

# BOEG



Landelijk opleidingsplan voor de opleiding  
Obstetrie en Gynaecologie

# Inhoudsopgave

<b>VOORWOORD</b>	<b>3</b>
<b>LEESWIJZER</b>	<b>4</b>
DE DRIE LAGEN VAN DE OPLEIDINGSVERNIEUWING	4
GEHANTEERDE AFKORTINGEN	5
<b>DEEL I</b>	<b>7</b>
<b>1. VISIE EN STRATEGISCHE UITGANGSPUNTEN BOEG</b>	<b>8</b>
1.1 ACHTERGRONDINFORMATIE	8
1.2 STRATEGISCHE UITGANGSPUNTEN	9
<b>2. HET PROFIEL VAN DE GYNAECOLOOG</b>	<b>11</b>
2.1 ONTWIKKELINGEN IN HET VAKGEBIED	11
2.2 DE CANMEDS	12
2.3 COMPETENTIEPROFIEL VAN DE GYNAECOLOOG	13
<b>3. HET BEGELEIDEN VAN OPLEIDEN</b>	<b>16</b>
3.1 FACILITEREN EN ONDERSTEUNEN	16
3.2 INDIVIDUEEL OPLEIDINGSPLAN	18
3.3 VOORTGANGSGESPREKKEN	18
3.4 DE DISFUNCTIONERENDE AIOS	19
3.5 VISUALISERING VAN DE BEGELEIDINGSPROCESSEN	19
<b>4. FEEDBACK</b>	<b>21</b>
4.1 HET GEVEN VAN FEEDBACK	21
4.2 FEEDBACKINSTRUMENTEN	21
4.3 HET PORTFOLIO	22
<b>5. DE STRUCTUUR VAN DE OPLEIDING</b>	<b>24</b>
5.1 SCHEMATISCH UITWERKING OPLEIDINGSJAREN	24
5.2 VERWEVING VAN DE CANMEDS	25
5.3 ROLSPECIALISATIE	25
<b>DEEL II</b>	<b>26</b>
<b>6. INHOUD VAN DE OPLEIDING</b>	<b>27</b>
6.1 BEKWAAMVERKLARINGEN	27
6.2 BASISTHEMA'S	29
6.3 STREEFGETALLEN	38
6.4 CURSORISCH ONDERWIJS	38
6.5 THEMA'S DIFFERENTIATIEJAREN	39
<b>DEEL III</b>	<b>48</b>
<b>7. OPERATIONALISATIE BOEG</b>	<b>49</b>
7.1 VAN LANDELIJK NAAR LOKAAL OPLEIDINGSPLAN	49
7.2 VAN LOKAAL NAAR INDIVIDUEEL OPLEIDINGSPLAN	49
7.3 GESPREKSSTRUCTUUR AIOS	49
7.4 ZORG VOOR DE KWALITEIT VAN OPLEIDEN	51
7.5 IMPLEMENTATIE	52
<b>BIJLAGE 1</b>	<b>55</b>
1.1 HET ONTSTAAN VAN BOEG, ACHTERGRONDINFORMATIE	55

<b>BIJLAGE 2</b>	<b>56</b>
2.1 HET VOEREN VAN EEN INTRODUCTIEGESPREK AAN HET BEGIN VAN DE OPLEIDING	56
2.2 HET VOEREN VAN EEN INTRODUCTIEGESPREK AAN HET BEGIN VAN DE OPLEIDING EN DE STAGES	57
2.3 HET VOEREN VAN EEN VOORTGANGSGESPREK EN GESCHIKTHEIDBEOORDELING	57
2.4 HET OBSERVEREN EN EVALUEREN MBV EEN OSATS	58
2.5 KORTE PRAKTIJK BEOORDELINGEN (KPB)	59
2.6 KRITISCHE PRAKTIJK BESCHOUWING (KPB®)	59
2.7 HET EVALUEREN VAN HET FUNCTIONEREN D.M.V. MULTISOURCE FEEDBACK	60
2.8 HET BEOORDELEN VAN HET PORTFOLIO	61
<b>BIJLAGE 3</b>	<b>62</b>
3.1 LEERMIDDELEN	62
<b>BIJLAGE 4</b>	<b>63</b>
<b>4.1 OPLEIDINGSRICHTLIJNEN</b>	<b>63</b>
<b>BIJLAGE 5</b>	<b>64</b>
5.1 GERAADPLEEGDE LITERATUUR	64
<b>BIJLAGE 6</b>	<b>65</b>
6.1 BOEG IN INTERNATIONAAL PERSPECTIEF	65
<b>BIJLAGE 7</b>	<b>66</b>
7.1 VELE HANDEN MAKEN LICHT WERK	66
<b>BIJLAGE 8</b>	<b>67</b>
8.1 FORMELE TRAJECTEN	67

## Voorwoord

(voorwoord van de voorzitter van de NVOG.)

## Leeswijzer

Dit opleidingsplan BOEG is de opvolger van HOOG. HOOG was het eerste Nederlandse competentiegerichte opleidingsplan voor een specialistenopleiding. Sinds de introductie van HOOG hebben we als vereniging veel ervaring opgedaan en geleerd van wat werkt en wat niet werkt bij deze vormen van opleiden. Daarnaast is er een verdere uitkristallisatie ontstaan van de regelgeving rond het opleiden van medische specialisten. De vorm van dit opleidingsplan is sterk bepaald door landelijke regelgeving. Ook de onderwijskundige insteek heeft met deze regelgeving te maken. Daarnaast hebben ervaringen met de dwingende toetsformats uit HOOG geleid tot een minder op detail beschreven opleidingsplan. Gedetailleerde uitwerking hoort thuis in het lokaal opleidingsplan en niet in het landelijke plan. Een trend die u duidelijk zal worden wanneer u het landelijke plan bestudeert, is de toename in maatschappelijke oriëntatie. In de toekomst zal bij de opvolger van het landelijke opleidingsplan BOEG zal die maatschappelijk betrokkenheid nog meer in beeld komen.

Er vinden veel veranderingen in de organisatie van zorg plaats. Deze veranderingen zullen de komende jaren nog versterkt doorzetten als gevolg van de beperkte hoeveelheid financiële middelen, groeiende diagnostische en therapeutische mogelijkheden en de (morele) keuzes die gemaakt moeten worden, de zorg voor chronisch zieken en ouderen, verdere emancipatie van de patiënt, teruglopende autonomie van de professional, transparantie van zorg en opleiden die vereist wordt door de samenleving, ontwikkelingen binnen de ICT, toenemende eisen op gebied van patiëntveiligheid om enkele belangrijke ontwikkelingen te noemen. Dit alles laat de opleiding niet onberoerd. Ontwikkelingen in de zorg en opleiden zijn twee kanten van dezelfde medaille.

Het nieuwe opleidingsplan BOEG zoals dat nu voor u ligt past binnen de te verwachte ontwikkelingen van de zorg de komende jaren. Het houdt rekening met het feit dat specialisten het vak in de volle breedte goed moeten blijven beheersen, zodat met name een goede diagnostiek gegarandeerd kan blijven en dus adequaat verwezen kan worden. Tevens wordt tegelijkertijd vastgesteld dat de ontwikkelingen binnen het vakgebied zo snel gaan dat niemand in staat is de kennisexplosie die plaatsvindt voor alle differentiaties bij te houden. Er vindt dus een zekere toespitsing plaats nadat de brede basis is gelegd.

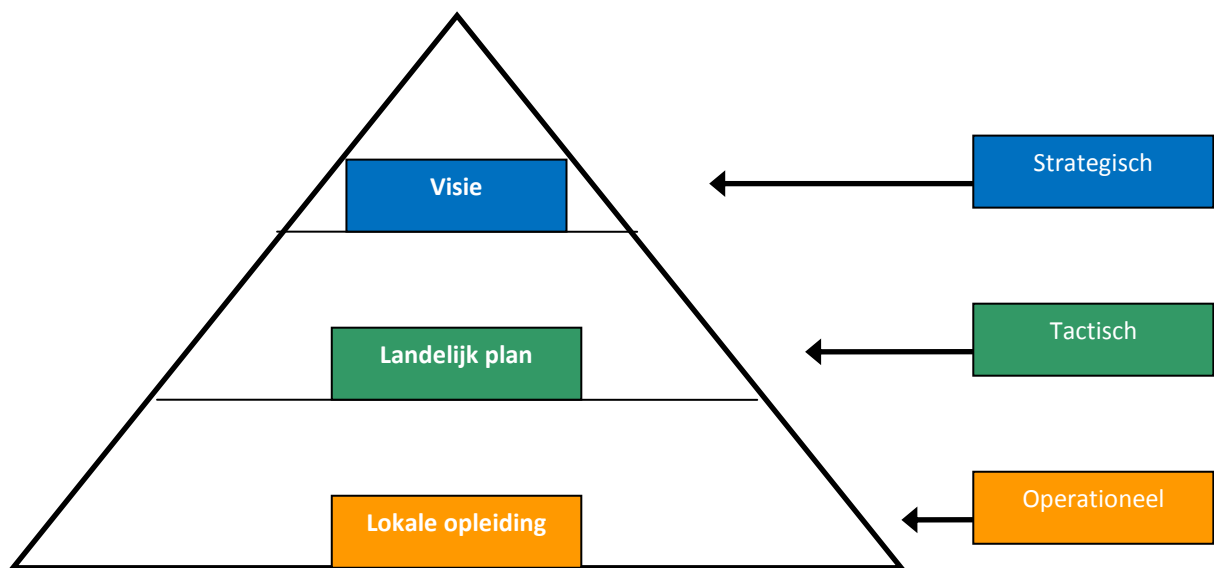
Dit opleidingsplan geeft ook ruimte voor het ontwikkelen van de andere competenties naast medisch handelen boven datgene wat vereist is op het basisniveau. Aios in de laatste fase van hun opleiding kunnen tijd vrijmaken om zich verder te bekwamen in aspecten van management en organisatie zowel op afdelings- en instellingsniveau en kunnen daarmee met voldoende bagage namens hun vakgroep of instelling op constructieve wijze bijdragen aan de veranderingen in de zorg vanuit het perspectief van de professional. Dat geldt zowel voor medisch inhoudelijke aspecten alsook voor aspecten behorende bij de organisatie van de zorg (doelmatigheid) alsook voor visie op samenwerken (inter- en intra professioneel). Nodig daarvoor is ook medisch leiderschap waarvoor ook ruimte is binnen dit opleidingsplan indien ouderejaars aios zich daarin zouden willen bekwamen.

BOEG anticipeert ook op de groeiende behoefte aan patiëntveiligheid. Het systeem van bekwaamverklaringen garandeert dat aios die deze opleiding volgen altijd hebben aangetoond dat ze de vaardigheden beheersen die op een bepaald moment van hun opleiding van hun worden verwacht. Een degelijk systeem van bekwaamverklaringen wordt des te belangrijker aangezien het in de verwachting ligt dat door de concentratie van zorg de aios mogelijk op meer stageplekken zijn/haar bekwaamheden moet verwerven dan nu het geval is.

Vanaf het moment van verschijning is BOEG het nieuwe landelijke opleidingsplan voor alle opleidingen Obstetrie en Gynaecologie in Nederland en vervangt daarmee het voormalig landelijke plan HOOG. Het nieuwe opleidingsplan is gemaakt als beschrijving van de kernelementen van de opleiding. BOEG schetst de kaders en de inhoud waaraan een opleiding moet voldoen en geeft tips aan opleiders om de lokale opleiding in te richten conform de huidige (en toekomstige) wensen en regels die worden gesteld aan de gynaecoloog.

### De drie lagen van de opleidingsvernieuwing

Voor het lezen van BOEG is het van belang te weten dat het plan is opgesteld aan de hand van de drie lagen waaruit een opleidingsvernieuwing bestaat; strategisch, tactisch en operationeel niveau. Het best kunnen deze niveaus worden gevisualiseerd in een driehoek.



Figuur: de driehoek van de drie niveaus.

Strategisch niveau staat bovenaan, op dit niveau wordt de visie ontwikkeld voor de komende tijd, vastgelegd in een aantal kaders. Daar waar in BOEG gesproken wordt over de toekomstige gynaecoloog is duidelijk sprake van het strategisch niveau. Vanuit de NVOG wordt de visie ontwikkeld, vervolgens is het aan de vereniging om deze visie uit te dragen naar de opleidingen. Het uitdragen van de visie is op tactisch niveau het landelijk opleidingsplan BOEG. BOEG geeft de kaders aan waarbinnen regionaal en lokaal moet worden opgeleid. Het biedt daarmee optimale ruimte voor eigen inkleuring.

Vervolgens vindt op lokaal niveau de invulling van de kaders plaats, hier wordt gesproken over het operationeel niveau. Dit betreft de uitwerking van de kaders in regionale/lokale opleidingsplannen en de implementatie hiervan.

Om een geslaagde opleidingsvernieuwing door te maken is het van belang dat alle niveaus worden uitgewerkt en doorlopen. BOEG geeft een inzicht in het strategisch niveau in deel I. Het tactisch niveau is voornamelijk te vinden in deel II waar de thema's zijn uitgewerkt. Deel III geeft weer hoe het nieuwe landelijke opleidingsplan ingezet kan worden op het operationele niveau; de lokale (regionale) opleiding.

### Gehanteerde afkortingen

aios	Arts In Opleiding voor het Specialisme Obstetrie en Gynaecologie
BOEG	Bezinning Op de Eindtermen voor Gynaecologen (het nieuwe landelijke opleidingsplan)
CanMEDS	Canadian Medical Education Directives for Specialist
CAT	Critically Appraised Topic
CCMS	Centraal College Medisch Specialisten
CGS	College Geneeskundig Specialisten
EPA	Entrustable Professional Activity
ePASS	electronic Portfolio and Assessment Support System
HOOG	Herziening Opleiding Obstetrie en Gynaecologie
IOP	Individueel Opleidings Plan
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschap tot bevordering der Geneeskunst
KPB	Korte Praktijk Beoordeling
KPB®	Kritische Praktijk Beschouwing
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
OSATS	Objective Structured Assessment of Technical Skills.
PDCA cyclus	Plan Do Check Act cyclus



# DEEL I

## *Strategie & Kaders*



# 1. Visie en strategische uitgangspunten BOEG

## 1.1 Achtergrondinformatie

Het NVOG-bestuur heeft onderkend dat het vakgebied en de vakuitoefening van de gynaecoloog op zo'n manier zijn veranderd dat de huidige wijze van opleiden conform HOOG niet meer voldoet.

Oorzaken hiervan zijn:

- De steeds verdergaande ontwikkeling van vakinhoudelijke kennis en van medische mogelijkheden
  - Op hoog niveau volgen van ontwikkelingen binnen de 5 pijlers van het vak en het uitvoeren van hoogwaardige therapie op alle terreinen is niet meer haalbaar gebleken. Binnen de oncologische zorg zijn daarom al harde afspraken gemaakt over wie welke behandeling waar mag doen. Dit type afspraken bepaalt ook steeds meer de beroepsuitoefening in andere pijlers.
  - Andere disciplines als de heilkunde en interne geneeskunde lopen tegen een vergelijkbare problematiek aan en hebben daarop al geacteerd door differentiaties in te richten.
- De huidige praktijkvoering waarin verschillende leden van een vakgroep vakinhoudelijk gedifferentieerd werken
  - Er is binnen het specialisme obstetrie en gynaecologie in feite al sprake van het werken met differentiaties, al zijn die in verschillende mate gedefinieerd en verschillend van een titel voorzien. In het grootste gedeelte van de advertenties voor vacatures binnen maatschappen of vakgroepen wordt expliciet gevraagd naar een solide basis en een differentiatie binnen het vak.
  - De vakinhoudelijke pijlers hebben een steeds prominentere rol gekregen bij het bepalen van normen voor kwalitatief verantwoorde vakuitoefening. Vakinhoudelijke competentie en logistieke voorwaarden voor goede zorg zijn daarbij beide van belang. Aan vakinhoudelijke competenties wordt een (na de opleiding tot gynaecoloog continuerende) voldoende uitoefening van het betreffende type patiëntenzorg als eis gesteld.
  - Regionalisatie; op basis van volumennormen is reorganisatie en regionalisatie van zorg onontkoombaar en daarmee is het opleiden binnen meerdere opleidingscentra onontkoombaar geworden.
- De 48-urige werkweek en het veranderende beeld van de gemiddelde gynaecoloog
  - De opleidingsduur is verkort tot 48 uur per week.
  - Veel aios kiezen voor parttime werken en willen dat ook als specialist blijven doen. De vakuitoefening zal, in uren uitgedrukt, zowel tijdens als na de opleiding verminderen ten opzichte van wat de tientallen jaren geleden. Daardoor is de expositie aan minder frequent voorkomende ziektebeelden en procedures verminderd.
- De maatschappelijke roep om transparantie over kwaliteit
  - Daarbij heeft de realiteit een hoger tempo dan voorzien was.
  - Recente akkoorden geven ziektekostenverzekeraars het recht om selectief te contracteren.
  - De Inspectie voor Volksgezondheid speelt een eigen rol binnen deze dynamiek met een al jarenlang voorbereide volumediscussie.
- We leiden in HOOG op voor een generalist die over alle pijlers heen therapeutische mogelijkheden en bekwaamheden heeft
  - De diepgang van die therapeutische bekwaamheid past in het merendeel van de volgens HOOG afgeleverde aios onvoldoende bij het zelfstandig praktijk doen in een differentiatierichting.
  - Minder frequent voorkomende procedures moeten geleerd worden aan meer personen in minder tijd. Dit staat op gespannen voet met de volumediscussie en toenemende aandacht voor veiligheid.
  - Dat is niet de voorbereiding die past bij de huidige praktijkvoering waarin men steeds meer gedifferentieerd werkt. Er is meer doelgerichtheid wenselijk bij de voorbereiding tot gynaecoloog.

Waar het HOOG-project vooral een onderwijskundige herziening van de opleiding tot gynaecoloog inhield, levert het BOEG-project een inhoudelijke herziening.

## 1.2 Strategische uitgangspunten

Op basis van bovenstaande veranderingen zijn de volgende strategische uitgangspunten geformuleerd.

1. In de praktijk zijn obstetrie en gynaecologie vanuit de inhoud en de uitvoering verbonden. We laten het vak obstetrie en gynaecologie binnen de opleiding intact.
2. Iedere gynaecoloog
  - beheerst Obstetrie op hoog niveau.
  - is in staat om diensten te doen en heeft voldoende operatieve ervaring om bijvoorbeeld een lastige sectio caesarea en een lastige EUG aan te kunnen.
  - is in staat om in de breedte van het vak van de obstetrie en gynaecologie polikliniek te doen (diagnostisch breed).
  - heeft een portfolio opgebouwd dat bekwaamheid toont voor een aantal electieve basis ingrepen, met daarnaast bovendien ingrepen passend bij een differentiatie (therapeutisch diep).
  - heeft goede basisvaardigheden rond communicatie, samenwerking, organisatie, maatschappelijk handelen en (reflectieve) professionaliteit.
  - heeft basisvaardigheden in wetenschapsbeoefening en levenslang leren.
3. Differentiatie vindt plaats op basis van verdere ontwikkeling binnen vakinhoudelijke differentiatie en alleen op wens van aios en opleidingsteam in een rolspecialisatie.
  - De grens tussen verschillende differentiaties hoeft voorlopig niet scherp te worden gedefinieerd.
  - Therapeutische bevoegdheid hangt af van het opgebouwde portfolio en de context waarin de professional werkt. De verantwoording voor bevoegdheid tot handelen dient meer in portfolio opbouw te worden gezocht dan in accreditatie. (Zowel voor wat betreft het verwerven van de bekwaamheid tijdens de opleiding, als het onderhouden ervan na de opleiding).
  - De rolspecialisatie betekent dat de gynaecoloog die net uit de opleiding komt en voor deze ontwikkelingsmogelijkheid heeft gekozen, bijzondere kennis heeft. (Bijvoorbeeld van ICT in de zorg, inspelen op de zorgmarkt, kwaliteitsbeleid of management van patiëntveiligheid)
4. Een differentiatie draagt bij aan de portfolio-opbouw voor een fellowship. Anno 2012 is de discussie rond het onderwerp differentiatie en sub-specialisatie nog niet afgerond. Nader beleid volgt vanuit de NVOG.
5. Gynaecologen kunnen hun differentiatie en hun portfolio rond electieve ingrepen in de loop van hun professionele ontwikkeling aanpassen.
  - Dynamische persoonlijke ontwikkeling in het vak moet worden gestimuleerd.
  - Er moet in redelijkheid gebruik gemaakt worden van 'eerder verworven competenties'.
6. Het is onwenselijk om de bijgestelde eindtermen volledig dicht te reguleren.
  - Onder verantwoordelijkheid van het NVOG bestuur zullen pijlers regievoerder worden bij het beschrijven van normen voor professioneel functioneren.
  - De pijlers zullen volgend op nieuwe vakinhoudelijke en maatschappelijke ontwikkelingen de normen voor het professioneel functioneren binnen de betreffende differentiatie of subspecialisme periodiek bijstellen.
  - Er zal een transitie-fase binnen de opleiding nodig zijn. Persoonlijke opleidingsplannen van zittende aios kunnen in die transitie-fase een tussenweg vormen tussen het oude HOOG en de gereviseerde (BOEG)versie. Gewijzigde plannen zijn dan ter beoordeling aan het opleiderteam en (zo nodig) als finale beslisser het concilium.
7. Er zal steeds meer regionaal worden opgeleid. Dat vraagt om een steviger organisatie rondom de opleiding van de aios en de regie daarop.
8. Bij het verder inrichten van het curriculum worden de onderwijsmethodieken uit HOOG gebruikt.
  - De toetsing en de samenstelling van een portfolio als basis van voortgangsgesprekken en bekwaamverklaring is bekend.
  - De vormgeving van de revisie van HOOG loopt net als de oude versie van HOOG parallel aan het kaderbesluit van het CGS en de ontwikkelingen die daarbij te verwachten zijn.
9. Kwaliteit maakt een vast onderdeel uit van curriculumherziening. De zorg voor kwaliteit van opleiden is op alle niveaus een continu proces. Op basis van systematische gegevens verzameling wordt het landelijke plan geëvalueerd en bijgesteld. Op lokaal/regionaal niveau vindt dit plaats conform eigen werkwijze en met eigen instrumenten.
10. Implementatie van BOEG wordt versterkt door het leren in community's. Deze community's of learners kunnen op diverse niveaus samengesteld worden: concilium, groep opleiders (bv intervisie), groep aios, onderwijskundigen. Een community biedt ruimte om met en van elkaar te leren.
11. Het opleiden is competentiegericht: Competenties zijn een integratie van kennis, vaardigheden en attitude en worden weerspiegeld in beroepstaken. aios moeten op bepaalde momenten bepaalde competenties laten zien

door bepaalde taken adequaat te verrichten. Relevante taken dienen daarvoor helder omschreven te worden. Het systeem van toetsing en bekwaamverklaringen (EPA's) zoals beschreven in dit plan sluit daar goed op aan.

12. 90 Procent van alle leeractiviteiten vindt plaats op de werkplek, ondanks alle veranderingen blijft dit overeind. Dat betekent dat alle werksituaties kunnen dienen als leersituaties. Slechts een klein deel van de opleiding zal niet werkplek geboden zijn. Veelal heeft dat de vorm van cursorisch onderwijs op lokaal en landelijk niveau.

De strategische uitgangspunten hebben geleid tot het nieuwe opleidingsplan BOEG. In de hierop volgende hoofdstukken zijn alle punten op een tactisch niveau uitgewerkt.

## 2. Het profiel van de gynaecoloog

In het specifiek besluit obstetrie en gynaecologie staat in het kort beschreven wat het profiel Obstetrie en Gynaecologie inhoudt: het is het specialisme dat zich richt op de voortplanting, op de baring in al zijn facetten en op het voorkomen, herkennen en behandelen van ziekten van de vrouwelijke geslachtsorganen.

In de praktijk behelst het vak van gynaecoloog meer dan alleen de klinische vaardigheden. Daarnaast zal de wereld van de gynaecoloog de komende jaren veranderen. Het is belangrijk om met de opleiding te anticiperen op deze veranderingen ten einde ook in de toekomst goede zorg te kunnen verlenen die aansluit bij de behoeften van de maatschappijen de beroepsgroep. Kwalitatief onderzoek naar de toekomst van het vak en de behoeften van maatschappelijke stakeholders heeft geleid tot een profielschets van de gynaecoloog van de toekomst. Hierin wordt duidelijk dat niet alleen de vakuitoefening van de gynaecoloog, maar ook de omgeving waarin het vak wordt uitgeoefend verandert. Dit profiel geeft duidelijke aanwijzingen voor de (her)inrichting van de opleiding. Aan de hand van een beschrijving van het toekomstige profiel van de gynaecoloog in Nederland zullen de algemene vaardigheden die een gynaecoloog dient op te doen besproken worden.

### 2.1 Ontwikkelingen in het vakgebied

#### *Van generalist naar gedifferentieerd gynaecoloog*

De beroepsgroep van de gynaecoloog verandert als gevolg van ontwikkelingen zoals feminisering, parttime werken en toenemende kwaliteitseisen. Dit vraagt om veranderingen in een aantal logistieke zaken zoals roostering en overdrachtmomenten, maar ook om een verandering van de vakuitoefening zelf. Het lijkt onhaalbaar om nog als generalist een te verantwoorden kwaliteit van zorg te kunnen leveren. Echter is bij de reeds ingezette trend van subspecialisering voorzichtigheid geboden ter voorkoming van versnippering van zorg en het verlies van een holistisch beeld van de patiënt.

