



LANDELIJK OPLEIDINGSPLAN

ZIEKENHUIS- GENEESKUNDE 2020

LANDELIJK OPLEIDINGSPLAN

ZIEKENHUIS- GENEESKUNDE 2020

INHOUDSOPGAVE

Totstandkoming Opleidingsplan Ziekenhuisgeneeskunde 2020	9
Voorwoord.....	11
Leeswijzer	12
1. De Ziekenhuisarts ^{KNMG} de Generalist in het ziekenhuis.....	13
1.1. <i>Inleiding.....</i>	13
1.2. <i>Karakteristiek van de ziekenhuisarts</i>	13
1.3. <i>Kwaliteitszorg en patiëntveiligheid als werkdomein</i>	14
2. Uitgangspunten en verantwoording opleidingsplan	14
2.1. <i>Verantwoording.....</i>	14
2.2. <i>Uitgangspunten.....</i>	15
2.3. <i>Individualisering van de opleiding</i>	15
2.4. <i>Persoonlijk Leiderschap, Reflectie en Professionaliteit.....</i>	16
2.5. <i>Gevolgen van individualisering voor de opleiding</i>	16
3. Een toekomstbestendige opleiding ziekenhuisgeneeskunde	17
3.1. <i>Entrustable professional activities (EPA's).....</i>	17
3.2. <i>Visie op het opleiden van ziekenhuisartsen</i>	19
3.2.1. <i>Doel van de opleiding.....</i>	19
3.2.2. <i>Leren op de werkplek.....</i>	20
3.2.3. <i>Vertrouwen in bekwaamheid.....</i>	20
3.2.4. <i>De aios als active learner/ het individueel opleidingsplan.....</i>	20
4. Opbouw van de opleiding	21
4.1. <i>Jaar 1 met EPA's</i>	22
4.1.1. <i>Interne geneeskunde en acute opvang.....</i>	22
4.2. <i>Jaar 2, Jaar 3 (1e helft) met EPA's: (in willekeurige volgorde).....</i>	23
4.2.1. <i>Peri-operatieve zorg.....</i>	23
4.2.2. <i>Neurologie.....</i>	23
4.2.3. <i>Klinische Geriatrie / Ouderengeneeskunde</i>	24
4.2.4. <i>Stage 1^e lijns zorg. (huisarts/ouderengeneeskunde)</i>	24
4.3. <i>Jaar 3, 2e helft: keuzestage met EPA's</i>	26

4.3.1.	Keuzestage en meesterstuk	26
4.4.	<i>Overige niet-opleidingsonderdeelgebonden leermiddelen</i>	26
4.4.1.	Verplicht landelijk onderwijs.....	27
4.4.2.	Verplicht landelijk lintprogramma-gebonden cursorisch onderwijs.....	27
4.4.3.	Verplichte overige cursussen	28
4.4.4.	Verplicht lokaal onderwijs / besprekingen (enkelvoudig of geïntegreerd)/voordrachten	28
4.4.5.	Voordrachten, presentaties, referaten en congressen	28
5.	Voortgang monitoren en toetsen	29
5.1.	<i>De opleidingsgroep en de opleidingscommissie</i>	29
5.2.	<i>Gesprekscyclus en voortgangsbewaking</i>	29
5.3.	<i>Elektronisch portfolio</i>	30
5.4.	<i>Toetsing en bekwaamverklaren</i>	30
5.4.1.	Bewijsstukken voor het beoordelen van bekwaamheid	32
5.4.2.	Landelijke kennistoets.....	32
5.4.3.	Minimale kaders van toetsing en jaarlijkse geschiktheidsbeoordeling.....	33
5.5.	<i>Individueel begeleidingstraject, bemiddeling en geschilprocedure</i>	33
5.5.1.	Individueel begeleidingstraject	33
5.5.2.	Bemiddeling en geschilprocedure.....	34
6.	Van landelijk opleidingsplan naar lokaal opleidingsplan	34
6.1.	<i>Van kaderbesluit tot individueel opleidingsplan</i>	34
6.2.	<i>Criteria voor het lokale opleidingsplan</i>	35
7.	Kwaliteitszorg	36
7.1.	<i>Kritische succesfactoren opleidingsinrichting</i>	36
7.2.	<i>PDCA cyclus</i>	37
7.3.	<i>Opleiderprofessionalisering en voorbereiding aiossen</i>	37
7.4.	<i>Professionaliteit en normering praktijkvoering ziekenhuisgeneeskunde</i>	38
7.5.	<i>Inbedding ziekenhuisarts in de lokale ziekenhuisorganisatie</i>	38
	Bijlagen bij het Landelijk Opleidingsplan Ziekenhuisgeneeskunde	39
	Bijlage 1 EPA's ziekenhuisgeneeskunde.....	40
	<i>EPA 1 ziekenhuisgeneeskunde; visite lopen en medisch handelen op een klinische afdeling</i>	40
	<i>EPA 2 ziekenhuisgeneeskunde; coördinatie en continuïteit van zorg waarborgen</i>	43

<i>EPA 3 ziekenhuisgeneeskunde; generalistische integrale patiëntenzorg</i>	45
<i>EPA 4 ziekenhuisgeneeskunde; pre- en postoperatieve zorg</i>	47
<i>EPA 5 ziekenhuisgeneeskunde; polyfarmacie</i>	49
<i>EPA 6: ziekenhuisgeneeskunde; leiden en borgen van multi-disciplinaire en interprofessionele samenwerking op de klinische verpleegafdeling</i>	51
<i>EPA 7 ziekenhuisgeneeskunde; kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheid</i>	53
<i>EPA 8 Ziekenhuisgeneeskunde; wetenschappelijke ontwikkeling</i>	55
Bijlage 2: Stagebeschrijvingen	56
<i>Toelichting opzet stagebeschrijvingen</i>	56
Klinische presentaties	56
Stagespecifieke thema's en leerdoelen	56
(cognitieve) vaardigheden en het aantoonbaar maken van bekwaamheid	56
<i>Stage Interne Geneeskunde en Acute Problematiek</i>	57
Algemene klinische presentaties	57
Stagespecifieke thema's en leerdoelen	57
Toetsbare handelingen	58
Aantoonbaar maken van bekwaamheid	58
<i>Stage Peri-operatieve Zorg (anesthesiologie)</i>	59
Algemene klinische presentaties	59
Domein pre en per-operatief.....	59
Domein post-operatief	59
Domein pijn	60
Domein palliatie	60
Stagespecifieke thema's en leerdoelen	60
Domein pre en per-operatief.....	60
Domein post-operatief	60
Domein pijn	60
Domein palliatie	60
Toetsbare handelingen	61
Stage-specifieke vaardigheden.....	61
Aantoonbaar maken van bekwaamheid	61

<i>Stage Peri-operatieve zorg (Heelkunde)</i>	61
Algemene klinische presentaties	62
Domein pre en per-operatief.....	62
Domein post-operatief	62
Domein pijn	62
Domein palliatie	62
Stagespecifieke thema's en leerdoelen	62
Domein pre en per-operatief.....	63
Domein post-operatief	63
Domein pijn	63
Domein palliatie	63
Toetsbare handelingen	63
Stage-specifieke vaardigheden.....	63
Aantoonbaar maken van bekwaamheid	64
<i>Stage Neurologie</i>	64
Algemene klinische presentaties	64
Stagespecifieke thema's en leerdoelen	65
Toetsbare handelingen	65
Stage-specifieke vaardigheden.....	65
Aantoonbaar maken van bekwaamheid	66
<i>Stage Klinische Geriatrie / Ouderengeneeskunde</i>	66
Algemene klinische presentaties	66
Stagespecifieke thema's en leerdoelen	66
Toetsbare handelingen	67
Stage-specifieke vaardigheden.....	67
Aantoonbaar maken van bekwaamheid	67
<i>Stage 1e Lijnszorg</i>	68
Algemene klinische presentaties	68
Stagespecifieke thema's en leerdoelen	68
Toetsbare handelingen	68

Stage-specifieke vaardigheden.....	68
Aantoonbaar maken van bekwaamheid	69
Keuzestage (6 maanden)	69
Werkwijze	69
Bijlage 3: Beroeps- en competentieprofiel Ziekenhuisarts.....	71
Beroepsprofiel	71
Competentieprofiel	71
Bijlage 4: Lintprogramma Kwaliteit en patiëntveiligheid	82
Uitwerking opdrachten, activiteiten, toetsing en Meesterstuk.....	82
1. Inleiding	84
2. Leeswijzer	84
3. 1 ^{ste} opleidingsjaar Oriëntatie 	86
Opleidingsactiviteiten en toetsen in het 1 ^e opleidingsjaar	86
4. 2 ^{de} opleidingsjaar Oefenen 	88
Opleidingsactiviteiten en toetsen in het 2 ^e opleidingsjaar	88
5. 3 ^{de} opleidingsjaar Meesterfase 	92
Overzicht van leerdoelen, leermiddelen en toetsen specifiek met betrekking tot het lintprogramma 3 ^{de} opleidingsjaar.	92
6. Toelichting Meesterstuk	94
7. Beoordeling Meesterstuk.....	95
Beoordeling Meesterstuk Opleiding Ziekenhuisarts.....	96
Scoreformulier	97
Bijlage 1: Leerdoelen uit het curriculum Ziekenhuisgeneeskunde.....	99
Leerdoelen 1 ^{ste} opleidingsjaar in relatie met kwaliteit en PV	99
Leerdoelen 2 ^{de} opleidingsjaar in relatie met kwaliteit en PV	100
Leerdoelen 3 ^{de} opleidingsjaar in relatie met kwaliteit en PV	100
Bijlage 2: Tijdlijn en korte omschrijving opdrachten en cursussen.....	102
Bijlage 3: Diagram Accountability Framework.....	105

<i>Bijlage 5: Aanbevolen Literatuur – sites – congressen</i>	107
Aanbevolen Literatuur	107
Sites.....	107
Congressen	107
Bijlage 5: overzicht opleidingsgerelateerde gesprekken	108
<i>Introductiegesprek bij aanvang van de opleiding</i>	108
<i>Voortgangsgesprekken met de opleider ziekenhuisgeneeskunde en de kwaliteitsfunctionaris</i>	108
<i>Geschiktheidsbeoordeling</i>	108
<i>Gesprekken bij stages</i>	109
Introductiegesprek stage	109
Tussengesprek stage.....	109
Eindgesprek stage	110
Bijlage 6: Clinical Governance rollen voor de Ziekenhuisarts	111
Bijlage 7: Toetsmatrix Opleiding Ziekenhuisgeneeskunde	112
Bijlage 8: Kwaliteitsvisitatie normen waarderingsysteem . Vereniging voor Ziekenhuisgeneeskunde – (2020-11-13)	114
<i>Kwaliteitsdomeinen</i>	114
<i>Doelstelling en uitgangspunten van kwaliteitsvisitatie</i>	114
<i>Waarderingsystematiek voor de kwaliteitsvisitatie</i>	115
1. Kwaliteitsdomein 1: Evaluatie van zorg.....	116
1.3. Visite frequentie.....	116
1.4. Dossiervoering	117
1.5. Dienstregeling, bereikbaarheid en dienstoverdrachten	117
1.6. Berichtgeving aan de huisarts en/of specialist ouderengeneeskunde	117
1.7. Overdracht en inzetbaarheid ten behoeve van continuïteit naar de eerste lijn	118
1.8. Melden van civiel-, straf-, of tuchtrechtelijke procedure aan bestuur of stafbestuur.....	118
1.9. Openheid over incidenten	118
2. Kwaliteitsdomein 2: Kwaliteitsbevordering en veiligheid van zorg.....	119
2.1. Risico's en uitkomsten van zorg.....	119
2.2. Kwaliteitsindicatoren	119

2.3.	Randvoorwaarden voor goede zorgverlening	120
2.4.	Clinical audit	120
2.5.	Verbetering zorgprocessen	120
3.	Kwaliteitsdomein 3: Vakgroep functioneren	121
3.1.	Evalueren vakgroep functioneren	121
3.2.	Vakgroepvergaderingen	121
3.3.	Contacten in- en extern	121
3.4.	Kwaliteitsplan	121
4.	Kwaliteitsdomein 4: Professionele ontwikkeling	122
4.1.	Bij- en nascholing	122
4.2.	Vakgroep- en individueel functioneren	122
4.3.	Optimaal functioneren	123
	Bijlage 9: Overzicht afbeeldingen	124
	Bijlage 10: Verwijzingen	125

TOTSTANDKOMING OPLEIDINGSPLAN ZIEKENHUISGENEESKUNDE 2020

De tweede editie van het opleidingsplan Ziekenhuisgeneeskunde is ontwikkeld in opdracht van het Concilium Ziekenhuisgeneeskunde.

Het opleidingsplan is opgesteld door de 'COMMISSIE CURRICULUM ZIEKENHUISGENEESKUNDE', onder auspiciën van het Concilium. De volgende personen waren betrokken:

Dhr. Dr. P.M. Netten, internist (vz)	Voorzitter Concilium Ziekenhuisgeneeskunde, JBZ, Den Bosch
Mevr. Drs. M. Schouten,	Opleidingskundige Concilium Ziekenhuisgeneeskunde
Dhr. Dr. H.E. Sluiter, internist	Deventer Ziekenhuis
Mevr. Dr. M. Reekers, anesthesioloog	Leids Universitair Medisch Centrum
Mevr. E. Beers-Vural, ziekenhuisarts	Amsterdam Universitair Medisch Centrum
Dhr. C. Huijben, ziekenhuisarts	Laurens, Rotterdam
Mevr. J. Bakker, ziekenhuisarts	Haaglanden MC, Den Haag
Mevr. J. Heijnen, ziekenhuisarts	Haaglanden MC, Den Haag.

PORTFOLIO TESTPANEL - AIOS

Mevr. M. Huizing,	aios Ziekenhuisgeneeskunde, Amsterdam UMC, Amsterdam
Dhr. Dr. F. Akbari,	aios Ziekenhuisgeneeskunde, LUMC, Leiden
Mevr. S. Krombeen,	aios Ziekenhuisgeneeskunde, HMC+, Den Haag
Mevr. M. Venema,	aios Ziekenhuisgeneeskunde, St. Jansdal, Harderwijk
Mevr. L. Tang,	aios Ziekenhuisgeneeskunde, JBZ, Den Bosch
Mevr. L. Bennis,	aios Ziekenhuisgeneeskunde, Deventer Ziekenhuis, Deventer

PORTFOLIO TESTPANEL – (ASPIRANT) OPLEIDERS

Mevr. Dr. C. Brumsen,	HMC+, Den Haag
Mevr. Drs. M.A.L. van Ingen-Stokbroekx,	JBZ, Den Bosch
Mevr. Dr. D. Mudrikova,	UMCUtrecht
Mevr. Dr. A.P.M. Kerckhoffs,	JBZ, Den Bosch

PORTFOLIO TESTPANEL – DESKUNDIGEN KWALITEIT & PATIËNTVEILIGHEID.

Mevr. Dr. M. Stegeman,	ETZ, Tilburg
------------------------	--------------

Mevr. H. Olivier,

Deventer Ziekenhuis

EINDREDACTIE OPLEIDINGSPLAN ZIEKENHUISGENEESKUNDE 2020

Dhr. Dr. P.M. Netten, internist (vz)

Voorzitter Concilium Ziekenhuisgeneeskunde, JBZ, Den Bosch

Mevr. Drs. M. Schouten,

Opleidingskundige Concilium Ziekenhuisgeneeskunde

Mevr. Dr. M. Reekers, anesthesioloog

Leids Universitair Medisch Centrum

Mevr. E. Beers-Vural, ziekenhuisarts

Amsterdam Universitair Medisch Centrum

Mevr. J. Bakker, ziekenhuisarts

Haaglanden MC, Den Haag

De verschillende deelproducten zijn tijdens het ontwerp van het nieuwe curriculum in een drietal rondes getoetst bij respectievelijk het Concilium en de aios Ziekenhuisgeneeskunde, de betrokken stagehouders in de deelnemende ziekenhuizen en tenslotte bij de wetenschappelijke verenigingen van de betrokken medisch specialismen.

Toetsingsproces Curriculum Ziekenhuisgeneeskunde

Toetsing EPA-ontwerp (mrt 2018- mei 2018)

- Concilium Ziekenhuisgeneeskunde
- AIOS Ziekenhuisgeneeskunde in alle opleidingsklinieken

Validatieronde 1 (mrt 2019-juni 2019)

- Concilium Ziekenhuisgeneeskunde
- Stagehouders Opleidingsklinieken Ziekenhuisgeneeskunde (Interne Geneeskunde, Heelkunde, Anesthesiologie, Geriatrie – Ouderengeneeskunde, Neurologie, 1^e lijn stagehouders.

Validatieronde 2 (dec. 2019-febr. 2020)

- Wetenschappelijke Verenigingen betrokken bij de opleiding ziekenhuisgeneeskunde. (Interne Geneeskunde, Heelkunde, Anesthesiologie, Geriatrie – Ouderengeneeskunde, Neurologie, 1^e lijn stagehouders.



VOORWOORD

De zorg in ziekenhuizen is steeds complexer geworden. Multimorbiditeit, vergrijzing, en voortschrijdende technologie leiden tot toenemende (super) specialisatie bij medisch specialisten. Tegelijkertijd bestaat bij de patiënt behoefte aan veilige, begrijpelijke en goed gecoördineerde zorg. Ook instanties als de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Raad van Volksgezondheid en het Zorginstituut Nederland bleken die behoefte waar te nemen.

Geïnitieerd door Frans Jaspers, lid Raad van Bestuur UMCG, heeft Prof. Rijk Gans (UMCG), samen met Prof. Mark Kramer (AmsterdamUMC), Dr. Steven Hoorntje (Catharina Ziekenhuis) en Dr. Paetrick Netten (Jeroen Bosch Ziekenhuis) een ander type arts geïntroduceerd, de ziekenhuisarts. De ziekenhuisarts verleent vanuit een generalistisch perspectief zorg aan patiënten, borgt de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg op een verpleegeenheid en draagt zorg voor adequate coördinatie resp. overdracht van zorg.

De uitdaging bij het ontwerpen van het curriculum bestond uit het handhaven van de balans tussen voldoende kennis van de algemene ziektekunde om de algemene medische zorg van patiënten op elke verpleegeenheid in het ziekenhuis te kunnen bieden en voldoende specialistische kennis om begrip voor de leef- en denkwereld van de verschillende medische disciplines te hebben. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de opleiding tot hospitalisten in de VS. Bijzondere aandacht is besteed aan de vorming van de aios op het gebied van clinical governance, kwaliteitszorg en patiëntveiligheid.

Ook worden hoge eisen gesteld aan de opleidingsgroep, waarin de inbreng van meerdere disciplines in harmonie zal moeten verlopen met het oog op het borgen van de scholing van de ziekenhuisarts op de werkplek.

In 2012 startte de opleiding in de genoemde ziekenhuizen van de initiatiefnemers, waarbij Medisch Centrum Haaglanden snel aansloot. Deze nieuwe medische vervolgopleiding werd gefinancierd met hulp van een subsidie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. In juli 2014 volgde officiële erkenning van het profiel Ziekenhuisarts^{KNMG}, door het College Geneeskundige Specialismen.

Anno 2020 zijn de problemen nog niet verminderd; er is nog steeds sprake van een deficit in het continuüm van de algemene medische zorg in het ziekenhuis. Daarnaast is door de aandacht voor 'zorg op de juiste plaats' het binnen het ziekenhuis nog meer zaak om de complexe patiëntencategorieën vanuit een brede invalshoek te benaderen.

Inmiddels zijn er ruim 50 ziekenhuisartsen werkzaam in Nederland en Aruba en zijn er negen erkende klinieken die de opleiding tot ziekenhuisarts^{KNMG} verzorgen.

De ervaringen, opgedaan bij het schrijven van het eerste landelijke opleidingsplan, hebben geleid tot een aantal voorstellen voor het herschrijven hiervan, nu tevens uitgaand van vijf patiëntgebonden en 3 niet-patiëntgebonden 'Entrustable Professional Activities (EPA's)', die tezamen het werkterrein van de ziekenhuisarts^{KNMG} weergeven. Tevens werd er een elektronisch portfolio ontwikkeld in samenwerking met [Reconcept](#), enerzijds ter ondersteuning van het nieuwe opleidingsplan en anderzijds om de ontwikkeling van de aios Ziekenhuisgeneeskunde als 'active learner' adequaat te faciliteren en te kunnen volgen.

Daarbij zijn we veel dank verschuldigd aan Marjolein Schouten, die als opleidingskundige ons bij de les hield bij het maken van deze herziene versie van het landelijk opleidingsplan.

Paetrick Netten, voorzitter Concilium Ziekenhuisgeneeskunde

Rijk Gans, voorzitter Vereniging voor Ziekenhuisgeneeskunde

December 2020.

LEESWIJZER

Het Landelijk Opleidingsplan Ziekenhuisgeneeskunde dat voor u ligt bestaat uit twee onderdelen, te weten: de hoofdtekst Opleidingsplan en een tweede deel met Bijlagen.

In het opleidingsplan wordt de algemene beschrijving van de ziekenhuisarts gegeven, alsmede de plaats en rol die hij in het ziekenhuis inneemt.

Hoofdstuk 2 bevat de verantwoording over de opbouw van het nieuwe opleidingsplan.

In Hoofdstuk 3 worden de onderwijskundige uitgangspunten toegelicht.

Hoofdstuk 4 omvat de opbouw van de opleiding met EPA's en overige opleidingsonderdelen.

Hoofdstuk 5 gaat in op toetsen en bekwaamverklaren van de aios.

In hoofdstuk 6 wordt ingegaan op de samenhang tussen landelijk, lokaal en individueel opleidingsplan en de eisen die hieraan worden gesteld.

Hoofdstuk 7 bevat de omschrijving van de wijze waarop de kwaliteit van de opleiding wordt bewaakt.

In alle hoofdstukken wordt door middel van automatische koppelingen 'versprongen' naar de betreffende inhoud van de bijlagen wanneer dat handzaam is.

Er zijn in totaal 10 bijlagen toegevoegd; bijlage 10 bevat de literatuurverwijzingen.

De vernieuwde landelijke opleidingsplannen Interne Geneeskunde en Klinische Geriatrie (Eik) hebben als voorbeeld en inspiratiebron voor dit opleidingsplan gediend.



1.1. INLEIDING

Doel van het nieuwe profiel ziekenhuisgeneeskunde is het vertegenwoordigen en het opleiden van ziekenhuisartsen. De ziekenhuisarts vult een leemte in de taken en werkzaamheden van klinisch werkzame specialisten. Problemen als vergrijzing, multimorbiditeit & superspecialismen met nauwe focus versterken patiënten problematiek en onveiligheid. De ziekenhuisarts helpt aan deze ongewenste situatie een eind te maken door zijn rol als spin in het web, in de dagelijkse regie, kwalitatief sterk onderlegd als hij is, met brede medische opleiding en focus op governance, kwaliteit en veiligheid in de patiëntenzorg. De ziekenhuisarts is goed geëquipeerd om een interprofessioneel team van verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten (VS), Physician Assistants (PA), aios en aios te leiden in de dagelijkse klinische zorg op de verpleegafdeling. Hij levert een belangrijke bijdrage aan coördinatie en continuïteit van de zorg in de kliniek, en draagt, samen met niet-zorgverleners i.c. ziekenhuismanagers, bij aan de inrichting van de moderne kliniek, gebaseerd op het hele palet van problemen waarmee patiënten zich presenteren, zonder een al te eenzijdige oriëntatie op een enkele diagnose van het opnemende medische specialisme. Toekomstbeeld: de multidisciplinaire afdeling, waar niet 'lineair' wordt gewerkt (doorschuiven van patiënt van specialist A naar B naar C), maar waar de concurrente (= gelijktijdig door meerdere specialisten gezamenlijk in te schakelen) zorg wordt gecoördineerd door de ziekenhuisarts. Doel: kortere opnames, beter afgestemde zorg, minder fouten door overdracht, prettiger en duidelijker voor de patiënt.

Anno 2020 sluit deze ambitie nauw aan bij de aandacht voor 'zorg op de juiste plaats' het binnen het ziekenhuis. De ervaringen in de Covid-19 pandemie in ziekenhuizen waar de ziekenhuisartsen werden ingezet ten behoeve van de algemene medische zorg op de cohortafdelingen laten zien dat deze ambitie realistisch is. In 2020 worden ziekenhuisafdelingen opgericht waarop meerdere medische specialismen patiënten opnemen met multi-problematiek met daarbij een coördinerende rol van ziekenhuisartsen. Ziekenhuisartsen zullen er hun waarde bewijzen.

1.2. KARAKTERISTIEK VAN DE ZIEKENHUISARTS

Naar analogie van de rol van de SEH-arts op de spoedeisende hulp, is de ziekenhuisarts, veelal in het domein van de kliniek gepositioneerd; beiden zijn teamspeler bij uitstek. Binnen het domein van de algemene medische zorg binnen de kliniek of andere zorginstelling is de ziekenhuisarts bekwaam om zelfstandig beleid te voeren. Door zijn opleiding is hij in staat autonoom te denken, beslissingen te nemen en regie te voeren over de dagelijkse klinische zorg op de verpleegafdeling. Afhankelijk van de context verleent hij in de kliniek algemeen medische en deels medisch-specialistische zorg. In functionele zin kan de ziekenhuisarts onder de hoofdbehandelaar van de afdeling vallen. Maar hij kan ook de rol van hoofdbehandelaar innemen in situaties waarin er sprake is van een transferperiode tussen specialismen of naar extramuraal, of wanneer er sprake is van een multidisciplinair ingerichte afdeling.

De ziekenhuisarts voorziet voor de patiënt en zijn naasten in hun behoefte aan veilige, begrijpelijke en goed gecoördineerde zorg, aansluitend aan de persoonlijke wensen en verwachtingen. De ziekenhuisarts is bekend met de vigerende protocollen voor grotere groepen opgenomen patiënten. Hij identificeert problemen en stelt vast welke problemen hij in eigen beheer kan oplossen en wie hij eventueel moet consulteren. Hij heeft adequate kennis van de pre- en postoperatieve zorg. De ziekenhuisarts beschikt over specifieke expertise bij de algemeen medische zorg rondom de kwetsbare oudere patiënt, onderkent comorbiditeit en speelt in op gezondheidsproblemen die hieraan zijn gerelateerd. Hij herkent polyfarmacie en heeft een actieve rol bij het terugdringen daarvan. Vanuit het oogpunt van ketenzorg is hij (mede) verantwoordelijk voor continuïteit van zorg door het borgen van de overdracht van patiënten die de afdeling verlaten zowel binnen de muren van het ziekenhuis als naar een extramurale setting (thuis, verzorgings- of verpleeghuis).

1.3. KWALITEITZORG EN PATIËNTVEILIGHEID ALS WERKDOMEIN

De ziekenhuisarts ontwikkelt een actieve rol bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het scheppen van een lerend klimaat als voorwaarden daarvoor. Uitgangspunt is het stimuleren van de intrinsieke motivatie van zorgprofessionals om de kwaliteit en veiligheid van zorg continue te verbeteren en daarover rekenschap af te leggen. In beleidsmatige zin draagt de ziekenhuisarts bij aan veiligheid, kwaliteit en verantwoordingsplicht rondom klinische zorgprocessen. Daarnaast verzorgt hij onderwijs voor coassistenten en andere zorgprofessionals, en participeert in de opleiding van aios van andere specialismen. De insteek van het opleidingsplan is dat de ziekenhuisarts in opleiding zich nadrukkelijk ontwikkelt om de kwaliteit van zorg structureel voldoende aandacht te geven, zowel op het niveau van de individuele patiënt, als op het niveau van de (organisatie van de) afdeling. Dat betekent dat de ziekenhuisarts ^{KNMG} ook toegerust zal zijn om kwaliteitsverbeteringen in de zorg als kartrekker binnen een klinische omgeving vorm te geven.

Deze aanpak past binnen het conceptuele kader van *Clinical Governance*. Clinical Governance is een samenhangend geheel van organisatorische strategieën, processen en acties, uitgaand van complexiteit en mensenwerk in zorgorganisatiesⁱ. In Clinical Governance hangen alle dimensies¹ van kwaliteitⁱⁱ met elkaar samen, zijn allen even belangrijk en allen verweven met kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. Dit betekent dat zowel het individu als de organisatie bepaalde competenties moeten hebben en bepaalde rollen moeten vervullen. Ontbreken deze competenties dan ondermijnt dit het functioneren, de onderlinge samenwerking en de gewenste openheid in de cultuur. De ziekenhuisarts ontwikkelt zich daarom niet alleen als medische professional maar ook in de rollen die horen bij het Clinical Governance concept. Een uitwerking van de rollen die de aios ontwikkelt zijn te vinden in [bijlage 5](#). Borging van Kwaliteit en Patiëntveiligheid is in het nieuwe opleidingsplan dan ook een Entrustable Professional Activity (EPA) van de ziekenhuisarts, waaraan de aios gedurende de gehele opleiding werkt en die wordt toevertrouwd wanneer de aios met zijn Meesterstuk heeft laten zien dat hij in staat is om deze rol te vervullen.

2. UITGANGSPUNTEN EN VERANTWOORDING OPLEIDINGSPLAN

2.1. VERANTWOORDING

De Vereniging voor Ziekenhuisgeneeskunde beoogt met dit vernieuwde Landelijk Opleidingsplan opleiders en artsen in opleiding tot specialist (aios) te informeren over de eisen en mogelijkheden ten aanzien van de vorm en inhoud van de profielopleiding tot Ziekenhuisarts^{KNMG} in Nederland. Het Landelijk Opleidingsplan is ontwikkeld overeenkomstig de regelgeving van het College Geneeskundige Specialismen (CGS). In het door het CGS opgestelde kaderbesluit (CGS) staan de globale eisen waaraan elke geneeskundige vervolgopleiding moet voldoen. In het specifiek besluit Ziekenhuisgeneeskunde zijn aanvullingen op dit besluit en het competentieprofiel van de Ziekenhuisarts opgenomen.

Het Landelijk Opleidingsplan legt een gemeenschappelijk kader vast. Er is nadrukkelijk ruimte voor de individuele opleiders en aios om binnen de kaders van dit plan samen een lokaal en individueel opleidingsplan te maken. Het bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingediende opleidingsprogramma van de aios dient als basis voor het individueel opleidingsplan (IOP).



¹ veiligheid, patiëntgerichtheid, effectiviteit, efficiëntie, tijdigheid en gelijkheid

2.2. UITGANGSPUNTEN

Deze versie van het Landelijk Opleidingsplan vervangt het Opleidingsplan uit 2012. Er zijn meerdere aanleidingen voor het schrijven van een nieuw opleidingsplan, namelijk:

- De ontwikkelingen rondom medisch specialistische opleidingen en in het bijzonder de individualisering van de opleiding²;
- De onderwijskundige inzichten rondom het formuleren van eindtermen van opleidingen in de vorm van *'entrustable professional activities (EPA's)*;
- Behoeftte aan meer zelfsturing van de aios waar het zijn ontwikkelingsproces tot ziekenhuisarts betreft;
- Voortschrijdend inzicht over inhoud en opbouw van de opleiding; de opleiding ziekenhuisgeneeskunde is een jonge opleiding waar tot nu toe 7 jaarcohorten arts-assistenten zijn afgestudeerd. Vernieuwing van het opleidingsplan geeft de mogelijkheid tot het doen van enige kleine aanpassingen.

Voorbeelden van aanpassingen van inhoud en opbouw van de opleiding zijn de grotere nadruk op palliatieve zorg en pijnbestrijding als onderdelen van de stage anesthesiologie. Tevens is door het formuleren van een EPA rondom kwaliteit en patiëntveiligheid, dit onderdeel sterker geïntegreerd in het totale opleidingsprogramma dan voorheen.

De ontwikkeling van het elektronisch portfolio voor aios Ziekenhuisgeneeskunde geeft de mogelijkheid voor verdere ontplooiing van de aios als *active learner*. De aios stuurt aan de hand van het Individuele Opleidingsplan, binnen de kaders van de Clinical Governance rollen, EPA's en stage-beschrijvingen, zijn eigen professionele ontwikkeling tot volwaardig ziekenhuisarts. Met dit nieuwe opleidingsplan leggen we ook de kiem voor verdergaande professionele ontwikkeling; immers het gaat niet alleen om de opleiding, maar om een leven lang leren.

Bij dit opleidingsplan zijn de volgende documenten als uitgangspunt gebruikt:

- Competentieprofiel Ziekenhuisarts ^{KNMG} 1
- Opleidingsplan SOZG 2012ⁱⁱⁱ
- Specifiek Besluit CGS van 11-09-2013 en het Kaderbesluit CGS (2019)^{iv}
- Opleiden is vooruitzien; visie op de opleiding tot medisch specialist (januari 2016)^v
- Visiedocument Medisch Specialist 2025, ambitie, vertrouwen, samenwerken. (2017)^{vi}

2.3. INDIVIDUALISERING VAN DE OPLEIDING

Sinds 2014 zijn er meer mogelijkheden om de duur van de opleiding af te stemmen op de individuele aios. In de driejarige profielopleiding tot Ziekenhuisarts ^{KNMG} is primair gekozen om de aios ruimte voor maatwerk te bieden door hem te laten kiezen op welke wijze hij invulling geeft aan de inrichting van zijn keuzestage en het meesterstuk. (het kwaliteitsproject waarmee de aios aantoont bekwaam te zijn in het uitvoeren van kwaliteitsverbetering).

² De opleiding tot ziekenhuisarts is een 3 jarige profielopleiding waarvan de duur vaststaat. Individualisering betekent in deze context, de mogelijkheden voor aios ziekenhuisgeneeskunde om de opleidingsinhoud op maat aan te passen aan individuele wensen en ontwikkelingsperspectief.

Het landelijk opleidingsplan biedt daarnaast goede aanknopingspunten om aan de goed presterende aios verdere verdieping te geven of zich te profileren door middel van extra-curriculaire activiteiten. De aios kan met de opleider overleggen óf en waar mogelijk ruimte is voor verdergaande ontwikkeling, buiten het reguliere opleidingsplan. Persoonlijke profilering, (in het opleidingsplan het niveau 'specialisatie' in de Clinical Governance rollen), kan plaatsvinden door verdergaande differentiatie/specialisatie in klinische of niet-klinische rollen en taakgebieden. Binnen de opleidingskaders zal de aios altijd met de opleider en de opleidingskliniek moeten afstemmen over lokale mogelijkheden en mogelijke financiering voor dit soort van profilering. Ook de meerwaarde van profilering voor de werkplek kan bij de afwegingen een rol spelen.

Voorbeelden van specialisatie zijn:

- Opleiderschap
- Ouderenzorg
- Farmacotherapie
- Doelmatigheid
- Anderhalfde lijnszorg
- Ontwikkeling tot hogere bestuursfuncties in het ziekenhuis
- Verdiepende stages binnen andere (relevante) medische specialismen
- Verdieping in deskundigheid (expertise) op het terrein van kwaliteit van zorg of van patiëntveiligheid
- Maatschappelijk relevante thematiek, zoals innovatie/e-health, gendersensitieve zorg, multiprofessionele samenwerking of netwerkgeneeskunde.

2.4. PERSOONLIJK LEIDERSCHAP, REFLECTIE EN PROFESSIONALITEIT

De opleiding tot ziekenhuisarts is een relatief korte, maar intensieve opleiding. Er komt veel op de aios af waar het gaat om het ontwikkelen van zowel de medische professionaliteit als de individuele profilering en specialisatie. Omdat de opleiding ziekenhuisgeneeskunde relatief nieuw is en rolmodellen nog niet wijdverbreid zijn, wordt er veel gevraagd van de aios en van de beginnende ziekenhuisarts^{knmg}. Dit vraagt van de aios om een goede balans tussen werk- en privéleven, het op gepaste wijze afstand kunnen nemen en het in staat zijn tot reflecteren. Tevens zijn het goed kunnen aangeven van persoonlijke grenzen en het kunnen vragen om hulp cruciaal in een gezond en evenwichtig opleidingstraject. In het opleidingsplan zijn deze aspecten bij elke EPA uitgewerkt.

Er zijn verschillende manieren om persoonlijk leiderschap een plek te geven, zowel landelijk als in de lokale opleiding. Gesprekken met de opleider en leden van het opleidingsteam zijn waardevol. Onderdeel van het landelijk opleidingsplan zijn de intervisiebijeenkomsten voor aios ziekenhuisgeneeskunde in groepen die steeds uit verschillende lopende cohorten zijn samengesteld. Zelfreflectie van de aios op leerdoelen en ervaringen in de praktijk is hierbij een wezenlijk onderdeel.

Voorbeelden voor nadere invulling van het ontwikkelen van persoonlijk leiderschap zijn te vinden op www.medischevervolgopleidingen.nl. Persoonlijk leiderschap is onderdeel van de competentie professionaliteit. Iedere aios is verantwoordelijk voor adequate zelfzorg en zelfmanagement, waardoor hij in balans is en daarmee verantwoord patiëntenzorg kan leveren.

2.5. GEVOLGEN VAN INDIVIDUALISERING VOOR DE OPLEIDING

Op basis van het CGS kaderbesluit hebben opleiders en aios de opdracht de opleiding individueel in te richten. De nominale opleidingsduur van de profielopleiding Ziekenhuisgeneeskunde is niet vervallen en blijft drie jaar. Aiossen kunnen eerder verworven competenties of EPA's echter wel verzilveren en met de ingang van het kaderbesluit de opleiding tussentijds versnellen waardoor ruimte ontstaat die de mogelijkheid tot specifieke verdieping biedt.

De exacte invulling van de profiel- en/of expertrol is onderdeel van het individueel opleidingsplan en portfolio en kunnen door de aios opgenomen worden in het curriculum vitae. De voorbeeldprofielen op de website www.medischevervolgopleidingen.nl (zoek op profielen) kunnen als inspiratie dienen.

Vrijstelling kan op twee manieren worden toegekend:

- *Voorafgaand* aan de opleiding op basis van eerder verworven competenties (EVC)
 - Formele leer- en werkervaring (o.a. aios-schap, anios-schap, onderzoek)
 - Informele leer- en werkervaring (bijv. werkervaring in een niet-opleidingserkende instelling)
- *Tijdens* de opleiding op basis van sneller verworven competenties (SVC):
 - Steile leercurve op onderdelen
 - Efficiënte (opleidings)planning en –logistiek
 - Gebleken talent

Specifieke afspraken per specialisme over tussentijdse versnelling of vrijstelling, moeten altijd per individuele aios door de opleider toegekend worden. De omvang van vrijstelling op basis van EVC en SVC ligt niet in regelgeving vast en wordt in onderlinge afstemming in de opleidingsgroep, tussen opleider en aios lokaal bepaald. De minimale opleidingsduur bij vrijstellingen is in het Kaderbesluit CGS beperkt tot één jaar.

3. EEN TOEKOMSTBESTENDIGE OPLEIDING ZIEKENHUISGENEESKUNDE

Het opleiden van aios is maatwerk. Immers, geen aios is hetzelfde en iedere aios zal zich op zijn eigen manier moeten kunnen ontwikkelen tot ziekenhuisarts. Dat vraagt van een opleiding en van het opleidingsteam flexibiliteit; in het leerplan en in de duur en intensiteit van de begeleiding. En het vraagt ook om een heldere en zoveel mogelijk eenduidige manier van beoordelen of een aios toe is aan een volgende stap.

