

INTERNE KWALITEITSTOETSING KWALITEITSSYSTEEM OOR BETROUWBARE INFORMATIE BORGEN
OPLEIDER **SYSTEMATISCHE KWALITEITSZORG** STIMULEREN PDCA-CYCLUS
AIOS ZES ACTOREN VERBETERACTIES COC CLUSTER PROFESSIONALISERING FEEDBACK
KWALITEITSCYCLUS RAAD VAN BESTUUR **KWALITEITSDOMEINEN** EFFECT
VERBETERKANSEN LEERCURVE OPLEIDINGSKLIMAAT ORGANISATIE&ONTWIKKELING
COMPETENTIEONTWIKKELING WAY OF LIFE KWALITEITSINSTRUMENTEN VAN ELKAAR LEREN
VOORUITGANG SETQ CYCLISCHE AANPAK FACILITEREN KWALITEITSMONITORING
EXITGESPREKKEN **GEZAMENLIJKE VERANTWOORDELIJKHEID**
EXTERNE VERANTWOORDING OPLEIDINGSGROEP PERIODIEKE INTERNE KWALITEITSBEOORDELING
D-RECT METEN IS WETEN

STIMULANS VOOR INTERNE KWALITEITSVERBETERING VAN DE GENEESKUNDIGE VERVOLGOPLEIDINGEN

SCHERPBIER 2.0



College
Geneeskundige
Specialisten



Registratiecommissie
Geneeskundig
Specialisten

STIMULANS VOOR INTERNE KWALITEITSVERBETERING VAN DE GENEESKUNDIGE VERVOLGOPLEIDINGEN

(SCHERPBIER 2.0)

Actualisatie van het rapport
'Kwaliteitszorg voor de specialistische vervolgopleiding' 2008



COLOFON

Leden van de commissie

De heer prof. dr. A. Scherpbier (<i>voorzitter</i>)	Decaan Faculty of Health, Medicine & Life Science, MUMC+
Mevrouw drs. L. Bernsen (<i>vanaf oktober 2014</i>)	Hoofd huisartsopleiding, Radboud UMC
De heer dr. H.J.L. Brackel	Kinderarts, Catharina Ziekenhuis, Vice-voorzitter RGS
De heer dr. P.J. Breslau	Chirurg, Medisch Adviseur MMV, KNMG
Mevrouw drs. M. Kremers (<i>lid tot februari 2015</i>)	Aios Interne Geneeskunde, Jeroen Bosch Ziekenhuis
De heer dr. J.C.M. Lavrijsen	Senior onderzoeker en docent specialisme ouderengeneeskunde, Radboudumc, Projectleider Werving Opleiders en opleidingsplaatsen, SOON
Mevrouw prof. dr. M.J.M.H. Lombarts	Professor Professional Performance, AMC
De heer dr. S.J. van Luijk	Arts/onderwijskundige Academische Medische Vervolgopleidingen, MUMC+
De heer drs. A.P.N. van Rooijen	Hoofd Diakademie, opleiden & ontwikkelen, Diaconessenhuis, Utrecht
De heer mr. M.C.J. Rozijn	Deelprojectleider Sociale Geneeskunde MMV, KNMG, Secretaris CGS
De heer drs. M.V.H. Rutten	Aios Anesthesiologie, AMC
De heer prof. dr. F. Scheele	Gynaecoloog, Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Vice-voorzitter CGS
De heer prof. dr. F.W.J.M. Smeenk	Longarts, Catharina Ziekenhuis, Lid CGS, Bijzonder hoogleraar kwaliteitsbevordering medisch specialistische vervolgopleidingen, MUMC+
De heer C.E.J. van der Post (<i>lid tot augustus 2014</i>)	Hoofd huisartsopleiding AMC-UVA
Mevrouw drs. C. den Rooyen (<i>projectleider</i>)	Onderwijskundige, deelprojectleider MMV, KNMG

SAMENVATTING

Het voorliggende rapport 'Stimulans voor interne kwaliteitsverbetering van de geneeskundige vervolgoopleidingen' is de actualisatie van het rapport 'Kwaliteitszorg voor de specialistische vervolgoopleiding' uit 2008, aan de hand van ontwikkelingen in de zorg voor en toetsing van de kwaliteit van opleidingen.

¹Opmachtgevers voor deze herziening zijn het College Geneeskundige Specialismen (CGS) en de Registratiecommissie Geneeskundige Specialisten (RGS).

In grote lijnen is de visie uit 2008 nog altijd actueel. Ook anno 2016 gaat het systeem van continue kwaliteitsverbetering uit van een lerende organisatie of professional, die zelf streeft naar maximale kwaliteit door voortdurende verbetering van de vervolgoopleiding. Daarbij gaat het om periodieke interne kwaliteitsbeoordeling en daarop gebaseerde verbeteracties. Kwaliteitsbeoordeling bestaat uit het verzamelen van betrouwbare informatie in de vorm van feedback van personen en gremia die direct bij de opleiding zijn betrokken. Dit beoordelen en verbeteren wordt cyclisch herhaald, in de vorm van een plan-do-check-act-cyclus (PDCA).

Het interne kwaliteitssysteem is onderdeel van de dagelijkse praktijkvoering, waarbij verbeteringen zichtbaar zijn voor alle betrokkenen. In vergelijking met de situatie in 2008, ligt anno 2016 de nadruk in het rapport sterker op het verbeterplan. Opleidingen worden geacht dit te maken als vervolg op de resultaten van de diverse kwaliteitsbeoordelingen. Daarbij is niet de omvang van de cyclus of het aantal meetpunten van belang, maar het cyclische karakter ervan en de geconstateerde verbeterpunten. Het uiteindelijke doel van het systeem is optimale kwaliteit van patiëntenzorg door optimale kwaliteit en inhoud van de vervolgoopleiding.

Op onderdelen is de visie uit 2008 bijgesteld en aangevuld. De visie anno 2016 gaat uit van vertrouwen in de eigen verantwoordelijkheid van de professional voor de kwaliteit van de opleiding. Om deze verantwoordelijkheid inhoud te geven en te kunnen sturen op verbetering, fungeert dit rapport als handreiking. Eigen verantwoordelijkheid betekent dat de professional moet kunnen aantonen hoe de kwaliteit van de opleiding is geborgd en wat zijn eigen rol daarin is. Die verantwoordelijkheid kan eveneens de voorbereiding zijn op de externe visitatie van de kwaliteit van de opleiding door bijvoorbeeld de RGS. Dat voorkomt dubbel werk en draagt bij aan het verminderen van de bureaucratie.

Het huidige rapport is toegankelijker, compacter en bruikbaar geworden voor de actoren die bij geneeskundige vervolgoopleidingen betrokken zijn.² In dit rapport wordt duidelijker onderscheid gemaakt tussen enerzijds een algemene visie voor alle geneeskundige vervolgoopleidingen (dus alle drie de clusters) en anderzijds de uitwerking daarvan voor alleen de medisch-specialistische vervolgoopleidingen (cluster 2). Voor de huisartsgeneeskunde uit cluster 1 en de sociaal-geneeskundige specialismen uit cluster 3 zijn de uitwerkingen eerder in andere trajecten gedaan.

De complexe en gedetailleerde schema's uit 2008 zijn vereenvoudigd en gepositioneerd als hulpmiddel voor verdere verbetering van de kwaliteit van de medische vervolgoopleidingen uit cluster 2. Het overzicht met instrumenten en systemen die het beroepenveld inzet voor de monitoring van kwaliteit (toolkit) is geactualiseerd en uitgebreid. Ook dit overzicht is bedoeld als hulpmiddel en als inspiratiebron.

De uitwerking van het systematisch verbeteren van de kwaliteit van de opleiding valt buiten de reikwijdte van dit rapport. Dat zal het veld zelf moeten doen, maar dit rapport biedt daarvoor wel een stimulans.³

Het CGS wordt met betrekking tot de drie clusters geadviseerd om periodieke verslaggeving over de kwaliteit van de opleiding en de daaruit voortvloeiende verbeterpunten in de regelgeving op te nemen als erkenningseis voor opleider en opleidingsinstelling. Met de verankering van een kwaliteitssysteem in de regelgeving van het CGS kan de RGS vervolgens een implementatietraject starten, om de voortgang van de invoering van kwaliteitszorg door de actoren in de opleiding te monitoren en waar nodig te faciliteren.

Specifiek voor de specialismen uit cluster 2 adviseert de commissie het CGS en de RGS de introductie van de handreiking gepaard te laten gaan met een gedegen communicatietraject, waarin doel en inhoud van de handreiking centraal staan. De commissie vraagt hierbij speciale aandacht voor het belang van goede afspraken over mandaat en handelingsruimte tussen Centrale Opleidingscommissie en de Raad van Bestuur. Waar nodig moet de Centrale Opleidingscommissie gebruik kunnen maken van de doorzettingsmacht van de Raad van

1 Onder specialismen worden ook de profielen verstaan.

2 Geneeskundige vervolgoopleidingen betreffen de vervolgoopleidingen huisartsgeneeskunde, specialisme ouderengeneeskunde, geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten (cluster 1), de medische specialismen (cluster 2) en de sociaal-geneeskundige specialismen (cluster 3)

3 Voor actuele informatie over de kwaliteitssystemen en over andere zaken die met kwaliteitsverbetering te maken hebben kunt u terecht op www.knmg.nl/cgs/kwaliteitenerkenning

Bestuur van de opleidingsinstelling. Daarom adviseert de commissie het gedachtengoed van dit rapport aan de verschillende bestuurstafels onder de aandacht te brengen.

De verantwoording van de commissie die dit rapport heeft opgesteld is te vinden in bijlage 3 van dit rapport.

INHOUDSOPGAVE

1. Kwaliteitszorg voor de geneeskundige vervolgopleiding, een terugblik.....	6
1.1 Het rapport 'Kwaliteitszorg voor de specialistische vervolgopleiding' uit 2008	6
1.2 De ontwikkelingen in de kwaliteitszorg na 2008	6
2. Kwaliteitszorg in de geneeskundige vervolgopleidingen anno 2016	8
3. Handreikingen voor kwaliteitsverbetering bij medische vervolgopleidingen	11
3.1 Kwaliteitskader voor medische vervolgopleidingen	11
3.2 Kwaliteitsinstrumenten voor medische vervolgopleidingen	12
4. Hoe nu verder?	13
Bijlagen	
1. Kwaliteitskader cluster 2.....	15
2. Overzicht kwaliteitsinstrumenten medische vervolgopleidingen	24
3. Projectverantwoording	41
4. Begrippenlijst	42

1. KWALITEITSZORG VOOR DE GENEESKUNDIGE VERVOLGOPLEIDING, EEN TERUGBLIK

1.1 Het rapport 'Kwaliteitszorg voor de specialistische vervolgopleiding' uit 2008

In 2008 heeft de toenmalige projectgroep kwaliteitsindicatoren (ook wel de 'commissie Scherpbier' genoemd) een systeem voor kwaliteitsbeoordeling en -verbetering van opleidingen ontworpen. Aanleiding daarvoor was de wens van de overheid om aan de hand van concrete kwaliteitsindicatoren te komen tot een objectief, meer transparant kwaliteitsoordeel over de vervolgopleidingen. Daarmee zou de overheid deze opleidingen beter kunnen sturen (bijvoorbeeld op het aantal opleidingsplaatsen en de verdeling daarvan) en zou een marktmechanisme tussen de vervolgopleidingen binnen een specialisme mogelijk kunnen worden.

De projectgroep bracht in 2008 een rapport uit, getiteld 'Kwaliteitszorg voor de specialistische vervolgopleiding'. De conclusie in dat rapport was dat de opleidingswerkelijkheid te complex was om te beschrijven in slechts enkele kwaliteitsparameters en daar een eenduidig kwaliteitsoordeel op te baseren. De projectgroep concludeerde dat kwaliteit van opleiden alleen gebaseerd kon zijn op een veelheid van diverse kwantitatieve en kwalitatieve informatiebronnen. Die kwaliteit moest zorgvuldig binnen de context gewogen worden om tot een adequaat oordeel te kunnen komen.

Sindsdien zijn er met betrekking tot kwaliteitsbewaking en -verbetering van vervolgopleidingen diverse ontwikkelingen geweest, die aanleiding waren om het rapport uit 2008 te herzien. De visie van de toenmalige projectgroep was kort samengevat:

'Elk systeem van kwaliteitsbeoordeling richt zich enerzijds op de beslissing tot voortbestaan van een opleiding en anderzijds op het verhogen van de kwaliteit van een opleiding. Daarin zit een spanningsveld. Het eerste leidt meestal tot het benadrukken van minimumeisen en een strategische gerichtheid van opleidingsgroepen die zich hiernaar gaan gedragen. Het tweede benadrukt de lerende organisatie die streeft naar optimalisering van het onderwijs en maximale kwaliteit. Op deze laatste ligt het accent.

Gestreefd moet worden naar een systematisch stelsel van interne kwaliteitszorg van vervolgopleidingen. Daarbij gaat het erom betrouwbare informatie te verzamelen voor feedback en verbetering van de kwaliteit. Deze cyclus is continu, bijvoorbeeld door middel van een plan-do-check-act-cyclus (PDCA). De externe kwaliteitszorg (door de RGS) bekrachtigt in feite de interne kwaliteitszorg.

De standaarden of normen die hierbij worden gebruikt zijn niet alleen minimale eisen, maar richten zich ook op ontwikkeling en verbetering van de kwaliteit.

Daarnaast moet interne kwaliteitszorg onderdeel zijn van de dagelijkse gang van zaken, net als alle andere vormen van kwaliteitszorg, waarbij verbeteringen zichtbaar zijn voor alle betrokkenen. Er dient dan ook een cultuur van kwaliteit te ontstaan met de juiste interne en externe prikkels.'

1.2 De ontwikkelingen in de kwaliteitszorg na 2008

Het rapport uit 2008 legde de basis voor de implementatie van kwaliteitszorg voor alle medische vervolgopleidingen. Sindsdien zijn er voor en door meerdere medische specialismen, instellingen, huisartsgeneeskunde en sociale geneeskunde initiatieven ontplooid om de interne kwaliteitszorg van de opleiding vorm en inhoud te geven en te verbeteren.

Met het meerjarige project Modernisering Medische Vervolgopleidingen (Project MMV) van de KNMG startte in 2010 een aantal deelprojecten op het gebied van kwaliteitszorg. Binnen Project MMV is specifiek voor cluster 3 een project gestart om te komen tot een kwaliteitsvisie. Deze visie is uiteindelijk beschreven in het rapport KOERS.⁴

In 2012 is voor de huisartsen binnen cluster 1 het Handboek GEAR 2012⁵ verschenen met een landelijk kwaliteitssysteem voor de huisartsopleiding.

4 KOERS staat voor Kwaliteitsvisie Opleidingen En Raamplan Sociale geneeskunde.

5 GEAR staat voor Gecombineerde Evaluatie en Audit Ronde. Een beschrijving van GEAR is te vinden op www.huisartsopleiding.nl.

Het samenvoegen van de colleges (op 1 januari 2010) en de registratiecommissies van de drie clusters (op 1 januari 2013) stimuleerde de beweging richting een gemeenschappelijke visie op kwaliteitszorg voor opleiden, waarbij ieder cluster binnen de eigen context deze gemeenschappelijke visie kon uitwerken.

Vanuit het CGS en de RGS is in 2013 het visiedocument 'Van handhaven naar verbeteren'⁶ uitgebracht, dat de toekomst beschreef van het toezicht op de opleidingen tot geneeskundig specialist.

Deze ontwikkelingen hebben de kwaliteitszorg positief beïnvloed en ook tastbaar en meetbaar gemaakt. Wat de opleidingen zelf betreft zijn de algemene competenties als basis voor competentiegericht opleiden nu verankerd in de landelijke opleidingsplannen. Ook worden maatschappelijk relevante thema's, zoals ouderenzorg, doelmatigheid, patiëntveiligheid en -participatie en medisch leiderschap, vaker structureel geïntegreerd in de vervolgopleidingen.

Vanuit organisatorisch perspectief is er een toenemende aandacht voor kwaliteitszorg van de gehele opleiding over meerdere instellingen heen (regionale kwaliteitszorg) en wordt stilgestaan bij wat een aios waar leert.

Daarmee hangt samen dat aan de Centrale Opleidingscommissie (COC) een regierol in de kwaliteitszorg is toebedeeld.