#### *Inter-professioneel samenwerken*

Reorganisatie van zorg heeft tot doel de kwaliteit en de continuïteit van zorg te waarborgen, maar zorgt ook samen met taakherschikking voor complexere patiëntgerichte samenwerkingsvormen tussen diverse (para) medische beroepsgroepen. In deze inter-professionele samenwerking zullen zaken als gelijkwaardigheid, wederzijds respect, kennis van elkaars activiteiten en verantwoordelijkheden, het verlenen van geprotocolleerde zorg, het samen maken van beslissingen, leiderschap op basis van expertise in plaats van status en het elkaar aanspreken op ongewenst gedrag een prominente plaats in nemen.

#### *Technologische ontwikkelingen*

Elkaar snel opvolgende technische ontwikkelingen en digitalisering van zorg en zorgprocessen zullen niet alleen de medisch inhoudelijke zorgverlening, maar ook logistieke gang van zaken beïnvloeden. Lange afstandsconsulten in binnen- en buitenland, tele-opereren en consulten voeren vanuit huis zullen tot de mogelijkheden gaan behoren. Het met elkaar in contact komen wordt daardoor makkelijker en biedt nieuwe zorg- en samenwerkingsmogelijkheden tussen 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup>, en 3<sup>e</sup> lijns zorgverleners. Tegelijkertijd vereist dit van de zorgverlener een blik die over de grenzen van het eigen specialisme en het ziekenhuis reikt en waarin het open staan voor en het herkennen van mogelijkheden essentieel is.

#### *Professionele zorg bewaken*

De voorspelde toenemende aandacht van overheid en verzekeraars op de kosten en kwaliteit van zorg maken de zorg prestatie gericht en transparanter en het maken van lange termijn beleid complexer. In al dit bureaucratische geweld dient de stem van de medische professional bewaakt en behouden te worden ten einde de zorg integer, patiëntgericht, ethisch verantwoord, betaalbaar en werkbaar te houden. Hiertoe is het van belang als zorgverlener ook hier buiten de grenzen van de eigen vakuitoefening te kijken, kennis te vergaren en zich zo als gelijkwaardige gesprekspartner te kunnen mengen in de discussie.

#### *Relatie patiënt en arts kenmerkt zich door partnerschap*

De relatie tussen arts en patiënt zal in de toekomst veranderen. Voorspeld wordt dat de relatie een meer zakelijk en gelijkwaardig karakter krijgt gebaseerd op het gezamenlijk nemen van beslissingen en het centraal stellen van de behoeften van de patiënt. Hierin blijven de klinische expertise en vaardigheden van de gynaecoloog essentieel. Er zal echter in deze expertise bijzondere aandacht worden gevraagd voor een holistische, empathische en respectvolle benadering van de patiënt en haar probleem.

Daarnaast zal onder invloed van diverse maatschappelijke trends zoals vergrijzing, obesitas en uitgestelde kinderwens, maar ook door een toename in diagnostische en therapeutische mogelijkheden de gynaecoloog geconfronteerd worden met een andere patiëntenpopulatie. Dientengevolge zal de voornamelijk curatieve vakuitoefening worden uitgebreid met het management van preventieve en chronische aspecten van zorgverlening.

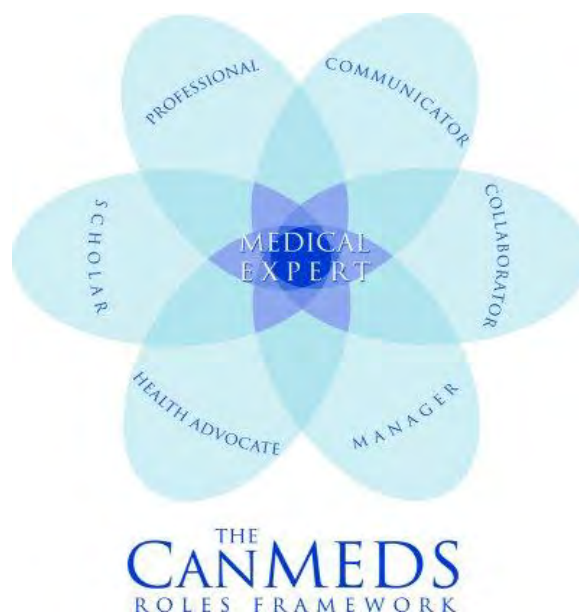
#### *Levenslang leren*

Voor de gynaecoloog van de toekomst betekent bovenstaande dat er op sommige gebieden van de vakuitoefening meer focus zal worden gelegd. De inhoud van klinische expertise en vaardigheden zal vanwege differentiatie en kwaliteitswaarborging verschuiven naar diagnostisch brede en therapeutisch verdiepende vakuitoefening. Klinische expertise en vaardigheden zullen samen met goede samenwerkings- en communicatieve vaardigheden basisvoorwaarden blijven voor een goede vakuitoefening. De (maatschappelijk) ingegeven druk om maatschappelijk verantwoorde zorg te verlenen vraagt van de gynaecoloog nog meer bewustwording en bemoeienis in het proces van kwaliteitsbewaking. Dit betekent dat het voor een gynaecoloog nog belangrijker wordt om de grenzen van het eigen handelen te (er)kennen, te reflecteren op het eigen handelen (al dan niet met behulp van mede zorgverleners), levenslang te blijven leren en de kennis up to date te houden en waar nodig de inhoudelijke vakuitoefening en/of de carrière bij te sturen in belang van de zorgverlener, het team of de patiënt. Uitbreiding van de kennis en vakuitoefening vindt voornamelijk plaats op gebieden buiten het eigen specialisme. Zo worden kennis en vaardigheden op het gebied van geavanceerd technologie gebruik, financiën en zelfstandig ondernemerschap, maar ook inmenging in landelijke beleidsmatige discussies, belangrijke eigenschappen voor de gynaecoloog van de toekomst.

Het geschetste beroepsprofiel van de gynaecoloog voor de toekomst geeft weer hoe het specialisme zich vermoedelijk zal ontwikkelen. Dit beroepsprofiel zal dienen als uitgangspunt voor het ontwikkelen van het nieuw opleidingsplan Obstetrie en Gynaecologie en tevens als onderlegger bij de strategische beleidsontwikkeling van de NVOG, zowel nationaal als internationaal.

## 2.2 De CanMEDS

Het CCMS Kaderbesluit beschrijft de algemene competenties van een medisch specialist en clustert deze in een zevental competentiegebieden, te weten: medisch handelen; communicatie; samenwerking; kennis & wetenschap; maatschappelijk handelen; organisatie en professionaliteit. Hiervoor is aangesloten bij het model van de Canadian Medical Education Directives for Specialists 2000 (CanMEDS-2001). Algemene competenties gelden, zoals de naam al aangeeft, in meer of mindere mate voor alle medisch specialisten. Ieder competentiegebied bestaat uit vier deelcompetenties, de zogenaamde algemene competenties.



<sup>1</sup> Jason R, Frank, MA (Ed) The Can MEDS 2005 Physician Competency Framework; Better standards. Better physicians. Better care, Ottawa, 2005.

Figuur 3. De CanMEDS-rollen, zoals gepresenteerd door de Canadian Medical Education Directives of Specialists 2000

Deze competentiegebieden zijn uitgewerkt voor de gynaecoloog en leiden tot het competentieprofiel van de gynaecoloog aan het begin van zijn professionele loopbaan. De competenties krijgen vervolgens een themagerelateerde uitwerking waarbij de competenties worden geoperationaliseerd in activiteiten op de werkvloer, zodat de aios ook op meer gedetailleerd niveau weet wat er van hem wordt verwacht. Zie hoofdstuk 6 voor de vertaling van competenties naar thema's.

## 2.3 Competentieprofiel van de gynaecoloog

Competenties van de gynaecoloog	
<b>1</b>	<b>Medisch handelen</b>
1.1 De gynaecoloog bezit adequate kennis en vaardigheid naar de stand van het vakgebied:	<p>bezit adequate kennis van de anatomie en fysiologie betreffende de obstetrie en gynaecologie</p> <p>kent de basale epidemiologie, etiologie, pathogenese en pathofysiologie van de afwijkingen op het gebied van gynaecologie en obstetrie.</p> <p>kent de gebruikelijke classificatiesystemen, graderingsystemen en richtlijnen</p>
1.2 De gynaecoloog past het diagnostisch, therapeutisch en preventief arsenaal van het vakgebied adequaat en op evidence based gronden toe:	<p>Neemt zorgvuldig en adequaat een anamnese af</p> <p>Voert adequaat en zorgvuldig het gebruikelijke lichamelijk onderzoek uit en interpreteert de bevindingen goed</p> <p>Weet welke verdere aanvullende onderzoeken hij moet (laten) verrichten</p> <p>Beoordeelt de resultaten dusdanig om een totaalbeeld van de patiënt en diens ziekte te verkrijgen.</p> <p>Kan de basale beeldvormende technieken toepassen. Hij weet de bevindingen goed te beoordelen en op hun diagnostische waarde te schatten. Kan in goed overleg treden met o.a. radiologen</p> <p>Stelt een volledig en adequaat behandelplan op.</p> <p>Kan adequaat en zorgvuldig de gebruikelijke invasieve- en functieonderzoeken uitvoeren en interpreteert de bevindingen op een correcte wijze.</p> <p>Verricht daar waar nodig biopsieën. Hij interpreteert de resultaten van het onderzoek op de juiste manier en treed in goed overleg hierover met o.a. de pathologen.</p> <p>Kan met de verkregen informatie een behandelingsplan opstellen. Hij kent de voordelen, bijwerkingen en complicaties van elk van de behandelingsvormen en weet een gebalanceerde afweging te maken bij de keuze van therapie.</p> <p>Kan de patiënt adequaat begeleiden naar de uiteindelijke keuze van behandeling (niet behandelen).</p> <p>Draagt zorg voor een passende, voorspoedige acute behandeling. De gynaecoloog kent de indicaties, contra-indicaties en bijwerkingen van de door hem toegepaste behandelingen. Hij weet wanneer medicamenteuze, niet-operatieve, invasieve of operatieve behandelingen moeten worden toegepast en weet ook wanneer andere vormen van therapie de voorkeur verdienen.</p>
1.3 De gynaecoloog levert effectieve en ethisch verantwoorde patiëntenzorg:	<p>Ziet er op toe dat het diagnostisch proces adequaat verloopt, geen onnodige overlast voor de patiënt veroorzaakt en binnen een acceptabele termijn is afgerond.</p> <p>Maakt een zorgvuldige kostenbaten analyse voor iedere behandeling.</p> <p>Neemt in het eigen handelen de overwegingen mee van maatschappelijke discussie zoals die voortkomen bij onder andere geassisteerde voortplanting, antenatale diagnostiek en zwangerschapsonderbreking</p> <p>Bij ongewenste bijwerkingen of complicaties zal hij tijdig en adequaat reageren</p> <p>Past de zorg aan op kwetsbare ouderen.</p>
1.4 De gynaecoloog vindt snel de vereiste informatie en past deze goed toe:	<p>Weet de juiste vraagstelling te formuleren wanneer hij/zij geconfronteerd wordt met moeilijke casuïstiek.</p> <p>Zoekt voor de zoekvraag in de literatuur de juiste informatie op.</p> <p>Beoordeelt de gevonden literatuur kritisch.</p> <p>Beschikt over een collegiaal netwerk om lastige diagnostiek in overleg uit te voeren of adequaat te verwijzen.</p>
<b>2</b>	<b>Communicatie</b>
2.1 De gynaecoloog bouwt effectieve behandelrelaties	<p>Geeft doelmatig uitleg over het te verrichten onderzoek en over de lasten en ongewenste neveneffecten die dit onderzoek met zich kunnen meebrengen.</p>

met patiënten op:	Is in staat de patiënt en diens naasten adequaat te begeleiden. Hij heeft gevoel voor de angsten en onzekerheden van de patiënt en hij weet adequate psychosociale begeleiding te verzorgen of doen verzorgen.
2.2 De gynaecoloog luistert goed en verkrijgt doelmatig relevante patiëntinformatie:	Neemt zorgvuldig en adequaat een anamnese af. Hij heeft daarbij oog voor de gevoelens van de patiënt en diens naasten. Hij verschaft doelmatige uitleg over de diagnostische stappen en over de lasten en ongewenste neveneffecten van de diagnostische stappen.
2.3 De gynaecoloog bespreekt medische informatie goed met patiënten en familie of naasten:	Bespreekt de bevindingen goed met patiënt en eventuele familie of naasten, bijvoorbeeld bij slecht nieuws, bij oncologische bevindingen of in een gesprek met ouders van pasgeborenen met ernstige pathologie. Hij heeft oog voor de gevoelens van de patiënt en geeft haar de ruimte hiervan uiting te geven. Bespreekt met de patiënt, eventuele familie en eventuele medebehandelaars wie de follow-up op zich zal nemen en hoe de follow-up wordt uitgevoerd.
2.4 De gynaecoloog doet adequaat mondeling en schriftelijk verslag over patiëntencasus:	Levert nauwgezette statusvoering van relevante voorgeschiedenis, lichamelijk onderzoek en decursus. Draagt tijdig zorg voor schriftelijke verslaglegging van consulten en handelt deze adequaat af Draagt indien nodig zorg voor een relevante overdracht van een ziektegeschiedenis aan een dienstdoende collega voor avond-, nacht- en weekenddiensten.
<b>3</b>	<b>Samenwerking</b>
3.1 De gynaecoloog overlegt doelmatig met collegae en andere zorgverleners:	Overlegt bij de behandeling van patiënten doelmatig met relevante 'allied health professionals', zowel in afzonderlijk als in multidisciplinair ingericht overleg. Draagt zorg voor tijdig en adequaat overleg met eventuele medebehandelaars. Overlegt doelmatig met de eerste lijn en andere relevante verwijzers, maakt transmurale afspraken (op locoregionaal en nationaal niveau) en neemt deze in acht.
3.2 De gynaecoloog verwijst adequaat:	naar de juiste persoon of instantie te verwijzen, zowel in de eerste als in de tweede lijn en de mate van urgentie hierbij te bepalen.
3.3 De gynaecoloog levert effectief intercollegiaal consult:	Communiqueert duidelijk, beknopt en collegiaal met verwijzend specialisten en verloskundigen.
3.4 De gynaecoloog draagt bij aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg:	Richt gezamenlijk met verloskundige teamleden een optimale omgeving in voor adequate samenwerking Heeft inzicht in groepsproces en leert deze leiden en leert om geleid te worden. Herkent en verwoordt wanneer en waarom een groep niet goed functioneert en leert problemen ter tafel brengen en te bemiddelen.
<b>4</b>	<b>Kennis en wetenschap</b>
4.1 De gynaecoloog beschouwt medische informatie kritisch:	Beschouwt de verzamelde informatie kritisch en weet daaruit de juiste gevolgtrekking te maken. Weet welke informatie tijdens de follow-up moet worden verzameld. Hij weet deze informatie kritisch te beschouwen en kan daaruit de juiste gevolgtrekking maken. Hij weet wanneer tot nader ingrijpen moet worden overgegaan
4.2 De gynaecoloog bevordert de verbreding van en ontwikkelt de wetenschappelijke vakkennis:	Herkent in zijn praktijk de grenzen van de beschikbare wetenschappelijke kennis en is in staat klinisch relevante wetenschappelijke vraagstellingen te formuleren. Participeert in wetenschappelijk onderzoek. De mate, aard en intensiteit van deze participatie is afhankelijk van de setting waarin de gynaecoloog werkzaam is
4.3 De gynaecoloog ontwikkelt en onderhoudt een persoonlijk bij- en nascholingsplan:	Toont het vermogen om nieuwe technieken te leren, bronnen van medische informatie kritisch te beschouwen, en een persoonlijke ontwikkelingsstrategie te hebben om gedurende de loopbaan bij te blijven in ontwikkelingen op het vakgebied. Streeft aantoonbaar naar bijdragen in het ontdekken en ontwikkelen van nieuwe kennis t.b.v. vakinhoudelijke onderwerpen en onderwerpen die de logistiek en de patiëntgerichtheid van zorg ten goede komen. Leert verouderde gewoontes af en is adaptief in een veranderde wereld.
4.4 De gynaecoloog bevordert de deskundigheid van studenten, aios, en van collegae, patiënten en andere betrokkenen bij de gezondheidszorg:	Faciliteert zijn onderwijs voor patiënten, collegae en andere zorgverleners. Stimuleert en ontwikkelt volgens moderne onderwijskundige principes Toont het vermogen om samen te werken met medisch en paramedisch personeel in het ontwikkelen van onderwijsactiviteiten zoals simulatieoefeningen met het team.



<b>5 Maatschappelijk handelen</b>	
5.1 De gynaecoloog kent en herkent de determinanten van ziekte:	Hij toont persoonlijke belangstelling voor de patiënt en zijn omgeving en is zich bewust van mogelijke gevolgen van ziekte voor de gezinsleden en verdere omgeving (ook werkomgeving) van de patiënt. Toont in de praktijk te beschikken over specifieke deskundigheid op het gebied van sociale gevolgen van psychosomatische en psychiatrische aandoeningen.
5.2 De gynaecoloog bevordert de gezondheid van patiënten en de gemeenschap als geheel:	Draagt effectief bij aan programma's voor preventie van optreden van letsel, behoud van gezondheid en verbetering van gezondheid. Draagt effectief bij aan patiëntveiligheid binnen de zorg. Bevordert praktijken die de gezondheid en algemeen welbevinden verbeteren. Beschikt over kennis en inzicht met betrekking tot de volksgezondheid
5.3 De gynaecoloog handelt volgens de relevante wettelijke bepalingen:	Overlegt met patiënten over de voorgestelde behandeling en de daarvoor bestaande alternatieven, vraagt toestemming voor de behandeling en legt de verkregen toestemming in het dossier vast. Kent de belangrijkste bepalingen rondom patiëntenrecht en handelt hiernaar. Handelt volgens de Wet Geneeskundige Behandelings Overeenkomst. Is in staat om te gaan met binnen Nederland vigerende gedragscodes en handelt in overeenstemming hiermee.
5.4 De gynaecoloog treedt adequaat op bij incidenten in de zorg:	Kan omgaan met complicaties ten gevolge van het klinisch handelen. gebruikt bekende structuren om van fouten te leren. Kan omgaan met fouten van zichzelf of anderen, durft bij eigen fouten deze te erkennen tegenover patiënten en collega's en kan daar lering uittrekken
<b>6 Organisatie</b>	
6.1 De gynaecoloog organiseert het werk naar een balans in patiëntenzorg en persoonlijke ontwikkeling:	Hanteert de balans tussen klinische activiteiten, persoonlijke ontwikkeling en sociale activiteiten zodanig zat het eigen energieniveau op peil blijft. Delegeert taken waar en wanneer dit aangewezen is.
6.2 De gynaecoloog werkt effectief en doelmatig binnen een gezondheidszorgorganisatie:	Ziet er op toe dat het diagnostisch proces adequaat verloopt, geen buitensporige overlast voor de patiënt veroorzaakt en binnen een acceptabele termijn is afgerond. Levert doelmatige zorg en neemt verantwoordelijkheid om kostenexplosie in de zorg in te dammen. Participeert in zorgvernieuwingsprojecten (actuele voorbeelden: werken zonder wachtlijst, patiënt gestuurde zorg, ketenzorg met substitutie van zorg). Participeert in systemen ten bate van patiëntveiligheid Houdt rekening met basisprincipes van organisatie van gezondheidszorg. Past principes van efficiënt vergaderen en timemanagement toe. Toont het vermogen om te werken met medisch bestuurlijke organisaties op alle niveaus. Implementeert kwaliteitssystemen voor het verschaffen van zorg. Toont waar nodig medisch leiderschap en ondernemerschap. Neemt een geschikte rol in, in teams voor de zorg voor kwetsbare ouderen.
6.3 De gynaecoloog besteedt de beschikbare middelen voor de patiëntenzorg verantwoord:	Gaat adequaat met de maatschappelijke eisen om en is in staat te onderhandelen om de beschikbare middelen te behouden voor een optimale zorg.
6.4 De gynaecoloog gebruikt informatietechnologie voor optimale patiëntenzorg en voor bij- en nascholing:	Volgt binnen een netwerk de mogelijkheden van e-health Weegt iedere keer de kansen van e-health binnen de eigen zorgprocessen af en past dit toe Maakt daar waar mogelijk gebruik van social media. Houdt hierbij rekening met de privacy wetgeving.
<b>7 Professionaliteit</b>	
7.1 De gynaecoloog levert hoogstaande patiëntenzorg op integere, oprechte en betrokken wijze:	Beschouwt de patiënt als partner in het zorgproces. Ziet er op toe dat het onderzoek verloopt in een zakelijke medische sfeer. Hij ziet er op toe dat de privacy van de patiënt gewaarborgd is en dat het onderzoek niet te belastend is voor de patiënt. Hij zal elke overbodige, voor de patiënt belastende handeling vermijden
7.2 De gynaecoloog vertoont adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag:	Toont een empathische houding in de omgang met patiënten Voldoet aan verplichtingen die verwacht worden van een specialist, op medisch, ethisch, juridisch en collegiaal gebied Toont normen en waarden, passend bij de beroepsgroep. Toont zich eigenaar van problemen van patiënten die binnen het zorgsysteem extra aandacht nodig hebben.



7.3 De gynaecoloog kent de grenzen van de eigen competentie en handelt daar binnen:	Kent de grenzen van zijn eigen kennis en kunde. Hij verwijst de patiënt tijdig naar een deskundige collega, wanneer de eigen kennis en kunde ontoereikend zijn. Reflecteert over eigen handelen en functioneren, kan feedback ontvangen, en handelt daarnaar met betrekking tot verandering en/of verbeteringen.
7.4 De gynaecoloog oefent de geneeskunde uit naar de gebruikelijke ethische normen van het beroep:	is in staat om de eigen morele standpunten met argumenten te verduidelijken en tegenover patiënten en collegae gezondheidswerkers te verantwoorden

### 3. Het begeleiden van opleiden

De opleider staat niet alleen in het opleiden van de aios tot een gekwalificeerd gynaecoloog. Leden van het opleidingsteam, arts-assistenten, verpleegkundigen, allen maken deel uit van het totale team dat meewerkt aan de opleiding van de nieuwe assistenten. Het voornaamste verschil tussen het team en de opleider, is dat het team zich beperkt tot het overdragen, begeleiden en coachen in de benodigde competenties, terwijl de opleider tevens verantwoordelijk is voor de organisatie van de opleiding en aansturing van het opleidingsproces. Dit proces begint bij de eerste werkdag van de aios en eindigt pas na de eindbeoordeling.

#### 3.1 Faciliteren en ondersteunen

Het begeleidingsproces is gebaseerd op het idee van 'scaffolding' (een steiger aanbrengen). Deze methode gaat uit van een steiger, in dit geval de opleider, die de plek afbakt waar geleerd gaat worden en die helpt om werkervaringen op te doen die de aios zonder steiger niet bereikt zou hebben. Dit houdt in dat de begeleiding draait om faciliteren en coachen/ondersteunen.

In de eerste jaren dient er veel steun en begeleiding aan de aios gegeven te worden, naar het einde van de opleiding toe zal deze begeleiding minder intensief nodig zijn en krijgt de opleider een andere rol. De opleider zal de aios meer gaan coachen/ondersteunen bij het maken van verdiepingskeuzes. De taak om te faciliteren blijft gedurende de gehele opleiding van de aios aanwezig.

Grofweg zijn er door de aios drie stappen te doorlopen die verschillend begeleid moeten worden door de opleider:

1. Opdoen van theoretische kennis en ontmoeting met de praktijk waar kennis wordt toegepast op competenties. In de beginfase zijn vooral de competenties medisch handelen, communiceren en samenwerken van belang.
  2. Het toepassen van de in stap 1 opgedane kennis en daarmee een bijdrage leveren aan het werk binnen de afdeling.
  3. Persoonlijke invulling geven aan een van de aandachtsgebieden.
- De taken van de opleider verschillen tijdens deze stappen, maar zijn niet stapsgewijs in te delen doordat de taken in elkaar overvloeien. Het onderscheid dat wel gemaakt kan worden is tussen de eerste basisjaren en de verdiepingsjaren daarna.

##### 3.1.1 De opleider tijdens de eerste basisjaren.

In de eerste fase waarin de basisvaardigheden worden aangeleerd (stap 1 en 2) is de opleider voornamelijk rolmodel en begeleider in het opleidingsproces. Door middel van periodieke gesprekken met de aios wordt de voortgang in de gaten gehouden en stuurt de opleider de aios in de goede richting om aan de basis voorwaarden te voldoen. In deze gesprekken heeft de opleider het portfolio van de aios tot de beschikking en op deze manier is het mogelijk inhoudelijke feedback te geven op de gedane werkzaamheden. Zowel de opleider als de aios controleert in deze fase of de aios voldoende en gevarieerde leerervaring opdoet, goede uitleg en relevante opdrachten krijgt, geobserveerd wordt, feedback krijgt en adequaat wordt geëvalueerd en beoordeeld door de leden van de opleidingsgroep.