3.1. ENTRUSTABLE PROFESSIONAL ACTIVITIES (EPA'S)

Inhoudelijk is de grootste verandering in het opleidingsplan Ziekenhuisgeneeskunde de introductie van *Entrustable Professional Activities* (EPA's). In het voorgaande opleidingsplan hadden de algemene competenties van de medisch specialist (Canmeds) en de competenties, horend bij het Clinical Governance model een centrale rol. Volgens dit opleidingsplan diende de aios zich in drie jaar alle competenties eigen te maken, niet alleen medisch handelen en kennis, maar ook communiceren, samenwerken, wetenschap, maatschappelijk handelen en het bevorderen van gezondheid, organiseren, en professionaliteit. Deze algemene competenties, vertaald naar het terrein van de ziekenhuisarts, werden weergegeven als leerdoelen per competentiedomein en toegewezen aan de jaren (1 tot en met 3) van de opleiding. Dit alles in een opleidingsschema met herkenbare eenheden en bijbehorende structuur van landelijk en lokaal cursorisch onderwijs. De competenties werden gekoppeld aan thema's met onderscheiden bekwaamheidsniveaus en toetsmethodiek(en); beschrijving van de opleidingsmethodiek met onderscheid in lijn- en blokleren, intervisie, gebruik van het portfolio, korte praktijk beoordelingen (KPB), opleidingsonderdelen- en voortgangsgesprekken.

In dit nieuwe opleidingsplan staan beroepsauthenticke taken of verantwoordelijkheden (EPA's) centraal. De nadruk ligt niet langer op de onderscheiden gedragscompetenties of persoonskenmerken, maar op het aan de praktijk ontleende handelen van de ziekenhuisarts, waarbij de verschillende competenties in onderlinge samenhang tot expressie komen.

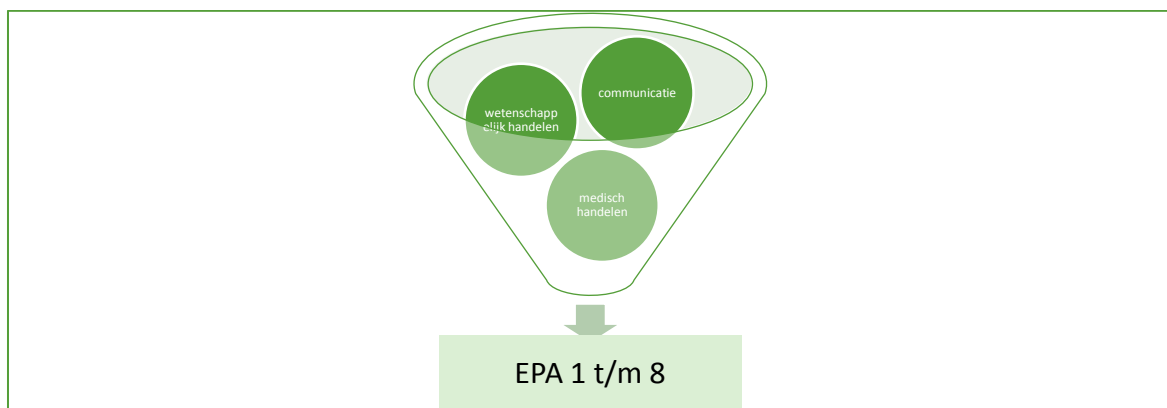
Zo werd in het vorige opleidingsplan bijvoorbeeld de competentie 'communicatieve vaardigheden' als 'alleenstaande competentie' aan de hand van leerdoelen beoordeeld. In het nieuwe opleidingsplan komen communicatieve vaardigheden als een met andere competenties samenhangend gedragskenmerk tot uiting. Bijvoorbeeld bij het uitvoeren van het leveren van generalistische patiëntenzorg (EPA 3) of bij het multiprofessioneel samenwerken (EPA 5). Uiteraard vraagt het beoordelen van een EPA net zo goed inzicht in

de onderliggende kennis, vaardigheden, gedrag én competenties. Maar een groot voordeel van het koppelen van competenties aan een concrete taak (EPA) is dat het makkelijker herkenbaar, observeerbaar en beoordeelbaar is.

EPA	Korte omschrijving	EPA	Korte omschrijving
1	Visite lopen en medisch handelen op de klinische afdeling	5	Polyfarmacie
2	Coördinatie en continuïteit van zorg	6	Leiden en borgen van multidisciplinaire en interprofessionele samenwerking
3	Generalistische integrale patiëntenzorg	7	Kwaliteit en patiëntveiligheid
4	Pre- en postoperatieve zorg	8	Wetenschappelijke ontwikkeling

Figuur 1 overzicht EPA's Ziekenhuisgeneeskunde; een uitgebreid overzicht is opgenomen in bijlage 1

Er zijn in het totaal 8 EPA's geformuleerd die het gehele werkkterrein van de ziekenhuisgeneeskunde omspannen. Alle aan de EPA's onderliggende competenties en bijbehorende leerdoelen worden getoetst gedurende de gehele opleiding en tijdens alle stages. De intensiteit waarmee dit toetsen gebeurt is afhankelijk van de fase van de opleiding waarin de aios zit, en van de individuele behoefte (groei).



Figuur 2 Elke EPA omvat meerdere canmeds competenties en clinical governance rollen.

3.2. VISIE OP HET OPLEIDEN VAN ZIEKENHUISARTSEN

3.2.1. Doel van de opleiding

De doelstelling van de VvZG is te komen tot een efficiënte en effectieve opleiding van ziekenhuisartsen. Het medisch beroepsmatig handelen, vooral met betrekking tot algemene ziektekunde, staat naast het bevorderen van patiëntveiligheid, kwaliteit en continuïteit van zorg in de opleiding tot ziekenhuisarts centraal. Er is een sterke focus op interprofessionele samenwerking zowel binnen het ziekenhuis, als in de keten, met als oogmerk de patiëntveiligheid en samenhangende kwaliteit van zorg te verbeteren. De ziekenhuisarts is een generalist en door zijn positionering als 'spin in het web' in het ziekenhuis, is hij in staat om deze rol te vervullen.

De opleiding tot ziekenhuisarts resulteert in een breed opgeleide generalist wiens primaire professionele focus de algemene medische zorg van in een ziekenhuis opgenomen patiënten betreft. Enerzijds is de ziekenhuisarts 'ziekenhuisbreed'; zijn kennis is toegespitst op de algemene ziektekunde zodat hij algemeen medische zorg aan patiënten op elke verpleegeenheid kan bieden. Dit laatste impliceert voldoende basiskennis van wondgenezing, water- en zouthuishouding, circulatie en ventilatie, voeding en metabolisme, stolling, infectie en afweer, en farmacotherapie. Hij heeft een adequate kennis van pre- en postoperatieve zorg. Anderzijds houdt hij zijn kennis van de medische disciplines 'up-to-date' om voldoende begrip van de leef- en denkwereld van de verschillende disciplines te hebben. Op deze wijze is de ziekenhuisarts bij uitstek een teamspeler die aandacht heeft en houdt voor de kwaliteit en continuïteit van zorg op een verpleegeenheid van een of meerdere medische disciplines. Hij heeft ook nadrukkelijk een rol binnen het onderwijs en de opleiding van basisartsen en zo mogelijk van aios van de betreffende disciplines.

Een ander belangrijk aspect van de opleiding is de zorg voor de kwetsbare en veelal oudere patiënt. De gemiddelde leeftijd van patiënten in ziekenhuizen ligt momenteel boven de 70 jaar. Broosheid van ouderen (frailty), waarbij lichamelijke en geestelijke reserves uitgeput raken, maar ook de met de vergrijzing samenhangende comorbiditeit vragen meer en meer op de individuele patiënt afgestemde interventies en behandelingen. Onderling goed afgestemde behandelplannen en multidisciplinair overleg moeten ervoor zorgen dat deze patiënten met comorbiditeit, ondanks medisch-specialistisch goed bedoelde interventies, niet tussen wal en schip geraken. In dit verband is verantwoord medicatiebeleid met een focus op voorkómen, respectievelijk, terugdringen van polyfarmacie een belangrijk (leer)doel.

De ziekenhuisarts heeft een belangrijke rol in de ontwikkeling en uitvoering van benchmarks voor klinische zorg, kwaliteitsverbetering en onderzoek naar kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. De EPA 'Kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheid' behelst dan ook aspecten samenhangend met het gebied van kwaliteit & veiligheid zoals 'Veilig Incident Melden', veiligheidsmethodieken, kwaliteitsverbeteringsprocessen en calamiteitenonderzoek. Maar ook veranderkundige principes, prestatie-indicatoren, doelmatigheid, (de inrichting van) multidisciplinaire zorgprocessen (zorgpaden) en patiëntparticipatie. Deze EPA heeft als ultiem doel clinical governance^{vii} binnen het ziekenhuis te versterken.

Binnen het ziekenhuis vormen de ziekenhuisartsen een eigenstandige groep die functioneel samenwerkt met andere medisch specialismen en zorgprofessionals. De ziekenhuisarts coördineert en verleent de algemeen medische zorg binnen een medisch specialisme, bijvoorbeeld de heelkunde of een (cluster van) beschouwend(e) specialisme(n). De lokale positionering van de ziekenhuisarts zal worden bepaald door factoren als de grootte van een ziekenhuis en de wijze waarop medisch specialisten de zorg hebben georganiseerd.

3.2.2. Leren op de werkplek

Leren op de werkplek staat centraal in dit opleidingsplan. De opleiding van de aios is gericht op het ontwikkelen van bekwaamheid in de beroepsactiviteiten. Zicht op de voortgang van het verkrijgen van bekwaamheid wordt voor een groot deel gewaarborgd door de dagelijkse feedback die de aios krijgt van verschillende professionals en leden van het opleidingsteam in de directe werkomgeving. De aios verzamelt deze en andere bewijslast voor voortgang in zijn portfolio. Als de aios voldoende bekwaamheid kan aantonen, dient deze een verzoek voor toekenning van een bekwaamverklaring in bij de opleider. In het bezit van een bekwaamverklaring mag de aios de betreffende activiteit (met supervisie op afstand) zelfstandig uitvoeren.

Activiteiten die bij het leren op de werkplek een grote rol spelen zijn onder andere de overdracht, grote visite en patiëntbesprekingen, multidisciplinaire besprekingen, refereeravonden en het werk in (kwaliteits- & veiligheids-)commissies. Het gebruik van een elektronisch portfolio ondersteunt het werkpleklernen in die zin, dat de aios in zijn individueel opleidingsplan met grote regelmaat een verbinding legt tussen zijn persoonlijke leerdoelen en de werkomgeving waarin hij zich op dat moment bevindt. Naast deze direct werkgebonden activiteiten ontvangen de aios cursorisch (landelijk) onderwijs en intervisie en zijn er wekelijkse onderwijssessies binnen de opleidingsgroep. De opleidersgroep en aios zijn vrij om naast bovengenoemde activiteiten ook andere onderwijsmomenten in te plannen.

3.2.3. Vertrouwen in bekwaamheid

Entrustable Professional Activities (EPA's) betekent vrij vertaald: "vertrouw ik de aios deze activiteit toe?" "is de aios bekwaam?" Het gaat hier over beroepsauthentieke situaties waarin een aios groei kan laten zien. In dit opleidingsplan is er voor gekozen om een hypothetische 'normale werkdag' van een ziekenhuisarts in rollen en activiteiten om te zetten. Dit is gebaseerd op de vraag: "Wat zijn de meest voorkomende rollen en activiteiten van een ziekenhuisarts?" Op basis van deze rollen en activiteiten zijn de EPA's geformuleerd. De EPA's zijn opgedeeld in vijf patiëntgebonden (vb.: de aios beoordeelt en behandelt op de verpleegafdeling heelkunde een patiënt na een chirurgische ingreep - EPA pre- en postoperatieve zorg-) en drie niet-patiëntgebonden EPA's (vb.: de aios overlegt met het unithoofd over een verbeterplan op de afdeling -EPA Kwaliteit en Patiëntveiligheid-). Om tot volledige beheersing van een EPA te komen, in de context van een bepaalde stage of, het totaal overziend, aan het eind van de opleiding, zijn onderliggende Kennis, Vaardigheden, Attitude en gedrag (KVA) nodig. Bijlage 1 toont de 8 EPA's in detail met een afbakening wat wel en niet tot de EPA behoort, met de specifieke leerdoelen voor Kennis, Vaardigheden, Attitude en gedrag en de minimale verwachte toetsing per EPA voor de aios ziekenhuisgeneeskunde.

3.2.4. De aios als active learner/ het individueel opleidingsplan

Van de aios wordt een proactieve attitude verwacht. Hij zal, vanaf het begin van de vervolgopleiding, actief de regie moeten nemen over zijn opleidingsproces en de kansen en mogelijkheden die de individualisering biedt. De aios gebruikt het Individueel Opleidingsplan (IOP) en het digitaal portfolio als instrumenten bij de vormgeving van het eigen opleidingstraject. Het IOP is de actuele persoonlijke uitwerking van de aios van het lokaal of regionaal opleidingsplan en omvat het opleidingsschema, de persoonlijke leerdoelen en de bewijsstukken die de groeiende bekwaamheid onderbouwen. Tevens bevat het IOP de gespreksvoorbereiding die de aios uitwerkt voorafgaand aan de introductie- en voortgangsgesprekken. Het portfolio is eigendom van de aios, de aios bepaalt wie tot welke onderdelen toegang heeft. Gedurende de gehele opleiding houdt de aios zijn individuele ontwikkeling en ontwikkeldoelen per onderdeel bij in het IOP. Met het IOP houdt hij zicht op planning, doelen en voortgang van zijn opleiding op twee niveaus:

- de opleiding en ambities als geheel (*het vergezicht*);
- op onderdelen van de opleiding (*die nu aan de orde zijn*).

In het IOP benoemt de aios persoonlijke ontwikkelpunten die gaandeweg de opleiding, bijvoorbeeld na evaluatie of door feedback tijdens een stage, naar voren komen. Daarmee vormen de concrete ervaringen van de aios en zijn reflectie daarop de kern van het IOP en is de aios regisseur van zijn eigen leerproces. In het IOP is opgenomen hoe er aan de doelen gewerkt wordt, op welk niveau er gefunctioneerd wordt (verwijzing naar bewijsmaterialen), en in welk tijdsbestek en met welke ondersteuning de leerdoelen bereikt moeten worden. In het IOP wordt expliciet aandacht besteed aan de zelfreflectie op het functioneren in de afgelopen periode. Het IOP wordt frequent, minimaal iedere 2 maanden, door de aios geactualiseerd. Door te investeren in het portfolio investeert de aios in zijn eigen voortgang en ontwikkeling tijdens de opleiding. De opleider stimuleert en ondersteunt het gebruik van het IOP en de portfolio instrumenten en krijgt door het intensieve gebruik van het portfolio een evenwichtig en compleet beeld van de aios.

Het maken van het IOP start bij het eerste introductiegesprek met de opleider en de deskundige Kwaliteit & Veiligheid. Eventueel eerder verworven competenties en ambities worden vertaald naar een individueel, persoonlijk leertraject binnen de kaders van het lokaal opleidingsplan. Daarna is bespreking van het IOP een vast onderdeel van voortgangs- en jaargesprekken en bepaalt die bespreking mede de inhoud van het vervolg van de opleiding, waarbij er ook aandacht is voor individualisering en verdieping wanneer dat tot de mogelijkheden van de aios en de opleidingskliniek behoort.

De aios legt in zijn IOP de relatie tussen de gestelde kaders en doelen van de verschillende opleidingsonderdelen en zijn persoonlijke invulling daarvan. Hij wordt daarbij ondersteund door een multidisciplinair opleidersteam, bestaand uit de opleider en plaatsvervangend opleider, de stage-opleiders en de deskundige Kwaliteit & Veiligheid, deel uitmakend van de opleidingsgroep.

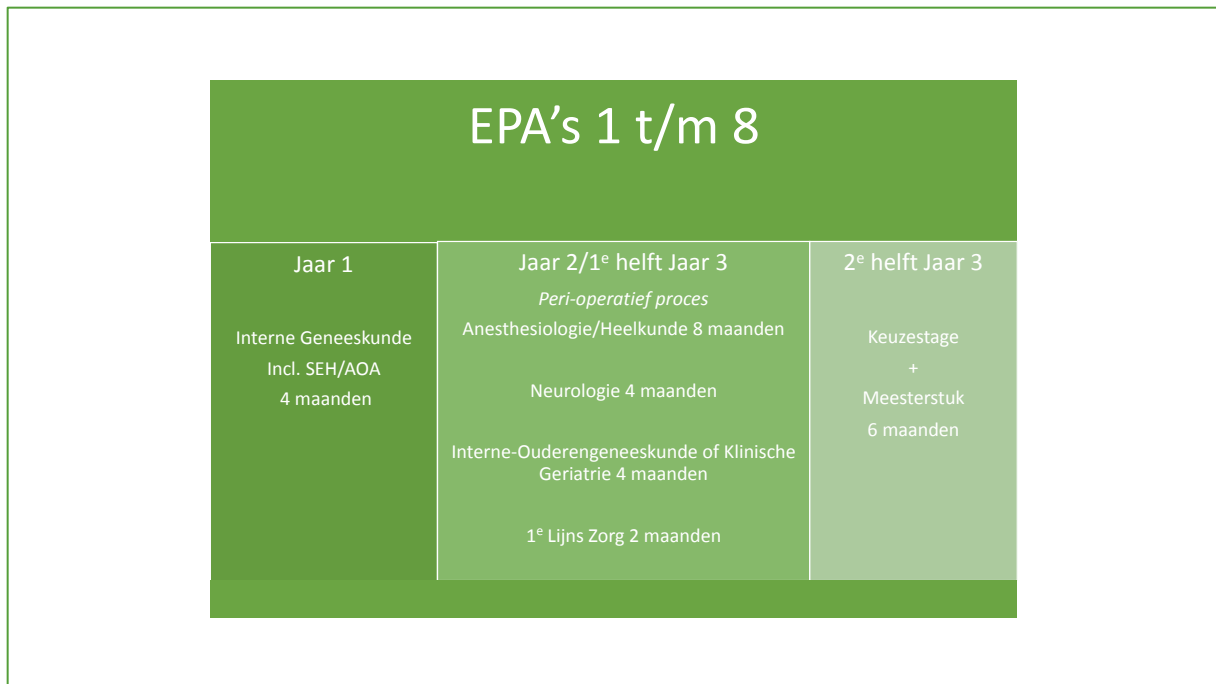
De aios brengt de gehele opleiding door in verschillende opleidingsonderdelen (stages) bij diverse medische specialismen. Zijn leerervaringen zullen moeten bijdragen aan de *beroepsvorming als ziekenhuisarts* en daarom afwijken van de leerervaringen die bijvoorbeeld arts- assistenten heelkunde of interne geneeskunde moeten opdoen. De 'eigenheid' van de ziekenhuisarts moet worden ontwikkeld tijdens de verschillende opleidingsonderdelen. Binnen de werkweek van de aios ziekenhuisgeneeskunde wordt tijd gereserveerd voor de wekelijkse ziekenhuisartsenbijeenkomst en voor de ontwikkeling van de specifieke EPA 7: kwaliteit en patiëntveiligheid. De aios ziekenhuisgeneeskunde heeft een eigen lijncurriculum van landelijk cursorisch onderwijs en van intervisie ervaringen. Het bewaken van het onderscheid in aard van de leerervaringen ten opzichte van andere aios vormt een specifieke focus en een uitdaging voor de opleider en het multidisciplinaire opleidingsteam.

4. OPBOUW VAN DE OPLEIDING

De driejarige opleiding tot ziekenhuisarts bestaat uit opleidingsonderdelen (stages) bij verschillende medische specialismen met een vastgestelde duur en wordt afgesloten met een keuzestage van 6 maanden.

Tijdens alle opleidingsonderdelen werkt de aios aan zijn ontwikkeling op de 8 EPA's die de grondslag van zijn werk als ziekenhuisarts vormen. De stages geven elk een specifieke contextuele invulling en verrijking die tot uiting komt in groeiende bekwaamheid in de EPA's ziekenhuisgeneeskunde. In vrijwel alle stages werkt de aios aan alle EPA's, maar bij bijvoorbeeld de perioperatieve stages, ligt de nadruk op de ontwikkeling van EPA 4: pre- en postoperatieve zorg. De aios werkt ook tijdens alle stages aan de niet-patiëntgebonden EPA's (6, 7 en 8). Vanaf het 2^e jaar van de opleiding besteedt de aios gemiddeld 1 dag/2 weken aan de specifieke ontwikkeling van EPA 7 (patiëntveiligheid en kwaliteit).

Voor elke stageplek is in het landelijk opleidingsplan een [stagebeschrijving](#) ontwikkeld, waarin de specifieke specialisme gebonden aspecten die van belang zijn voor de ontwikkeling tot ziekenhuisarts zijn benoemd. Deze stage beschrijvingen dienen als uitgangspunt voor de lokale opleidingsplannen.



Figuur 3 Opbouw opleiding ziekenhuisgeneeskunde. Jaar 2 en de 1e helft jaar 3 zijn flexibel in volgorde

4.1. JAAR 1 MET EPA'S

4.1.1. Interne geneeskunde en acute opvang

Het eerste jaar van de opleiding ziekenhuisgeneeskunde vindt plaats binnen de interne geneeskunde. Naast 8 maanden zaal-opleidingsonderdeel, zal de aios ook 4 maanden werkzaam zijn in de dienst en op de Acute Opname Afdeling of SEH, om ervaring op te doen in acute situaties. Dit kan in de vorm van lijn- en/of blokleren worden ingericht. De volgorde waarin staat daarmee dan ook niet vast en wordt door de stagehouder in overleg met de aios bepaald.

Voor een gedetailleerd overzicht van thema's, leerdoelen en toetsing van deze stage wordt verwezen naar bijlage 2 ([Stage Interne geneeskunde en acute opvang](#))

NB: de EPA's waar de nadruk tijdens de stage op ligt zijn groen gemarkeerd.

EPA	Korte omschrijving	EPA	Korte omschrijving
1	Visite lopen en medisch handelen op de klinische afdeling	5	Polyfarmacie
2	Coördinatie en continuïteit van zorg	6	Leiden en borgen van multidisciplinaire en interprofessionele samenwerking

3	Generalistische integrale patiëntenzorg	7	Kwaliteit en patiëntveiligheid (ORIENTATIE)
4	Pre- en postoperatieve zorg	8	Wetenschappelijke ontwikkeling

4.2. JAAR 2, JAAR 3 (1E HELFT) MET EPA'S: (IN WILLEKEURIGE VOLGORDE)

4.2.1. Peri-operatieve zorg

In het tweede jaar vinden 8 maanden peri-operatieve opleidingsonderdelen plaats. Deze periode wordt besteed aan pre- en postoperatieve zorg op de afdeling anesthesiologie (4 maanden) voor het leren van zaken die van belang zijn om het operatierisico in te schatten en van belang in het kader van pre-operatieve maatregelen en om ervaring op te doen met de directe postoperatieve zorg. In dit opleidingsonderdeel komen ook palliatieve zorg en pijnbestrijding aan de orde. Het tweede gedeelte bestaat uit 4 maanden zaal-opleidingsonderdeel op een heelkundige afdeling, voor het opdoen van ervaring met nazorg voor grote operaties van met name buik en thorax. De nadruk voor wat betreft patiëntgebonden EPA's tijdens de anesthesiologie stage ligt op EPA 4 en 5. Tijdens de stage Heelkunde komen tevens EPA's 1,2,3, 4 en 6 weer aan de orde tijdens het zaalwerk.

Vanaf het tweede jaar wordt in elke stage gemiddeld 1 dag/2 weken ingeruimd voor de ontwikkeling op het terrein van [EPA 7](#) (kwaliteit en veiligheid) en [EPA 8](#) (wetenschappelijke ontwikkeling).

Voor een gedetailleerd overzicht van thema's, leerdoelen en toetsing van deze stage wordt verwezen naar bijlage 2 ([Stagebeschrijving peri-operatieve zorg](#)).

EPA	Korte omschrijving	EPA	Korte omschrijving
1	Visite lopen en medisch handelen op de klinische afdeling	5	Polyfarmacie
2	Coördinatie en continuïteit van zorg	6	Leiden en borgen van multidisciplinaire en interprofessionele samenwerking
3	Generalistische integrale patiëntenzorg	7	Kwaliteit en patiëntveiligheid (OEFENEN)
4	Pre- en postoperatieve zorg (nadruk)	8	Wetenschappelijke ontwikkeling

4.2.2. Neurologie

De aios kan tijdens dit zaal-opleidingsonderdeel van 4 maanden ervaring op doen met het omgaan en met de specifieke zorg van patiënten met neurodegeneratieve en vasculaire neurologische aandoeningen. Focus van dit opleidingsonderdeel ligt op het ervaring opdoen met algemeen en aanvullend neurologisch onderzoek, coördinatie en overdracht van zorg bij de neurologische patiënt, kwetsbare patiëntengroepen en revalidatie.

Vanaf het tweede jaar wordt in elke stage gemiddeld 1 dag/2 weken ingeruimd voor de ontwikkeling op het terrein van [EPA 7](#) (kwaliteit en veiligheid) en [EPA 8](#) (wetenschappelijke ontwikkeling).

Voor een gedetailleerd overzicht van thema's, leerdoelen en toetsing van deze stage wordt verwezen naar bijlage 2 ([stagebeschrijving Neurologie](#)).

EPA	Korte omschrijving	EPA	Korte omschrijving
1	Visite lopen en medisch handelen op de klinische afdeling	5	Polyfarmacie
2	Coördinatie en continuïteit van zorg	6	Leiden en borgen van multidisciplinaire en interprofessionele samenwerking
3	Generalistische integrale patiëntenzorg	7	Kwaliteit en patiëntveiligheid (OEFENEN)
4	Pre- en postoperatieve zorg	8	Wetenschappelijke ontwikkeling

4.2.3. Klinische Geriatrie / Ouderengeneeskunde

Tijdens dit opleidingsonderdeel van 4 maanden is de aandacht vooral gericht op de zorg rondom de oudere patiënt met vaak multimorbiditeit, polyfarmacie, delier behandeling en preventie. Focus voor dit opleidingsonderdeel ligt op functionele achteruitgang bij de kwetsbare oudere, multimorbiditeit, verwardheid en delier, dementie en acute ouderengeneeskunde en valneigingen.

Vanaf het tweede jaar wordt in elke stage gemiddeld 1 dag/2 weken ingeruimd voor de ontwikkeling op het terrein van [EPA 7](#) (kwaliteit en veiligheid) en [EPA 8](#) (wetenschappelijke ontwikkeling).

Voor een gedetailleerd overzicht van thema's, leerdoelen en toetsing van deze stage wordt verwezen naar bijlage 2 ([Stagebeschrijving Klinische Geriatrie/Ouderengeneeskunde](#))

EPA	Korte omschrijving	EPA	Korte omschrijving
1	Visite lopen en medisch handelen op de klinische afdeling	5	Polyfarmacie
2	Coördinatie en continuïteit van zorg	6	Leiden en borgen van multidisciplinaire en interprofessionele samenwerking
3	Generalistische integrale patiëntenzorg	7	Kwaliteit en patiëntveiligheid (OEFENEN)
4	Pre- en postoperatieve zorg	8	Wetenschappelijke ontwikkeling

4.2.4. Stage 1^e lijns zorg. (huisarts/ouderengeneeskunde)

De ziekenhuisarts wordt geacht een belangrijke rol te vervullen in de coördinatie en continuïteit van zorg, zowel binnen als buiten de instelling. De aandacht in dit opleidingsonderdeel van 2 maanden richt zich specifiek

op de leerdoelen betreffende het ontslagbeleid en nazorg van opgenomen patiënten en de communicatie met eerste en derde lijn hierover. De ziekenhuisarts krijgt inzicht in de chronische fase van ziektebeelden en hoe de huisarts resp. specialist ouderengeneeskunde omgaat met zorgvragen. Tevens richt de aios zich op de organisatie van huisartsenpraktijk respectievelijk ouderengeneeskunde met specifieke aandacht voor: Taken van praktijkassistenten, praktijkondersteuner(s) en andere medewerkers kenmerken en mogelijkheden van gegevensuitwisseling tussen de preventieve en curatieve sector. Mogelijkheden die er zijn betreffende zelfzorg, mantelzorg, thuiszorg en verpleeghuiszorg met het oog op chronisch respectievelijk ongeneeslijk zieken als ook palliatieve zorg. Mogelijkheden van en indicaties voor interventie door paramedici en hulpverleners op het psychologische, sociale en pastorale vlak en het eigen maken van principes van ‘advanced care planning’

De huisarts en/of specialist ouderenzorg die de aios begeleiden maken deel uit van de opleidingscommissie ziekenhuisgeneeskunde.

Het leren en ontwikkelen van de aios gaat steeds vanuit het perspectief van *de aios in zijn rol als ziekenhuisarts*. De in de bijlage geformuleerde leerdoelen moeten dan ook in die context worden gezien. Om hieraan goed invulling te kunnen geven zal de aios ervaring op moeten doen met het werkveld van de 1ste en 3de lijn, specifiek in de huisartsgeneeskunde en/of ouderengeneeskunde. De stage zelf is daarmee een belangrijk leermiddel. De aios zal betrokken worden bij diverse activiteiten waarin m.n. de kennis rondom de transmurale en extramurale zorg ontwikkeld wordt. Hiervoor zal de aios tevens een toegespitste leeropdracht uitvoeren. Deze zal in het lokale plan worden uitgewerkt zodat recht gedaan kan worden aan de lokale situatie.

De stagehouders zijn een huisarts en/of een specialist ouderengeneeskunde, beiden bij voorkeur erkend door de RGS als opleider binnen hun eigen specialisme.

De duur van de stage is in totaal maximaal 2 maanden. Het kunnen behalen van leerdoelen en leeropdracht zijn leidend hierin.

De specifieke leermiddelen en toetsen worden in het lokale opleidingsplan uitgewerkt. Voorbeelden zijn: Gestructureerd onderwijs (voorlichting, kennisoverdracht) Uitvoeren van een leeropdracht op locatie (met in elk geval werkbezoeken aan huisartspraktijk, verpleeghuis, hospitaal, revalidatie instelling respectievelijk thuiszorg)

Ook in de 1^e lijnszorg stage wordt gemiddeld 1 dag/2 weken ingeruimd voor de ontwikkeling op het terrein van [EPA 7](#) (kwaliteit en veiligheid) en [EPA 8](#) (wetenschappelijke ontwikkeling).

Voor een gedetailleerd overzicht van thema's, leerdoelen en toetsing van deze stage wordt verwezen naar bijlage 2 ([Stage 1^e lijns zorg](#))

EPA	Korte omschrijving	EPA	Korte omschrijving
1	Visite lopen en medisch handelen op de klinische afdeling	5	Polyfarmacie
2	Coördinatie en continuïteit van zorg	6	Leiden en borgen van multidisciplinaire en interprofessionele samenwerking
3	Generalistische integrale patiëntenzorg	7	Kwaliteit en patiëntveiligheid (OEFENEN)
4	Pre- en postoperatieve zorg	8	Wetenschappelijke ontwikkeling

4.3. JAAR 3, 2E HELFT: KEUZESTAGE MET EPA'S

4.3.1. Keuzestage en meesterstuk

Tijdens het laatste half jaar zal de aios functioneren als een ziekenhuisarts, waarbij hij supervisie krijgt van de opleidingsgroep en van de stagehouder op de afdeling van keuze. De mate van zelfstandigheid van de aios in de uitoefening van de volle breedte van zijn taken als ziekenhuisarts komt in deze periode mede tot uiting in het meesterstuk waarmee de aios de opleiding zal afronden. Het specialisme waarin de aios deze ontwikkeling doormaakt is naar keus (naast nogmaals één van de verplichte stages) bijvoorbeeld cardiologie, longziekten, urologie, orthopedie, of gynaecologie. In overleg met opleider en aios zal dit lokaal worden bepaald. De keuze van het onderwerp voor het meesterstuk zal de keuze voor het specialisme mede beïnvloeden.

Met het meesterstuk toont de aios zijn bekwaamheid op het werkterrein van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. Het Meesterstuk vormt tevens de afronding van EPA 7 van de opleiding tot ziekenhuisarts ^{KNMG}. Het meesterstuk wordt tijdens de eerste zes maanden van het derde opleidingsjaar voorbereid en gedurende het laatste half jaar van de opleiding uitgevoerd en afgerond. Middels dit meesterstuk bewijst de aios dat hij de kartrekkersrol binnen het conceptuele kader van Clinical Governance kan innemen. De aios voert hiervoor in opdracht van een opdrachtgever (meestal de stagehouder van de keuzestage) een samen met opleider en deskundige K&V geformuleerd kwaliteitsverbeteringsproject uit voor de eigen ziekenhuisorganisatie. De opdracht wordt uitgewerkt binnen het kader van het zogenaamde [Accountability Framework](#) waarbij het implementeren van (concrete aspecten van) kwaliteitszorg en patiëntveiligheid een centrale rol spelen.

WERKWIJZE:

Ruim voorafgaand aan het laatste half jaar zullen op basis van de ontwikkeling van de aios en de voorkeur voor een bepaald specialisme de opleider en aios bepalen hoe het laatste half jaar zal worden ingericht. De planning en uitvoering worden in het individuele opleidingsplan van de aios vastgelegd. Het geheel moet voldoen aan de volgende eisen:

- Leerdoelen die specifiek zijn voor de laatste periode worden in het IOP vastgelegd; (daarbij is een koppeling gemaakt met de opleidingsactiviteiten die verricht gaan worden om de leerdoelen eigen te maken (al dan niet aangevuld met cursorisch onderwijs);
- Vastgelegd wordt in het IOP hoe de opleider en aios de voortgang in deze ontwikkeling tussentijds en aan het eind evalueren (toetsing) inclusief het te behalen niveau;
- De [afspraken](#) ten aanzien van het meesterstuk (onderwerp, tijdsinvestering, planning, randvoorwaarden) zijn vastgelegd.

Voor een gedetailleerd overzicht van thema's, leerdoelen en toetsing van deze stage wordt verwezen naar bijlage 2 ([keuzestage](#)) en voor de nadere omschrijving van de [meesterfase](#) en eisen aan het meesterstuk naar bijlage 4.

4.4. Overige niet-opleidingsonderdeelgebonden leermiddelen

De essentie van het opleiden van ziekenhuisartsen is het leren op de werkplek tijdens de verschillende opleidingsonderdelen/stages. De leerdoelen staan beschreven in de EPA's en in de (lokale) stagebeschrijvingen. De aios maakt op basis van deze leerdoelen - in samenspraak met de opleider en stagehouder - en aangevuld met zijn individuele leerdoelen afhankelijk van groei, ontwikkeling, ambities en talenten, zijn individueel opleidingsplan. Daarnaast is er verplicht cursorisch onderwijs; landelijk, regionaal en lokaal.

4.4.1. Verplicht landelijk onderwijs

Landelijk worden onderwijsdagen georganiseerd (12 in drie jaar), waarin, anno 2020, de navolgende onderwerpen (“rode draden”) aan bod komen. Denkbaar is dat in de tijd deze onderwerpen (gedeeltelijk) zullen worden veranderd. Alle onderwerpen worden lokaal voorbereid (1 per kwartaal). Hierover worden binnen het Concilium Ziekenhuisgeneeskunde afspraken gemaakt.

1. Nierinsufficiëntie en Urologie
 - Nierfunctiestoornissen, diagnostiek en consequenties
 - Urologie: hematurie, beleid t.a.v. katheters (wanneer plaatsen, wanneer verwijderen, hoe verwijderen), anticholinergica / alfa-blokkers
2. Regulatie op de afdeling
 - Hypertensie
 - Diabetes mellitus
3. (Bijzondere) infectieziekten op de afdeling
 - Postoperatieve infecties met aandacht voor abscessen, wondinfecties
 - Infecties voorkomen op de afdeling
 - Aandacht voor ‘de immuun gecompromitteerde patiënt’ (en wanneer is een patiënt immuun gecompromitteerd)
4. Farmacotherapie / polyfarmacie
5. Cardiologie / Longziekten op de afdeling
 - Patiënt met POB
 - De dyspnoeïsche patiënt
 - Ritmeproblematiek
6. Palliatieve zorg Hospice zorg
 - Terminale thuiszorg
 - Huisarts
7. De kwetsbare chirurgische patiënt
 - Preoperatieve optimalisatie
 - Opties rondom OK / anesthesie
 - Wanneer wel / niet meer opereren?
8. Laboratoriumdiagnostiek: o.a. Stolling en antistolling, leverenzymen
9. Acute neurologie / psychiatrie
 - Parkinson
 - Delier
 - Dementie
10. Intensieve zorg
 - Wat kan de IC toevoegen (bv. vasopressie, CPAP / NIV)
 - De transitie van de patiënt naar de IC en terug naar de afdeling
 - Lange termijn gevolgen van IC opname
11. Ethiek / Recht / Zorgmanagement
12. Epidemiologie / Wetenschap

4.4.2. Verplicht landelijk lintprogramma-gebonden cursorisch onderwijs

Binnen het 2e leerjaar vinden de cursusweken Clinical Governance en Quality Improvement met bijbehorende terugkomdagen plaats, die in relatie staan met het ontwikkelen van EPA 7: kwaliteit en patiëntveiligheid. Cursusweek 1 staat in het teken van Clinical Governance en cursusweek 2 gaat over Quality Improvement^{viii}.

Om het leerrendement optimaal te kunnen benutten zijn er zowel oriënterende leeractiviteiten vóórafgaand als verwerkingsopdrachten nà de cursusweken opgenomen.

4.4.3. Verplichte overige cursussen

In de opleiding tot ziekenhuisgeneeskunde wordt elke aios geacht om de volgende cursussen te volgen en het certificaat toe te voegen aan het elektronisch portfolio:

- ABCDE-training
- BLS/ALS
- Basiscursus Echografie (verplicht)

4.4.4. Verplicht lokaal onderwijs / besprekingen (enkelvoudig of geïntegreerd)/voordrachten

Lokaal onderwijs wordt ondermeer geboden in de vorm van besprekingen die het werkplekleren verrijken en ondersteunen. In diverse EPA's zijn deze onderwijsmomenten en besprekingen opgenomen.

Lokaal **specifiek** ziekenhuisgeneeskundig onderwijs wordt vormgegeven onder de verantwoordelijkheid van de opleider, door de opleidingsgroep (aios, opleider, stagehouders en de deskundige kwaliteit en patiëntveiligheid). Ook andere deskundigen kunnen hierin participeren, afhankelijk van het onderwerp en de behoeften van de aios. Het lokale onderwijs kan samenvallen met de wekelijkse verplichte bijeenkomsten ziekenhuisgeneeskunde.

De aios neemt tijdens de stages deel aan de relevante onderwijsmomenten op de afdeling waar stage wordt gelopen. Dat zijn expliciete leermomenten, te onderscheiden van patiëntgebonden besprekingen tussen vakgenoten. Bij onderwijsmomenten staat het leren door en voor de aios primair centraal, bij patiëntgebonden besprekingen staat de patiënt en diens behandeling centraal. Uiteraard heeft de aios hier ook veel leermomenten.