Het denken over kwaliteitszorg in de vervolgopleidingen is daarmee steeds verder ontwikkeld. In het veld van geneeskundig specialisten ontstond de wens om kwaliteitscriteria niet (meer) op detailniveau als vinklijstjes te hanteren, maar meer te kijken naar de achterliggende bedoeling en het doel daarvan. Instellingen zelf kregen meer aandacht voor de interne kwaliteitszorg. Dit hield verband met het toenemende besef dat de verantwoordelijkheid voor kwaliteitszorg meer decentraal moet liggen, daar waar het primaire proces plaatsvindt. Bij deze decentrale verantwoordelijkheid van de opleidingsinstellingen en opleiders past een RGS-toezicht dat meer op afstand is ingericht, op voorwaarde dat er een goed intern kwaliteitssysteem aantoonbaar operationeel is.

Alhoewel het rapport uit 2008 duidelijk een hulpmiddel was bij de implementatie van kwaliteitssystemen in de praktijk, werden in de loop van de tijd ook knelpunten gesignaleerd. Deze knelpunten hadden deels te maken met het rapport zelf, maar ook met de ontwikkelingen binnen de vervolgopleiding.

De meest genoemde knelpunten waren:

- Het rapport was uitgebreid en gedetailleerd en onbedoeld gebruik kon al snel leiden tot een bureaucratische interpretatie en uitvoering van kwaliteitszorg.
- In het rapport was geen specifieke aandacht besteed aan de clusters 1 en 3.
- Het rapport was vooral bedoeld voor alle medisch-specialistische vervolgopleidingen (cluster 2), maar in de praktijk bleek behoefte te bestaan aan specifieke aandacht voor de kleinere opleidingen met bijvoorbeeld minder dan vijf aios. Kwaliteitsinstrumenten zoals D-RECT en SETQ bleken toen niet toepasbaar bij kleinere groepen.

Met inachtneming van deze ontwikkelingen en knelpunten hebben CGS en RGS in 2013 een grotendeels vernieuwde commissie ingesteld, opnieuw onder leiding van prof. dr. A. Scherpbier, met de opdracht het rapport uit 2008 te actualiseren, met inachtneming van voornoemde knelpunten.

6 Een beschrijving van KOERS en het visiedocument 'Van handhaven naar verbeteren' is te vinden op www.knmg.nl/cgs

2. KWALITEITSZORG IN DE GENEESKUNDIGE VERVOLGOPLEIDINGEN ANNO 2016

➤ De visie op kwaliteitszorg uit 2008 is nog steeds actueel

In grote lijnen is de visie uit 2008 nog altijd actueel. Ook anno 2016 gaat het systeem van continue kwaliteitsverbetering uit van een lerende organisatie of professional die zelf streeft naar maximale kwaliteit door voortdurende verbetering van de vervolgopleiding. Daarbij gaat het om periodieke interne kwaliteitsbeoordeling en daarop gebaseerde verbeteracties. Daarbinnen wordt betrouwbare informatie verzameld door feedback van personen en gremia die direct bij de opleiding zijn betrokken. Dit beoordelen en verbeteren wordt cyclisch herhaald, in de vorm van een plan-do-check-act-cyclus (PDCA).

Deze kwaliteitscyclus is educatief (of formatief) van aard. De externe kwaliteitsbeoordeling door de RGS is selectief (of summatief) van karakter, omdat dan de kwaliteit betrokken wordt in de beslissing tot erkenning van opleiders en opleidingsinstellingen.

Het interne kwaliteitssysteem is onderdeel van de dagelijkse praktijkvoering, waarbij verbeteringen zichtbaar zijn voor alle betrokkenen. In vergelijking met de situatie in 2008, ligt anno 2016 de nadruk in dit rapport sterker op het verbeterplan dat opleidingen geacht worden te maken, als vervolg op de resultaten van de diverse kwaliteitsbeoordelingen. Daarbij is niet de omvang van de cyclus of het aantal meetpunten van belang, maar het cyclische karakter ervan en de geconstateerde verbeterpunten en wat daarmee vervolgens wordt gedaan.

➤ Een handreiking voor alle geneeskundige vervolgopleidingen

De geactualiseerde visie op kwaliteitszorg is toepasbaar op alle geneeskundig specialistische vervolgopleidingen. De uitvoering per cluster of per specialisme kan echter verschillen vanwege verschil in context. De weergegeven visie is een manier om de kwaliteitszorg in te richten. Het is bedoeld als een hulpmiddel voor de praktijk, niet als een dictaat. Dat geldt voor de visie zoals hierboven geschetst, maar ook voor de uitwerking van de visie voor cluster 2 zoals beschreven in hoofdstuk 3.

➤ Zelf kiezen van systeem en kwaliteitskader

Het uiteindelijke doel van het systeem is optimale kwaliteit van patiëntenzorg door optimale kwaliteit en inhoud van de vervolgopleiding. Daarbij past de vrijheid om systeem en inhoud aan te passen aan de eigen context. Kwaliteitszorg is de verantwoordelijkheid van de betreffende opleiding en instelling zelf.

Binnen de opleiding hebben actoren elk hun eigen verantwoordelijkheden, die tot uitdrukking komen in de evaluatiecyclus. Deze verantwoordelijkheden worden bij voorkeur zo laag mogelijk in de organisatie belegd, namelijk daar waar de uitvoering plaatsvindt. Dat is in lijn met de achterliggende gedachte van de regelgeving. Verantwoordelijkheden worden benoemd, maar hoe deze ingevuld worden is een zaak van de betreffende actor. Dit rapport geeft daarvoor een handreiking inclusief een overzicht van instrumenten, voorbeelden en ideeën die actoren kunnen gebruiken bij het optimaliseren van de kwaliteit van de opleiding. Met dit rapport worden nadrukkelijk geen externe normen gesuggereerd of opgelegd. De kern is dat elke actor de eigen verantwoordelijkheden of taken aantoonbaar adequaat invult en via een PDCA-cyclus continu tracht te verbeteren.

Het bieden van globale kaders stelt echter wel hogere eisen aan de eigen verantwoordelijkheid, zelfsturing en discipline van professionals. Het vergt bovendien professionalisering van de COC's en investeringen in de scholing van leden van plenaire visitatiecommissies.

➤ Keuzemogelijkheden voor kleine en grote opleidingsgroepen

Een specifiek punt van aandacht is de uitwerking van de kwaliteitszorg door en voor kleine opleidingsgroepen. De uitkomsten van kwaliteitsindicatoren bij deze opleidingen moeten zo min mogelijk herleidbaar zijn tot informatie van de individuele aios. Een te klein aantal aios in kleine opleidingsgroepen kent als risico dat zij zich niet veilig genoeg voelen om oprechte feedback te geven over de kwaliteit van de opleiding. Anonieme schriftelijke enquêtes hebben in die gevallen geen zin. Vormen die meer rekening houden met de privacy van de aios worden dan noodzakelijk, zoals het houden van exit-interviews en terugkoppeling van gegevens door derden. Het overzicht van beoordelingsinstrumenten in bijlage 2 bevat voorbeelden van vormen die toegepast kunnen worden bij relatief kleine opleidingsgroepen. Ook is denkbaar dat in de (toelichting van de) regelgeving wordt opgenomen dat kleine opleidingsgroepen, met bijvoorbeeld minder dan vijf aios, aantoonbaar

voldoen aan de eisen voor een kwaliteitscyclus als er een aantoonbare PDCA-cyclus is, in combinatie met exitgesprekken en op de PDCA-cyclus gebaseerde interne audits. ⁷

➤ De visie op de inhoud van kwaliteit is aangepast

Het systeem voor kwaliteitsbeoordeling is als zodanig niet veranderd. De inhoud, oftewel de beschrijving van wat die kwaliteitszorg is, wel. De limitatieve lijst met normen uit 2008 is volledig herzien.

Die lijst was niet praktisch en bovendien alleen van toepassing op de medisch-specialistische vervolgoopleidingen. Inmiddels zijn zowel voor de huisartsen (GEAR) als voor de sociaal-geneeskundigen (KOERS en Kwaliteitskader) eigen kwaliteitssystemen met bijbehorend kwaliteitskader opgezet.

Een nieuw en meer compact kwaliteitskader voor de medisch specialisten is uiteengezet in hoofdstuk 3.

➤ Maak gebruik van wat er al is

Vrije keuze voor het kwaliteitssysteem en de inhoud van het kwaliteitskader geeft ruimte om gebruik te maken van al eerder ingevoerde systemen. Of van bestaande informatie, bijvoorbeeld in het kader van de kwaliteitsvisite. Systemen die al voorzien in het cyclisch beoordelen van de kwaliteit van de opleiding kunnen worden ingezet voor de kwaliteitszorg. Hetzelfde geldt voor gegevens over de kwaliteit van de opleiding die voor andere vormen van kwaliteitszorg zijn verzameld.

➤ Elementen voor de structuur van kwaliteitskader

De geactualiseerde kwaliteitsvisie gaat uit van kwaliteitsdomeinen en actoren die zodanig met elkaar in verband worden gebracht en uitgewerkt, dat dit leidt tot een kwaliteitskader. De definitie van domeinen en actoren is nu zodanig, dat deze voor alle drie de clusters vergelijkbaar is.

Actoren zijn de professionals en instellingen die betrokken zijn bij de geneeskundige vervolgoopleidingen. Kwaliteitsdomeinen zijn de deelgebieden van kwaliteit van de opleiding. De drie clusters gebruiken verschillende indelingen in domeinen:

Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
<ul style="list-style-type: none">• Visie en kwaliteitsbeleid• Academisch niveau• Onderwijsprogramma• Leeromgeving• Toetsing, beoordeling en resultaten• Staf• Management (uit GEAR)	<ul style="list-style-type: none">• Organisatie en ontwikkeling• Leer- en werkklimaat• Professionalisering• Competentieontwikkeling (uit hoofdstuk 3)	<ul style="list-style-type: none">• Visie en kwaliteitsbeleid• Academisch niveau• Opleidingsprogramma• Leeromgeving en begeleiding• Toetsing, beoordeling en resultaten• Management, staf en organisatie (uit KOERS)

Alhoewel er overlap bestaat in de benamingen van de drie clusters voor de domeinen, zit er in de uitwerking van de systematiek vooral verschil. Synchronisatie van de drie begrippensets is op dit moment niet wenselijk en (nog) niet mogelijk. Het zou betekenen dat er een keuze moet worden gemaakt voor een bepaalde indeling in domeinen of voor een nieuw samenstel. Dit vergt niet alleen tijd, maar heeft voor nu ook geen significante meerwaarde, omdat GEAR bij de betreffende beroepsgroepen is ingeburgerd en KOERS net is afgerond.

➤ Voorkomen van bureaucratie

Alhoewel het voorkomen van bureaucratie geen doel is van de opdracht, is hieraan bij het herzien van de visie wel aandacht besteed. De nadruk moet liggen op het optimaal uitvoeren van de eigen taken in het kader van de geneeskundige vervolgoopleiding. Blijvend kunnen garanderen van optimale patiëntenzorg vergt optimaal opleiden. De opleidingskwaliteit wordt blijvend geborgd in een PDCA-cyclus van uitvoeren, evalueren en verbeteren. Over die cyclus voeren de actor en de instelling zelf de regie. Dat betekent een stevige eigen professionele verantwoordelijkheid. Hierbij past de vrijheid om deze naar eigen inzicht in te richten. Dit rapport biedt daarvoor ruimte. Bij de inrichting van de kwaliteitszorg kan de desbetreffende instelling bestaande interne systemen inzetten om de kwaliteit van de opleidingen te evalueren en te verbeteren.

⁷ Op de website www.knmg.nl/cgs/kwaliteitenerkenning zijn voorbeelden hiervan te vinden.

► Cultuur van veiligheid

Wil een aios zich goed kunnen ontwikkelen, dan moet deze kunnen werken in een omgeving met een cultuur die daarvoor voldoende ruimte en veiligheid biedt. Van belang is dat scholing en ontwikkeling van alle medewerkers worden gestimuleerd, zodat deze zichzelf voortdurend aanpassen aan de veranderende omgeving en de eisen die daaruit voortvloeien. De actoren in de opleiding zorgen dat de aios zich kan ontwikkelen in een gunstig leer- en werkklimaat, waar voldoende leerruimte is, naast de uitvoerende taken. De basis voor een goed leer- en werkklimaat is de mogelijkheid van het geven en ontvangen van gevraagde en ongevraagde feedback.

3. HANDREIKINGEN VOOR KWALITEITSVERBETERING BIJ MEDISCHE VERVOLGOPLEIDINGEN

3.1 Kwaliteitskader voor medische vervolgopleidingen

De geactualiseerde visie op kwaliteitszorg in dit rapport geldt voor alle geneeskundige vervolgopleidingen. De uitwerking ervan in kwaliteitskaders is aan de drie clusters zelf. De huisartsgeneeskunde uit cluster 1 en de sociaal-geneeskundige specialismen van cluster 3 hebben het kwaliteitskader uitgewerkt in de rapporten GEAR respectievelijk KOERS. Elementen van die uitwerkingen zijn meegenomen in de voorliggende visie. Voor de medisch-specialistische opleidingen en voor de opleidingen in het specialisme ouderengeneeskunde en in de geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten (cluster 1) kan het hieronder geschetste kader worden gebruikt.

Voor de medische vervolgopleidingen uit cluster 2 zijn de kwaliteitsbeschrijvingen uit het eerste rapport ('Scherpbier 1') geactualiseerd en vereenvoudigd. De kwaliteitscriteria zijn nu meer globaal weergegeven. Dat kan leiden tot een meer individuele inhoudelijke invulling van de kwaliteitszorg door de diverse actoren (instelling, afdeling e.d.).

De structuur van de schema's met kwaliteitsbeschrijvingen is hiermee sterk vereenvoudigd. Per actor is in één A4 weergegeven welke elementen relevant zijn binnen de gegeven context. Dit wordt geïllustreerd met voorbeelden. Het gebruiksgemak neemt hierdoor toe en het systeem wordt voor de actoren (bijv. opleider en COC) in de praktijk beter hanteerbaar. Of dit ook leidt tot een significante vermindering van bureaucratistische lasten hangt voor een belangrijk deel samen met vormgeving van de regelgeving in een nieuw te vormen Kaderbesluit. Hierbij is van belang hoe het CGS omgaat met de balans tussen enerzijds de focus op autonome verbetering en anderzijds de maatschappelijke plicht aantoonbaar en onderbouwd kwalitatief goede beroepsbeoefenaren af te leveren. Dit vraagt om een visie op modern toezicht op afstand, met een juiste balans tussen stimuleren en waar nodig sanctioneren en met een juiste balans tussen 'vinken' en 'vonken'.

Voor de actoren in de medisch-specialistische vervolgopleiding (cluster 2) is per actor een beperkt aantal rollen en taken globaal beschreven. Deze zijn vervolgens uitgewerkt in enkele voorbeelden. De voorbeelden zijn richtinggevend bedoeld en niet prescriptief, limitatief of compleet.

Nog steeds gaat de voorgestelde structuur uit van de belangrijkste actoren binnen de context van de medische vervolgopleidingen. In deze structuur voor cluster 2 zijn de Centrale Opleidingscommissie (COC) en de Raad van Bestuur gesplitst en is het 'cluster' als actor toegevoegd. Daarmee wordt ook de verantwoordelijkheid van het regionale opleidingsteam voor het gehele opleidingstraject zichtbaar benoemd. De actoren in het nieuwe kwaliteitskader zijn:

- aios
- opleider en opleidingsgroep
- centrale opleidingscommissie (COC)
- Raad van Bestuur
- cluster
- onderwijs en opleidingsregio (OOR)

Deze actoren zijn vervolgens voor cluster 2 in verband gebracht met de volgende kwaliteitsdomeinen:

- leer- en werkklimaat
- professionalisering
- organisatie en ontwikkeling
- competentieontwikkeling

Aldus is een zogenoemd kwaliteitskader gevormd. Het kader beschrijft de rol en taken van de actor op de vier domeinen. Daaraan zijn voorbeelden gekoppeld van elke combinatie van actor en domein. Het kwaliteitskader is bedoeld om de actoren/gebruikers een snel en overzichtelijk beeld te geven van hoe ze kunnen bijdragen aan (continue verbetering van) de kwaliteit van de opleidingen. Een actor is niet verplicht om mogelijkheden of voorbeelden identiek over te nemen en toe te passen. Essentieel is dat de actor vanuit zijn perspectief en de daarbij horende taakopdracht nadenkt over wat een optimale vorm van kwaliteitszorg zou kunnen zijn en tot welke acties dat dan zou moeten leiden. De feitelijke inhoud en vorm zijn afhankelijk van de uitwerking die de actor er aan geeft in de eigen context. Deze inhoud kan vervolgens in een PDCA-cyclus worden ondergebracht.