De opleider zal vaak niet aanwezig zijn bij leermomenten van de aios, waardoor het van belang is dat alle vorderingen worden bijgehouden in een portfolio dat door de opleider voorzien kan worden van feedback. De opleider behoudt in de eerste jaren van de opleiding nog een grote mate van sturing in het leerproces. Naast de sturing is 'modeling' een voorname taak tijdens de basisjaren. Dit wordt gedaan door hardop te denken, tijdens het proces de strategie te verklaren of door alleen een taak op de goede manier uit te voeren zonder verdere toelichting. Zeker aan het begin is het de noodzaak om uitgebreid het waarom van bepaalde stappen te verklaren, dit kan in de loop van de tijd afgebouwd worden als de aios de verklaringen zelf kan geven. Met behulp van de verslagen en de feedback vanuit de KPB en OSATS uit het portfolio kan dit getoetst

worden. De aios is steeds meer in staat zelfstandig taken uit te voeren waardoor zijn bijdrage aan de afdeling groeit (stap 2), de sturende taak van de opleider voor de reguliere werkzaamheden is minder noodzakelijk. Hier is sprake van 'fading', de directe supervisie van de opleider verdwijnt langzamerhand naar de achtergrond. De aios krijgt een steeds grotere zelfstandigheid (bekwaamheidsverklaringen spelen hierin een grote rol).

### **3.1.2 De opleider tijdens de verdiepingsjaren.**

In de laatste fase van de opleiding gaat de aios, naast het bijhouden van de basiswerkzaamheden, zich verdiepen in één van de differentiaties. De opleider zal de inhoudelijke verdieping hier vooral overlaten aan het teamlid dat gespecialiseerd is in de gekozen differentiatie. Van een opleider kan niet worden verwacht dat deze altijd in staat is de vorderingen in een voor hem of haar onbekend gebied adequaat te beoordelen. Vandaar dat de rol van begeleider en beoordelaar geleidelijk wordt vervangen door de rol als coach. Dit betekent echter niet dat de opleider helemaal niet meer begeleidt en beoordeelt. De opleider blijft eindverantwoordelijke voor het beoordelen, maar daarnaast zijn het stimuleren van de aios en het faciliteren van de benodigde leerplekken in de differentiaties van de aios belangrijkere taken van de opleider.

Tevens zal de opleider ondersteuning bieden bij het maken van belangrijke keuzes voor de verdere loopbaan. Door de intensieve begeleiding in de eerste jaren heeft de opleider een goed beeld gekregen van de mogelijkheden en interesse gebieden van de aios. Nu de aios de benodigde ontwikkeling binnen het vakgebied heeft doorgemaakt kan er op een gelijkwaardig niveau worden gepraat over de visie van de aios op het vak van gynaecoloog en kan op basis van gesprekken de aios zijn eigen keuze maken: hoe wil ik als gynaecoloog zijn. Dit kan zeer van pas komen op het moment dat de aios een keuze moet maken welke differentiatie en verdere specialisatie hij of zij gaat volgen (stap 3).

### **3.1.3 Visualisering van de manier van begeleiding**

In figuur 1 is getracht weer te geven welke vorm van begeleiding de opleider op een bepaald moment dient uit te voeren. Een strikte lijn is onmogelijk aan te houden en hoe een aios begeleid moet worden zal altijd per persoon verschillen. Desondanks kan het figuur als een schematische uitwerking worden gezien van het verloop in begeleiding door de opleider.

#### *Begeleiden van leren*

Zoals te zien wordt het strikte begeleiden van het leren minder naarmate de jaren van opleiding vorderen, ook al bereikt deze lijn nooit de nul. Er zal altijd begeleiding bij het leren blijven bestaan, slechts in mindere mate wanneer de tijd verstrijkt.

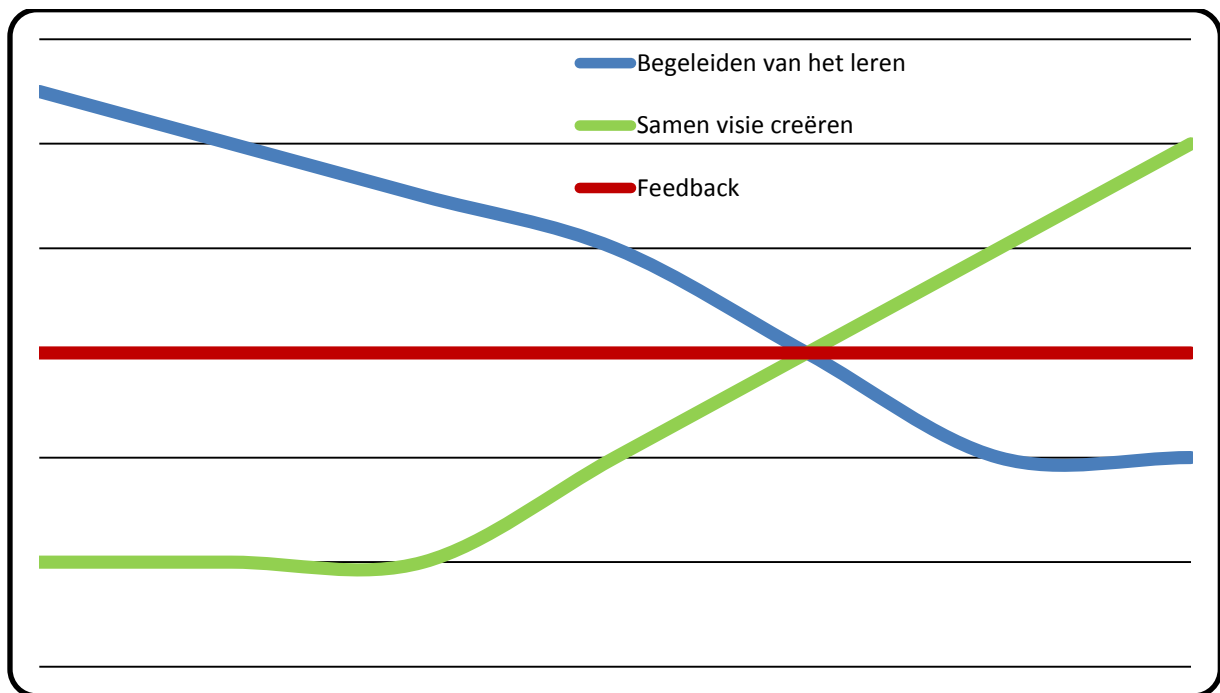
#### *Samen visie creëren*

In de eerste jaren is de aandacht van de aios gericht op het aanleren van vaardigheden en de feedback vanuit de opleider zal voornamelijk over de vaardigheden gaan. In de laatste jaren van de opleiding wordt een eigen kijk op het vak van gynaecoloog meer van belang. Om te kunnen specialiseren is het maken van een eigen visie van belang, de begeleiding van de opleider zal om die reden steeds meer in het teken gaan staan van het samen creëren van een visie.

#### *Faciliteren en feedback*

Faciliteren en feedback geven blijft als rode draad het gehele opleidingsproces op hetzelfde niveau. Ondanks dat de vorm van feedback en de frequentie van het geven er van wellicht zal verschillen in de loop van de jaren, blijft het voor de opleider een belangrijke taak. Het belang van die taak blijft gedurende de hele opleiding gelijk.

Figuur 1: Vorm van begeleiding gedurende de opleidingsjaren afgezet naar intensiteit.



### 3.2 Individueel Opleidingsplan

Het IOP wordt in samenspraak met de opleider(s) door de aios gemaakt binnen de kaders van regionale afspraken over de opleiding. Alle individuele leerdoelen zijn hierin opgenomen en in het opleidingschema staat wanneer de aios welke stages gaat volgen. In het lokaal opleidingsplan zijn leermiddelen (zie bijlage 3) benoemd die gekoppeld worden aan thema's die in de stage aan bod komen en de toetsing die daarbij plaats vindt. Het opleidingschema dat onderdeel uit maakt van het IOP is een vereiste voordat officieel begonnen kan worden met de opleiding. Gedurende de opleiding zal tijdens de voortgangsgesprekken het IOP worden aangepast c.q. uitgebreid met leerdoelen en plannen voor de voorliggende periode. Daar bij zal ook duidelijk worden wat de verhouding is tussen praktijkleren, cursorisch onderwijs en zelfstudie. Hiervoor is het noodzakelijk dat de aios alle vorderingen bijhoudt in het elektronische portfolio, zodat het IOP een goede leidraad is voor het gesprek tussen opleider en aios.

### 3.3 Voortgangsgesprekken

Belangrijke momenten voor het geven van feedback zijn de voortgangsgesprekken. Tijdens deze gesprekken worden alle vorderingen besproken met behulp van het portfolio. In het portfolio zijn alle toetsinstrumenten in te zien, aan de hand daarvan kan de opleider beoordelen of aan verplichtingen is voldaan en of alle competenties aan bod zijn gekomen. Indien een aios achterloopt op de planning van het IOP of moeite heeft om zich aan de planning te houden dan kan dit worden besproken tijdens het voortgangsgesprek. In de laatste twee jaren waarin de aios zich aan het verdiepen is zullen de voortgangsgesprekken voor een deel bestaan uit reflectie op het vakgebied zoals beschreven in de vorige paragraaf.

### Overzicht gesprekken

Periode	Activiteit	Feedback verzameld met behulp van:	Actie
Voor aanvang opleiding en voor aanvang stages	Introductie gesprek, thema's en doelen stage.	Introductie formulier, opleidingsschema en IOP in portfolio voegen.	aios
Advies: ieder kwartaal de hele opleiding  Het kaderbesluit staat afbouwen van de frequentie van voortgangsgesprekken toe.	Voortgangsgesprek, evalueren doelen achterliggende periode en formuleren doelen voor de komende periode, incl. afspreken thema's voor de komende periode. Bespreking groei bekwaamheid	KPB, 360° feedback, zelfreflectie, briefbeoordelingen, CAT, OSATS, kennistoets, gegevens portfolio, beoordelingsformulier IOP.	aios Opleider cq plv opleider Supervisor
Eind ieder opleidingsjaar en 3 maanden voor einde opleiding.	Geschiktheidbeoordeling, beoordeling door opleidingsgroep.	Kennistoets, KPB, OSATS, 360° feedback, portfolio, evaluatiedocument stage.	Opleider en opleidingsgroep

### 3.4 De disfunctionerende aios

Het disfunctioneren van een aios op de werkplek is niet iets dat na één waarneming vastgesteld kan worden. Het is een proces dat door meerdere leden van de opleidingsgroep wordt herkend en waarin de aios vaardigheden toont die bijna continu van een te laag niveau zijn. Voor de opleider is het van belang het disfunctioneren te herkennen, zodat tijdig ingegrepen kan worden. Om disfunctioneren te herkennen is het van belang te weten hoe het zich uit.

Globaal kan het zich uiten in drie categorieën:

- omgaan met werk
- omgaan met anderen
- omgaan met zichzelf/privé zaken

Daarnaast kan de context van de leeromgeving nog het disfunctioneren bevorderen en blijkt dat er vaak meerdere competentiegebieden zijn waarin de problemen zich voordoen. De uitingen zijn niet tijdsgebonden, gedurende het hele opleidingstraject kan de aios vervallen in het disfunctioneren.

Als ondanks goede begeleiding en het leveren van feedback, zoals eerder is beschreven, de aios nog steeds blijkt te disfunctioneren dan begint de opleider een extra begeleidingstraject. Dit traject zal per aios verschillen en afhankelijk zijn van de mate van disfunctioneren van de aios. Dossiervorming is in alle gevallen de eerste stap om goed inzicht te verkrijgen in de tekortkomingen van de aios. Vervolgens zal intensieve coaching en begeleiding vanuit de opleider noodzakelijk zijn, waarin goed overleg met de aios over het individuele opleidingsplan niet mag ontbreken. Dit plan kan een leidende functie krijgen om te zien of de aios met de aangereikte hulp wel aan het (bijgestelde) plan kan voldoen en de daarbij benodigde vaardigheden op niveau kan krijgen. Indien er geen structurele verbetering plaatsvindt, dient de regelgeving van het CGS gevolgd te worden, dat in het uiterste geval kan leiden tot het beëindigen van de opleiding.

Over het algemeen geldt dat hoe eerder tekortkomingen gesignaleerd worden des te minder robuust de remediering hoeft te zijn. Vroeg signaleren betekent daardoor niet alleen meer kansen voor de aios om weer aan te sluiten, maar uiteindelijk ook minder belasting van de opleidingsgroep.

### 3.5 Visualisering van de begeleidingsprocessen

In het onderstaande schema zijn de voornaamste begeleidingsprocessen schematisch ingedeeld naar de drie verschillende fases die een aios doorloopt in de opleiding. Per fase is een onderscheid gemaakt tussen de inhoud, de focus van de begeleiding, de manier van feedback leveren, de bekwaamheidsverklaring en het begeleidingsmodel.

Fase in de opleiding	Inhoudelijke focus Gericht op:	Wijze van feedback Gericht op:	Bekwaamverklaringen Gericht op:	Focus begeleiding Gericht op:	Begeleidingsmodel Gericht op:
2 jaren Basis (novice)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diensten</li> <li>- Operatieve vaardigheden</li> <li>- Polikliniekvaardigheden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vaardigheden</li> <li>- Verrichtingen</li> <li>- Separate competenties</li> <li>- medisch handelen, communicatie, samenwerking</li> </ul> <i>Instrumentarium</i> KPB OSAT Kwalitatief (360 graden feedback)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Separate vaardigheden</li> <li>- Primair monodisciplinaire vraagstukken</li> <li>- Beperkte zelfstandigheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Begeleiding van het leren</li> <li>- Functioneren binnen klinisch bedrijf</li> <li>- Rolmodel geven aan de aios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Scaffolding; het instrueren en motiveren door opleider</li> <li>- Modeling; het voordoen aan de aios</li> <li>- Reflecteren door aios</li> </ul>
2 jaren specieel (intermediate)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diensten</li> <li>- Operatieve vaardigheden</li> <li>- Polikliniekvaardigheden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- competenties (met name maatschappelijk handelen, organisatie, wetenschap)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afronden thema's</li> <li>- Maturiteit t.a.v. zelfstandigheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visie op het vak</li> <li>- Loopbaanontwikkeling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Motiveren en coachen door opleider</li> <li>- Reflecteren door aios</li> </ul>
2 jaren verdieping (junior specialist)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diensten</li> <li>- Operatieve vaardigheden (therapeutische verdieping)</li> <li>- Polikliniekvaardigheden</li> <li>- Rolspecialisatie</li> <li>- Therapeutische verdieping</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Therapeutische verdieping</li> <li>- Competenties geïntegreerd en contextafhankelijk (met name medisch handelen, professionaliteit, samenwerking, organisatie en maatschappelijk handelen)</li> <li>- Rolspecialisatie</li> </ul> <i>Instrumentarium</i> Kritische Praktijk Beschouwing (KPB-®) OSAT Kwalitatief (360 graden feedback)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Volledige thema's</li> <li>- Volledige zelfstandigheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Loopbaanplanning</li> <li>- Visievorming</li> <li>- Holistische visie op zorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coaching en adviseren door opleider</li> <li>- Reflecteren door aios</li> </ul>

## 4. Feedback

### 4.1 Het geven van feedback

Feedback geven gebeurt vaak al ongemerkt. Op de werkvloer wordt de aios geïnstrueerd, geholpen en verbeterd. Dit is een belangrijke vorm van feedback die de opleider zelf kan uitvoeren, maar daarnaast is het de taak van de opleider er op toe te zien dat de gehele opleidingsgroep feedback levert tijdens het werk.

Feedback geven gebeurt vooral informeel. Formeler feedback leveren gebeurt aan de hand van specifieke feedbackinstrumenten. Het gebruik van feedbackinstrumenten geeft inzicht in het functioneren van de aios. De informatie kan formatief (ontwikkelingsgericht) of summatief (gericht op beoordeling) gebruikt worden. De in dit plan beschreven feedback instrumenten lenen zich hier goed voor. Dit leidt vervolgens tot reflectie van de aios.

Het voortgangsgesprek met de opleider is een belangrijk moment om de verzamelde feedback uit het portfolio betreffende het functioneren en de ontwikkeling van de aios te bespreken. Vooral ook de beoordeling van de opleidingsgroep over de aios wordt meegenomen in het uiteindelijke oordeel. De resultaten van dit gesprek zal door de aios opgenomen worden in het portfolio waardoor de opleider achteraf kan beoordelen of de feedback voldoende verwerkt is in de werkzaamheden van de aios.

#### *De groei van de aios en de daarmee gepaard gaande ontwikkeling van feedback*

Niet alleen de vorm van begeleiden verandert gedurende de opleidingsjaren, ook de wijze waarop feedback geleverd wordt is afhankelijk van waar de aios zich in de opleiding bevindt. De drie stappen die eerder werden gemaakt komen hier weer terug. Grofweg is de loopbaan van de aios in drie stappen te verdelen: Novice, Intermediate, Juniorspecialist. Voor de opleider is het belangrijk om rekening te houden in welke fase de aios zich bevindt om zo te weten waarop de feedback gericht zou moeten worden en welke feedback instrumenten daarbij passen. Een Korte Praktijk Beoordeling (KPB) zal in de eerste jaren zeer zinvol blijken, maar verliest zijn kracht in de laatste opleidingsjaren als de KPB nog steeds op dezelfde manier wordt uitgevoerd. Op het moment dat de aios zich in de fase van Juniorspecialist bevindt zal het niet altijd even zinvol zijn om als opleider de aios te gaan observeren tijdens een patiëntgesprek, aangezien dit een vaardigheid is die in de fase van Novice al lang is opgedaan. Een gesprek over de visie van de aios op bepaalde lastige casussen of meer algemeen over hoe het vak van de gynaecoloog er over een aantal jaar zal uitzien is in deze fase van grotere waarde. Dit wordt geëvalueerd aan de hand van een zogenaamde Kritische Praktijk Beschouwing (KPB<sup>®</sup>, voorbeeldformulier in bijlage opgenomen).

### 4.2 Feedbackinstrumenten

#### *Korte praktijkbeoordeling (KPB)*

Zowel de aios als de opleider kan besluiten tot het afnemen van een KPB. De aios is verantwoordelijk dat er voldoende KPB's worden afgenomen, de opleider dient voldoende mogelijkheden te bieden voor het afnemen van een KPB. Dit is een observatiemethode die uitgevoerd wordt in de dagelijkse praktijk. Voor en nabespreking van de KPB is een waardevolle toevoeging en vergroot het leermoment voor de aios. Na het afnemen van een KPB schrijft de observant gerichte feedback over het geobserveerde en of de aios voldeed aan de norm van het moment. Deze feedback wordt opgenomen in het portfolio van de aios. Het is een formatief instrument.

#### *Kritische Praktijk Beschouwing (KPB<sup>®</sup>)*

Methodiek die de reflectie van de aios ondersteunt. Het kritisch bespreken van de ontwikkeling van de aios tot professional. Het betreffen onderwerpen die breder zijn c.q. verder gaan dan de dagelijkse en directe patiëntenzorg. Het zijn onderwerpen die de aios laten nadenken over wie hij als gynaecoloog wil zijn, hoe hij dit in zijn werk tot uiting laat komen. De onderwerpen omvatten in principe alle competenties, maar de nadruk zal liggen op professionaliteit, organisatie en maatschappelijk handelen. De uitkomst van deze reflectie zal de aios vastleggen in zijn IOP, inclusief eventuele leerdoelen en te ondernemen stappen.

#### *Objective Structured Assessment of Technical Skills (OSATS)*

De beoordeling van een verrichting of vaardigheid worden met een OSATS beoordeeld. Na het uitvoeren van de verrichting kan de aios in korte tijd door middel van feedback beoordeeld worden. De beoordelaar bepaalt

of de aios onder, op of boven de norm van het moment van opleiding gepresteerd heeft. De OSATS dient vormend te zijn waarbij tips gegeven kunnen worden aan de aios. Na voldoende OSATS kan de opleider tijdens de bekwaamheidsbeoordeling het instrument als summatief gebruiken.

#### *360 graden feedback*

De aios kan via het elektronisch portfolio zelf een 360 graden feedback aanvragen. Door de aios wordt bepaald wie er gevraagd worden het feedback formulier in te vullen, alle mensen die werkzaam zijn op de afdeling en enigszins betrokken zijn bij de werkzaamheden van de aios kunnen hiervoor gevraagd worden. Op het moment dat het formulier door iedereen is ingevuld wordt door de opleider bepaald of de feedback voldoet en kan hij de uitkomsten bespreken tijdens de voortgangsgesprekken.

#### *Critically Appraised Topic (CAT)*

Een CAT wordt ingezet om de aios te leren vakliteratuur te lezen, te interpreteren en te vertalen naar de dagelijkse praktijk. Voor een CAT dient een klinische vraag tijdens een presentatie beantwoordt te worden op basis van een literatuuronderzoek. De CAT is een formatief instrument.

#### *Voortgangstoets*

De jaarlijkse voortgangstoets van de NVOG geeft feedback over kennis op het niveau van de 5 peilers, obstetrie, gynaecologie (benigne gynaecologie en Urogynaecologie en bekkenbodembodem samen), voortplantingsgeneeskunde en gynaecologische oncologie. De voortgangstoets hoort thuis in het palet van informatie dat het portfolio behelst.

#### *Zelfreflectie*

De aios kan op al zijn werkzaamheden reflecteren, niet alleen tijdens de beoordeelde verrichtingen, maar ook tijdens overige werkzaamheden is er ruimte voor zelfreflectie. Door deze reflectie vast te leggen in het elektronisch portfolio kan de opleider de herinterpretaties die gedaan zijn door de aios inzien. De opleider kan deze informatie gebruiken tijdens voortgangsgesprekken, maar is vooral bedoeld voor de ontwikkeling van de aios.

In de bijlage zijn voorbeelden te vinden van besproken methodes. Er is geen voorbeeld formulier gegeven van een Kritische Praktijk Beschouwing (KPB®), dit aangezien een KPB® vooral besproken wordt en de aios het vervolgens invult in het portfolio. De uitwerking door de aios en de reflectie daarvan kent geen vaste structuur.

### **4.3 Het portfolio**

Het portfolio is een van de belangrijkste middelen voor de opleider om de werkzaamheden van de aios in te zien en te beoordelen. Het door de aios bijgehouden portfolio is een verzameling van producten die het leerproces en het leerresultaat van de aios weergeeft. Doordat het individueel opleidingsplan (IOP) is opgenomen in het portfolio kan door de opleider op ieder moment getoetst worden of de vorderingen conform het IOP zijn.

Tijdens de voortgangsgesprekken en eindbeoordeling speelt het portfolio een grote rol. Naast het bespreken van de vorderingen kan de aios door zelfreflectie tijdens een voortgangsgesprek een weerspiegeling geven op de eigen ontwikkeling. Alle relevante geregistreerde opleidingsactiviteiten, bekwaamheidsverklaringen en uitwerkingen van de voortgangsgesprekken worden opgenomen in het portfolio waardoor de opleider bij de eindbeoordeling snel kan inzien hoe de aios gepresteerd heeft tijdens de opleiding.

#### **4.3.1 Werken met een elektronisch portfolio**

Het portfolio dient elektronisch te worden bijgehouden in het programma ePASS, zodat het altijd toegankelijk is voor aios en opleider. De opleider kan op eigen moment de verrichtingen van de aios inzien en beoordelen, de aios heeft altijd de mogelijkheid nieuwe gedane zaken toe te voegen, een aanvraag voor een bekwaamheidsniveau te doen of te reflecteren op eigen werkzaamheden en de beoordeling daarvan.

Aios zijn verantwoordelijk voor het aanmaken van een account waarna ze toegang hebben tot hun eigen elektronische portfolio. Hierin kunnen zij alle verrichtingen bijhouden en beoordelingen, 360 graden feedback en bekwaamheidsverklaringen aanvragen. De aios bepaalt wie er toegang heeft tot het portfolio en van wie er een beoordeling wordt gevraagd. Zodra de aios een aanvraag tot beoordeling heeft ingediend kan de opleider deze aanvraag inzien en verwerken.

Voor de 360 graden feedback kan de aios zelf aangeven van wie deze een beoordeling wenst. Zodra deze allemaal het feedback formulier hebben ingevuld kan de opleider de 360 graden feedback goed- of afkeuren.

Bekwaamheidsverklaringen kunnen door de aios via het elektronische portfolio worden aangevraagd. De aios kiest voor welk onderdeel deze denkt bekwaam genoeg te zijn en vult bij de aanvraag een argumentatie in. Het is vervolgens aan de opleider om deze aanvraag te keuren. De opleider kan inzien hoe de aios in het verleden heeft gescoord op het onderdeel waarvoor de aanvraag is ingediend. In verschillende grafieken kan door de opleider het verloop van eerdere beoordelingen worden bekeken en de scores van de aios ten opzichte van het cohort zijn hier gevisualiseerd. Dit zijn hulpmiddelen voor de opleider om tot een goede beoordeling te kunnen komen.

Voor een uitgebreide, gevisualiseerde handleiding van het elektronisch portfolio ePASS kan de volgende website worden geraadpleegd:

<http://www.epass-maastricht.nl/nl/instructiefilms>

**Toetsmatrix tabel: overzicht onderwijs- en toetsingsinstrumenten, competenties en beoordelingen**

Toetsing	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5	Jaar 6
<b>Voortgangsgesprek</b> <i>Alle competenties</i>	4 x ☺	4 x ☺	2 x ☺	2 x ☺	2 x ☺	2 x ☺
<b>Stagebeoordeling</b> <i>Alle competenties</i>	4 x ☺	4 x ☺	3 x ☺	3 x ☺	nvt	nvt
<b>Geschiktheidbeoordeling</b> <i>Alle competenties</i>	☺	☺	☺	☺	☺	☺
<b>Multisource feedback</b> <i>Communicatie, samenwerking, organisatie en professionaliteit</i>	1 x ☺	nvt	nvt	1 x ☺	nvt	nvt
<b>CAT (Critical Appraised Topic)</b> <i>Kennis en wetenschap, organisatie</i>	2 x ☺	2 x ☺	2 x ☺	2 x ☺	2 x ☺	2 x ☺
<b>Referaat</b> <i>Kennis en wetenschap, organisatie</i>	1 x ☺	1 x ☺	1 x ☺	1 x ☺	1 x ☺	1 x ☺
<b>KPB/KPB®</b> <i>Alle competenties</i>	>10per jaar	>10 per jaar	>10per jaar	>10per jaar	>10per jaar	>10per jaar
<b>OSATS</b> <i>Medisch handelen</i>	≥ 20	≥ 20	≥ 20	≥ 20	≥ 20	≥ 20
<b>Cursorisch onderwijs (10 dagen per jaar)</b> <i>Alle competenties</i>	10 dagen	10 dagen	10 dagen	10 dagen	10 dagen	10 dagen
<b>Artikel of voordracht</b> <i>Kennis en wetenschap</i>	Minimaal één voordracht of presenteert één poster of publiceert ten minste één artikel in een wetenschappelijk tijdschrift of medisch vakblad, tijdens de opleiding tot specialist.					