Voorbeelden

1. Generaal Dagelijks Rapport
2. Grote Visite
3. Micro-/Macro-Pathologie
4. Multidisciplinair Overleg
5. Radiologie
6. Probleemoplossende Bespreking
7. Refereerbijeenkomst 10x Per Jaar
8. Refereren En Cat (Per aios Minimaal 2x Per Jaar)
9. Complicatiebespreking

Figuur 4 Overzicht verplicht lokaal onderwijs/besprekingen

In het lokale opleidingsplan wordt per stage opgenomen welke besprekingen voor de aios relevant zijn in het kader van zijn functie als ziekenhuisarts en met het oog op de opleiding relevante vergaderingen. Dit zal naast de complicatiebespreking en specifieke multidisciplinaire overlegmomenten bv de VIM-bespreking, een commissie m.b.t. kwaliteit of iets dergelijks kunnen zijn.

4.4.5. Voordrachten, presentaties, referaten en congressen

De aios:

- Houdt 2x per jaar een CAT, gekoppeld aan niet patiëntgebonden onderwerp of patiënten casus van de betreffende stage
- Houdt 1 x per jaar een referaat, waarbij vooral aandacht besteed wordt aan het kritisch evalueren van de studie.
- Wordt aanbevolen om een artikel te publiceren, b.v. case report in een peer-reviewed tijdschrift, of actief betrokken te zijn bij het opstellen van een lokale of landelijke richtlijn.
- Neemt 1x in de opleiding deel aan een (inter)nationaal congres op het terrein van de ziekenhuisgeneeskunde.
- Geeft onderwijs aan (co)assistenten, (leerling-)verpleegkundigen en paramedisch personeel, een en ander in overleg met de opleider

5. VOORTGANG MONITOREN EN TOETSEN

5.1. De opleidingsgroep en de opleidingscommissie

De ontwikkeling en het tempo van vooruitgang van de aios in zijn vakbekwaamheid worden begeleid, gevolgd en bewaakt door de opleidingsgroep. De opleidingsgroep bestaat uit:

- (Eindbeoordelend) Opleider (Ziekenhuisarts of Internist)
- Plaatsvervangend Opleider - (Ziekenhuisarts of een stagehouder (zie specifiek besluit)
- Ziekenhuisartsen ^{KNMG}

De opleidingscommissie bestaat uit:

- Opleidingsgroep
- Deskundige Kwaliteit en Patiëntveiligheid
- Stagehouders
 - Anesthesioloog
 - Chirurg
 - Geriater of Internist ouderengeneeskunde
 - Neuroloog
 - Huisarts/ouderengeneeskundige (afhankelijk van de locatie van de 1^e lijnszorg stage)

Voor elke stagehouder dient er een plaatsvervanger te zijn, zodanig dat er te allen tijde een stagehouder voor de aios aanspreekbaar is.

5.2. Gesprekscyclus en voortgangsbewaking

De eindverantwoordelijkheid van de opleiding ligt bij de opleider en plaatsvervangend opleider. De (plv) opleider bewaakt de voortgang van de opleiding aan de hand van de voortgang op de EPA- ontwikkeling en het individueel opleidingsplan en stuurt zo nodig bij. Hij wordt daarin ondersteund door de deskundige Kwaliteit en Patiëntveiligheid, die de ontwikkeling van de aios volgt en coacht op het terrein van EPA 7 en dit tijdens de gehele opleiding (ook tijdens de stages) doet. De (plv) opleider is degene die op grond van de input vanuit de complete opleidingsgroep en de instrumenten in het portfolio, de bekwaamheid van de aios op de EPA's vaststelt en de jaarlijkse geschiktheidsbeoordeling en finale eindbeoordeling doet.

Stages (opleidingsonderdelen) worden uitgevoerd onder supervisie en verantwoordelijkheid van de stagehouder. Elke stage kent een introductie-, tussentijds- en eindgesprek. (naar behoefte kunnen meerdere tussentijdse gesprekken worden ingevoegd). Daarnaast wordt de voortgang tijdens de stage geëvalueerd met

KPB's, OSATS, Cat/referaat/patiëntenbesprekingen en overige instrumenten zoals videoreflectie en 360 graden feedback. De toetsinstrumenten worden gekoppeld aan de EPA's die tijdens de stage aan de orde komen, alsmede aan de stagespecifieke thema's en leerdoelen. Stagespecifieke cursussen en overig onderwijs worden in principe binnen de stageperiode gevolgd. De aios besteedt steeds gemiddeld 1 dag/2 weken aan de niet-patiëntgebonden activiteiten van EPA 7. De stagehouder beoordeelt met name de stagespecifieke leerdoelen en adviseert de opleider over de ontwikkeling van de aios op het terrein van de EPA's en de competenties. Een [nadere uitwerking van de gesprekken](#) is opgenomen in bijlage 5.

5.3. Elektronisch portfolio

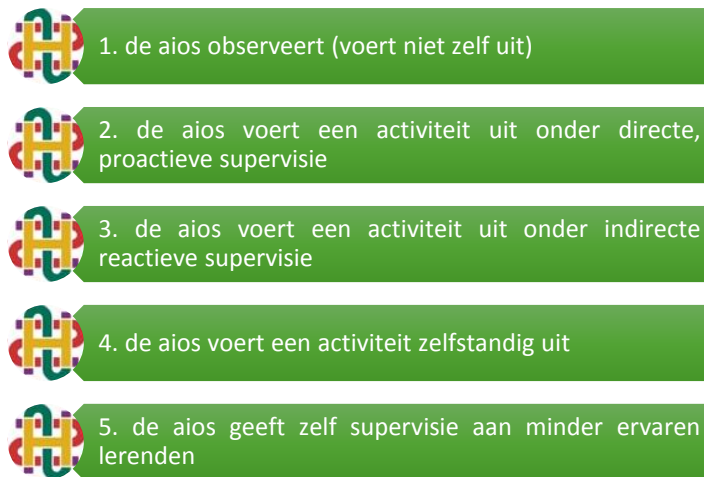
Het (E-)portfolio is een van de belangrijkste hulpmiddelen voor de opleidingsgroep om de vordering van de aios te volgen en te beoordelen. De aios houdt zelf zijn ontwikkeling bij in zijn individueel opleidingsplan dat een integraal onderdeel is van het (E-)portfolio (zie ook de uitgebreide [toelichting op het IOP](#) in paragraaf 3.2.4). Het (E-)portfolio is een georganiseerde, doelgerichte documentatie van de professionele groei en het leerproces van de aios en het vormt een belangrijk uitgangspunt voor de voortgangsgesprekken. Op basis van de verzamelde bewijslast in het (E-)portfolio kan de aios aantonen dat de leerdoelen voor de EPA's en de verschillende vaardigheden zijn bereikt. Tevens kan de opleidingsgroep inzicht krijgen in de niet-verplichte onderdeel-ontwikkeling van de aios.

Onderdelen die in het portfolio zijn opgenomen zijn onder meer:

- Het Individueel Opleidingsplan,
- waaronder het Opleidingsschema.
- Verslagen van voortgangs- en beoordelingsgesprekken.
- Bekwaamverklaringen.
- Uitslagen van beoordelings – en evaluatie-instrumenten (KPB's, OSATS, 360 graden feedback, CATS, referaten, etc., gerelateerd aan de EPA's en stagebeschrijvingen van de opleiding).
- Certificaten van deelname aan cursorisch onderwijs en registratie van andere verplichte opleidingsactiviteiten.

5.4. Toetsing en bekwaamverklaren

Een EPA is een beroepsspecifieke situatie. Entrustable Professional Activity betekent vrijvertaald “Vertrouw ik deze aios de activiteit toe?” In welke mate heeft een aios nog supervisie nodig, of kan de aios de activiteit zelfstandig en op eindniveau van de opleiding uitvoeren? Hiervoor zijn bekwaamheidsniveaus beschreven, getoond in figuur 5. De bedoeling is dat alle EPA's op het eind van de opleiding op niveau 4 beheerst worden.



Figuur 5 Niveaus van bekwaamheid

In de opleiding staan de activiteiten die de ziekenhuisarts moet kunnen uitvoeren centraal. De opleidingsgroep vertrouwt het de aios toe steeds meer taken zelfstandig uit te voeren. Dit proces van toenemende groei en zelfstandigheid, en afnemende supervisie is vertaald in EPA's (zie ook [bijlage 1](#)). Daarnaast wordt er expliciet aandacht gegeven aan de [stagegebonden leerdoelen](#) die de algemene EPA's de nodige verdieping geven en de [overige verplichte opleidingsactiviteiten](#) en aan de integrale ontwikkeling van de aios.

Het inschatten van bekwaamheid, zoals hierboven beschreven, behelst een summatieve, systematische beoordeling door de stagehouder, op de plek waar de aios op dat moment stage loopt. Mede op grond van deze beoordeling komt de opleidingscommissie tot het oordeel of de aios bekwaam wordt geacht; dit wordt vastgelegd in het portfolio van de aios. De aios kan vooraf aan de beoordelingsgesprekken een verzoek tot bekwaam verklaren indienen bij de opleider.

EPA's worden met verschillende snelheden verworven, maar kunnen ook weer verloren raken als de aios (en ziekenhuisarts ^{KNMG}) de kennis en vaardigheden niet onderhoudt. Om bekwaamheid in te schatten maakt de opleidingsgroep gebruik van de beschrijving van de vertrouwenscriteria in figuur 6. Het "onderbuikgevoel" kan daarmee worden geconcretiseerd.

Niveau	Toelichting
Competentie en klinisch denken	Dit verwijst naar kennis, vaardigheden en specifieke competenties die nodig zijn om de EPA uit te voeren
Nauwgezetheid en geloofwaardigheid	Nauwgezetheid en geloofwaardigheid reflecteren, een grondigheid en consistentie in activiteiten. Anders gezegd: een aios doet wat hij zegt dat hij zal doen en laat een grondigheid zien die voorspelbaar is in verschillende gevallen.
Oprechtheid	Oprechtheid impliceert dat aios desgevraagd eerlijk vertelt wat hij heeft gezien, wat hij heeft gedaan en waarom. Dit is inclusief toegeven wat hij niet heeft gedaan en had moeten doen.
Inzicht in eigen beperkingen en geneigdheid hulp te vragen	Cruciaal is inzicht in de eigen beperkingen en weten wanneer procedures te stoppen en op tijd hulp in te roepen. Weten is de cognitieve component maar dit spoort niet altijd met de bereidheid tot het inroepen van hulp. Een goede balans tussen proactief gedrag en hulp inroepen wanneer nodig is erg belangrijk.

Figuur 6 Handreiking voor de vertrouwenscriteria, nodig voor het inschatten van bekwaamheid. (met dank ontleend aan het Opleidingsplan Klinische Geriatrie "EIK".)

5.4.1. Bewijsstukken voor het beoordelen van bekwaamheid

De aios ontvangt tijdens de opleidingsperiode continue feedback van verschillende professionals. Het uitgangspunt is dat de feedback en toetsing gericht is op bevordering van de groei en ontwikkeling van de aios. Met andere woorden; het gaat hier om *formatief*³ toetsen totdat het einddoel bereikt is (summatieve vaststelling van bekwaamheid). In de opleiding tot ziekenhuisarts wordt gebruik gemaakt van de instrumenten KPB (Korte Praktijkbeoordeling), OSATS (observed structured assessment of technical skills), CAT (critical appraisal of a topic), 360° feedback en van de zogenaamde 'Rondvraag'. Tevens zal de aios bewijslast in zijn portfolio opnemen die verband houdt met het uitvoeren van opdrachten, bijvoorbeeld in relatie tot het lintprogramma rond EPA 7: kwaliteit & patiëntveiligheid. Daarnaast zal de aios andere bewijsmaterialen toevoegen aan het portfolio, zoals het bewijs van deelname aan kennistoetsen, congressen, cursussen of onderwijs en het meesterstuk.

KPB: Tijdens de Korte Praktijk Beoordeling (KPB) krijgt de aios feedback op basis van een korte observatie. De feedback betreft een onderdeel EPA of een stage leerdoel. Een supervisor observeert de aios bij een EPA/activiteit. Vervolgens bespreken de supervisor en de aios samen wat er goed ging en welke verbeterpunten er zijn. Verbeterpunten kunnen worden gecheckt in een vervolg-KPB. De gegeven feedback wordt vervolgens vastgelegd op het KPB formulier in het portfolio. De KPB hoeft niet alle elementen van de EPA te dekken, in afstemming met de aios kan er voor gekozen worden om naar een specifiek element te kijken, bijvoorbeeld communicatie met de patiënt en alleen hier feedback op te geven.

OSATS: betreft een beoordeling van technische (patiëntgebonden) vaardigheden. Bij de beoordeling worden verschillende invalshoeken beoordeeld, waaronder kennis van de procedure, communicatie met de patiënt, technische uitvoering, veiligheid etc. Ook de context waarbinnen de handeling wordt uitgevoerd en de mate van zelfstandigheid worden in aanmerking genomen.

360 graden feedback: De 360-gradenbeoordeling bestaat uit een zelfbeoordeling en een aantal anoniem ingevulde beoordelingen van anderen; mensen met wie de aios samenwerkt (collega artsen en andere collegae in de zorg) en patiënten. In de zelfbeoordeling beantwoordt de aios alle vragen die de respondenten ook voorgelegd krijgen. Hiermee kan de aios de scores met elkaar vergelijken en erop reflecteren. De resultaten worden met de opleider besproken tijdens een voortgangsgesprek, in samenhang met andere beoordelingen.

Rondvraag: is een instrument dat veelal door de opleider wordt ingezet als voorbereiding op voortgangs- of beoordelingsgesprekken onder diegenen met wie de aios heeft samengewerkt. Ook hier gaat het over het geven van feedback over het functioneren op de werkvloer.

CAT: Bij een CAT wordt een zoekvraag geformuleerd naar aanleiding van een klinisch probleem en worden de resultaten van literatuuronderzoek besproken (bijvoorbeeld volgens PICO systematiek). Het geven van een CAT staat bovenal in relatie tot EPA 8: Wetenschappelijke ontwikkeling. De aios moet jaarlijks minimaal twee keer een CAT verzorgen.

5.4.2. Landelijke kennistoets

De periodieke kennistoets Ziekenhuisgeneeskunde wordt één keer per jaar georganiseerd. De aios moet tijdens de opleiding minimaal twee keer, maar bij voorkeur drie keer aan de kennistoets deelnemen. Alle onderdelen van de ziekenhuisgeneeskunde worden opgenomen in de kennistoets. De vragen worden aangeleverd door de

³ Het doel van een formatief toetsen is om vast te stellen waar een aios zich bevindt in relatie tot het leerdoel en wat er nog nodig is om dat leerdoel te bereiken.

opleidingsziekenhuizen en de samenstelling van de definitieve toets is de verantwoordelijkheid van de Commissie Kennistoets van het Concilium Ziekenhuisgeneeskunde. Na afloop van de toets is de antwoordsleutel digitaal te raadplegen. De opleider ontvangt een kopie van de uitslag en zal samen met de aios beoordelen waar de hiaten in de kennis liggen en hoe deze gerepareerd kunnen worden (zelfstudie, stages, regionaal onderwijs, etc.). De toetsuitslag kan in theorie ook worden ingezet om op landelijk niveau of per kliniek te bezien waar kennishiaten bestaan.

5.4.3. Minimale kaders van toetsing en jaarlijkse geschiktheidsbeoordeling

De volledige [toetsmatrix](#) van de opleiding is opgenomen in bijlage 7. Hierin is het complete overzicht van voortgangsgesprekken en toetsonderdelen terug te vinden, gerelateerd aan de opleidingsjaren.

De jaarlijkse geschiktheidsbeoordeling betreft een combinatie van toetsen die leiden tot een bindend oordeel van de opleider met een “go/no go” karakter. Het gaat hierbij om *summatief*⁴ toegepaste evaluatie: dit stelt hoge eisen aan de vorm van de onderliggende toetsinstrumenten en het vastleggen daarvan. Het portfolio van de aios en de documentatie die de opleider bijhoudt spelen bij de geschiktheidsbeoordeling een belangrijke rol.

Daar we niet echt beschikken over een experimenteel gevalideerde minimum norm waaraan de ziekenhuisarts in opleiding moet voldoen, wordt voorgesteld om te spreken van een met succes voltooide opleiding als de aios voor alle EPA's op niveau 4 functioneert aan het einde van de driejarige opleiding. Als een EPA in de ogen van de opleidingsgroep teveel onder het gewenste eindniveau blijft, ondanks inzet van een individueel extra begeleidingstraject, wat een goed functioneren als beginnend ziekenhuisarts in de weg staat, kan de opleiding eveneens niet afdoende worden afgerond. Dit oordeel komt toe aan de opleider, en wordt gebaseerd op de resultaten van voorafgaande voortgangsgesprekken.

5.5. Individueel begeleidingstraject, bemiddeling en geschilprocedure

Er zijn situaties waarin het niet goed gaat met de aios of wanneer er een conflict ontstaat tussen opleider en aios. Hierover heeft de KNMG regelgeving ontwikkeld, waarbij er altijd in eerste instantie in de eigen opleidingskliniek met het formele traject dient te worden gestart.

5.5.1. INDIVIDUEEL BEGELEIDINGSTRAJECT

Wanneer een moment van summatieve beoordeling nadert, moet de beoordelend opleider kunnen beschikken over het portfolio, waarin de feedback- en reflectiegesprekken van de aios zijn vastgelegd, en de EPA's/(persoonlijke) leerdoelen die moeten zijn behaald. Blijkt dit laatste *niet* het geval, dan is de logische consequentie dat niet van een positief oordeel kan worden gesproken. De betreffende fase van de opleiding zal moeten worden verlengd, tenzij daarvan wordt afgezien. In het algemeen, maar zeker bij twijfel over het (on)voldoende functioneren van de aios is het essentieel dat mondelinge en schriftelijke feedback (bv in de vorm van KPb's en stagebeoordelingen) goed overeenkomen.

Dit traject moet in samenspraak met de RGS worden afgestemd en zal, in overeenstemming met lokale afspraken, in afstemming met de Centrale Opleidings Commissie (COC) van het ziekenhuis, worden aangegaan. Een dergelijk traject vraagt om veel zorgvuldigheid. Geadviseerd wordt om bij een dergelijk traject de regelgeving nauwkeurig te volgen. Bij een verlenging van de opleiding zal een intensief individueel

⁴ Summatief: Een summatieve toets sluit een onderdeel af. Voldoen aan een summatieve toetsing of evaluatie impliceert dat de verantwoordelijke opleider verklaart dat de betrokken aios voldoet aan de eisen.

begeleidingstraject moeten worden afgesproken met concrete heldere leerdoelen, die in de gestelde tijd moeten worden behaald, omdat anders de opleiding van de aios zal moeten worden beëindigd. Er zal uitstekende documentatie van dit traject moeten plaatsvinden. In het Kaderbesluit van het CCS wordt in artikel F.1. een verlenging van de opleiding mogelijk gemaakt op voorwaarde dat deze - goed gemotiveerd, en dus gedocumenteerd - 3 maanden tevoren door de opleider bij de RGS is aangevraagd en door de RGS vervolgens is goedgekeurd.

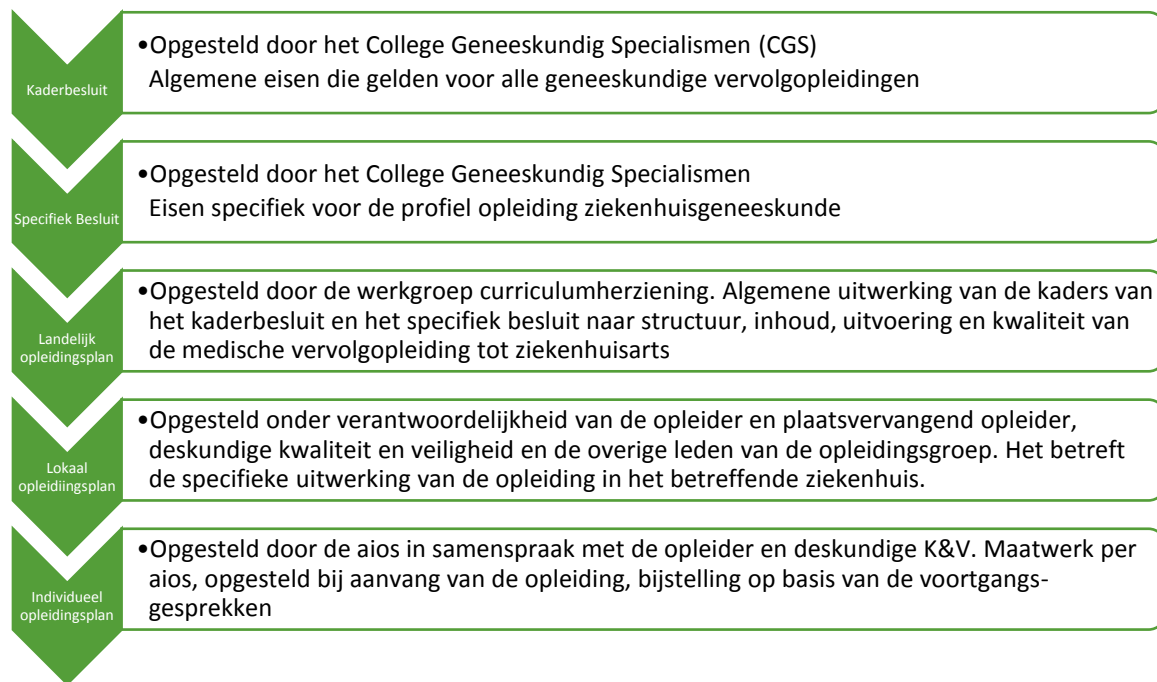
5.5.2. BEMIDDELING EN GESCHILPROCEDURE

Indien een aios het niet eens is met een besluit van de opleider over de opleiding (en meent daar goede gronden voor te hebben) kan tegen dit besluit een geschil aanhangig worden gemaakt conform de Regeling specialismen en profielen geneeskunst. De eerste formele stap van deze formele procedure bestaat uit een melding van het geschil bij de Centrale Opleidingscommissie (COC) van de opleidingskliniek waar de aios werkzaam is. Deze melding kan door de aios of door de opleider worden gedaan. De COC dient te beoordelen of bemiddeling zinvol is om te komen tot een oplossing van het geschil. Bemiddeling kan worden uitgevoerd door een lid van de COC zelf of door een externe mediator die door de COC wordt aangewezen. Indien bemiddeling niet mogelijk is of zonder resultaat blijft, kan de aios het geschil melden bij de landelijke geschillencommissie. Belangrijk is om de termijnen waarbinnen geschillen aanhangig kunnen worden gemaakt, goed in de gaten te houden. Nadere informatie is te vinden op de website van de KNMG.

6. VAN LANDELIJK OPLEIDINGSPLAN NAAR LOKAAL OPLEIDINGSPLAN

6.1. Van kaderbesluit tot individueel opleidingsplan

Het landelijk opleidingsplan is een uitwerking op basis van het Kaderbesluit CGS en het Besluit Ziekenhuisgeneeskunde. Het landelijk opleidingsplan schetst de eisen en kaders van de opleiding, die vervolgens voor iedere opleiding worden vertaald naar een lokaal opleidingsplan en een individueel plan per aios.



Figuur 7 Relaties tussen landelijk, lokale en individuele opleidingsplannen

De implementatie van het nieuwe opleidingsplan Ziekenhuisgeneeskunde wordt op hoofdlijnen aangestuurd door het Concilium Ziekenhuisgeneeskunde. Aanpassingen, bijvoorbeeld aan de inhoud van het landelijk en cursorisch onderwijs of binnen het elektronisch portfolio worden via het Concilium Ziekenhuisgeneeskunde geagendeerd, geaccordeerd en na instemming van het CGS doorgevoerd. Binnen de erkende opleidingsklinieken zijn de opleiders verantwoordelijk voor het proces van invoering van de herziene opleiding en de vertaling van het landelijk plan naar het lokale opleidingsplan.

Samenvattend zijn er voor het Concilium Ziekenhuisgeneeskunde de volgende onderhoudstaken ten aanzien van de herziene opleiding:

- vastleggen van pakket landelijk cursorisch onderwijs;
- vastleggen van eisen aan theoretische kennis en de landelijke kennistoets;
- vastleggen van verplichte cursussen binnen de opleiding;
- vastleggen van eisen aan het landelijk ingevoerde elektronisch portfolio voor ziekenhuisgeneeskunde;
- monitoren van landelijke voortgang implementatie;
- bewaken van de kwaliteit van de opleiding;
- contact onderhouden met de wetenschappelijke verenigingen, die een stage verzorgen in de opleiding tot ziekenhuisarts.

Op basis van het landelijk opleidingsplan werkt iedere opleiding een eigen lokaal opleidingsplan uit om de brug naar de eigen praktijk te slaan. Het lokale opleidingsplan bevat dan ook alle onderdelen uit het landelijke opleidingsplan. Denk hierbij aan de inrichting van de verschillende opleidingsonderdelen aan de hand van de EPA's, Stagebeschrijvingen en de toetsmatrix. Daarnaast wordt aangegeven waar welke stage wordt gelopen, wie de stagebegeleider is en hoe het lokaal onderwijs is vormgegeven.

6.2. Criteria voor het lokale opleidingsplan

Het lokale opleidingsplan dient aan een aantal criteria te voldoen:

- Structuur van de lokale opleiding volgt de landelijke structuur qua inhoud; de volgorde van stages vanaf het 2^e jaar is flexibel.
- De inhoud van de stages volgt de landelijke kaders die in de stagebeschrijvingen en EPA's zijn neergelegd.
- Het bekwaamheidsniveau per EPA wordt vastgelegd met dien verstande dat er rekening wordt gehouden met het feit dat elke nieuwe stagecontext ertoe leidt dat de aios altijd deels onder supervisie zal moeten starten, ook al heeft hij een EPA bij een voorgaande afdeling op een hoger niveau af kunnen sluiten.
- Opleidingsactiviteiten die nodig zijn om de EPA's te kunnen "ontwikkelen" zijn benoemd.
- In het lokale opleidingsplan is vastgelegd dat de aios vanaf jaar 2 van de opleiding gemiddeld 1 dag/2 weken kunnen besteden aan het zich ontwikkelen op het terrein van EPA 7: kwaliteit en veiligheid.

Voor de lokale opleidingsklinieken zijn er de volgende zaken die minimaal in een lokaal opleidingsplan moeten worden vastgelegd:

- invoering van EPA's en de vernieuwde kaders voor stages binnen de verschillende stagelocaties;
- bepalen van mogelijkheden voor verdieping en profilering;
- lokaal cursorisch onderwijs;
- proces van periodieke besprekingen van de opleidingsgroep en aios;
- proces van bekwaamverklaringen binnen de opleidingsgroep;
- implementatie landelijk portfoliobeleid
- docentprofessionalisering en professionalisering opleidingsgroep, inclusief de niet-medische leden van de lokale opleidingsgroep.

7. KWALITEITSZORG

Onder kwaliteit wordt verstaan het geheel aan eigenschappen en kenmerken van een opleiding dat van belang is voor het voldoen aan vastgestelde of vanzelfsprekende eisen. Onder kwaliteitszorg wordt verstaan het geheel van activiteiten dat ondernomen wordt om de kwaliteit van een opleiding te onderzoeken, te borgen, te verbeteren en openbaar te maken. Juist voor een jonge opleiding is kwaliteitszorg van groot belang. De vereniging voor Ziekenhuisgeneeskunde en het Concilium hebben hier een belangrijke taak. Bovendien is het noodzakelijk dat alle opleidingen ziekenhuisgeneeskunde in het land een goed functionerend kwaliteitsbeleid hebben, zie hoofdstukken 7.2 t.e.m. 7.5.

7.1. Kritische succesfactoren opleidingsinrichting

Met goede wil en inspanning alleen is de nieuwe opleiding niet zonder meer te implementeren. Er wordt nog steeds onderzocht welke kritische succesfactoren rond de opleidingsinfrastructuur in financiële en logistieke zin kunnen worden onderscheiden. Financiële middelen kunnen wellicht in de nabije toekomst worden gevonden in het daarvoor bestemde deel van de toe te wijzen gelden uit de beschikbaarheidsbijdrage. Veel kan worden geleerd uit de ervaringen, eerder opgedaan met de ontwikkeling van de opleiding tot SEH-arts, een in veel opzichten identieke multidisciplinaire opleiding tot profielarts. Van belang is verder de volwaardige integratie van niet-medici als kwaliteitsdeskundigen, bestuurders en apothekers in de opleidingsgroep vanwege het grote belang van aspecten als medicatieveiligheid en kwaliteit van klinische patiëntenzorg.

Dat betekent dat ieder ziekenhuis dat gaat starten met het opleiden of inzetten van ziekenhuisartsen een implementatietraject laat voorafgaan door degelijke planvorming en draagvlakbepaling bij stakeholders in de organisatie. De VvZG adviseert ziekenhuizen bij dergelijke implementatietraject dat door ziekenhuizen gebruikt kan gaan worden.

7.2. PDCA cyclus

Voor elke opleidingskliniek geldt dat er in de organisatie en uitvoering van de opleiding een herkenbare kwaliteitscyclus in stand moet worden gehouden. Het bewaken en verbeteren van de kwaliteit is een gezamenlijke verantwoordelijkheid die berust bij meerdere actoren (aios, opleiders, opleidingsgroep, centrale opleidingscommissie (COC), Raad van Bestuur en landelijk opleidingscluster) die ieder vanuit een eigenstandige verantwoordelijkheid een bijdrage leveren aan dit proces. Het gaat hierbij o.a. om het op diverse wijze meten van de kwaliteit van de opleiding, waarbij de aandacht tenminste uitgaat naar: de organisatie van de opleiding; het functioneren van de COC, opleiders, opleidingsgroep, en aios; de uitvoering van het lokale opleidingsplan; de uitvoering van de beoordelingen; het opleidingsklimaat en de didactische ontwikkeling. Meegenomen dient te worden dat voor de opleiding Ziekenhuisgeneeskunde het van groot belang is om rekening te houden met de bijzonderheid dat ook de niet-medische staf van de instelling een belangrijke bijdrage moet leveren aan de opleiding van de ziekenhuisarts met zijn geïntegreerde medisch-bestuurstechnische profiel. Dit geldt in het bijzonder voor de deskundigen Kwaliteit en Veiligheid die deel uitmaken van de opleidingsgroep, waar dat bij andere opleidingen niet het geval is.

Voor het meten van kwaliteit van de opleiding dient gebruik te worden gemaakt van de geëigende instrumenten zoals SETQ, D-RECT, EFFECT en interne audits. Verbeteracties moeten worden opgepakt en het effect hiervan weer geëvalueerd. De COC heeft conform het kaderbesluit een belangrijke rol bij het bewaken van de interne kwaliteitscyclus. Regelmatig en tenminste eenmaal per vijf jaar worden de opleiding en de opleidingskliniek extern gevisiteerd, of onderworpen aan een evaluatiebezoek, onder de verantwoordelijkheid van de VvZG en de RGS. Op basis van de resultaten van de visitatie wordt door de RGS vastgesteld of de opleiders en opleidingskliniek kunnen blijven voldoen aan de voorwaarden voor het hier beschreven reguliere toezicht door de RGS. De RGS stelt hiernaast eisen aan de inhoud van periodieke (in principe tweejaarlijkse) schriftelijke rapportages. De RGS kan vragen om over specifieke adviezen aanvullend te rapporteren.

Uiteraard geldt ook dat er op het niveau van het Landelijk Opleidingsplan een PDCA-cyclus wordt onderhouden. Jaarlijkse evaluatie binnen het Concilium Ziekenhuisgeneeskunde waar alle opleiders Ziekenhuisgeneeskunde een bijdrage aan leveren, voorziet hierin.

7.3. Opleiderprofessionalisering en voorbereiding aiossen

De opleiding legt de nadruk op het zelfsturend leren door de aios en het transparant zijn van de inhoud, en niet alleen de vorm, van de opleiding. Daarnaast betekent het vormen van een multidisciplinaire opleidingsgroep rondom de ziekenhuisarts i.o. dat er specifieke aandacht moet zijn voor de ontwikkeling van het begeleiden van het beroepsleren van de deelnemers aan zo'n groep.

De ziekenhuisarts in opleiding brengt de gehele opleiding door in opleidingsonderdeeltrajecten (stages) bij diverse medische specialismen. Zijn leerervaringen zullen echter moeten bijdragen aan de beroepsvorming als ziekenhuisarts en daarom afwijken van de leerervaringen die bijvoorbeeld aiossen heelkunde of interne geneeskunde moeten opdoen. De 'eigenheid' van de ziekenhuisarts moet worden ontwikkeld tijdens de verschillende opleidingsonderdelen. Het bewaken van het onderscheid in aard van de leerervaringen vormt een specifieke focus voor de voor deze opleiding ontwikkelde "Teach the Teacher" en "Teach the Assistant"-scholingen. Het vraagt ook om de bereidheid om (extra) in deze scholingen te investeren op lokaal en landelijk niveau, ook al heeft een stagehouder al eerder docentprofessionaliseringstrajecten binnen het eigen specialisme gevolgd. De ervaring heeft inmiddels ook geleerd dat aspirant opleiders, plaatsvervangend opleiders en deskundigen K&V baat hebben bij het volgen van de specifiek voor ziekenhuisgeneeskunde ontworpen cursussen Clinical Governance en Quality Improvement, die de aios ook volgen.

7.4. Professionaliteit en normering praktijkvoering ziekenhuisgeneeskunde

De Commissie Kwaliteit van de VvZG heeft een [normenkader voor praktijkvoering](#) (bijlage 8) ontwikkeld dat als doel heeft om de kwaliteit van de praktijkvoering landelijk van een kader te voorzien en dat gebruikt kan worden als uitgangspunt bij (kwaliteits)visitaties.

De normen voor de praktijkvoering van de vereniging voor ziekenhuisgeneeskunde zijn onderverdeeld in vier domeinen te weten;

- Evaluatie van zorg
- Kwaliteitsbevordering en veiligheid van zorg
- Vakgroep functioneren
- Professionele ontwikkeling

7.5. Inbedding ziekenhuisarts in de lokale ziekenhuisorganisatie

Patiëntveiligheid en continuïteit van zorg worden door elk ziekenhuis benoemd in het strategisch beleid en zo goed mogelijk ingebed in de medische bedrijfsvoering. De nadrukkelijke bedoeling van het curriculum ziekenhuisarts is dat er een functie mee ontstaat die de coördinatie en continuïteit van de algemeen medische zorg en de patiëntveiligheid borgt en verbetert.

Deze veronderstelling impliceert dat in het lokale kwaliteitszorgsysteem op ziekenhuisniveau gevolgd moet worden welke invloed de implementatie van het curriculum op langere termijn heeft op de kwaliteit en uitkomst van de patiëntenzorg. Ofschoon het werkelijk kunnen aantonen van een direct verband tussen verbetering van uitkomsten van zorg en inzet van ziekenhuisartsen alleen over een langere termijn mogelijk is, kan worden gestart met het op instellingsniveau opnemen van verbeterdoelstellingen waarbij de ziekenhuisarts betrokken is binnen de PDCA cyclus van de instelling. Daarmee wordt dan ook de cirkel gesloten tussen het bewaken van opleidingskwaliteit enerzijds en clinical governance anderzijds.



**BIJLAGEN BIJ HET LANDELIJK
OPLEIDINGSPLAN
ZIEKENHUISGENEESKUNDE**

BIJLAGE 1 EPA'S ZIEKENHUISGENEESKUNDE

EPA 1 ZIEKENHUISGENEESKUNDE; VISITE LOPEN EN MEDISCH HANDELEN OP EEN KLINISCHE AFDELING

Titel EPA	Omschrijving	
<p><i>Visite lopen en medisch handelen op een klinische afdeling</i></p> <p><i>Heeft een sleutelrol bij de dagelijkse patiëntenzorg op de klinische afdeling; dagelijkse (zorg)beleidsbepaling (visites) van de patiëntenzorg op de klinische afdeling</i></p>	<p>- het voorbereiden, uitvoeren en uitwerken van de 'papieren' visite</p> <p>- het voorbereiden, uitvoeren en uitwerken van de wekelijkse grote visite,</p> <p>- het als verantwoordelijk zaalarts samen visite lopen met verpleging,</p> <p>- het voorbereiden, uitvoeren en uitwerken van patiënten-MDO's op de afdeling.</p> <p>- adequate overlegvoering met andere betrokken consulenten/zorgverleners buiten de eigen afdeling en ziekenhuis.</p>	
Specificaties en beperkingen	<p>Visite lopen bestaat uit het voorbereiden, uitvoeren en uitwerken van een ronde langs opgenomen patiënten op een klinische afdeling met als doel te evalueren, (vervolg-)plannen te maken en beleid af te stemmen. Hier hoort onder andere bij:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het afnemen van een anamnese • Het uitvoeren van lichamelijk onderzoek • Inzetten aanvullend onderzoek en interpretatie uitkomsten daarvan. • Het klinisch redeneren en opstellen van een adequate differentiaaldiagnose 	
Maatschappelijke Thema's	Canmeds competenties	Clinical Governance rollen
<input checked="" type="checkbox"/> Doelmatigheid <input checked="" type="checkbox"/> Persoonsgerichte Zorg <input checked="" type="checkbox"/> Patiëntveiligheid <input checked="" type="checkbox"/> Ouderenzorg <input checked="" type="checkbox"/> Interprofessioneel samenwerken & opleiden	<input checked="" type="checkbox"/> Medisch handelen <input checked="" type="checkbox"/> Communicatie <input checked="" type="checkbox"/> Samenwerking <input type="checkbox"/> Kennis en wetenschap <input type="checkbox"/> Maatschappelijk handelen <input checked="" type="checkbox"/> Organisatie <input checked="" type="checkbox"/> Professionaliteit	<input type="checkbox"/> Bevorderen open cultuur <input checked="" type="checkbox"/> Bevorderen klinische effectiviteit <input type="checkbox"/> Toepassen clinical audit <input type="checkbox"/> Risico Management <input type="checkbox"/> Onderwijs en training <input type="checkbox"/> Onderzoek en ontwikkeling
Vereiste Kennis, Vaardigheden, houding en Gedrag om deze EPA uit te voeren.		
Kennis	Vaardigheid	Gedrag (visite specifiek gedrag)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Kennis m.b.t. specialisme gekoppelde ziektebeelden en medisch beleid 2. Kennis van specifiek lichamelijk onderzoek. 3. Kennis van gebruikelijke diagnostische en functietesten 4. Kennis van atypische presentatie bij kwetsbare patiëntengroepen 5. Herkennen van frailty en het inschatten van de consequenties voor hiervan in de praktijk 6. Kennis van therapeutische mogelijkheden en in staat om op grond van de diagnostiek en context van de medische problemen, advies te formuleren over de behandeling, met name ten 	<p><i>Anamnese en lichamelijk onderzoek</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Neemt op gestructureerde wijze anamnese af. 2. Voert op systematische wijze een hypothese gedreven lichamelijk onderzoek uit. <p><i>Werkdiagnose en behandelplan</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Stelt op grond van een synthese van alle bevindingen een werkdiagnose, differentiële diagnose en probleemlijst op. 4. Verzamelt gegevens van andere hulpverleners en familie. 5. Is in staat een werkdiagnose aan te passen op grond van nieuw verkregen informatie en het werkplan bij te stellen. 6. Past werkplan, inclusief ontslagplanning aan de individuele kenmerken, noden, 	<p><i>Leiderschap</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Handelt taken tijdig, doelgericht en conform lokale afspraken af. 2. Neemt voortouw om ethische dilemma's en conflict of interest te bediscussiëren. 3. Werkt effectief en doelmatig. 4. Streeft actief om noden en zorgen van patiënt en naasten te adresseren. <p><i>Reflectie en Professionaliteit</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Is nauwgezet en geloofwaardig 6. Heeft inzicht in eigen beperkingen en vraagt waar nodig, hulp. 7. Toont empathie, compassie en respect naar patiënten en hun naasten en naar andere zorgverleners.