Door de nieuwe opzet ontstaat meer ruimte voor individuele invulling door de actor. De opleidingsgroep, onder begeleiding van de COC, moet de werking van de PDCA-cyclus en de verbeterpunten die daaruit volgen periodiek kunnen verantwoorden met een verslag. Het verslag dient terug te vinden of opvraagbaar te zijn bij een visitatie of tussentijdse externe toetsing. Vrijheid in ontwerp van het kwaliteitssysteem betekent niet dat kwaliteitszorg vrijblijvend is.

3.2. Kwaliteitsinstrumenten voor medische vervolgopleidingen

Momenteel worden diverse instrumenten uit de 'toolkit' uit 2008 toegepast om de kwaliteit van de opleiding te meten of te beoordelen. Bijlage 2 van dit rapport bevat een geactualiseerde 'toolkit'. Het overzicht bevat de meest gebruikte evaluatie- of meetinstrumenten en systemen voor de medische vervolgopleidingen (cluster 2) en enkele algemene notities over het genereren en ontvangen van feedback. Daarnaast geeft het overzicht suggesties over het hoe en waarom van reflecteren door de actor op de verkregen feedback. Het overzicht ondersteunt opleiders, supervisors, aios en COC's bij het evalueren van en reflecteren op diverse aspecten van de opleiding. Het vernieuwde overzicht beschrijft de volgende instrumenten of systemen:

- SETQ
- EFFECT
- MCTQ
- D-RECT
- Het exitgesprek
- TeamQ
- Interne audit
- Clusterevaluatie
- ReACT of Individuele reflectievragen
- De Dialoog

Deze instrumenten hebben ieder een eigen invalshoek en evaluatiemethode en zijn daardoor te gebruiken door:

- afdelingen/opleidingen (groot en klein)
- opleidingsziekenhuizen
- clusters (groot en klein)
- OOR's

Welk instrument wordt ingezet hangt af van het doel. Omdat dé kwaliteit van de opleiding niet te vatten is in één meetinstrument en één evaluatie, moeten meerdere, verschillende en ook herhaalde evaluaties in onderlinge samenhang worden gezien. Een kwaliteitsoordeel kan niet gebaseerd worden op geïsoleerde metingen, maar moet uitgaan van een programmatische evaluatie. Dat maakt de resultaten van de diverse evaluaties pas betekenisvol. Als voorbeeld: uit zowel de D-RECT-evaluatie (opleidingsklimaat) als uit de TeamQ-evaluatie (onderlinge samenwerking leden opleidersteam) kan blijken dat het thema 'feedback' verbetering behoeft. Deze dubbele bevinding, vanuit verschillende context, versterkt de betrouwbaarheid van de bevinding en plaatst het verbeterpunt - en de daarop mogelijke verbeterplannen en -acties - in een breder perspectief.

Voor opleidingsgroepen blijkt het goed te werken om de regie op de kwaliteitszorg van de eigen opleiding te voeren aan de hand van een meerjarenplan kwaliteitszorg. Een termijn van vijf jaar sluit aan bij de diverse visitatiecycli. In het meerjarenplan kwaliteitszorg kunnen de gewenste metingen worden gepland, de manieren van reflecteren daarop en het vervolg op de meetresultaten. Het plan wordt nog completer als het ook aandacht besteedt aan de te voorziene trainings- en ondersteuningsbehoeften van opleiders en aios voor een goede uitvoering van het geheel en de evaluatie van het plan. Het kwaliteitskader voor cluster 2 wordt beschreven in bijlage 1.

4. HOE NU VERDER?

➤ Rapport als handreiking voor alle actoren

Met dit rapport kijkt de commissie vooral vooruit naar de verbetering van de kwaliteitszorg van de geneeskundige vervolgoopleidingen voor de komende jaren. De commissie realiseert zich echter dat dit rapport een momentopname is, gebaseerd op de nu vigerende visie. Ontwikkelingen in het denken over kwaliteit en de aansluiting van het beroepenveld daarop gaan snel. Mede daarom is de geactualiseerde visie op kwaliteit als hiervoor beschreven nadrukkelijk bedoeld als handreiking voor alle actoren.

➤ Voor de aios

De aios is, omdat hij/zij degene is die wordt opgeleid, het primaire subject in de opleiding en kan bij uitstek vanuit die hoedanigheid feedback geven op de kwaliteitsverbetering van de opleiding. Door zich op te stellen als 'active learner', door het opstellen van het eigen individuele opleidingsplan, door te zorgen dat hij/zij de gestelde doelen realiseert, voert de aios tot op zekere hoogte hoogte regie over de eigen opleiding. Verwacht mag worden dat de aios(groep) hierin verantwoordelijkheid neemt en actief suggesties doet voor verbeteringen. Tegelijkertijd is de aios niet verantwoordelijk voor de gehele kwaliteit van diens opleiding. In dat opzicht kan een aios op het ontbreken van feedback op de kwaliteit van de opleiding wel worden aangesproken, maar niet worden afgerekend.

➤ Voor de opleiders en opleidingsinstellingen en OOR-regio's

Opleiders en opleidingsinstellingen kunnen als actoren in de opleiding gebruik maken van het kwaliteitskader om te reflecteren op de kwaliteit van de opleiding en op de bijdrage die ze daaraan als actor kunnen leveren. Daarnaast wordt verwacht dat ze hun verantwoordelijkheid nemen en actief aan verbeteringen bijdragen. Datzelfde geldt voor de OOR-regio's.

➤ Voor raden van bestuur

Raden van bestuur kunnen als actor in de opleidingen en als verantwoordelijke voor de kwaliteit van de zorg in de eigen instelling gebruik maken van het kwaliteitskader. Ze kunnen het kader gebruiken om te reflecteren op de kwaliteit van de opleiding en de bijdragen die ze daaraan als raad van bestuur leveren en zo nodig een verbeterplan opstellen. Bij een meer decentrale toetsing van de kwaliteit van de opleiding onder regie van de COC, past ook dat de raad van bestuur als doorzettingmacht van de COC optreedt of de COC hierin bevoegdheden geeft.

➤ Voor de wetenschappelijke verenigingen

Voor de huisartsgeneeskunde en de sociaal-geneeskundige specialismen is kwaliteit al eerder en los van dit rapport uitgewerkt, maar het sluit goed aan op de in dit rapport beschreven kwaliteitsvisie. Deze geneeskundige specialismen zullen hun eigen traject verder kunnen voortzetten en ontwikkelen.

Voor de medische specialismen uit cluster 2 is de visie uitgewerkt in de vorm van een kwaliteitskader. Dit kader richt zich op de zelfreflectie door de opleider en opleidingsinstelling. Onderdeel van de evaluatiecyclus in het kwaliteitssysteem is een plan voor de opvolging van verbeterpunten. Voor de wetenschappelijke verenigingen kan het kwaliteitskader een stimulans zijn om in kwaliteitsvisitaties te gebruiken. Dit vanuit het oogpunt van ontstapeling of vereenvoudiging van kwaliteitssystemen.

De wetenschappelijke verenigingen voor het specialisme ouderengeneeskunde en voor de geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten zullen zelf een afweging moeten maken in welke vorm zij de zorg voor continue kwaliteitsverbetering van de opleidingen kunnen borgen. Het kwaliteitskader voor cluster 2 kan daarvoor input geven, maar die rol kunnen ook de kwaliteitskaders van de huisartsgeneeskunde en van de sociaal-geneeskundige specialismen vervullen.

➤ Voor CGS en RGS

CGS en RGS zijn opdrachtgever voor de herziening van het rapport uit 2008. In die hoedanigheid is het aan hen om te bepalen wat het formele vervolg op dit rapport wordt. De aanpassingen in de visie op de kwaliteitsbeoordeling van de opleidingen zijn niet dusdanig dat daarop de regelgeving of het toezicht direct moeten worden aangepast. Wel is van belang dat CGS en RGS de bevindingen van de commissie betrekken in de herziening van de erkenningsystematiek die op dit moment gaande is. In dat kader is het advies aan

het CGS om in de regelgeving op te nemen dat periodieke verslaglegging over de kwaliteit van de opleiding en de daaruit voortvloeiende verbeterpunten, als onderdeel van een PDCA-cyclus, nodig is om als opleider of opleidingsinstelling te worden erkend.

➤ Implementatie

Met de verankering van een kwaliteitssysteem in de regelgeving van het CGS kan de RGS een traject starten om de implementatie van kwaliteitssystemen door de wetenschappelijke verenigingen en de actoren in de opleiding te monitoren en waar nodig te faciliteren. Daarvoor zal een projectstructuur moeten worden ingericht met een planning van de activiteiten voor de komende jaren. Bij die implementatie moet er voor worden gewaakt dat het kwaliteitszorgsysteem zijn educatieve karakter behoudt.

Specifiek voor de specialismen uit cluster 2 adviseert de commissie het CGS en de RGS de introductie van de handreiking gepaard te laten gaan met een gedegen communicatietraject, waarin doel en inhoud van de handreiking centraal staan. Het alleen informeren van betrokkenen is niet voldoende. Het gaat erom dat de professionals ook in staat worden gesteld hun verantwoordelijkheid te nemen. Zoals hierboven gemeld gaat het om een brede ondersteuning door de opleidingsinstelling.

De commissie vraagt hierbij speciale aandacht voor het belang van goede afspraken over mandaat en handelingsruimte tussen COC en de Raad van Bestuur. Waar nodig moet de COC gebruik kunnen maken van de doorzettingsmacht van de Raad van Bestuur van de opleidingsinstelling. Daarom adviseert de commissie om het gedachtegoed van Scherpbier 2.0 aan de verschillende bestuurstafels onder de aandacht te brengen.

BIJLAGE 1

KWALITEITSKADER CLUSTER 2

Hieronder volgt per actor de uitwerking van de rol van elke actor, in relatie tot elk van de vier kwaliteitsdomeinen. De volgorde van de kwaliteitskaders is als volgt:

- aios
- opleider en opleidingsgroep
- COC
- Raad van Bestuur
- cluster
- OOR

De taken en voorbeelden in de tabellen zijn niet uitputtend; ze kunnen richtinggevend zijn bij het inrichten van een kwaliteitszorgsysteem voor de opleiding. Een volledig overzicht van verantwoordelijkheden vindt u in het CCMS-Kaderbesluit, de landelijke opleidingsplannen en de regionale uitwerking van deze landelijke opleidingsplannen. Meer voorbeelden van de invulling van taken per actor vindt u op www.knmg.nl/cgs/kwaliteitenerkenning.

ACTOR AIOS

Rol: Draagt individueel en in groepsverband bij aan een goede opleiding en aan optimalisering van het opleidingsklimaat.

Domein	Taken van de aios. Zij:	Voorbeelden waaruit dit kan blijken. U kunt:
Organisatie en ontwikkeling	<ul style="list-style-type: none"> zijn zo georganiseerd dat zij individueel en in onderling overleg positief bijdragen aan de ontwikkeling en verbetering van de opleiding; nemen deel aan verbeterprojecten ten gunste van de opleiding in het algemeen. 	<ul style="list-style-type: none"> vertegenwoordigd en actief betrokken zijn bij alle relevante commissies die een verantwoordelijkheid hebben in het opleidingsproces, zowel op lokaal, instellings- als op regionaal of landelijk niveau. Te denken valt aan: OOR-bestuur, COC, interne audit commissie, aiosvereniging, etc. een actieve inbreng hebben in opleidingsvergaderingen (die ook wordt vastgelegd in de notulen van deze vergaderingen); bijdragen aan projecten om de opleiding op de afdeling of in de instelling te verbeteren; meeschrijven aan het lokaal en regionaal opleidingsplan
Opleidingsklimaat	<ul style="list-style-type: none"> dragen individueel en als groep bij aan optimalisering van het opleidingsklimaat (goede samenwerkingsrelaties onderhouden, invulling diensten, tijdig supervisie vragen, etc.); geven informatie over het opleidingsklimaat, o.a. door participatie aan diverse enquêtes en deelname aan diverse overlegorganen, zoals de COC; tonen verantwoordelijkheid voor het functioneren van collega's en weten met wie zij eventuele zorgen hierover kunnen bespreken. 	<ul style="list-style-type: none"> deelnemen aan en bijdragen aan de evaluatie van kwaliteitsinstrumenten zoals D-RECT, EFFECT, SET Q, MCTQ, exitgesprekken/enquête, interne audits, externe visitaties, etc.; meewerken aan een 'Buddy-systeem' en/of mentorschap; beschikbaar zijn voor inwerken van nieuwe aios; een protocol opstellen voor het inwerken van nieuwe collega's, met specifieke aandacht voor de rol van de ouderejaars aios hierin.
Professionalisering	<ul style="list-style-type: none"> dragen bij (individueel of als groep) aan de professionaliseringsactiviteiten van supervisors/ opleiders, met als doel om de opleiding op een hoger plan te brengen; nemen deel aan diverse bijeenkomsten, symposia en congressen gericht op het verbeteren van de opleiding. 	<ul style="list-style-type: none"> publicaties, workshops of voordrachten verzorgen of inbreng hebben bij agendapunten voor de opleidingsvergadering over knelpunten die aios signaleren in de opleiding, inclusief suggesties voor verbetering.
Competentieontwikkeling	<ul style="list-style-type: none"> stellen zich op als 'active learner' / en maken zich de eigenschappen van een levenslang lerende professional eigen; dragen als individu of als groep bij aan het benutten of creëren van situaties die geschikt zijn voor het ontwikkelen van competenties; dragen bij aan verbeteringen m.b.t. competentiegericht opleiden van het lokale en regionale opleidingsplan; participeren in het lokale, regionale en DOO ter verbetering van deze opleidingsactiviteiten. 	<ul style="list-style-type: none"> uw rol op het gebied van kwaliteitszorg voor de opleiding concreet weergeven in het lokale opleidingsplan.

De taken en voorbeelden in deze tabel zijn niet uitputtend; ze kunnen richtinggevend zijn bij het inrichten van een kwaliteitszorgsysteem voor de opleiding. Een volledig overzicht van verantwoordelijkheden vindt u in het CCMS-Kaderbesluit, de landelijke opleidingsplannen en de regionale uitwerking van deze landelijke opleidingsplannen. Meer voorbeelden van de invulling van taken per actor vindt u op www.knmg.nl/cgs/kwaliteitenerkenning.

ACTOR OPLEIDER EN OPLEIDINGSGROEP

Rol: zorgt voor een gedeelde visie op opleiden, waarbij aios worden opgeleid tot bevlogen professionals die het beoefenen van de state of art geneeskunde combineren met het zijn van een goede professional, life long learner en goede communicator.