## 5. De structuur van de opleiding

De opleiding tot gynaecoloog duurt zes jaar. Het doel van de opleider is om na de zes jaar een medisch specialist te hebben opgeleid die in staat is alle basistaken zonder supervisie uit te voeren, die zich verdiept heeft in één van de differentiaties of combiprofiel en die facultatief een rolspecialisatie heeft vervuld. De structuur waarbinnen de aios dit gaat leren is in dit hoofdstuk toegelicht.

### 5.1 Schematisch uitwerking opleidingsjaren

In de eerste 4 jaren wordt er een basis gelegd waarin de aios zich alle basisvaardigheden van het vak gynaecoloog aanleert. De stevige basis uit de eerste vier jaren wordt in de laatste twee jaren geconsolideerd. Daarnaast wordt er de mogelijkheid tot verdieping geboden. Minstens 2/5 van de tijd wordt dan besteed aan diensten, algemene polikliniek en operatievaardigheid. Daarnaast wordt minstens 2/5 van de tijd in die laatste 2 jaren ingeruimd voor therapeutische (en natuurlijk ook de daarmee samenhangende) verdieping. 1/5 van de tijd blijft over voor een mogelijke rolspecialisatie.

Fig. 1: Het schema van opleiden met ruimte voor werken aan een differentiatie

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diensten</li> <li>- Operatieve vaardigheden</li> <li>- Polikliniekvaardigheden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diensten</li> <li>- Operatieve vaardigheden</li> <li>- Polikliniekvaardigheden</li> </ul>
	- Rolspecialisatie
	- Therapeutische verdieping
4 jaren basis	2 jaren verdieping

Voor de therapeutische verdieping heeft de aios de keuze uit de volgende differentiaties:

- Perinatologie en verloskundige regie
- Benigne gynaecologie
- Urogynaecologie
- Gynaecologische oncologie
- Voortplantingsgeneeskunde
- Combiprofiel

Het combiprofiel is bedoeld voor aios die kiezen voor een meer generalistisch profiel of delen van boven beschreven differentiaties, bijvoorbeeld benigne gynaecologie met Urogynaecologie of Voortplantingsgeneeskunde. Zij stellen in overleg met hun opleider(s) een programma op dat het beste past bij hun ambities.

#### 5.1.1 verdeling van de eerste 4 jaren

Elke aios brengt twee van de eerste vier jaren opleidingstijd door in een perifeer ziekenhuis. Hoe deze jaren verdeeld moeten worden is niet vastgelegd, maar de twee onderstaande verdelingen zijn het bekendst onder de opleidingen Obstetrie en Gynaecologie in Nederland.

##### Optie 1: verdeling eerste 4 jaar

Jaar	Plek	Globale Leerstof
1 <sup>e</sup> en 2 <sup>e</sup>	Perifeer ziekenhuis	Verloskunde, basis operatieve vaardigheden
3 <sup>e</sup> en 4 <sup>e</sup>	Universitair centrum	Polikliniek en verdieping van eerste 2 jaar

##### Optie 2: verdeling eerste 4 jaar

Jaar	Plek	Globale leerstof
1 <sup>e</sup>	Perifeer ziekenhuis	Verloskunde, basis operatieve vaardigheden
2 <sup>e</sup> en 3 <sup>e</sup>	Universitair centrum	Polikliniek en verdieping van eerste jaar
4 <sup>e</sup>	Perifeer ziekenhuis	Verdere uitwerking operatieve basisvaardigheden

## 5.2 Verweving van de CanMEDS

Bij de evolutie van CanMEDS (de algemene competenties) is er de visie, dat in alle jaren van de opleiding alle rollen (integraal) aan de orde komen. Echter verschilt per opleidingsfase de focus van de rollen. Deze zijn globaal per twee jaar te onderscheiden, volgens het volgende schema:

- 2 jaar basis
  - Focus op communicatie, professionaliteit, samenwerking
- 2 jaar brede verdieping
  - Focus op maatschappelijk handelen, organisatie, wetenschap
- 2 jaar consolidatie en verdieping
  - Consolidatie CanMEDS
  - Facultatieve rolspecialisatie

De inhoud van de CanMEDS rollen is aangepast op basis van de toekomstverkenning en de tips van bondgenoten uit de zorg. Onder meer om te borgen dat zowel de algemene als de vakinhoudelijke competenties voldoende bijgebracht kunnen worden mag de aios hoogstens een derde van de tijd werkzaam zijn tijdens diensten. Dit zorgt er voor dat er voldoende tijd overblijft voor de aios om gedurende de reguliere werktijden de competenties te ontwikkelen.

## 5.3 Rolspecialisatie

In de laatste twee jaren van de opleiding is ruimte voor een (facultatief) rolspecialisatie. Dit houdt in dat de aios de mogelijkheid heeft om 1/5 van de tijd in te vullen met een specialisatie naar eigen keuze. Voorbeelden van een rolspecialisatie zijn:

<i>Patiëntveiligheid</i>	<i>Wetenschap</i>
<i>Kwaliteitszorg</i>	<i>Onderwijs</i>
<i>Organisatie zorg en teams</i>	<i>Klinisch leiderschap</i>
<i>Communicatie en marketing</i>	<i>Financiële stromen</i>

Verdieping in dergelijke onderwerpen kan de 'waarde' van een aios vergroten. De taak van de opleider ligt in dit geval bij het helpen kiezen van een rolspecialisatie die past bij een aios. De opleider is niet verantwoordelijk voor het aanbieden van de specialisaties, maar helpt de aios bij het vinden van een geschikt programma. Indien een aios er voor kiest geen rolspecialisatie te volgen zal deze tijd betrokken worden bij de standaard taken.

Op basis van de ontwikkeling van de aios en de voorkeur voor een bepaalde rolspecialisatie bepalen opleider en aios hoe de laatste twee jaren ingericht gaan worden. Dit zal per aios verschillen. De planning en uitvoering worden in het individuele opleidingsplan van de aios vastgelegd. Het geheel moet voldoen aan de volgende eisen:

1. leerdoelen formuleren met betrekking tot de rolspecialisatie.
2. koppeling maken met welke opleidingsactiviteiten verricht gaan worden om de rolspecialisatie eigen te maken (vaak aangevuld met cursorisch onderwijs).
3. vastgelegd wordt hoe de opleider en aios de voortgang in deze ontwikkeling tussentijds en aan het eind evalueren (toetsing) inclusief het te behalen niveau.
4. tot slot worden er afspraken gemaakt over tijdsinvestering en planning.

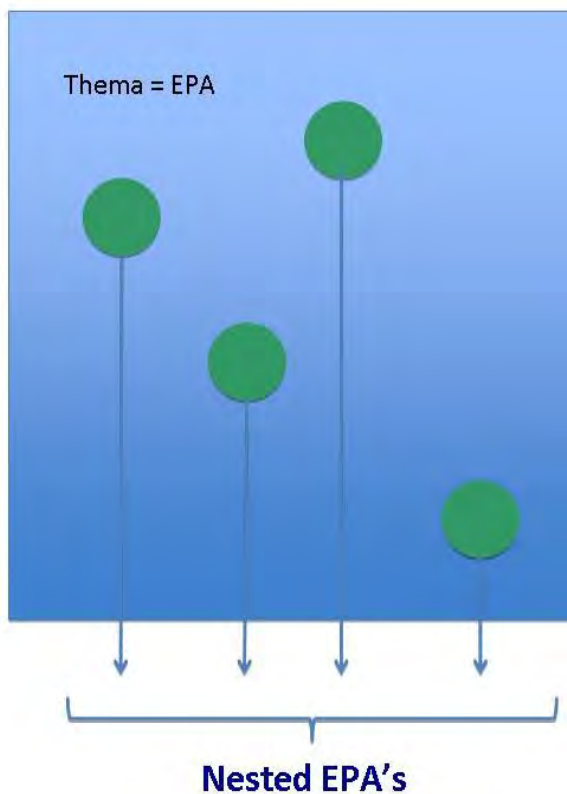
# DEEL II

*Thema's*

## 6. Inhoud van de opleiding

Om de inhoud van de opleiding vorm te geven zijn 15 thema's voor de basis benoemd en 6 differentiaties met ieder weer eigen thema's. Deze omvatten samen het domein Obstetrie en Gynaecologie. De thema's staan in onderstaande tabel vermeld.

Per thema zijn de competenties vertaald naar deelcompetenties, passend bij het thema. In termen van de opleidingswetenschapper Olle ten Cate zijn de thema's 'entrustable professional activities' (EPA's), de taken of verrichtingen die vallen binnen een thema zijn 'nested EPA's'. De 'nested EPA's' waar wij ons op richten zijn meestal of risicohoudend (bijvoorbeeld de sectio caesarea) of exemplarisch voor bepaalde algemene competenties (bijvoorbeeld het doen van een slecht nieuws gesprek bij een kankerdiagnose). In onderstaande figuur staat dit afgebeeld.



### 6.1 Bekwaamverklaringen

Een essentiële uitkomst van het opleidingssysteem is de stapsgewijze toekenning van meer verantwoordelijkheid in de zorg voor patiënten. Steeds meer professionele activiteiten worden aan de aios toevertrouwd. Waar een eerstejaars aios werkt aan een bekwaamverklaring voor een verrichting van het niveau 3 (kan deze verrichting met beperkte supervisie doen), zal een vierdejaars aios klaar zijn voor de bekwaamverklaring binnen diverse thema's op niveau 4 (bepaalt zelf of supervisie nodig is en handelt dus meestal zelfstandig). Het begint met toenemende zelfstandigheid van kleinere afgrensbare stukken zorg: de indicatie voor, het zetten van en hechten van een episiotomie, het begeleiden van de zorg rond de vacuümextractie (indicatie, logistiek en uitvoering in een goed contact met de patiënt en haar omgeving) of de keizersnede. Een tweede stap is die van de bekwaamverklaring van hele thema's zoals 'de gecompliceerde baring'.

Om toetsing van een geheel thema mogelijk te maken, is het nodig om een geschikte steekproef te accepteren als voldoende overtuigend voor het gehele functioneren binnen dat thema.

### 6.1.1 Bekwaamheidsniveaus

Alle thema's worden beoordeeld op basis van bekwaamheid. Een aios kan op een thema 1 t/m 5 scoren, in onderstaande tabel is te zien welk getal bij welk niveau behoort.

Bekwaamheidsniveau (1 t/m 5)	1 Heeft kennis van	2 Handelt onder strenge supervisie	3 Handelt met beperkte supervisie	4 Handelt zonder supervisie	5 Superviseert en onderwijst bij de handeling
------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------	--

De opleiding tot gynaecoloog kent 20 thema's. Per thema zijn er ijkpunten ingericht waaraan te zien is wanneer de aios op een bepaald bekwaamheidsniveau moet kunnen werken.

<b>Thema's versus 3 Ijkpunten (I, II en III) op bekwaamheidsniveau (1t/m5)</b>	<b>Ijkpunt I 2 jaar</b>	<b>Ijkpunt II 4 jaar</b>	<b>Ijkpunt III 6 jaar (differentiatie)</b>
Zwangerschapsbegeleiding ongecompliceerd	5		
Basis Zwangerschapsbegeleiding gecompliceerd	3	4	
Gewone bevalling	5		
Gecompliceerde bevalling	3	4	
Basis Gecompliceerde bevalling hoog ingeschat risico	3	3	
Kraamperiode & kind ongecompliceerd	5		
Kraamperiode& kind gecompliceerd	3	4	
Endocrinologie & Fertiliteit basaal	2	4	
Benigne gynaecologie poli	3	4	
Basis OK	3	4	
Basis Urogynaecologie& Bekkenbodem	2	4	
Seksuologie	3	4	
Basis Oncologie	2	4	
Peri - operatieve zorg	3	4	
Kwetsbare oudere	3	4	
Differentiatie Perinatologie en Verloskundige regie			Separaat deel
Differentiatie Benigne gynaecologie			Separaat deel
Differentiatie Urogynaecologie			Separaat deel
Differentiatie Gynaecologische oncologie			Separaat deel
Differentiatie Voortplantingsgeneeskunde			Separaat deel

### **6.1.2 Het toekennen van een bekwaamverklaring**

Bekwaamheid in thema's wordt verkregen via triangulatie (in gezamenlijkheid beoordelen) van de volgende factoren:

1. Bekwaamheid in, bij het thema behorende, taken en verrichtingen die als belangrijk aangewezen zijn en in het portfolio op een bepaald niveau van zelfstandigheid afgetekend.
2. Voldoende ervaring binnen het thema.
3. Diverse toetsmomenten.
4. Globale beoordeling van algemene competenties (CanMEDS rollen; communicatie, samenwerking, organisatie, wetenschap, maatschappelijk handelen en professionaliteit).
5. Onderwijsactiviteiten en wetenschappelijke activiteiten.
6. De mening van het opleiderteam.

In de praktijk zal de aios in het elektronisch portfolio een aanvraag doen voor een hoger bekwaamheidsniveau van een taak, verrichting of thema. Die aanvraag wordt voorzien van een motivatie die leunt op factoren 1, 2, 3, 4 en 5 voor bekwaamverklaring. De opleider bekijkt die en sluit belangrijke besluiten kort met de opleidergroep (gegeven 6).

Bekwaamverklaringen maken het resultaat van de opleiding transparant en beschermen zowel de patiënt als de aios en het zorgteam voor onverantwoord werk. Wanneer zorgvuldig met dit systeem van bekwaamverklaring wordt gewerkt, is het verkrijgen van voldoende praktijkbeoordelingen voor de aios belangrijk. Discussies over aantallen KPB's en OSATS worden dan ondergeschikt aan de vraag over hoe deze worden gebruikt om transparant en veilig op te leiden.

### **6.2 Basisthema's**

In de komende paragraaf zijn de basisthema's uitgewerkt, telkens aan de hand van de zeven CanMEDS rollen. Na alle basisthema's staat één tabel waarin bij elk thema een 'streefgetal ervaring' gegeven is. Dit getal dient als indicatie voor het geven van een bekwaamverklaring voor het genoemde thema. Hoeveel ervaring de aios daadwerkelijk dient op te doen voor een bekwaamverklaring zal verschillen per aios, vandaar dat hier expliciet gekozen is om geen bindende getallen te geven, maar slechts een indicatie in de vorm van een streefgetal.

## 1.1 Thema Zwangerschapsbegeleiding ongecompliceerd

<i>Medisch handelen Diagnose en advies</i>	Geven van preconceptioneel advies. Counseling over prenatale diagnostiek, zwangerschap, pijnstilling durante partu, kraamperiode en borstvoeding. Beleid maken bij liggingsafwijkingen, groeifwijkingen, abnormale hoeveelheid vruchtwater en mogelijk gebroken vliezen. Gebruik maken van CTG onderzoek en indicatie inleiding stellen. Haalbaarheid inleiding beoordelen.
<i>Specifieke handvaardigheid eisende (be)handeling</i>	Met kennis van zaken uitvoeren van basis verloskundig echoscopisch onderzoek (metingen foetus, pulsatility index navelstreng, globale screening foetus met herkenning meest voorkomende afwijkingen) behalve de uitvoering van NT, SEO en geavanceerde screening op congenitale afwijkingen.
<i>Communicatie</i>	Counseling op verloskundig gebied.
<i>Kennis en Wetenschap</i>	Bijstellen verloskundige protocollen. Kennis van literatuurbronnen teratologie. Gebruik van EBM.
<i>Samenwerking</i>	Samenwerken met 1 <sup>e</sup> lijn.
<i>Organisatie</i>	Participeren in verloskundig zorgsysteem.
<i>Maatschappelijk handelen</i>	Omgaan met WGBO. In gang zetten kraamzorg. Preventie door voorlichting.
<i>Professionaliteit</i>	Constructief participeren in verloskundige ketenzorg.

## 1.2 Thema Basis zwangerschapsbegeleiding gecompliceerd

<i>Medisch handelen Diagnose en advies &amp; Conservatieve behandeling</i>	Diagnostiek en begeleiding van de pathologische zwangerschap, zoals o.a: hyperemesis, (habituele) miskraam, EUG, congenitale afwijkingen, zwangerschapshypertensie en pre-eclampsie, IUVD, bloedverlies, minder leven, buiktrauma, glucose tolerantiestoornis, infectie, pre-existente aandoeningen, cervix insufficiëntie, intra-hepatische cholestase, meerlingen, serotiniteit, bekkenklachten, bloedgroepantagonisme, verslavings- en psychiatrische problematiek en tienerzwangerschappen en zwangerschap op oudere leeftijd.
<i>Communicatie</i>	Preconceptionele counseling, begeleiding ernstige pathologie.
<i>Kennis en Wetenschap</i>	Gebruik EBM.
<i>Samenwerking</i>	Participeren (als hoofdbehandelaar) in multidisciplinair behandelingsteam.
<i>Organisatie</i>	Overplaatsing regelen. Deelname aan een multicenter onderzoek organiseren. Leiding nemen in acute situaties.
<i>Maatschappelijk handelen</i>	Wetgeving aangaande perinatale sterfte en (late) zwangerschapsafbreking. Werken met organisaties rondom zorg voor ongeboren kind (bij verslaafde/ psychiatrische moeder).
<i>Professionaliteit</i>	Extra begeleiding weten te geven waar nodig.

### 1.3 Thema Gewone bevalling

<i>Medisch handelen Diagnose en advies &amp; Conservatieve behandeling</i>	Begeleiding fysiologische baring inclusief 2 <sup>e</sup> lijns foetale bewaking. Omgaan met koorts durante partu, bloedverlies durante partu, fluxus post-partum en meconium houdend vruchtwater. Indicaties tocolyse, inleiding en kunstverlossing. Indicaties consult kinderarts toepassen. Begeleiden zwangere en partner bij overname uit 1 <sup>e</sup> lijn.
<i>Specifieke handvaardigheid eisende (be)handeling</i>	Lichamelijk onderzoek tijdens de baring. Begeleiding bevalling, inclusief het uitvoeren van methodieken van foetale bewaking. Begeleiding van het nageboortetijdperk. Hechten episiotomie en 1 <sup>e</sup> en 2 <sup>e</sup> graadsrupturen. Eerste opvang pasgeborenen inclusief resuscitatie. Reanimatietechniek volwassenen beheersen.
<i>Communicatie</i>	Voorlichting op maat geven aan patiënt (en partner) over diagnose en beloop. Met teamleden en patiënten. Dienstoverdracht. Met verloskundige bij overname patiënt vanuit 1 <sup>e</sup> lijn. Terugkoppeling naar verloskundigen en huisartsen.
<i>Kennis en Wetenschap</i>	Onderwijs en begeleiding van coassistenten en student –verloskundigen. Gebruik van EBM.
<i>Samenwerking</i>	Participeren in multidisciplinair verloskundig team.
<i>Organisatie</i>	Beheer en timemanagement meerdere verloskamers. Regelen antepartum overplaatsing. Leidinggeven aan verloskundig team (regie nemen).
<i>Maatschappelijk handelen</i>	Voorlichting verzorgen voor zwangeren en hun partners.
<i>Professionaliteit</i>	Reflecteren op het eigen functioneren en dat van teamleden op de verloskamers tijdens nabespreking. Psychische begeleiding op de verloskamers.

### 1.4 Thema Gecomplieerde Bevalling

<i>Medisch handelen Diagnose en advies &amp; Conservatieve behandeling</i>	Diagnostiek verloskundige complicaties en samenvatten van een complexe casus. Bespreken consequenties voor volgende zwangerschap.  Medicamenteuze behandeling fluxus.
<i>Specifieke handvaardigheid eisende (be)handeling</i>	Begeleiding/uitvoering kunstverlossingen inclusief SC. Oplossen van fluxus, schouderdystocie en inversio uteri. Herstellen totaal en cervix rupturen.
<i>Communicatie</i>	Voorlichting op maat geven aan patiënt (en partner) over diagnose, beloop en patiëntorganisaties. Inlichten betrokkenen (team, verloskundige, huisarts). Rouw- en slechtnieuws gesprek.
<i>Kennis en Wetenschap</i>	Gebruik EBM. Onderwijs geven aan teamleden.
<i>Samenwerking</i>	Teamwork en gepaste leiding nemen in stressvolle situaties. Gebruik maken van een passende rolverdeling tussen a(n)ios, gynaecoloog en gedifferentieerde gynaecoloog en de andere participanten in het zorgnetwerk.
<i>Organisatie</i>	Triage en omgaan met de organisatie van 1 <sup>e</sup> , 2 <sup>e</sup> en 3 <sup>e</sup> lijn. Verloskamermanagement. Organisatie nazorgtraject.
<i>Maatschappelijk handelen</i>	
<i>Professionaliteit</i>	Begeleiden 'life event'. Reflecteren op eigen handelen en beleving van event.



### 1.5 Thema Basis gecompliceerde bevalling hoog risico

<i>Specifieke handvaardigheid eisende (be)handeling</i>	Stuit en meerlingbevalling.
<i>Communicatie</i>	Overleg supervisor. Counseling stuitbevalling en tweelingbevalling.
<i>Kennis en Wetenschap</i>	Gebruik EBM. Deelname aan consortia
<i>Samenwerking</i>	Adequaat verdelen taken, leiding nemen.
<i>Organisatie</i>	Inspelen op de infrastructuur (vb. beschikbaarheid OK en kinderartsen). Frequente organisatie teamtraining in acute situaties
<i>Maatschappelijk handelen</i>	
<i>Professionaliteit</i>	Overzicht kunnen houden. Reflectie op complicaties.

### 1.6 Thema Kraamperiode & Kind ongecompliceerd

<i>Medisch handelen Diagnose en advies &amp; Conservatieve behandeling</i>	Begeleiding van fysiologisch kraamperiode en na SC en begeleiding gezonde pasgeborene. Herkenning van pathologie in kraamperiode en bij de pasgeborene. Indicatiestelling klinisch kraamperiode en consult kinderarts. Kennis over borstvoeding en medicatie in praktijk brengen. Onderzoek pasgeborene.
<i>Communicatie</i>	Omggaan met emotioneel belastende situatie. Voorlichten patiënt en partner. Terugkoppeling met 1 <sup>e</sup> lijn verloskundige.
<i>Kennis en Wetenschap</i>	Gebruik EBM
<i>Samenwerking</i>	Behandelplan met patiënt, verpleegkundige en verloskundige bespreken
<i>Organisatie</i>	IC zorg pasgeborene
<i>Maatschappelijk handelen</i>	
<i>Professionaliteit</i>	

### 1.7 Thema Kraamperiode & Kind gecompliceerd

<i>Medisch handelen Diagnose en advies &amp; Conservatieve behandeling</i>	Begeleiding pathologie in kraamperiode met o.a.: Abnormaal bloedverlies, infectie, urine retentie, verdenking thrombo-embolische processen, vulva hematoom, hypertensie, pre-eclampsie en HELLP. Begeleiding pathologisch beloop pasgeborene en toepassen diagnostiek en indicatie consult kinderarts.
<i>Specifieke handvaardigheid eisende (be)handeling</i>	Behandeling placentaresten, behandeling hematoom en abces.
<i>Communicatie</i>	Voorlichting patiënt en partner diagnose en beloop. Slechtnieuwsgesprek, rouwverwerking en begeleiding. Voorlichting geven over patiëntorganisaties.
<i>Kennis en Wetenschap</i>	Gebruik EBM
<i>Samenwerking</i>	Gebruik maken van een passende rolverdeling tussen a(n)ios, gynaecoloog en gedifferentieerde gynaecoloog en de andere participanten in het zorgnetwerk.
<i>Organisatie</i>	NICU-zorg gepast inzetten. Organiseren nazorgtraject.
<i>Maatschappelijk handelen</i>	Procedures aangifte en begraven hanteren.
<i>Professionaliteit</i>	Verantwoordelijkheid tonen voor continuïteit van zorg.