<p>aanzien van leefstijl, voeding en farmacotherapie, niet-farmacologische behandelingen en prognose.</p> <p>7. Kennis van effecten van polyfarmacie (m.n. bij de oudere patiënt)</p> <p>8. Kennis van het zorglandschap</p>	<p>behoefte en prognose van de patiënt aan.</p> <p><i>Diagnostiek</i></p> <p>7. Is in staat om belangrijke veranderingen in lichamelijk onderzoek tijdens het beloop van een opname op te sporen</p> <p>8. Is in staat om diagnostische testen in hun klinische context te interpreteren.</p> <p>9. Herkent situaties die spoed vereisen.</p> <p><i>Behandeling en begeleiding</i></p> <p>10. Werkt volgens principes van EBM en kan hiervan gemotiveerd en gedocumenteerd afwijken.</p> <p>11. Maakt efficiënt en doelmatig gebruik van diverse informatiestromen, procedures en protocollen.</p> <p>12. Zet beschikbare middelen doelmatig in.</p> <p><i>Consultvraag</i></p> <p>13. Vraagt tijdig consultatie door andere medische specialisten op grond van een zinvolle consultvraag en interpreteert en vertaalt het consult in het diagnostiek- en behandelplan.</p> <p><i>Oudere patiënten</i></p> <p>14. Herkent atypische presentatie van ziekten bij de oudere en kwetsbare patiënt, en past informatie uit specifieke toegepaste onderzoeksmethoden en meetinstrumenten toe bij het bepalen van het diagnostiek- en behandelplan.</p>	
<p>Informatiebronnen om de voortgang te evalueren en verantwoord summatief bekwaam te kunnen verklaren</p>	<p><i>Verplicht:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Introductie – tussengesprek (bij stages ≥ 4 maanden) – eindgesprek • KPB's diverse contexten (bijv. organisatie & time management, grote visite, kleine visite, anamnese, lichamelijk onderzoek etc.) en op diverse afdelingen. • KPB door verpleging • OSATS Vaardigheden behorend bij het vigerend specialisme <p><i>Facultatief:</i></p> <p>Andere door aios/opleider relevant geachte instrumenten, bijv.</p> <ul style="list-style-type: none"> • E-learning • EBM-cursussen • Klinisch redeneren • Timemanagement • Rondvraag opleider, 360° beoordeling 	
<p>Geschatte fase van de opleiding/stage waarop niveau 4 (ongesuperviseerd) moet worden</p>	<p>2^e trimester jaar 3 (na afronding klinische stages)</p>	

bereikt	
Expiratie	Bij signalen van onvoldoende uitvoering van het zelfstandig uitvoeren van visite lopen en medisch handelen op de klinische afdeling, na overleg binnen de opleidingsgroep en terugkoppeling aan de aios.

EPA 2 ZIEKENHUISGENEESKUNDE; COÖRDINATIE EN CONTINUÏTEIT VAN ZORG WAARBORGEN

Titel EPA	Omschrijving	
<p><i>Coördinatie en continuïteit van zorg</i></p> <p><i>Bewaakt en waarborgt de continuïteit van zorg, tussen afdelingen en transmuraal</i></p>	<p>De ziekenhuisarts draagt zorg voor een overdracht waardoor continuïteit en veiligheid van zorg worden gewaarborgd. Hij houdt rekening met prognose, medicatie, zorgbehoefte, vervolgspraken, complicatieregistratie en adequate berichtgeving aan andere zorgverleners.</p> <p>De ziekenhuisarts verzorgt de overdracht vanuit zijn rol als coördinator van zorgprocessen, werkzaam op de verpleegafdeling. Het betreft de directe organisatorische processen als ook de communicatie met de patiënt, diens verwanten en de zorgverleners die bij deze patiënt betrokken zijn.</p>	
<p>Specificaties en beperkingen</p>	<ul style="list-style-type: none"> Zorgdragen voor doorlopende en persoonsgerichte individuele patiëntenzorg van extramuraal naar intramuraal, tussen afdelingen intramuraal, en in de overplaatsing van intramuraal naar extramuraal. Adequaat aandacht geven aan professioneel inhoudelijke zaken en aan communicatie met patiënt, diens naasten en andere betrokken hulpverleners <p>Indeling van overdrachtsmomenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tussen verpleeg, diagnostische of behandelafdelingen Externe overdracht naar huis of andere zorginstelling (ontslagmanagement, inclusief dossievoering en correspondentie) Op verschillende momenten van de dag (bijvoorbeeld middag- of avond overdracht) Tijdens weekend- avond of nachtdiensten. 	
<p><i>Maatschappelijke Thema's</i></p>	<p><i>Canmeds competenties</i></p>	<p><i>Clinical Governance rollen</i></p>
<p><input checked="" type="checkbox"/> Doelmatigheid</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Persoonsgerichte Zorg</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Patiëntveiligheid</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ouderenzorg</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Interprofessioneel samenwerken & opleiden</p>	<p><input type="checkbox"/> Medisch handelen</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Communicatie</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Samenwerking</p> <p><input type="checkbox"/> Kennis en wetenschap</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Maatschappelijk handelen</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Organisatie</p> <p><input type="checkbox"/> Professionaliteit</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Bevorderen open cultuur</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Bevorderen klinische effectiviteit</p> <p><input type="checkbox"/> Toepassen clinical audit</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Risico Management</p> <p><input type="checkbox"/> Onderwijs en training</p> <p><input type="checkbox"/> Onderzoek en ontwikkeling</p>
Vereiste Kennis, Vaardigheden, houding en Gedrag om deze EPA uit te voeren.		
Kennis	Vaardigheid	Attitude
<p>1. Kent de sociale kaart, het zorglandschap en het belang van ketenzorg en weet waar, met wie en wat te overleggen/ hoe zorg te dragen voor continuïteit</p> <p>2. Kent/inzicht in de taken/werkzaamheden/mogelijkheid en van de diverse zorgverleners in belang van continuïteit van zorg</p> <p>3. Kent het belang van goede overdracht bij transitie van zorg</p>	<p><i>Overdracht van patiënten van dienst naar dienst:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Kan de juiste patiënten selecteren die moeten worden besproken tijdens de overdracht. Is in staat om volgens de richtlijnen medisch-inhoudelijk correct de patiënt over te dragen met adequate prioritering van hoofd- en bijzaken en anticiperend beleid af te spreken. Adequate wijze vormgeven informatieoverdracht, die aansluit op de verwachtingen van patiënt en zorgverlener. Is in staat op bondige manier een patiënt te presenteren tijdens overdracht en besprekingen en verzekert zich dat boodschappen zijn overgekomen. <p><i>Dossievoering en correspondentie</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Zorgt voor gestructureerde statusvoering met werkdiagnose en probleemlijst en (anticiperend) beleidsplan. 	<p><i>Leiderschap</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Toont verantwoordelijkheid voor de patiënt waarvoor hij de zorg heeft aanvaard, tot het moment waarop hij zeker heeft gesteld dat de zorg voor de patiënt op correcte wijze met alle benodigde informatie is overgedragen aan een andere arts. Toont verantwoordelijkheid voor het verkrijgen van de noodzakelijke informatie indien hij een patiënt krijgt overgedragen van een collega-arts. <p><i>Reflectie en Professionaliteit</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Toont oog te hebben voor de mogelijkheden en beperkingen van de zorgverleners in het netwerk rondom patiënt. Is respectvol, empathisch en ontvankelijk in interactie met patiënt, familie en zorgverleners

	<p>6. In staat tot tijdige, bondige berichtgeving naar andere zorgverleners</p> <p>7. Toont timemanagement door overdracht, hiermee samenhangende patiënt-zorgtaken en administratie tijdig af te handelen.</p> <p>8. Draagt zorg voor adequate complicatieregistratie.</p> <p>9. Draagt zorg voor tijdige en adequate ontslagbrief conform vigerende richtlijnen.</p> <p><i>Samenwerking en continuïteit van zorg</i></p> <p>10. In staat andere zorgverleners te betrekken in het opstellen van een zorgplan tijdens een multidisciplinaire bespreking of visite</p> <p>11. Staat open voor en reageert op noden en zorgen van patiënt, familie en zorgverleners met als doel veilige en effectieve zorg.</p> <p>12. Kan aan patiënt en familie in begrijpelijke taal medisch-inhoudelijke informatie overbrengen.</p> <p><i>Ontslagmanagement</i></p> <p>13. Draagt zorg voor tijdige en complete overdracht bij ontslag naar huis/andere zorginstelling.</p> <p>14. Overweegt aspecten van doelmatigheid in relatie tot ontslag.</p> <p>15. Houdt rekening met de sociale context van de (oudere) patiënt, de belastbaarheid van mantelzorg en kondigt ontslag tijdig aan bij de huisarts.</p>	
<p>Informatiebronnen om de voortgang te evalueren en verantwoord summatief bekwaam te kunnen verklaren</p>	<p><i>Verplicht:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Introductie – tussengesprek (bij stages ≥ 4 maanden) – eindgesprek • KPB's diverse contexten (bijv. overdracht/ontslag/overplaatsing. Brieven, medische statusvoering (grote) visite en op diverse afdelingen. • KPB door verpleging, m.b.t. ontslagvoorbereiding en uitvoering. <p><i>Facultatief:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kwaliteit- en veiligheidsmanagement aspecten, bijvoorbeeld clinical audit of verbeterproject • Feedback via video, 360° feedback, rondvraag opleider 	
<p>Geschatte fase van de opleiding/stage waarop niveau 4 (ongesuperviseerd) moet worden bereikt</p>	<p>2^e trimester jaar 3 (na afronding klinische stages)</p>	
<p>Expiratie</p>	<p>Bij signalen van onvoldoende uitvoering van coördinatie en continuïteit bij overdracht op de klinische afdeling en tussen afdelingen intra- en extramuraal, na overleg binnen de opleidingsgroep en terugkoppeling aan de aios.</p>	

EPA 3 ZIEKENHUISGENEESKUNDE; GENERALISTISCHE INTEGRALE PATIËNTENZORG

Titel EPA	Omschrijving	
<p><i>Generalistische, integrale patiëntenzorg</i></p> <p><i>Levert generalistische, integrale patiëntenzorg in de context van de specialistische verpleegafdeling. Herkennen en behandelen van presentaties, ziektebeelden en complicaties op het terrein van de ziekenhuisgeneeskunde.</i></p>	<p>-het in en buiten de scope van het ander opnemend specialisme bij de patiënt herkennen en behandelen van presentaties, ziektebeelden en complicaties op het terrein van de ziekenhuisgeneeskunde bij het begin en tijdens het verloop van de opname.</p> <p>-het bij het leveren van klinische patiëntenzorg uitgaan van wat de patiënt zelf kan en kan inbrengen, en daarbij rekening houden met de 6 assen van gezondheid: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, sociaal maatschappelijk participeren en dagelijks functioneren.</p>	
Specificaties en beperkingen	<p>Deze EPA bevat;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het volledig en systematisch in kaart brengen van de patiënt. • Het genereren van een adequaat probleem overzicht met (in overleg) bijbehorende differentiaaldiagnose. • Het herkennen van veranderingen in de klinische toestand van de patiënt en wanneer dit behandeling behoeft. • Het genereren van een adequaat behandelplan. • Toepassen van opgedane kennis en vaardigheden uit voorgaande stages. • Vraagt relevante specialismen gericht en tijdig in consult. • Toepassen van shared decision making. • Herkennen en registreren van complicaties. <p>Kennis van klinische presentaties op de terreinen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interne geneeskunde • Heelkundige Specialismen • Anesthesiologie • Geriatrie • Neurologie <p>NB: overzichten van klinische presentaties zijn opgenomen in de stagebeschrijvingen. Het betreft geen afvinklijsten. Het biedt een overzicht waar de focus moet liggen. Veel presentaties kunnen gezien worden in meerdere stages. De aios kan zelf evalueren of hij kennis heeft opgedaan/expositie heeft gehad aan alle klinische presentaties en hier zijn individuele ontwikkelingsplan op afstemmen.</p> <p>Context; Klinische afdelingen</p> <p>Beperkingen; Patiënten van 18 jaar of ouder.</p>	
<i>Maatschappelijke Thema's</i>	<i>Canmeds competencies</i>	<i>Clinical Governance rollen</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Doelmatigheid <input checked="" type="checkbox"/> Persoonsgerichte Zorg <input checked="" type="checkbox"/> Patiëntveiligheid <input checked="" type="checkbox"/> Ouderenzorg <input checked="" type="checkbox"/> Interprofessioneel samenwerken & opleiden	<input checked="" type="checkbox"/> Medisch handelen <input checked="" type="checkbox"/> Communicatie <input checked="" type="checkbox"/> Samenwerking <input type="checkbox"/> Kennis en wetenschap <input type="checkbox"/> Maatschappelijk handelen <input checked="" type="checkbox"/> Organisatie <input checked="" type="checkbox"/> Professionaliteit	<input type="checkbox"/> Bevorderen open cultuur <input checked="" type="checkbox"/> Bevorderen klinische effectiviteit <input type="checkbox"/> Toepassen clinical audit <input type="checkbox"/> Risico Management <input checked="" type="checkbox"/> Onderwijs en training <input type="checkbox"/> Onderzoek en ontwikkeling
Vereiste Kennis, Vaardigheden, houding en Gedrag om deze EPA uit te voeren.		
Kennis	Vaardigheid	Attitude
<p>1. Kennis van internistische problematiek en complicaties optredend bij patiënten op niet-interne afdelingen (o.a. peri-operatieve zorg)</p> <p>2. Kennis van niet-internistische problematiek en complicaties</p>	<p><i>Onderzoek en behandeling</i></p> <p>1. Brengt de patiënt systematisch en volledig in kaart in de context van het betreffende specialisme.</p> <p>2. Kan eigen beleid onderbouwen aan de hand van de vigerende richtlijnen.</p> <p>3. Zet diagnostische hulpmiddelen</p>	<p><i>Leiderschap</i></p> <p>1. Onderhandelt op respectvolle wijze over medisch beleid, procedures en afspraken en betreft alle zorgverleners daarbij</p> <p>2. Heeft inzicht in eigen handelen en effect daarvan op de samenwerking</p>

<p>optredend bij patiënten op klinische afdelingen</p> <p>3. Kennis van reanimatie en opvang vitaal bedreigde patiënt.</p>	<p>correct in.</p> <p>4. Genereert een adequaat probleem overzicht met (in overleg) bijbehorende differentiaaldiagnose.</p> <p>5. Herkent veranderingen in de klinische toestand van de patiënt en wanneer dit behandeling behoeft.</p> <p>6. Genereert een adequaat behandelplan.</p> <p>7. Vraagt relevante specialismen gericht en tijdig in consult.</p> <p>8. Is in staat om in acute situaties handelend op te treden. (BLS/ALS)</p> <p>9. Past shared decision-making toe.</p> <p>10. Herkent en registreert complicaties.</p> <p><i>Oudere patiënten</i></p> <p>11. Herkent frailty en de kwetsbare / oudere patiënt en past zijn advies hierop aan.</p> <p>12. Herkent polyfarmacie en bijbehorende risico's</p>	<p>3. Treedt daadkrachtig op in acute situaties</p> <p><i>Reflectie en professionaliteit</i></p> <p>4. Heeft inzicht in eigen beperkingen en vraagt waar nodig hulp</p>
<p>Informatiebronnen om de voortgang te evalueren en verantwoord summatief bekwaam te kunnen verklaren</p>	<p><i>Verplicht:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Introductie – tussengesprek (bij stages ≥ 4 maanden) – eindgesprek • KPB's diverse contexten (bijv. organisatie & time management, anamnese, lichamelijk onderzoek, uitvoeren van medisch-technische handelingen, consultatie statusvoering (gericht op uiteen zetten van medische problematiek, formuleren DD en behandelplan. etc.) en op diverse afdelingen. • KPB door verpleging • OSATS behorend bij vigerend specialisme <p><i>Cursussen:</i></p> <p>ABCDE-training (verplicht)</p> <p>BLS/ALS/ACLS (verplicht)</p> <p>FCCS (*nb afhankelijk van ziekenhuisbeleid)</p> <p>Basiscursus Echografie (verplicht)</p> <p><i>Facultatief:</i></p> <p>Andere door aios/opleider relevant geachte instrumenten, bijv.</p> <ul style="list-style-type: none"> • E-learning • EBM-cursussen • Klinisch redeneren • Timemanagement • Rondvraag opleider of 360° beoordeling 	
<p>Geschatte fase van de opleiding/stage</p> <p>Waar niveau 4 (ongesuperviseerd) moet worden bereikt</p>	<p>Niveau 3 bij de start van stage – niveau 4 bij het einde van de stage.</p> <p>NB: het betreft hier het medisch handelen in de context van verschillende specialistische afdelingen. Die context is op iedere afdeling anders en daarom start de aios dan ook op iedere stageafdeling onder supervisie voor wat betreft de specifieke context.</p>	
<p>Expiratie</p>	<p>Bij signalen van onvoldoende uitvoering van het zelfstandig uitvoeren van medisch handelen op de klinische afdeling, na overleg binnen de opleidingsgroep en terugkoppeling aan de aios.</p>	

EPA 4 ZIEKENHUISGENEESKUNDE; PRE- EN POSTOPERATIEVE ZORG

Titel EPA	Omschrijving	
<i>Preoperatieve en postoperatieve zorg</i> <i>Levert preoperatieve en postoperatieve zorg in de klinische setting op de verpleegafdeling</i>	<p>-het in de setting van de klinische patiënt adequaat initiëren en interpreteren van de risicoanalyse in het kader van de preoperatieve screening.</p> <p>-het adequaat leveren van postoperatieve klinische zorg, inclusief pijnbestrijding en het herkennen en behandelen van postoperatieve acute complicaties van peroperatief handelen.</p> <p>-het tijdens de opname en bij transfers adequaat organiseren van op elkaar afgestemde adviezen en zorg van bij het perioperatieve proces betrokken professionals van andere disciplines.</p>	
Specificaties en beperkingen	<p>Deze EPA omvat:</p> <p>Het initiëren van de preoperatieve risico inschatting en optimalisatie van de opgenomen patiënt bij wie een ingreep verricht moet worden. Hierbij worden de benodigde betrokken zorgverleners in consult gevraagd en zo nodig wordt het peroperatieve plan in een MDO besproken. De patiënt en zijn naasten worden adequaat geïnformeerd.</p> <p>Postoperatief wordt een adequaat behandelplan opgesteld voor postoperatieve bestrijding van pijn en misselijkheid en braken, vochtbeleid, drainbeleid, voedingsadviezen en infectiepreventie. Ook is er aandacht voor het tijdig aanpassen van het beleid rond staken, overbruggen en hervatten van antistolling. Bij de patiënt met polyfarmacie is extra aandacht voor de veranderde fysiologie rondom de ingreep en de invloed hiervan op de medicatie.</p> <p>De meest voorkomende complicaties van anesthesiologisch en operatief handelen worden herkend en hier wordt adequaat op gehandeld.</p> <p>Deze EPA is van toepassing op het zorgproces van patiënten <u>> 18jaar</u></p>	
<i>Maatschappelijke Thema's</i>	<i>Canmeds competenties</i>	<i>Clinical Governance rollen</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Doelmatigheid <input checked="" type="checkbox"/> Persoonsgerichte Zorg <input checked="" type="checkbox"/> Patiëntveiligheid <input checked="" type="checkbox"/> Ouderenzorg <input checked="" type="checkbox"/> Interprofessioneel samenwerken & opleiden	<input checked="" type="checkbox"/> Medisch handelen <input checked="" type="checkbox"/> Communicatie <input checked="" type="checkbox"/> Samenwerking <input type="checkbox"/> Kennis en wetenschap <input type="checkbox"/> Maatschappelijk handelen <input checked="" type="checkbox"/> Organisatie <input checked="" type="checkbox"/> Professionaliteit	<input type="checkbox"/> Bevorderen open cultuur <input checked="" type="checkbox"/> Bevorderen klinische effectiviteit <input type="checkbox"/> Toepassen clinical audit <input checked="" type="checkbox"/> Risico Management <input checked="" type="checkbox"/> Onderwijs en training <input type="checkbox"/> Onderzoek en ontwikkeling
Vereiste Kennis, Vaardigheden, houding en Gedrag om deze EPA uit te voeren.		
Kennis	Vaardigheid	Attitude
<ol style="list-style-type: none"> 1. Kennis hebben van het logistieke proces indien een patiënt in de klinische setting voor een ingreep of procedure onder anesthesie aangemeld wordt 2. Kennis van de principes en complicaties van de meest voorkomende anesthesietechnieken (oa PONV, regionale blokkades, urineretentie na neuraxiale anesthesie, postdurale punctie hoofdpijn) 3. Kennis van de principes en complicaties van de meest voorkomende operaties (oa referred pain, subcutaan emfyseem, veranderde GE-motiliteit) 4. Kennis en vaardigheden met betrekking tot wondverzorging en drainbeleid 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aanvragen en interpreteren van de benodigde diagnostische tests in het kader van de preoperatieve risicoanalyse, inclusief beeldvormende technieken en functieonderzoeken 2. Tijdig en gericht aanvragen van de relevante intercollegiale consulten 3. Tijdig herkennen van en behandelen van het postoperatief delier 4. Opstellen van een behandelplan voor het behandelen van postoperatieve verschijnselen als pijn en PONV 5. Herkennen van complicaties van anesthesie 6. Herkennen van complicaties van operatief handelen zoals nabloedingen, infectie, naadlekkage 7. Heldere, volledige, complete en tijdige verslaglegging 8. Zorgdragen voor deskundige en zorgvuldige verslaglegging naar betrokken zorgverleners, zowel intra- als extramuraal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Samenwerken in multidisciplinair team 2. Informeren van patiënt en diens omgeving 3. Herkennen en kunnen aangeven van eigen grenzen 4. Timemanagement 5. Invullen van rol in het kader van clinical governance

Informatiebronnen om de voortgang te evalueren en verantwoord summatief bekwaam te kunnen verklaren	<p><i>Verplicht:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Introductie – tussengesprek (bij stages \geq 4 maanden) -eindgesprek -CAT -Meerdere KPB: organisatie en uitvoer preoperatieve risicoanalyse en optimalisering -Meerdere KPB: opstellen en uitvoeren postoperatieve beleid inclusief verslaglegging -organiseren van MDO rond complexe operatieve patiënt <p><i>Facultatief:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rondvraag opleider of 360° beoordeling <p><i>Informatiebronnen:</i></p> <p>Bestudering van zelfstudiemateriaal, o.a. richtlijn Toezicht Operatief Proces (TOP), ESC/ESA 2014 Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management. Richtlijnen mbt pre-en postoperatieve zorg van de betreffende wetenschappelijke verenigingen, lokale protocollen.</p>	
Geschatte fase van de opleiding/stage Waar niveau 4 (ongesuperviseerd) moet worden bereikt	Na voltooiing van intramurale verplichte stages	
Expiratie	Bij signalen van onvoldoende uitvoering van het zelfstandig leveren van pre- en postoperatieve zorg, na overleg binnen de opleidingsgroep en terugkoppeling aan de aios.	

EPA 5 ZIEKENHUISGENEESKUNDE; POLYFARMACIE

Titel EPA	Omschrijving	
<i>Polyfarmacie</i> <i>Inventariseert en beoordeelt voorgeschreven en gebruikte medicatie in relatie tot specifieke omstandigheden, wensen en mogelijkheden van de individuele patiënt</i>	Inventariseert en beoordeelt voorgeschreven en gebruikte medicatie m.b.t. effectiviteit, interacties, bijwerkingen, toxiciteit en therapietrouw.	
Specificaties en beperkingen	<ul style="list-style-type: none"> • Houdt hierbij rekening met voorgeschiedenis en de specifieke omstandigheden, wensen en mogelijkheden van de individuele patiënt. • EPA voorkomend in verschillende klinische contexten. • Betreft de patiënt van 18 jaar en ouder. • Specifieke aandacht voor de oudere patiënt met multimorbiditeit 	
Maatschappelijke Thema's	Canmeds competenties	Clinical Governance rollen
<input checked="" type="checkbox"/> Doelmatigheid <input checked="" type="checkbox"/> Persoonsgerichte Zorg <input checked="" type="checkbox"/> Patiëntveiligheid <input checked="" type="checkbox"/> Ouderenzorg <input checked="" type="checkbox"/> Interprofessioneel samenwerken & opleiden	<input checked="" type="checkbox"/> Medisch handelen <input type="checkbox"/> Communicatie <input type="checkbox"/> Samenwerking <input checked="" type="checkbox"/> Kennis en wetenschap <input checked="" type="checkbox"/> Maatschappelijk handelen <input type="checkbox"/> Organisatie <input type="checkbox"/> Professionaliteit	<input type="checkbox"/> Bevorderen open cultuur <input checked="" type="checkbox"/> Bevorderen klinische effectiviteit <input type="checkbox"/> Toepassen clinical audit <input checked="" type="checkbox"/> Risico Management <input checked="" type="checkbox"/> Onderwijs en training <input checked="" type="checkbox"/> Onderzoek en ontwikkeling
Vereiste Kennis, Vaardigheden, houding en Gedrag om deze EPA uit te voeren.		
Kennis	Vaardigheid	Attitude
<ol style="list-style-type: none"> 1. Vindt en gebruikt kennisbronnen op het gebied van farmacotherapie 2. Heeft kennis van relevante richtlijnen m.b.t. polyfarmacie in de acute en chronische zorg bij patiënten met multimorbiditeit zoals ouderen, cardiovasculair risicomangement, diabetes mellitus, pijnbehandeling, gebruik van sedativa en andere psychofarmaca en andere relevante richtlijnen en literatuur. 3. Heeft kennis van basisprincipes van farmacokinetiek, farmacodynamiek en farmacovigilantie en herkent klinische relevante gevolgen hiervan bij farmacotherapie. 4. Heeft kennis van het rationeel toepassen van farmacotherapie bij individuele patiënten met specifieke aandacht voor (oudere) patiënten met multimorbiditeit 	<p><i>Anamnese, onderzoek, diagnostiek</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beoordeelt systematisch het geneesmiddelgebruik van de individuele patiënt. 2. Identificeert farmacotherapie-gerelateerde problemen en risico's. 3. Identificeert (risico's van) potentieel ongeschikte medicatie. 4. Toetst medicatiebeleid bij verdenking op intoxicaties 5. Beoordeelt of farmacotherapie bijdraagt aan kwaliteit van leven bij de individuele patiënt. <p><i>Behandelplan</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Beoordeelt medicatie zelfstandig en past START en STOPP-criteria rationeel toe 7. Beoordeelt de mate van gezondheidswinst in relatie tot het behandelplan 8. Optimaliseert farmacotherapeutische behandeling bij de oudere patiënt met polyfarmacie en multimorbiditeit. 	<p><i>Leiderschap</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zorgt voor goede overdracht 2. Draagt zorg voor effectieve behandelrelatie <p><i>Reflectie & Professionaliteit</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Toont zich vaardig in interprofessionele en interdisciplinaire communicatie en samenwerking 4. Heeft inzicht in eigen beperkingen en vraagt waar nodig hulp
Informatiebronnen om de voortgang te evalueren en verantwoord summatief bekwaam te kunnen verklaren	<p>Verplicht:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introductie – tussengesprek (bij stages ≥ 4 maanden) – eindgesprek • De aios heeft tenminste tienmaal zelfstandig een medicatiebeoordeling verricht bij een klinische patiënt binnen verschillende specialistische settings • KPb's diverse contexten (zie hieronder) <p>Facultatief:</p> <ul style="list-style-type: none"> • een referaat of klinische conferentie houden m.b.t. farmacotherapie • KPb medicatiebeoordeling 	

	<ul style="list-style-type: none"> • KPB communicatie met patiënten • KPB samenwerking/regievoering • KPB antibiotica- of farmacotherapiebespreking • Beoordeling gespreksvoering door supervisor/video opname consult
Geschatte fase van de opleiding/stage waarop niveau 4 (ongesuperviseerd) moet worden bereikt	Indirecte supervisie (niveau 3) tot na afronding stage geriatrie
Expiratie	Bij signalen van onvoldoende uitvoering van het beoordelen en voorschrijven van medicatie op de klinische afdeling, na overleg binnen de opleidingsgroep en terugkoppeling aan de aios.

EPA 6: ZIEKENHUISGENEESKUNDE; LEIDEN EN BORGEN VAN MULTI-DISCIPLINAIRE EN INTERPROFESSIELE⁵ SAMENWERKING OP DE KLINISCHE VERPLEEGAFDELING

<p>Titel EPA</p> <p><i>Leiden en borgen van multidisciplinaire en interprofessionele samenwerking op de klinische verpleegafdeling</i></p> <p><i>Vervult een sleutelrol en borgt interprofessionele samenwerking op de klinische verpleegafdeling</i></p>	<p>Omschrijving</p> <p>-het bijdragen aan en nemen van gepaste verantwoordelijkheid voor efficiënte, effectieve en doelmatige samenwerking met andere zorgprofessionals (medisch, verpleegkundig en overig) in het zorgproces met en rondom de patiënt.</p>	
<p>Specificaties en beperkingen</p>	<p>Deze EPA omvat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betrekken van overige zorgverleners in het opstellen van een (gezamenlijk) zorgplan en het onderhandelen over beleid, procedures en afspraken. • Verantwoordelijkheid nemen voor patiëntveiligheid en kwaliteitsverbetering bij inzet van interprofessionele samenwerking. • Leiderschap tonen binnen een interprofessioneel team op de klinische verpleegafdeling. • Het optimaliseren van de zorg voor opgenomen patiënten door andere zorgverleners in consult te vragen of door interprofessionele bespreking. • Toepassen van Shared Decision Making en adequate informatievoorziening aan patiënt en zijn naasten. Het scholen, superviseren en begeleiden van andere zorgprofessionals in hun klinische taken op de afdeling. 	
<p>Maatschappelijke Thema's</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Doelmatigheid</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Persoonsgerichte Zorg</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Patiëntveiligheid</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ouderenzorg</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Interprofessioneel samenwerken & opleiden</p>	<p>Canmeds competenties</p> <p><input type="checkbox"/> Medisch handelen</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Communicatie</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Samenwerking</p> <p><input type="checkbox"/> Kennis en wetenschap</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Maatschappelijk handelen</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Organisatie</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Professionaliteit</p>	<p>Clinical Governance rollen</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Bevorderen open cultuur</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Bevorderen klinische effectiviteit</p> <p><input type="checkbox"/> Toepassen clinical audit</p> <p><input type="checkbox"/> Risico Management</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Onderwijs en training</p> <p><input type="checkbox"/> Onderzoek en ontwikkeling</p>
<p>Vereiste Kennis, Vaardigheden, houding en Gedrag om deze EPA uit te voeren.</p>		
<p>Kennis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kennis van de organisatie, logistiek en werkwijzen op de verpleegafdeling 2. Bekend met protocollen (of waar deze te vinden) van de betreffende afdeling/het betreffende specialisme) 3. Kennis van de mogelijkheden en (on)mogelijkheden van de verpleging, fysiotherapie, diëtiëk, 	<p>Vaardigheid</p> <p><i>Teamvorming met verpleging en andere zorgprofessionals</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vormt een netwerk rond de patiënt waarin de benodigde expertise / bekwaamheid is vertegenwoordigd ten behoeve van de zorgverlening aan de patiënt. 2. Benut de verschillende expertise effectief en efficiënt. 3. Integreert adviezen van verpleging, 	<p>Attitude</p> <p><i>Leiderschap-Samenwerken in Multidisciplinair team</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. In staat verschillende standpunten te bekijken en handelen in 'best interest' van de patiënt. 2. De balans kunnen vinden in plaatsbepaling en zelfstandigheid ten opzichte van de 'klassieke' specialismen. 3. Toont inzicht in belangen van de

⁵ Multidisciplinair: betreft de verschillende disciplines binnen 1 professie (bijv. internisten, chirurgen, oncologen)

Interdisciplinair: samenwerking tussen verschillende disciplines binnen 1 professie.

Multi-professioneel: betreft verschillende professionele groepen (bijv. medisch specialisten, verpleegkundigen, fysiotherapeuten) die de een na de ander (sequentieel), dus zonder veel interactie met elkaar, zorgverleners.

Interprofessioneel: samenwerken met verschillende professionals uit verschillende disciplines op basis van gedeelde uitgangspunten.

<p>ergotherapie, logopedie, medische psychologie en geestelijke verzorging.</p> <p>4. Kennis hebben van mogelijkheden om de interprofessionele samenwerking te behouden en te bevorderen;</p> <p>5. Kennis van de belangrijkste groepsdynamische principes en het effect daarvan op samenwerking.</p>	<p>consulent(en) in het eigen diagnostisch en therapeutisch handelen</p> <p>4. Betreft andere zorgverleners zowel intra- als extramuraal tijdig in het opstellen van een zorgplan tijdens een multidisciplinaire bespreking of visite.</p> <p>5. Levert doelmatige zorg op maat, gaat efficiënt om met beschikbare middelen.</p> <p>6. Draagt bij aan het ontwikkelen van gedeelde verantwoordelijkheid een gemeenschappelijke visie en een doelgerichte aanpak.</p> <p><i>Leidinggeven aan multidisciplinair overleg</i></p> <p>7. Kan als technisch voorzitter een multidisciplinair teamoverleg adequaat en met respect voor de verschillende disciplines leiden.</p> <p>8. Is in staat om de kwaliteit van interprofessionele samenwerking te evalueren en te optimaliseren.</p> <p>9. Kan werken onder druk en prioriteiten stellen.</p> <p><i>Bespreken van beleid en behandelplan</i></p> <p>10. Draagt zorg voor shared decision making met de patiënt.</p> <p>11. Heeft en toont inzicht in en respect voor noden en vragen van de patiënt en diens naasten</p> <p>12. Bespreekt op respectvolle wijze medisch beleid, procedures en afspraken.</p>	<p>ander en het effect daarvan op samenwerking</p> <p>4. De aios is respectvol in interactie met zorgverleners.</p> <p>5. De aios staat open voor en reageert op noden en zorgen van zorgverleners met als doel veilige en effectieve zorg.</p> <p><i>Reflectie en professionaliteit</i></p> <p>6. Herkent en geeft eigen grenzen aan.</p> <p>7. Is in staat om in de samenwerking met andere zorgverleners de eigen grenzen te bewaken. Toont daarbij een goede balans tussen assertiviteit en flexibiliteit met oog voor het belangen van de patiënt.</p> <p>8. Stelt zich toetsbaar op, kan reflecteren op eigen handelen en dat van het team en kan op basis daarvan gedrag bijstellen en daarvan leren.</p>
<p>Informatiebronnen om de voortgang te evalueren en verantwoord summatief bekwaam te kunnen verklaren</p>	<p><i>Verplicht:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Introductie – tussengesprek (bij stages ≥ 4 maanden) – eindgesprek • KPB's diverse contexten (bijv. door supervisor, gesprek aios met co, (grote) visite door verpleging (hier essentieel!) MDO) <p><i>Facultatief:</i></p> <p>Andere door aios/opleider relevant geachte instrumenten, bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> • verslaglegging van multi- of interdisciplinaire besprekingen • Rondvraag opleider of 360° beoordeling • Video-reflectieverslag bij een opname van bijvoorbeeld een MDO. 	
<p>Geschatte fase waarop niveau 4 (ongesuperviseerd) moet worden bereikt</p>	<p>-Eind 2^{de} opleidingsjaar</p>	
<p>Expiratie</p>	<p>Indien bij meerdere stages door de stagehouder wordt aangegeven dat de aios onvoldoende zelfstandig kan werken. Dit is teruggekoppeld aan de aios en er na een verbeterplan bij de volgende stage nog geen verbetering zichtbaar is.</p>	

EPA 7 ZIEKENHUISGENEESKUNDE; KWALITEITSVERBETERING EN PATIËNTVEILIGHEID

Titel EPA	Omschrijving	
<p><i>Kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheid</i></p> <p><i>Vervult een leidende rol op het gebied van kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheid</i></p>	<p>-het actief bijdragen aan het borgen en bevorderen van de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg, zowel op het niveau van de individuele patiënt als op het niveau van de afdeling en de organisatie.</p> <p>-het, als kartrekker, initiëren, implementeren en evalueren van kwaliteitsverbetering op de klinische afdeling, uitgaand van de 6 dimensies van klinische kwaliteit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effectief • Veilig • Tijdig • Efficiënt • Gelijkwaardig Toebedeeld • Patiënt Georiënteerd <p>-het begeleiden en verbinden van zorgprofessionals en andere stakeholders bij het bedenken, vormgeven en uitvoeren van projecten voor kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheid.</p>	
Specificaties en beperkingen	<p>Deze EPA omvat alle activiteiten vanuit het perspectief van clinical governance die er toe bijdragen dat de ziekenhuisarts ... :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Weet of de juiste dingen worden gedaan, op de juiste manier, en actie onderneemt als dat niet zo is, gebruik makend van kwaliteitsverbeteringssystematiek en technieken, waaronder Clinical Audit; • Bijdraagt aan 'de juiste dingen,' door kwaliteitsonderzoek en onderbouwen en toepassen van evidence based practice • Bijdraagt aan het zodanig inrichten en uitvoeren van de klinische zorg dat die voldoet aan verwachtingen van gebruikers/patiënten en hiertoe kwaliteitsinformatie kan vergaren, interpreteren en de nodige acties ondernemen. • Principes omtrent patiëntveiligheid actief gebruikt en bijdraagt aan veilige cultuur op de klinische afdeling; • Leiding kan geven aan verbeterprocessen en verbeterteams om kwaliteit van zorg te verbeteren. 	
<i>Maatschappelijke Thema's</i>	<i>Canmeds competenties</i>	<i>Clinical Governance rollen</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Doelmatigheid <input checked="" type="checkbox"/> Persoonsgerichte Zorg <input checked="" type="checkbox"/> Patiëntveiligheid <input checked="" type="checkbox"/> Ouderenzorg <input checked="" type="checkbox"/> Interprofessioneel samenwerken & opleiden	<input type="checkbox"/> Medisch handelen <input checked="" type="checkbox"/> Communicatie <input checked="" type="checkbox"/> Samenwerking <input checked="" type="checkbox"/> Kennis en wetenschap <input type="checkbox"/> Maatschappelijk handelen <input checked="" type="checkbox"/> Organisatie <input type="checkbox"/> Professionaliteit	<input checked="" type="checkbox"/> Bevorderen open cultuur <input checked="" type="checkbox"/> Bevorderen klinische effectiviteit <input checked="" type="checkbox"/> Toepassen clinical audit <input checked="" type="checkbox"/> Risico Management <input checked="" type="checkbox"/> Onderwijs en training <input checked="" type="checkbox"/> Onderzoek en ontwikkeling
Vereiste Kennis, Vaardigheden, houding en Gedrag om deze EPA uit te voeren.		
Kennis	Vaardigheid	Attitude
<ol style="list-style-type: none"> 1. Kennis met betrekking tot het concept en de componenten van Clinical Governance en hoe zij als systeem samenhangen. 2. Kennis van (de-)implementatiemethodiek. 3. Kennis om vanuit een systeembenadering de organisatie en kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid te beïnvloeden. 4. Kennis van visie en strategie 	<p><i>Clinical Audit</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formuleren van auditdoelstelling 2. Bepalen en uitvoeren van datacollectie voor Clinical Audit. 3. Bepalen en uitvoeren van verbetermaatregelen in het kader van Clinical Audit. <p><i>Kwaliteitsverbetering</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Signaleren van kwaliteitstekorten en ondoelmatigheid 5. Analyseren van oorzaken van 	<p><i>Leiderschap</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Staat open voor feedback 2. Respecteert de mening van andere teamgenoten; 3. Toont zich verantwoordelijk voor de proceskwaliteit van de geleverde klinische zorg. 4. Hanteert een coachende stijl binnen groepswerk <p><i>Reflectie en professionaliteit</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Reflecteert op eigen stijl en