Domein	Taken van de opleider en opleidingsgroep. Zij:	Voorbeelden waaruit dit kan blijken. U kunt:
Organisatie en ontwikkeling	<ul style="list-style-type: none"> vertalen de gedeelde visie op opleiden in beleid en uitvoering van de vakgroep binnen de instelling; zorgen voor een goede organisatie van de diverse opleidingsactiviteiten (supervisie, organiseren van feedbackmomenten, DOO, werkoverleggen, introductie aios, voortgangsgesprekken) en de reflectie daarop; maken een duidelijke verdeling van (opleidings)rollen binnen de opleidingsgroep; beschikken over een procedure voor het omgaan met disfunctionerende collegae; zorgen voor een transparant overzicht van de beschikbare financiën voor ontwikkeling uit het opleidingsgeld van de aios; faciliteren aios in hun bijdrage aan de kwaliteitszorg van de opleiding. 	<ul style="list-style-type: none"> een lokaal opleidingsplan opstellen met een duidelijke weergave van de structuur en inhoud van de opleiding; jaarlijks verbeterplannen formuleren met plan van aanpak en realisatie voor opleiden op afdelingsniveau; resultaten van kwaliteitsmetingen delen met de leden van opleidingsteam (en aios); notulen van de opleidingsvergadering opstellen; een aantoonbare PDCA-cyclus opstellen op alle niveaus van kwaliteitszorg.
Opleidingsklimaat	<ul style="list-style-type: none"> zorgen dat elke aios de eindtermen van de opleiding kan bereiken in een veilig opleidingsklimaat; maken afspraken over supervisie, werktijden en diensten; bewaken de evenwichtige verhouding tussen werkzaamheden in het kader van de opleiding en 'productie'; zorgen dat opleiders en supervisors altijd bereikbaar, beschikbaar en laagdrempelig benaderbaar zijn wanneer nodig. 	<ul style="list-style-type: none"> informatie beschikbaar stellen om valide uitspraken te doen over diverse aspecten van het opleidingsklimaat; deelnemen aan kwaliteitsinstrumenten zoals D-RECT, EFFECT, SETQ, MCTQ, exitgesprekken/enquête, interne audits, externe visitaties, etc.
Professionalisering	<ul style="list-style-type: none"> borgen dat elk lid van de opleidingsgroep zich aantoonbaar voldoende professionaliseert in opleidingstaken; hebben met elkaar een systeem van bijscholing afgesproken. 	<ul style="list-style-type: none"> een overzicht bieden van activiteiten voor de professionalisering van opleiders / leden opleidingsgroep opstellen (workshops en trainingen); een overzicht opstellen van de ontwikkeling van de leden van de opleidingsgroep t.a.v. individueel functioneren binnen de opleiding.
Competentieontwikkeling	<ul style="list-style-type: none"> stellen de aios in staat om de competenties van de opleiding tot minimaal het gewenste niveau te ontwikkelen. Dit betreft die onderdelen van het landelijk opleidingsplan waarvoor de opleiding erkenning heeft gekregen; stemmen de inhoud en het niveau van de opleidingsactiviteiten op de aios en zijn/haar groei af; bieden de aios mogelijkheden om richting te geven aan zijn/haar eigen IOP; geven gevraagd en ongevraagd feedback op het functioneren van de aios. 	<ul style="list-style-type: none"> een lokaal opleidingsplan opstellen dat voldoet aan de eisen van het betreffende specialisme; het lokale opleidingsplan onderdeel laten zijn van het (regionaal) opleidingsplan van het cluster; in het lokale opleidingsplan mogelijkheden voor profilering binnen de opleiding opnemen; in het lokale opleidingsplan aangegeven hoe bekwaamverklaringen worden afgegeven; een protocol beschikbaar stellen voor het omgaan met disfunctionerende aios; binnen de afdeling de leercurve van aios bewaken zoals blijkt uit voortgangsgesprekken, het gebruik van het portfolio en een goed lopend systeem van bekwaamverklaringen. specifieke aandacht besteden aan de rol van de leden van de opleidingsgroep m.b.t. het inwerken van een collega bij het opleiden van aios.

De taken en voorbeelden in deze tabel zijn niet uitputtend; ze kunnen richtinggevend zijn bij het inrichten van een kwaliteitszorgsysteem voor de opleiding. Een volledig overzicht van verantwoordelijkheden vindt u in het CCMS-Kaderbesluit, de landelijke opleidingsplannen en de regionale uitwerking van deze landelijke opleidingsplannen. Meer voorbeelden van de invulling van taken per actor vindt u op www.knmg.nl/cgs/kwaliteitenerkenning.

ACTOR CENTRALE OPLEIDINGSCOMMISSIE

Rol: Bewaakt en bevordert continu de kwaliteit en innovatie van de medisch-specialistische vervolgopleidingen binnen de instelling.

Domein	Taken van de COC. Zij:	Voorbeelden waaruit dit kan blijken. U kunt:
Organisatie en ontwikkeling	<ul style="list-style-type: none"> ■ verspreidt de gedeelde visie op opleiden binnen de instelling, stelt dit bij en vertaalt dit in beleid en uitvoering en borgt dit vervolgens; ■ bewaakt de belangen van de aios en opleiders (als groep en individueel) en onderhoudt een systeem voor melding en behandeling van incidenten, klachten en geschillen over de vervolgopleidingen. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ afdelingsoverkoepelende informatie genereren uit kwaliteitszorgsystemen; ■ de uitkomsten van kwaliteitszorg in de COC delen met als doel: leren van elkaar; ■ jaarlijks speerpunten vaststellen voor de ontwikkeling van opleiden, inclusief een plan van aanpak om opleidingsgroepen hierin te faciliteren; ■ een plan van aanpak maken met opleidingen waarvan de opleidingskwaliteit niet voldoende is ■ een meerjarenbeleidsplan opstellen met visie, strategie en concretisering van de rol van de COC in de kwaliteit van opleiden; ■ een heldere taakverdeling tussen RvB, COC en leerhuis maken voor de kwaliteit van opleiden; ■ voor afhandeling van de dagelijkse gang van zaken een Dagelijks Bestuur COC instellen ■ direct beschikbaar zijn als COC voor overleg en ondersteuning om geschillen te voorkomen; ■ een vastgestelde procedure opstellen over het omgaan met niet goed functionerende aios; ■ bemiddelen bij geschillen met RvB, cluster en/of aios als het opleidingszaken betreft; ■ participeren in de OOR-besprekingen, in het bestuurlijk overleg over bijvoorbeeld instroom van aios op OOR-niveau, DOO, regionaal opleidingsklimaat, afspraken over vergoedingsregelingen, WO, gezamenlijk portfolio, etc; ■ regelmatig overleg voeren met RvB over opleiding-gerelateerde zaken.
Opleidingsklimaat	<ul style="list-style-type: none"> ■ bevordert een gunstig en veilig opleidingsklimaat in de instelling; ■ bewaakt en bevordert de kwaliteit van de afzonderlijke opleidingen; ■ zorgt voor een afdeling-overstijgend vangnet voor aios met problemen die niet op opleidingsniveau kunnen worden opgelost; ■ bevordert de samenwerking tussen de verschillende vervolgopleidingen binnen de instelling. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ met regelmaat casuïstiek bespreken van groepen met een zeer goed opleidingsklimaat en een minder goed door aios ervaren opleidingsklimaat met als doel om een beeld te krijgen wat bedoeld wordt met goed opleidingsklimaat ■ gebruik maken van systematische evaluaties van het opleidingsklimaat van de diverse opleidingsgroepen en deze gebruiken voor systematische (PDCA) verbetering van de opleidingen in de instelling; ■ ervoor zorgen dat opleidingsgroepen worden ondersteund als kwaliteit, veiligheid en effectiviteit van het opleidingsklimaat te wensen overlaat; u kunt het daaruit voortkomende verbeterplan mede bewaken; ■ met de RvB afspreken wie de 'doorzettingsmacht' heeft als problemen niet worden opgelost; ■ professionals beschikbaar stellen voor opleiding-overstijgende begeleiding van aios en opleiders, bijvoorbeeld een vertrouwenspersoon voor aios voor opleiding gerelateerde en overige zaken (zoals seksuele intimidatie).

ACTOR CENTRALE OPLEIDINGSCOMMISSIE (VERVOLG)

Professionalisering	<ul style="list-style-type: none"> ▪ borgt dat alle opleiders en leden van de opleidingsgroepen een professionaliseringsplan hebben gevolgd zoals vastgelegd in het meerjarenbeleidsplan; ▪ voert een actief beleid voor de professionalisering van leden van de opleidingsgroep. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ een gedeelde visie hebben op opleidingskundige professionalisering van opleidingsgroepen, met daaruit voortkomend een aantal uitgangspunten voor professionalisering; ▪ op basis van de gedeelde visie een vastgesteld professionaliseringsprogramma beschikbaar hebben voor de leden van opleidingsgroepen; ▪ op instellingsniveau informatie beschikbaar stellen over de participatie van stafleden aan (onderwijskundige) professionaliseringsactiviteiten.
Competentieontwikkeling	<ul style="list-style-type: none"> ▪ borgt dat alle competenties (zoals vastgelegd in de diverse IOP's) binnen de instelling of het cluster te verwerven zijn in cursorisch onderwijs (DOO) of aantoonbaar door (opleidings)activiteiten op de werkplek; ▪ inventariseert regelmatig bij welke opleidingen binnen de instelling niet wordt voldaan aan de inhoudelijke eisen aan de opleiding tot specialist; ▪ evalueert jaarlijks de resultaten van het DOO-programma en het leren van algemene competenties in andere setting. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ continu monitoren welke opleidingen binnen de instelling niet voldoen aan de inhoudelijke eisen die worden gesteld aan de opleiding tot specialist; ▪ DOO organiseren voor het aanleren van algemene competenties en dit op basis van evaluaties continu bijstellen.

De taken en voorbeelden in deze tabel zijn niet uitputtend; ze kunnen richtinggevend zijn bij het inrichten van een kwaliteitszorgsysteem voor de opleiding. Een volledig overzicht van verantwoordelijkheden vindt u in het CCMS-Kaderbesluit, de landelijke opleidingsplannen en de regionale uitwerking van deze landelijke opleidingsplannen. Meer voorbeelden van de invulling van taken per actor vindt u op www.knmg.nl/cgs/kwaliteitenerkenning.

ACTOR RAAD VAN BESTUUR

Rol: Ontwikkelt en draagt de instellingsbrede visie op opleiden uit, creëert hiervoor de randvoorwaarden en voert deze in concreet beleid uit

Domein	Taken van de RvB. Zij:	Voorbeelden waaruit dit kan blijken. U kunt:
Organisatie en ontwikkeling	<ul style="list-style-type: none"> faciliteert de opleider en de opleidingsgroep in hun taken, zodat ze voldoende tijd en middelen hebben voor uitvoering en vormgeving van hun opleiding; maakt duidelijke afspraken over de verdeling van verantwoordelijkheden tussen RvB en COC/Leerhuis; geeft COC/Leerhuis de middelen en mogelijkheden om adequaat aan haar verantwoordelijkheden te kunnen voldoen, zoals doorzettingsmacht; houdt toezicht op de interne kwaliteitszorg voor opleiden; stimuleert en faciliteert innovatie op het gebied van opleiden; zorgt er mede voor dat opleidingen voldoen aan de minimumvoorwaarden van een opleiding, zoals geformuleerd door het CGS (Kader- en Specifiek besluit). 	<ul style="list-style-type: none"> zorgen voor een visie op opleiden, de te volgen strategie en de concretisering daarvan (inrichten leerhuis, middelen en ondersteuning COC, communicatie met andere actoren t.a.v. visie en strategie, afbakening en afstemming RvB met andere actoren, faciliteren vereniging van aios). Dit is verankerd in het strategisch beleid en de kaderbrief RvB, eventueel in een parate beleidsnotitie; de rol van de RvB specifiek beschrijven in een notitie kwaliteitszorg; (een samenvatting van) de rapportages ontvangen over de uitkomsten van de interne kwaliteitsvisities van opleidingen en waar nodig concreet acties uitzetten; de uitkomsten van interne kwaliteitszorg meenemen in de kwartaal-/jaargesprekken met de vakgroep; de rol van de RvB bij het niet functioneren van opleidingen helder vastleggen; de samenwerking c.q. taakverdeling met de COC (en leerhuis) hierin verwerken; leden van opleidingsgroepen faciliteren bij verplichtingen voor de opleiding waarbij de instelling wordt vertegenwoordigd; zo transparant mogelijk de besteding van de financiële middelen uit het Opleidingsfonds verantwoorden; regelmatig met de COC overleggen over opleiden en over de ondersteuning van het functioneren van de COC zelf
Opleidingsklimaat	<ul style="list-style-type: none"> bewaakt en stimuleert een goed opleidingsklimaat binnen de instelling. 	<ul style="list-style-type: none"> een intern kwaliteitszorgsysteem voor opleiden ondersteunen dat mede is gericht op het stimuleren en bewaken van een veilig opleidingsklimaat; vastleggen in een procedure hoe wordt omgegaan met vakgroepen die er onvoldoende in slagen een veilig opleidingsklimaat te realiseren. U kunt hierin tevens de rol van de verschillende actoren beschrijven.
Professionalisering	<ul style="list-style-type: none"> voert het strategisch beleid uit t.a.v. opleidingsprofessionalisering (minimumnorm= CGS-regelgeving); stelt voldoende middelen beschikbaar aan alle leden van de opleidingsgroep voor de uitvoering van het strategisch beleid. 	<ul style="list-style-type: none"> het scholen van de medische staf in opleiden regelen in het aanstellingsdocument; een overzicht bieden van activiteiten op het gebied van professionalisering; totaaloverzichten aanleggen van deelname aan (onderwijskundige) professionaliseringsactiviteiten van vakgroep leden c.q. staf.
Competentie-ontwikkeling	<ul style="list-style-type: none"> faciliteert opleiders en aios in afstemming met andere actoren bij het opleiden, m.b.t. het ontwikkelen van de competenties; organiseert voldoende leeraanbod voor aios; faciliteert en stimuleert aios in afdelingoverstijgende activiteiten t.b.v. hun competentieontwikkeling. 	<ul style="list-style-type: none"> zorgen voor de aanwezigheid van een Leerhuis, skillslab, beschikbaarheid van een digitaal portfoliosysteem en/of cursorisch onderwijs; stimuleren dat aios participeren in instellingsbrede commissies; zorgen voor toegang tot bibliotheekfaciliteiten voor aios en leden van opleidingsgroepen.

De taken en voorbeelden in deze tabel zijn niet uitputtend; ze kunnen richtinggevend zijn bij het inrichten van een kwaliteitszorgsysteem voor de opleiding. Een volledig overzicht van verantwoordelijkheden vindt u in het CCMS-Kaderbesluit, de landelijke opleidingsplannen en de regionale uitwerking van deze landelijke opleidingsplannen. Meer voorbeelden van de invulling van taken per actor vindt u op www.knmg.nl/cgs/kwaliteitenerkenning.

ACTOR CLUSTER

Rol: Faciliteert, borgt en vormt een inhoudelijk samenhangende opleiding voor het betreffende specialisme.

Domein	Taken van het cluster. Zij:	Voorbeelden waaruit dit kan blijken. U kunt:
Organisatie en ontwikkeling	<ul style="list-style-type: none"> heeft een gedeelde visie op opleiden; zorgt voor een cluster-breed opleidingscontinuüm met afstemming tussen de opleidingsonderdelen van het specialisme; stemt regionaal af met opleiders (opleidersoverleg); deelt de resultaten van de kwaliteitsmonitoring. 	<ul style="list-style-type: none"> een regionaal opleidingsplan ontwikkelen met gezamenlijke visie, strategie en organisatie dat periodiek wordt getoetst en bijgesteld naar aanleiding van de actualiteit; gestructureerde clusterbijeenkomsten organiseren met als agendapunten onder andere: voortgang aios en resultaten kwaliteitsmetingen; afspraken maken over de verdeling van aios in relatie tot de patiëntencasemix; een gezamenlijke opleidingsetalage organiseren; vaststellen wat u t.a.v. kwaliteitszorg samen wilt doen; vaststellen welke consequenties u verbindt aan kwaliteitsmonitoring; vaststellen wat dit voor opleidingsprofessionalisering betekent.
Opleidingsklimaat	<ul style="list-style-type: none"> borgt een opleidingsklimaat dat ondersteunend is aan de professionele ontwikkeling van de aios en het patiëntveilig werken. 	<ul style="list-style-type: none"> afspraken maken over het begeleiden van aios; informatie bijhouden over: <ul style="list-style-type: none"> dienstenstructuur supervisie inwerken van nieuwe aios de uitkomsten van exit-interview/enquête over de kwaliteit van de gehele opleiding, waaronder opleidingsklimaat, op de agenda zetten van het clusteroverleg.
Professionalisering	<ul style="list-style-type: none"> heeft op clusterniveau een visie op (onderwijskundige) professionaliseringsactiviteiten t.b.v. staf en/of aios; benut en stemt de verschillende professionaliseringsactiviteiten binnen het cluster goed op elkaar af. 	<ul style="list-style-type: none"> op basis van uitkomsten van kwaliteitsmeting een passend scholingsprogramma beschikbaar stellen; de selectie van opleiders, aan de hand van criteria, met elkaar vaststellen. Dit kan als advies voor een Raad van Bestuur dienen; opleidersprofessionalisering organiseren n.a.v. uitkomsten van kwaliteitsinstrumenten; andere professionaliseringsvormen beschikbaar stellen.
Competentie-ontwikkeling	<ul style="list-style-type: none"> geeft optimale invulling aan de opleiding – afgeleid van het landelijk opleidingsplan - waarbij gebruik wordt gemaakt van de expertise/ kwaliteiten/het aanbod van de diverse locaties; zorgt binnen het cluster voor de voortgangsbewaking van de leercurve van aios. 	<ul style="list-style-type: none"> invulling geven aan individualisering/ korting van de opleiding; de voortgang per aios monitoren, inclusief inzicht in waar problemen zijn; zorgen voor een up to date regionaal opleidingsplan; afspraken maken over hoe aios bekwaam worden verklaard (u volgt wat er landelijk gebeurt en wat de consequenties voor u zijn); zorgen voor toegang tot het elektronisch portfolio voor alle betrokken opleiders; o onderdelen van het IOP van de aios in zijn algemeenheid op regionaal niveau uitvoeren; een overzicht opstellen van de onderdelen van een opleiding die wel of niet binnen het cluster kunnen worden aangeboden; tijdens opleidingsvergaderingen expliciet aandacht besteden aan het opleiden in overkoepelende profielen/ rolspecialisaties / thema's / etalage-stages.

