Groenewoud, A.S., Value based care – een introductie. *Kwaliteit in Zorg*, 4, 2014, 4-9.
- Hein, G., Constructivist learning theory. *Institute for Inquiry*,

1991. Afkomstig uit: <https://www.exploratorium.edu/education/ifi/constructivist-learning>

Hulscher, M., Laurant, M., & M., Wensing, (2006). Evaluatie van het proces van implementatie. In Grol, R., & M. Wensing (Red.), *Implementatie; Effectieve verbetering van de patiëntenzorg* (pp. 104-117). Maarssen: Elsevier.

Korthagen, F., & A., Vasalos, Niveaus in reflectie: naar maatwerk in begeleiding, *Velon Tijdschrift voor Lerarenopleiders*, 23, 2002/1, 29-38.

Mann, K., Gordon, J., & A., MacLeod, Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review, *Advances in health sciences education*, 14, 2009/4, 595-621.

Ogrinc, G., Mooney, S. E., Estrada, C., Foster, T., Goldmann, D., Hall, L.W., Huizinga, M.M., Liu, S.K., Mills, P., Neily, J., Nelson, W., Pronovost, P. J., Provost, L., Rubenstein, L.V., Speroff, T., Splaine, M., Thomson, R., Tomolo, A.M., & B., Watts., The SQUIRE (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence) guidelines for quality improvement reporting: explanation and elaboration, *Quality and Safety in Health Care*, 17, 1/2008, 13-32.

Plas van de, A., Vries de, F., & P. Bemt van den., Experiences with Lean Six Sigma as improvement strategy to reduce parenteral medication administration errors and associated potential risk of harm, *BMJ Quality Improvement Reports*, 2017.

Porter, M.E., & E., Olmsted Teisberg, *Redefining Health Care, Creating Value Based Competition on Results*. Harvard Business School Press, Boston, 2006.

Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., Davies, N., McFadyen, A., Rivera, J., & S. Kitto., A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39, *Medical teacher*, 38, 2016/7, 656-668.

Schön, D.A. (1983). *The reflective practitioner: how professionals think in action*. New York: Basic Books.

Veenstra G.L., Ahaus, K., Welker, G., Heineman, E., Laan van der, M. J., & F. L. H., Muntinghe, Rethinking clinical governance: healthcare professionals' views: a Delphi study. *BMJ Open*, 2017

Informatie over de auteurs

Drs. Anne (A.C.) van Tuijl is junior onderwijskundig onderzoeker, Radboudumc, Health Academy, **dr. Hilly (H.)**

Calsbeek is coördinator NFU-master KVP, Radboudumc, IQ healthcare, **dr. Goof (G.C.M.) Claessen** is projectmanager bij- en nascholing, Radboudumc, Health Academy, **dr. Lia**

(C.R.M.G.) Fluit is hoofd sectie Research in Learning and Education, Radboudumc, Health Academy, **dr. Marion (M.)**

Verduijn is secretaris consortium Kwaliteit van Zorg, Nederlandse Federatie van UMC's, **dr. Petra (P.J.M.) van Gurp**, fg is internist en voorzitter Commissie Beoordeling Professionaliteit, Radboudumc, Health Academy, **dr. Hub (H.C.H)**

Wollersheim is directeur NFU-master KVP, Radboudumc, IQ healthcare.