<p>inzake veiligheidsmanagement</p> <p>5. Kennis van de eigen organisatie en van projectmanagement</p> <p>6. Kennis van Just Culture, teamdynamiek en leiderschapsstrategieën.</p>	<p>kwaliteitstekorten of patiëntveiligheidsissues en toepassen van technieken zoals procesanalyse, benchmarking, kwalitatieve onderzoeksmethoden</p> <p>6. Implementatie van verbeteringen in de zorg en waarborgen dat deze verbeteringen gedeeld worden.</p> <p><i>Samenwerken en leiderschap in verbeterteams</i></p> <p>7. Het samenstellen en aansturen van multiprofessionele verbeterteams.</p> <p>8. Bevorderen van open cultuur.</p> <p><i>Patiëntveiligheid</i></p> <p>9. Registreert en analyseert incidenten en complicaties en toont betrokkenheid bij de terugkoppeling</p> <p>10. Handelt vanuit richtlijnen en procedures</p>	<p>gedrag binnen het team.</p> <p>6. Maakt problemen in de organisatie van zorg bespreekbaar, zowel binnen de klinische afdelingen als extramuraal.</p>
<p>Informatiebronnen om de voortgang te evalueren en verantwoord summatief bekwaam te kunnen verklaren</p>	<p><i>Verplicht (met opleider en/of kwaliteitsfunctionaris)</i></p> <p>Introductie – jaarlijks tussengesprek– eindgesprek</p> <ul style="list-style-type: none"> - CAT -verslag clinical audit -kwaliteitsverbeterproject in het kader van het meesterstuk -KPB's (specifieke KPB's m.b.t. PV/kwaliteitszorg: o.a. multidisciplinair overleg, complicatiebespreking) binnen verschillende afdelingen -opdrachten Lintprogramma -geeft (klinisch) onderwijs aan co-assistenten, (student)verpleegkundigen of andere (paramedische) zorgprofessionals <p><i>Verplichte Cursus: Lintprogramma Kwaliteit en Patiëntveiligheid</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Quality Improvement ("Schierweek 1") -Clinical Governance ("Schierweek 2") <p><i>Facultatief</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -reflectieverslag -video-verslagen - Rondvraag opleider/kwaliteitsfunctionaris of 360° beoordeling -certificaten van overige trainingen (vb SBAR, PRISMA) 	
<p>Geschatte fase van de opleiding/stage waar niveau 4 (ongesuperviseerd) moet worden bereikt</p>	<p>Einde opleiding</p> <p>1^e jaar opleiding: oriëntatie</p> <p>2^e jaar opleiding: onder begeleiding uitvoeren van activiteiten</p> <p>3^e jaar opleiding: zelfstandig uitvoeren van activiteiten.</p>	
<p>Expiratie</p>	<p>Expiratie: 1 jaar zonder oefening na toewijzing van het EPA-niveau en bij signalen van onvoldoende uitvoering van het zelfstandig uitvoeren van kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheidsprojecten op de klinische afdeling, na overleg binnen de opleidingsgroep en terugkoppeling aan de aios.</p>	

EPA 8 ZIEKENHUISGENEESKUNDE; WETENSCHAPPELIJKE ONTWIKKELING

<i>Titel EPA</i>	Omschrijving	
<i>Wetenschappelijke ontwikkeling</i> <i>Ontwikkelt en onderbouwt het profiel ziekenhuisgeneeskunde en draagt het uit binnen en buiten de klinische setting</i>	-Draagt bij aan de wetenschappelijke ontwikkeling van het eigen vakgebied, zowel op medisch inhoudelijk terrein als gezien vanuit het perspectief van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid, door wetenschappelijk, kritisch denken en werken.	
Specificaties en beperkingen	Het betreft de beroeps specifieke activiteiten die niet direct gerelateerd zijn aan directe patiëntzorg, maar wel essentieel zijn om het beroep als profielarts uit te voeren. Voor relevante onderwerpen zie wetenschapsagenda VvZG. Naast aandacht voor kwaliteit en patiëntveiligheid middels een meesterstuk, draagt de ziekenhuisarts bij aan wetenschappelijke ontwikkelingen.	
<i>Maatschappelijke Thema's</i>	<i>Canmeds competenties</i>	<i>Clinical Governance rollen</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Doelmatigheid <input type="checkbox"/> Persoonsgerichte Zorg <input checked="" type="checkbox"/> Patiëntveiligheid <input type="checkbox"/> Ouderenzorg <input checked="" type="checkbox"/> Interprofessioneel samenwerken & opleiden	<input checked="" type="checkbox"/> Medisch handelen <input type="checkbox"/> Communicatie <input type="checkbox"/> Samenwerking <input checked="" type="checkbox"/> Kennis en wetenschap <input type="checkbox"/> Maatschappelijk handelen <input type="checkbox"/> Organisatie <input checked="" type="checkbox"/> Professionaliteit	<input checked="" type="checkbox"/> Bevorderen open cultuur <input type="checkbox"/> Bevorderen klinische effectiviteit <input checked="" type="checkbox"/> Toepassen clinical audit <input type="checkbox"/> Risico Management <input type="checkbox"/> Onderwijs en training <input checked="" type="checkbox"/> Onderzoek en ontwikkeling
Vereiste Kennis, Vaardigheden, Houding en Gedrag om deze EPA uit te voeren.		
Kennis	Vaardigheid	Attitude
1. Basiskennis van epidemiologie en statistiek 2. Kennis van bronnen waar relevantie literatuur gevonden wordt 3. Kennis van en inzicht in relevante onderzoekstechnieken 4. Kennis van onderdelen/opbouw wetenschappelijk artikel 5. Kennis van evidence-based medicine (EBM) 6. en de beperkingen hiervan 7. Kennis van generaliseerbaarheid en selectiebias	1. Kan richtlijnen en literatuur systematisch opzoeken en kritisch beoordelen 2. Kan richtlijnen patiëntgericht toepassen in de dagelijkse praktijk en waar nodig beargumenteerd afwijken 3. Draagt bij aan wetenschap gemeten aan een wetenschappelijk product of vergelijkbaar product 4. Kan adequaat bijdrage leveren aan onderzoek 5. Kritisch beoordelen van een artikel 6. Mede ontwikkelen van richtlijn/protocol 7. Doen van een CAT of referaat 8. Schrijven van een abstract/casereport/artikel en past relevante onderzoekstechnieken toe	1. Houdt vakliteratuur bij 2. Participeert waar gevraagd aan dataverzameling en patiënten inclusie 3. Stelt kritische vragen 4. Blijft actief op de hoogte van actuele onderzoeken, richtlijnen, protocollen
Informatiebronnen om de voortgang te evalueren en verantwoord summatief bekwaam te kunnen verklaren	<ul style="list-style-type: none"> • CAT 2x per jaar gekoppeld aan onderwerp/patiënten casus stage • Adequaat toepassen van Evidence Based Medicine • Een maal per jaar een referaat houden, waarbij vooral aandacht besteed wordt aan het kritisch evalueren van de studie. • Aanbevolen wordt om een artikel te publiceren, b.v. case report in een peer reviewed tijdschrift of actief betrokken te zijn bij het opstellen van een lokale of landelijke richtlijn. • Deelname aan Casuïstiekbespreking • Bijwonen van een (inter)nationaal congres op het terrein van de ziekenhuisgeneeskunde 	
Geschatte fase van de opleiding/stage waarop niveau 4 (ongesuperviseerd) moet worden bereikt	Einde opleiding	
Expiratie	...	

BIJLAGE 2: STAGEBESCHRIJVINGEN

TOELICHTING OPZET STAGEBESCHRIJVINGEN

Elke stagebeschrijving bestaat uit twee hoofdonderdelen, te weten: *Klinische presentaties & Stagespecifieke themas* en *Toetsbare handelingen & Aantoonbaar maken van bekwaamheid*. Het eerste hoofdonderdeel betreft de inhoud van wat de aios tegenkomt binnen een stagecontext, het tweede hoofdonderdeel betreft datgene waarop de aios moet worden getoetst door de stagehouder/opleidingsgroep.

KLINISCHE PRESENTATIES

Onder klinische presentaties wordt in het opleidingsplan verstaan: de specifieke (vaak contextgebonden) patiëntenkenmerken waarmee de aios in aanraking komt tijdens zijn stage. Het geeft een globaal beeld aan de aios en aan de opleiders van de situaties die aan bod zouden moeten komen tijdens stages. Het is niet de bedoeling dat hierop per onderdeel getoetst of afgevinkt wordt, maar biedt een handvat waar de focus moet liggen. Veel klinische presentaties kunnen worden gezien in meerdere stages. De aios kan aan de hand van de opsomming, eventueel samen met de stagehouder evalueren of hij voldoende kennis heeft opgedaan en voldoende expositie heeft gehad aan de relevante klinische presentaties en relevante ziektebeelden en eventuele individuele leerdoelen (IOP) hierop afstemmen.

STAGESPECIFIEKE THEMA'S EN LEERDOELEN

Thema's en leerdoelen die met een specifieke stage samenhangen zijn beschreven hier beschreven en vormen een basis voor het lokale opleidingsplan. Deze items geven de stagespecifieke verdieping aan binnen de algemene EPA's van de ziekenhuisarts. Elke stage kent stagespecifieke thema's, waaronder de aios (met de stagehouder) persoonlijke leerdoelen formuleert die in het IOP terecht komen.

(COGNITIEVE) VAARDIGHEDEN EN HET AANTOONBAAR MAKEN VAN BEKWAAMHEID

"Wat moet de aios kunnen" aan het einde van de stage? De onderwerpen die onder deze kop benoemd worden hebben als doel de aios inzicht te geven welke (cognitieve) (be)handelingen hij moet beheersen. Tevens kan de stagehouder aan de hand van deze handelingen zien wat hij kan/moet verwachten van de ziekenhuisarts binnen de stage in zijn aandachtsgebied. De aios moet indicatiestelling en risico's van de genoemde (be)handelingen kennen en meewegen. Enkele van de genoemde (be)handelingen moet hij kunnen ook zelfstandig kunnen uitvoeren.

In de stagebeschrijving is specifiek benoemd welke onderwerpen met welke toets- of evaluatiemiddel moeten worden beoordeeld. Elke stage kent een introductie, een tussen- en eindgesprek. (naar behoefte kunnen meerdere tussentijdse gesprekken worden ingevoerd). Daarnaast wordt de voortgang tijdens de stage geëvalueerd met KPB's, OSATS, Cat/referaat/patiëntenbesprekingen en overige instrumenten zoals videoreflectie en 360 graden feedback. De toetsinstrumenten kunnen worden gekoppeld in het elektronisch portfolio aan de EPA's die tijdens de stage aan de orde komen, alsmede aan de stagespecifieke thema's en leerdoelen. Stagespecifieke cursussen en overig onderwijs worden binnen de stageperiode gevolgd. De aios besteedt gemiddeld 1 dag/2 weken aan de niet-patiëntgebonden activiteiten van EPA 7. De stagehouder beoordeelt met name de stagespecifieke leerdoelen) en adviseert de opleider over de ontwikkeling van de aios op het terrein van de EPA's en de competenties.

De stagebeschrijvingen vormen (samen met de EPA's) het raamwerk op basis waarvan de lokale opleidingsplannen worden ontwikkeld. Binnen de lokale context kunnen bijzonderheden nader worden gespecificeerd.

STAGE INTERNE GENEESKUNDE EN ACUTE PROBLEMATIEK

ALGEMENE KLINISCHE PRESENTATIES

De hieronder volgende klinische presentaties kunnen aan bod komen tijdens de stage. Let wel: het is GEEN afvinklijst. Onderstaand overzicht geeft inzicht in waar de focus moet liggen. Veel klinische presentaties kunnen worden gezien in meerdere stages. De aios kan hiermee, evt samen met de (stage)opleider, evalueren of hij kennis heeft opgedaan en voldoende expositie heeft gehad aan de relevante klinische presentaties en relevante ziektebeelden en eventuele individuele leerdoelen hierop afstemmen.

- Anafylaxie
- Anemie/Trombopenie/leukopenie
- Artritis en overige gewrichtsklachten
- Bloeding (gastro-intestinaal, neus, long, urogenitaal, nabloeding) al of niet bij gebruik antocoagulantia
- Dyspnoe (COPD, astma, hartfalen, pneumothorax)
- Elektrolytstoornissen en zuur-basestoornissen
- Glucose ontregeling
- Huidafwijkingen (cellulitis, systemische huidziekten)
- Hypertensie
- Hypotensie en shock
- Hypoxemie
- Koorts (CAP, HAP, UWI, sepsis, wondinfecties, hyperthermie, kraamkoorts, postoperatief, eci)
- Leverenzym- en functiestoornissen
- Mictieklachten
- Misselijkheid en braken
- Nierfunctiestoornis (nierinsufficiëntie, proteïnurie, afwijkend urinesediment)
- Oedeem
- Palpaties (ritmestoornissen)
- Pijn in de extremiteiten (dik been)
- Pijn op de borst (w.o. pijn vastzittend aan de ademhaling)
- Rugpijn (+flankpijn)
- Schildklierfunctiestoornissen
- Tromboembolie
- Veranderd defaecatiepatroon (diarree, obstipatie)
- Verhoogde bloedingsneiging

STAGESPECIFIEKE THEMA'S EN LEERDOELEN

Elke stage kent stagespecifieke thema's, waaronder de aios (met de opleider) persoonlijke leerdoelen formuleert.

- Aanvraag en interpretatie labuitslagen en onderzoek: kennis betreffende het "internistisch denken". Inzicht in laboratorium-diagnostiek, beeldvormende diagnostiek en therapeutisch beleid.
- Antistolling en stolling
- Diabetesregulatie

- Eerste opvang van patiënten met acute problematiek
- Farmacotherapie, farmacovigilantie, polyfarmacie, bijwerkingen en interacties: Kennis en inzicht in Farmacologie
- Infectie en antibioticabeleid, met aandacht voor afweer
- Kwetsbare patiëntengroepen

TOETSBARE HANDELINGEN

(Cognitieve) vaardigheden van de ziekenhuisarts. De aios moet indicatiestelling en risico's van onderstaande (be)handelingen kennen en meewegen.

- Kan vanuit verschillende oogmerken (informatievoorziening, adresseren van emoties, informed consent verkrijgen, shared - decision making) gesprekken voeren met patiënt en familie
- Kan een arteriepunctie en venapunctie uitvoeren
- Herkent de indicatie (invasieve) diagnostiek (punctie, echo, ECG)
- Kan de indicatiestellen voor non-invasieve bloeddrukmeting en saturatiemeting
- Kan de indicatie stellen en de risico's managen van het inbrengen een maagsonde, blaaskatheter, intravasale lijnen.
- Beheerst basale echovaardigheden t.b.v. VCI volumestatus, basale longechografie, urinewegen, abdominale aorta en vaststellen intraperitoneaal vocht, basale abdominale echografie.⁶
- Is in staat om een patiënt te benaderen en te onderzoeken volgens ABCDE-methodiek, en om Basic en Advanced Life Support te geven⁷.

AANTOONBAAR MAKEN VAN BEKWAAMHEID

Elke stage kent een introductie, een tussentijds en een eindgesprek. (naar behoefte kunnen meer tussentijdse gesprekken worden ingelast). Daarnaast wordt de voortgang tijdens de stage geëvalueerd met KPB's, OSATS, Cat/referaat/patiëntenbesprekingen en overige instrumenten zoals videoreflectie en 360 graden feedback. De toetsinstrumenten worden gekoppeld aan de EPA's die tijdens de stage aan de orde komen, alsmede aan de stagespecifieke thema's en leerdoelen. Stagespecifieke cursussen en overig onderwijs worden binnen de stageperiode gevolgd. De aios besteedt gemiddeld 1 dag/2 weken aan de niet-patiëntgebonden activiteiten van EPA 7. De stagehouder beoordeelt met name de stagespecifieke leerdoelen en adviseert de opleider over de ontwikkeling van de aios op het terrein van de EPA's en de competenties.

- KPB gespreksvoering (diverse situaties, diverse contexten)
- OSATS diverse genoemde vaardigheden
- KPB Stagecontext-specifieke slecht nieuws gesprek
- KPB anamnese en lichamelijk onderzoek
- KPB Stagecontext-specifieke brieven

⁶ Er wordt voor wat betreft het aanleren van echo-vaardigheden voor de aios Ziekenhuisgeneeskunde aangesloten aan de eisen (en de lokale implementatie) van dit onderwerp zoals geformuleerd het eerste jaar van de opleiding Interne Geneeskunde.

⁷ vaardigheden horend bij advanced life support (kapbeademing, inbrengen Guedell, iv toegangsweg) komen aan de orde tijdens stage anesthesiologie en maken dan deel uit van het lokale opleidingsplan.

- KPB Stagecontext-specifieke visite
- KPB's relevant voor de EPA's die in de stage aan bod komen, te weten: EPA 1,2,3,5,6,7,8

STAGE PERI-OPERATIEVE ZORG (ANESTHESIOLOGIE)

Toelichting: klinische presentaties zijn patiëntenkenmerken waarmee de aios in aanraking komt tijdens zijn stage. Het geeft een globaal beeld aan de aios en aan de opleider van de situaties die aan bod zouden moeten komen tijdens stages. Het is niet de bedoeling dat hierop getoetst of afgevinkt wordt. Thema's en leerdoelen die met deze specifieke stage samenhangen, worden in onderstaande kolom beschreven. Deze items geven de stagespecifieke verdieping aan binnen de algemene EPA's van de ziekenhuisarts .

ALGEMENE KLINISCHE PRESENTATIES

De hieronder volgende klinische presentaties kunnen aan bod komen tijdens de stage. Let wel: het is GEEN afvinklijst. Onderstaand overzicht geeft inzicht in waar de focus moet liggen. Veel klinische presentaties kunnen worden gezien in meerdere stages. De aios kan hiermee, evt samen met de (stage)opleider, evalueren of hij kennis heeft opgedaan en voldoende expositie heeft gehad aan de relevante klinische presentaties en relevante ziektebeelden en eventuele individuele leerdoelen hierop afstemmen.

DOMEIN PRE EN PER-OPERATIEF

- Anafylaxie
- Anemie
- Angst
- Braken
- Collaps
- Dyspnoe (COPD, astma, hartfalen, pneumothorax)
- Elektrolytstoornissen en zuur-basestoornissen
- Hypertensie
- Hypotensie en shock
- Hypoxemie
- Koorts (CAP, HAP, UWI, sepsis, wondinfecties, hyperthermie, postoperatief, eci)

DOMEIN POST-OPERATIEF

- Leverenzym- en functiestoornissen
- Mictieklachten
- Misselijkheid
- Neurologische uitvalsverschijnselen
- obstructieve slaap apneu
- opiaat intoxicatie
- Palpaties (ritmestoornissen)
- Pijn op de borst (w.o. pijn vastzittend aan de ademhaling)
- respiratoire insufficiëntie
- Trombo-embolie
- Verhoogde bloedingsneiging
- Verwardheid en delier (inclusief onttrekkingsdelier)

DOMEIN PIJN

- Somatische pijn
- Neuropathische pijn

DOMEIN PALLIATIE

- Levensende vraagstukken, palliatie
- Angst
- Somberheid en verdere geestelijke gesteldheid

STAGESPECIFIEKE THEMA'S EN LEERDOELEN

Elke stage kent stagespecifieke thema's, waaronder leerdoelen zijn geformuleerd.

DOMEIN PRE EN PER-OPERATIEF

- Kennis van specifieke anesthesiologische anamnese en lichamelijk onderzoek op de POS
- Geven van voorlichting en krijgen van informed consent op de POS
- Kennis van anesthesietechnieken en effecten hiervan op de fysiologie van de patiënt
- Toegepaste kennis van (patho)fysiologie en farmacologie van circulatie, respiratie en centraal zenuwstelsel bij operatieve patiënten
- Anesthesiologische complicaties en de behandeling hiervan

DOMEIN POST-OPERATIEF

- Kennis van de opvang van post-operatieve patiënten
- Kennis van anesthesiemiddelen, vasoactieve stoffen en analgetica in de post-operatieve setting
- Praktische kennis en toepassing van kennis betreffende veel voorkomende acute post-operatieve problemen
- Herkennen en behandelen van acute problemen in de post-operatieve fase met aandacht voor hypovolemie, myocardinfarct, hartfalen, ritmestoornissen, respiratoire insufficiëntie, obstructief longlijden, obstructieve slaapapneu, nierfunctie en verlaagd bewustzijn
- Beoordelen van uitwerking en herkennen complicaties bij perioperatieve pijnstilling van en bij locoregionale en epidurale technieken.

DOMEIN PIJN

- Leren omgaan met en behandelen van patiënten met acute en chronische pijn
- Kennis hebben van de basale behandeling en het verschil in behandeling tussen somatische en neuropathische pijn
- Praktische kennis van de behandeling van de chronische pijn patiënt in de postoperatieve setting

DOMEIN PALLIATIE

- Kennis van de basale principes van palliatieve zorg bij opgenomen patiënten
- Samenwerken met diverse zorgverleners (intra- en extramuraal) om de zorg voor de patiënt in de palliatieve setting te optimaliseren

TOETSBARE HANDELINGEN

STAGE-SPECIFIEKE VAARDIGHEDEN

De aios moet indicatiestelling en risico's van onderstaande (be)handelingen kennen en meewegen. Enkele van onderstaande (be)handelingen zou hij ook moeten kunnen uitvoeren.

- Advanced Life Support Training
- Arteriepunctie en venapunctie
- Blaaskatheterisatie
- Inbrengen intraveneuze toegangsweg (venflon, PICC, centrale lijn).
- Inbrengen maagsonde (onder narcose, vaardigheid bij wakkere patiënten op stage heelkunde)
- Infuusbeleid / volume therapie
- Luchtweg kunnen beoordelen, non-invasief vrijmaken en houden. Trefzekere uitvoering van non-invasieve (kap)beademing en eventueel inbrengen van Guedell of larynxmasker
- Omgang met en interpretatie van standaard monitoring (ECG, SpO2, NIBD, ABG en labwaarden en evt. ET CO2)
- Transfusiebeleid
- Diabetes regulatie
- Veilig en bekwaam iv medicatie toediening
- Voorschrijven post-operatief beleid voor pijn en PONV

AANTOONBAAR MAKEN VAN BEKWAAMHEID

Elke stage kent een introductie, een tussentijds en een eindgesprek. (naar behoefte kunnen meer tussentijdse gesprekken worden ingelast). Daarnaast wordt de voortgang tijdens de stage geëvalueerd met KPB's, OSATS, Cat/referaat/patiëntenbesprekingen en overige instrumenten zoals videoreflectie en 360 graden feedback. De toetsinstrumenten worden gekoppeld aan de EPA's die tijdens de stage aan de orde komen, alsmede aan de stagespecifieke thema's en leerdoelen. Stagespecifieke cursussen en overig onderwijs worden binnen de stageperiode gevolgd. De aios besteedt gemiddeld 1 dag/2 weken aan de niet-patiëntgebonden activiteiten van EPA 7. De stagehouder beoordeelt met name de stagespecifieke leerdoelen en adviseert de opleider over de ontwikkeling van de aios op het terrein van de EPA's en de competenties.

- Pre-operatieve screening en risico inschatting
- Peri-operatief beleid
- Pijnbestrijding
- Palliatie
- Aandacht voor overleg met consulenten, spec vwb oudere patiënt en polyfarmacie
- OSATS vaardigheden indien van toepassing
- KPB's relevant voor de EPA's die in de stage aan bod komen, te weten: epa 3, 4,5,6,7,8

STAGE PERI-OPERATIEVE ZORG (HEELKUNDE)

Toelichting: klinische presentaties zijn patiëntenkenmerken waarmee de aios in aanraking komt tijdens zijn stage. Het geeft een globaal beeld aan de aios en aan de opleider van de situaties die aan bod zouden moeten komen tijdens stages. Het is niet de bedoeling dat hierop getoetst of afgevinkt wordt. Thema's en leerdoelen die met deze specifieke stage samenhangen, worden in onderstaande kolom beschreven. Deze items geven de stagespecifieke verdieping aan binnen de algemene EPA's van de ziekenhuisarts .

ALGEMENE KLINISCHE PRESENTATIES

De hieronder volgende klinische presentaties kunnen aan bod komen tijdens de stage. Let wel: het is GEEN afvinklijst. Onderstaand overzicht geeft inzicht in waar de focus moet liggen. Veel klinische presentaties kunnen worden gezien in meerdere stages. De aios kan hiermee, evt samen met de (stage)opleider, evalueren of hij kennis heeft opgedaan en voldoende expositie heeft gehad aan de relevante klinische presentaties en relevante ziektebeelden en eventuele individuele leerdoelen hierop afstemmen.

DOMEIN PRE EN PER-OPERATIEF

- Anemie
- Bloeding (gastro-intestinaal, neus, long, urogenitaal, nabloeding)
- Braken en misselijkheid
- Buikpijn
- Hypotensie en shock
- Koorts (CAP, HAP, UWI, sepsis, wondinfecties, hyperthermie, kraamkoorts, postoperatief, eci)
- Mictieklachten
- Oedeem
- Pijn in de extremiteiten (dik been)
- Rugpijn (+flankpijn)
- Val / fractuur
- Veranderd defecatiepatroon (diarree, obstipatie)
- Verwardheid en delier (inclusief onttrekkingsdelier)

DOMEIN POST-OPERATIEF

- Braken en misselijkheid
- Collaps
- Hypotensie en shock
- Hpoxemie en respiratoire insufficiëntie
- Koorts (CAP, HAP, UWI, sepsis, wondinfecties, hyperthermie, kraamkoorts, postoperatief, eci)
- Mictieklachten
- Palpaties (ritmestoornissen)
- Pijn op de borst (w.o. pijn vastzittend aan de ademhaling)
- Verwardheid en delier (inclusief onttrekkingsdelier)

DOMEIN PIJN

- Postoperatieve pijn
- Acute en chronische pijn

DOMEIN PALLIATIE

- Levensende vraagstukken, palliatie
- Angst
- Somberheid en verdere geestelijke gesteldheid

STAGESPECIFIEKE THEMA'S EN LEERDOELEN

Elke stage kent stagespecifieke thema's, waaronder leerdoelen zijn geformuleerd.

DOMEIN PRE EN PER-OPERATIEF

- Kennis van antibioticaprofylaxe bij heelkundige zorg
- Kennis van perioperatief antistollingsbeleid; daarnaast kennis van staken/starten van medicatie perioperatief (denk aan stressschema, indicatie ppi, vernevelen, onttrekking, slaapmedicatie, cardiale medicatie, osteoporose profylaxe)
- Oog voor kwetsbare patiëntengroepen mnv relatie ingreep en algemene toestand van patiënt
- Kennis van indicatiestelling ingrepen, contra-indicaties en meest voorkomende complicaties en kan de patiënt hier over inlichten

DOMEIN POST-OPERATIEF

- Kennis van de opvang van post-operatieve patiënten
- Praktische kennis en toepassing van kennis betreffende veel voorkomende acute post-operatieve problemen en complicaties
- Herkennen en behandelen van acute problemen in de post-operatieve fase met aandacht voor hypovolemie, trombo-embolie, myocardinfarct, hartfalen, ritmestoornissen, respiratoire insufficiëntie, obstructief longlijden, obstructieve slaapapneu, nierfunctie en verlaagd bewustzijn
- Kennis van perioperatief beleid ten aanzien van pijnbestrijding, wondzorg, drainbeleid, voeding en vochtbeleid
- Is bekend met indicatiestelling voor nazorg en revalidatie en draagt bij aan coördinatie en overdracht van zorg (ketenzorg)

DOMEIN PIJN

- Kennis van oorzaken postoperatieve pijn, de basale behandeling en de verschillende behandelmogelijkheden
- Praktische kennis van de behandeling van de chronische pijnpatiënt in de postoperatieve setting

DOMEIN PALLIATIE

- Kan inschatting maken of wel/niet operatief ingrijpen de beste behandeling is voor de patiënt; behandelbeperkingen
- Kennis van de basale principes van palliatieve zorg bij opgenomen patiënten
- Samenwerken met diverse zorgverleners (intra- en extramuraal) om de zorg voor de patiënt in de palliatieve setting te optimaliseren

TOETSBARE HANDELINGEN

STAGE-SPECIFIEKE VAARDIGHEDEN

De aios moet indicatiestelling en risico's van onderstaande (be)handelingen kennen en meewegen. Enkele van onderstaande (be)handelingen zou hij ook moeten kunnen uitvoeren.

- Aanvullend onderzoek adequaat aanvragen en interpreteren; laboratoriumonderzoek, microbiologie, pathologie
- Acute Buik beoordeling
- Bewaken vitale functies
- Drainbeleid
- Inbrengen intraveneuze toegangsweg (venflon, PICC, centrale lijn).
- Inbrengen maagsonde, blaaskatheter
- Indicatie stellen en de risico's managen van het inbrengen een maagsonde, blaaskatheter, intravasale lijnen.
- Infuusbeleid/ volume therapie
- Transfusiebeleid
- Veilig en bekwaam iv medicatie toediening
- Voorschrijven post-operatief beleid voor pijn, misselijkheid en braken
- Wond beoordelen, wondzorg en beleid

AANTOONBAAR MAKEN VAN BEKWAAMHEID

Elke stage kent een introductie, een tussentijds en een eindgesprek. (naar behoefte kunnen meer tussentijdse gesprekken worden ingelast). Daarnaast wordt de voortgang tijdens de stage geëvalueerd met KPB's, OSATS, Cat/referaat/patiëntenbesprekingen en overige instrumenten zoals videoreflectie en 360 graden feedback. De toetsinstrumenten worden gekoppeld aan de EPA's die tijdens de stage aan de orde komen, alsmede aan de stagespecifieke thema's en leerdoelen. Stagespecifieke cursussen en overig onderwijs worden binnen de stageperiode gevolgd. De aios besteedt gemiddeld 1 dag/2 weken aan de niet-patiëntgebonden activiteiten van EPA 7. De stagehouder beoordeelt met name de stagespecifieke leerdoelen en adviseert de opleider over de ontwikkeling van de aios op het terrein van de EPA's en de competenties.

- KPB pre-operatief consult / indicatiestelling
- KPB peri-operatief beleid
- KPB beoordeling postoperatieve patiënt
- KPB visite postoperatieve patiënt
- KPB brieven; overdracht patiëntgegevens naar collegae, evenals 1e en 3e lijn.
- KPB Consultaanvragen andere specialismen
- Probleemoplossende bespreking /CAT/ referaat
- KPB wondbeoordeling en wondverzorging
- OSATS drains verwijderen
- OSATS acute buik beoordeling
- KPB's relevant voor de EPA's die in de stage aan bod komen, te weten: epa 1,2,3,5,6,7,8

STAGE NEUROLOGIE

Toelichting: klinische presentaties zijn patiëntenkenmerken waarmee de aios in aanraking komt tijdens zijn stage. Het geeft een globaal beeld aan de aios en aan de opleider van de situaties die aan bod zouden moeten komen tijdens stages. Het is niet de bedoeling dat hierop getoetst of afgevinkt wordt. Thema's en leerdoelen die met deze specifieke stage samenhangen, worden in onderstaande kolom beschreven. Deze items geven de stagespecifieke verdieping aan binnen de algemene EPA's van de ziekenhuisarts .

ALGEMENE KLINISCHE PRESENTATIES

De hieronder volgende klinische presentaties kunnen aan bod komen tijdens de stage. Let wel: het is GEEN afvinklijst. Onderstaand overzicht geeft inzicht in waar de focus moet liggen. Veel klinische presentaties kunnen worden gezien in meerdere stages. De aios kan hiermee, evt samen met de (stage)opleider, evalueren of hij kennis heeft opgedaan en voldoende expositie heeft gehad aan de relevante klinische presentaties en relevante ziektebeelden en eventuele individuele leerdoelen hierop afstemmen.

- Coördinatiestoornis
- Duizeligheid en collaps
- Geheugenproblemen
- Gevoelsstoornissen (pijn en uitval)
- Hoofdpijn
- Onwillekeurige bewegingen (dyskinesieën, hypokinesie)
- Pijn in de rug en/of ledematen
- Spierzwakte
- Spraak- en taalproblemen
- Vallen en loopstoornissen
- Verlaagd bewustzijn
- Verwardheid
- Visusproblemen
- Wegrakingen

STAGESPECIFIEKE THEMA'S EN LEERDOELEN

Elke stage kent stagespecifieke thema's, waaronder leerdoelen zijn geformuleerd.

- Aanvullend neurologisch onderzoek
- Algemeen neurologisch onderzoek
- Coördinatie van zorg / overdracht van zorg
- Kwetsbare patiëntengroepen
- Revalidatie

TOETSBARE HANDELINGEN

STAGE-SPECIFIEKE VAARDIGHEDEN

De aios moet indicatiestelling en risico's van onderstaande (be)handelingen kennen en meewegen. Enkele van onderstaande (be)handelingen zou hij ook moeten kunnen uitvoeren.

- Afnemen Glasgow Coma Score
- Afnemen Mini Mental State Examination Of Montreal Cognitive Assessment (MoCA)
- beeldvormende diagnostiek (CT-scan, MRI scan) (kennis van/ indicatiestelling/risico's)
- Elektrolytstoornissen en zuur-basestoornissen
- Herkennen en behandelen van basiszorgproblemen bij veel voorkomende neurologische aandoeningen, zoals slikstoornissen, gebruik urinekatheters, tromboseprofylaxe, aspiratiepneumonie, urineweginfectie, decubitus, voedingsbeleid, delier.
- Herkennen en onderscheiden van acute en subacute chronische klinische presentaties
- Liquorpunctie (kennis van/ indicatiestelling/risico's)
- Neurologisch onderzoek
- trombolysen (kennis van/ indicatiestelling/risico's)

AANTOONBAAR MAKEN VAN BEKWAAMHEID

Elke stage kent een introductie, een tussentijds en een eindgesprek. (naar behoefte kunnen meer tussentijdse gesprekken worden ingelast). Daarnaast wordt de voortgang tijdens de stage geëvalueerd met KPB's, OSATS, Cat/referaat/patiëntenbesprekingen en overige instrumenten zoals videoreflectie en 360 graden feedback. De toetsinstrumenten worden gekoppeld aan de EPA's die tijdens de stage aan de orde komen, alsmede aan de stagespecifieke thema's en leerdoelen. Stagespecifieke cursussen en overig onderwijs worden binnen de stageperiode gevolgd. De aios besteedt gemiddeld 1 dag/2 weken aan de niet-patiëntgebonden activiteiten van EPA 7. De stagehouder beoordeelt met name de stagespecifieke leerdoelen en adviseert de opleider over de ontwikkeling van de aios op het terrein van de EPA's en de competenties.

- KPB Algemeen neurologisch onderzoek en anamnese
- KPB Overdracht
- KPB Stagecontext-specifieke brieven
- KPB Stagecontext-specifieke gesprekken met patiënt/familie (SDM)
- KPB Stagecontext-specifieke probleemoplossende bespreking /CAT/ referaat
- KPB Stagecontext-specifieke visite
- KPB's relevant voor de EPA's die in de stage aan bod komen, te weten: epa 1,2,3,5,6,7,8

STAGE KLINISCHE GERIATRIE / OUDERENGENEESKUNDE

Toelichting: klinische presentaties zijn patiëntenkenmerken waarmee de aios in aanraking komt tijdens zijn stage. Het geeft een globaal beeld aan de aios en aan de opleider van de situaties die aan bod zouden moeten komen tijdens stages. Het is niet de bedoeling dat hierop getoetst of afgevinkt wordt. Thema's en leerdoelen die met deze specifieke stage samenhangen, worden in onderstaande kolom beschreven. Deze items geven de stagespecifieke verdieping aan binnen de algemene EPA's van de ziekenhuisarts .

ALGEMENE KLINISCHE PRESENTATIES

De hieronder volgende klinische presentaties kunnen aan bod komen tijdens de stage. Let wel: het is GEEN afvinklijst. Onderstaand overzicht geeft inzicht in waar de focus moet liggen. Veel klinische presentaties kunnen worden gezien in meerdere stages. De aios kan hiermee, evt samen met de (stage)opleider, evalueren of hij kennis heeft opgedaan en voldoende expositie heeft gehad aan de relevante klinische presentaties en relevante ziektebeelden en eventuele individuele leerdoelen hierop afstemmen.

- Functionele achteruitgang
- Kwetsbare Oudere
- Multi morbiditeit
- Verwardheid en delier (inclusief onttrekkingsdelier)
- Acute ouderengeneeskunde (infecties, hartfalen, nierfunctiestoornissen, psychiatrische stoornissen etc)
- Dementie
- Valneiging

STAGESPECIFIEKE THEMA'S EN LEERDOELEN

Elke stage kent stagespecifieke thema's, waaronder leerdoelen zijn geformuleerd.

- het inkaart brengen van de oudere patiënt met multimorbiditeit volgens het 4-assensysteem (sociaal/psychologisch/somatisch/functioneel)

- polyfarmacie
- delier/dementie onderscheid
- mobiliteit/vallen
- atypische ziekte presentaties
- herkennen van frailty/kwetsbaarheid
- behandeldilemma's
- advanced care planning en SDM, palliatieve zorg, herstel en nazorg

TOETSBARE HANDELINGEN

STAGE-SPECIFIEKE VAARDIGHEDEN

De aios moet indicatiestelling en risico's van onderstaande (be)handelingen kennen en meewegen. Enkele van onderstaande (be)handelingen zou hij ook moeten kunnen uitvoeren.

- 4-assenbeoordeling als essentie en uitgangspunt hanteren
- Shared decision making als gesprekstechniek met inachtneming juridische kaders en wilsbekwaamheid
- participatie in het MDO: integreren van input uit het multiprofessioneel team in de behandelbeslissingen
- veilig voorschrijven
- optimaliseren van polyfarmacie
- uitvoeren van palliatieve zorg
- advanced care planning (attitude)
- kunnen inschatten van frailty/kwetsbaarheid en de consequenties hiervan in de praktijk. Indicatiestelling voor functietesten
- behandelen van enkelvoudig delier
- herkennen van complex delier
- Onderscheid maken tussen delier en dementie
- Adequate omgang met patiënten met dementie en delier
- herkennen van en omgaan met atypische ziekte presentaties, bijvoorbeeld vallen als uiting van een ziektebeeld
- opname en ontslagbeleid

AANTOONBAAR MAKEN VAN BEKWAAMHEID

Elke stage kent een introductie, een tussentijds en een eindgesprek. (naar behoefte kunnen meer tussentijdse gesprekken worden ingelast). Daarnaast wordt de voortgang tijdens de stage geëvalueerd met KPB's, OSATS, Cat/referaat/patiëntenbesprekingen en overige instrumenten zoals videoreflectie en 360 graden feedback. De toetsinstrumenten worden gekoppeld aan de EPA's die tijdens de stage aan de orde komen, alsmede aan de stagespecifieke thema's en leerdoelen. Stagespecifieke cursussen en overig onderwijs worden binnen de stageperiode gevolgd. De aios besteedt gemiddeld 1 dag/2 weken aan de niet-patiëntgebonden activiteiten van EPA 7. De stagehouder beoordeelt met name de stagespecifieke leerdoelen en adviseert de opleider over de ontwikkeling van de aios op het terrein van de EPA's en de competenties.