De taken en voorbeelden in deze tabel zijn niet uitputtend; ze kunnen richtinggevend zijn bij het inrichten van een kwaliteitszorgsysteem voor de opleiding. Een volledig overzicht van verantwoordelijkheden vindt u in het CCMS-Kaderbesluit, de landelijke opleidingsplannen en de regionale uitwerking van deze landelijke opleidingsplannen. Meer voorbeelden van de invulling van taken per actor vindt u op www.knmg.nl/cgs/kwaliteitenerkenning.

ACTOR OOR

Rol: Faciliteert de instelling- en opleiding-overstijgende aspecten van opleiden.

Domein	(Mogelijke) taken van de OOR. Zij:	Voorbeelden waaruit dit kan blijken. U kunt:
Organisatie en ontwikkeling	<ul style="list-style-type: none"> ■ zet zich in voor een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor het opleiden; ■ zorgt voor een gedeelde visie op opleiden binnen de OOR; ■ bevordert en bewaakt de samenhang tussen de vervolgopleidingen onderling; ■ bevordert en bewaakt de samenhang tussen de opleiding tot basisarts en de vervolgopleidingen (opleidingscontinuüm); ■ ondersteunt bij de uitvoering van de gedeelde opleidingsvisie door faciliteiten en middelen te bieden. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ afspraken maken over: wat doen wij als OOR en wat is onze positie t.o.v. andere actoren? Wat is hierover vastgelegd? Wat doen we regionaal, wat lokaal, wat is passend bij het beleid? ■ de verantwoordelijkheden van de OOR t.a.v. opleiden vastleggen; ■ informatie beschikbaar stellen over de invulling van regionaal opleiden (bijvoorbeeld in visie of afspraakdocument); ■ een overlegstructuur afspreken met COC's en leerhuizen; ■ een OOR-coördinator aanwijzen die het bestuurlijk overleg coördineert en de contacten met de andere OOR's onderhoudt; ■ mede zorgen voor een fonds voor gemeenschappelijke activiteiten waaruit DOO, professionalisering of opleidingsinitiatieven en onderwijskundige innovaties worden ondersteund; ■ bibliotheekfaciliteiten beschikbaar stellen voor alle partners binnen de OOR; ■ een structuur inrichten in de vorm van bijv. een OOR-bureau dat de organisatie en ontwikkeling ondersteunt (bijv. OOR-coördinator, secretariaat, 'Leerhuis op OOR-niveau'). een heldere omschrijving geven van de taken van de regionale opleidingscommissie t.o.v. bestuurlijk OOR en lokale COC's.
Opleidingsklimaat	<ul style="list-style-type: none"> ■ zorgt voor een gezamenlijk normenkader voor het opleidingsklimaat; ■ denkt na over: wat vinden we belangrijk in het leerwerkklimaat, wat verstaan we eronder, hoe toetsen we het en hoe interveniëren we op OOR-niveau? ■ stelt richtinggevend kaders vast voor clusters t.a.v. opleidingsklimaat. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ervoor zorgen dat er afspraken zijn over de onderlinge informatie-uitwisseling m.b.t. het opleidingsklimaat van de partners binnen de clusters; ■ signaleren en interveniëren m.b.t. opleidingsklimaat; ■ bepalen welke geaggregeerde informatie uit proefvisities / audits / kwaliteitssystemen u nodig heeft op OOR-niveau om mee te kunnen waken over de opleidingskwaliteit binnen de clusteropleidingen.
Professionalisering	<ul style="list-style-type: none"> ■ heeft een visie op loopbaanbeleid voor (plv.) opleiders en leden van de opleidingsgroep; ■ bepaalt in gezamenlijkheid de kaders van een passend aanbod. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ voorzien in een passend professionaliseringstraject en dit zichtbaar maken in een programma voor opleidersprofessionalisering of in de samenhang tussen diverse programma's uit de instellingen. Mogelijke vragen hierbij zijn: wat doen we samen en wat doen we niet? Wat vinden we hiervan, hoe geven we hier vorm aan, hoe bieden we dat aan, etc.

ACTOR OOR (VERVOLG)

Competentieontwikkeling	<ul style="list-style-type: none">■ faciliteert de instelling- en opleiding-overstijgende aspecten m.b.t. competentieontwikkeling en maakt deze zichtbaar;■ schept mogelijkheden voor aios om te leren wat ze moeten leren, biedt manieren om dit te monitoren en faciliteert clusters hierin;■ bedenkt en stelt kaders vast voor de inhoud en het proces van regionaal opleiden: wat leer je waar, hoe wordt geleerd en hoe wordt de kwaliteitszorg op elkaar afgestemd?■ biedt de ondersteunende middelen die nodig zijn om de regionale opleidingen te realiseren binnen de bovengenoemde kaders.	<ul style="list-style-type: none">■ aangeven welke regionale en lokale opleidingsfaciliteiten aanwezig dienen te zijn (bijv. Skillslab, bibliotheek, ICT, etc.)■ eraan bijdragen dat clusters de competentieontwikkeling van aios kunnen monitoren;■ een visie vormen op het aanbod van discipline-overstijgend onderwijs (DOO): willen we iets gemeenschappelijks aanbieden, wat dan en hoe geven we dit vorm?
--------------------------------	---	---

De taken en voorbeelden in deze tabel zijn niet uitputtend; ze kunnen richtinggevend zijn bij het inrichten van een kwaliteitszorgsysteem voor de opleiding. Een volledig overzicht van verantwoordelijkheden vindt u in het CCMS-Kaderbesluit, de landelijke opleidingsplannen en de regionale uitwerking van deze landelijke opleidingsplannen. Meer voorbeelden van de invulling van taken per actor vindt u op www.knmg.nl/cgs/kwaliteitenerkenning.

BIJLAGE 2

OVERZICHT KWALITEITSINSTRUMENTEN MEDISCHE VERVOLGOPLEIDINGEN

Inhoudsopgave

1. Introductie
 - 1.1. Meten
 - 1.2. Feedback ontvangen
 - 1.3. Reflecteren
 - 1.4. Verbeteren

2. Meet- en evaluatie-instrumenten
 - 2.1. Algemene zelfevaluatie niveau kwaliteitszorg
 - 2.2. Evaluatie functioneren individuele supervisoren/opleiders
 - 2.2.1. SETQ
 - 2.2.2. EFFECT
 - 2.2.3. MCTQ
 - 2.3. Evaluatie opleidingsklimaat
 - 2.3.1. D-RECT
 - 2.3.2. Het exit-gesprek
 - 2.4. Evaluatie samenwerking binnen de opleidersgroep
 - 2.4.1. TeamQ
 - 2.5. Interne audit of proefvisitatie
 - 2.6. Clusterevaluatie

3. Reflectie organiseren
 - 3.1. Individuele reflectievragen of ReACT
 - 3.2. Voorbeeldagenda bij de bespreking van meetresultaten in de groep
 - 3.3. De Dialoog (bespreking tussen aios en supervisoren over functioneren supervisor)

4. Referenties per instrument

1. INTRODUCTIE

1.1 Meten

Zoals gezegd is de gepresenteerde toolkit niet compleet, maar bevat ze wel de meest gebruikte instrumenten en systemen. Veel instrumenten en systemen, zoals in deze toolkit kort besproken, kunt u online vinden; specifieke vindplaatsen (in de meeste gevallen van de ontwikkelaars) staan vermeld bij de betreffende instrumenten. Bovendien verwijzen de websites www.knmg.nl/cgs/kwaliteitenerkenning en www.medischevervolgopleidingen.nl naar de meeste ervan.

Er is geen enkel instrument dat dé kwaliteit van de opleiding op een valide en betrouwbare manier kan meten. In de beschrijving per instrument staat daarom aangegeven op welk(e) specifiek(e) kwaliteitsaspect(en) het is gericht. De aspecten die aan bod komen zijn onder meer het opleidingsklimaat, de opleidersvaardigheden van de individuele supervisors, de samenwerking binnen de opleidersgroepen en het niveau van kwaliteitszorg van de opleiding.

De meeste meetinstrumenten verzamelen zowel kwantitatieve gegevens (over scores op een vooraf gedefinieerde schaal) als kwalitatieve gegevens (vrije tekst opmerkingen van respondenten). Uit ervaring en onderzoek is bekend dat beide waardevol zijn, zeker in combinatie met elkaar. Een aantal instrumenten is qua opzet minder geschikt voor de kleinere opleidingen. Dat wil zeggen dat voor die opleidingen de anonimiteit van de respondenten (aios in de meeste gevallen) en de betrouwbaarheid van gegenereerde data niet kunnen worden gegarandeerd. Als anonimiteit (lees: veiligheid) en geringe wetenschappelijke betrouwbaarheid niet als problematisch worden ervaren of beschouwd, kunnen ook de kleinere opleidingen hun voordeel doen met de inhoud van de geboden instrumenten. U kunt dan bijvoorbeeld thema's of items als leidraad voor een gesprek - bijvoorbeeld tussen supervisors en aiosgroep - gebruiken.

De (wetenschappelijke) onderbouwing van het gepresenteerde instrumentarium varieert sterk. Ter informatie is een bijlage toegevoegd met literatuurreferenties per instrument. Maar, welk instrument u ook gebruikt, het is goed te bedenken dat 'meten' meer is dan het 'verzamelen van data'. Meten - of evalueren - is in essentie een complex sociaal fenomeen. De context waarin en de manier waarop de metingen worden uitgevoerd zijn mede bepalend voor het succes van de metingen. Het onderscheid tussen een formatieve (c.q. educatieve) dan wel summatieve (c.q. selectieve) context voor meten is een zo'n belangrijk en uitkomstbepalend contextverschil. Een formatieve meetcontext stelt het leren en verbeteren centraal, een summatieve benadering gaat uit van 'afrekenen en elkaar de maat nemen'. Het is nuttig stil te staan bij de context van de meting (en deze te expliciteren met elkaar), voordat over wordt gegaan tot de meting.

1.2 Feedback ontvangen

De resultaten van metingen worden veelal teruggekoppeld in individuele of groepsrapportages. Webbased/online meetsystemen genereren deze rapportages gewoonlijk automatisch. Daarmee kunnen online systemen veel tijd en energie besparen van artsen, onderwijskundigen en (eventuele) andere deskundigen en ondersteuners. Het is goed (bij voorkeur voorafgaand aan de meting) om te bedenken wie welke rapportages ontvangt en met welk doel. Hier spelen issues van afhankelijkheid, veiligheid en vertrouwen een belangrijke rol. Zowel bij aios als bij supervisors.

Afhankelijk van de meting bevat de feedback- of evaluatierapportage kwantitatieve, kwalitatieve of een combinatie van beide soorten informatie. Daarnaast zijn er (webbased) meetsystemen die in of bij de rapportage van de resultaten ook benchmarkinformatie (kunnen) aanleveren. Voor zover bekend is in dit overzicht aangegeven of de resultaten van metingen worden voorzien van benchmarkgegevens. De vraag naar benchmarkinformatie is in het algemeen groot. Bekende defensieve reflexen die daaruit volgen zijn 'we zitten boven het gemiddelde, dus het is goed (genoeg)', 'we scoren in het bovenste kwartiel, dus we hoeven niet in actie te komen' of 'we doen het beter dan opleiding x of collega y'. Benchmarkinformatie dient dan (met name) ter verantwoording van de eigen prestaties en ter legitimatie van 'het niet in actie komen'. Er zijn uiteraard ook andere manieren om benchmarkinformatie ten nutte te maken. Bijvoorbeeld om te achterhalen waar (bij welke collega's, opleidingen) er wat te leren valt. Of, en zo ja op welke wijze, u beschikbare benchmarkinformatie ook wenst te gebruiken, het is goed te bedenken dat het pas nuttig is om (de eigen) resultaten te vergelijken als goed inzicht bestaat in de totstandkoming van de geboden benchmarkinformatie: 'wie' zit er in de geboden vergelijking, welke criteria zijn gebruikt om te komen tot de berekeningen, houdt de benchmark rekening met het meetniveau van het meetinstrument, et cetera?

Het ontvangen van feedback leidt geenszins vanzelfsprekend tot het aannemen van feedback, laat staan het omzetten van feedback in acties (Leeuw van der RM et al. Med Educ 2013). Om tot verbetering te komen is voor de meeste mensen de eerstvolgende stap (actief) te reflecteren op de resultaten van de metingen (feedback).

1.3 Reflecteren

Meten is het (goede) begin van de PDCA-cyclus of kwaliteitscirkel. Maar 'meten en vergeten' draagt slechts bij aan de *vin*kultuur. *Vonken* daarentegen betekent dat de resultaten van de evaluaties gebruikt worden als een (inspirerend) aanknopingspunt voor verdere verbetering. Vonken, en eventueel daarna verbeteren, vraagt om reflectie. Reflecteren is enerzijds een uitermate individueel proces. Maar reflectie kan ook gezamenlijk worden gedaan. Er is geen 'beste setting' voor reflectie te formuleren; het betreft een contextafhankelijke exercitie.

Een belangrijke (eerste) stap is dus met de betrokkenen te bedenken en af te spreken welke vorm voor die persoon en/of groep het meest geschikt is. Dit 'nadenken over' vindt idealiter al plaats voordat de meting plaatsvindt. Het (niet-)weten hoe de resultaten gebruikt gaan worden kan de resultaten beïnvloeden! Welke vorm men uiteindelijk ook kiest voor de reflectie, de 'juiste houding' is op zijn minst faciliterend voor een goede reflectie. In het artikel '12 tips for receiving feedback' staan concrete suggesties vermeld die de reflectant helpen voorsorteren op een vruchtbare reflectie (Leeuw RM van der, Slootweg IA. Med Teach 2013).

Georganiseerde reflectie kan op verschillende manieren worden opgezet. In een een-op-een-gesprek of in een (vak)groep, onderling of met collega's of deskundigen van 'buiten'. Of zelfs alleen, gestructureerd online. Mocht de voorkeur uitgaan naar reflectie in de groep, dan biedt deze toolkit een voorbeeldagenda voor een dergelijk overleg. Voor de individuele reflectie is een sjabloon toegevoegd voor die opleider/supervisor die - al dan niet ter voorbereiding op een gesprek met collega's of derden - zelf al eens op een gestructureerde manier wil kijken naar zijn of haar eigen performance-resultaten. Tenslotte is ook een procedure beschreven van het bespreken van de individuele feedback die een supervisor kreeg met (een groep van) zijn of haar aios.

Het resultaat van reflectie kan zijn een nieuw of (nog) beter inzicht in het eigen gedrag of de eigen praktijkvoering, een intentie.

1.4 Verbeteren

Een goed doorlopen en afgeronde reflectie eindigt meestal in een voornemen tot aanpassingen c.q. veranderingen in beleid, gedrag of praktijkvoering. Het is aan het individu, de groep of een leidinggevende zelf om hieraan uitvoering te geven. Ondersteuning is in veel gevallen beschikbaar in het eigen (leer)huis, in de vorm van coaching, begeleiding, training of advies op maat. Soms is het nodig om hulp van buiten in te schakelen.

2. MEET- EN EVALUATIE-INSTRUMENTEN

2.1 Zelfevaluatie Kwaliteitsnormen Scherpbier

Wat?

Het rapport Scherpbier uit 2008 werd 'vertaald' naar een praktisch instrument: Zelfevaluatie Kwaliteitszorg Vervolgopleidingen (hier kortweg: de Zelfevaluatie). Het instrument kan worden gebruikt om inzicht te krijgen in het niveau van kwaliteitszorg waarop een opleiding opereert. Het is nuttig de Zelfevaluatie (ook) uit te voeren ter voorbereiding op de opleidingsvisite. De RGS vraagt hier expliciet naar.