### 2.1 Thema Basis voortplantingsgeneeskunde

<i>Medisch handelen</i>	Kennis toepassen van de endocrinologie, hormonale substitutie, endocriene
-------------------------	---

<i>Conservatieve behandeling</i>	<p>disfuncties die aanleiding kunnen geven tot cyclusstoornissen.          Kennis toepassen van oorzaken, diagnostiek en behandeling van primaire en secundaire oligo- en amenorroe, galactorroe, hyperprolactinemie en hirsutisme.          Hanteren van de prognostische factoren voor:          zwangerschap, de oorzaken van en diagnostiek bij mannelijke en vrouwelijke subfertiliteit, risico- en complicaties van          ovulatie-inductie en geassisteerde voortplantingstechnieken.          Indicatie stellen tot en uitvoeren van het oriënterend fertiliteitonderzoek en vervolgens het beleid bepalen.          Indicatie stellen voor en de waarde kennen van diagnostische testen:          hysterosalpingografie en diagnostische laparoscopie met tubatesten en vervolgens beleid bepalen.          Omgaan met globale kennis van kansen op doorgaande zwangerschap, spontane abortus en EUG bij de verschillende fertiliteitbehandelingen.          Counselen patiënt en partner.          Ovulatieinductie met clomifeencitraat.          Gynaecologische echo met follikeltelling en follikelmeting.          Verrichten HSG.          Hysteroscopie. Diagnostische laparoscopie met blauw.</p>
<i>Specifieke handvaardigheid eisende (be)handeling</i>	
<i>Communicatie</i>	<p>Voorlichting geven over leefwijzen en behandelings (on) mogelijkheden.          Herkennen gevoelens van teleurstelling, verdriet of onzekerheid en indien gepast hiervoor verwijzen naar andere zorgverleners. Verslaglegging.</p>
<i>Kennis en Wetenschap</i>	<p>Patiënten inlichten over waar zij aanvullend informatie kunnen verkrijgen en wijzen op bestaan van patiëntenverenigingen.          Gebruik van EBM.          Up to date blijven met nieuwe technieken.</p>
<i>Samenwerking</i>	<p>Gebruik maken van een passende rolverdeling tussen a(n)ios, gynaecoloog en gedifferentieerde gynaecoloog en de andere participanten in het zorgnetwerk.          Afstemmen beleid met andere disciplines.</p>
<i>Organisatie</i>	<p>Omgaan met landelijke transmurale afspraken over 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn en behandelingen in gespecialiseerde 2<sup>e</sup> of 3<sup>e</sup> lijnscentra.</p>
<i>Maatschappelijk handelen</i>	<p>Naleven en uitdragen protocollen en richtlijnen.</p>
<i>Professionaliteit</i>	<p>Eigen positie bepalen bij ethische dilemma's.          Bewaken eigen grenzen in kennis en handelen.</p>

### 3.1 Thema Poli benigne gynaecologie

<i>Medisch handelen Diagnose en advies &amp; Conservatieve behandeling</i>	<p>Functioneren op een algemene gynaecologie polikliniek met o.a.: Abnormaal uterinen bloedverlies, climacteriële klachten, vaginale jeuk, fluor, (buik)pijnklaften, SOA screening, cervixscreening, anticonceptie, gynaecologisch echoscopisch onderzoek en colposcopie.          Advies en conservatieve therapie rond uterus myomatosus en indicatiestelling embolisatie.          Diagnostiek afwijkend adnex en gebruik RMI.          Diagnostiek en conservatieve therapie endometriose.          Begeleiding op de polikliniek gynaecologie van zeldzamer casuïstiek als mammapathologie, PMS.</p>
<i>Specifieke handvaardigheid eisende (be)handeling</i>	<p>Gynaecologisch onderzoek.          Toepassing pipelle, IUD, subcutane implantaten, gynaecologische echoscopie, inclusief infusietechniek.          Verrichten kolposcopie, lisexcisie cervix en ambulante hysteroscopie, inclusief behandeling kleinere intracavitare afwijkingen.          Behandeling vulvaire condylomen en bartholinitische cyste.</p>

<i>Communicatie</i>	Op het terrein van de psychosomatiek. Correspondentie 1 <sup>e</sup> lijn. Voorlichten patiënt.
<i>Kennis en Wetenschap</i>	Gebruik EBM
<i>Samenwerking</i>	Gebruik maken van een passende rolverdeling tussen a(n)ios, gynaecoloog en gedifferentieerde gynaecoloog en de andere participanten in het zorgnetwerk.
<i>Organisatie</i>	Planning logistiek op de polikliniek. Het leiden van indicatiebespreking.
<i>Maatschappelijk handelen</i>	Melding maken van SOA bij RIVM
<i>Professionaliteit</i>	Reflecteren op eigen handelen en beleving

### 3.2 Thema Basis OK

<i>Medisch handelen Specifieke handvaardigheid eisende (be)handeling</i>	Met inzicht toepassen van basale chirurgische technieken. Ingrepen: kleine ingrepen vulva/vagina inclusief stansbiopsie, bartholinische cyste en condylomata, cervix liexcisie, vacuüm en gefractioneerde curettage, hysteroscopische chirurgie tot en met verwijdering gesteeld intracavitair afwijking, laparoscopische chirurgie inclusief tubatesten, sterilisatie, EUG en salpingectomie, cystectomie en eenvoudige adnectomie. Laparotomie met kleine adhesiolysis en eenvoudige benigne adnexchirurgie. Thermische ablatie.
<i>Communicatie</i>	OK verslaglegging. Overleg met patiënte en naasten. Voor- en nabespreking met OK team.
<i>Kennis en Wetenschap</i>	Gebruik van EBM. Up to date houden van kennis over technische mogelijkheden.
<i>Samenwerking</i>	Participeren in OK team, leiding geven in acute situaties.
<i>Organisatie</i>	Tijdsbewaking.
<i>Maatschappelijk handelen</i>	Collegae aanspreken op ongewenst gedrag. Kennis, bewaking en optimalisatie van protocollen en richtlijnen. Bewaken en bevorderen patiëntveiligheid.
<i>Professionaliteit</i>	Bijhouden portfolio. Omgaan met complicaties. Reflecteren op eigen handelen en dat van anderen.

#### 4.1 Thema Basis Urogynaecologie en bekkenbodem

<i>Medisch handelen Diagnose en advies &amp; Conservatieve behandeling</i>	<p>Diagnostiek. Anamnese en gebruik vragenlijsten. Specieel lichamelijk onderzoek prolaps en mictiestoornis, inclusief POP-Q. Urineonderzoek. Counseling over diverse behandelingsopties. Verwijzing voor specifiekere diagnostiek en eventuele chirurgische behandeling naar collega met differentiatie urogynaecologie.</p> <p>Conservatieve (medicatie en fysiotherapie). Pessarium aanmeten.</p>
<i>Communicatie</i>	<p>Seksuologische anamnese. Reflecteren met patiënt en partner op psychosociale effect van aandoening Voorlichting geven over patiëntorganisaties.</p>
<i>Kennis en Wetenschap</i>	<p>Gebruik EBM. Deelname aan consortia.</p>
<i>Samenwerking</i>	<p>Gebruik maken van een passende rolverdeling tussen a(n)ios, gynaecoloog en gedifferentieerde gynaecoloog en de andere participanten in het zorgnetwerk.</p>
<i>Organisatie</i>	<p>Optimaliseren multidisciplinaire aanpak.</p>
<i>Maatschappelijk handelen</i>	
<i>Professionaliteit</i>	<p>Reflecteren op eigen grenzen in kennis en handelen.</p>

#### 4.2 Thema Seksuologie

<i>Medisch handelen Diagnose en advies</i>	<p>In praktijk brengen van kennis van de gynaecologische problemen die een negatieve invloed op seksueel functioneren hebben. Seksuologische problemen signaleren, seksuologische anamnese afnemen, counselen van patiënt en partner, informatie geven over therapeutische mogelijkheden. Signaleren negatieve seksuele ervaringen patiënte, hiermee omgaan en een juiste plaats geven t.a.v. de klachten van patiënte. In praktijk brengen van kennis van de gevolgen seksueel geweld voor gedrags-en klachtenpatroon.</p>
<i>Conservatieve behandeling</i>	<p>Eenvoudige seksuologische behandelingen toepassen.</p>
<i>Communicatie</i>	<p>Afnemen seksuologische anamnese. Reflecteren met patiënt en partner op psychosociale effect van aandoening. Voorlichting geven over patiëntorganisaties.</p>
<i>Kennis en Wetenschap</i>	<p>Omgaan met EBM.</p>
<i>Samenwerking</i>	<p>Verwijzing naar of overleg met seksuoloog en psycholoog.</p>
<i>Organisatie</i>	
<i>Maatschappelijk handelen</i>	
<i>Professionaliteit</i>	<p>Omgaan met vrouwen met seksuele geweldservaringen. Bekend zijn met procedures medisch onderzoek na seksueel geweld.</p>

#### 5.1 Thema Basis oncologie

<i>Medisch handelen Diagnose en advies</i>	<p>Premaligne gynaecologische afwijkingen diagnosticeren. Na diagnostiek het beleid en de follow-up bepalen. Maligniteiten diagnosticeren en richtlijnen voor multidisciplinair overleg met gynaecologisch oncoloog in centrum kennen en toepassen. Voor complexere diagnostische of beleidsmatige casus effectief overleggen of verwijzen naar collega met differentiatie oncologie (GOA).</p>
<i>Conservatieve behandeling</i>	<p>Palliatieve pijnbestrijding hanteren of hiervoor kunnen verwijzen.</p>
<i>Communicatie</i>	<p>Informatie geven over diagnostisch en behandeltraject van gynaecologische tumoren.</p>

	Slecht nieuws gesprek voeren, rouwverwerking herkennen en zo nodig verwijzen, omgaan met verdriet, angst of onzekerheid en boosheid van patiënten of hun partner.
<i>Kennis en Wetenschap</i>	Voorlichten patiënten over beschikbare folders en brochures en over patiëntenverenigingen. Omgaan met EBM. Deelname aan consortia.
<i>Samenwerking</i>	Participeren in multidisciplinair team incl. 1 <sup>e</sup> lijn. De rol van casemanager op zich nemen. Gebruik maken van een passende rolverdeling tussen a(n)ios, gynaecoloog en gynaecoloog met differentiatie (GOA) en gynaecoloog oncoloog uit centrum, en de andere participanten in het zorgnetwerk.
<i>Organisatie</i>	Omgaan met en adherentie aan de bestaande overlegstructuren en afspraken met betrekking tot verwijzingen.
<i>Maatschappelijk handelen</i>	Omgaan met euthanasie verzoek en palliatieve sedatie. Omgaan met verschillende overtuigingen rondom ziekte en levenseinde. Werken met transmurale zorgmogelijkheden.
<i>Professionaliteit</i>	Kunnen omgaan met patiënten met een oncologische aandoening Stervensbegeleiding. Reflecteren op eigen handelen en beleving.

## 5.2 Thema Peri-operatief

<i>Medisch handelen</i> <i>Diagnose en advies</i>	Perioperatieve zorg bestaande uit: Preoperatief: In praktijk brengen en overdragen van kennis over indicaties- en contra indicaties, alternatieven, risico's en voor- en nadelen van de gynaecologische operaties, en van voorzorgmaatregelen c.q. profylactische behandelingen bij diverse operaties. Gebruik van de ASA classificatie van het anesthesiologisch risico. Postoperatief: In praktijk brengen van kennis over de postoperatieve vochthuishouding en darmfunctie.
<i>Conservatieve behandeling</i>	Vaststelling van en in (multidisciplinair) team bespreken en uniforme naleving van beleid t.a.v. postoperatieve mobilisatie, medicatie, pijnstilling, antistolling en voeding. Ontslagbeleid bepalen en bespreken met zaalpersoneel. Visite lopen bij postoperatieve patiënten. Symptomen van postoperatieve complicaties herkennen en beleid bepalen. Wondbeoordeling. Diagnostiek en advies bij een acute buik of koorts. Voor- en nadelen bloedtransfusie. Indicatie opname Intensive Care.
<i>Communicatie</i>	Verslaglegging. Omgaan met verschillende overtuigingen rondom bloedtransfusie.
<i>Kennis en Wetenschap</i>	Gebruik van EBM.
<i>Samenwerking</i>	Multidisciplinair samenwerken met o.a. anesthesist en andere consultants. Efficiënt visite lopen. Kennis van vergadertechnieken.
<i>Organisatie</i>	Uniform beleid bespreken in team en naleven. Efficiënt organiseren van zorgtraject.
<i>Maatschappelijk handelen</i>	Uitdragen van naleving protocollen en richtlijnen.
<i>Professionaliteit</i>	Omgaan met complicaties. Omgaan met klachten. Reflecteren op eigen kennis en kunde en operatieve beperkingen. Time-out procedure en debriefing verzorgen.

### 6.1 Thema Kwetsbare oudere (behoort bij Thema 4 en 5)

<i>Medisch handelen</i> <i>Diagnose en advies</i>	Diagnostiek multimorbiditeit en polyfarmacie ten grondslag liggend aan een gynaecologisch probleem. Daarbij rekening houdend met een atypische ziektepresentatie en toegenomen kwetsbaarheid.
<i>Conservatieve behandeling</i>	Afwegen behandelopties en kwaliteit van leven in relatie tot comorbide aandoeningen. Counseling behandelingsopties en afwegingen van de oudere patiënt en naasten. Conservatieve behandeling (medicatie en fysiotherapie)
<i>Communicatie</i>	Consensus bereiken grenzen behandeling met patiënt en behandelteam. Anamnese op maat (hardhorendheid, slechthoortheid, heteroanamnese) Voorlichting op maat voor patiënt en naasten.
<i>Kennis en Wetenschap</i>	Gebruik EBM. Deelname aan consortia.
<i>Samenwerking</i>	Participeren in multidisciplinaire aanpak intra- en extramuraal.
<i>Organisatie</i>	Nazorg extramuraal. Zorg ter verbetering van kwaliteit van leven.
<i>Maatschappelijk handelen</i>	Werken met betrokkenen disciplines en organisaties rondom ouderenzorg. Omgaan met verschillende overtuigingen rondom ziekte en levensende.
<i>Professionaliteit</i>	Reflecteren op eigen rol bij ouderenzorg.

## 6.3 Streefgetallen

Thema's versus streefgetallen	Streefgetallen
Zwangerschapsbegeleiding ongecompliceerd	20 dagdelen laagrisicospreekuur Week stage 1 <sup>e</sup> lijn
Basis Zwangerschapsbegeleiding gecompliceerd	20 dagdelen hoogrisicospreekuur 150 x biometrie, globale screening, PI. 100 x niveau 4. 10 x screening
Gewone bevalling	>50 bevallingen
Gecompliceerde bevalling	50 sectio's + 10 op niveau 4 30 vacuumextracties + 20 op niveau 4 15 manuele placentaverwijderingen + 5 op niveau 4 15 totaalrupturen
Basis Gecompliceerde bevalling hoog ingeschat risico	25 meerlingbevallingen 5 vaginale stuitgeboortes
Kraamperiode & kind ongecompliceerd	-
Kraamperiode & kind gecompliceerd	-
Endocrinologie & Fertiliteit basaal	15 dagdelen OFO, indicatiestellingen en behandelingen met clomifeencitraat. 50 x echoscopische follikeltelling
Benigne gynaecologie poli	50 dagdelen algemene polikliniek gynaecologie 120 x gynaecologische echo. 100 x niveau 4
Basis OK	40 x diagnostische laparoscopie + 10 op niveau 4 10 x laparoscopische adhesiolysis 20 x salpingectomie inclusief EUG 20 x cystectomie + 5 x niveau 4 40 x diagnostische hysteroscopie + 10 x niveau 4 10 x TCRP + 5 x niveau 4 10 x TCRM type 1 10 x TCRM type 2 10 x marsipualisatie klier van bartholin + 5 x niveau 4 5 x kleine ingreep vulva 15 x prolapsplastiek 20 x liexcisie + 5 x niveau 4 20 x vacuümcurettage + 10 x niveau 4 5 x myoomenucleatie meegedaan 40 x vorm van uterusextirpatie (deels) gedaan 15 x laparotomie anders dan sectio
Basis Urogynaecologie & Bekkenbodem	50 poliklinische urogynaecologische patiëntcontacten
Seksuologie	5 seksuologiespreekuren meegedaan
Basis Oncologie	10 dagdelen gynaecologische oncologiepoli
Peri - operatieve zorg	-
Kwetsbare oudere	-

*Voldoende chirurgische ervaring is essentieel!*

*Voor sommige zeldzamere ingrepen is het aan te bevelen er 2 aios bij te plannen*

## 6.4 Cursorisch onderwijs

De NVOG heeft een traditie van gevarieerd cursorisch onderwijs. Enerzijds zijn er landelijke cursussen voor AIOS waarin een belangrijk deelgebied aanbod komt. Deze cursussen worden gemaakt en gegeven door enthousiaste leden van de NVOG, met meestal een groot draagvlak in de betreffende werkgroepen van de NVOG. De Commissie Onderwijs heeft criteria geformuleerd waaraan deze cursussen dienen te voldoen. Anno

2013 zijn er 6 cursussen verplicht: SAFER (of vergelijkbare cursus), foetale bewaking, MOET, echoscopie, basale chirurgie ( $\alpha$ - cursus) en toegepaste anatomie. Daarnaast dienen cursussen uit een aanbevolen pakket te worden gekozen, zie [www.nvog.nl](http://www.nvog.nl) onder varia of Commissie Onderwijs.

Anderzijds is er de jaarlijkse cursus te Vught met twee identieke dagen voor alle assistenten. Hier wordt een variabel programma geboden, waar communicatie, consensusbespreking over vakinhoudelijke onderwerpen en intervisie vaste onderdelen vormen. Een aparte commissie (Commissie Cursorisch Onderwijs) organiseert deze landelijke dagen.

Naast het landelijk onderwijs biedt de cluster gemiddeld 1 dag per 2 maanden onderwijs: een variabel programma.

#### Een groeiproces

1. Voor alle thema's moet worden vastgesteld hoe het leerproces het best kan worden gefaciliteerd: door persoonlijke studie, door ervaring en onderwijs op de werkplek, door onderwijs in de cluster of specialisme overstijgend onderwijs, door landelijke of internationale cursussen. Waar leemtes zijn, moet nieuw onderwijs worden ontwikkeld.
2. Er moet onderwijsaanbod zijn voor alle algemene competenties. Momenteel heeft de competentie 'medische expertise' een prominente plaats; de andere competenties zijn relatief onderbelicht. Specialisme overstijgend onderwijs in algemene competenties dient te worden afgestemd op andere wetenschappelijke verenigingen. In verschillende gremia worden initiatieven genomen om tot een breder cursusaanbod van de vakoverstijgende algemene competenties te komen.
3. Cursussen moeten zo mogelijk verschillende competenties geïntegreerd aanbieden zodat het geleerde, in de context waarin het moet worden toegepast, makkelijker zal worden herkend. Dit geldt in het bijzonder in acute situaties. Tijdens de MOET (managing obstetric emergencies and trauma) cursus bijvoorbeeld, wordt nadrukkelijk de samenwerking met medewerkers en andere disciplines geoefend en bediscussieerd.
4. Naast thematisch onderwijs is er ook ruimte voor variabele programma's, zodat op actuele onderwerpen kan worden ingespeeld.
5. E-learning verdient aandacht. De mogelijkheden zijn zeer groot en er wordt in samenwerking met de commissie onderwijs momenteel geëxperimenteerd met verschillende vormen en bronnen.
6. De AIOS dient zoveel mogelijk zelf het onderwijspakket samen te stellen. Op grond van het portfolio moet per thema aannemelijk worden gemaakt hoe voldoende bekwaamheid wordt verkregen. Voor de tijdsplanning van een cursus in de opleiding zijn de bekwaamheidsniveau's per thema de rode draad. Om een bekwaamheidsniveau 3 te halen (handelt met beperkte supervisie) moet in principe het voor dat thema beschikbare cursorisch onderwijs zijn gevolgd. Individuele variaties, leidend tot hogere bekwaamheidsniveaus door verdiepend cursorisch onderwijs of internationale cursussen worden van harte aanbevolen.

### 6.5 Thema's differentiatie jaren

In onderstaande tabellen zijn de thema's van de vijf differentiaties verwerkt volgens de zeven CanMEDS rollen. Bij deze thema's zijn geen streefgetallen gegeven, deze kunnen in overleg met de peilers worden vastgesteld.

#### 6.5.1 Thema's differentiatie Perinatologie en verloskundige regie

##### Thema Preconceptie advies en zorg

<i>Medisch handelen Diagnose en advies</i>	De sub-specialist: Geeft preconceptieadviezen op basis van de laatste gegevens in de literatuur. Is vraagbaak voor de maatschap en bewaakt de kwaliteit van de preconceptionele adviezen in de groep.
<i>Conservatieve behandeling &amp; Specifieke handvaardigheid eisende (be)handeling</i>	Behandelt waar nodig en al of niet in multidisciplinair verband om de prognose van de toekomstige zwangerschap te verbeteren.
<i>Communicatie</i>	Counselt adequaat over risico's en kansen en verzorgt documentatie voor de patiënt en voor leden uit het transmurale behandelteam. Wijst patiënt op bestaan van patiëntenvereniging.



<i>Kennis en Wetenschap</i>	Gebruikt EBM in de praktijk. Geeft regelmatig onderwijs binnen behandelteam en maatschap. Draagt bij aan de ontwikkeling van (lokale) richtlijnen. Stelt zich op de hoogte van en bekwaamt zich in nieuwe (behandel) mogelijkheden.
<i>Samenwerking</i>	Neemt deel aan en verzorgt waar gepast een multidisciplinaire benadering. Zorgt voor het gebruik van protocollen en checklists. Verzorgt een netwerk rond preconceptionele counseling.
<i>Organisatie</i>	Organiseert patiëntbesprekingen en herkenbare spreekuren voor bijvoorbeeld patiënten met psychiatrische aandoeningen.
<i>Maatschappelijk handelen</i>	Maakt optimaal gebruik van een netwerk van professionals uit de medische sector andere zorgsectoren die betrokken zijn bij preconceptioneel advies en zorg.
<i>Professionaliteit</i>	Kent de eigen grenzen. Legt bekwaamheid vast in het portfolio.

### Thema Prenatale screening en diagnostiek

<i>Medisch handelen Diagnose en advies</i>	De sub-specialist: Geeft adviezen over prenatale diagnostiek op basis van de laatste gegevens in de literatuur. Is vraagbaak voor de maatschap en bewaakt de kwaliteit van de adviezen in de groep.
<i>Specifieke handvaardigheid eisende (be)handeling</i>	Meting nekplooi, SEO, geavanceerd ultrageluid, invasieve prenatale diagnostiek
<i>Communicatie</i>	Counselt adequaat over risico's, kansen en afwijkingen. Heeft aandacht voor emotionele aspecten van slecht nieuws en verzorgt documentatie voor de patiënt en voor leden uit het transmurale behandelteam.
<i>Kennis en Wetenschap</i>	Gebruikt EBM in de praktijk. Draagt bij aan de ontwikkeling van (lokale) richtlijnen.
<i>Samenwerking</i>	Zorgt voor een structureel overleg met de afdeling klinische genetica. Zorgt voor het gebruik van protocollen en checklists. Heeft een netwerk voor vragen over complexe casus.
<i>Organisatie</i>	Heeft een flexibele logistiek georganiseerd
<i>Maatschappelijk handelen</i>	Is vraagbaak voor verloskundigen uit de regio. Volgt de ontwikkeling van wetgeving rond screening en zwangerschapsafbreking.
<i>Professionaliteit</i>	Volgt de ethische discussies en toetst ethische vraagstukken in bredere groep.

### Thema Verloskundige regio

<i>Medisch handelen Diagnose en advies</i>	De sub-specialist: Is vraagbaak voor complexe vraagstukken in de zwangerschap. Gebruikt de laatste gegevens over begeleiding van pathologische zwangerschappen en is vraagbaak voor de maatschap en bewaakt de kwaliteit van de zorg in de groep.
<i>Specifieke handvaardigheid eisende (be)handeling</i>	Is in staat een groot arsenaal van verloskundige handelingen te verrichten en organiseert in aanvulling op landelijke cursussen lokale trainingen (of drills) voor het eigen team (inclusief 1 <sup>e</sup> lijn, kinderartsen, OK en IC).
<i>Communicatie</i>	Onderhoudt nauwe contacten met leden uit het transmurale behandelteam.
<i>Kennis en Wetenschap</i>	Gebruikt EBM in de praktijk. Draagt bij aan de ontwikkeling van (lokale) richtlijnen. Draagt bij aan scholing van het gehele verloskundige team.
<i>Samenwerking</i>	Zorgt voor een structureel overleg tussen 1 <sup>e</sup> , 2 <sup>e</sup> en 3 <sup>e</sup> lijn. Zorgt voor het gebruik van protocollen en checklists. Toont inzicht in 'crew resource management' en adviseert ter verbetering van teamfunctioneren.
<i>Organisatie</i>	Toont inzicht in de landelijke organisatie van de verloskundige zorg. Zorgt voor een herkenbare casemanager voor de verloskundige patiënt. Organiseert de

	verloskundige zorg als een transmuraal continuüm met een heldere structuur.
<i>Maatschappelijk handelen</i>	Maakt structureel gebruik van audits. Verzorgt transmuraal voorlichting voor de patiënt. Creëert een sfeer van respect en openheid tussen diverse professionals in de verloskundige zorg.
<i>Professionaliteit</i>	Houdt de resultaten van de verloskundige zorg rond het eigen centrum zorgvuldig bij en spiegelt deze aan landelijke en internationale cijfers ten behoeve van een verbetercyclus. Reflecteert op eigen handelen en dat van anderen in het verloskundig team.