- KPB polyfarmacie
- KPB Stagecontext-specifieke consultvoering
- KPB Stagecontext-specifieke gesprek met patiënt/familie SDM
- KPB Stagecontext-specifieke brieven
- Probleemoplossende bespreking /CAT/ referaat

- KPB toepassen 4-assensysteem
- KPB's relevant voor de EPA's die in de stage aan bod komen, te weten: epa 1,2,3,5,6,7,8

STAGE 1E LIJNSZORG

Toelichting: klinische presentaties zijn patiëntenkenmerken waarmee de aios in aanraking komt tijdens zijn stage. Het geeft een globaal beeld aan de aios en aan de opleider van de situaties die aan bod zouden moeten komen tijdens stages. Het is niet de bedoeling dat hierop getoetst of afgevinkt wordt. Thema's en leerdoelen die met deze specifieke stage samenhangen, worden in onderstaande kolom beschreven. Deze items geven de stagespecifieke verdieping aan binnen de algemene EPA's van de ziekenhuisarts .

ALGEMENE KLINISCHE PRESENTATIES

De hieronder volgende klinische presentaties kunnen aan bod komen tijdens de stage. Let wel: het is GEEN afvinklijst. Onderstaand overzicht geeft inzicht in waar de focus moet liggen. Veel klinische presentaties kunnen worden gezien in meerdere stages. De aios kan hiermee, evt samen met de (stage)opleider, evalueren of hij kennis heeft opgedaan en voldoende expositie heeft gehad aan de relevante klinische presentaties en relevante ziektebeelden en eventuele individuele leerdoelen hierop afstemmen.

- patiënten met multimorbiditeit
- herkennen chronische fase van ziektebeelden
- kwetsbare patiënten

STAGESPECIFIEKE THEMA'S EN LEERDOELEN

Elke stage kent stagespecifieke thema's, waaronder leerdoelen zijn geformuleerd.

- Taken van diverse medewerkers in 1ste lijn
- Mogelijkheden m.b.t. mantelzorg etc. met oog op chronisch resp. ongeneeslijk ziek
- Mogelijkheden van en indicaties voor interventies door paramedici
- Eigen maken van advanced care planning
- Kennis van en omgaan met mensen met dementie/psychische klachten
- Herkennen van de zorgvraag van de 1e lijns patiënt
- Professionele keuzes op het terrein van herkennen, initiëren, continueren of staken van behandeling of diagnostiek binnen de context van de 1e lijn.
- Beleid rondom opname en ontslag als samenwerkings-speerpunt tussen 1e en 2e lijn.

TOETSBARE HANDELINGEN

STAGE-SPECIFIEKE VAARDIGHEDEN

De aios moet indicatiestelling en risico's van onderstaande (be)handelingen kennen en meewegen. Enkele van onderstaande (be)handelingen zou hij ook moeten kunnen uitvoeren.

- Besluitvoering kwetsbare ouderen: focus op 1ste lijn
- Shared decision making; idem focus op 1ste lijn
- Geriatrische revalidatie zorg
- Psychogeriatrische zorg in de eerste lijn
- Samenwerking specialist ouderengeneeskunde en de eerste lijn

AANTOONBAAR MAKEN VAN BEKWAAMHEID

Elke stage kent een introductie, een tussentijds en een eindgesprek. (naar behoefte kunnen meer tussentijdse gesprekken worden ingelast). Daarnaast wordt de voortgang tijdens de stage geëvalueerd met KPB's, OSATS, Cat/referaat/patiëntenbesprekingen en overige instrumenten zoals videoreflectie en 360 graden feedback. De toetsinstrumenten worden gekoppeld aan de EPA's die tijdens de stage aan de orde komen, alsmede aan de stagespecifieke thema's en leerdoelen. Stagespecifieke cursussen en overig onderwijs worden binnen de stageperiode gevolgd. De aios besteedt gemiddeld 1 dag/2 weken aan de niet-patiëntgebonden activiteiten van EPA 7. De stagehouder beoordeelt met name de stagespecifieke leerdoelen en adviseert de opleider over de ontwikkeling van de aios op het terrein van de EPA's en de competenties.

- Leeropdracht op locatie: kritische reflectie op samenwerking tussen 1e en 2e lijn
- KPB's relevant voor de EPA's die in de stage aan bod komen, te weten: epa 2,5,6,7,8

KEUZESTAGE (6 MAANDEN)

Tijdens het laatste half jaar van de opleiding is het de bedoeling dat de aios functioneert als ziekenhuisarts, zelfstandig, maar wel onder indirecte, reactieve supervisie van de betreffende opleidingsgroep. De mate van zelfstandigheid wordt tevens bepaald door de bekendheid met het betreffende specialisme. De keuzestage is (vrijwel altijd) gekoppeld aan het uitvoeren van de 'meesterproef', een kwaliteitsverbeterproject waarmee de aios de opleiding afrondt. De keuze voor de afdeling wordt lokaal, in overleg met opleider en aios bepaald. De keuze van het onderwerp van de meesterproef kan de keuze voor het specialisme mede beïnvloeden.

WERKWIJZE

Voorafgaand aan het laatste half jaar zullen de opleider en de aios bepalen hoe het laatste half jaar zal worden ingericht. Dit doen ze op basis van de ontwikkeling van de aios, de voorkeur voor het onderwerp van de uit te voeren meesterproef, de lokale mogelijkheden en de voorkeur voor een bepaald specialisme.

De planning wordt vastgelegd in het opleidingsschema, de afspraken rondom de uitvoering van de meesterproef met de opdrachtgever en in het individuele opleidingsplan van de aios. Het geheel moet voldoen aan de volgende eisen:

- individuele leerdoelen die specifiek zijn voor de laatste periode (naast de leerdoelen waarop nog voortgang geboekt moet worden) worden vastgelegd in het Individueel Opleidings Plan (IOP);
- er wordt een koppeling gemaakt met de opleidingsactiviteiten die verricht gaan worden om de leerdoelen eigen te maken (waar nodig aangevuld met cursorisch onderwijs);
- vastgelegd wordt hoe de opleider, de (keuze)stagehouder en aios de voortgang in de ontwikkeling tussentijds en aan het eind evalueren (toetsing), inclusief het te behalen niveau;
- de afspraken rondom het uit te voeren kwaliteitsverbeterproject (de meesterproef) worden vastgelegd door de aios, de opdrachtgever (die soms ook stagehouder is) en de inhoudsdeskundige kwaliteit & veiligheid.
- tot slot worden er afspraken gemaakt over tijdsinvestering en planning van stage en meesterproef.

De volgende documenten kunnen gebruikt worden:

- Projectbrief
- Documentatie opdrachtgever
- Stappenplan meesterstuk

Sjablonen van deze documenten kunnen worden gedownload via de website van de VvZG (www.ziekenhuisgeneeskunde.nl)

BIJLAGE 3: BEROEPS- EN COMPETENTIEPROFIEL ZIEKENHUISARTS

BEROEPSPROFIEL

De ziekenhuisarts ^{KNMG} is een breed opgeleide generalistische profiel-arts in de tweede lijn, die samen met de medisch specialist, eindverantwoordelijk is voor de zorg aan klinische patiënten. Hij verleent vanuit een generalistisch perspectief zorg aan patiënten, borgt de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg op een verpleegeenheid en draagt zorg voor adequate coördinatie resp. overdracht van zorg.

De ziekenhuisarts is in eerste instantie de eindverantwoordelijke zaalarts op een klinische afdeling en heeft een uitgebreide medische kennis van alle problemen die zich daar kunnen voordoen. Daarnaast is de ziekenhuisarts de spil in de klinische zorg door het vervullen van een verbindende en coördinerende rol in de multidisciplinaire zorg. De ziekenhuisarts heeft in die hoedanigheid een scherp oog voor kwaliteit, patiëntveiligheid en continuïteit.

Hij is daarmee de verbindende factor in het multidisciplinaire medische palet. De ziekenhuisarts werkt effectief samen met medisch specialisten maar met ook andere zorgprofessionals, waaronder verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en physician assistants, en met niet-zorgverleners i.c. ziekenhuismanagers.

COMPETENTIEPROFIEL

Algemene competenties

Specifieke competenties van de ziekenhuisarts ^{KNMG}

De arts:

De ziekenhuisarts :

1. Medisch Handelen

	<p><i>De ziekenhuisarts is betrokken bij de zorg van volwassen patiënten met een zorgvraag die opname in een ziekenhuis noodzaakt. De ziekenhuisarts is bekwaam in de integrale benadering van de patiënt. Hiermee is de ziekenhuisarts in staat om bij elke patiënt op efficiënte wijze bij vragen die de algemeen medische zorg betreffen een werkdiagnose en differentiële diagnose op te stellen, een behandelplan te formuleren en deze behandeling te effectueren. De ziekenhuisarts heeft in het bijzonder kennis omtrent de pre- en postoperatieve zorg en de zorg voor de kwetsbare oudere bij wie, mede door comorbiditeit, polyfarmacie een belangrijke rol speelt.</i></p>
<p>1.1 bezit adequate kennis en vaardigheid naar de stand van het vakgebied</p>	<p>beschikt over voldoende kennis van de algemene ziektekunde, zoals wondgenezing, water- en zouthuishouding, circulatie en ventilatie, voeding en metabolisme, hemostase, infectie en afweer, en farmacotherapie. ◊1,3</p> <p>kent de klinische presentaties van frequent voorkomende ziektebeelden en medische zorgvragen op klinische afdelingen. ◊1</p> <p>is in staat de interactie tussen meerdere (chronische) aandoeningen die gelijktijdig voorkomen, te onderkennen. ◊2</p> <p>is deskundig in de integrale en specialisme-overstijgende benadering van de patiënt. ◊2</p> <p>is in staat de psychosociale context van een patiënt te beoordelen en kent de implicaties hiervan voor diagnostiek, behandeling en vervolgtraject. ◊2</p>

Algemene competenties	Specifieke competenties van de ziekenhuisarts ^{KNMG}
De arts:	De ziekenhuisarts :
	<p>verwerft deskundigheid op gebied van indicatie en bijbehorende risico's van de in het opleidingsplan genoemde procedures en vaardigheden 01</p>
<p>1.2 Toepassen diagnostisch en therapeutisch arsenaal</p>	<p>anamnese en lichamelijk onderzoek bij zorgvragen die algemeen medische zorg respectievelijk frequent voorkomende (chronische) ziektebeelden betreffen.01</p> <p>laboratoriumdiagnostiek, voor zover die de algemene ziektekunde respectievelijk meest voorkomende aandoeningen van in het ziekenhuis opgenomen patiënten betreft.01</p> <p>beeldvormende diagnostiek en functieonderzoek die algemene medische zorgvragen respectievelijk meest voorkomende aandoeningen die een opname in een ziekenhuis noodzakelijk maken, betreffen.01</p> <p>probleemoplossend vermogen ten aanzien van zorgvragen die de algemene medische zorg betreffen.01</p> <p>therapeutisch beleid, met speciale aandacht voor de betekenis van en effecten op de langere termijn in de context van comorbiditeit.02</p> <p>farmacotherapie, met speciale aandacht voor herkenning van polyfarmacie, met name bij de kwetsbare (oudere) patiënt bij wie comorbiditeit een belangrijke rol speelt, in afstemming met andere, bij de zorg om de patiënt betrokken, behandelaar(s).01</p> <p>pre- en postoperatieve zorg en het medicamenteuze beleid in deze periode.02</p> <p>uitvoering van de in het opleidingsplan genoemde procedures en vaardigheden.01</p>
<p>1.3 Effectieve en ethisch verantwoorde zorg</p>	<p>houdt rekening met en respecteert aard, sekse, leeftijd, familie, cultuur, omstandigheden, vermogens en toestand van de patiënt bij onderzoek en behandeling. i2</p> <p>herkent ethische aspecten, betreft die bij medische beslissingen en kan deze verantwoorden tegenover andere zorgprofessionals. i2</p> <p>neemt kennis van het binnen een verpleegafdeling geldende medisch beleid en regels, afspraken en protocollen, en past deze adequaat toe. i1</p> <p>Signaleert bedreigingen voor het medisch, psychisch en sociaal welzijn van de patiënt en neemt passende maatregelen i2</p>
<p>1.4 Vinden, toepassen en delen van informatie</p>	<p>weet hoe en waar op efficiënte wijze kennis te vergaren rondom de zorg van een patiënt waarvoor hij de verantwoordelijkheid heeft aanvaard. Hiertoe weet hij op gepaste wijze gebruik te maken van raadpleging van andere betrokkenen in het zorgproces (specialisten, verpleegkundigen, thuiszorg, GGZ, huisarts etc.). i1</p> <p>heeft kennis van het verkrijgen van medische informatie via ICT t.b.v.</p>

Algemene competenties	Specifieke competenties van de ziekenhuisarts ^{KNMG}
De arts:	De ziekenhuisarts :
	patiëntenzorg en past die toe. i1
2. Communicatie	
	<i>De ziekenhuisarts is in staat effectief te communiceren met patiënten en/of familie, andere artsen en zorgverleners. De ziekenhuisarts kan zich inleven in en goed omgaan met de emoties van de patiënt en diens naasten/begeleiders.</i>
2.1. Behandelrelatie	<p>heeft een open houding naar de patiënt, ongeacht sekse, levensfase, sociale en economische status, opleiding, etnische achtergrond, cultuur, seksuele geaardheid en levensovertuiging. ◊1</p> <p>toont begrip voor de situatie van de patiënt (ook in uitzonderlijke situaties) en diens sociale achtergrond en houdt hiermee rekening bij het onderzoek, advies, behandeling en begeleiding. ◊1</p> <p>toont begrip voor de betekenis van de ziekte voor de patiënt en zijn naasten en aandacht voor de wijze waarop dezen hiermee omgaan. ◊1</p> <p>is in staat met de patiënt (en diens naaste(n)) een gesprek over prognose, behandelings- (on)mogelijkheden, beleidsrestricties en beslissingen aan het einde van het leven te voeren. ◊2</p>
2.2 Luisteren en verkrijgen patiëntinformatie	<p>beheerst de anamnese gericht op algemeen medische zorgvragen, frequent voorkomende (chronische) ziektebeelden en van de meest voorkomende aandoeningen die een opname in een ziekenhuis noodzakelijk maken. ◊1</p> <p>beheerst de anamnese gericht op de psychosociale situatie van de patiënt. ◊1</p> <p>is in staat een anamnese af te nemen waarbij aandacht is voor de zorgen, verwachtingen en (ziekte)ervaringen van de patiënt. ◊1</p> <p>is in staat een anamnese uit te voeren bij patiënten van een andere cultuur en weet hoe met een taalbarrière om te gaan. ◊1</p> <p>is in staat, wanneer de situatieve context dit vereist, door een gerichte anamnese in korte tijd noodzakelijk geachte informatie te verkrijgen. ◊1</p> <p>is in staat informatie te verzamelen, te ordenen en te synthetiseren, gebruikmakend van andere bronnen zoals familie, artsen en andere hulpverleners. ◊1</p>
2.3. Bespreken medische informatie met patiënt en diens naasten	<p>kan op een gestructureerde, effectieve en empathische wijze medische informatie overdragen en de patiënt en diens begeleiders informeren over de voor- en nadelen van onderzoek, behandeling, mogelijke bijwerkingen en risico's en het te verwachten beloop van de ziekte. ◊1</p> <p>is in staat de patiënt en diens naasten op begrijpelijke en humane wijze voor te lichten met als doel de patiënt zoveel mogelijk te betrekken bij de besluitvorming over het diagnostisch en therapeutisch beleid. ◊1</p> <p>gaat na of de patiënt de informatie heeft begrepen en neemt maatregelen als de informatie niet duidelijk is. ◊1</p>

Algemene competenties	Specifieke competenties van de ziekenhuisarts ^{KNMG}
De arts:	De ziekenhuisarts :
	<p>is in staat slechtnieuwsgesprekken te voeren. 02</p> <p>kan adequaat uitleg geven over bevindingen en over de redenen waarom wel of niet verdere behandeling wordt voorgesteld. 01</p> <p>kan de patiënt informeren en eventueel toestemming vragen voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek of onderwijs. 012.4 Verslaglegging en mondelinge overdracht</p>
2.4 Verslaglegging en mondelinge overdracht	<p>registreert patiëntinformatie zorgvuldig, volledig, duidelijk, compleet en tijdig ten behoeve van het patiëntendossier. 01</p> <p>geeft blijk van deskundigheid en zorgvuldigheid op het gebied van schriftelijke berichtgeving en doet dit op tijdige wijze naar de bij de zorg van de patiënt betrokken zorgverleners, zowel intra- als extramuraal. 01</p> <p>legt zorgvuldig in het medisch dossier vast wanneer en waarover de patiënt (en/of diens) familie is geïnformeerd. 01</p>
3. Samenwerking	
	<p><i>De ziekenhuisarts is in staat om een collegiale relatie op te bouwen, waarbij hij er blijk van geeft open te staan voor samenwerking en de deskundigheid van anderen.</i></p> <p><i>De ziekenhuisarts werkt doeltreffend in multidisciplinair teamverband. Hij is teamspeler bij uitstek. De ziekenhuisarts heeft, samen met de daarvoor verantwoordelijk verpleegkundige(n), een coördinerende rol op de verpleegafdeling.</i></p> <p><i>De ziekenhuisarts heeft kennis van de zorg verlenende instanties en gezondheidszorginstellingen buiten het ziekenhuis en onderhoudt nauw contact met zorgverleners aldaar werkzaam, waaronder de huisarts en specialist ouderengeneeskunde. Hij borgt de overdracht van zorg na ontslag uit het ziekenhuis, en is expert op het gebied van de transmurale zorg.</i></p>
3.1. Overleg met collegae en andere zorgverleners	<p>onderhoudt collegiale relaties waarbij hij eigen inbreng en die van anderen kan combineren. 01</p> <p>is bij uitstek teamspeler en is in staat te kunnen samenwerken met collegae, zowel intra- als extramuraal. 01</p> <p>is in staat verschillende standpunten en meningen te wegen en te komen tot een synthese in het belang van de patiënt. 02</p>
3.2. Verwijzing	<p>heeft inzicht in de grenzen van de eigen deskundigheid en mogelijkheden en is bekend met- en respecteert de deskundigheid van andere specialisten en zorgverleners in de patiëntenzorg. 01</p> <p>vraagt adequaat consult, stelt de juiste consultvraag en kan consulten van andere specialisten juist interpreteren. 01</p>
3.3 Leveren intercollegiaal consult	<p>Niet van toepassing</p>

Algemene competenties	Specifieke competenties van de ziekenhuisarts ^{KNMG}
De arts:	De ziekenhuisarts :
<p>3.4 Multidisciplinaire samenwerking en ketenzorg</p>	<p>is in staat adequaat in teamverband te functioneren en daarbij de verschillende hiërarchische en functionele rollen te herkennen en te respecteren. ◊1</p> <p>werkt effectief samen binnen multidisciplinaire teams van wisselende samenstelling, brengt eigen expertise en meningen in, maar is ook ontvankelijk voor andere standpunten. ◊1</p> <p>kan bij multidisciplinair overleg zowel de rol van participierend lid als die van voorzitter vervullen. ◊3</p> <p>levert een bijdrage aan het optimaal functioneren van de verpleegafdeling als schakel in de zorgketen. ◊3</p> <p>is verantwoordelijk voor de zorg voor de patiënt voor wie hij de zorg heeft aanvaard tot het moment dat hij zeker heeft gesteld dat deze zorg op correcte wijze, met alle benodigde informatie is overgedragen aan een andere zorgprofessional, en controleert of de informatie als zodanig is overgekomen. ◊1</p> <p>beschikt over kennis en inzicht met betrekking tot de organisatie van multidisciplinaire zorgverlening en past deze kennis adequaat toe. ◊1</p> <p>beschikt over kennis van de in het betreffende ziekenhuis vigerende zorgpaden en protocollen. ◊1</p> <p>beschikt over kennis en inzicht met betrekking tot de organisatie van transmurale zorg en past deze kennis adequaat toe. ◊2</p> <p>is in staat een (dreigend) interprofessioneel conflict te herkennen, te voorkomen, of op te lossen en respecteert daarbij verschillen van mening, misverstanden en beperkingen van betrokkenen. ◊3</p> <p>bewaakt binnen een multidisciplinair team de kwaliteit van de algemene medische zorg die verleend wordt aan individuele patiënten en aan patiëntengroepen die vanwege hun specifieke ziektebeelden, leeftijd of chroniciteit op een behandeling door meerdere artsen en/of meerdere medische disciplines zijn aangewezen. ◊3</p>
<p>4. Kennis en wetenschap</p>	
	<p><i>De ziekenhuisarts werkt aan de ontwikkeling en optimalisering van zijn vakgebied met behulp van wetenschappelijk onderzoek en analyse van gegevens uit de dagelijkse praktijk, zoals audits.</i></p> <p><i>De ziekenhuisarts vervult een rol in het onderwijs aan aios, co-assistenten, verpleegkundigen en andere zorgverleners op de verpleegafdeling.</i></p>
<p>4.1. Medische informatie kritisch beschouwen</p>	<p>heeft een gefundeerde kritische houding t.o.v. wetenschappelijke kennis waarop het medisch handelen is gebaseerd. ◊1</p> <p>is in staat onderzoek m.b.t. eigen vakgebied te presenteren, te interpreteren en te evalueren. ◊1</p> <p>weet n.a.v. zorgvragen medische literatuur te vinden en te beoordelen op</p>

Algemene competenties	Specifieke competenties van de ziekenhuisarts ^{KNMG}
De arts:	De ziekenhuisarts :
	<p>basis van 'evidence-based medicine'-principes. ◊1</p> <p>weet hoe klinisch epidemiologische kennis, opgedaan in groepen patiënten, vertaald kan worden naar de individuele patiënt. ◊2</p> <p>kan omgaan met situaties waarbij weinig of geen 'evidence-based' gegevens voorhanden zijn. ◊2</p>
4.2. Bevordering en ontwikkeling van vakkennis	<p>levert een bijdrage aan de ontwikkeling van het wetenschappelijk domein van de ziekenhuisgeneeskunde door zelf onderzoek- en/of kwaliteitsprojecten op te zetten dan wel deel te nemen aan dergelijke projecten, opgezet vanuit andere disciplines. ◊3</p> <p>ontwerpt en evalueert efficiënte, effectieve, veilige en patiëntvriendelijke onderzoek- en behandelingsprocedures waarbij meerdere medische specialismen zijn betrokken. ◊3 beschikt over kennis van ethische en medisch-maatschappelijke aspecten van onderzoek.◊3</p> <p>Presenteert en publiceert uitkomsten van onderzoek- en/of kwaliteitsprojecten van het eigen werkdomein.◊3</p>
4.3. Persoonlijk bij- en nascholingsplan	<p>blijft op de hoogte van medisch-inhoudelijke ontwikkelingen op het gebied van de ziekenhuisgeneeskunde en vermeerderd deze kennis in een continu leerproces. ◊1</p> <p>zorgt actief voor het op peil houden van kennis en vaardigheden nodig voor de eigen beroepsuitoefening en verdere professionalisering. ◊1</p>
4.4. Bevordering deskundigheid van anderen	<p>geeft onderwijs aan studenten, co-assistenten, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals en aios. ◊1</p> <p>levert een bijdrage aan de opleiding tot ziekenhuisarts . ◊3</p> <p>draagt verantwoordelijkheid voor het organiseren van refereerbijeenkomsten en voorlichtingsactiviteiten binnen het werkgebied, verzorgt klinische lessen, presentaties, voordrachten en/of publicaties voor medische en paramedische opleidingen. ◊3</p>
5. Maatschappelijk handelen	
	<p><i>De ziekenhuisarts is zich bewust van de betekenis van sociale en culturele determinanten op het welbevinden van patiënten met speciale aandacht voor de kwetsbare (vaak oudere) patiënt met comorbiditeit.</i></p> <p><i>De ziekenhuisarts herkent infectieziekten die zich in een ziekenhuis verspreiden en neemt, met betrekking tot deze infectieziekten, passende maatregelen in afstemming met ziekenhuishygiënist. De ziekenhuisarts neemt initiatief bij (maatschappelijke) discussies over de toegankelijkheid van en bereikbaarheid binnen de zorgketen (afstemming 1e en 2e lijn).</i></p> <p><i>De ziekenhuisarts heeft kennis van preventieve zorg en is op de hoogte van relevante wetgeving.</i></p>
5.1. Determinanten van ziekte herkennen	houdt rekening met de verschillende levensfasen van de patiënt en diens sociale achtergrond en is zich bewust van de gevolgen van ziekte voor de

Algemene competenties	Specifieke competenties van de ziekenhuisarts ^{KNMG}
De arts:	De ziekenhuisarts :
	<p>gezinsleden en verdere omgeving. ◊2</p> <p>kent de belangrijkste determinanten die de gezondheid van kwetsbare (vaak oudere) patiënten met comorbiditeit bedreigen. ◊2</p> <p>heeft inzicht in menselijk gedrag in verschillende omstandigheden (m.n. probleemsituaties), en bij verschillende culturele achtergronden. ◊2</p> <p>heeft inzicht in sociale en maatschappelijke gevolgen van intoxicaties en verslaving. ◊1</p>
5.2. Gezondheid bevorderen	<p>kent de determinanten van volksgezondheid zoals demografische, sociale, culturele en economische factoren en heeft kennis van de relatieve omvang van ziekte, handicap en sterfte en de verdeling daarvan binnen verschillende bevolkingsgroepen. ◊1</p> <p>maakt een adequate inschatting van de psychosociale voorwaarden om een patiënt verantwoord te kunnen laten terugkeren naar de thuissituatie. ◊2</p> <p>heeft kennis op het gebied van arbeidsongeschiktheid en bevordert het behoud van arbeidsgeschiktheid. ◊3</p> <p>is deskundig op het gebied van de preventieve geneeskunde (zoals preventie van trombose, decubitus, osteoporose, wondinfecties etc.) en levert een bijdrage aan preventieprogramma's. ◊1</p> <p>neemt, in samenwerking met de ziekenhuishygiënist, initiatief ter preventie van verspreiding van nosocomiale infectieziekten. ◊3</p>
5.3. Relevante wettelijke bepalingen en regelgeving	<p>is bekwaam in situaties waarin de patiëntveiligheid in het geding is of (extra) aandacht vraagt en weet in voorkomende situaties adequaat preventief te handelen. ◊1</p> <p>herkent incidenten in de patiëntenzorg, tracht deze door bespreking en verbetering van processen hanteerbaar te maken, weet hoe deze incidenten correct te melden en neemt vervolgens passende correctieve en/of preventieve maatregelen. ◊2</p> <p>maakt complicaties, opgetreden bij de behandeling van patiënten, bespreekbaar, zowel voor collega's als voor de patiënt. ◊2</p> <p>herkent gemaakte fouten, zowel van zichzelf als van anderen, maakt deze bespreekbaar en weet er lering uit te trekken. ◊1</p> <p>informeert de patiënt desgewenst over klachtenprocedures en instanties. ◊1</p>
6. Organisatie/Leiderschap	
	<p><i>De ziekenhuisarts is verantwoordelijk voor het faciliteren van doelmatige medische zorgverlening aan patiënten die op behandeling door artsen van één of meer verschillende specialismen, vaak ook buiten het eigen</i></p>

Algemene competenties	Specifieke competenties van de ziekenhuisarts ^{KNMG}
De arts:	De ziekenhuisarts :
	<p><i>ziekenhuis, zijn aangewezen.</i></p> <p><i>De ziekenhuisarts is in staat de regie en coördinatie op een verpleegafdeling uit te oefenen met betrekking tot de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.</i></p> <p><i>De ziekenhuisarts weet op passende wijze bij te dragen aan een doelmatige bedrijfsvoering op de verpleegeenheid door samen met hoofdbehandelaars en andere zorgprofessionals prioriteiten en doelen te stellen, rekening houdend met het beleid van het ziekenhuis en gegeven de beschikbare mensen en middelen.</i></p> <p><i>De ziekenhuisarts gaat op flexibele en slagvaardige wijze om met de wisselende en soms onvoorspelbare omstandigheden op de verpleegafdeling en toont leiderschap indien situaties daarom vragen.</i></p>
6.1. Organiseren naar balans	<p>verdeelt de energie goed en bewaakt de persoonlijke balans tussen patiëntenzorg, leerbehoeften van de opleiding, persoonlijke ontwikkeling en andere (sociale) activiteiten. ◊1 kan medisch handelen in de beroeps- en privésfeer scheiden. ◊1</p> <p>kan omgaan met stress. ◊1</p> <p>past principes van timemanagement adequaat toe. ◊1</p>
6.2. Verantwoorde besteding van beschikbare middelen	<p>bezit kennis en vaardigheden om op een passende wijze gebruik te maken van de beschikbare middelen en voorzieningen in de zorg, en draagt daarmee bij tot een zo effectief en efficiënt mogelijke bedrijfsvoering rekening houdend met het beleid van het ziekenhuis en budgettaire kaders . ◊1</p> <p>stelt de indicatie voor aanvullend onderzoek adequaat, daarbij rekening houdend met de te verwachten opbrengst, relevantie voor het verdere besluitvormingsproces, wensen van en belasting voor de patiënt en met de kosten van het aanvullend onderzoek. ◊1</p> <p>gaat waar mogelijk volgens richtlijnen te werk. ◊1</p> <p>houdt rekening met invloeden die een behandeling positief en negatief kunnen beïnvloeden waaronder de inschatting van therapietrouw en de psychosociale context. ◊2</p> <p>weegt de betekenis van behandeling af in relatie tot levenskwaliteit en -duur. ◊2</p> <p>beschikt over praktische kennis met betrekking tot mogelijkheden van interventie door paramedici, taakverschuiving en taakdelegatie.</p>
6.3. Effectief en doelmatig werken	<p>is op de hoogte te zijn van de wijze waarop verpleegafdeling en ziekenhuis zijn ingericht en maakt adequaat gebruik van diverse informatiestromen, procedures en protocollen. ◊1</p> <p>is in staat de regie en coördinatie van de patiëntenzorg op de verpleegafdeling uit te voeren vanuit het perspectief van clinical governance. ◊3</p>

Algemene competenties

Specifieke competenties van de ziekenhuisarts ^{KNMG}

De arts:

De ziekenhuisarts :

participeert in overleg en werkgroepen gericht op het verbeteren van de werkorganisatie en de samenwerking tussen de verschillende medewerkers op de afdeling (en het ziekenhuis). ◊1 draagt bij aan de ontwikkeling van gegevensregistratie die van belang is voor bedrijfsvoering c.q. kwaliteit van zorg. ◊1

is in staat een onderwerp/zorgproces voor een clinical audit te selecteren, deze uit te voeren, te evalueren en te presenteren. ◊3

bevordert de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid door bevordering van het opstellen en toepassen van richtlijnen en protocollen binnen een verpleegeenheid. ◊3

voert methodisch onderzoek uit naar de doelmatigheid en effectiviteit van de verleende medische zorg, en naar oorzaken van onverwachte verschijnselen tijdens medische behandeling. ◊3

draagt zorg voor implementeren en borgen van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. ◊3 draagt bij aan een effectieve en efficiënte bedrijfsvoering, rekening houdend met het beleid van ziekenhuis en budgettaire kaders (beschikbare mensen en middelen). ◊1

draagt bij aan de zorg voor een veilig werkklimaat. ◊1

gaat op flexibele en slagvaardige wijze om met de wisselende en soms onvoorspelbare omstandigheden op de verpleegafdeling en kan, in geval van urgentie, prioriteren. ◊1

is op de hoogte van buiten de eigen zorginstelling beschikbare mogelijkheden van mantelzorg, thuiszorg en andere hulpverleningsinstanties, indicaties voor kortdurende opnames en verpleeghuis en houdt rekening met eventuele schaarste in deze zorgfaciliteiten. ◊2

6.4. Gebruik ICT

gebruikt informatietechnologie voor het optimaliseren van de patiëntenzorg, onderwijs/opleiding en andere activiteiten (m.n. onderzoek). ◊1

beschikt over kennis van informatie- en communicatietechnologie en past deze toe. ◊1 gebruikt informatietechnologie t.b.v. het toepassen van een kwaliteitssysteem. ◊3

7. Professionaliteit

De ziekenhuisarts is een reflectieve professional die door integratie van de zes andere competenties zijn professionaliteit zichtbaar maakt.

De ziekenhuisarts levert hoogstaande patiëntenzorg en reflecteert hierbij op zowel het eigen functioneren als dat van anderen en de relatie met hen (patiënten en professionals).

De ziekenhuisarts is zich bewust van zijn eigen verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en continuïteit van zorg, waarbij patiëntveiligheid voorop staat.

De ziekenhuisarts kent zijn eigen grenzen en oefent met een niet-

Algemene competenties	Specifieke competenties van de ziekenhuisarts ^{KNMG}
De arts:	De ziekenhuisarts :
	<i>oordelende grondhouding op ethisch verantwoorde wijze de geneeskunde uit.</i>
7.1. Hoogstaande patiëntenzorg op integere, oprechte en betrokken wijze	<p>levert hoogstaande zorg waarbij affectieve, emotionele en cognitieve dimensies van de patiënt een plaats krijgen in het medische beleid. ◊1</p> <p>is in staat om in alle omstandigheden met onverdeelde aandacht te werken. ◊1</p> <p>is in staat om in zijn beroepsuitoefening empathie te tonen. ◊1</p> <p>toont besef van de afhankelijke positie van de patiënt. ◊1</p> <p>toont een actieve instelling waarbij hij eigen lacunes of onvolkomenheden in de beroepsuitoefening opspoot en tracht deze via nascholing of anderszins op te heffen. ◊1</p> <p>kan feedback geven en ontvangen en laat zien hieruit lering te trekken. ◊1</p>
7.2. Persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag en reflectie	<p>streeft naar excellentie. ◊1</p> <p>heeft een niet-oordelende grondhouding. ◊1</p> <p>is zich bewust van de emotionele en cognitieve (waarden, levenservaring, vaardigheden, beperkingen, denkgewoontes, voorkeuren) aspecten in zijn handelen, inclusief de effecten daarvan op de interactie en communicatie met patiënten, diens familie/begeleiders en andere zorgprofessionals. ◊1</p> <p>toont nieuwsgierigheid en de bereidheid om gewoontes, vooroordelen, houding en fouten van zichzelf en van naaste medewerkers kritisch onder de loep te nemen. ◊1</p> <p>gaat adequaat om met eigen gevoelens, remmingen, normen en waarden, in relatie tot bepaalde gevoelens, opgeroepen door contact met een patiënt of iemand in diens directe omgeving (irritatie, afkeer, schaamte, erotiek, etc.). ◊1</p> <p>is zich bewust van het belang van non-verbale signalen, kan deze bij zichzelf herkennen en hier adequaat mee omgaan. ◊1</p> <p>is in staat irrationeel gedrag te herkennen en past zijn handelen hierop aan. ◊1</p> <p>signaleert gevoelens van onvrede, aanwezig bij de patiënt en/of zichzelf en maakt deze bespreekbaar. ◊1</p> <p>laat zien in staat te zijn om zijn oordeel op te schorten bij intercollegiaal overleg, en n.a.v. dit overleg zo nodig aan te passen. ◊1</p> <p>herkent affect en emoties in intercollegiaal overleg. ◊1</p> <p>herkent irrationeel gedrag tussen professionals en maakt dit bespreekbaar. ◊1</p> <p>gaat adequaat om met hiërarchisch professionele relaties zoals een opleidingsrelatie of hiërarchie gebaseerd op macht, structuur of expertise.</p>



Algemene competenties	Specifieke competenties van de ziekenhuisarts ^{KNMG}
De arts:	De ziekenhuisarts :
7.3. Kennen grenzen van eigen competenties	<p>◊1</p> <p>heeft een eigenstandige zorgplicht en zal geen handelingen verrichten die buiten zijn kennis of vermogen liggen. ◊1</p> <p>geeft blijk van besef dat het voor het functioneren als ziekenhuisarts van belang is dat hij kan omgaan met onzekerheid en eigen beperkingen kan onderkennen. ◊1</p> <p>laat zien in staat te zijn eigen taken af te bakenen ten opzichte van andere medische disciplines en de verpleegkundige professie. ◊1</p>
7.4. Geneeskunde uitoefenen naar ethische normen en reflectie	<p>gaat binnen het kader van de beroepsethiek bewust om met voorkomende verschillen in normen en waarden. ◊2</p> <p>verleent op zorgzame, empathische en gewetensvolle wijze geneeskundige zorg zonder vooroordelen. ◊1</p> <p>handelt conform de geldende beroepscode en wet- en regelgeving. ◊1</p> <p>is in staat om ethische aspecten en morele vragen die bij medische beslissingen in het geding zijn te herkennen en te analyseren. ◊3</p> <p>committeert zich aan ethische beginselen met betrekking tot het al dan niet leveren van klinische zorg, vertrouwelijkheid van patiëntgegevens, vertrouwelijk verkregen toestemming (informed consent) en bedrijfsvoering. ◊1</p>

OPLEIDING ZIEKENHUISGENEESKUNDE

Uitwerking opdrachten, activiteiten, toetsing en Meesterstuk



AUGUSTUS 2020

<i>Uitwerking opdrachten, activiteiten, toetsing en Meesterstuk</i>	82
1. <i>Inleiding</i>	84
2. <i>Leeswijzer</i>	84
3. <i>1^{ste} opleidingsjaar Oriëntatie</i> 	86
<i>Opleidingsactiviteiten en toetsen in het 1^e opleidingsjaar</i>	86
4. <i>2^{de} opleidingsjaar Oefenen</i> 	88
<i>Opleidingsactiviteiten en toetsen in het 2^e opleidingsjaar</i>	88
5. <i>3^{de} opleidingsjaar Meesterfase</i> 	92
<i>Overzicht van leerdoelen, leermiddelen en toetsen specifiek met betrekking tot het lintprogramma 3^{de} opleidingsjaar.</i>	92
6. <i>Toelichting Meesterstuk</i>	94
7. <i>Beoordeling Meesterstuk</i>	95
<i>Beoordeling Meesterstuk Opleiding Ziekenhuisarts</i>	96
<i>Scoreformulier</i>	97
<i>Bijlage 1: Leerdoelen uit het curriculum Ziekenhuisgeneeskunde</i>	99
<i>Leerdoelen 1^{ste} opleidingsjaar in relatie met kwaliteit en PV</i>	99
<i>Leerdoelen 2^{de} opleidingsjaar in relatie met kwaliteit en PV</i>	100
<i>Leerdoelen 3^{de} opleidingsjaar in relatie met kwaliteit en PV</i>	100
<i>Bijlage 2: Tijdlijn en korte omschrijving opdrachten en cursussen</i>	102
<i>Bijlage 3: Diagram Accountability Framework</i>	105
<i>Bijlage 4: Aanbevolen Literatuur – sites – congressen</i>	107
<i>Aanbevolen Literatuur</i>	107
<i>Sites</i>	107
<i>Congressen</i>	107

1. INLEIDING

De ziekenhuisarts^{KNMG} verleent vanuit een generalistisch perspectief zorg aan patiënten, borgt de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg (EPA 7: K&PV) op een verpleegeenheid en draagt zorg voor adequate coördinatie resp. overdracht van zorg. Het curriculum van de opleiding tot ziekenhuisarts^{KNMG} combineert werkplekleren aan de hand van EPA's⁸ met cursorisch onderwijs en intervisie.