Waarom?

Met de modernisering van de vervolgopleidingen (kort genoemd: de modernisering) is het competentiegericht opleiden van aios centraal komen staan. Dit vraagt om een nieuw aanbod, een andere organisatie en een andere wijze van opleiden. Het vereist ook dat opleidingen systematisch zorg besteden aan de bewaking en bevordering van de kwaliteit van hun vervolgopleidingen. In het rapport Kwaliteitsindicatoren Vervolgopleidingen (ook bekend als het rapport Scherpbier feb 2008) wordt een voorstel gedaan voor de stapsgewijze ontwikkeling van een kwaliteitssysteem. Omdat kwaliteitszorg primair een interne aangelegenheid is, beoogt het kwaliteitssysteem dat in dit rapport wordt beschreven een ontwikkelingskader te bieden voor allen betrokken bij, en dus verantwoordelijk voor, de kwaliteit van de opleidingen: opleiders, leden van opleidersgroepen, centrale opleidingscommissies en ook de a(n)ios.

Hoe?

Het instrument Zelfevaluatie beschrijft kwaliteitsaspecten, -indicatoren en -normen voor vier opleidingsdomeinen: de opleidingsregio (OOR), de opleidingsinrichting, de opleidersgroep en de a(n)ios. Voor elke kwaliteitsnorm is in vijf stappen uitgeschreven hoe hieraan kan worden voldaan, waarbij elke volgende stap een steeds hoger niveau van kwaliteitszorg beschrijft. Op het vijfde en hoogste niveau van kwaliteitszorg wordt systematisch en continu gewerkt aan de zorg voor de kwaliteit van de opleiding. Het instrument is online beschikbaar en ook als een eenvoudig Excel-bestand.

Door wie?

De Zelfevaluatie kunnen opleidingen zelf invullen. Bij voorkeur wordt de Zelfevaluatie gezamenlijk ingevuld door (tenminste) de formele opleider, een of meerdere leden van het opleidingsteam en een of meerdere a(n)ios.

Rapportage

Nadat de Zelfevaluatie Kwaliteitszorg Vervolgopleidingen is ingevuld kunt u het rapport eenvoudig uitprinten. Met het rapport heeft u (1) zicht op het huidige niveau van kwaliteitszorg van uw opleiding, (2) een begin gemaakt van uw jaarverslag en (3) voldaan aan de vraag van de RGS om een zelfevaluatie uit te voeren ter voorbereiding op de opleidingsvisite.

Wijze van evaluatie

Online of in een Excel-document. Het belangrijkste is wellicht dat teamleden (opleiders en aios) in gesprek gaan en gezamenlijk besluiten op welk kwaliteitszorgniveau de opleiding, de opleidingsgroep en de aios-groep functioneren.

Vindplaats

De Zelfevaluatietool Scherpbier is te downloaden via www.knmg.nl/cgs/kwaliteitenerkenning en www.medischevervolgopleidingen.nl Op www.professionalperformanceonline.nl vindt u een Excel-versie van de Zelfevaluatie.

2.2 Evaluatie functioneren individuele supervisors/opleiders

2.2.1 SETQ: System for Evaluation of Teaching Qualities

Wat?

SETQ evalueert de opleiderskwaliteiten van individuele opleiders/supervisors. Er zijn vijf zogeheten opleidingsaspecten waarop zij worden geëvalueerd: het opleidingsklimaat, de professionele bejegening van de a(n)ios, de communicatie over leerdoelen/verwachtingen, het geven van feedback aan de a(n)ios en toetsing van de a(n)ios. SETQ vragenlijsten zijn specialisme-specifiek. De evaluatie kent zowel een kwantitatief onderdeel (het geven van een cijfer) als een kwalitatief deel (feedback in de vorm van 'vrije tekst').

Waarom?

Van medisch specialisten in een opleidingsziekenhuis wordt verwacht dat zij het bieden van verantwoorde patiëntenzorg combineren met het goed opleiden en superviseren van hun toekomstige collega's. Het ontvangen van feedback van a(n)ios op de eigen opleiderskwaliteiten kan voor opleiders – hier: alle stafleden die bijdragen aan het opleiden van a(n)ios – ondersteunend en motiverend zijn bij het verder verbeteren van het eigen functioneren.

Hoe?

Evaluatie vindt plaats op basis van vragenlijsten. Er is een vragenlijst voor a(n)ios en een (zelfevaluatie) vragenlijst voor opleiders. Vragenlijsten zijn specialisme specifiek en bestaan uit 24-30 gesloten vragen (Likertschaal 1-5) en twee vrije tekst vragen. Alle vragenlijsten die binnen het SETQ-systeem worden gebruikt zijn, in samenwerking met stafleden en a(n)ios, ontwikkeld in het AMC. De kwaliteit van de vragenlijsten wordt continu onderzocht. De vragenlijsten zijn gevalideerd en betrouwbaar bevonden voor de verschillende specialismen (zie referentielijst). Voor betrouwbare overall SETQ feedback zijn drie aios-evaluaties nodig. (Boerebach et al, 2014)

Door wie?

Opleiders beoordelen zichzelf en worden geëvalueerd door a(n)ios. Opleiders vullen één lijst in (de zelfevaluatie), a(n)ios kunnen meerdere vragenlijsten (voor meerdere opleiders) invullen. Het invullen kost enkele minuten per vragenlijst.

Anonimiteit

Deelname aan SETQ is anoniem voor a(n)ios. In de feedbackrapporten naar opleiders wordt alleen het aantal a(n)ios weergegeven, niet het jaar van opleiding of het geslacht. Deze gegevens zijn slechts onderzoeksinformatie. Voor opleiders is SETQ ook anoniem (tenzij anders afgesproken binnen de maatschap/vakgroep).

Feedbackrapportage

Alle opleiders ontvangen na afloop van de vooraf afgesproken meetperiode een individueel feedbackrapport, met daarin de resultaten van alle a(n)ios-evaluaties, bestaande uit een kwantitatief deel (scores) en een kwalitatief deel (opsomming van alle geschreven feedback). A(n)ios blijken heel gul met het geven van geschreven feedback; 94% van alle supervisors ontvangt een toelichting op de scores in de vorm van positieve feedback (gemiddeld ruim 12 opmerkingen per supervisor) en verbeter suggesties (gemiddeld ruim 5 suggesties). (Van der Leeuw et al, 2013) Het rapport bevat verder benchmarkinformatie (zie verder) en tips voor het goed omgaan met feedback.

Benchmarkinformatie

De resultaten van de individuele opleiders worden in de rapportage vergeleken met de gemiddelde scores van de collega's uit de eigen opleidersgroep. Daarnaast wordt er landelijke benchmarkinformatie verstrekt. Dit zijn de SETQ-resultaten van alle opleiders van het voorgaande jaar die door tenminste drie aios zijn beoordeeld (en daarmee voldoen aan de eis van betrouwbare feedback). Er wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen de snijdende en niet-snijdende specialismen.

Webbased evaluatie

Evaluatie via SETQ vindt geheel webbased plaats. Zowel het invullen van de vragenlijsten als het ontvangen van het SETQ-feedbackrapport is geautomatiseerd.

Vindplaats

www.professionalperformanceonline.nl

2.2.2 EFFECT: Evaluation and Feedback for Effective Clinical Teaching

Wat?

EFFECT meet de kwaliteit en effectiviteit van de begeleiding/supervisie van supervisors. De volgende aspecten worden bevraagd: de supervisor als rolmodel, zorgdragen voor leerzaam werk, planning van opleidingsactiviteiten, geven van feedback, doceervaardigheden, beoordeling en algemene kenmerken van de supervisor. De meting is onderdeel van een procedure waarin dialoog (zie ook paragraaf 3.3) en feedback centraal staan.

Waarom?

Voor het leveren van goede gezondheidszorg zijn goed opgeleide dokters nodig. De aios leren het vak door te participeren in de praktijk, door ervaringen op te doen en deel uit te maken van een team. Zij worden hierin begeleid door hun opleider en supervisors, die meestal zelf ook medisch specialist zijn. Feedback aan deze opleiders/supervisors kan een krachtige stimulans zijn bij het creëren van een effectieve leeromgeving voor hun aios.

Hoe?

Evaluatie vindt plaats op basis van vragenlijsten. Er is een vragenlijst voor aios en een vragenlijst voor opleiders/supervisors. Vragenlijsten worden door nagenoeg alle specialismen gebruikt. Met de resultaten van de vragenlijst gaan aios met hun supervisor een dialoog aan over de kwaliteit van de begeleiding/ supervisie. EFFECT is ontwikkeld in het Radboud UMC. Als een afdeling wil starten met een evaluatie van de stafleden, vindt eerst een intake plaats waarin de wensen van een afdeling en de mogelijkheden van EFFECT worden besproken. Indien nodig wordt de EFFECT-vragenlijst op maat gemaakt.

Door wie?

De EFFECT-vragenlijst wordt ingevuld door aios en eventueel ook anios. De supervisors vullen een gelijkende lijst in over hun eigen functioneren als supervisor.

Anonimiteit

Deelname aan EFFECT is meestal anoniem voor aios. Bij kleine groepen met minder dan drie aios worden afspraken gemaakt over hoe de EFFECT-lijst kan worden ingezet. De anonimiteit wordt dan losgelaten, door het maken van goede afspraken tussen staf en aios.

Feedbackrapport

Voor iedere supervisor wordt een rapportage gemaakt, als er minimaal drie aios-beoordelingen zijn (tenzij anders afgesproken). De afdeling beslist zelf voor wie de evaluatiegegevens en de verslagen toegankelijk zijn.

Benchmarkinformatie

De rapportage bevat naast de zelfscore en die van de aios ook de score van de groep van de eigen afdeling. Op die manier kan een individuele supervisor zich vergelijken met de collega opleiders van de eigen afdeling.

Wijze van evaluatie

Voorafgaand aan een evaluatie vindt een voorlichting plaats voor de hele afdeling inclusief de aios. Evaluatie via EFFECT vindt online plaats. De dataverwerking is geautomatiseerd. Na de evaluatie worden de resultaten besproken tussen aios en supervisors. Zie voor meer informatie hierover paragraaf 3.3. Aan zowel de aios als de supervisors wordt een workshop aangeboden om zich optimaal voor te bereiden op het feedbackgesprek. De gegevens worden besproken in een gesprek tussen de supervisor en 2 aios, die namens de hele groep spreken. De aios bespreken met de groep voorafgaand aan het feedbackgesprek de rapportage. Het gesprek wordt doorgaans begeleid door een hiervoor getrainde begeleider. Na afloop maakt deze begeleider een verslag van het gesprek, met daarin de sterke en verbeterpunten en voornemens.

Vindplaats

www.effectsurvey.nl

2.2.3 MCTQ: Maastricht Clinical Teaching Questionnaire

Wat?

De MCTQ meet opleiderskwaliteiten van individuele opleiders gebaseerd op de principes van het cognitieve apprenticeship-model. Er worden hierin vijf elementen onderscheiden: het zorgen voor een veilig leerklimaat, modellering, coaching, articulatie van en reflectie op kennis en kunde, en formulering van leerdoelen (exploratie). De MCTQ-vragenlijst is een generieke vragenlijst die kan worden toegepast binnen alle specialismen.

Waarom?

Uit onderzoek is gebleken dat de rol van de opleider binnen de medische vervolgopleiding essentieel is. Zodoende is het borgen en verbeteren van de kwaliteit van de supervisie van groot belang. De MCTQ is een evidence-based instrument dat gericht is op het verzamelen van concrete feedback voor individuele opleiders. Het instrument is voor medisch studenten uitgebreid gevalideerd zowel in Nederland als daarbuiten (o.a. UK, België, Zweden, Duitsland, Frankrijk, Brazilië, Argentinië en Japan).

Hoe?

Evaluatie vindt plaats op basis van vragenlijsten. Er is een vragenlijst voor a(n)ios en een zelfevaluatie-vragenlijst voor opleiders. De MCTQ is gebaseerd op theorie over effectieve begeleiding op de werkplek (cognitive apprenticeship) en opgesteld in samenwerking met verschillende stakeholders binnen het domein: artsen, studenten en onderwijskundige. Bovendien is de MCTQ gevalideerd en betrouwbaar bevonden. De MCTQ bestaat uit zeventien gesloten vragen en twee open vragen.

Door wie?

Opleiders beoordelen zichzelf en worden geëvalueerd door a(n)ios. Opleiders vullen één lijst in (de zelfevaluatie), a(n)ios kunnen meerdere vragenlijsten (voor meerdere opleiders) invullen. Het invullen kost enkele minuten per vragenlijst.

Anonimiteit

Deelname aan de MCTQ is anoniem voor a(n)ios. In de feedbackrapporten naar opleiders wordt alleen het aantal a(n)ios weergegeven, niet het jaar van opleiding of het geslacht. Deze gegevens zijn slechts onderzoeksinformatie. Voor opleiders is MCTQ ook anoniem (tenzij anders afgesproken binnen de maatschap/vakgroep).

Feedbackrapportage?

Alle opleiders ontvangen na afloop van de vooraf afgesproken meetperiode een individueel feedbackrapport met daarin de resultaten van alle evaluaties.

Paper & Webbased evaluatie via MCTQ kan zowel op papier als webbased (via E-PASS) plaatsvinden.

Vindplaats

Voor informatie kunt u mailen naar info@epass.eu

2.3 Evaluatie opleidingsklimaat

2.3.1 D-RECT: Dutch Residency Educational Climate Test

Wat?

De D-RECT is een vragenlijst die informatie biedt over het opleidingsklimaat in een medische vervolgopleiding.

Waarom?

Een veilig en (onder)steunend opleidingsklimaat wordt van groot belang geacht voor de ontwikkeling van a(n)ios. Uit onderzoek is gebleken dat het positief kan bijdragen aan onder meer de motivatie, het zelfvertrouwen en de academische prestaties van aios. Het opleidingsklimaat verwijst naar de context waarbinnen a(n)ios (en dus ook opleiders) werken, zoals de werk- en opleidingssetting, de manieren van werken en omgaan met elkaar, de wijze van communicatie, de 'softe aspecten' van samenwerking, de geschreven en ongeschreven regels et cetera.

Hoe?

De D-RECT-vragenlijst meet het opleidingsklimaat op basis van een aantal klimaataspecten, zoals de patiëntenoverdracht, samenwerking tussen opleiders en samenwerking van aios onderling. De vragenlijst is ontwikkeld en gevalideerd voor de Nederlandse situatie door middel van interne en externe validatiestudies. Lees voor meer informatie over de initiële ontwikkeling van de D-RECT het artikel van Boor et al (2011). In 2015 is de kwaliteit van de D-RECT-vragenlijst opnieuw onderzocht in een recent sample van bijna driehonderd vervolgopleidingen. (Silkens ME, Smirnova A et al) Dit resulteerde in een kortere, sterkere vragenlijst van vijfendertig items, verdeeld over negen klimaataspecten. Er zijn tenminste drie aios-evaluaties nodig voor een betrouwbare D-RECT-meting. Aan de gesloten vragen is vrije tekstruimte toegevoegd waar aios desgewenst 'opmerkingen en suggesties' over het opleidingsklimaat kwijt kunnen.

Door wie?

De vragenlijst wordt ingevuld door alle a(n)ios van een opleiding (één lijst per a(n)ios).

Anonimiteit

Deelname aan D-RECT is anoniem voor a(n)ios. In het feedbackrapport wordt alleen het aantal a(n)ios weergegeven, niet het jaar van opleiding of het geslacht. Deze gegevens zijn slechts onderzoeksinformatie.

Feedbackrapportage?

Per opleiding wordt een D-RECT-rapportage gegenereerd.

Benchmarkinformatie

Benchmarkinformatie is beschikbaar voor opleidingen, ziekenhuizen en opleidingsregio's. Deze wordt, afhankelijk van de aanbieder, al dan niet als standaard(optie) aangeboden.

Webbased evaluatie

Het evalueren van het opleidingsklimaat met behulp van de D-RECT-vragenlijst vindt geheel webbased plaats. Zowel het invullen van de vragenlijsten als het ontvangen van het D-RECT-opleidingsklimaatrapport is geautomatiseerd.

Vindplaats

Er zijn ziekenhuizen die de D-RECT in eigen beheer uitvoeren en OOR's die het vanuit het academisch centrum voor de opleidingsregio organiseren. Enkele honderden opleidingen voeren de D-RECT-evaluaties uit via het aanbod van professional performance online. Zie www.professionalperformanceonline.nl.