### 6.5.2 Thema's differentiatie Voortplantingsgeneeskunde

#### Thema Endocrinologie en ovulatieinductie

<i>Medisch handelen Diagnose en advies</i>	De sub-specialist: Zoekt complexe endocriene stoornissen van de menstruele cyclus uit, inclusief primaire amenorrhoea. Maakt zo nodig gebruik van beeldvorming van de hypofyse- en/of bijnier regio. Adviseert bij hirsutisme en hyperprolactinemie. Stelt indicatie voor LEO. Stelt indicatie voor het geschikte type ovulatie-inductie. Voert de diverse vormen van ovulatie-inductie uit (waarbij GnRH optioneel). Behandelt OHSS. Behandelt prematuur ovarieel falen. Wijst de weg in de behandeling van adipositas. Counselt over seksuologische stoornissen in het kader van de fertiliteit. Behandelt complexe (post) menopauzale problematiek. Adviseert over geschikte anticonceptie bij co-morbiditeit.
<i>Conservatieve behandeling</i>	
<i>Communicatie</i>	Counselt adequaat over kansen en risico's. Herkent en wijst de weg voor psychosociale problematiek. Counselt over leefwijzen.
<i>Kennis en Wetenschap</i>	Gebruikt EBM in de praktijk. Geeft regelmatig onderwijs binnen behandelteam en maatschap.
<i>Samenwerking</i>	Geeft leiding aan het behandelteam. Draagt zorg voor patiëntenbesprekingen. Zorgt voor het gebruik van protocollen en checklists. Heeft een netwerk van voortplantingsendocrinologen.
<i>Organisatie</i>	Zorgt voor een patiëntvriendelijke en flexibele logistiek.
<i>Maatschappelijk handelen</i>	Verspreidt kennis over cyclusstoornissen onder patiënten. Draagt bij aan programma's voor bestrijding van adipositas.
<i>Professionaliteit</i>	Kent de eigen grenzen. Spiegelt de resultaten van behandeling aan (inter)nationale cijfers.

#### Thema Geassisteerde voortplanting

<i>Medisch handelen Diagnose en advies</i>	De sub-specialist: Stelt indicatie voor IUI, IVF of fertiliteitbevorderende chirurgie. Counselt over ICSI, en verwijst gericht voor MESA/PESA, TESE, PGD en genetische afwijkingen, gebruik donorgameten, (hoogtechnologisch) draagmoederschap en fertiliteitpreservatie. Voert IUI uit in de meest gangbare protocollen.
<i>Specifieke handvaardigheid eisende (be)handeling</i>	Voert IVF-stimulaties uit. Verricht follikelpuncties (optioneel). Behandelt complicaties, zoals OHSS en infecties.
<i>Communicatie</i>	Counselt adequaat over kansen en risico's. Bespreekt ethische aspecten van de zorg. Signaleert en verwijst zo nodig voor psychosociale problematiek.

<i>Kennis en Wetenschap</i>	Gebruikt EBM in de praktijk.
<i>Samenwerking</i>	Geeft leiding aan het behandelteam. Zorgt voor het gebruik van protocollen en checklists. Heeft een netwerk binnen de geassisteerde reproductie en goede contacten met minstens één centrum. Werkt samen met het 1e lijns zorgnetwerk van de patiënt.
<i>Organisatie</i>	Zorgt voor een patiëntvriendelijke en flexibele logistiek. Zorgt voor psychische begeleiding.
<i>Maatschappelijk handelen</i>	Verspreidt kennis over (on)vruchtbaarheid onder paren met kinderwens en patiënten. Draagt bij aan programma's die vrouwen in staat stellen op tijd hun kinderen te krijgen. Is op de hoogte van wet- en regelgeving.
<i>Professionaliteit</i>	Kent de eigen grenzen. Spiegelt de resultaten van behandeling aan (inter)nationale cijfers.

### **Thema differentiatie VPG 'fertiliteitbevorderende chirurgie'**

<i>Medisch handelen</i> <i>Diagnose en advies</i>	De sub-specialist: Stelt indicatie voor fertiliteitbevorderende chirurgie. Counselt over voor- en nadelen van operatieve therapieën.
<i>Conservatieve behandeling</i> <i>Specifieke handvaardigheid</i> <i>eisende (be)handeling</i>	Stelt medicamenteuze behandeling in bij endometriose. Niveau 4 ('zelfstandig handelen'): Laparoscopische behandeling van graad 1 en 2 endometriose en kleine endometriomen, LEO, tubectomie bij hydrosalpingen. Niveau 2-3 ('handelt onder (beperkte) supervisie): Fertiliteitbevorderende tubachirurgie, behandeling van endometriose graad 3 en 4, behandeling van myomen.
<i>Communicatie</i>	Bespreekt informed consent.
<i>Kennis en Wetenschap</i>	Gebruikt EBM in de praktijk.
<i>Samenwerking</i>	Werkt samen met collega's met een meer uitgesproken chirurgisch profiel om de geboden kwaliteit van zorg optimaal te houden.
<i>Organisatie</i>	Heeft afspraken over complexe chirurgie met gespecialiseerde centra.
<i>Maatschappelijk handelen</i>	Draagt bij aan patiëntenvoorlichting.
<i>Professionaliteit</i>	Kent de eigen grenzen. Houdt complicatieregistratie bij.

### 6.5.3 Thema's differentiatie Benigne gynaecologie

#### Thema Office gynaecologie

<i>Medisch handelen Diagnose en advies</i>	De sub-specialist: Had in de basis van de opleiding al diagnostische breedte gekregen, maar groeit door naar niveau 5 op dit terrein. Is vraagbaak voor de maatschap en bewaakt de kwaliteit van de diagnostiek in de groep.
<i>Conservatieve behandeling</i>	Gebruikt de laatste kennis over optimale conservatieve behandeling van uteriene bloedingproblemen, fluor vaginalis, PID, buikpijn, uterus myomatosus, adnexpathologie, endometriose, anticonceptiewens, vulvaire, vaginale en cervicale benigne en premaligne afwijkingen, afwijkende vroege en kindergynaecologie
<i>Specifieke handvaardigheid eisende (be)handeling</i>	Had deze in de basis van de opleiding al aangeleerd gekregen, maar breidt deze uit met specifiekere technieken als de hysteroscopische sterilisatie.
<i>Communicatie</i>	
<i>Kennis en Wetenschap</i>	Gebruikt EBM in de praktijk. Geeft regelmatig onderwijs binnen behandelteam en maatschap.
<i>Samenwerking</i>	Zet effectief hulpkrachten in op de polikliniek.
<i>Organisatie</i>	Ontwikkelt en onderhoudt een polikliniek voor snelle diagnostiek van abnormaal uterinen bloedverlies. Creëert netwerken van professionals voor de behandeling van complexere problemen
<i>Maatschappelijk handelen</i>	Zorgt voor goede verspreiding van kennis bij patiënten. Waakt voor overbehandeling.
<i>Professionaliteit</i>	Kent de eigen grenzen.

#### Thema Seksuologie, climacterium en psychosomatiek

<i>Medisch handelen Diagnose en advies</i>	De sub-specialist: Had in de basis van de opleiding al diagnostische breedte gekregen, maar groeit door naar niveau 5 op dit terrein. Is vraagbaak voor de maatschap en bewaakt de kwaliteit van de diagnostiek in de groep.
<i>Conservatieve behandeling</i>	Seksuele problematiek, climacteriële problemen, PMS, psychosomatisch te behandelen gynaecologische klachten.
<i>Specifieke handvaardigheid eisende (be)handeling</i>	
<i>Communicatie</i>	Bespreken van onbegrepen en moeilijk behandelbare klachten.
<i>Kennis en Wetenschap</i>	Gebruikt EBM in de praktijk. Geeft regelmatig onderwijs binnen behandelteam en maatschap.
<i>Samenwerking</i>	Neemt een passende rol in diverse multidisciplinaire overleggen in 1 <sup>e</sup> en 2 <sup>e</sup> lijn. Ziet toe op een goed functionerende zorgketen inclusief de aansluiting op de 1 <sup>e</sup> lijn.
<i>Organisatie</i>	Ontwikkelt en onderhoudt een polikliniek voor chronische buikpijn en psychosomatische klachten. Creëert netwerken van professionals voor de behandeling van complexere problemen.
<i>Maatschappelijk handelen</i>	Komt op voor patiënten met onbegrepen of chronische lastig behandelbare klachten.
<i>Professionaliteit</i>	Kent de eigen grenzen.

## Thema Operatieve behandeling

<i>Medisch handelen Diagnose en advies Specifieke handvaardigheid eisende (be)handeling</i>	De sub-specialist: Weet van operatieve mogelijkheden de beste te kiezen. Kan op niveau 4 uitvoeren: Laparoscopische, vaginale en abdominale hysterectomie Hysteroscopische endometriumresectie Drainage TOA Hysteroscopische myoomresectie (type 0-1, <4 cm en type 2 <3 cm) Myoomenucleatie per laparotomie Laparoscopische behandeling endometriomen
<i>Communicatie</i>	Verzorgt documentatie voor patiënt en team over risico's en slagingskans van onderzoek en behandeling. Beheerst de informed consent procedure voor complexe chirurgie.
<i>Kennis en Wetenschap</i>	Gebruikt EBM in de praktijk.
<i>Samenwerking</i>	Maakt optimaal gebruik van protocollen en checklists.
<i>Organisatie</i>	Ziet toe op een goed functionerende zorgketen inclusief de aansluiting op de 1 <sup>e</sup> lijn.
<i>Maatschappelijk handelen</i>	Waakt voor overbehandeling. Superviseert zorgvuldige registratie van behandelingen, uitkomsten en complicaties.
<i>Professionaliteit</i>	Kent de grenzen van het eigen kunnen. Houdt resultaten van behandelingen bij en spiegelt deze regelmatig met landelijke cijfers.

### 6.5.4 Thema's differentiatie Urogynaecologie

#### Thema Lagere urinewegen

<i>Medisch handelen Diagnose en advies  Conservatieve behandeling</i>	De sub-specialist: Had in de basis van de opleiding al diagnostische breedte gekregen, maar groeit door naar niveau 5 op dit terrein. Is vraagbaak voor de maatschap en bewaakt de kwaliteit van de diagnostiek in de groep. Herkent de kwetsbare oudere en handelt volgens de principes van ouderenzorg en voert overleg met een internist-geriater of specialist ouderengeneeskunde en huisarts. Geeft leiding bij het gebruik van vragenlijsten en checklisten voor de diagnostiek van urogynaecologische problemen in de maatschap. Kan uroflowmetrie, UDO, cystoscopie, transperineale echoscopie en beeldvorming van de bovenste urine wegen beoordelen en gebruiken. Kan bekkenbodempkracht en motoriek beoordelen. Kan de verdenking op een neurologische aandoening in de differentiële diagnostiek een plaats geven. Heeft kennis van de specifieke problemen, zoals polyfarmacie. Kan Bekkenbodemp-fysiotherapeut optimaal inzetten.
<i>Specifieke handvaardigheid eisende (be)handeling</i>	Kan medicamenteuze therapie gebruiken voor incontinentie behandeling en is vraagbaak voor het behandelteam. Niveau 4: Midurethrale sling. Voorwandplastiek.
<i>Communicatie</i>	Kan counselen over complexe ingrepen. Kan counselen over kansen.
<i>Kennis en Wetenschap</i>	Is actief in het lokaal organiseren van en participeren in wetenschappelijk onderzoek bijvoorbeeld in consortiumverband. Bezoekt minimaal een keer een internationaal geaccrediteerd urogynaecologisch congres. Houdt in principe een keer een poster of orale presentatie over de urogynaecologie. Geeft regelmatig onderwijs binnen behandelteam en maatschap.
<i>Samenwerking</i>	Vormt de spil in het behandelteam voor urogynaecologie.

	Werkt samen met het 1 <sup>e</sup> lijns zorgnetwerk van de patiënt.
<i>Organisatie</i>	Maakt onderdeel uit van een netwerk van urogynaecologen.
<i>Maatschappelijk handelen</i>	Is zich bewust van de specifieke incontinentieproblemen bij kwetsbare ouderen.
<i>Professionaliteit</i>	Kent de grenzen van eigen kunnen. Houdt resultaten van behandelingen bij en spiegelt deze regelmatig met landelijke cijfers.

## Thema Prolaps

<i>Medisch handelen Diagnose en advies</i>	De sub-specialist: Had in de basis van de opleiding al diagnostische breedte gekregen, maar groeit door naar niveau 5 op dit terrein. Is vraagbaak voor de maatschap en bewaakt de kwaliteit van de diagnostiek in de groep. Geeft leiding bij het gebruik van vragenlijsten en checklisten voor de diagnostiek van prolaps problemen in de maatschap. Kan bekkenbodempkracht en motoriek beoordelen. Herkent de kwetsbare oudere en handelt volgens de principes van ouderenzorg en voert overleg met een internist-geriater of specialist ouderengeneeskunde en huisarts.
<i>Conservatieve behandeling</i>	Kan Bekkenbodemp-fysiotherapeut optimaal inzetten.
<i>Specifieke handvaardigheid eisende (be)handeling</i>	Niveau 4: VUE. Voor/achterwandplastiek. Manchester-Fothergill Niveau 2-3: Primaire behandeling vaginale implantaten. Sacrospinale fixatie
<i>Communicatie</i>	Kan counselen over complexe ingrepen. Kan counselen over ouderenproblematiek. Kan complicaties bespreken.
<i>Kennis en Wetenschap</i>	Gebruikt EBM in de praktijk. Geeft regelmatig onderwijs binnen behandelteam en maatschap.
<i>Samenwerking</i>	Vormt de spil in het behandelteam voor prolaps behandeling. Werkt samen met het 1 <sup>e</sup> lijns zorgnetwerk van de patiënt.
<i>Organisatie</i>	Weet een zorgstraat op te zetten en te onderhouden. Maakt deel uit van netwerk van bekkenbodemp specialisten.
<i>Maatschappelijk handelen</i>	Komt op voor ouderen met multimorbiditeit.
<i>Professionaliteit</i>	Kent de grenzen van eigen kunnen. Houdt resultaten van behandelingen bij en spiegelt deze regelmatig met nationale cijfers.

## Thema Colorectaal

<i>Medisch handelen Diagnose en advies</i>	De sub-specialist: Heeft gebruiksklare kennis van en ervaring met de meest gangbare ziektebeelden die de fecale passage en continentie, rectale prolaps beïnvloeden. Is vraagbaak voor de maatschap en bewaakt de kwaliteit van de diagnostiek in de groep. Geeft in het behandelteam leiding bij het gebruik van vragenlijsten en checklisten voor de diagnostiek van colorectale problemen Herkennen en diagnosticeren van een recto-vaginale fistel. Kan anorectal functieonderzoek, (video)defecografie en endoanale echoscopie beoordelen en gebruiken. Kan de anale kracht en motoriek beoordelen. Kan de verdenking op een neurologische aandoening (spina bifida, MS, Parkinson, ruggemergletsel, neuropathie, CVA) in de differentiële diagnostiek een plaats geven.
<i>Conservatieve behandeling</i>	Kan Bekkenbodemp-fysiotherapeut optimaal inzetten. Kan medicamenteuze therapie en darmspoelingen gebruiken voor het verbeteren van de fecale continentie.

<i>Specifieke handvaardigheid eisende (be)handeling</i>	Niveau 4: Herstel verse totaaltuptuur. Transvaginaal herstel recto - en enterocele. Niveau 2: Abdominaal herstel recto- en enterocele = anterieure rectopexie.
<i>Communicatie</i>	Kan counselen over complexe ingrepen. Kan counselen over kansen.
<i>Kennis en Wetenschap</i>	Gebuikt EBM in de praktijk. Geeft regelmatig onderwijs binnen behandelteam en maatschap
<i>Samenwerking</i>	Participeert in het behandelteam voor colorectale problemen. Werkt samen met het 1 <sup>e</sup> lijns zorgnetwerk van de patiënt.
<i>Organisatie</i>	Weet een multidisciplinair team op te zetten en te onderhouden Maakt onderdeel uit van een netwerk van anorectale behandelaars.
<i>Maatschappelijk handelen</i>	Komt op voor de oudere met incontinentieproblematiek.
<i>Professionaliteit</i>	Kent de grenzen van eigen kunnen. Houdt resultaten van behandelingen bij en spiegelt deze regelmatig met landelijke cijfers.

### 6.5.5 Thema's differentiatie Gynaecologische Oncologie (GOA)

<p><i>Medisch handelen</i> <u>Premaligniteiten</u> (CIN/VIN/VIAN en endometriumhyperplasie) <i>Diagnose en advies</i></p> <p><i>Conservatieve behandeling</i> <i>Specifieke handvaardigheid eisende behandeling</i></p>	<p>De GOA:</p> <p>Diagnosticeert lege artis premaligne gynaecologische afwijkingen. Gebuikt lege artis medicamenteuze therapie voor premaligne gynaecologische afwijkingen. Voert naast kolposcopie ook vulvascopie met biopten uit. Voert naast lisablatie van de overgangszone van de cervix ook de 'koud mes' conisatie uit.</p>
<p><u>Endometriumcarcinoom</u> <i>Diagnose en advies</i></p> <p><i>Specifieke handvaardigheid eisende behandeling</i></p>	<p>Diagnosticeert lege artis patiënten met endometriumcarcinoom, herkent patiënten met (verdenking op) gevorderd stadium en/of hoog risico en bespreekt die in IKNL. Verwijst conform de richtlijn indien indicatie voor radicale chirurgie of lymfadenectomie. Bespreekt na PA uitslag alle patiënten in IKNL bespreking voor eventuele indicatie adjuvante behandeling. Verzorgt follow up van behandelde patiënten. Behandelt volgens landelijke richtlijn waar het een AUE + BSO en TLH + BSO betreft.</p>
<p><u>Vulvacarcinoom</u> <i>Diagnose en advies</i></p>	<p>Herkent en diagnosticeert door middel van incisie (stans) biopten vulvacarcinoom. Doet de eerste counseling. Verwijst na diagnose patiënte voor behandeling naar het centrumziekenhuis. Verzorgt follow up na behandeling.</p>
<p><u>Cervixcarcinoom</u> <i>Diagnose en advies</i></p> <p><i>Conservatieve behandeling</i></p>	<p>Stelt de diagnose cervixcarcinoom. Doet na diagnostiek de eerste counseling en verwijst voor stagering en behandeling naar het centrumziekenhuis. Doet na behandeling in het centrumziekenhuis follow up met extra aandacht voor psycho-seksuele bijwerkingen. Eventuele radio/chemotherapie kan plaatsvinden in een regionaal centrumziekenhuis.</p>
<p><u>Ovariumcarcinoom</u> <i>Diagnose en advies</i></p>	<p>Diagnosticeert bij verdenking op ovariumcarcinoom. Brenge patiënte in kaart, gebruikt de RMI en presenteert als het protocol dat aangeeft aan een gynaecologisch oncoloog uit het centrumziekenhuis voor een behandeladvies. Zorgt voor adequate follow up na behandeling.</p>



<p><i>Specifieke handvaardigheid eisende behandeling</i></p>	<p>Is in staat om adequaat een asymptomatisch recidief op te sporen, indien dit behandelconsequenties heeft.</p> <p>Is in staat om gevolgen van de ziekte of de behandeling op te sporen, zowel fysiek als psychosexueel.</p> <p>Herkent atypische rouwverwerking en verwijst zo nodig.</p> <p>Toont inzicht in de mogelijkheden andere hulpverleners.</p> <p>De GOA:</p> <p>Is in staat in geval van chirurgie (debulking of stagiering) in het verwijzend ziekenhuis, om samen met de Gynaecologisch Oncoloog uit centrum de operatie te verrichten.</p>
<p><u>Mola</u> <i>Diagnose en advies</i> <i>Conservatieve therapie</i></p>	<p>Diagnosticeert mola en geeft juiste behandeladviezen.</p> <p>Doet juiste follow up en herkent risicopatronen.</p> <p>Maakt adequaat gebruik van methotrexaatbehandelingen.</p>
<p><u>Palliatie</u> <i>Diagnostiek en advies</i></p>	<p>Herkent het moment van de overgang van curatief handelen naar palliatie en handelt daarnaar. Hanteert palliatieve pijnbestrijding of verwijst hiervoor.</p>
<p><i>Communicatie</i></p>	<p>Communiqueert effectief met verwijzers, medebehandelaars en centrumziekenhuis.</p> <p>Geeft patiënten juiste informatie geven over het diagnostische en behandeltraject van alle gynaecologische (pre) maligniteiten.</p> <p>Brengt de switch van curatief naar palliatief beleid goed over.</p> <p>Voert adequaat een slecht nieuws gesprek.</p> <p>Biedt beschikbare folders en brochures en informatie over patiëntenverenigingen (websites) aan.</p>
<p><i>Kennis en Wetenschap</i></p>	<p>Werkt volgens EBM richtlijnen.</p> <p>Includeert patiënten in lopende studies.</p>
<p><i>Samenwerking</i></p>	<p>Hanteert zo veel mogelijk het nationale of regionale protocol van diagnostiek, stadiumindeling en behandeling.</p> <p>Neemt binnen het eigen ziekenhuis de centrale rol op zich in de diagnostiek en behandeling van patiënten met verdenking gynaecologische (pre)maligniteit.</p> <p>Neemt de rol van casemanager op zich.</p> <p>Overlegt voor complexere diagnostische of beleidsmatige casus effectief met Gynaecologisch Oncologisch consulent uit centrumziekenhuis.</p> <p>Participeert in regionale IKNL bespreking.</p>
<p><i>Maatschappelijk handelen</i></p>	<p>Kan omgaan met euthanasie verzoek en palliatieve sedatie. Zet transmurale zorgmogelijkheden effectief in.</p> <p>Handelt volgens de principes van goede ouderenzorg.</p>
<p><i>Professionaliteit</i></p>	<p>Kan omgaan met patiënten met een oncologische aandoening.</p> <p>Herkent pathologische verwerking.</p> <p>Gaat adequaat om met verdriet, angst, onzekerheid en boosheid van patiënten of hun partner (professioneel gedrag).</p> <p>Gaat professioneel om met verschillende overtuigingen rondom ziekte en levenseinde.</p> <p>Houdt behandelresultaten bij en spiegelt deze aan (inter) nationale cijfers.</p> <p>Reflecteert op eigen handelen en beleving.</p> <p>Erkent grenzen en (locatiegebonden) beperking van behandel mogelijkheden.</p>



# DEEL III

*Operationalisatie in de praktijk*

## 7. Operationalisatie BOEG

### 7.1 Van landelijk naar lokaal opleidingsplan

Het landelijk opleidingsplan BOEG biedt ruimte aan de lokale opleiders (in afstemming met het eigen cluster) om de eigen opleiding te structureren. Zo kunnen en zullen plaats en omvang van opleidingsonderdelen per opleiding en zo mogelijk zelfs per aios verschillen. Dit maakt het opleidingsplan uitvoerbaar, maar legt tegelijkertijd een grote verantwoordelijkheid bij de opleider c.q. het opleidingscluster. Variëteit in de opleiding is onvermijdelijk en zelfs wenselijk, maar een aantal regels en richtlijnen geldt voor iedere opleiding:

- Alle thema's komen in de opleiding aan bod
- Er wordt voldaan aan het minimum aantal toetsmomenten (of te wel de ontwikkeling van aios wordt ondersteund door regelmatige feedback)
- Gesprekken vinden conform richtlijnen plaats (zie bijlage voor de richtlijnen)
- Het portfolio van de aios is uitgangspunt voor voortgangsgesprekken en geschiktheitsbeoordelingen.

Binnen het opleidingscluster wordt naar eigen inzicht invulling gegeven aan:

- Het indelen van de opleiding in stages (stages kunnen in blok of lijnleren zijn: blok is een afgebakende periode met een beperkt aantal thema's. Lijnleren is over een langere periode, meerdere werkplekken en meerdere thema's).
- Het koppelen van thema's aan stages
- De inzet van verschillende feedback- en beoordelingsinstrumenten op verschillende momenten
- Professionalisering van de opleidingsgroep.

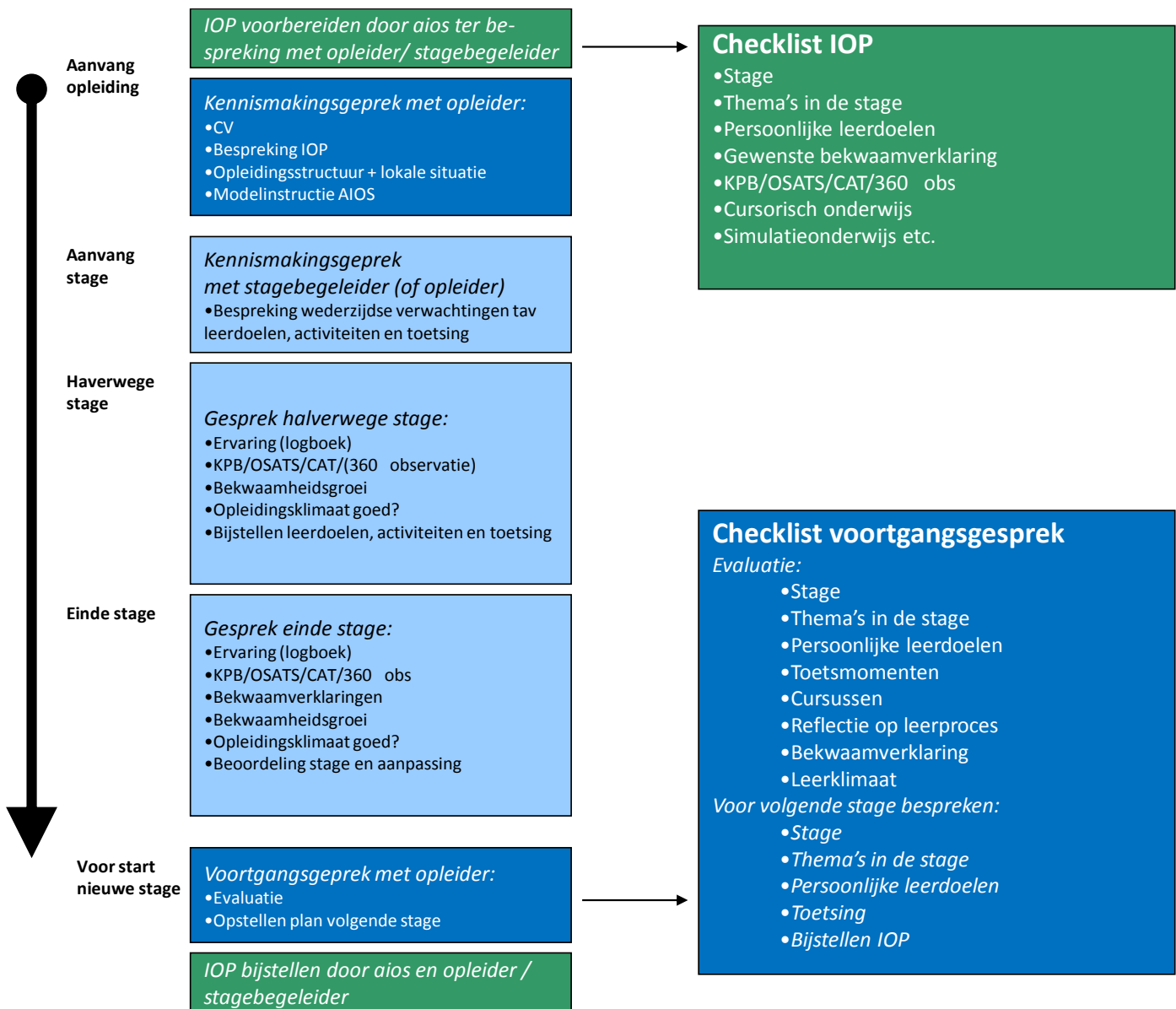
Dit alles resulteert in een lokaal/regionaal opleidingsplan. Hierin staat de opleiding beschreven waarbij wordt bewaakt dat de landelijke kaders inhoudelijk vorm worden gegeven. De opleiding moet voldoen aan de minimum eisen, maar kan de structuur zelf vorm geven, resulterend in een overzicht per opleidingsjaar (of deel ervan), daarbij aangegeven welke thema's aan de orde komen en zo ja, welke stages er zijn, wat de doelen zijn, het te bereiken niveau en welke feedback en toetsing er plaats vindt (in de bijlage is de toetsmatrix opgenomen). De couleur locale wordt in het opleidingsplan zichtbaar.