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

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

In de opleiding staan steeds de volgende richtinggevendende vragen centraal:

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



Figuur 8 Clinical Governance Framework

2. LEESWIJZER

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

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

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

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

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

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

De tabellen zijn als volgt opgebouwd:

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

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



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

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

OPLEIDINGSACTIVITEITEN EN TOETSEN IN HET 1^E OPLEIDINGSJAAR

Focus	Opleidingsactiviteiten en Opdrachten	Opmerkingen
Oriëntatie K & PV in de patiëntenzorg op de afdeling Interne Geneeskunde in de eigen opleidingsinstelling (specifieke leerdoelen 1 t/m 13, 30)	<ul style="list-style-type: none"> • Kennismaken met de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patiëntveiligheid die deel uitmaakt van de opleidingsgroep en afspraken maken over wederzijdse verwachtingen en activiteiten • Oriëntatie op de diverse besprekingen/structuren die er op de afdeling zijn m.b.t. kwaliteit en PV • Deelname aan de complicatiebespreking van de eigen afdeling • Deelname aan een incidentbespreking van de eigen afdeling • Toepassing K & PV principes in dagelijkse patiëntenzorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Van de aios wordt een actieve deelname verwacht aan de diverse besprekingen door inbreng van eigen patiënten en/of blijkend uit vragen stellen en kritische reflectie op eigen rol als ZIEKENHUISARTS . • Feedback wordt verkregen van stagehouder en/of opleider m.b.v. KPB (korte praktijkbeoordeling), CAT en in voortgangsgesprekken • Reflectie op de eigen rol en de rol van ZIEKENHUISARTS is een continue activiteit (diverse gesprekken en deelname aan de intervisie)
	<ul style="list-style-type: none"> • Opdracht 1: Lees: Dillmann, R. et al. 2016: <i>Patiëntveiligheid, handboek voor medisch specialistische zorg. Hoofdstuk 8, 12, 13, 14, 21</i> • Opdracht 2: Volg ten behoeve van de toepassing van de communicatieprincipes voor patiëntveiligheid een SBAR-training (Communicatie-methodiek gebaseerd op: Situation, Background, Assessment, Recommendation)of soortgelijke training. • Opdracht 3: Voer een CAT (critically appraised topic) of referaat of patiëntbespreking uit over een onderwerp op het terrein van patiëntveiligheid of kwaliteit van zorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter voorbereiding op de 1^e Schierweek in het 2^e opleidingsjaar wordt verwacht dat de aangegeven hoofdstukken zijn doorgenomen.

<p>Oriëntatie K & PV in patiëntenzorg in de eigen instelling</p> <p>(specifiek leerdoel 26, 27, 28, 29)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deelname aan de morbiditeit & mortaliteitsbespreking /necrologiebijeenkomsten/COOP(Commissie Onderzoek Overleden Patiënten) binnen de instelling; • Deelname aan relevante multidisciplinaire besprekingen met specifiek aandacht voor de rol van de ZIEKENHUISARTS hierin (ouderenzorg, continuïteit en coördinatie van zorg); • Neem kennis van de inrichting van de organisatie en de inrichting van het beleidsproces binnen je ziekenhuis; • Onderzoek hoe dit zich verhoudt tot de speerpunten, missie of visie van het ziekenhuis; Wat staat er op papier en wat zie je ervan terug; • Wie fungeren als toezichthouders extern en intern op het kwaliteit- en veiligheidsbeleid binnen de eigen instelling? • Lees het beleid rondom kwaliteit en PV van je eigen instelling op strategisch, tactisch- en operationeel niveau; • Lees de diverse richtlijnen en protocollen van het ziekenhuis m.b.t. PV/kwaliteit: hoe wordt op de afdeling/instelling hiermee omgegaan? Wie is eigenaar, welke plaats in het werk nemen zij in? • Neem kennis van vigerende wet- en regelgeving (o.a. Kwaliteitswet zorginstellingen, WKKGZ, WGBO), beroepscode en modelinstructie en volg het lokale onderwijs over juridische aspecten in de zorg. Licht, indien dit van toepassing is, collega's binnen de werksituatie uit wat een ZIEKENHUISARTS is en hoe de opleiding eruit ziet • Participeer in de landelijke intervisiebijeenkomsten • Leg je vragen voor en deel ervaringen met je groepsleden in de community/website 	<ul style="list-style-type: none"> • Integratie van geleerde op de werkplek, oriëntatie in instelling en eigen reflectie is onderwerp van voortgangsgesprek met opleider
<p>Oriëntatie op de rol van ZIEKENHUISARTS in je instelling, de positionering van ZIEKENHUISARTS als nieuw profiel en de evt. moeilijkheden die je hierin ervaart.</p> <p>(specifiek leerdoel 14 t/m 25, 30, 31)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Opdracht 4: Houd een kennismakingsinterview met de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patiëntveiligheid waarin o.a. bovenstaande wordt besproken en werk het interview kort uit t.b.v. voorbereiding op de 1^e Schierweek • Opdracht 5: Interview de medisch manager/hoofd afdeling (of vergelijkbaar) over de inrichting van het ziekenhuis en de afdeling om kennis rondom bovenstaande te vergroten • Opdracht 6: Vorm aan de hand van het lokale beleid een beeld van de rol van de ziekenhuisarts en bespreek dit met je opleider in het voortgangsgesprek aan het einde van het 1^e jaar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Neem de gegevens over beleid eigen instelling en bevindingen uit het interview met de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patiëntveiligheid, mee naar de 1^{ste} Schierweek • Idem bevindingen uit gesprek met manager/hoofd afdeling
<p>Toetsing 1ste jaar: Resultaten worden opgenomen in portfolio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diverse stage- en voortgangsgesprekken met opleider met daarin aantoonbare aandacht voor kwaliteitszorg/patiëntveiligheid • Voortgangsgesprekken betreffende het Lintprogramma met de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patiëntveiligheid • KPB: 4 specifieke KPB's m.b.t. PV/kwaliteitszorg: o.a. multidisciplinair overleg, complicatiebespreking (nb: hier wordt bedoeld: KPB's van activiteiten die gerelateerd zijn 	

	<p>aan kwaliteit en patiëntveiligheid.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beoordeling CAT/referaat over onderwerp gerelateerd aan ziekenhuisarts profiel • Certificaten diverse trainingen waaronder SBAR, morbiditeit & mortaliteitsbespreking (of vergelijkbaar afhankelijk eigen ziekenhuis) • Facultatief: Cursorisch onderwijs lokaal juridische aspecten • Participatie intervisie lokaal of landelijk (bewijsstukken toevoegen aan portfolioë)
--	--

4. 2^{DE} OPLEIDINGSJAAR

OEFENEN



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

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

OPLEIDINGSACTIVITEITEN EN TOETSEN IN HET 2^E OPLEIDINGSJAAR

Focus	Opleidingsactiviteiten (leermiddelen)	opmerkingen
<p>Kwaliteitsverbetering in de dagelijkse praktijk</p> <p>a. doelmatigheid b. implementatie c. onderzoeksmethoden (analyses, etc.) d. procesmanagement e. procedures en protocollen</p> <p>(specifiek leerdoel 2, 3)</p>	<p>Pas de basisprincipes van Clinical Governance toe in dagelijkse patiëntzorg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deelname aan de complicatiebespreking van de eigen afdeling • Deelname aan de Incidentbespreking van de eigen afdeling • Deelname aan de M&M /necrologiebijeenkomsten instelling • Toepassing K & PV principes in dagelijkse patiëntzorg • Deelname aan relevante multidisciplinaire besprekingen met specifiek aandacht voor de rol van de ZIEKENHUISARTS hierin (ouderenzorg, continuïteit en coördinatie van zorg) 	<ul style="list-style-type: none"> • Van belang is dat je de theoretische kennis die je opdoet in de 1^e Schierweek gaat verbinden aan de werkelijke situatie in je eigen ziekenhuis. De kaders en tools die in de Schierweek worden aangereikt bieden ondersteuning om de vraag: ‘en hoe gaat dat bij ons?’ te kunnen beantwoorden.
<p>Vorbereidings en verwerkingsopdrachten rondom de 1^e Schierweek</p>	<p>Vorbereiding op de 1^e Schierweek:</p> <p>Opdracht 7: Bedenk (met steun van de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patiëntveiligheid en eventueel met ouderejaars collega’s) mogelijke onderwerpen voor verbeterprocessen binnen de klinische setting ter voorbereiding van de vragen die in de eerste cursusweek aan de orde komen. Deze onderwerpen kunnen gebruikt worden als casus tijdens de Schierweek en voor de opdracht na de Schierweek.</p> <p>Opdracht 8: Vul de vragenlijst ‘preparing for learning</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gebruik de ondersteuning van de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patiëntveiligheid bij opdracht 7, 8 en 9 : het invullen van de vragenlijst en het opstellen van de Sterkte Zwakte analyses.

	<p>about clinical governance' in. (cursusboek clinical governance manual; nb de vragenlijst wordt meegestuurd met het programma voor deze week)</p> <p>Na de 1^e Schierweek en voorbereiding op de 1^e terugkomdag:</p> <p>Opdracht 9:</p> <p>a. Voer met behulp van de tool 'assessment and development plan for clinical governance'(Werkboek cursus clinical governance) een assessment uit van de mate waarin clinical governance binnen het eigen ziekenhuis/de eigen afdeling is ingebed.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Sterkte-zwakte analyse in relatie tot clinical audit o Sterkte-zwakte analyse in relatie tot quality improvement o Sterkte-zwakte analyse in relatie tot evidence-based practice o Sterkte-zwakte analyse in relatie tot patiënt participatie/patiënt ervaringen o Sterkte-zwakte analyse in relatie tot patiëntveiligheid en clinical risk management o Sterkte-zwakte analyse in relatie tot klachtenafhandeling o Sterkte-zwakte analyse in relatie tot evaluatie en ontwikkeling van medewerkers <p>b. Maak op grond van de conclusies van de analyses een presentatie voor het opleidingsteam</p> <p>c. Presenteer op de 1^e terugkomdag kort je ervaringen over het maken van de sterkte-zwakte analyses, je leerpunten en leervragen. (max. 5 minuten per persoon).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presentaties voor de terugkomdag/ Schierweek s.v.p. minimaal 5 werkdagen tevoren aanleveren. NB. Exacte wijze van aanlevering wordt vermeld in het programma dat voor de terugkomdag wordt toegestuurd.
	<p>1^{ste} Terugkomdag lintprogramma Naast de opdrachten na Schierweek 1, staat de eerste terugkomdag van het lintprogramma in het teken van veiligheid, human factor en safety-2 denken.</p>	
<p>Patiëntenparticipatie en patiëntgerichte zorg (specifiek leerdoel 1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bijwonen van/ participeren in; mystery guest, bespreking van de CQ-index, spiegelgesprek, focus groep, etc.: welke waarde hebben deze 	<p>Gevoel krijgen bij het nut van patiëntenparticipatie en de implementatie van de inzichten in verbeteringen.</p>
<p>Patiëntveiligheid , veiligheids-en/of risicomangement Methodieken 1. diagnostiek van patiëntonveiligheid 2. preventie van patiëntonveiligheid 3. rollen en</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Neem deel aan de incidentmeld-commissie op de afdeling. Maak een vergelijking met de theorie uit de Schierweek. • Welke risico's kom je tegen binnen de patiëntenzorg en hoe zijn deze te voorkomen/te minimaliseren. • Neem volgens de werkwijze in de organisatie actief deel aan een prospectieve risicoanalyse en bespreek werkwijze etc. met inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patiëntveiligheid. • Participeer in interne audit of een veiligheidsronde binnen de eigen instelling 	<p>Bekend worden met de methodiek van interne audits en/of veiligheidsronden door actieve participatie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voor het opzetten van een eerste (kleine) clinical audit (opdracht 10) gebruik je als richtlijn het

<p>verantwoordelijkheden en teamcultuur (specifiek leerdoel 1, 3, 5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Analyseer een dossier t.b.v. een mortaliteits (&morbiditeit) bespreking en neem deel aan de betreffende bespreking. (bespreek de leerpunten na met de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patiëntveiligheid) <p>Na 1^e terugkomdag:</p> <p>Opdracht 10:</p> <ol style="list-style-type: none"> voer zelfstandig een clinical audit uit en evalueer met de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patiëntveiligheid de toegepaste clinical audit methodiek (vergelijking met het geleerde in de theorie) Maak een 10 minuten presentatie over het proces clinical audit dat je hebt doorgemaakt. Presenteer de bevindingen binnen het opleidingsteam in het eigen ziekenhuis. <p>Opdracht 11: Neem volgens de werkwijze in de organisatie actief deel aan een PRISMA-analyse. Besteed bij de nabespreking met de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patiëntveiligheid aandacht aan de human factors.</p> <p>Vorbereiding op de 2^e Schierweek:</p> <p>Opdracht 12:</p> <ul style="list-style-type: none"> Maak een top-5 van kwaliteitverbeteronderwerpen en neem deze lijst mee naar Schierweek 2. Lees hoofdstuk 2 Quality Improvement Manual: teamvorming en teamdevelopment tevoren door en wees voorbereid op het kunnen reflecteren op de teamvorming zoals die ontstaat tijdens Schierweek 2. Lees hoofdstuk 18 Quality Improvement Manual door en overweeg eventuele ethische issues bij de 5 keuze onderwerpen die je meeneemt naar de Schierweek. 	<p>stappenplan zoals beschreven in : The clinical Audit process (werkboek: attachment A); aandacht voor leider / stakeholders</p>
<p>Kwaliteit en patiëntveiligheid binnen teams: rollen en verantwoordelijkheden en teamcultuur (specifiek leerdoel 1, 4, 5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Vergelijk rollen/verantwoordelijkheden van teamleden in relatie met wat de inhoud van Schierweek 2 ten aanzien van teamcultuur. Vergelijk teamcultuur binnen de verschillende afdelingen waar je stage loopt en analyseer de mate van verbetercultuur. (bespreek de bevindingen met de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patiëntveiligheid) Neem een actieve rol in binnen de complicatiebespreking, incidentbespreking . Onderzoek op welke manier men op je afdeling werkt aan het optimaliseren van zorgprocessen en bespreek met je stagehouder/opleider waar het verbeterpotentieel zit. Betrek daarbij ook de procedures en protocollen. Bespreek met de inhoudsdeskundige Kwaliteit en 	<p>Focus ligt op teams: Het kunnen herkennen en bespreekbaar maken van onveilige situaties, bespreekbaar maken van deze situaties binnen teams, denk aan risicomangement en Just Culture.</p>

	Patiëntveiligheid de rol van het team en de arts na een calamiteit en verhoog hiermee je inzicht in teamcultuur.	
Toetsing 2 ^{de} jaar: opgenomen in portfolio	<ul style="list-style-type: none"> • Diverse stage- en voortgangsgesprekken met opleider met daarin aantoonbare aandacht voor kwaliteitszorg/patiëntveiligheid • voortgangsgesprekken betreffende het Lintprogramma met de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patiëntveiligheid • KPB: 4 specifiek m.b.t. K & PV: o.a. participatie, patiëntenparticipatie, interne audit/veiligheidsronde en/of human factor in besprekingen • CAT/referaat over onderwerp gerelateerd aan ZIEKENHUISARTS profiel • Participatie en voorbereidingsopdrachten Schierweken en terugkomdagen • Reflectie op uitgevoerd verbeterproject /clinical audit (nb: klein project!) (presentatie 2^e Schierweek) • Participatie intervisie (o.a. focus op teams en verandermanagement) 	<ul style="list-style-type: none"> • Integratie van het geleerde op de werkplek, oriëntatie in instelling en eigen reflectie zijn onderwerpen van voortgangsgesprek met opleider • Feedback wordt verkregen van stagehouder en/of opleider m.b.v. KPB (korte praktijkbeoordeling), CAT en in voortgangsgesprekken <p>Reflectie op eigen rol en de rol van ZIEKENHUISARTS is een continue activiteit (diverse gesprekken en deelname aan de intervisie)</p>



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

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

Focus	Opleidingsactiviteiten (leermiddelen)	opmerkingen
Kwaliteitsverbetering in de dagelijkse praktijk a. doeltreffendheid b. implementatie c. wetenschappelijk onderzoek d. procesmanagement e. procedures en protocollen (alle leerdoelen jaar 3)	<ul style="list-style-type: none"> • integratie van voorgaande jaren in de diverse besprekingen op de stageplaats: neem in tweede helft van dit jaar zoveel mogelijk de rol in van de ZIEKENHUISARTS en voer in hoge mate zelfstandig de diverse taken uit (in goede samenspraak met stagehouder en inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patiënt veiligheid) • participatie in afdeling overstijgende PV/KZ commissies • focus in teams op verandermanagement in relatie met project meesterwerk • Team beïnvloeding, bespreekbaar maken van problemen, complicaties of kwaliteitsproblematiek. Actief werken aan een open en veilige cultuur. • uitvoering /participatie onderwijs/opleidingstaken lokaal onderwijs in K & PV aan aios, co-assistenten en verpleegkundigen 	In laatste jaar ligt nadruk op toepassen van het geleerde in de context van 1 ^{ste} en 2 ^{de} lijnszorg en in de keuzestage.
Meesterstuk	Opdracht 13 Meesterstuk (zie toelichting hoofdstuk 5) afhankelijk van het project/onderwerp: opleidingsactiviteiten en eventueel specifieke leerdoelen worden besproken met opleider, opdrachtgever project en inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patiëntveiligheid en vastgelegd in individueel opleidingsplan (IOP) <ul style="list-style-type: none"> • opdracht 13 A: projectmandatering • opdracht 13.B: uitvoering meesterstuk 	Maatwerktraject per aios. Opdracht wordt met de opleider, inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patiëntveiligheid en stagehouder besproken en vastgelegd, inclusief datgene wat wordt “opgeleverd”. Ter ondersteuning van uitvoering meesterstuk zijn er de terugkomdagen lintprogramma met focus op projectmatig werken, draagvlak en beïnvloeden van projectteam.
Toetsing 3 ^{de} jaar: opgenomen in portfolio	<ul style="list-style-type: none"> • Diverse stage- en voortgangsgesprekken met opleider met daarin aantoonbare aandacht voor kwaliteitszorg/patiënt veiligheid 	

	<ul style="list-style-type: none">• voortgangsgesprekken betreffende het Lintprogramma met de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patiënt veiligheid• Uitvoering Meesterstuk• KPB indien wenselijk• CAT/referaat over onderwerp gerelateerd aan ZIEKENHUISARTS profiel• Participatie intervisie (o.a. focus op teams en verandermanagement)• Participatie in terugkomdagen PV/KZ	
--	--	--

6. TOELICHTING MEESTERSTUK

1. Inleiding

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

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

2. Werkwijze

- Oriëntatiefase (aanvang circa 18 maanden voor beëindigen opleiding): de aios overlegt met de opleider *welk onderwerp op welke afdeling* voor het kwaliteitsverbeterproject in het kader van de meesterstuk geschikt is. In samenspraak met de opdrachtgever (meestal de stagehouder van de keuzestage) en de opleider en inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patiëntveiligheid wordt het onderwerp verder bepaald en afgebakend. De aios maakt een projectontwerp waarin de diverse onderdelen staan uitgewerkt (inclusief het beoogde verbeterteam, de te gebruiken methodiek en het beoogde concreet geformuleerde resultaat). Deze fase wordt met een go/no go afgesloten. Onderwerpen voor het kwaliteitsverbeteringsproject in het kader van het meesterstuk kan men vinden in de volgende categorieën⁹, of men kan voorbeelden zoeken in de database van meesterstukken op de website van de VvZG.
 - Kwaliteitsverbetering en implementatie in de dagelijkse praktijk
 - Organisatie van zorg
 - Patiëntenparticipatie en patiëntgerichte zorg
 - Patiëntveiligheid
 - Wetenschappelijk onderzoek naar kwaliteitsverbetering in de patiëntenzorg

Voorbeelden:

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

⁹ Bron: Wollersheim, Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg, 2011

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

7. BEOORDELING MEESTERSTUK.

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

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

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



BEOORDELING MEESTERSTUK OPLEIDING ZIEKENHUISARTS

Naam aios: Ziekenhuis: Stageafdeling:.....

Titel Meesterstuk (Kwaliteitverbeterproject):

criterium (Zie Scorelijst voor details)	Maximale score ¹⁰	Score gegeven aan aios door de opleider	Toelichting op de beoordeling
1. <u>Identificatie van het kwaliteitsonderwerp.</u> a. Vraagstelling en afbakening b. Toegepaste methoden/technieken	3 3		
2. <u>Analyse van de huidige situatie</u> Toegepaste methoden/technieken	6		
3. <u>Identificatie van het probleem/ de problemen en verbeterstrategie</u> Toegepaste methoden/technieken	6		
4. <u>Implementatie van het verbeterplan</u> Toegepaste methoden/technieken	3		
5. <u>Nameting</u> Toegepaste methoden/technieken	3		
6. Reflectie	3		
7. Stijl, structuur en presentatie	3		
Totaal	30		
Datum:	Plaats:		
Opmerkingen Opleider/Beoordelaar over het procesverloop en het projectmanagement door de aios:			
Naam opleider-beoordelaar:		Handtekening:	

¹⁰ Cesuur: ≥15 = voldaan

--	--

SCOREFORMULIER

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



BIJLAGE 1: LEERDOELEN UIT HET CURRICULUM ZIEKENHUISGENEESKUNDE

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

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

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

- te passen (P7.2).
22. herkent affect en emoties in intercollegiaal overleg (P 7.2).
 23. herkent irrationeel gedrag tussen professionals en maakt dit bespreekbaar (P 7.2).
 24. gaat adequaat om met hiërarchisch professionele relaties zoals een opleidingsrelatie of hiërarchie gebaseerd op macht, structuur of expertise (P 7.2).
 25. geeft blijk van besef dat het voor het functioneren als ziekenhuisarts van belang is dat hij kan omgaan met onzekerheid en eigen beperkingen kan onderkennen (P 7.3).
 26. beschikt over kennis van de in het betreffende ziekenhuis vigerende zorgpaden en protocollen (S 3.4)
 27. handelt in overeenstemming met vigerende wetgeving, waaronder met name de wet BIG, WGBO, Wet Orgaandonatie, Wet op de privacy (WBP), Wet op de levensbeëindiging (WOLB), FONA, METc- en WMO-regelgeving, Beleidsregels gunstbetoon, en de WBP (Ma 5.3)
 28. is op de hoogte van de wijze waarop verpleegafdeling en ziekenhuis zijn ingericht en maakt adequaat gebruik van diverse informatiestromen, procedures en protocollen (O 6.3)
 29. handelt conform de geldende beroepscode en wet- en regelgeving (P 7.4)
 30. draagt bij aan een effectieve en efficiënte bedrijfsvoering, rekening houdend met het beleid van ziekenhuis en budgettaire kaders (beschikbare mensen en middelen). (O 6.3)
 31. blijft op de hoogte van medisch-inhoudelijke ontwikkelingen op het gebied van de ziekenhuisgeneeskunde en vermeerderd deze kennis in een continu leerproces (W 4.3)
 32. heeft een gefundeerde kritische houding t.o.v. wetenschappelijke kennis waarop het medisch handelen is gebaseerd (W 4.1.)

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

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

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

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

Voor het behalen van Leerdoelen *zijn vaak meerdere activiteiten van toepassing. Daar waar meest specifiek staan ze*

expliciet vermeld bij activiteiten en opdrachten.

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



BIJLAGE 2: TIJDLIJN EN KORTE OMSCHRIJVING OPDRACHTEN EN CURSUSSEN

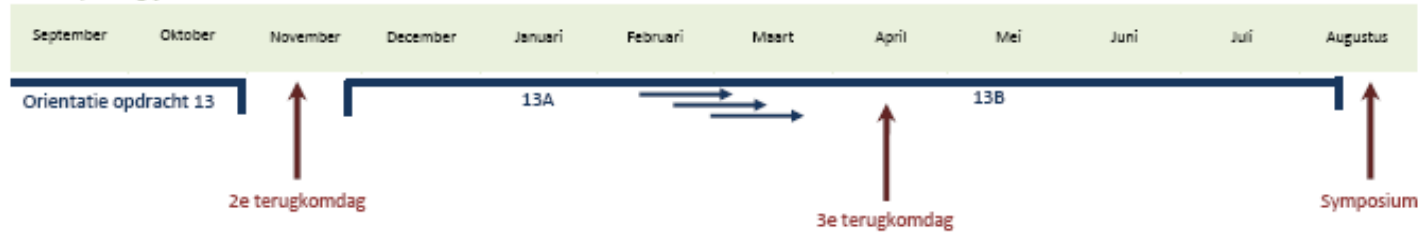
Eerste opleidingsjaar



Tweede opleidingsjaar



Derde opleidingsjaar



1e opleidingsjaar

Opdracht 1: Lees Hoofdstuk 8, 12, 13, 14, 21., om een overzicht over de materie te krijgen, in: Dillmann, R. et al. 2016: *Patiëntveiligheid, handboek voor medisch specialistische zorg*. Utrecht, de Tijdstroom.

Opdracht 2: Volg ten behoeve van de toepassing van de communicatieprincipes voor patiëntveiligheid een SBAR-training (Communicatie-methodiek gebaseerd op: Situation, Background, Assessment, Recommendation) of soortgelijke training.

Opdracht 3: Voer een CAT (critically appraised topic) of referaat of patiëntbespreking uit over een onderwerp op het terrein van patiëntveiligheid of kwaliteit van zorg

Opdracht 4: Houd een interview met de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patiëntveiligheid waarin je bevindingen uit de oriëntatiefase op kwaliteit en veiligheid worden besproken en werk het interview kort uit t.b.v. voorbereiding op de 1^e Schierweek.

Opdracht 5: Interview de medisch manager/hoofd afdeling (of vergelijkbaar) over de inrichting van het ziekenhuis en de afdeling om kennis omtrent de inrichting van kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheid in je eigen instelling te vergroten.

Opdracht 6: Vorm aan de hand van het lokale beleid een beeld van de rol van de ziekenhuisarts en bespreek dit met je opleider in het voortgangsgesprek aan het einde van het 1^e jaar.

2e opleidingsjaar

Opdracht 7: Bedenk (met steun van de inhoudsdeskundige Kwaliteit en Patiëntveiligheid en eventueel met ouderejaars collega's) mogelijke onderwerpen voor verbeterprocessen binnen de klinische setting ter voorbereiding van de vragen die in de eerste cursusweek aan de orde komen. Deze onderwerpen kunnen gebruikt worden als casus tijdens de Schierweek en voor de opdracht na de Schierweek.

Opdracht 8: Vul de vragenlijst 'preparing for learning about clinical governance' in. (cursusboek clinical governance manual; nb de vragenlijst wordt meegestuurd met het programma voor deze week)

Opdracht 9:

- a. Voer met behulp van de tool 'assessment and development plan for clinical governance' (Werkboek cursus clinical governance) een assessment uit van de mate waarin clinical governance binnen het eigen ziekenhuis/de eigen afdeling is ingebed.
- Sterkte-zwakte analyse in relatie tot clinical audit
 - Sterkte-zwakte analyse in relatie tot quality improvement
 - Sterkte-zwakte analyse in relatie tot evidence-based practice

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

▲ Opdracht 10:

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

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

▲ Opdracht 12:

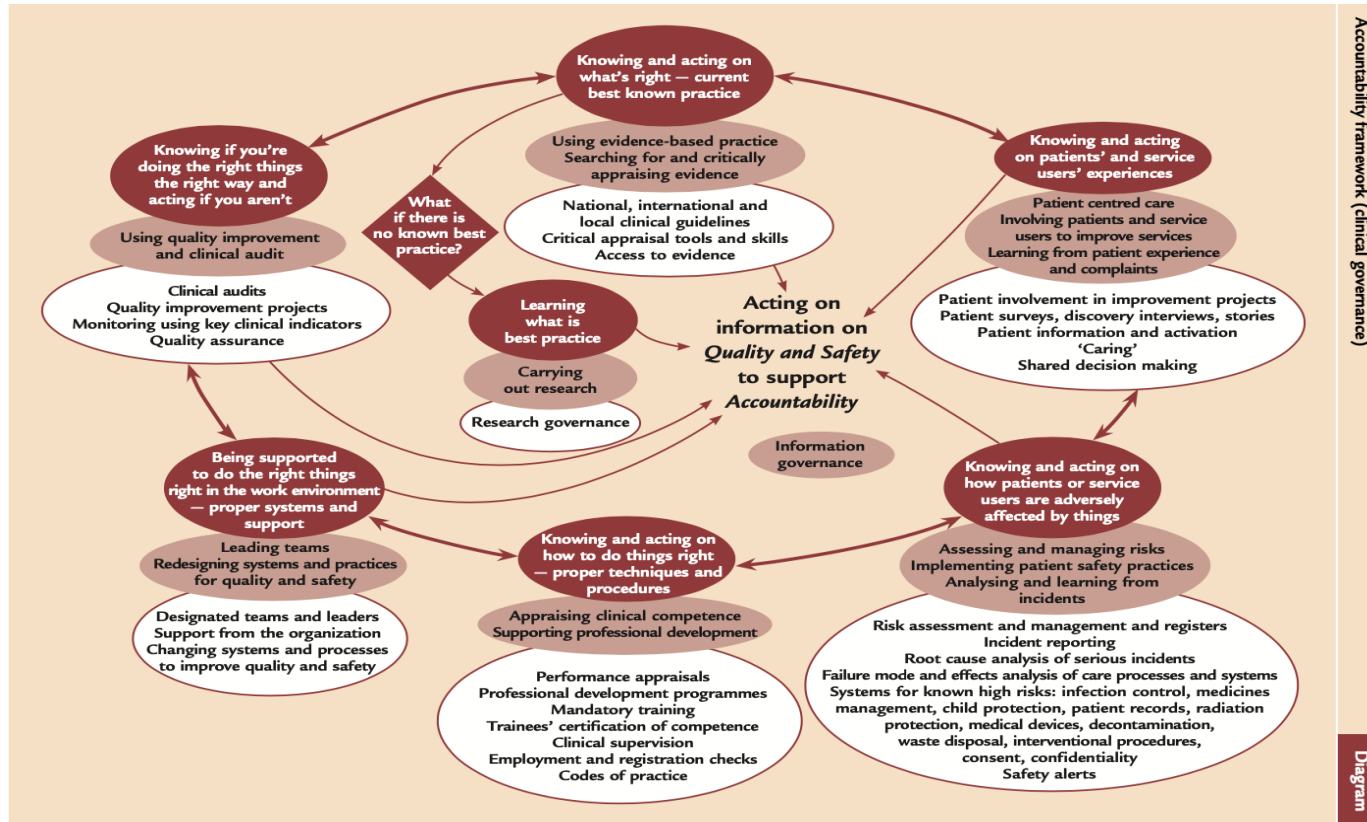
- Maak een top-5 van kwaliteitverbeteronderwerpen en neem deze lijst mee naar Schierweek 2.
- Lees hoofdstuk 2 Quality Improvement Manual: teamvorming en teamdevelopment tevoren door en wees voorbereid op het kunnen reflecteren op de teamvorming zoals die ontstaat tijdens Schierweek 2.
- Lees hoofdstuk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

3e opleidingsjaar

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

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

BIJLAGE 3: DIAGRAM ACCOUNTABILITY FRAMEWORK



Accountability framework (clinical governance)

Diagram



Uitwerking Activiteiten, Opdrachten en Toetsing Lintprogramma

Figuur 9: Accountability Diagram. (bron: Health Care Quality Quest. 2020 Clinical Governance Manual)



BIJLAGE 5: AANBEVOLEN LITERATUUR – SITES – CONGRESSEN

AANBEVOLEN LITERATUUR

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

Klassiekers!

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

SITES

www.ihi.org

www.health.org.uk

www.knmg.nl

www.cbo.nl

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

<https://www.hospitalmedicine.org>

CONGRESSEN

BMJ Quality & Safety

Annual Congress Society Hospitalist Medicine

IHI congress

ISQUA congress

BIJLAGE 5: OVERZICHT OPLEIDINGSGERELATEERDE GESPREKKEN

Tijdens de opleiding worden introductie- en voortgangsgesprekken gevoerd door verschillende begeleiders van de aios.

De opleider is verantwoordelijk de bewaking van ‘the bigger picture’, de algemene voortgang van de opleiding. Hij houdt met de aios het algemene introductiegesprek bij de start van de opleiding, bepaalt het opleidingsschema en voert 3-maandelijks voortgangsgesprekken (al dan niet samen met de deskundige kwaliteit en patiëntveiligheid of met stagehouders). Hij geeft de geschiktheidsbeoordeling aan het einde van elk opleidingsjaar. De opleider is ook degene die de voortgang van de aios op het terrein van de EPA's beoordeelt en die het niveau van een EPA vaststelt op advies van de overige begeleiders en stagebegeleiders van de aios.

Naast de opleider begeleidt de deskundige kwaliteit en patiëntveiligheid de aios ook gedurende de gehele opleiding. Ook hij voert 3-maandelijks voortgangsgesprekken met de aios en adviseert de opleider ten aanzien van de voortgang van de aios over EPA 7: Kwaliteit en Patiëntveiligheid.

In het elektronisch portfolio zijn formulieren voor deze gesprekken opgenomen onder ‘Algemene gesprekken’.

Stagehouders begeleiden de aios gedurende de stage-periode op hun afdeling. De gesprekscyclus start met het introductiegesprek, en wordt vervolgd met 1 of meer voortgangsgesprekken en een eindgesprek. In het elektronisch portfolio zijn formulieren voor deze gesprekken opgenomen onder ‘Gesprekken bij stages’

INTRODUCTIEGESPREK BIJ AANVANG VAN DE OPLEIDING

Bij de start van de opleiding tot ziekenhuisarts ^{KNMG} vindt een introductiegesprek plaats met de opleider ziekenhuisgeneeskunde en tevens een kennismakings- en introductiegesprek met de betrokken kwaliteitsfunctionaris. Bij het introductiegesprek worden het opleidingsschema en het individueel opleidingsplan (IOP) besproken. Daartoe worden eventuele eerdere ervaringen van de aios die van belang zijn voor zijn leertraject besproken en de wederzijdse verwachtingen in kaart gebracht.

VOORTGANGSGESPREKKEN MET DE OPLEIDER ZIEKENHUISGENEESKUNDE EN DE KWALITEITSFUNCTIONARIS

In het eerste jaar van de opleiding wordt elk kwartaal een voortgangsgesprek met de opleider ziekenhuisgeneeskunde gehouden. De kwaliteitsfunctionaris wordt hier tevens bij betrokken waar het gaat over de voortgang op EPA 6 (patiëntveiligheid en kwaliteit). In het tweede en derde jaar vindt tenminste eenmaal per half jaar een voortgangsgesprek plaats.

- Het voortgangsgesprek biedt input om het IOP bij te stellen en indien dat noodzakelijk is, om een geïntensiveerd begeleidingstraject te starten.
- Van de voortgangsgesprekken wordt een schriftelijk verslag¹¹ toegevoegd aan het portfolio

GESCHIKTHEIDSBEOORDELING

Aan het einde van ieder opleidingsjaar vindt er een geschiktheidsbeoordeling plaats door de opleider ziekenhuisgeneeskunde¹². Een geschiktheidsbeoordeling kan als afsluiting worden gedaan bij het laatste

¹¹ Een digitaal voortgangsformulier is in het portfolio beschikbaar.

¹² Conform Kaderbesluit

voortgangsgesprek in een opleidingsjaar. In het elektronische portfolio-formulier van het voortgangsgesprek kan de opleider ziekenhuisgeneeskunde dit eenvoudig aangeven.

- Wanneer de opleider ziekenhuisgeneeskunde de aios voldoende geschikt acht, kan de opleiding van de aios voortgezet worden.
- Wanneer de opleider ziekenhuisgeneeskunde de aios niet voldoende geschikt acht, kan hij besluiten tot het starten van een geïntensiveerd begeleidingstraject.

GESPREKKEN BIJ STAGES

INTRODUCTIEGESPREK STAGE

Met het vooraf bestuderen van de stagebeschrijving, de stage specifieke thema's en leerdoelen en EPA's krijgt de aios zicht op de aard van de afdeling, om welke categorie patiënten het gaat, welke leermogelijkheden er zijn op welk niveau en wat de instrumenten zijn om de bekwaamheid aan te tonen. Dit wordt genoteerd in het formulier 'Introductiegesprek stage' in het e-portfolio.

Mogelijke bespreekpunten:

- Wat waren de sterke en verbeterpunten in de voorgaande stage/periode?
- Hoe gaat de aios concreet werken aan de verbeterpunten?
- Wat zijn de leerdoelen/EPA's voor deze periode¹³?
- Wat kan de aios leren in de komende periode?
- Hoe gaat de aios concreet werken binnen deze stage aan EPA 6: patiëntveiligheid en kwaliteit?
- Welke leerdoelen/EPA's worden getoetst?
- Hoeveel en welke toetsinstrumenten zoals bijvoorbeeld KPB's worden afgenomen?
- Over welk inhoudelijk domein / competenties gaan de KPB's?
- Gebruik maken van andere beoordelingsinstrumenten;
- Tijdstip eerstvolgend (tussen/eind)gesprek.

TUSSENGESPREK STAGE

Het tussengesprek vindt plaats ongeveer halverwege de stage. Bij een tussengesprek zijn de volgende aandachtspunten belangrijk voor de voorbereiding door de aios:

- Identificatie sterke en verbeterpunten;
- Plan voor verbetering en toetsing daarvan;
- Evaluatie van stage gebonden leerdoelen;
- Evaluatie van niet-stage gebonden leerdoelen;
- Evaluatie van persoonlijke leerdoelen;
- Zelfreflectie in relatie tot het oordeel van de opleidingsgroep;
- Bespreken bekwaamheidsniveau;
- Verplichte landelijk, regionale en lokale onderwijs.

Bovenstaande punten worden in het gesprek gezamenlijk geëvalueerd, de voortgang wordt besproken en er wordt door de supervisor feedback gegeven. Tijdens het gesprek benoemt de aios de voortgang in zijn ontwikkeling en welke leerdoelen behaald zijn en welke niet. De KPB's worden besproken. Dat wat goed gaat

¹³ Raadpleeg hiervoor ook het overzicht van de stagebeschrijvingen

wordt benoemd, evenals de nieuw te stellen leerdoelen bij het volgende deel van de stage. Het formulier 'Tussengesprek' van de betreffende stage wordt ingevuld en door de supervisor geaccordeerd.