2.3.2 Het exitgesprek

Wat?

Aan het einde van de opleiding wordt een gesprek gevoerd met de vertrekkende aios over diens opleidingservaringen. Doel is om inzicht te krijgen in de sterke en verbeterpunten van de opleiding. Deze methode is met name ook geschikt voor opleidingen met minder dan vijf aios.

Waarom?

Opleiders, opleidingsgroepen en opleidingsinrichtingen zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geboden vervolgoopleidingen. Ervaringen van aios die de opleiding hebben afgerond c.q. gaan verlaten (in geval van een stage) kunnen inzicht bieden in de diverse aspecten van de kwaliteit van de opleiding.

Hoe?

Ziekenhuizen geven op uiteenlopende wijzen invulling aan de exitgesprekken, maar in alle gevallen staat het gesprek met een onderwijskundige of vertrouwenspersoon (of andere medewerker van het leerhuis) centraal. Ter voorbereiding op het gesprek wordt in sommige ziekenhuizen aan de aios gevraagd om voorafgaand aan het gesprek een vragenlijst in te vullen over zijn opleidingservaringen. Die vragenlijst dient vervolgens als leidraad voor het gesprek (bijvoorbeeld in het CWZ, Nijmegen). In andere ziekenhuizen wordt een dergelijke voorbereiding niet gevraagd, maar voert de medewerker een semi-gestructureerd gesprek aan de hand van een vragenlijst (bijvoorbeeld in het OLVG, Amsterdam).

Opleidingsaspecten die worden bevraagd en besproken kunnen zijn: competentiegericht opleiden, veiligheid opleidingsklimaat, onderwijs, feedback en beoordeling, leerdoelen en evaluatie supervisors, de (actieve) rol van de aios. Daarnaast kan ook het ziekenhuis als werk- en leeromgeving besproken worden, denk bijvoorbeeld aan: het Discipline Overstijgend Onderwijs, functioneren van de COC en de aios-vereniging. In het OLVG is het gesprek expliciet gebaseerd op de domeinen uit de D-RECT-vragenlijst.

Door wie?

Met alle vertrekkende aios wordt een exitgesprek gehouden, bijvoorbeeld door een medewerker van het leerhuis (onderwijskundige of vertrouwenspersoon). De medewerker maakt een verslag.

Anonimiteit

De gesprekken zijn vertrouwelijk.

Feedbackrapportage

De onderwijskundige maakt gewoonlijk een verslag van het exitgesprek. Hoe hij/zij de feedback vervolgens rapporteert aan de formele opleider van de betreffende opleiding varieert per ziekenhuis. Dit kan na één exitgesprek zijn (mits de aios het verslag heeft goedgekeurd). Het kan ook dat de onderwijskundige de belangrijkste bevindingen uit een aantal gesprekken (bijvoorbeeld drie tot vijf) terugkoppelt aan de opleider. Eventueel wordt het verslag ook aan de manager van het leerhuis gestuurd. Een voorbeeld van een format van een dergelijk samenvattend verslag is te vinden op de volgende pagina (format OLVG). De opleider bespreekt het verslag vervolgens in de opleidingsgroep en agendeert het in de lokale opleidingsvergadering. Desgewenst wordt een plan voor verbetering opgesteld.

Wijze van evaluatie

Een (papier) evaluatie met aansluitend een evaluatief gesprek. Op www.medischevervolgopleidingen.nl staan voorbeeldformulieren van het Jeroen Bosch Ziekenhuis ('s-Hertogenbosch) en het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis (Nijmegen).

Vindplaats

Voorbeeldformulieren zijn te vinden op www.knmg.nl/cgs/kwaliteitenerkenning en www.medischevervolgopleidingen.nl

2.4 Evaluatie samenwerking binnen de opleidersgroep; TeamQ

Wat?

TeamQ evalueert de samenwerking van de leden van de opleidersgroep. Het evaluatierapport draagt bij aan het vergroten van het inzicht van de opleiders in het functioneren van de opleidingsgroep. Het rapport kan richtinggevend zijn bij de ontwikkeling van de samenwerking binnen de opleidersgroep.

Waarom?

Van medisch specialisten in een opleidingsziekenhuis wordt verwacht dat zij samenwerken in opleidersgroepen. De groep opleiders is gezamenlijk verantwoordelijk voor bijvoorbeeld het leerklimaat op de afdeling, het leerproces van de aios en de kwaliteit van de opleiding. U weet als geen ander wat uw eigen bijdrage is aan de samenwerking binnen de opleidersgroep. En u weet als geen ander wat u vindt en denkt over de samenwerking in uw opleidersgroep.

Hoe?

De evaluatie vindt plaats op basis van een vragenlijst, waarin acht thema's van samenwerken zijn te onderscheiden, zoals: taak- en team expertise, besluitvorming in het team, betrokkenheid van de aios, de formele opleider, de feedbackcultuur en teamresultaten. De TeamQ is ontwikkeld in samenwerking met opleiders/supervisoren, onderzoekers en onderwijskundigen. In 2014 zijn validiteit en betrouwbaarheid van de TeamQ onderzocht en goed bevonden. (Slootweg et al) De TeamQ-rapportage kan betrouwbaar worden genoemd als vijf tot zeven leden van het opleidingsteam de vragenlijst invullen.

Door wie?

De leden van de opleidersgroep geven individueel een mening over het groepsfunctioneren. Het invullen van de digitale vragenlijst kost tien minuten. De vragenlijst van de formele opleider is inhoudelijk identiek, maar qua formulering enigszins aangepast.

Evaluatierapport

U ontvangt als opleidersgroep één evaluatierapport dat bestaat uit een totaalscore van de resultaten, de samenwerkingsaspecten die de hoogste verbeterprioriteit hebben (in ogen van de leden van het opleidingsteam), gedetailleerde informatie, scores per stelling en per samenwerkingsdomein en een opsomming van gemaakte opmerkingen door leden van het opleidingsteam.

Benchmarkinformatie

Benchmark is niet aan de orde bij de TeamQ; het gaat om een zelfevaluatie van de vakgroep.

Anonimiteit

Deelname aan TeamQ is anoniem voor de leden van de opleidersgroep. De uitkomst van de evaluatie is één groepsuitslag, waarin de individuele opleider niet herkenbaar is.

Webbased evaluatie

Evaluatie via TeamQ vindt geheel webbased plaats. Zowel het invullen van de vragenlijsten als het ontvangen van het TeamQ feedbackrapport is geautomatiseerd.

Vindplaats

www.professionalperformanceonline.nl.

2.5 De interne audit (ook wel proefvisitatie genoemd)

Wat?

De interne audit beoogt het systematische gebruik van (andere) kwaliteitsmetingen (zoals D-RECT, SETQ en EFFECT) te versterken, door er verdiepende gesprekken over te voeren. Ook is de interne audit geschikt voor kleinere opleidingen die minder of geen gebruik (kunnen) maken van andere kwaliteitsmetingen. Interne audits (proefvisitaties) als toetsinstrument zijn voor de kwaliteitsindicator 'opleidingsklimaat'. Deze methode is met name ook geschikt voor opleidingen met minder dan vijf aios.

Waarom?

Het doel van de interne audit is het bereiken van een continue kwaliteitsimpuls. Het doel van de interne audit is uitdrukkelijk om de zaken die goed zijn te benoemen en verbeterpunten te identificeren.

Hoe?

Als uitgangspunt bij de gesprekken geldt de informatie uit het lokale opleidingsplan, samen met de beslissingen van de RGS naar aanleiding van de laatste externe visitatie. Door in de gesprekken op systematische wijze de achterliggende gedachte van de huidige regelgeving aan de orde te stellen, kunnen de sterke en minder sterke punten van de opleiding worden benoemd.

Door wie?

Dit kan verschillen per ziekenhuis. In het St. Antonius Ziekenhuis (Nieuwegein) bestaat de auditcommissie uit een vaste voorzitter, een medewerker van het leerhuis, een aios en een collega-opleider uit eigen huis. De commissieleden zijn getraind door de Academie van het Antonius ziekenhuis.

Feedbackrapportage en vervolgbesprekingen

De visitatiecommissie doet op grond van de gesprekken verslag van de sterke punten en de aandachtspunten. De commissie formuleert aanbevelingen voor verbetering voor de betreffende opleiding. Het verslag wordt plenair besproken in de COC vergadering, waarna bindende afspraken worden gemaakt over een eventueel verbetertraject en een termijn voor de volgende visitatie. Met de aios wordt het verslag besproken in de opleidingsvergadering, waarna gezamenlijk een plan van aanpak voor de komende periode wordt gemaakt.

Vindplaats

De centrale opleidingscommissie van het St. Antonius Ziekenhuis ontwikkelde een systeem van cyclische interne audits. Een verslag hiervan is te vinden op www.medischevervolgopleidingen.nl

2.6 Instrument ClusterKompas

Wat?

Dit instrument beoogt de dialoog over kwaliteit van de gehele opleiding binnen een opleidingscluster tussen de opleiders en aios te bevorderen. Een opleidingscluster wordt gevormd door alle ziekenhuizen die gezamenlijk een medische vervolgopleiding aanbieden binnen de OOR Utrecht. De dialoog richt zich op die zaken die specifiek op het gehele cluster van toepassing zijn (dus niet op lokaal niveau). Daarbij ligt de focus op samenwerking en samenhang tussen de verschillende opleidingsonderdelen.

Waarom?

Aios opleiden is een inspanning en verantwoordelijkheid van alle opleidingen in een cluster, en vraagt om samenwerking en afstemming. De methodiek van het ClusterKompas ondersteunt opleidingen hierin koers te bepalen.

Hoe?

Binnen OOR Utrecht heeft als pilot een clusterevaluatie plaatsgevonden onder de naam ClusterKompas. De Clusterevaluatie bestaat uit een voorbereidend semigestructureerd gesprek tussen twee onderwijskundigen en twee opleiders uit verschillende ziekenhuizen (academie & perifeer). Hiervan wordt een verslag gemaakt in termen van opleidingsaspecten die al goed lopen in het cluster en aspecten die nog aandacht (= bespreking in het cluster) behoeven. Tijdens een clusterbijeenkomst worden de geselecteerde aandachtspunten verder uitgewerkt en waar mogelijk omgezet in acties. De clusterbijeenkomst wordt bijgewoond door minimaal een opleider en aios uit elk clusterziekenhuis. De bijeenkomst wordt begeleidt door een samenwerkingsverband van onderwijskundigen uit de OOR Utrecht.

Opbrengst

Het ClusterKompas levert naast een gestructureerde dialoog over de koers van het opleidingscluster een beknopte rapportage op. Deze rapportage kan door het opleidingscluster worden gebruikt om ambities en concrete verbeteracties vorm te geven.

Status

Inmiddels hebben twee pilots plaatsgevonden binnen de opleidingsclusters Dermatologie en Gynaecologie. Deze worden eind 2015 geëvalueerd. Beoogde uitkomst is de methodiek in 2016 beschikbaar te stellen voor alle geïnteresseerde opleidingsclusters in de OOR Utrecht.

Vindplaats?

Voor meer informatie kan contact opgenomen worden met de OOR-werkgroep via medischevervolgopleidingen@umcutrecht.nl o.v.v. ClusterKompas.



3. REFLECTIE ORGANISEREN

3.1 Individuele reflectie (ReACT)

Wat?

Onderstaand reflectieschema is bedoeld voor die artsen die gestructureerd willen reflecteren op de performancefeedback die zij hebben ontvangen. Het nadenken en -voelen over feedback kan bijvoorbeeld worden gedaan ter voorbereiding op een bespreking van de feedback met een (groep van) collega('s), een leidinggevende, een onderwijskundige of een expert van buiten de eigen organisatie.

Waarom?

We weten vanuit het onderzoek en ook de praktijk dat feedback niet 'zomaar' wordt omgezet in aangepast/verbeterd gedrag. Het is effectief gebleken om op feedback te reflecteren. Reflectie heeft tot doel meer inzicht te krijgen in de (eigen) sterke punten van het functioneren en mogelijkheden voor aanpassing en/of verbetering. Idealiter eindigt een gestructureerde reflectie in een aantal concrete vervolgacties.

Wie?

Individuele opleiders/supervisors die feedback ontvingen op hun functioneren.

Hoe?

Neem tijd voor reflectie. Een suggestie is ter voorbereiding het volgende artikel te lezen: *Twelve tips for making the best use of feedback*. Leeuw van der RM, Slootweg IA. Med Teach 2013;35:348-351. Beantwoord daarna de volgende vragen. De vragen dienen als leidraad voor reflectie.

Volg stap 1 tot en met 5 en reflecteer aldus op de ontvangen feedback.

Stap 1: Lees de feedback.

- Wat 'deed het' rapport met u? Wat maakte het rapport bij u in eerste instantie los (aan gevoelens, emoties, fysieke reacties)?

Stap 2: Denk na over de inhoud

- Wat is voor u de belangrijkste feedback uit het rapport? Waarop bent u trots? Welke opleidersvaardigheden komen in aanmerking voor verbetering?

Stap 3: Verken alternatieve strategieën om de verkregen feedback te vertalen naar verbeterd opleiderschap

- Welke aspecten van de feedback vindt u het meest bruikbaar/nuttig om iets mee te doen? Welke kwaliteiten, gedrag, vaardigheden denkt u te kunnen verbeteren?

Stap 4: Ontwerp een plan o.b.v. voorgaande overwegingen

- Kunt u zich een voorstelling maken van uw nieuwe gedrag (stelt u zich voor dat u gefilmd wordt in uw nieuwe gedrag), hoe ziet dat eruit? Of: als u volgend jaar opnieuw een rapport krijgt, wat zou u daarin dan willen lezen?

Stap 5: Voer je eigen plan uit

- Kunt u een tijdsplan aangeven? Wie gaat u betrekken bij het bespreken en uitvoeren van uw plan(nen)?

Vindplaats

In sommige webbased systemen (www.professionalperformanceonline.nl) kunnen de vragen online worden geraadpleegd en beantwoord na afloop van een individuele (SETQ) evaluatie. Daar zijn soortgelijke vragen bekend onder de titel ReACT (Reflection Aid for Clinical Teachers).

3.2 Voorbeeldagenda groepsbespreking resultaten individuele evaluaties (SETQ, EFFECT, MCTQ)

Wat?

Onderstaand agendavoorstel is bedoeld voor die opleidersgroepen die gestructureerd *gezamenlijk* willen stilstaan bij de individueel ontvangen performancefeedback, bijvoorbeeld SETQ, EFFECT of MCTQ feedback. De bespreking vindt idealiter plaats nadat alle participanten eerst individueel gereflecteerd hebben op de eigen feedback (zie 3.1). Het agendavoorstel gaat uit van de in 3.1 genoemde reflectieve vragen. Een groepsbespreking vergt echter dat ook (eerst) enkele praktische beslissingen genomen worden over vorm, beoogde resultaten, voortgangsevaluaties et cetera.

Waarom?

We weten vanuit het onderzoek en ook de praktijk dat feedback niet 'zomaar' wordt omgezet in aangepast/verbeterd gedrag. Het is effectief gebleken om op ontvangen feedback te reflecteren. Bespreking van de (eigen) individuele feedback in de opleidersgroep is een manier om te reflecteren. Reflectie heeft tot doel meer inzicht te krijgen in de (eigen) sterke punten van het functioneren en mogelijkheden voor aanpassing en/of verbetering. Idealiter eindigt een gestructureerde reflectie in een aantal concrete vervolgacties.

Hoe?

Besprek als opleidersgroep eerst de uitgangspunten voor de groeps(reflectie)bespreking. Vragen staan hieronder genoemd. Volg daarna de agenda zoals voorgesteld. Ter voorbereiding is het raadzaam dat alle deelnemers aan de bespreking het artikel lezen hoe om te gaan met feedback: Twelve tips for making the best use of feedback. (Leeuw van der RM, Slootweg IA, 2013).

Wat?