### 7.2 Van lokaal naar individueel opleidingsplan

Het lokale opleidingsplan is leidend voor het individuele opleidingsplan (IOP). Het individuele opleidingsplan heeft als doel om op basis van de ontwikkeling van de aios (sterke punten, verbeterpunten, wensen en verplichtingen) de opleiding goed te structureren en inhoud te geven. Afspraken tussen opleider en aios worden gemaakt en hierin vastgelegd. Het IOP maakt daardoor een onlosmakelijk onderdeel uit van het portfolio. Het opleidingsschema is onderdeel van het IOP.

### 7.3 Gespreksstructuur aios

Het onderstaande figuur geeft de globale structuur weer van de begeleiding van de individuele aios gedurende zijn opleiding en welke onderwerpen in welk gesprek met wie besproken worden (in donkerblauw staan de gesprekken met de opleider, in lichtblauw de gesprekken met de primair verantwoordelijke voor de stage stagebegeleider), die perifeer nogal eens de opleider is.



## 7.4 Zorg voor de kwaliteit van opleiden

Naast de implementatie van het lokale opleidingsplan wordt van een opleidingsgroep verwacht te werken met een kwaliteitssysteem. Het doel hiervan is om systematisch de kwaliteit van het opleiden te evalueren en op basis van geconstateerde verbeterpunten actiepunten te benoemen en deze als speerpunt voor het verbeteren van de opleiding te gebruiken, bij voorkeur met een plan van aanpak (dit in analogie van het IOP van de aios).

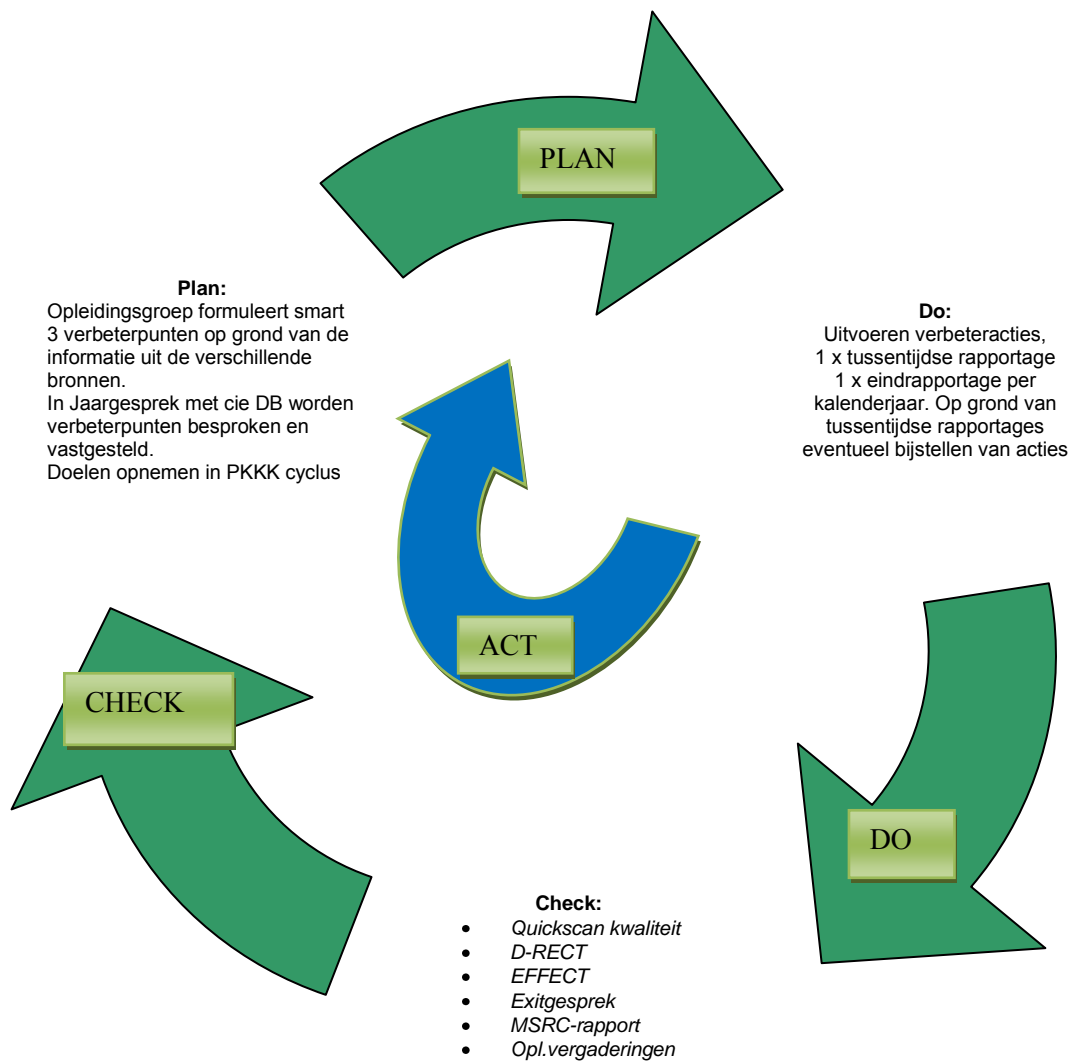
Het is aan de opleidingsgroep welke instrumenten het wil gebruiken om de kwaliteit te evalueren. Eén en ander hangt af van de keuzes van het eigen ziekenhuis, cluster en voorkeur van de groep zelf. De grootte van de aios-groep is hierin ook mede bepalend.

Landelijk wordt interne en externe kwaliteitszorg onderscheiden. Interne kwaliteitszorg is ingebed in de eigen organisatie, vindt frequent plaats en de rapportage is bedoeld voor intern gebruik. Externe kwaliteitszorg is controle door een externe organisatie en vindt minder frequent plaats (MSR). In de interne kwaliteitszorg kan met diverse instrumenten hanteren. De meeste opleidingen maken inmiddels gebruik van de D-rect als meetinstrument van het opleidingsklimaat. Voor het evalueren van individuele leden van de opleidingsgroep zijn er o.a. de EFFECT en Set-Q.

Exitgesprekken bij vertrekkende aios kunnen verdieping geven aan resultaten van de D-RECT en zijn daarmee een belangrijke aanvulling voor het interne kwaliteitssysteem.

Voor het bepalen van de interne kwaliteit van de opleiding kan het zogenaamde Scherpbier instrument gebruikt worden. De medisch specialistische vervolgoopleidingen kennen een eigen landelijk kwaliteitssysteem, waarin kan worden bepaald welk kwaliteitsniveau de verschillende aspecten van de opleiding per vakgroep heeft en op welke punten kan worden gestreefd naar verbetering. Dit landelijke kwaliteitssysteem is een instrument, passend binnen een PDC-cyclus (Plan, Do, Check), dat jaarlijks/twee jaarlijks gebruikt kan worden om te toetsen per opleiding en prioriteiten te stellen. Aan de hand van de evaluatie bepaalt een groep zijn speerpunten voor een bepaalde periode.

Schematisch ziet het er als volgt uit (bron kwaliteitsbewaking medische vervolgopleiding JBZ, Marjolein Schouten, Corry den Rooyen):



## 7.5 Implementatie

Bij het aanpassen van een opleiding zoals bij BOEG is het niet voldoende de plannen op papier te zetten in de vorm van een nieuw opleidingsplan, er dienen ook daadwerkelijk stappen genomen te worden om de implementatie ervan te laten slagen. Implementeren gaat niet vanzelf, het vraagt een actieve houding van de opleidingsgroep. In het geval van BOEG is er een spontaan proces van verandering op gang gekomen. De meeste opleidingsclusters hebben regionale afspraken gemaakt en zijn al begonnen met de uitvoering. Dit hoofdstuk geldt vooral als naslagwerk. Er wordt een checklist beschreven van belangrijke punten voor veranderprocessen. De meeste opleidingsclusters zullen herkennen dat ze de meeste stappen al hebben gemaakt.

Kotter heeft een aantal stappen beschreven die belangrijk zijn bij de implementatie. Een weergave van deze stappen toegepast op de context van de vervolgopleiding vanuit het perspectief van de opleider/opleidingsgroep en aios levert de volgende activiteiten op voor de diverse actoren.

### 1. *Het communiceren over de visie van BOEG.*

Deze visie is vastgelegd in het plan BOEG. Toch zal niet iedereen van de staf en aios deze paraat hebben en derhalve is het zinvol deze visie binnen de groep te communiceren. Deze communicatie dient erop gericht te zijn een "sense of urgency" te genereren binnen de afdeling.

2. *Creëren sense of urgency*  
Een sense of urgency is een absolute noodzaak om een veranderingsproces in gang te zetten en te houden. Deze sense of urgency dient door betrokkenen van de afdeling, zowel opleiders als aios, te worden gedeeld.
3. *Creëren breed draagvlak / Mainstreaming*  
Het is niet alleen van belang dat betrokken van de afdeling zich bewust zijn van de verandering en aanpassing van de opleiding, maar ook andere belangrijke spelers binnen de instelling bijvoorbeeld bij de Raad van Bestuur dienen betrokken te worden. Dit kan leiden tot het inkaderen en ondersteunen van een dergelijk innovatief proces in bestaande structuren. Daarnaast moet duidelijk worden gemaakt dat de implementatie hiervan tijd en geld kost en dat dit op termijn verwachte 'winst' oplevert (betere en goedkopere zorg).
4. *Faciliteren van de mogelijkheden om volgens de visie te handelen*  
Een veranderende opvatting over opleiding heeft niet alleen inhoudelijke consequenties, maar zeker binnen de context van de vervolgopleiding vaak ook administratieve en logistieke consequenties. Deze zullen in kaart gebracht moeten worden en afspraken dienen gemaakt te worden om het vernieuwde programma te realiseren.
5. *Disseminatie van bestaande producten/ zorgen voor korte termijn successen*  
Het tonen en of met elkaar bespreken van producten, procedures of situaties voortvloeiend vanuit de vernieuwing die goed toepasbaar zijn in de praktijk helpen het implementatieproces. Hierdoor 'zien' opleiders hoe het werkt, wat het oplevert en hoe dit in de eigen situatie geïmplementeerd kan worden.
6. *Training / Scholing*  
Opleiders dienen binnen de afdeling ervoor te zorgen dat andere stafleden voldoende geschoold zijn om aios volgens de nieuwe visie op te leiden en hun hierin te ondersteunen. Eveneens dienen aios voldoende te worden toegerust om een actieve rol te vervullen bij het verwerven van de algemene competenties. Eventueel kunnen andere deskundigen op het gebied van algemene competenties worden gevraagd training en scholing vorm te geven.
7. *Regionale spreiding*  
Voor een succesvol opleidingstraject is het van belang dat bovenstaande uitgangspunten en activiteiten zoveel mogelijk draagkracht verkrijgen. Aangezien de opleiding meestal deel uitmaakt van een OOR-brede zaak is het verstandig de OOR te betrekken in de gedachtevorming en uitvoering van de visie.
8. *Verankeren van veranderingen binnen de context*  
Wanneer er een min of meer stabiele fase is opgetreden waarbij de visie in alle onderdelen binnen de context al dan niet met aanpassingen is geïmplementeerd, dient er voor gezorgd te worden dat de ingezette veranderingen onderdeel gaan uitmaken van de bedrijfscultuur. Uiteindelijk ontstaat er een stabiele situatie van waaruit te zijner tijd weer een nieuwe verandering zich zal gaan aandienen.

Samengevat betekenen bovenstaande stappen communicatie op diverse niveaus, netwerken en scholing. In een juiste balans zal dit de implementatie helpen. De stappen suggereren een vaste en logische volgorde. In de praktijk blijkt dit niet het geval. Vaak lopen stappen door elkaar heen en soms moet er ook een stap terug gedaan worden. Implementeren is geen analytisch en gefixeerd proces. Flexibiliteit en voortdurend in wisselwerking met de context is een voorwaarde voor een goede implementatiestrategie.

Om de implementatie planmatig te laten verlopen, aandacht te besteden aan alle aspecten die daarbij horen is het model in onderstaande figuur behulpzaam. Het model laat zien aan welke onderdelen er tijdens een implementatie aandacht dient te worden besteed om te voorkomen dat de implementatie stagneert. Elk onderdeel heeft zijn waarde en roept weerstand op als er geen aandacht voor is.

Korte toelichting:

De linkse kolom laat alle stappen zien voor een geslaagde implementatie. Om tot verandering te komen moet er begonnen worden bij visie, vervolgens is er de stap naar vaardigheid, prikkels, middelen en tot slot plan van aanpak. Als deze stappen in de goede volgorde allen worden doorlopen kan gesproken worden van een geslaagde verandering. Bij het ontbreken van een puzzelstukje ontstaat er een gat en, afhankelijk van welk stukje ontbreekt, loopt de verandering uit op iets anders. Bijvoorbeeld bij ontbreken van:

Visie: Verwarring ontstaat. Er is geen focus, men weet niet waartoe verandering moet leiden

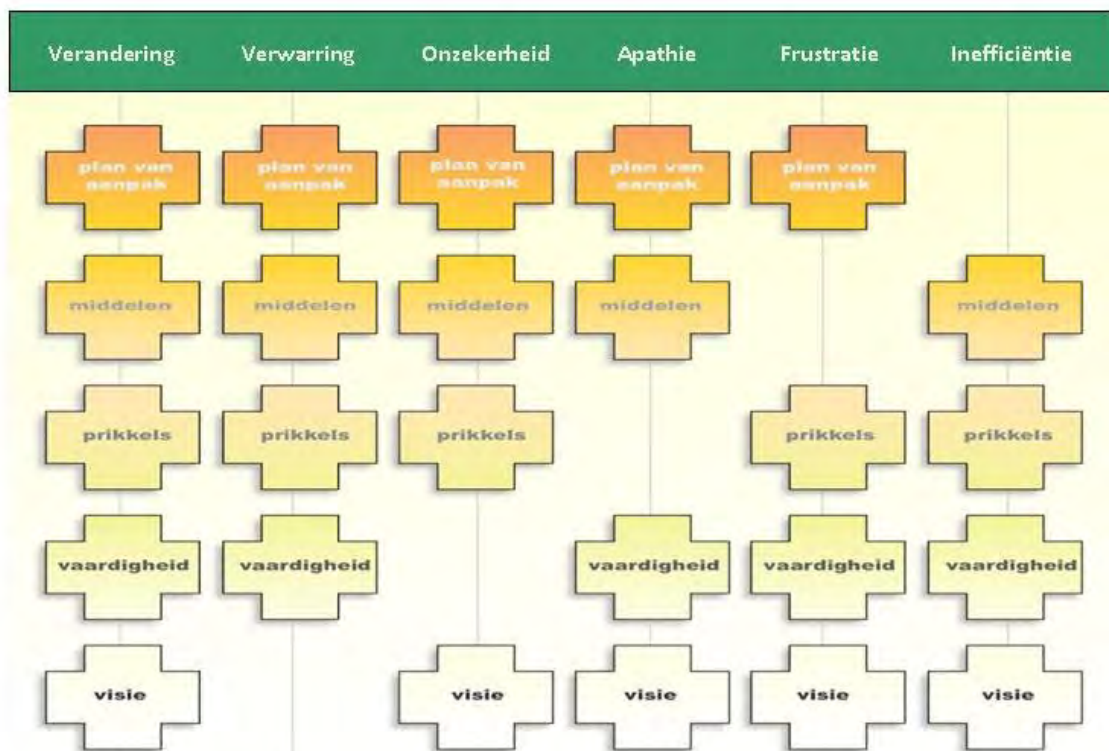
Vaardigheid: Leidt tot onzekerheid. Men weet niet hoe iets op te pakken/uit te voeren. Bijvoorbeeld bij het feedback geven met behulp van een KPB.

Prikkels: Er moet een noodzaak zijn om te veranderen. Dat kan zijn een aankomende visitatie, bezuiniging, etc.

Middelen: Tijd, geld, materiaal, etc. dient in voldoende mate aanwezig zijn anders treed er frustratie op.

Plan van aanpak: Inefficiëntie ontstaat, een systematische wijze van stappen zetten ontbreekt zodat de wanneer, wat en wie vraag ontbreekt.

Het model is behulpzaam bij het voorbereiden van een verandering maar kan ook gebruikt worden als analysemodel als een verandering stagneert.



Model op basis van Schoutsen en Nelissen.

# Bijlage 1

## 1.1 Het ontstaan van BOEG, achtergrondinformatie

Het ontstaan van het opleidingsplan BOEG is volgens een vooropgesteld actieplan verlopen. Tijdens het uitvoeren is de volgende methode gebruikt om tot een zo volledig mogelijk opleidingsplan te komen.

### *Gevolgde methode*

- Instelling projectgroep BOEG met afvaardiging vanuit enkele academische centra, perifere klinieken met en zonder opleiding en vanuit het AIOS bestuur (VAGO). Zie bijlage 1.
- Instelling 5 taakgroepen met vertegenwoordigers van de 5 inhoudelijke pijlers (verloskunde, benigne gynaecologie, urogynaecologie, oncologie en VPG).
- Onderzoek naar de visie van een representatieve steekproef van NVOG-leden op de toekomstige beroepsuitoefening van ons vak. Van de verkregen antwoorden is een formele analyse gedaan die leidde tot een aantal handvaten voor de inrichting van een curriculum. Zie details op NVOG-site onder commissie BOEG.
- Onderzoek naar de visie van stakeholders op onze vakuitoefening. Aan patiëntenorganisaties, verpleegkundigen, verloskundigen, huisartsen en raden van bestuur vroegen wij wat zij verwachten van de gynaecoloog leidend tot aanbevelingen voor de herinrichting van de opleiding. Van de verkregen aanbevelingen is opnieuw een formele analyse verricht die vooral tot inzichten leidde bij de vertaling van de 7 algemene competenties (CanMEDS) voor de opleiding tot gynaecoloog. Zie NVOG-site onder commissie BOEG voor details.
- Onderzoek naar literatuuradviezen.
- Gesprekken met diverse wetenschappelijke verenigingen die ervaring hebben met differentiatie binnen de 6-jarige opleiding (waaronder interne geneeskunde en heelkunde).
- Overleggen met het NVOG-bestuur, het concilium, de AIOS en afgevaardigden van de VAGO.
- Discussie op diverse symposia.
- Verspreiding van documenten en van videoboodschappen (op NVOG-site onder BOEG).
- Bezoek van leden van projectgroep BOEG aan de verschillende regio's om te informeren en te discussiëren.
- Feedbackvragen (duizenden mails) en discussie op diverse landelijke bijeenkomsten.
- De feedback werd besproken met het NVOG-bestuur, het concilium en de BBC.
- Uiteindelijk triangulatie van alle gegevens tot strategische uitgangspunten.
- Invulling eindtermen voor gynaecologen op tactisch niveau op basis van de uitgangspunten.
- Het gebruiken van informatie uit (inter)nationale ontwikkelingen op gebied van opleiden (details zie bijlage)



## Bijlage 2

### *Bijlagen die behulpzaam kunnen zijn bij de lokale situatie*

#### 2.1 Het voeren van een introductiegesprek aan het begin van de opleiding

##### **Doel**

Afspraken maken tussen de aios en opleider over wederzijdse verwachtingen ten aanzien van het functioneren op de afdeling.

##### **Wanneer**

Bij de start van de opleiding.

##### **Werkwijze**

Afgesproken wordt, afhankelijk van de voorgeschiedenis van de aios, welke (onderdelen van) leerdoelen in de komende periode aan bod zullen komen en getoetst zullen gaan worden. Zowel stagespecifiek (zie stageomschrijving) en stage onafhankelijke leerdoelen. Ook het aantal Korte Praktijk Beoordelingen wordt afgesproken. Richtlijn is dat per maand één KPB wordt afgenomen tot een totaal van 10 KPB's per aios/ jaar. Idem met betrekking tot de OSATS. Richtlijn voor de OSATS is vier OSATS per AIOS per jaar. De aios, opleider en stagebegeleider bewaken of er tijdens de komende periode ook nog andere beoordelingen dienen te worden gegeven (360° feedback, CAT's, vaardigheidstoetsen etc.).

##### **Aandachtspunten introductiegesprek**

1. Beoordeling reeds aanwezig portfolio, formuleren, punten van aandacht en van zelf benoemde leerdoelen
2. CV ingeleverd, gedateerd en gesigneerd? Arbeidscontract geregeld?
3. Verwachtingen van AIOS m.b.t. opleiding en eventuele specifieke wensen
4. Toewijzen persoonlijk e-mailaccount en geven van aanwijzingen tot gebruik: wens om eigen JBZ e-mailadres te gebruiken voor correspondentie.
5. Werktijden, reeds geplande vakanties. Afspraken bespreken t.a.v. vakantieplanning.
6. Wat te doen bij ziekte
7. Uitleg opleidingsplan
8. Verwachtingen mbt:
  - a. Statusvoering
  - b. overleg met supervisor
9. Onderwijs, casuspresentatie, refereren, intervisie, lokaal/regionaal onderwijs
10. Verantwoordelijkheid m.b.t. diensten, dienstrooster, vakantie, vrije dagen
11. Kennismaking met specialisten, unithoofden, secretariaat, omgangsvormen met verpleging en andere medewerkers.
12. Formele positie in zorgketen, omgangsvormen naar patiënten, duidelijk maken van positie
13. Wat te doen bij:
  - a. Problemen
  - b. Een klacht
  - c. Prikaccidenten
  - d. Agressieve patiënten
14. Portfolio bespreken:
  - a. Lokaal opleidingsplan, stagebeschrijvingen
  - b. Toetsinstrumenten: KPB, CAT, etc.
  - c. Introductie- en voortgangsgesprekken
  - d. Besprekingen
  - e. IOP
15. Voortgangsgesprekken.

## 2.2 Het voeren van een introductiegesprek aan het begin van de opleiding en de stages

### Doel

Afspraken maken tussen de aios en stagebegeleider over wederzijdse verwachtingen ten aanzien van het functioneren op de afdeling.

### Wanneer

Bij de start van de stages

### Werkwijze

Afgesproken wordt, afhankelijk van de voorgeschiedenis van de aios, welke (onderdelen van) leerdoelen in de komende periode aan bod zullen komen en getoetst zullen gaan worden. Zowel stagespecifiek (zie stageomschrijving) en stage onafhankelijke leerdoelen. Ook het aantal Korte Praktijk Beoordelingen wordt afgesproken. Richtlijn is dat per maand één KPB wordt afgenomen tot een totaal van 12 KPB's per aios/ jaar. Idem met betrekking tot de OSATS. Richtlijn voor de OSAT's is vier OSAT's per aios per jaar. De aios, opleider en stagebegeleider bewaken of er tijdens de komende periode ook nog andere beoordelingen dienen te worden gegeven (360° feedback, CAT's, vaardigheidstoetsen etc.).

### Aandachtspunten introductiegesprek

- Wat waren de sterke en zwakke punten van de aios in de voorafgaande periode.
- Wat zijn de leerdoelen van de aios in deze periode.
- Wat kan de aios leren in de komende periode. Hierbij moet niet alleen gedacht worden aan medisch handelen, maar ook aan andere competenties als communicatie, samenwerking en organisatie.
- Afspraken over welke leerdoelen worden getoetst.
- Afspraken over hoeveel OSATS en KPB's er zullen worden afgenomen. Ook worden afspraken gemaakt over het inhoudelijk domein waar de OSATS en KPB's over gaan.
- Afspraken over hoeveel briefbeoordelingen zullen worden afgenomen.
- Afspraken over het eventueel gebruik van andere beoordelingsinstrumenten tijdens de stage. Tijdstip van eerstkomend evaluatie en/of voortgangsgesprek.
- Alle gebruikte formulieren van de introductiegesprekken dienen te worden opgenomen in het portfolio.