EINDGESPREK STAGE

Het eindgesprek vindt plaats aan het eind van de stage. Bij een eindgesprek zijn de volgende aandachtspunten belangrijk voor de voorbereiding door de aios:

- Terugkijken naar eerder gestelde leerdoelen;
- Identificatie sterke en verbeterpunten;
- Plan voor verbetering en toetsing daarvan;
- Zelfreflectie in relatie tot het oordeel van de opleidingsgroep;
- Stage-gerelateerd (verplicht) onderwijs.
- Dat wat goed gaat wordt benoemd, evenals de nieuw te stellen leerdoelen bij volgende stage

De aios verzamelt tijdens de stage bewijsmateriaal voor zijn ontwikkeling aan de hand van de verschillende toegepaste toetsinstrumenten. De groei en ontwikkeling van de aios tijdens de stage in alle competenties worden in het gesprek gezamenlijk met de stage-opleider geëvalueerd, de voortgang wordt besproken en er wordt door de supervisor feedback gegeven. Ten aanzien van de beoordeling van de voortgaande ontwikkeling van de aios geldt dat de stagehouder met name de stagespecifieke leerdoelen in detail beoordeelt. De stagehouder adviseert daarnaast de opleider ziekenhuisgeneeskunde over de ontwikkeling van de aios op het terrein van de 8 EPA's ziekenhuisgeneeskunde in het afrondende stagegesprek.

De indruk van de stagehouder, vastgelegd op 'narratieve wijze' in het afsluitend stagegesprek tezamen met het portfolio van de aios geven aan de opleider ziekenhuisgeneeskunde en de opleidende kwaliteitsfunctionaris onderbouwing voor het bewaken van de voortgang van de opleiding en voor het beoordelen van de voortgang op de EPA's .

Een 'warme overdracht' kan worden gerealiseerd door bijvoorbeeld een eindgesprek van een stage te combineren met een voortgangsgesprek met de opleider ziekenhuisgeneeskunde.

BIJLAGE 6: CLINICAL GOVERNANCE ROLLEN VOOR DE ZIEKENHUISARTS

Clinical Governance is een samenhangend geheel van organisatorische strategieën, processen en acties, uitgaand van complexiteit en mensenwerk in zorgorganisaties¹⁴. De ziekenhuisarts ontwikkelt een actieve rol bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het scheppen van een lerend klimaat als voorwaarden daarvoor. Uitgangspunt is het stimuleren van de intrinsieke motivatie van zorgprofessionals om de kwaliteit en veiligheid van zorg continue te verbeteren en daarover rekenschap af te leggen.

De Clinical Governance rollen kennen net zoals de EPA's ontwikkelingsstadia. Bij de CG-rollen zijn dit: *oriënteren, oefenen, kunnen en specialiseren*. De opleider stelt samen met de deskundige Kwaliteit en Patiëntveiligheid het niveau in overleg met de aios vast op grond van KPB's, voortgangsgesprekken en (persoonlijke) leerdoelen. Ook opdrachten uit het lintprogramma dragen bij aan de ontwikkeling van de CG rollen. Het niveau specialiseren is bedoeld voor persoonlijke profilering van de aios.



werkomgeving.

Bevorderen van een open cultuur door te fungeren als rolmodel door open en oprecht te kunnen praten over incidenten en complicaties vanuit het bewustzijn dat onbedoelde consequenties van het professionele handelen het gevolg kunnen zijn van afhankelijkheden in complexe systemen en dus niet alleen van personen afhangen.

Bevorderen van klinische effectiviteit door steeds de beste resultaten voor patiënten na te streven, rekening houdend met het perspectief van de individuele patiënt, zorgstandaarden, efficiëntie en veiligheid binnen de

Toepassen van Clinical audit om de kwaliteit van de zorg te meten, prestaties te vergelijken met een norm om te zien hoe het staat met de huidige kwaliteit van zorg en om aangrijpingspunten voor verbetering te identificeren, te implementeren en opnieuw te toetsen.

Toepassen van risicomanagement om risico's voor patiënten te minimaliseren door:

- te identificeren wat er mis kan gaan en misgaat tijdens de zorg;
- de factoren te begrijpen die dit beïnvloeden;
- lessen te trekken uit (bijna-)ongevallen en incidenten;
- ervoor te zorgen dat herhaling wordt voorkomen;
- systemen te gebruiken of op te zetten om risico's te verminderen.

Onderwijs en training zijn van vitaal belang om goed werk in de zorg te kunnen leveren. Deze rol betreft het bijdragen aan het ontwikkelen en behouden van vaardigheden en competenties om de rollen en verantwoordelijkheden die klinische kwaliteit en veiligheid bevorderen, te kunnen vervullen. Dit betreft zowel de ziekenhuisarts zelf, als de bijdragen aan het team waarmee hij werkt.

Onderzoek en ontwikkeling. Het willen werken volgens 'evidence based medicine' ofwel volgens de meest recente richtlijnen en standaarden. Bijdragen aan het ontwikkelen van betrouwbare en relevante klinische data. Bijdragen aan transparantie van uitkomsten van zorg en behandeling.

¹⁴ Ahaus, C.T.B., Heineman, E., Kromme, N.M.H. (2011) Clinical Governance en het streven naar excellentie. *Kwaliteit in Zorg*, 3, 10-14.

BIJLAGE 7: TOETSMATRIX OPLEIDING ZIEKENHUISGENEESKUNDE

<i>Opleidingsjaar</i>	Interne Geneeskunde/Acute Opvang												Stages												Keuzestage																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12							
<i>Maanden</i>																																											
Persoonlijke Voortgang																																											
Voortgangsgesprek met eind-oordelend opleider			◆			◆			◆			◆			◆			◆			◆			◆			◆			◆			◆			◆			◆				
Voortgangsgesprek met stagehoudend opleider		◇ ¹⁵		◇		◇		◇		◇		◇		◇		◇		◇		◇		◇		◇		◇		◇		◇		◇		◇		◇		◇		◇			
Voortgang ontwikkeling EPA 7 met deskundige K&V			○			○			○			○			○			○			○			○			○			○			○			○			○				
Bijstellen Individueel Opleidings Plan		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■			
<i>Maanden</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12							
Toetsing																																											
Portfolio	Overzicht bewijsmaterialen (KPB's, OSATS, Gesprekken, Beoordelingen, Opdrachten en Toetsen) moet aan het einde van de opleiding compleet zijn																																										
Geschiktheidsbeoordeling																																											
EPA's																																											

¹⁵ ◇ In het eerste leerjaar kan de stagehouder interne iemand anders zijn dan de hoofdopleider, daar in de komende jaren de rol van hoofdopleider in toenemende mate vervuld zal gaan worden door ziekenhuisarts en.

<i>visite lopen en medisch handelen op de klinische afdeling</i>	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	16				.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	*	*	*	*	*	*	*
<i>coördinatie en continuïteit van zorg</i>	*	*	*	*	*	*	*
<i>generalistische integrale patiëntenzorg</i>	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	*	*	*	*	*	*	*
<i>pre- en postoperatieve zorg</i>	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	*	*	*	*	*	*	*
<i>polyfarmacie</i>	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	*	*	*	*	*	*	*
<i>leiden en borgen van multidisciplinaire en interprofessionele samenwerking</i>	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	*	*	*	*	*	*	*
<i>kwaliteit en patiëntveiligheid</i>
<i>Wetenschappelijke ontwikkeling</i>
Meesterstuk	Afgerond kwaliteitsverbeterproject tijdens keuzestage																																					
Landelijk cursorisch Onderwijs	4 dagen											4 dagen											4 dagen															
Cursusweken CG en QI												Gemiddeld: 12 dagen, verspreid over 2 weken en 2 dagen																										
Kennistoets												1x											1x															

¹⁶ betreft stage anesthesiologie, die ook later kan plaatsvinden

¹⁷ *afhankelijk van keuzestage en vorderingen

BIJLAGE 8: KWALITEITSVISITATIE NORMEN WAARDERINGSSYSTEEM . VERENIGING VOOR ZIEKENHUISGENEESKUNDE – (2020-11-13)

KWALITEITSDOMEINEN

De normen voor de praktijkvoering van de vereniging voor ziekenhuisgeneeskunde zijn onderverdeeld in vier domeinen te weten;

1. Evaluatie van zorg
2. Kwaliteitsbevordering en veiligheid van zorg
3. Vakgroep functioneren
4. Professionele ontwikkeling

DOELSTELLING EN UITGANGSPUNTEN VAN KWALITEITSVISITATIE

Kwaliteitsvisitatie is een uniek instrument voor en door professionals waar medisch specialisten met recht trots op zijn. De doelstellingen en uitgangspunten van visitaties kunnen in de vier v's van visitatie worden samengevat:

VERBETEREN

Het visitatie-instrument is bedoeld om de kwaliteit van de patiëntenzorg te verbeteren door de individuele ziekenhuisarts of vakgroep een spiegel voor te houden en niet om af te straffen of “rotte appels” te detecteren. Kwaliteitsvisitatie heeft daarmee een kwaliteit bevorderend karakter. Tegelijkertijd kan daar waar beroepsgenoten onder een afgesproken minimum functioneren, een krachtige verbeterimpuls worden gegeven al dan niet door medewerking van RvB en/of stafbestuur .

VERTROUWEN

Het visitatiemodel is gebaseerd op vertrouwen. Zowel vertrouwen tussen beroepsgenoten onderling als tussen de medici en “de maatschappij”. Dat vertrouwen moeten we waarmaken door te blijven anticiperen op de opvattingen en ontwikkelingen die binnen beroepsgroepen gelden, maar ook aan dat wat van “buiten” op ons afkomt.

VERDIEPEN

Er wordt bij kwaliteitsvisitatie steeds meer naar de inhoud van de zorg gekeken en minder naar de randvoorwaarden. De verdieping zal hierop doorgaan, aangezien dat de drive is van de meeste professionals en omdat steeds meer naar processen en resultaten in termen van kwaliteit en veiligheid zal worden gekeken.

VERBINDEN

De visitatiemethodiek verbindt ziekenhuisartsen (uit een vakgroep) met elkaar doordat het accent ligt op zelfevaluatie en (gezamenlijk) maken van verbeterplannen. Conclusies en adviezen worden nu standaard ter beschikking gesteld aan de Raad van Bestuur en het Stafbestuur, zodat er in gezamenlijk overleg verbeteringen kunnen worden nagestreefd en monitoring kan plaatsvinden.

Kwaliteitsvisitaties vinden één keer in de vijf jaar plaats. Participatie is noodzakelijk om te voldoen aan de criteria om herregistratie te verkrijgen. Bij kwaliteitsvisitatie wordt er ter plaatse onderzoek verricht naar de

omstandigheden en de manier waarop ziekenhuisartsen het beroep uitoefenen op grond van de op dat moment geldende kwaliteitsnormen. Het is dan ook van groot belang dat er normen zijn die tijdens de visitatie kunnen worden getoetst.

WAARDERINGSSYSTEMATIEK VOOR DE KWALITEITSVISITATIE

Wanneer bij een kwaliteitsvisitatie wordt vastgesteld dat niet of niet volledig aan een norm wordt voldaan, komt er een vervolgactie van de commissie. Voor de mate waarin van de norm wordt afgeweken is een omschrijving gemaakt. Daarnaast is een omschrijving gemaakt van basisnorm en streefnorm. Dit is bedoeld om te benadrukken dat het bij kwaliteitsvisitatie vooral gaat om stimulerende prikkels in te bouwen die uitnodigen om te excelleren. Het resultaat is een waarderingssystematiek volgens de onderstaande 5-puntsschaal.

1. STREEFNORM (S)

Excellent, een voorbeeld voor anderen.

2. BASISNORM (B)

Goed, de norm.

3. AANBEVELINGEN (A)

Indien de praktijkvoering op één of meer onderdelen kan worden verbeterd. Aanbevelingen dienen in principe binnen maximaal vijf jaar te zijn uitgevoerd.

4. ZWAARWEGEND ADVIEZEN (ZA)

Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen maximaal twee jaar te zijn uitgevoerd.

5. VOORWAARDEN (V)

Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar maximaal binnen zes maanden.

1. KWALITEITSDOMEIN 1: EVALUATIE VAN ZORG

1.1. ZORGPROCESSEN EN PROTOCOLLEN

- De richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging van de betreffende poort- en ondersteunende specialismen waar de ziekenhuisarts voor werkt, worden nagekomen dan wel beargumenteerd van afgeweken en het wordt in het patiëntendossier vastgelegd. De richtlijnen worden structureel in de vakgroep besproken en geëvalueerd. (S)
- De richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging van de betreffende poort- en ondersteunende specialismen waar de ziekenhuisarts voor werkt, worden wel nagekomen dan wel beargumenteerd van afgeweken en het wordt in het patiëntendossier vastgelegd. (B)
- De richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging van de betreffende poort- en ondersteunende specialismen waar de ziekenhuisarts voor werkt, worden wel nagekomen, dan wel beargumenteerd van afgeweken maar het wordt niet structureel in het patiëntendossier vastgelegd. (ZA)
- De richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging van de betreffende poort- en ondersteunende specialismen waar de ziekenhuisarts voor werkt, worden niet nagekomen. (V)

1.2. MEDISCH BELEID KLINISCHE PATIËNT

- De ziekenhuisarts ziet nieuw opgenomen patiënten binnen 24 uur na opname, dan wel beargumenteerd na 24 uur na opname, en in afstemming met de hoofdbehandelaar wordt het medisch beleid geaccordeerd. De betreffende poort- en ondersteunende specialismen waar de ziekenhuisarts voor werkt hebben een systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren. De resultaten zijn gekoppeld aan het beleidsplan en jaarverslag van de vakgroep waar de ziekenhuisarts onder valt. (S)
- De ziekenhuisarts ziet nieuw opgenomen patiënten binnen 24 uur na opname, dan wel beargumenteerd na 24 uur na opname, en in afstemming met de hoofdbehandelaar wordt het medisch beleid geaccordeerd. De betreffende poort- en ondersteunende specialismen waar de ziekenhuisarts voor werkt hebben een systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren. (B)
- De ziekenhuisarts ziet nieuw opgenomen patiënten binnen 24 uur na opname, dan wel beargumenteerd na 24 uur na opname, en in afstemming met de hoofdbehandelaar wordt het medisch beleid geaccordeerd. De betreffende poort- en ondersteunende specialismen waar de ziekenhuisarts voor werkt hebben echter geen systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren. (A)
- De ziekenhuisarts ziet nieuw opgenomen patiënten beargumenteerd na 24 uur na opname, en het medisch beleid wordt meestal in afstemming met de hoofdbehandelaar geaccordeerd. De betreffende poort- en ondersteunende specialismen waar de ziekenhuisarts voor werkt hebben echter geen systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren. (ZA)
- De ziekenhuisarts ziet nieuw opgenomen patiënten na 24 uur na opname, en zonder afstemming met de hoofdbehandelaar wordt het medisch beleid geaccordeerd. De betreffende poort- en ondersteunende specialismen waar de ziekenhuisarts voor werkt hebben echter geen systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren. (V)

1.3. VISITE FREQUENTIE

- Visite vindt op doordeweekse dagen bij iedere klinische patiënt dagelijks plaats door de ziekenhuisarts of waarnemend arts, samen met een lid van de verpleegkundige staf. In het

weekend en op feestdagen wordt bij iedere patiënt die medisch aandacht behoeft visite gelopen door de ziekenhuisarts of waarnemend arts, met een lid van de verpleegkundige staf. (S)

- Visite vindt op doordeweekse dagen bij iedere klinische patiënt dagelijks plaats door de ziekenhuisarts of waarnemend arts, samen met een lid van de verpleegkundige staf, tenzij beargumenteerd wordt waarom hier geen noodzaak toe is. In het weekend en op feestdagen wordt bij iedere patiënt die medisch aandacht behoeft visite gelopen door de ziekenhuisarts of waarnemend arts, samen een lid van de verpleegkundige staf. (B)
- Visite vindt op doordeweekse dagen bij klinische patiënten niet dagelijks plaats door de ziekenhuisarts of waarnemend arts, zonder duidelijke argumentatie waarom er geen noodzaak toe is. Wanneer visite plaatsvindt, is dit samen met een lid van de verpleegkundige staf. In het weekend en op feestdagen wordt bij klinische patiënten die medisch aandacht behoeven visite gelopen door de ziekenhuisarts of waarnemend arts, zonder een lid van de verpleegkundige staf. (A)
- Visite vindt op doordeweekse dagen bij klinische patiënten niet dagelijks plaats door de ziekenhuisarts of waarnemend arts zonder duidelijke argumentatie waarom er geen noodzaak toe is. Wanneer visite plaatsvindt, is dit zonder een lid van de verpleegkundige staf. In het weekend en op feestdagen wordt niet structureel visite gelopen door de ziekenhuisarts of waarnemend arts. (ZA)
- Er vindt geen structurele visite plaats door de ziekenhuisarts of waarnemend arts (V)

1.4. DOSSIERVEROERING

- De vakgroep (waarin de ziekenhuisarts werkt) evalueert regelmatig de dossiervoering en past die indien gewenst aan. (S)
- De vakgroep (waarin de ziekenhuisarts werkt) heeft papieren en/of elektronische dossiers waarin de relevante informatie voor het geneeskundig handelen is vastgelegd. (B)
- De dossiervoering vertoont incidentele tekortkomingen wat betreft volledigheid en leesbaarheid. (A)
- De dossiervoering vertoont structurele tekortkomingen wat betreft volledigheid en leesbaarheid. (ZA)
- De dossiervoering vertoont belangrijke hiaten wat betreft volledigheid en leesbaarheid. Externe partijen hebben hierover klachten. (V)

1.5. DIENSTREGELING, BEREIKBAARHEID EN DIENSTOVERDRACHTEN

- Er is een goede dienstregeling met goede bereikbaarheid met een goed gestructureerde overdracht welke ook gebruikt worden voor onderwijsdoeleinden en beleidsafstemming in het algemeen. (S). Er is een goede dienstregeling met goede bereikbaarheid met een goed gestructureerde overdracht. (B)
- Er is een goede dienstregeling met goede bereikbaarheid maar er is geen gestructureerde overdracht. (A)
- De dienstregeling en/of goede bereikbaarheid schiet incidenteel tekort. (ZA)
- Er is geen duidelijke dienstregeling en/of goede bereikbaarheid. (V)

1.6. BERICHTGEVING AAN DE HUISARTS EN/OF SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE

- De vakgroep (waarin de ziekenhuisarts werkt) evalueert regelmatig de kwaliteit van de berichtgeving aan huisarts en/of specialist ouderengeneeskunde (SOG) en past die indien gewenst aan. Binnen 24 uur na ontslag van een patiënt wordt een voorlopig ontslagbericht met de relevante ontslaginformatie gestuurd naar huisarts en/of SOG, dan wel met patiënt en/of familie meegegeven. (S)

- De vakgroep (waarin de ziekenhuisarts werkt) bericht de huisarts en/of SOG binnen 24 uur na ontslag van een patiënt, of wijkt hier beargumenteerd van af. Het bericht bevat de relevante ontslaginformatie. (B)
- De berichtgeving naar huisarts en/of SOG vertoont incidentele tekortkomingen wat betreft volledigheid en leesbaarheid. De berichtgeving bij ontslag volgt niet binnen 24 uur. (A)
- De berichtgeving naar huisarts en/of SOG vertoont structurele tekortkomingen wat betreft volledigheid en leesbaarheid. (ZA)
- De berichtgeving naar huisarts en/of SOG vertoont belangrijke hiaten wat betreft volledigheid en leesbaarheid. Externe partijen hebben hierover klachten. (V)

1.7. OVERDRACHT EN INZETBAARHEID TEN BEHOEVE VAN CONTINUÏTEIT NAAR DE EERSTE LIJN

- De vakgroep (waarin de ziekenhuisarts werkt) heeft een proactief beleid om contacten met de eerste lijn te onderhouden en gebruikt deze contacten om hun eigen functioneren tweejaarlijks te analyseren en zo nodig aan te passen en heeft dit geborgd in haar kwaliteitscyclus. (S)
- De vakgroep (waarin de ziekenhuisarts werkt) heeft goede contacten met de eerste lijn en gebruikt deze contacten om hun eigen functioneren te analyseren en zo nodig aan te passen. (B)
- De vakgroep (waarin de ziekenhuisarts werkt) staat open voor contacten met de eerste lijn en bespreekt dit zonder te komen tot verbeteracties. (A)
- De vakgroepleden individueel staan open voor contacten met de eerste lijn maar bespreken dit verder niet. (ZA)
- De vakgroep werkt als een gesloten systeem zonder open te staan voor externe contacten. (V)

1.8. MELDEN VAN CIVIEL-, STRAF-, OF TUCHTRECHTELIJKE PROCEDURE AAN BESTUUR OF STAFBESTUUR

- De vakgroep (waarin de ziekenhuisarts werkt) meldt het meteen aan het stafbestuur en aan de raad van bestuur indien een civielrechtelijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure verband houdend met de zorgverlening tegen (één van) hen is aangespannen, bewandelt gezamenlijk het juridische traject en komt daarbij tot (breed gedragen) verbetervoorstellen. (S)
- De vakgroep (waarin de ziekenhuisarts werkt) meldt het meteen aan het stafbestuur en aan de raad van bestuur indien een civielrechtelijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure verband houdend met de zorgverlening tegen (één van) hen is aangespannen en bewandelt gezamenlijk het juridische traject. (B)
- De vakgroep (waarin de ziekenhuisarts werkt) meldt een civielrechtelijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure verband houdend met de zorgverlening die tegen (één van) hen is aangespannen aan het stafbestuur en aan de raad van bestuur maar maakt geen gebruik van de juridische afdeling van het ziekenhuis. (A)
- De vakgroep (waarin de ziekenhuisarts werkt) meldt een civielrechtelijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure verband houdend met de zorgverlening die tegen (één van) hen is aangespannen niet aan het stafbestuur en/of aan de raad van bestuur. (ZA)
- De vakgroepleden melden een civielrechtelijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure verband houdend met de zorgverlening die tegen (één van) hen is aangespannen niet aan elkaar, noch aan het stafbestuur of aan de raad van bestuur. (V)

1.9. OPENHEID OVER INCIDENTEN

- Er is een systeem waarmee het proces en de resultaten van de meldingen van incidenten worden geëvalueerd en gerapporteerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om het proces en de resultaten te verbeteren. (S)

- De vakgroep (waarin de ziekenhuisarts werkt) meldt incidenten, analyseert en bespreekt de meldingen en voert verbeteracties uit. (B)
- De vakgroep (waarin de ziekenhuisarts werkt) meldt incidenten, analyseert en bespreekt de meldingen maar voert geen verbeteracties uit. (A)
- De vakgroep (waarin de ziekenhuisarts werkt) meldt incidenten maar analyseert en bespreekt de meldingen niet en voert geen verbeteracties uit. (ZA)
- De vakgroep (waarin de ziekenhuisarts werkt) meldt incidenten niet. (V)

2. KWALITEITSDOMEIN 2: KWALITEITSBEVORDERING EN VEILIGHEID VAN ZORG

2.1. RISICO'S EN UITKOMSTEN VAN ZORG

- De vakgroep (waarin de ziekenhuisarts werkt) heeft een multidisciplinaire complicatie- en necrologiebespreking en een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en wijzigingen in protocollen te implementeren, waarin de ziekenhuisarts actief participeert. Ook participeert de ziekenhuisarts actief in ziekenhuisbrede commissies in het kader van de patiëntveiligheid en draagt bij aan het leren van incidenten en calamiteiten. (S)
- De vakgroep (waarin de ziekenhuisarts werkt) neemt deel aan een (multidisciplinaire) complicatie- en necrologiebespreking en een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en wijzigingen in protocollen te implementeren. De ziekenhuisarts participeert actief in ziekenhuisbrede commissies in het kader van de patiëntveiligheid. (B)
- Er is een (multidisciplinaire) complicatie- en necrologiebespreking, maar er is geen duidelijke structuur welke patiënten hier worden besproken. De ziekenhuisarts participeert niet in ziekenhuisbrede commissies in het kader van de patiëntveiligheid. (A)
- Ziektegeschiedenissen van overleden patiënten en complicaties worden incidenteel besproken. (ZA)
- Ziektegeschiedenissen van overleden van patiënten en complicaties worden niet besproken ondanks een aanbeveling in deze bij de voorgaande visitatie. (V)

2.2. KWALITEITSINDICATOREN

- De vakgroep (waarin de ziekenhuisarts werkt) heeft een plan van aanpak om op basis van de actuele kwaliteitsindicatoren van IGZ en Jeugd en de WV zorgprocessen en zorguitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en wijzigingen in protocollen te implementeren. De ziekenhuisarts draagt actief bij aan de ontwikkeling van zorgpaden op de afdeling waar de ziekenhuisarts werkzaam is en de evaluatie hiervan met kritische performance indicatoren volgens een plan-do-check-act cyclus. (S)
- De vakgroep (waarin de ziekenhuisarts werkt) heeft een regeling om op basis van de actuele kwaliteitsindicatoren van IGZ en Jeugd en WV zorguitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en wijzigingen in protocollen te implementeren. De ziekenhuisarts draagt actief bij aan de ontwikkeling van zorgpaden op de afdeling waar de ziekenhuisarts werkzaam is en evalueert dit. (B)
- De vakgroep (waarin de ziekenhuisarts werkt) levert gegevens voor de prestatie/kwaliteitsindicatoren, de uitkomsten worden geanalyseerd, maar leiden niet tot aantoonbare vervolg- en of verbeteracties. De ziekenhuisarts draagt niet actief bij aan de ontwikkeling van zorgpaden op de afdeling waar de ziekenhuisarts werkzaam is. (A)
- De vakgroep (waarin de ziekenhuisarts werkt) levert gegevens voor de prestatie/kwaliteitsindicatoren, maar de uitkomsten worden niet geanalyseerd. (ZA)
- De vakgroep (waarin de ziekenhuisarts werkt) levert geen gegevens voor de prestatie/kwaliteitsindicatoren, ondanks een aanbeveling in deze bij de voorgaande visitatie. (V)

2.3. RANDVOORWAARDEN VOOR GOEDE ZORGVERLENING

- Het ziekenhuis en/of de vakgroep waaronder de ziekenhuisarts valt biedt de benodigde voorzieningen en faciliteert de ziekenhuisarts om goede zorgverlening mogelijk te maken. (B)
- Het ziekenhuis en/of de vakgroep waaronder de ziekenhuisarts valt biedt meesttijds de benodigde voorzieningen te bieden en faciliteert de ziekenhuisarts meesttijds waar om goede zorgverlening mogelijk te maken. (A)
- Het ziekenhuis en/of de vakgroep waaronder de ziekenhuisarts valt biedt niet de benodigde voorzieningen en faciliteert de ziekenhuisarts niet om goede zorgverlening mogelijk te maken. (V)

2.4. CLINICAL AUDIT

- De ziekenhuisarts initieert meer dan een keer per drie jaar een clinical audit, en draagt zorg voor de uitvoering hiervan. (S)
- De ziekenhuisarts initieert een keer per drie jaar een clinical audit en draagt zorg voor de uitvoering hiervan. (B)
- De ziekenhuisarts initieert minder dan een keer per drie jaar een clinical audit en draagt zorg voor de uitvoering hiervan. (A)
- De ziekenhuisarts initieert niet een keer per drie jaar een clinical audit, maar participeert wel minimaal een keer per drie jaar in een clinical audit, en draagt bij aan de uitvoering hiervan. (ZA)
- De ziekenhuisarts heeft niet geparticipeerd in clinical audits, en heeft ook niet bijgedragen aan de uitvoering van een clinical audit. (V)

2.5. VERBETERING ZORGPROCESSEN

- De ziekenhuisarts initieert in verbetering van zorgprocessen op het gebied van kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheid, neemt deel aan bestaande kwaliteitscycli, participeert in de ontwikkeling of revisering van ziekenhuisbrede protocollen en/of richtlijnen en draagt bij aan multiprofessionele samenwerking en neemt waar nodig deel aan multidisciplinair overleg. (S)
- De ziekenhuisarts draagt bij aan verbetering van zorgprocessen op het gebied van kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheid, met bijbehorende kwaliteitscycli. De ziekenhuisarts participeert in de ontwikkeling of revisering van ziekenhuisbrede protocollen en/of richtlijnen en draagt bij aan multiprofessionele samenwerking en neemt waar nodig deel aan multidisciplinair overleg. (B)
- De ziekenhuisarts draagt niet actief bij aan verbetering van zorgprocessen op het gebied van kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheid, met bijbehorende kwaliteitscycli. De ziekenhuisarts participeert wel in de ontwikkeling of revisering van ziekenhuisbrede protocollen en/of richtlijnen en draagt bij aan multiprofessionele samenwerking en neemt waar nodig deel aan multidisciplinair overleg. (A)
- De ziekenhuisarts draagt niet actief bij aan verbetering van zorgprocessen met bijbehorende kwaliteitscycli en participeert niet in de ontwikkeling of revisering van ziekenhuisbrede protocollen en/of richtlijnen. Wel draagt de ziekenhuisarts bij aan multiprofessionele samenwerking en neemt waar nodig deel aan multidisciplinair overleg. (ZA)
- De ziekenhuisarts draagt niet bij aan verbetering van zorgprocessen met bijbehorende kwaliteitscycli en participeert niet in de ontwikkeling of revisering van ziekenhuisbrede protocollen en/of richtlijnen. Ook neemt de ziekenhuisarts geen deel aan multiprofessionele samenwerking en multidisciplinair overleggen. (V)

3. KWALITEITSDOMEIN 3: VAKGROEP FUNCTIONEREN

Daar waar de ziekenhuisarts niet in een vakgroep ziekenhuisgeneeskunde functioneert maar werkzaam is bij een ander specialisme wordt verwacht dat de ziekenhuisarts deelneemt aan de evaluaties van het functioneren van de vakgroep waarin de ziekenhuisarts werkzaam is.

3.1. EVALUEREN VAKGROEP FUNCTIONEREN

- De vakgroep voert de Quick Scan van het vakgroepfunctioneren jaarlijks uit en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. (S)
- De vakgroep voert de Quickscan van het vakgroepfunctioneren tenminste iedere vijf jaar uit en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. (B)
- De Quickscan wordt tenminste iedere vijf jaar uitgevoerd, de resultaten worden besproken maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd. (A)
- De Quickscan wordt tenminste iedere vijf jaar uitgevoerd maar de resultaten worden niet besproken. (ZA)
- De Quickscan wordt niet uitgevoerd, de vakgroep evalueert haar functioneren ook niet op andere wijze. (V)

3.2. VAKGROEPVERGADERINGEN

- Er is een systeem waarmee de vakgroepvergaderingen worden geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om de vakgroepvergaderingen te verbeteren. (S)
- Er worden gestructureerde vakgroepvergaderingen gehouden en genotuleerd en de uitvoering van de besluiten wordt gemonitord middels een PDCA-cyclus. (B)
- Er worden gestructureerde vakgroepvergaderingen gehouden en genotuleerd, maar de uitvoering van de besluiten wordt niet gemonitord (A).
- Er worden vakgroepvergaderingen gehouden, maar zonder duidelijke structuur, notulen en verslaglegging (ZA).
- Er worden geen vakgroepvergaderingen gehouden (V).

3.3. CONTACTEN IN- EN EXTERN

- De vakgroep heeft een proactief beleid om zowel in- als externe contacten te onderhouden en gebruikt deze contacten om hun eigen functioneren te analyseren en zo nodig aan te passen en heeft dit geborgd in haar kwaliteitscyclus. (S)
- Er zijn goede contacten, zowel in- als extern en de vakgroep gebruikt deze contacten om hun eigen functioneren te analyseren en zo nodig aan te passen. (B)
- De vakgroep staat open voor zowel in- als externe contacten en bespreekt dit zonder te komen tot verbeteracties. (A)
- De vakgroepleden individueel staan open voor zowel in- als externe contacten maar bespreken dit verder niet. (ZA)
- De vakgroep werkt als een gesloten systeem zonder open te staan voor externe contacten. (V)

3.4. KWALITEITSPLAN

- De vakgroep heeft een plan van aanpak hoe binnen het ziekenhuis kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid te bevorderen, voert dit uit en heeft een vast (PDCA) cyclus waarin dit plan geëvalueerd en aangepast wordt. (S)
- De vakgroep heeft een plan van aanpak hoe binnen het ziekenhuis kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid te bevorderen en voert dit uit. (B)

- De vakgroep heeft een plan van aanpak hoe binnen het ziekenhuis kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid te bevorderen en probeert dit uit te voeren. (A)
- De vakgroep heeft een plan van aanpak hoe binnen het ziekenhuis kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid te bevorderen, maar voert dit niet uit. (ZA)
- De vakgroep heeft geen plan van aanpak hoe binnen het ziekenhuis kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid te bevorderen. (V)

4. KWALITEITSDOMEIN 4: PROFESSIONELE ONTWIKKELING

4.1. BIJ- EN NASCHOLING

- De vakgroep heeft in haar beleidsplan systematisch aandacht voor de professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden en zorgt ervoor dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle vakgroepleden en alle patiënten van de vakgroep en evalueert dit volgens een vast patroon. (S)
- De vakgroep besteedt systematisch aandacht aan de professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden en zorgt ervoor dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle vakgroepleden en alle patiënten van de vakgroep en evalueert het systeem regelmatig. (B)
- Er zijn geen afspraken die ervoor zorgen dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle vakgroepleden en alle patiënten van de vakgroep. De vakgroepleden werken er mee, maar gebruiken het niet om verbeteracties te implementeren. (A)
- Er zijn geen afspraken die ervoor zorgen dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede kunnen komen aan alle vakgroepleden en alle patiënten van de vakgroep. (ZA)
- Individuele kennis en kwaliteiten zijn niet op elkaar afgestemd en leidt tot een wisselend beleid binnen de vakgroep. (V)

4.2. VAKGROEP- EN INDIVIDUEEL FUNCTIONEREN

INDIVIDUEEL FUNCTIONEREN

- Alle leden van de vakgroep nemen deel aan een systeem om periodiek het individueel functioneren te evalueren en op basis daarvan verbeteringen door te voeren en één of meer van hen hebben daarin een actieve rol, bijvoorbeeld als gespreksleider. (S)
- De leden van de vakgroep nemen deel aan een systeem om periodiek het individueel functioneren te evalueren en op basis daarvan verbeteringen door te voeren. (B)
- In het ziekenhuis is een systeem om periodiek het individueel functioneren te evalueren, de (meeste) vakgroepleden doen daaraan mee, maar het wordt niet gebruikt om verbeteracties te implementeren. (A)
- In het ziekenhuis is een systeem om periodiek het individueel functioneren te evalueren, maar de vakgroepleden doen daar (nog) niet aan mee. (ZA)
- In het ziekenhuis is geen systeem om periodiek het individueel functioneren te evalueren. (V)

ONGEWENST GEDRAG

- Het voorkómen van ongewenst gedrag is onderdeel van de kwaliteitscyclus van de vakgroep, wordt structureel besproken en maakt onderdeel uit van het meerjarenbeleidsplan. (S)
- Ongewenst gedrag wordt structureel besproken en er worden verbeteracties benoemd en geïmplementeerd. (B)
- Ongewenst gedrag wordt als onwenselijk benoemd, wordt structureel besproken, maar er worden geen verbeteracties geïmplementeerd. (A)

- Ongewenst gedrag binnen de vakgroep wordt als onwenselijk benoemd maar niet structureel besproken. (ZA)
- Ongewenst gedrag binnen de vakgroep wordt geaccepteerd als een individueel probleem. (V)

BELASTBAARHEID

- Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting van collega's en een systeem om dat evenwicht regelmatig te evalueren en te verbeteren. De resultaten hiervan zijn gekoppeld aan het beleidsplan en jaarverslag van de vakgroep. (S)
- Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting van collega's en een systeem om dat te analyseren, te bespreken en te verbeteren. (B)
- Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting van collega's en een systeem om dat te analyseren en te bespreken. Daar vloeien echter geen verbeteracties uit voort. (A)
- Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting van collega's zonder dat dit leidt tot verandering. (ZA)
- Er is binnen de vakgroep geen oog voor collega's die te veel belast worden. (V)

4.3. OPTIMAAL FUNCTIONEREN

De vakgroep ziekenhuisgeneeskunde of de vakgroep waaronder de ziekenhuisarts werkzaam is, is medeverantwoordelijk voor het optimaal functioneren van al haar leden.

- Het functioneren van de betreffende vakgroep wordt meer dan één keer per jaar expliciet besproken, er worden doelen opgesteld om het functioneren te optimaliseren en doelen worden geëvalueerd volgens een vast patroon. (S)
 - Het functioneren van de betreffende vakgroep wordt één keer per jaar expliciet besproken, er worden doelen opgesteld om het functioneren te optimaliseren. (B)
 - Het functioneren van de betreffende vakgroep wordt minimaal één keer per jaar expliciet besproken, maar er worden geen doelen ter optimaliseren van het functioneren opgesteld. (A)
 - Het functioneren van de betreffende vakgroep wordt minder dan één keer per jaar expliciet besproken en er worden geen doelen ter optimaliseren van het functioneren opgesteld. (ZA)
 - Het functioneren van de betreffende vakgroep wordt niet expliciet besproken en geëvalueerd. (V)
-

BIJLAGE 9: OVERZICHT AFBEELDINGEN

Figuur 1 overzicht EPA's Ziekenhuisgeneeskunde; een uitgebreid overzicht is opgenomen in bijlage 1	18
Figuur 2 Elke EPA omvat meerdere canmeds competenties en clinical governance rollen.	18
Figuur 3 Opbouw opleiding ziekenhuisgeneeskunde. Jaar 2 en de 1e helft jaar 3 zijn flexibel in volgorde	22
Figuur 4 Overzicht verplicht lokaal onderwijs/besprekingen.....	28
Figuur 5 Niveaus van bekwaamheid	31
Figuur 6 Handreiking voor de vertrouwenscriteria, nodig voor het inschatten van bekwaamheid. (met dank ontleend aan het Opleidingsplan Klinische Geriatrie "EIK".)	31
Figuur 7 Relaties tussen landelijk, lokale en individuele opleidingsplannen	35
Figuur 8 Clinical Governance Framework	84
Figuur 9: Accountability Diagram. (bron: Health Care Quality Quest. 2020 Clinical Governance Manual)	106

BIJLAGE 10: VERWIJZINGEN

ⁱ Ahaus, C.T.B., Heineman, E., Kromme, N.M.H. (2011) Clinical Governance en het streven naar excellentie. *Kwaliteit in Zorg*, 3, 10-14.

ⁱⁱ Institute of Medicine (IOM). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C: National Academy Press; 2001.

ⁱⁱⁱ <https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/cgs/regelgeving/huidige-regelgeving-per-specialismeprofiel/ziekenhuisgeneeskunde-profiel.htm>

^{iv} <https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/cgs/regelgeving/huidige-regelgeving-per-specialismeprofiel/ziekenhuisgeneeskunde-profiel.htm>

^v https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Visiedocument%20Opleiden%20is%20vooruitzien_def2.pdf

^{vi} 2017. Visiedocument Medisch Specialist 2025. Federatie Medisch Specialisten.

^{vii} Heineman, E., Welker, G. (2016). Veranderkundige weg naar veiligheid. In R. Dillman et al (red), *Patientveiligheid, handboek voor medisch specialistische zorg*. (1^e druk)(pp 253-266). Utrecht, Nederland: de Tijdstroom.

^{viii} <http://www.hqq.co.uk>. Healthcare Quality Quest. 2020. Courses on *Clinical Governance & Quality Improvement*.