Deel 1: Uitgangspunten voor de groepsbespreking

Wordt het eens over de onderstaande zaken:

1. wat is het **doel** van de bespreking? bv:
 - a. een formatieve bespreking: kijken wat goed gaat, en beter kan, leren van elkaar, elkaar helpen bij verbetering
 - b. een summatieve bespreking; 'elkaar de maat nemen', (onder)grenzen vaststellen
2. welk **concreet resultaat** willen we bereiken? bv:
 - a. inzicht hebben waar een ieders kracht / sterke punten liggen en afspraken maken over hoe anderen daarvan kunnen profiteren en leren
 - b. een aantal ontwikkelpunten per persoon formuleren
 - c. algemene actiepunten voor de groep definiëren
3. wie is de **voorzitter** of de gespreksleider, locatie van bespreking et cetera
 - a. interne of externe gespreksleider?
 - b. binnen het ziekenhuis of buitenshuis (piepervrij)
4. hoe gaan we de te maken afspraken **implementeren**? En **evalueren**?

Deel 2: Voorbeeldagenda groepsbespreking

1. Bespreken van de individuele feedback aan de hand van de volgende vijf reflectieve stappen en bijbehorende vragen (zie 3.1):
 - Stap 1: Lees de feedback.
 - Stap 2: Denk na over de inhoud
 - Stap 3: Verken alternatieve strategieën om de verkregen FB te vertalen naar verbeterd opleiderschap
 - Stap 4: Ontwerp een plan o.b.v. voorgaande overwegingen
 - Stap 5: Voer uw eigen plan uit
2. Afspraken maken over evaluatie van (de voortgang van) het eerste agendapunt. (bijv. na vier maanden en acht maanden terugkoppeling en herevaluatie over een jaar)
3. Bespreken van de (mogelijke) consequenties van het onder 1 en 2 besprokene voor het beleid, de opleidersgroep en/of andere betrokkenen.
4. Afsluiting

3.3 De Dialoog: gesprekken tussen aios en supervisors

Wat?

'De Dialoog' is het gesprek tussen supervisor en aios over het functioneren van de supervisor aan de hand van de feedback die hij of zij ontving. De Dialoog is ontwikkeld door het Radboud als integraal onderdeel van de EFFECT-evaluatie (zie voor een beschrijving van de EFFECT-meting par. 2.2.2) en is de meest gewaardeerde stap binnen deze evaluatie. De dialoogmethode wordt inmiddels ook gebruikt in combinatie met de SETQ-evaluatie (zie 2.2.1), gebaseerd op de Nijmeegse systematiek. De Dialoog kent vier fasen: 1. de voorbereidende workshop, 2. de begeleide dialoog gesprekken tussen aios en individuele supervisors, 3. de nabespreking van de dialoog met aios en de gespreksbegeleider en 4. de groepevaluaties tussen (alle) aios en stafleden.

Waarom?

Evalueren is meer dan meten. Naast het ontstaan van zicht op de begeleiding op de werkvloer, gaan aios en supervisors expliciet de dialoog met elkaar aan. Zo leren zij elkaars mening kennen en accepteren/respecteren.

Evalueren draagt daardoor bij aan het creëren van een sfeer waarin het mogelijk is wederzijds feedback te geven en te ontvangen. Daarmee levert het een bijdrage aan de ontwikkeling van een cultuur waarin transparante communicatie en feedback in een veilige, open sfeer een voorwaarde zijn voor veilige patiëntenzorg.

Hoe?

1. Voorafgaand aan deze gesprekken wordt aios een workshop aangeboden over het interpreteren van de EFFECT-output en het geven van feedback. Supervisors kunnen desgewenst deelnemen aan een workshop over het ontvangen van feedback.
2. Een delegatie van twee aios bespreekt de evaluatiegegevens met ieder staf lid afzonderlijk in een gesprek van een half uur. Hierbij is een hiervoor getrainde deskundige aanwezig die het gesprek begeleidt; meestal is dit iemand van het onderwijsinstituut of leerhuis. De gespreksbegeleider maakt een verslag van de besproken punten en de voornemens/afspraken die zijn gemaakt ten aanzien van het behouden, inzetten en verbeteren van de kwaliteit van de gegeven supervisie. Dit verslag bewaart de supervisor/opleider zelf (en hij/zij kan dit in een functionerings- of jaargesprek inbrengen).
3. Na afloop van het feedbackgesprek spreekt de begeleider het gesprek na met de aios en geeft ook hen feedback, eventueel nog vastgelegd met een KPB.
4. Nadat alle gesprekken hebben plaatsgevonden wordt een groepevaluatie (stafleden en aios) georganiseerd. Op basis van de groepsoutput (gemiddelde zelfscore gegeven van de supervisors tegenover de gemiddelde aios score gegeven door alle aios en het aantal keer dat een item als 'niet te beoordelen' is ingevuld) wordt in gemixte groepen gesproken worden over domeinen of items die op groepsniveau sterk zijn of juist verbeterd kunnen worden. Gegeven suggesties kunnen leiden tot concrete verbeterstappen, die zowel door de aios als door de supervisors gedragen en uitgevoerd worden.

Het gehele evaluatietraject van meten en bespreken lijkt een effectief leermiddel waarbij zowel de supervisor/opleider als de aios leren om te reflecteren op eigen handelen en op een transparante, veilige, effectieve manier feedback te geven en te ontvangen. Aios worden zich bovendien bewust van hun eigen rol als supervisor wanneer zij zelf onderwijs geven; meestal als begeleider van coassistenten.

4. REFERENTIES PER INSTRUMENT / EVALUATIESYSTEEM

SETQ:

1. Voor een complete lijst van SETQ-publicaties zie www.professionalperformanceonline.nl.
2. Boerebach BC, Lombarts KM, Arah OA. Confirmatory Factor Analysis of the System for Evaluation of Teaching Qualities (SETQ) in Graduate Medical Training. *Eval Health Prof.* 2014 Oct 2. pii: 0163278714552520. [Epub ahead of print]
3. Boerebach BC, Arah OA, Busch OR, Lombarts KM. Reliable and valid tools for measuring surgeons' teaching performance: residents' vs. self evaluation. *J Surg Educ.* 2012 Jul-Aug;69(4):511-20.
4. van der Leeuw R, Lombarts K, Heineman MJ, Arah O. Systematic evaluation of the teaching qualities of Obstetrics and Gynecology faculty: reliability and validity of the SETQ tools. *PLoS One.* 2011 May 3;6(5):e19142.
5. Arah OA, Hoekstra JB, Bos AP, Lombarts KM. New tools for systematic evaluation of teaching qualities of medical faculty: results of an ongoing multi-center survey. *PLoS One.* 2011;6(10):e25983.
6. Lombarts KM, Bucx MJ, Arah OA. Development of a system for the evaluation of the teaching qualities of anesthesiology faculty. *Anesthesiology.* 2009 Oct;111(4):709-16.
7. Van der Leeuw RM, Overeem K, Arah OA, Heineman MJ, Lombarts KM. Frequency and determinants of residents' narrative feedback on the teaching performance of faculty: narratives in numbers. *Acad Med.* 2013 Sep;88(9):1324-31.
8. Lombarts MJ, Arah OA, Busch OR, Heineman MJ. [Using the SETQ system to evaluate and improve teaching qualities of clinical teachers]. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2010;154:A1222.
9. Lombarts MJ, Bucx MJ, Rupp I, Keijzers PJ, Kokke SI, Schlack W. [An instrument for the assessment of the training qualities of clinician-educators]. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2007 Sep 8;151(36):2004-8.
10. Van der Leeuw RM, Boerebach BC, Lombarts KM, Heineman MJ, Arah OA. Clinical teaching performance improvement of faculty in residency training: A prospective cohort study. *Med Teach.* 2015 Jul 13:1-7. [Epub ahead of print]

EFFECT:

1. www.effectsurvey.nl.
2. Fluit CR, Feskens R, Bolhuis S, Grol R, Wensing M, Laan R. Repeated evaluations of the quality of clinical teaching by residents. *Perspect Med Educ.* 2013 May 8.
3. Fluit C, Bolhuis S, Grol R, Ham M, Feskens R, Laan R, Wensing M. Evaluation and feedback for effective clinical teaching in postgraduate medical education: validation of an assessment instrument incorporating the CanMEDS roles. *Med Teach.* 2012;34(11):893-901.
4. Fluit CV, Bolhuis S, Klaassen T, DE Visser M, Grol R, Laan R, Wensing M. Residents provide feedback to their clinical teachers: reflection through dialogue. *Med Teach.* 2013 Sep;35(9):e1485-92.

MCTQ

1. Stalmeijer, R.E., D.H.J.M., Dolmans, Wolfhagen, H.A.P., Muijtjens, A.M.M., & Scherpbier, A.J.J.A. The validity and reliability of the Maastricht Clinical Teaching Questionnaire as a model of effective clinical teaching. *Acad Med.* 2010; 85(11): 1732-1738.
2. Stalmeijer, R.E., Dolmans, D.H.J.M., Wolfhagen, H.A.P., Van Coppenolle, L., Peters, W.G., & Scherpbier A.J.J.A.. Combined student ratings and self-assessment provide useful feedback for clinical teachers. *Adv Health Sc Educ: Theory and Pract.* 2010; 15(3): 315 - 328.
3. Stalmeijer, R.E., Dolmans, D.H.J.M., Wolfhagen, H.A.P., Muijtjens, A.M.M., & Scherpbier, A.J.J.A. (2008). Development of an instrument for evaluating the clinical teacher: Involving stakeholders to determine content validity. *Med Teach* 2008; 30(8): e272-e277.

D-RECT:

1. Silkens ME, Smirnova A, Stalmeijer R, Arah OA, Scherpbier A, Van der Vleuten C, Lombarts MJMH. Revisiting the D-RECT tool: validation of an instrument measuring residents' learning climate perceptions. *Med Teach*. 2015 Jul 14;1-6. [Epub ahead of print]
2. Boor K, Van Der Vleuten C, Teunissen P, Scherpbier A, Scheele F. Development and analysis of D-RECT, an instrument measuring residents' learning climate. *Med Teach*. 2011;33(10):820-7.
3. Lombarts KM, Heineman MJ, Scherpbier AJ, Arah OA. Effect of the learning climate of residency programs on faculty's teaching performance as evaluated by residents. *PLoS One*. 2014 Jan 28;9(1):e86512.

TeamQ:

1. www.professionalperformanceonline.nl
2. Slootweg I, Lombarts K, Boerebach B, Heineman MJ, Scherpbier A, Vleuten C van der. Development and Validation of an Instrument for Measuring the Quality of Teamwork in Teaching Teams (TeamQ). *PLoS One*. 2014 Nov 13;9(11):e112805.

Zelfevaluatie Scherpbier:

1. CBOG. Eindrapportage Kwaliteitsindicatoren Medische Vervolgopleidingen. CBOG, Utrecht, dec 2008.
2. www.knmg.nl/cgs/kwaliteitenerkenning
3. www.medischevervolgopleidingen.nl
4. www.professionalperformanceonline.nl.

Interne audit / Proefvisitatie:

1. Roerdink E, van Rooijen A, Breslau P. Interne audits als ondersteuning bij de implementatie van de modernisering van de medische vervolgopleidingen. www.medischevervolgopleidingen.nl

Exitgesprek (voorbeelden van diverse ziekenhuizen):

1. www.knmg.nl/cgs/kwaliteitenerkenning
2. www.medischevervolgopleidingen.nl

Overige referenties genoemd in de toolkit:

1. Leeuw van der RM, Slootweg IA. Twelve tips for making the best use of feedback. *Med Teach* 2013; 35:348-351.

BIJLAGE 3

PROJECTVERANTWOORDING

Opdrachtgever en opdracht

Het project Interne kwaliteitszorg voor de geneeskundige vervolgoopleidingen (Scherpbier 2.0) heeft als doel om uiterlijk 31 december 2015 het rapport 'Kwaliteitszorg voor de specialistische vervolgoopleiding' uit 2008 te actualiseren.

Randvoorwaarden en scope

De actualisatie van Scherpbier 2.0 moet recht doen aan nieuwe ontwikkelingen, plus wat zelf is toegevoegd op basis van voortschrijdend inzicht, zoals:

- Het rapport bevat een eenvoudig systeem van interne kwaliteitszorg voor de geneeskundige vervolgoopleidingen, dat zo min mogelijk bureaucratie met zich meebrengt.
- Het systeem van interne kwaliteitszorg wordt gebaseerd op een kwaliteitscirkel, met als doel continue interne kwaliteitsverbetering ('Van handhaven naar verbeteren').
- Het interne kwaliteitssysteem is algemeen bruikbaar, d.w.z. dat het systeem is bruikbaar voor:
 - alle geneeskundige specialismen;
 - kleine en grote specialismen;
 - kleine en grote ziekenhuizen;
 - individuele ziekenhuizen, samenwerkende ziekenhuizen en opleidingsregio's;
 - alle belangrijke stakeholders (Raden van Bestuur, COC, opleidingsregio, afdelingen, opleiders, aios)
- De algemene bruikbaarheid wordt geadstrueerd met praktijkvoorbeelden en een overzicht van instrumenten voor het veld.
- In het rapport wordt aangesloten bij (inter)nationale bronnen over systemen van kwaliteitszorg opleiden

Het rapport is een hulpmiddel voor de praktijk bij de verdere ontwikkeling van het interne kwaliteitssysteem voor de geneeskundige vervolgoopleidingen. De aanwezigheid van een dergelijk systeem is wel een formele erkenningseis voor opleidingsinstituten en -inrichtingen. Het beoogde rapport is bedoeld als handreiking van CGS, RGS en Project MMV aan het veld.

Het rapport is uitdrukkelijk niet bedoeld als checklist voor de opleidingsvisitatie. Dit zal expliciet in het rapport worden uitgelegd. Bovendien zal het beoogde rapport geen direct onderdeel uitmaken van de regelgeving van CGS of RGS.

De verdere implementatie van het systeem van interne kwaliteitszorg valt evenmin binnen de scope van het project.

Realisatie

In twee jaar tijd heeft de commissie veel gesproken over interne kwaliteit en in dat verband ook veel gesproken met mensen buiten de commissie. Tussentijds heeft de voorzitter van de commissie diverse vergaderingen bijgewoond om uitleg te geven over de stand van zaken van de werkzaamheden van de commissie. Delegaties uit de commissies hebben bij verschillende gelegenheden, waaronder het MMV-congres, workshops verzorgd. Alle input die daaruit voortkwam heeft de commissie betrokken in het heroverwegen van de visie op kwaliteitszorg uit 2008. Het eindproduct is een rapport met een geactualiseerde visie, een geactualiseerd kwaliteitskader en een geactualiseerd overzicht van kwaliteitsinstrumenten.

In het rapport is een duidelijke onderverdeling aangebracht, door een hoofdstuk met de visie op te nemen die van toepassing is op alle geneeskundige vervolgoopleidingen. In een ander hoofdstuk is de visie specifiek voor cluster 2 uitgewerkt in een kwaliteitskader en het overzicht van instrumenten. Die uitwerking is bruikbaar voor kleine en grote specialismen, voor kleine en grote ziekenhuizen, voor opleidingsregio's, raden van bestuur, COC's, afdelingen en opleiders. De commissie is binnen de bandbreedte van de opdracht gebleven.

Met het aanbieden van het onderhavige rapport aan de opdrachtgevers CGS en RGS heeft de commissie aan zijn opdracht voldaan, binnen de daarvoor gestelde termijn.

BIJLAGE 4

BEGRIPPENLIJST

Actor	Professionals en instellingen die betrokken zijn bij de geneeskundige vervolg opleiding zoals aios, opleider, raad van bestuur
Domein	Een deelgebied van kwaliteit van de opleiding.
Educatief (formatief)	Wijze van omgaan met informatie over de opleiding die primair tot doel heeft om de opleiding te verbeteren.
Kwaliteitscyclus	Het systematisch doorlopen van een aantal stappen ter verbetering van de kwaliteit. Een veelgebruikt systeem binnen de opleiding is de PDCA- (plan-do-check-act)cyclus.
Kwaliteitskader	Een beschrijving van de taken en verantwoordelijkheden van de actor gekoppeld aan de diverse domeinen.
Kwaliteitszorg (van opleiden)	Alle maatregelen die genomen worden om de kwaliteit van de opleiding binnen een instelling te verbeteren.
Selectief (summatief)	Wijze van omgaan met informatie over de opleiding die primair tot doel heeft om de opleiding te beoordelen of daaraan een waarde toe te kennen.
Verbeterplan	Een (beknopt en tijdsgebonden) plan te verbetering van de opleiding meestal als resultaat van het doorlopen van een kwaliteitscyclus.



© KNMG, december 2015

Grafische vormgeving: Het Vonkt, Houten



Meer informatie op:
www.knmg.nl/cgs/kwaliteitenerkenning