## 2.3 Het voeren van een voortgangsgesprek en geschiktheidsbeoordeling

*Zie voortgangsformulier E-pass*

### Doel

De aios en opleider bespreken het functioneren van de aios van de afgelopen periode en meer specifiek: de voortgang en het niveau van de verschillende competenties die de aios ontwikkelt. Het voortgangsgesprek kan beschouwd worden als een tussentijdse evaluatie gericht op specifieke leermomenten voor de komende periode. Bij de geschiktheidsbeoordeling wordt door de opleider een oordeel uitgesproken over de geschiktheid van de aios als toekomstig specialist.

### Wanneer

Voortgangsgesprekken: einde jaar 1, tweede helft jaar 2, einde jaar 2, einde jaar 3.

De aios wordt ieder jaar in zijn opleiding door de opleider beoordeeld of hij geschikt is de opleiding voort te zetten. Dat is een unilateraal oordeel. Op deze momenten kan de opleiding van de aios tussentijds worden gestaakt. Deze beoordeling vindt plaats conform formulieren van de MSRC (A/B formulier). Bij een onvoldoende oordeel wordt dit formulier naar de MSRC gestuurd (geschiktheidsbeoordeling).

### Werkwijze

De aios en opleider bereiden beiden het voortgangsgesprek voor. De opleider stelt de agenda samen, mede op basis van de punten die door de aios worden aangedragen. Vraagt na bij leden opleidingssteam en andere medewerkers hoe de betreffende aios functioneert. De aios levert uiterlijk 1 week van tevoren de volgende stukken bij de opleider in:

- 1 Agendapunten voortgangsgesprek

- 2 Portfolio waaronder:
  - a Zelfbeoordeling competenties (algemeen en specifiek);
  - b Individueel Ontwikkelings Plan;
  - c Leerdoel stageperiode;
  - d Beoordeling KPb's/OSATS;
  - e Andere beoordelingen;
  - f CV
  - g informatie met betrekking tot relevante activiteiten op één of meerdere competentiegebieden;
  - h reflectie op eigen functioneren op basis van voorafgaande informatie.
- 3 Leerklimaat
- 4 Toekomst

#### **Aandachtspunten voortgangsgesprek/geschiktheidsbeoordeling**

- Identificeren sterke en zwakke punten.
- Vastleggen op welke wijze zwakke punten kunnen worden verbeterd.
- Vastleggen hoe deze verbetering getoetst wordt.
- Bespreken van zelfreflectie en mate van overeenkomst en eventuele discrepanties met het oordeel van de opleidingsgroep
- Bespreken leerklimaat voor de aios
- Alle verslagen dienen te worden opgenomen in het portfolio
- De opleider ziet erop toe dat er van het voortgangsgesprek / de geschiktheidsbeoordeling een schriftelijk verslag gemaakt wordt dat zowel door de opleider als door de aios ondertekend wordt. Dit verslag wordt aan het portfolio toegevoegd.
- Het oordeel dient in het dossier dat opleider van de aios heeft opgenomen te worden

## **2.4 Het observeren en evalueren mbv een OSATS**

*Zie E-pass*

### **Doel**

Het vastleggen en het nabespreken van het functioneren van aios op onderdelen van competenties door middel van observatie m.b.v. een gestructureerd beoordelingsformulier.

### **Wanneer**

Op ieder moment tijdens de opleiding kan een aios geobserveerd worden op onderdelen van het functioneren. Dat betekent dat de observatiemomenten primair worden bepaald door de mogelijkheden die de bedrijfsvoering biedt. Binnen deze conditie verdient het aanbeveling de observatiemomenten zoveel mogelijk te spreiden. Zwakkere onderdelen kunnen dan vaker geobserveerd worden om te beoordelen of er verbetering is opgetreden.

### **Werkwijze**

Het initiatief tot het afnemen van een OSATS kan zowel door de aios als door de opleider/ supervisor genomen worden. Als regel geldt dat bij elke aios OSATS worden afgenomen met een minimum van 4 per jaar. De OSATS zijn thema c.q. stagegebonden.

### **Aandachtspunten bij het evalueren mbv een OSATS**

- Bepaal welke verrichtingen waardevol zijn om aios te observeren en feedback te geven.
- Houdt bij de observatiemomenten rekening met de leerdoelen van de aios genoemd in de voorbespreking.
- Spreek tijdens introductie- of voortgangsgesprek al af wanneer en over welke verrichtingen in ieder geval een OSATS wordt afgenomen.
- Bespreek de observatie direct na met de aios.
- Alle gebruikte formulieren dienen te worden opgenomen in het portfolio.
- Neem tijd voor de observatie en de aansluitende bespreking van de resultaten.

## 2.5 Korte Praktijk Beoordelingen (KPB)

*Zie diverse KPB formulieren*

### **Doel**

Het vastleggen en het nabespreken van het functioneren van aios op onderdelen van competenties door middel van observatie m.b.v. een gestructureerd observatieformulier.

### **Wanneer**

Op ieder moment tijdens de opleiding kan een aios geobserveerd worden op onderdelen van het functioneren. Dat betekent dat de observatiemomenten primair worden bepaald door de mogelijkheden die de bedrijfsvoering biedt. Binnen deze conditie verdient het aanbeveling de observatiemomenten zoveel mogelijk te spreiden. Zwakkere onderdelen kunnen dan vaker geobserveerd worden om te beoordelen of er verbetering is opgetreden.

### **Werkwijze**

Het initiatief tot het afnemen van een KPB kan zowel door de aios als door de opleider/supervisor genomen worden. Als regel geldt dat bij elke aios eenmaal per maand een KPB wordt afgenomen, minimaal 6 per half jaar. Waarover de KPB gaat wordt deels bepaald door wat de aios wil leren en deels door de klinische presentaties en de voor de opleiding relevante activiteiten van de betreffende stageplek. De inhoud van een KPB beperkt zich tot het beoordelen van een beperkt aantal competenties.

### **Aandachtspunten bij de beoordeling van de KPB**

- Bepaal welke activiteiten waardevol zijn om aios te observeren en feedback te geven.
- Houdt bij de observatiemomenten rekening met de leerdoelen van de aios genoemd in het introductie- en voortgangsgesprek.
- Spreek tijdens introductie- of voortgangsgesprek al af wanneer en over welke taken in ieder geval een KPB wordt afgenomen.
- Beoordeel aios op een beperkt aantal competenties.
- Bespreek de observatie direct na met de aios.
- Alle gebruikte formulieren dienen te worden opgenomen in het portfolio.
- Neem tijd voor de toetsing en de aansluitende bespreking van de resultaten.

## 2.6 Kritische Praktijk Beschouwing (KPB®)

### **Doel**

Het kritisch bespreken van de ontwikkeling van de aios tot professional. Het betreffen onderwerpen die breder zijn c.q. verder gaan dan de dagelijkse en directe patiëntenzorg. Het zijn onderwerpen die de aios doen nadenken over wie hij als gynaecoloog wil zijn, hoe hij dit in zijn werk tot uiting laat komen. De onderwerpen omvatten in principe alle competenties maar de nadruk zal liggen op professionaliteit, organisatie en maatschappelijk handelen. De reflectie op deze KPB zal de aios vastleggen in zijn IOP, inclusief eventuele leerdoelen en te ondernemen stappen.

### **Wanneer**

Op ieder moment tijdens de opleiding kan een aios deze gesprekken met zijn opleider en/of supervisoren voeren. In de 1<sup>ste</sup> twee jaren zal hier niet de focus op liggen (dar ligt de focus meer op de directe dagelijkse feedback op patiëntenzorg). Vanaf jaar drie zal in toenemende mate een verschuiving plaats vinden naar het meer beschouwende, kritische gesprek. Vaak zal dit gecombineerd worden met een kwartaal- of voortgangsgesprek.

### **Werkwijze**

Het initiatief tot het afnemen van een KPB® kan zowel door de aios als door de opleider/supervisor genomen worden. Als regel geldt dat bij elke aios eenmaal per kwartaal een KPB gesprek wordt gehouden, minimaal 1 per half jaar. Waarover de KPB® gaat wordt deels bepaald door wat de aios wil leren en deels door de voor de opleiding relevante activiteiten van de betreffende periode in opleiding.

#### **Aandachtspunten bij de KPB® gesprekken**

- Bepaal welke onderwerpen waardevol zijn om met de aios te bespreken en feedback op te geven.
- Houdt bij de KPB® rekening met de leerdoelen van de aios genoemd in het introductie- en voortgangsgesprek.
- Spreek af welke acties er eventueel nav de KPB® wordt ondernomen
- De reflectie op de gesprekken dient te worden opgenomen in het portfolio.
- Neem tijd voor de bespreking van de resultaten.

## **2.7 Het evalueren van het functioneren d.m.v. multisource feedback**

Voor aios is het belangrijk dat zij kennis van het specialisme verwerven, specialistische vaardigheden aanleren en zich ontwikkelen in professioneel functioneren. Om dit laatste te bevorderen is Multi Source Feedback (MSF) of 360 graden beoordeling een uitstekende methode. Het functioneren van een aios op de werkplek kan het best beoordeeld worden door mensen met wie hij of zij samenwerkt: collega artsen, andere collegae in de zorg en patiënten. Bij de MSF methode wordt vanuit deze verschillende perspectieven feedback gegeven op onder meer communiceren, samenwerken en professionele houding in de afgelopen maanden. MSF past in de vernieuwde medische vervolgopleidingen. Hierbij worden artsen, collega's uit de zorg en patiënten eenmaal per jaar gevraagd feedback aan de aios te geven door vragen over het functioneren te beantwoorden en tips te geven om nog beter te functioneren. De resultaten worden met de opleider besproken tijdens een voortgangsgesprek, in samenhang met andere beoordelingen.

#### **Doel**

Het verkrijgen van informatie over eigen functioneren door professionals die veel met de aios te maken hebben aan de hand van een gestructureerde vragenlijst.

#### **Wanneer**

In principe in ieder opleidingsjaar. De aios en opleider kunnen besluiten dit frequenter te doen. Zeker bij twijfel over functioneren is dit een wenselijke optie.

#### **Werkwijze**

De aios overlegt met de opleider welke 10 personen gevraagd dienen te worden om een oordeel te geven over het functioneren. De waarde van de beoordeling zit in het aantal en de diversiteit van de personen die gevraagd worden. Als richtlijn wordt voorgesteld om minimaal twee oordelen te verzamelen van twee collega aios, van twee stafleden (minimaal 1 van het opleidingsteam), van de opleider, van minimaal twee verpleegkundigen en een secretaresse. In E-pass bestaat een goede digitale mogelijkheid voor het afnemen van een 360° feedback waarvan gebruik gemaakt wordt. De uitkomst van de 360 graden feedback wordt met de opleider besproken.

#### **Aandachtspunten bij de beoordeling 360° feedback formulier**

- Tussen aios en opleider wordt afgesproken welke personen bijdragen aan de 360° feedback.
- De aios nodigt (met een cc aan de opleider) de personen uit om digitaal de formulieren in te vullen (inlogcode);
- De evaluaties worden in principe gegeven door personen die niet wezenlijk bijdragen aan het beoordelingsproces van de aios.
- De uitkomst van de MSF wordt aan de opleider doorgegeven
- De aios is verantwoordelijk voor het verkrijgen van de informatie en de analyse ervan.
- De opleider bepaalt welke weging wordt gegeven aan de verzamelde evaluaties.
- Een onvoldoende oordeel dient in het dossier dat de opleider van de aios heeft opgenomen te worden.

## 2.8 Het beoordelen van het portfolio

### Doel

Inzicht krijgen in en zicht krijgen op alle competenties van de aios.

### Werkwijze

Het portfolio is het verzamelpunt van alle informatie die van de aios beschikbaar is. De aios is verantwoordelijk voor deze informatie. Het portfolio wordt gebruikt als onderliggend document bij het voortgangsgesprek. Het portfolio dient een week van tevoren inzichtelijk te zijn voor de opleider en de mentor. De aios moet er dus zorg voor dragen dat een week voor het gesprek het portfolio op orde is. Zo hebben de opleider en de mentor de tijd om de informatie te bekijken en nog om aanvullende informatie te vragen. De hieronder vermelde aandachtspunten vormen voor een belangrijk deel de agenda van het voortgangsgesprek.

### Aandachtspunten

- Bevat het portfolio minimaal de volgende informatie:
  - o Zelfbeoordeling algemene competenties;
  - o Individueel Opleidings Plan;
  - o Evaluaties OSATS en KPB;
  - o Andere evaluaties en/of beoordelingen;
  - o Informatie met betrekking tot relevante activiteiten op één of meerdere competentiegebieden;
- Het bespreken van discrepanties in de beoordeling van de opleider/supervisor
  - o Identificeren sterke en zwakke punten;
  - o Er worden toetsbare voornemens gemaakt;
  - o Vastleggen op welke wijze zwakke punten kunnen worden verbeterd;
  - o Vastleggen hoe deze verbetering getoetst wordt.
- Wat is de kwaliteit van het totale portfolio. De opleider dient de informatie ten opzichte van elkaar te wegen. Is er twijfel over de kwaliteit van het portfolio dan is het wenselijk leden van de opleidingsgroep in het oordeel te betrekken.
- Hoe ervaart de aios het “leerklimaat” op de afdeling?
- Komen de afspraken gemaakt bij het introductiegesprek overeen met de werkelijk verrichte activiteiten?
- Wat dient voor de volgende keer te worden afgesproken? En hoe kan dit getoetst worden?
- Neem tijd voor de bespreking van de resultaten (minimaal 30 minuten);
- Alle verslagen dienen te worden opgenomen in het portfolio.

## Bijlage 3

### 3.1 Leermiddelen

Onze opleidingen obstetrie en gynaecologie hebben zeer veel leermiddelen ter beschikking. In het lokaal opleidingsplan worden leermiddelen gekoppeld aan thema's en toetsing. De lijst uit het SLAZ vindt u als 'plaatje' hieronder. Andere opleidingen zullen hun eigen lijst aanleggen.

Activiteiten:

Verloskamers

Operatiekamers

Behandelkamers

- Menstruatiepoli
- Cervixpoli
- UDO's
- Sterilisaties
- IVF-puncties
- Hydrolaparoscopie
- Overig: Bartholinitische cyste, Implanon etc,

Echokamers

Klinische afdelingen verloskunde, kraam, gynaecologie

Spoedpolikliniek

Polikliniek verloskunde

Stuitenpoli voor versies en counseling

Polikliniek gynaecologie

Polikliniek fertiliteit

POP-poli

Bekkenbodempolikliniek met multidisciplinaire sessies

Sexuologiepolikliniek

Er zijn verder diverse besprekingen

De ochtend- en middagoverdrachten

De polivoorbespreking

Woensdag

- Grote visite
- Operatieindicatiebespreking
- Urogynaecologie en UDO-bespreking
- Perinatologie
- CTG's en fantoom
- Pathologie
- Complicaties
- VIM
- PICO's
- Sexuologieonderwijs
- Oncologiebespreking
- Bekkenbodempoli bespreking
- Fertiliteitsbespreking
- Enz

Simulatietrainingen

- Verloskundige drills
- Laparoscopische endotrainer
- Verloskundig fantoom
- Reanimatiecursus

## Bijlage 4

### 4.1 Opleidingsrichtlijnen

Via de NVMO website kunnen ( In VIVO) opleidingsrichtlijnen teruggevonden worden.

Richtlijn feedback in de medische vervolgopleiding

K. Boor, P.W. Teunissen, P.L.P. Brand

Tijdschrift voor Medisch Onderwijs, juni 2011 | Vol. 30, nr. 3, Suppl. 2, p. 35-49

Richtlijn korte praktijkbeoordeling

Th.J. ten Cate, C.R.M.G. Fluit

Tijdschrift voor Medisch Onderwijs, oktober 2010 | Vol. 29, nr. 5, Suppl. 4, p. 105-134

Richtlijn OSATS

E. Hiemstra en F.W. Jansen

Tijdschrift voor Medisch Onderwijs, oktober 2010 | Vol. 29, nr. 5, Suppl. 4, p. 135-141

Richtlijn multisource feedback voor de aios

M.A. Horsman, Th.J. ten Cate

Tijdschrift voor Medisch Onderwijs, april 2010 | Vol. 29, nr. 2, Suppl. 1, p. 1-52

Richtlijn interpretatie en gebruik van toetsresultaten in het portfolio

M.J.B. Govaerts, E. Driessen, B. Verhoeven, C.P.M. van der Vleuten, H. Brackel, J. van Hoorn,

R. van de Laar, J. Maas, S.G. Oei

Tijdschrift voor Medisch Onderwijs, juni 2010 | Vol. 29, nr. 3, Suppl. 3, p. 73-102

Richtlijn gebruik portfolio in de vervolgopleiding

J.O. Busari, L.G.J.M. Dirksen-de Tombe, E. Jippes

Tijdschrift voor Medisch Onderwijs, december 2010 | Vol. 29, nr. 6, Suppl. 5, p. 143-159

Richtlijn bekwaamverklaringen in de specialisten opleiding

J.P. Lips, F. Scheele, M.G.K. Dijksterhuis, M. Westerman, Th.J. ten Cate

Tijdschrift voor Medisch Onderwijs, april 2010 | Vol. 29, nr. 2, Suppl. 2, p. 53-72

Richtlijn voortgangsgesprek in de medische vervolgopleiding

E. Driessen, G. Kenter, B. de Leede, J. Middeldorp, F. Scheele, S. van Luijk, Th.J. ten Cate

Tijdschrift voor Medisch Onderwijs, december 2011 | Vol. 30, nr. 6, Suppl. 3, p. 51-62

Richtlijn simulatie teamtraining

C.R.M.G. Fluit, T.P.F.M. Klaassen

Tijdschrift voor Medisch Onderwijs, maart 2011 | Vol. 30, nr. 1, Suppl. 1, p. 3-10



## Bijlage 5

### 5.1 Geraadpleegde literatuur

- Bensing, J. (2000). Bridging the Gap: The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling* 39, 17-25.
- Bont, A. de, Wallenburg, I., Mulder, H., Scheele, F., & Meurs, P. (2010). Eenvoud in Veelvoud. *Eindrapportage In VIVO 2010*. Utrecht: CBOG.
- Boor, K. (2009). The clinical learning climate. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
- Cate, H.J. ten, Horsman, M., Luijk, S. van, & Scheele, F. (2008). Richtlijnen voor het onderwijs in de medische vervolgoedingen: waarom en hoe? *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 27(6),272-278.
- Gratton, L. (2011). *The Shift: the Future of Work is Already Here*. HarperCollins Publishers.
- IBO (2012). IBO Universitair Medische Centra. Den Haag: Ministerie van Financiën.
- Scheele, F., Teunissen, P., Luijk, S. van, Heineman, E., Fluit, L., Mulder, H., Meiniger, A., Wijnen-Meijer, M., Glas, G., Sluiter, H., & Hummel, T. (2008). Introducing competency-based postgraduate medical education in the Netherlands. *Medical Teacher*, 30(3), 248-253.
- Sherbino, J., Frank, J.R., Flynn, L., & Snell, L.S. (2011). Intrinsic Roles rather than Armour: Renaming the Non-Medical Expert Roles of the CanMEDS Framework to Match Their Intent. *Advances in Health Sciences Education*, 16(5), 695-697.
- Ten Cate O, Scheele F. Competency-based postgraduate training: can we bridge the gap between theory and clinical practice? *Acad Med* 2007;82:542-7.
- Van der Lee N, Westerman M, Fokkema JP, Van Der Vleuten CP, Scherpbier AJ, Scheele F. The curriculum for the doctor of the future: messages from the clinician's perspective. *Med Teach* 2011;33(7):555-61.
- Vleuten, C.P.M. van der, Schuwirth, L.W.T., Scheele, F., Driessen, E.W., & Hodges, B. (2010). The assessment of professional competence: building blocks for theory development. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 24(6), 703-719.

## Bijlage 6

### 6.1 BOEG in internationaal perspectief

In de Verenigde Staten heeft men het concept van de 'entrustable professional activities' (EPA's, Ten Cate en Scheele, 2007) omarmd en wordt met veel interesse naar ons systeem van bekwaamverklaring gekeken. De subcompetenties die wij in het competentieprofiel voor de gynaecoloog (zie 2.3) als onderverdeling gemaakt hebben voor de algemene competenties (of oorspronkelijk de CanMEDS-rollen) heten in de Verenigde Staten en Canada 'Milestones'. Ze worden daar in mate van complexiteit geordend en gebruikt om het functioneren door de opleidingsjaren heen te coachen en te beoordelen.

De manier waarop bij ons CanMEDS wordt ingevlochten lijkt op de manier waarop de Canadezen dat doen en waarop de Amerikanen hun AGME-profiel invlechten. In Canada is meer cursusmateriaal over CanMEDS op de markt. Vanuit het CanBetter-project van de KNMG wordt dat in Nederland gebracht en vertaald naar onze situatie. Vanuit het CanBetter-project worden verder de meest essentiële 'best-practices' in beeld gebracht om de algemene competenties optimaal in te bedden in het leren in de praktijk van alle dag.

Wanneer BOEG goed in praktijk gebracht wordt, en wij de producten die vanuit het CanBetter-project gaan komen optimaal inzetten, meten wij ons wat betreft opleidingsstructuur met de wereldtop.

## Bijlage 7

### 7.1 Vele handen maken licht werk

Dit landelijke opleidingsplan is in twee stappen geschreven.

#### **Stap 1**

Nadat er een toekomstvisie was gecreëerd dankzij de inzet van vele leden van de NVOG en een 'stakeholder'-analyse dankzij de inzet van patiënten, verpleegkundigen, verloskundigen, huisartsen, en raden van bestuur zijn we doorgeslagen met het definiëren van eindtermen. Een flinke groep collegae heeft bijgedragen aan het beschrijven van de eindtermen van de 4 basisjaren en de 5 aandachtsgebieden. Die aandachtsgebieden zullen verder ontwikkelen door discussies in de vereniging en met name de betrokken pijlers.

De projectgroep BOEG bestond uit:

Prof. dr. Fedde Scheele (projectleider)

Drs. Nadine van der Lee (secretaris)

Dr. Marianne ten Kate

Prof. dr. Jan van Lith

Prof. dr. Marian Mourits

Dr. Frans Reijnders

Dr. Banut Verbruggen

Dr. Maarten Wiegerinck

Drs. Veronique van Dooren

De taakgroepen bestonden uit:

#### **Benigne gynaecologie**

Dr. Maarten Wiegerinck (vz)

Dr. Marlies Y. Bongers

Prof. Dr. Hans A.M. Brölmann

Dr. Mark Hans Emanuel

Drs. Harald H.V. Mous

Prof. Dr. Frank Willem Jansen

Drs. Waltje Jager

Drs. Esther Hink (AIOS)

#### **Oncologie**

Prof. dr. Marian Mourits (vz)

Drs. Mirjam Apperloo

Dr. Harm de Haan

Prof. dr. Gemma Kenter

Drs. Anita Wester

Prof. dr. Ate van der Zee

Dr. Stijn Mom (AIOS)

#### **Voortplantingsgeneeskunde**

Prof. dr. Fedde Scheele (vz)

Dr. Annelies Bos

Prof. dr. Maas-Jan Heineman

Prof. dr. Jolande Land

Dr. Paul van der Linden,

Dr. Banut Verbruggen (AIOS)

#### **Verloskunde**

Prof. dr. Jan van Lith (vz)

Dr. Lia Wijnberger

Drs. Eveline Tepe

Prof. dr. Eric Steegers

Dr. Kitty Bloemenkamp

Dr. Mireille Bekker (AIOS)

#### **Urogynaecologie**

Dr. Marianne ten Kate – Booij (vz)

Drs. Fred Milani

Dr. Jacques Hutten

Dr. Anneke Steensma

Dr. Huub van der Vaart

Drs. Anneke van der Leeuw- van Beek (AIOS)

#### **Stap 2**

De vertaling naar een plan dat voldoet aan het kaderbesluit van het College Geneeskundige Specialismen en dat ook door de Registratiecommissie wordt omarmd.

Prof. Dr. Fedde Scheele (leiding)

Drs Corry den Rooyen (onderwijskundig expert Nederlandse medische vervolgopleidingen)

Dr. Scheltus van Luijk (arts en onderwijskundig expert Nederlandse medische vervolgopleidingen)

Karsten van Loon, MSc (laatste opdracht master onderwijskunde)

Drs Nadine van der Lee (arts en secretaris projectgroep BOEG)

## Bijlage 8

### 8.1 Formele trajecten

Het bestuur van de NVOG heeft de verantwoordelijkheid op zich genomen opdracht voor dit project te geven en de besluitvorming rond het project te begeleiden.

Wanneer het bestuur van de NVOG het opleidingsplan na finale raadpleging van betrokken partijen voldoende beoordeeld heeft, gaat de al ingezette implementatie van BOEG door met dit document als naslagwerk. Het stuk moet ook een wettelijke status krijgen wat een langduriger traject heeft. Het College Geneeskundige Specialismen zal het beoordelen en daar mogelijk meerdere partijen in betrekken. De inzet van de zeer ervaren Corry den Rooyen en Scheltus van Luijk geeft een redelijke garantie dat het stuk aan het kaderbesluit en de normen van het College (die na de oplevering van HOOG in 2005 ontwikkeld werden) voldoet.

Daarnaast zal het specifieke besluit Obstetrie en Gynaecologie herzien dienen te worden. De aanvraag daartoe ligt sinds oktober 2012 bij het College Geneeskundige Specialismen wat daarover gaat. Bij deze aanvraag is duidelijk gemaakt dat BOEG een groeidocument in een roerige context is en dat regelgeving in deze tijden een visionair, adaptief en flexibel curriculum moet ondersteunen.